

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
Subdepartamento de Regulación

444
RESOLUCIÓN EXENTA IF/Nº

SANTIAGO, 14 ENE 2025

VISTO:

Lo dispuesto en los artículos 110, 114, 115 N°1 y demás pertinentes del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud; lo dispuesto en los artículos 4º y 29 de la Ley N° 19.966, la Resolución N° 36, de 2024, de la Contraloría General de la República; la Resolución RA N°882/182/2023, y

CONSIDERANDO:

1.- Que, esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, mediante la Circular IF/Nº 501 de fecha 23 de junio de 2025, impartió instrucciones sobre garantías de oportunidad exceptuadas.

2.- Que, dentro del plazo legal, las Isapres Colmena Golden Cross S.A., Nueva Masvida S.A., Cruz Blanca S.A. y Consalud S.A. interpusieron recursos de reposición, con jerárquico en subsidio, en contra de la citada circular.

Por otra parte, las Isapres Colmena Golden Cross S.A. y Nueva Masvida S.A. solicitaron la suspensión de los efectos de la circular impugnada, mientras no se resuelvan los recursos interpuestos.

3.- Que, la **Isapre Colmena Golden Cross S.A.**, señaló, en primer lugar, que, si bien las isapres están obligadas a acreditar la concurrencia de las causales de excepción y la gestión de los casos con garantía exceptuada, no poseen control absoluto sobre la generación ni identificación de dichas excepciones. En ese sentido, indica que, debido a la propia naturaleza de las excepciones, estas se producen en circunstancias particulares y no previstas por los prestadores, y mucho menos por las isapres. Agrega que es el prestador de salud quien tiene el contacto directo con el paciente, el detalle del proceso clínico y quien se encuentra en posición de advertir su ocurrencia.

Por lo anterior, señala que la notificación oportuna y adecuada de las causales de excepción constituye una función y responsabilidad propia del prestador, donde las isapres no necesariamente pueden ejercer su deber de acreditar o gestionar la garantía en dichos casos. En ese sentido, agrega que las isapres no tienen visibilidad directa e inmediata de todos los hechos que dan origen a una excepción (como una complicación médica, una imposibilidad técnica o una situación de fuerza mayor), pues estas se manifiestan en el contexto de la atención de salud y deben ser registradas y reportadas por los equipos tratantes. Por lo señalado, indica, no siempre se contará oportunamente con los antecedentes probatorios exigidos, por lo que solicita modificar la norma en ese sentido.

A continuación, en relación con el numeral 2.1 "Inasistencia", manifiesta que entiende que la función de registrar las inasistencias justificadas—incluyendo el motivo, el nombre del informante y la fecha de la gestión—recaería en el prestador en su calidad de ejecutor de la atención, y que la Isapre no tendrá injerencia absoluta para acreditar el cumplimiento por parte de estos.

Por otra parte, señala que resulta necesario incorporar una mirada más integral, que también considere el rol y los deberes del paciente o su representante en el cumplimiento de la garantía de oportunidad, dado que se está omitiendo la responsabilidad que corresponde a

estas contrapartes en cuanto al uso adecuado de la garantía, el cumplimiento de las citaciones y la oportuna comunicación de cualquier impedimento.

En ese contexto, advierte que la incorporación de una "justificación" formal de la inasistencia y su seguimiento dentro del flujo operativo parece excesiva, considerando que actualmente los prestadores no realizan dicha gestión. Señala que, actualmente en la práctica, al afiliado únicamente se le solicita aceptar o rechazar la hora ofrecida y reagendar, si corresponde, pero no se le exige proporcionar una justificación específica en caso de inasistencia, ni mucho menos se contempla un registro sistemático con los elementos señalados (motivo, nombre del informante, fecha de notificación). Agrega, que la implementación de esta medida adicional y los controles sistémicos respectivos que deberá asumir el prestador de la Red para gestionar y registrar debidamente las justificaciones ante inasistencias podría implicar un elevado costo operacional, impactando en los precios de las prestaciones y, en consecuencia, en el costo técnico de la Isapre. Asimismo, menciona que la gran sobrecarga administrativa de este nuevo proceso y los recursos financieros asociados podría generar en los prestadores un desincentivo importante para formar parte de la Red GES o mantenerse en ella, situación que podría dificultar o poner en riesgo la continuidad de atenciones ante la falta de oferta médica, en particular de especialistas.

Por lo anterior solicita considerar esos elementos y modificar la norma en ese sentido.

Seguidamente, en relación con el numeral 2. "Causales específicas de excepción", punto 2.1 "Inasistencia", indica que los medios definidos para acreditar la citación efectiva corresponden a funciones de los prestadores de la Red GES, quienes deberán ser instruidos para establecer protocolos u otros instrumentos que permitan el correcto registro de lo señalado. Al respecto, sostiene que no cuenta con los medios ni con la autoridad, de monitorear y llevar un control exhaustivo respecto al cumplimiento de esas obligaciones por parte de los prestadores.

Por lo anterior, solicita se deje sin efecto las nuevas instrucciones relativas al detalle del registro de las inasistencias, dado que corresponden a tareas vinculantes únicamente al prestador y la Isapre no cuenta con las facultades para involucrarse en esos procesos de registro interno.

Finalmente reitera, que la implementación de esas medidas adicionales podría implicar un elevado costo operacional, impactando en los precios de las prestaciones y, en consecuencia, en el costo técnico de la Isapre.

En razón de lo señalado, solicita tener por presentado el recurso de reposición en contra de la Circular IF/Nº 501, y que se deje sin efecto en todas las partes objetadas.

4.- Que la **Isapre Nueva Masvida S.A.**, en primer lugar, se refiere al acápite 2.1 "Inasistencia", señalando que la nueva regulación entrega un catálogo de mecanismos de citación que no se ajusta a la realidad de las Instituciones de Salud Previsional y prestadores, rigidizando el procedimiento para cumplir con las garantías, lo que impediría gestionar adecuadamente los casos.

Al respecto, señala que *"En nuestro caso, sólo la derivación inicial sale de nuestra casilla y es un correo electrónico dirigido al prestador con los datos de contacto del paciente para poder gestionar y acordar con él la cita médica. Los prestadores de red retroalimentan a la Isapre aportando la información del médico, especialidad y fecha y hora de la citación. Los respaldos quedan en la ficha de cada paciente. Para los controles posteriores el paciente agenda directamente las citas con su prestador"*.

Agrega que, si bien es cierto están descritos los mecanismos para acreditar una citación efectiva por correo electrónico (casilla institucional), dicha modalidad no es la que emplea la Isapre, ya que no es la más recomendable, pues no considera la disponibilidad del propio paciente en la definición de la fecha y hora de citación y, a su juicio, debiese privilegiarse que el paciente ocupe efectivamente el beneficio que se le otorga sin ponerle trabas para ello, tales como imponerle una fecha y una hora determinados, dado que podría no poder adaptarse a ellas.

Al respecto, añade que la isapre no tiene acceso a la agenda de los prestadores, sino que mantiene convenios con ellos —personas jurídicas ajenas, con sus propios protocolos y

funcionamiento— que son las encargadas de realizar las gestiones que estén a su alcance para contactar al paciente y entregarle la prestación, con la debida coordinación de la isapre.

En ese sentido, señala que el correo electrónico, en la actualidad, es la última estrategia que utilizan los prestadores para intentar localizar a un paciente GES derivado por la isapre, cuando el contacto telefónico ha sido infructuoso a los números proporcionados en la derivación de activación del GES; en cuyo caso, el prestador requiere información adicional de contacto—tales como el correo electrónico— y se le envía un aviso sólo para que tome contacto con el paciente, con el objeto de agendar una hora, pero no constituye una citación.

Por otro lado, menciona que hay prestadores individuales en convenio para prestaciones GES, que funcionan acorde a su propia realidad; por ello, una norma general vinculante debiese ajustarse a todas las realidades en que puede operar un convenio GES, teniendo a la vista que debe privilegiarse la posibilidad de que el paciente acceda al uso efectivo de este mecanismo de cobertura. Por lo anterior, señala que la normativa debe ir en pro de dicho objetivo y no poner trabas, y que, si bien uniformar los mecanismos de citación y su respaldo podría facilitar la fiscalización, no aporta necesariamente una mejora para el uso efectivo de las GES ni en su funcionamiento.

En relación con la obligación de registrar la justificación de la persona beneficiaria, junto con el nombre de quien la notificó y la fecha en que se realizó la gestión, señala que los funcionarios de los call center de los centros médicos institucionales que realizan las citas médicas o reagendan las horas desconocen los mecanismos de cobertura bajo los cuales se debe otorgar la prestación. Añade que en dichos call center no se registra el detalle de la justificación de la inasistencia con nombre y fecha, y que los prestadores no tienen la capacidad de administrarlo ni les es exigible, pues por convenio se limitan a informar que la cita fue reagendada porque el paciente así lo dispuso. Por otra parte, indica que, excepcionalmente, se registra mayor información en casos con dificultades especiales, pero ello constituye la excepción y no la regla.

Asimismo, en relación con la obligación impuesta a los prestadores de salud de advertir a la persona beneficiaria o su representante el límite de postergaciones en que pueden incurrir, reitera que la isapre no gestiona las horas de los pacientes, siendo el prestador quien agenda y reagenda las horas, y que dichas áreas desconocen la modalidad de financiamiento bajo la cual se otorga la prestación, lo que, a su entender, haría impracticable dicha obligación.

En ese sentido, solicita se dejen sin efecto dichas modificaciones o que, en su defecto, se deje establecida la obligación de entregar dicha información referente a la cantidad de postergaciones y sus consecuencias al activarse las GES, cuando la isapre tenga la oportunidad de intervenir.

En relación con la causal “Contacto no corresponde”, señala que la norma exige agotar todas las gestiones descritas y factibles para llevar a cabo una citación efectiva, pero que “*si debe entenderse este catálogo de mecanismos de contacto como obligatorio y vinculante de manera íntegra, desde ya se solicita la modificación de la norma, toda vez que mi representada no utiliza todas estas formas de comunicación con los beneficiarios, a pesar de que todas ellas puedan ser “factibles”*”. A mayor abundamiento —señala— que “*es posible notar que la lógica detrás de la normativa no se ajusta al mecanismo bajo el cual descansa el funcionamiento que tiene mi representada para gestionar las ges, ni menos aún los convenios que ha celebrado para dar cumplimiento a esta obligación legal*”.

En ese mismo sentido, sostiene que “*Si el paciente tiene interés de incorporarse a las atenciones ges, no sólo la Isapre debe comprometer su esfuerzo, sino que también debe hacerlo el afiliado. Si los datos proporcionados no permiten ubicarlo, de nada sirve una carta certificada, el correo u otros, es suficiente utilizar los tres llamados en horarios y días distintos, cuestión que ya se realiza. En ningún caso debiera ser obligatorio el abordaje de otra opción, es más, el caso debiera cerrarse a la espera de que el paciente se acerque o contacte a la Isapre nuevamente, no es pretendible que la Isapre incurra en otros mecanismos si el elegido para una citación efectiva es uno de los mencionados en la circular y lo ejecuta acorde a su definición interna para dar cumplimiento a la normativa, siendo facultad privativa de la administración de la Isapre determinar el contenido de los convenios con los prestadores ges*

y la mejor manera de acercarse a los beneficiarios para el uso efectivo de este mecanismo de financiamiento, haciéndolo de la manera más eficiente posible, sin hacer obligatorio utilizar mecanismos que son menos efectivos y eventualmente más costosos".

Por lo señalado, solicita se modifique o elimine la frase "todas las gestiones descritas y factibles", aclarando que cada institución deberá realizar gestiones para cumplir con su objetivo.

En relación con la instrucción relativa a la suspensión temporal de la prestación, señala que la isapre no interviene cuando la suspensión obedece a razones médicas, por lo que no resulta aplicable lo indicado en la Circular, ya que se trata de situaciones que se producen en un contexto de la relación directa entre el paciente y el prestador de salud. Agrega que, por parte de la isapre, no hay gestiones, dado que, una vez subsanado el problema de salud que le impidió al beneficiario obtener la prestación, se procede a ejecutarla sin participación de la isapre.

Asimismo, indica que la frase "no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente (...) a partir de la indicación del profesional" resulta difícil de comprender, ya que es lógico que habrá casos en los que no será posible cumplir con lo instruido, pues dependerá exclusivamente de que la recuperación del estado de salud del paciente le permita recibir la prestación y que el propio paciente notifique de esa circunstancia al prestador.

Por lo anterior, solicita dejar sin efecto esa parte de la instrucción o, en su defecto, aclarar que el paciente debe ser proactivo en realizar las gestiones necesarias para que el asegurador y/o el prestador tomen conocimiento de que está en condiciones de recibir la prestación, contándose el plazo para otorgar la prestación desde dicho momento.

Por otra parte, en relación con la instrucción contenida en el numeral 3 "Gestión de Casos con Garantía Exceptuada", respecto a la utilización de convenios para el otorgamiento de prestaciones exceptuadas por caso fortuito o fuerza mayor, señala que, en dichas situaciones como isapre autoriza prestaciones fuera de la red; sin embargo, no se realiza una derivación formal, sino que se deja consignado en la bitácora el motivo y la cobertura de excepción a entregar, ya que muchos de estos prestadores no tienen convenio alguno con la isapre y, en muchos casos, operan contra reembolso, sin afectar en ningún caso la cobertura GES correspondiente.

En ese sentido, hace presente que se trata de una materia que se resuelve entre la isapre y el paciente, y que el prestador, al no pertenecer a la red, no está obligado a ninguna tarifa, mecanismo de cobro o trato especial.

Al respecto, agrega que "no necesariamente habrá una derivación, sin embargo, queda establecido en la bitácora, lo cual es y ha sido suficiente respaldo, sin que hubiera surgido ningún tipo de inconveniente hasta ahora".

Por lo señalado, solicita se excluyan de la normativa los párrafos que mencionan la celebración de convenios y derivación, contenidos en el numeral 3. "Gestión de Casos con Garantía Exceptuada" modificado por la normativa recurrida.

Finalmente, solicita se difiera la entrada en vigencia de las instrucciones contenidas en el acto recurrido, otorgando tres meses de plazo para su implementación, esto atendida la cantidad de instrucciones que deben cumplirse y los ajustes necesarios para ello.

En razón de lo señalado, solicita tener por interpuesto el recurso de reposición en contra de la Circular IF/Nº 501 de fecha 23 de junio de 2025, acogerlo y, en definitiva, dejar sin efecto los puntos antes mencionados, en virtud de los argumentos que expone.

5.- Que la **Isapre Consalud S.A.**, en su presentación, señala en primer lugar que las modificaciones introducidas por la circular recurrida establecen una serie de nuevas gestiones que se deben realizar por parte de los prestadores de la Red GES de cada Isapre para cumplir con los requisitos de las causales de excepción del cumplimiento de la garantía de

oportunidad. Entre ellas, respecto de la causal de inasistencia, se incluye la obligación de los prestadores de salud de informar a las personas beneficiarias o a sus representantes, el límite de postergaciones justificadas que podrán efectuar y de ausencias a citaciones efectivas en las que podrán incurrir, utilizando un medio que permita dejar respaldo de dicha comunicación y efectuándose en el momento de cada postergación.

Asimismo, indica que, una vez configurada la causal de inasistencia por haberse excedido el límite de justificaciones, deberá comunicarse a la persona beneficiaria dicha circunstancia y consignarse en el registro de citaciones y/o control de asistencia.

Agrega que se estableció un nuevo mecanismo para realizar las citaciones efectivas a través de medios electrónicos, tales como aplicaciones móviles o de mensajería instantánea, dejando registro de la citación a la atención clínica, la identificación de la persona que realizó la gestión en representación del prestador y la fecha en que se efectuó el contacto.

En consecuencia, advierte que se deberán realizar diversas coordinaciones e implementar protocolos de trabajo con los distintos prestadores que conforman la Red GES de cada Isapre, lo que requerirá un período de tiempo significativo antes de poner en práctica las nuevas gestiones que exige la normativa.

Por lo anterior solicita se prorogue la entrada en vigencia de la nueva circular, a lo menos hasta el 1 de enero de 2026.

Respecto de la causal de excepción de inasistencia, sostiene que las modificaciones introducidas por la circular solo permiten exceptuar la garantía de oportunidad, sin otorgar un criterio que permita cerrar el caso. En consecuencia, podría ocurrir que las isapres gestionen y monitoreen casos con garantías exceptuadas por un plazo excesivamente prolongado, destinando recursos que podrían orientarse a nuevos casos GES en los que efectivamente exista la disposición del paciente a recibir la prestación que requiere.

Por ello, estima que debería mantenerse como causal de cierre del caso la tercera inasistencia sin justificación, como se establecía en la normativa que la circular recurrida modificó.

Asimismo, hace presente que entre los criterios definidos para las inasistencias justificadas no se regula la situación en que, habiéndose realizado la citación efectiva, el paciente justifica su ausencia por razones como encontrarse de vacaciones, solicitando una hora para el otorgamiento de la prestación GES fuera del plazo de la garantía de oportunidad correspondiente.

En tales casos, considera que la normativa debiera establecer que se configura la causal de excepción con una sola postergación justificada, puesto que, por solicitud del propio paciente, no sería posible cumplir con el plazo de la garantía. En su defecto, plantea que dichas situaciones debieran asimilarse a un rechazo propiamente tal.

Finalmente, indica que, respecto de la gestión de aquellos casos con garantía exceptuada en virtud de la causal general de caso fortuito o fuerza mayor, la circular recurrida incorpora una nueva obligación para que las instituciones responsables puedan otorgar las prestaciones fuera de la Red GES, a saber, deberán contar con el consentimiento expreso e informado de la persona beneficiaria o su representante.

Al respecto, advierte que esta exigencia torna más compleja la gestión de la garantía exceptuada, dado que, en general, los pacientes prefieren atenderse con sus médicos tratantes y en prestadores que son de su confianza, especialmente en los casos de patologías GES graves o crónicas. En consecuencia, obtener el consentimiento de cada paciente resultaría muy difícil, haciendo la nueva obligación prácticamente inaplicable.

En caso de mantenerse dicha obligación, estima que, al menos, debiera establecerse que si el paciente rechaza la derivación, se proceda al cierre del caso, toda vez que la misma normativa que regula el GES establece que esta cobertura opera en una Red cerrada de atención médica, integrada por los prestadores médicos e institucionales que la Isapre designa

específicamente en cada caso, siendo únicamente en dicha Red donde el paciente puede acceder a los beneficios de la respectiva cobertura adicional o complementaria.

En razón de lo expuesto, solicita tener por presentado el recurso de reposición en contra de la Circular IF/Nº 501, del 23 de junio de 2025, admitirlo a tramitación y acogerlo en todas sus partes.

6.- Que, la **Isapre Cruz Blanca S.A.**, en su presentación, señala que la normativa recurrida establece que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad cuando, por casos de fuerza mayor, caso fortuito o por causas imputables al beneficiario, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso.

Al respecto, señala que, entre las causales que se establecen, se omite como causal de excepción "la causal imputable al paciente en cuanto este decida utilizar su GES *más adelante* por algún hecho no asociado a la causal estado de salud de la persona beneficiaria".

En ese sentido, sostiene que dicha causal debió haberse incorporado, por cuanto busca entregar cierta responsabilidad al beneficiario respecto al uso del GES en los plazos comprendidos en la Garantía de Oportunidad, contribuyendo así a la optimización de los recursos materiales y humanos asociados a la garantía de oportunidad.

Su omisión —agrega— deja fuera innumerables casos en que el beneficiario decide postergar la atención prevista en la Garantía de Oportunidad, basado en razones distintas a su estado de salud. Por ello, para una adecuada gestión de las GES, debió considerarse dicha causal, ya que su exclusión contradice lo dispuesto en la letra c) del artículo 4º de la Ley N° 19.966, pues se trata de una circunstancia que se deriva de causa imputable al beneficiario.

En consecuencia, solicita complementar la circular recurrida, agregando la causal que propone.

7.- Que, otra parte, dentro del plazo legal, la **Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud**, dedujo recurso de reposición en contra de la Circular IF/Nº 501, de fecha 23 de junio de 2025.

Al respecto indica, que con el objetivo de mejorar la gestión de las garantías explícitas en salud y asegurar que la aplicación de las causales de excepción de garantía de oportunidad se ajuste al contexto de la población beneficiaria y se acerque a las normativas de procesos asistenciales emitidos desde el Ministerio de Salud, se solicita puedan evaluar las siguientes propuestas de mejora a la circular:

"a) Incorporar una causal de excepción transitoria a solicitud del beneficiario:

En la normativa vigente, solo es posible exceptuar una garantía de oportunidad a solicitud del usuario por causal de rechazo. Esta causal se define como permanente y solo corresponde por parte del establecimiento (seguro) gestionar la continuidad de atención, sea a través de prestaciones garantizadas o prestaciones sin garantía GES. Sin embargo, los beneficiarios pueden solicitar postergar la entrega de una o más prestaciones garantizadas por razones que no se enmarcan en la suspensión temporal (carácter biomédico) si no que corresponden a condiciones de origen personal, social, laboral o académico.

Esta postergación deberá ser acordada entre las partes y deberá ser debidamente consignada en los registros correspondientes que así lo acrediten, debiendo el establecimiento (seguro) explicitar los riesgos biomédicos a los cuales el usuario se expone al aplazar la prestación garantizada, en consideración, que los plazos máximos definidos por ley se enmarcan en los tiempos máximos que un beneficiario podría esperar por la prestación de salud minimizando los riesgos, en base a la recomendación de expertos clínicos.

Posterior a esto, el establecimiento (Seguro) junto al beneficiario deberán consensuar una nueva fecha de atención entre ambas partes dentro de los 3 meses siguientes al plazo máximo de la garantía de oportunidad, prorrogables por un segundo periodo de 3 meses máximos.

Se deberá cautelar que en el plazo consensuado se realizan las gestiones correspondientes al proceso de contactabilidad, de tal forma que la cita efectiva quede en programa dentro de los plazos acordados. La cita efectiva podrá realizarse cualquiera de los medios descritos con sus respectivos respaldos.

b) *Modificar instrucción sobre visitas domiciliarias infructuosas (numeral 2.1.c)*

Las visitas domiciliarias como herramienta para lograr contactabilidad/citación efectiva de un beneficiario es utilizada posterior a otras acciones administrativas que permitan asegurar el contacto con el beneficiario. Las visitas domiciliarias sean institucionales o externalizadas son una prestación de alto costo, por lo que la iteración en 2 oportunidades en días y horarios diferentes hace imposible su implementación, considerando que, si no existe una intención del usuario por vincularse con el establecimiento, los resultados de las visitas seguirán siendo infructuosos.

Considerando que la visita domiciliaria es una herramienta que ya se encuentra implementada, se propone que, frente a una visita infructuosa, se deje en el domicilio señalado una carta con sobre cerrado señalando lo siguiente:

Atención: Se requiere su contacto urgente.

El establecimiento de salud _____ necesita comunicarse con usted. Por favor, actualice sus datos de contacto o póngase en contacto con nosotros, a través de los siguientes canales:

Teléfono: [número de teléfono y horarios]

Correo electrónico: [correo electrónico]

Mensajería|instantánea: [plataforma de mensajería]

Atención presencial: [ubicación y horario de atención presencial]

Tiempo restante para responder: 3 días hábiles

Este mensaje permite respaldar que el usuario tiene la intención de actualizar sus datos de contacto para recibir la cita efectiva y hacer uso de sus garantías GES."

En razón de lo anterior, solicita tener a la vista los antecedentes antes descritos para una potencial modificación de la circular en mención.

10.- Que, habida consideración de que los recursos interpuestos en contra de la circular contienen alegaciones similares, éstas se abordarán de manera conjunta, procurando seguir un orden lógico en la medida que sea posible.

11.- Que, en cuanto a la suspensión de los efectos de la circular, solicitada por las isapres Colmena Golden Cross S.A. y Nueva Masvida S.A., se debe hacer presente que esta fue rechazada mediante Resolución Exenta IF/Nº 8912, de fecha 21 de agosto de 2025.

En ese mismo sentido, cabe hacer presente, que la Isapre Consalud S.A., si bien no solicitó la suspensión de los efectos de la circular recurrida, pidió prorrogar su entrada en vigencia, argumentando que la implementación de un nuevo mecanismo para realizar las citaciones efectivas a través de medios electrónicos, así como el registro de datos adicionales —como el nombre de la persona que efectuó la gestión en representación del prestador y la fecha del contacto—, requeriría diversas coordinaciones y la elaboración de protocolos de trabajo que demandan un tiempo significativo de preparación.

Al respecto, cabe precisar que la modificación normativa en cuestión otorga la posibilidad a los prestadores de acreditar como contacto efectivo con el paciente las citaciones realizadas mediante "otros medios electrónicos", tales como aplicaciones de mensajería. En ese sentido, los prestadores de salud pueden emplear igualmente los otros mecanismos de contacto que

describe la norma, sin que el uso de dichos medios sea una imposición. Por lo tanto, no se estima pertinente otorgar un plazo adicional de implementación como el solicitado.

Asimismo, respecto del registro de información adicional al momento de efectuar la citación, se considera que ese tipo de gestiones no presentan una dificultad significativa en su implementación que justifique aplazar la entrada en vigencia de la norma.

12.- Que, en cuanto al fondo del asunto, la Isapre Colmena Golden Cross S.A., señala que la notificación oportuna y adecuada de las causales de excepción constituye una función y responsabilidad propia del prestador, en la cual las isapres no tienen mayor injerencia.

Al respecto, se debe hacer presente que la Ley Nº 19.966 establece expresamente que el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente las Garantías Explícitas en Salud a sus respectivos beneficiarios, dentro de las cuales se encuentra la de oportunidad. A su vez, en su artículo 4º, letra c), dicha ley dispone que esas instituciones, como obligadas al cumplimiento de la garantía de oportunidad, podrán exceptuarse de su cumplimiento cuando concurre alguna de las causales expresamente establecidas.

Sin perjuicio de lo anterior, la misma Ley entrega facultades a esta Superintendencia para regular los mecanismos o instrumentos que deberán implementar los prestadores para, cuando corresponda, dejar constancia e informar del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la cual ésta no se otorgó, indicando expresamente la razón de la negativa (artículo 29). En ese contexto, la circular recurrida, en ejercicio de dicho mandato legal, establece una serie de obligaciones de registro y constancia dirigidas a los prestadores de salud, las que deben ser cumplidas por éstos y que pueden, a su vez, ser fiscalizadas por esta Superintendencia en ejercicio de sus potestades.

Cabe destacar, además, que la circular recurrida fue notificada a los prestadores de salud y publicada en el Diario Oficial; por lo que, en el evento de existir reparos por parte de estos, respecto de las cargas que la circular en cuestión les impone, correspondería que fueran dichos establecimientos los que los formularan.

Por otra parte, el deber de las isapres es gestionar adecuadamente su Red GES y adoptar las medidas tendientes para dar cumplimiento a las garantías de oportunidad, obligación que no emana de las modificaciones introducidas por la circular impugnada sino que de la propia Ley y de las instrucciones previas sobre materias que se encontraban contenidas en el Capítulo XI "Procedimientos relativos a las Garantías Explícitas en Salud", Título I "Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad", del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos. En consecuencia, y sin perjuicio de las obligaciones de registro y constancia que esta Superintendencia pueda imponer a los prestadores de salud, la responsabilidad final por la gestión y cumplimiento de las garantías de oportunidad recae siempre en las isapres y en el FONASA, según corresponda, por disposición expresa del legislador.

En ese contexto, cabe agregar que dicha responsabilidad por el incumplimiento de la garantía de oportunidad ya se ha hecho efectiva respecto de las isapres, en procesos sancionatorios instruidos por esta Intendencia durante el año 2023. Por lo mismo no resulta procedente que, con ocasión de la dictación de la circular modificatoria que se recurre, se busque eludir la obligación que recae sobre estas instituciones, sin perjuicio de las obligaciones particulares que esta autoridad pueda imponer a los establecimientos de salud en esa materia.

Que, a mayor abundamiento, se debe hacer presente que el objetivo de dichas normas es precisamente permitir a las isapres y a los prestadores de salud exceptuar las garantías de oportunidad en el evento de inasistencia del paciente. Por lo anterior, al tratarse de una excepción al cumplimiento de una obligación legal, corresponde que los supuestos de hecho que la fundamentan sean debidamente acreditados.

En razón de lo señalado, se rechaza lo argumentado por la isapre en ese sentido.

13.- Que, respecto de la alegación de la Isapre Colmena Golden Cross S.A. relativa a que la incorporación de una justificación formal de la inasistencia y su seguimiento dentro del flujo operativo sería excesiva, considerando que actualmente los prestadores no realizan dicha gestión, se debe señalar que corresponde a una obligación que ya estaba contenida en la normativa vigente con anterioridad a la dictación de la circular recurrida.

Al respecto, cabe recordar que el Capítulo XI "Procedimientos Relativos a las Garantías Explícitas en Salud", Título I "Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad", punto 2 "Causales de Excepción", numeral 2.1 "Inasistencia", del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, previo a la dictación de la Circular IF/Nº 501, establecía que: "Si con ocasión de alguna de las citaciones, el beneficiario o su representante informa una determinada situación que le impida asistir para el otorgamiento de la prestación, dicha inasistencia se considerará como justificada, debiendo registrarse tal justificación, así como el nombre de quien la notificó. Por tanto, la inasistencia justificada no se contabilizará como ausencia a una citación efectiva, debiendo practicarse una nueva citación."

En ese sentido, la única exigencia adicional incorporada por la circular recurrida fue la indicación de la fecha en que se realizó la gestión. Además, se añadió expresamente la posibilidad de exceptuar las garantías cuando se hayan excedido el límite de justificaciones, disposición que no implica una carga adicional para las isapres ni para los prestadores de salud.

Sin perjuicio de lo anterior, y atendido lo señalado por la Isapre, en cuanto a que en la práctica no se exige al afiliado informar una justificación específica, sino únicamente aceptar o rechazar la hora ofrecida y reagendar en caso de corresponder, se modificará la norma para establecer que la inasistencia justificada se entenderá configurada sin necesidad de detallar la causa que la motiva, en la forma que se indicará en lo resolutivo de este acto.

14.- Que la Isapre Nueva Masvida S.A. ha señalado que la regulación sobre inasistencias establece un catálogo rígido de mecanismos de citación que no refleja la realidad de la gestión de los prestadores.

Sobre el particular, cabe hacer presente que el catálogo de medios de citación se encontraba previamente establecido en la normativa sobre excepciones a la garantía de oportunidad de esta Superintendencia, y no corresponde a una modificación realizada por la circular impugnada. Al respecto, se debe hacer presente que dicho catálogo se encuentra ajustado a los criterios entregados por el Ministerio de Salud en las Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las GES, contenidas en el Decreto N° 53, de 2019, normas que son de carácter obligatorio tanto para las isapres como para los prestadores de salud.

Por otra parte, la circular recurrida, más que restringir los medios de citación efectiva, amplió las posibilidades de efectuar dichas gestiones con las personas beneficiarias, incorporando la posibilidad de acreditar el contacto efectivo a través de otros medios electrónicos de citación, tales como aplicaciones móviles o de mensajería instantánea.

15.- Que, en cuanto a los cuestionamientos realizados por la Isapre Nueva Masvida S.A. respecto del procedimiento de citación efectiva a través de correo electrónico —en tanto señala que no es el medio que emplea para efectuar la citación de los pacientes—, se debe precisar que la norma es clara al disponer que, para acreditar la citación efectiva, "se podrán utilizar cualquiera de los siguientes mecanismos con sus respectivos respaldos", indicando a continuación cada medio, entre los cuales se encuentra el correo electrónico.

Al respecto, se debe hacer presente que, si la isapre o los prestadores de su red no emplean un medio de citación en particular, siempre podrán optar por utilizar otro distinto, en la medida que se ajusten a las exigencias que establece la normativa para efectos de acreditar la citación efectiva del paciente.

En ese sentido, en caso de no ceñirse los prestadores de la Red GES de la isapre a las exigencias para considerar una citación como "efectiva", no le será posible invocar la causal

de excepción de inasistencia respecto de aquellos casos en los que no se hayan otorgado las prestaciones garantizadas de manera oportuna.

16.- Que, la Isapre Nueva Masvida S.A. solicita que se deje sin efecto la instrucción relativa a la suspensión temporal de la prestación por razones médicas, la cual señala que, una vez superado el imprevisto, deberán realizarse gestiones para el otorgamiento de las prestaciones en un plazo que no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente, de acuerdo con el decreto, a partir de la indicación del profesional.

Sobre el particular, la isapre indica que, por tratarse de situaciones que se dan en un contexto de relación directa entre paciente y el prestador de salud, ella no tiene injerencia en las mismas y que, una vez subsanado el problema de salud que le impedía al beneficiario obtener la prestación, se procede a ejecutarla, sin que participe la isapre.

Por otra parte, sostiene que la frase "no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente (...) a partir de la indicación del profesional" resulta difícil de comprender, ya que habrá casos en los que no será posible cumplir con lo instruido, pues dependerá únicamente de que la recuperación del estado de salud del paciente ocurra dentro de un periodo que así lo permita y de que este notifique dicha circunstancia al prestador.

En relación con lo anterior, cabe señalar que, en el Capítulo XI "Procedimientos relativos a las Garantías Explícitas en Salud", Título I "Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad", numeral 3 "Gestión de Casos con Garantía Exceptuada", del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos, se dispone que corresponde a las isapres supervisar y controlar que los prestadores lleven a cabo las gestiones que correspondan en cada caso, luego de exceptuada una garantía, considerando tanto la causal de la excepción como la circunstancia de que dicha excepción sea transitoria o permanente.

Dicha norma agrega que: "Lo anterior implica el control del monitoreo continuo por parte de los prestadores, de las garantías exceptuadas, el que considerará, a lo menos, la misma periodicidad contemplada en la garantía de que se trate."

Sin perjuicio de lo anterior, se estima que la disposición que establece que, una vez superado el imprevisto, deberán otorgarse las prestaciones "en un plazo que no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente de acuerdo al decreto a partir de la indicación del profesional", efectivamente adolece de falta de claridad, ya que no aporta un criterio concreto para determinar desde cuando debe otorgarse la prestación. Aquello resulta especialmente atendible considerando lo señalado por la isapre en cuanto a que una vez superado el problema de salud que impedía otorgar alguna prestación, se procede directamente a su ejecución.

Por consiguiente, en el numeral 2.4 "Estado de salud de la persona beneficiaria", letra a) "Suspensión temporal de la prestación", se eliminará la oración "en un plazo que no podrá exceder del que originalmente correspondía al paciente de acuerdo al decreto a partir de la indicación del profesional", en la forma que se indicará en lo resolutivo de este acto.

Asimismo, para efectos de coherencia normativa, se modificará lo establecido en el punto 3.1 que replicaba el texto eliminado.

17.- Que, la Isapre Consalud S.A., solicita que se mantenga la posibilidad de cerrar el caso cuando se produzca una tercera inasistencia sin justificación, dado que la circular recurrida eliminó dicha posibilidad, lo que impediría a las isapres gestionar y monitorear casos con garantías exceptuadas por plazos excesivamente prolongados, pudiendo destinarse esos esfuerzos a nuevos casos GES.

Al respecto, se estima razonable lo solicitado por la isapre, por lo que se volverá a incorporar dicha posibilidad, considerando que la norma, antes de la modificación contemplaba expresamente dicha posibilidad y teniendo a la vista las demás modificaciones que se introducirán a la norma mediante este acto.

Para lo anterior, en el numeral 2.1 “Inasistencia”, se agregará un nuevo párrafo permitiendo aquello, en la forma que se indica en el “resuelvo” de este acto.

18.- Que, la Isapre Nueva Masvida S.A. ha señalado que la obligación impuesta a los prestadores de salud de advertir a la persona beneficiaria o a su representante sobre el límite de postergaciones en que pueden incurrir sería impracticable, toda vez que las áreas que gestionan las horas de los pacientes en los establecimientos de salud —agendándolas o reagendándolas— desconocen dicha circunstancia.

Al respecto, analizado lo expuesto por esa institución, se ha estimado razonable lo solicitado, toda vez que la carga de advertir el límite de postergaciones en que puede incurrir cada persona beneficiaria supone un conocimiento demasiado específico respecto del caso de cada paciente, lo que, atendida la diversidad organizacional y operativa de los prestadores de salud, puede resultar difícil de gestionar en ciertos casos. Así las cosas, se procederá a modificar la redacción de la norma, estableciendo el carácter facultativo de la realización de esas gestiones para los prestadores de salud.

Por consiguiente, se accederá a lo solicitado, por lo que se reemplazarán los párrafos cuarto y quinto del numeral 2.1 “Inasistencia” por un nuevo párrafo, en la forma que se indicará en lo resolutivo de este acto.

19.- Que, las isapres Nueva Masvida S.A. y Consalud S.A. han presentado reparos respecto de la disposición contenida en la circular recurrida que establece que, en el caso de prestaciones que se exceptúen en virtud de la causal general de caso fortuito o fuerza mayor —en los términos establecidos en el artículo 45 del Código Civil—, debido a circunstancias relacionadas con la ausencia o falta de prestadores que imposibiliten el otorgamiento de prestaciones garantizadas, las isapres o el FONASA podrán celebrar convenios para el otorgamiento de esas prestaciones en modalidades distintas a las GES, para lo cual deberán contar con el consentimiento de la persona beneficiaria o su representante.

Al respecto, esas isapres han señalado que dicha disposición entorpece la gestión de casos, al imponer la necesidad de la celebración de un convenio y obtener una autorización por parte de la persona beneficiaria o su representante, mencionando que ese tipo de casos se resuelven directamente entre la isapre y las personas, quienes muchas veces prefieren atenderse en prestadores que son de su confianza.

Se debe hacer presente a las recurrentes que, tal como lo indica el texto de la norma, esta se encuentra establecida para excepciones a la garantía de oportunidad derivadas de situaciones de caso fortuito o fuerza mayor, en los términos establecidos en el artículo 45 del Código Civil, el que establece que “Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc.”

En ese sentido, la norma recurrida se refiere a situaciones tales como las definidas en el citado artículo, siempre que sean debidamente acreditadas por la institución responsable que las invoque y tengan por efecto la ausencia o insuficiencia de prestadores que imposibiliten el otorgamiento de las prestaciones garantizadas. La suscripción de convenios a la que alude la normativa tiene por objeto resolver casos derivados de situaciones de fuerza mayor que puedan extenderse en el tiempo y generar un impacto generalizado, requiriendo una solución de carácter duradero, dependiendo de la magnitud del imprevisto. Así, la imposibilidad de dar cumplimiento a las garantías de oportunidad podría justificar la gestión de esos casos fuera del régimen de las GES, en el caso de ciertos problemas de salud críticos, pudiendo, por ejemplo, en el caso de beneficiarios del FONASA, otorgarse esas prestaciones bajo la modalidad de atención institucional mientras dure la imposibilidad.

Por lo tanto, si una isapre cuenta con un sistema de gestión de su Red GES que le permita solucionar de forma más ágil los requerimientos particulares o situaciones específicas de ciertas personas beneficiarias, podrá seguir haciéndolo, sin que el objetivo de la norma sea regular la gestión particular de casos exceptuados que no tengan su origen en una situación de caso fortuito o de fuerza mayor en los términos indicados.

Por otra parte, los casos descritos por las recurrentes, en los cuales las propias personas optan por atenderse con sus médicos tratantes o en prestadores de confianza, no constituyen una hipótesis de fuerza mayor, ya que se originan en la propia voluntad de la persona beneficiaria, por lo que pueden seguir siendo gestionados como un problema de salud GES conforme a los procesos ya establecidos por cada isapre.

A mayor abundamiento, debe hacerse presente a las recurrentes que la norma establece expresamente que las instituciones "podrán derivar a los pacientes a otros prestadores fuera de su red GES, ya sea mediante la celebración de convenios o utilizando aquellos convenios ya suscritos (...)" . Por lo tanto, se trata de una disposición de carácter facultativo, que describe un procedimiento que las instituciones obligadas al cumplimiento de las GES podrán emplear en caso de requerir otorgar prestaciones en casos de excepción, en los términos indicados.

En razón de lo anterior, al estimarse que la norma introducida por la circular recurrida no afecta ni obstaculiza los procesos de gestión de casos indicados por las recurrentes —por corresponder a situaciones diversas y tratarse de una norma de carácter facultativo—, se rechazarán las alegaciones planteadas en cuanto al fondo.

Sin perjuicio de lo anterior, con la finalidad de dar mayor claridad y precisión a la norma, para así evitar posibles confusiones como las planteadas por las isapres en sus recursos, se modificará la redacción original precisando el carácter facultativo de dicho mecanismo. Asimismo, se considera necesario incluir en la norma una mención al artículo 36 del Código Sanitario, por encuadrarse dentro los supuestos que habilitarán a las instituciones obligadas al cumplimiento de las garantías de oportunidad, a emplear el mecanismo que establece la norma. Dichas modificaciones constan en lo resolutivo de este acto.

20.- Que, las isapres Consalud S.A. y Cruz Blanca S.A han planteado que es necesario que la norma contemple la posibilidad de exceptuar aquellos casos en los que no es posible cumplir con el plazo de la garantía de oportunidad, cuando la persona beneficiaria decida postergar su atención por motivos personales.

Por otra parte, la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, en su presentación, ha manifestado igualmente la necesidad de establecer un mecanismo para aplazar prestaciones garantizadas por razones que no se enmarquen en la suspensión temporal basada en criterios médicos que actualmente se encuentra regulada, sino que obedezcan a razones de carácter personal del beneficiario o beneficiaria.

Al respecto, la Subsecretaría de Redes Asistenciales plantea la posibilidad de consensuar con la persona beneficiaria una nueva fecha de atención dentro de los tres meses siguientes al vencimiento del plazo máximo de la garantía de oportunidad, prorrogables por un segundo periodo de tres meses como máximo. Lo anterior, señala, supone la realizan las gestiones correspondientes al proceso de "contactabilidad", de modo que la cita efectiva quede programada dentro de los plazos acordados, lo que deberá quedar debidamente respaldado conforme al medio de citación efectiva que se haya utilizado.

Atendido que tanto algunas de las isapres recurrentes como la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud han planteado la necesidad de regular la situación de hecho que se genera en aquellos casos en los cuales las propias personas beneficiarias solicitan el aplazamiento de la prestación por motivos personales —sin que aquellos casos correspondan a un rechazo propiamente tal o a una inasistencia—, resulta razonable acceder a la modificación solicitada en los términos que se indicarán más adelante. Asimismo, se rechaza la solicitud de la Subsecretaría de Redes Asistenciales relativa a la prórroga por un segundo período, por estimarse excesiva, considerando que el plazo inicial de tres meses resulta suficiente para retomar las atenciones por parte de la persona beneficiaria.

Por otra parte, se estima que lo procedente en estos casos es aplicar la excepción de las garantías por la causal indicada, y no un cierre de caso en los términos planteados por la Isapre Consalud S.A., por tratarse de una medida que carecería de proporcionalidad.

En consecuencia, se procederá a incorporar un nuevo numeral **2.5 "Solicitud de aplazamiento por la persona beneficiaria"**, con el contenido que se indicará en la parte resolutiva.

21. – Que, por otra parte, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en su presentación, ha señalado que la modificación introducida en la normativa recurrida respecto al aumento de las visitas domiciliarias necesarias para acreditar la citación efectiva del paciente, presenta dificultades considerables en su implementación, por corresponder ese tipo de visita a una gestión de alto costo. Al respecto, hace presente que de no existir una intención por parte del usuario por vincularse con el establecimiento de salud, los resultados de las visitas seguirán siendo infructuosos.

En virtud de lo anterior, solicita que frente a una visita infructuosa, se permita dejar una carta en el domicilio registrado por la persona, mediante la cual se requiera al paciente actualizar sus datos de contacto para recibir la cita efectiva y hacer uso de sus garantías GES. Dicho procedimiento, señala, permitiría respaldar que el usuario tiene la intención de utilizar sus datos de contacto para recibir la cita efectiva.

Por otra parte, de manera complementaria, la Isapre Nueva Masvida S.A., en relación con la causal "Contacto no corresponde" ha cuestionado que la normativa establezca la necesidad de agotar todas las gestiones descritas y factibles para efectuar una citación efectiva, dado que, como isapre no utilizan todas las formas de comunicación indicadas en la norma, aunque estas sean factibles.

Al respecto, se estima que las solicitudes de ambas recurrentes coinciden en el carácter aparentemente excesivo de los medios de citación que se deben emplear para efectos de exceptuar una garantía por la causal de "Contacto No Corresponde", considerando que mecanismos como la visita domiciliaria, implican un gran desgaste de recursos, tanto humanos como financieros.

Por lo anterior se accederá parcialmente a las solicitudes planteadas flexibilizando los requisitos actualmente exigidos para acreditar la concurrencia de la causal "Contacto No Corresponde", por considerarse excesiva la obligación de acreditar la utilización de todos los medios de contacto, tratándose de mecanismos que, en muchos casos, poseen una naturaleza similar y, por ende, un nivel de eficacia equivalente con objeto de establecer comunicación con la persona beneficiaria.

Así las cosas, para efectos de poder acreditar la concurrencia de la causal, deberá contarse con el registro de haberse utilizado a lo menos dos de los mecanismos de citación que contempla la normativa actualmente, que implican un bajo costo de realización como lo son la llamada telefónica, el correo electrónico y "otros medios electrónicos de citación".

Por otra parte, no habiéndose logrado el contacto a través de esos medios, deberá contarse con el registro de haberse utilizado a lo menos uno de los medios de citación que implican un mayor costo de realización, como lo son la carta certificada y la visita domiciliaria.

Lo anterior permite establecer una racionalización de los recursos que se emplearán para este tipo de gestiones, sin dejar de lado la finalidad última de las mismas, que es tomar contacto con la persona beneficiaria de las GES.

Además, para complementar aquella disposición, en el apartado en el que se regulan las visitas domiciliarias como medio de citación efectiva, se eliminará la exigencia de efectuar dos visitas adicionales cuando ya exista una visita frustrada, estimándose atendible la alegación referida a que dicha fórmula implica una sobrecarga excesiva para los establecimientos de salud. De igual modo, se incorporará en la norma un criterio específico de acreditación para las visitas frustradas, por resultar fundamental para efectos de comprobar la realización de la visita cuando se invoque la causal "Contacto No Corresponde".

Finalmente, respecto a la solicitud planteada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para permitir dejar una carta en el domicilio registrado por la persona beneficiaria, con el objeto

de requerir la actualización de sus datos de contacto, se estima que no resulta pertinente incorporar dicho procedimiento en la normativa relativa a la excepción de garantías.

Lo anterior, por cuanto se trata de una gestión adicional distinta de aquellas exigidas para la configuración de la causal "Contacto No Corresponde", la cual, por su naturaleza, exige que se hayan utilizado previamente los medios de citación efectiva expresamente contemplados en la normativa vigente, sin que la comunicación señalada por esa Subsecretaría revista tal carácter.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que los servicios de salud hayan optado por implementar este tipo de protocolos con el fin de fortalecer la vinculación efectiva con las personas beneficiarias, podrán continuar utilizándolos, en tanto resultan compatibles con la aplicación de la normativa vigente.

Así las cosas, se accederá parcialmente a lo solicitado, por lo que la norma se modificará en ese sentido, en la forma indicada en el resuelvo de este acto.

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

RESUELVO:

1.- **ACOGER PARCIALMENTE** los recursos de reposición deducidos por las Isapres Colmena Golden Cross S.A., Nueva Masvida S.A., Cruz Blanca S.A., Consalud S.A. y por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, en contra de la Circular IF/Nº 501, de fecha 23 de junio de 2025, que impartió instrucciones sobre garantías de oportunidad exceptuadas, modificándola en la forma que se indicará a continuación.

En el Capítulo XI **“Procedimientos relativos a las Garantías Explícitas en Salud”, Título I “Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad”, del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos” se realizan las siguientes modificaciones:**

a) En el numeral **2.1 “Inasistencia”**, reemplaza el contenido del segundo párrafo quedando como sigue:

“Si, con ocasión de alguna de las citaciones, la persona beneficiaria o su representante informa que no podrá asistir al otorgamiento de la prestación, dicha inasistencia se considerará como justificada. En estos casos, deberá registrarse que la ausencia fue justificada, junto con el nombre de quien la notificó y la fecha en que se realizó la gestión. Por tanto, la inasistencia justificada no se contabilizará como ausencia a una citación efectiva, debiendo practicarse una nueva citación.

b) Se reemplazan los párrafos 4º y 5º del numeral **2.1” Inasistencia”, por el siguiente, que pasa a ser el nuevo párrafo 4º:**

“Los prestadores de salud podrán informar a las personas beneficiarias o a sus representantes, el límite de postergaciones justificadas que podrán realizar y de ausencias a citaciones efectivas en las que podrán incurrir, según se trate de garantías superiores o inferiores a 10 días.”

c) Se agrega un nuevo párrafo sexto en el numeral **2.1” Inasistencia”** con el siguiente contenido:

“La inasistencia a tres citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada, constituye causal de cierre del caso, según lo establecido en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el Cumplimiento de las GES dictadas por el MINSAL. Dicha circunstancia deberá informarse al paciente o su representante al momento de la respectiva citación.”

d) Se elimina el segundo párrafo de la letra c) "Visita domiciliaria", contenida en el numeral **2.1 "Inasistencia"** y se reemplaza por el siguiente:

"En caso de que la visita domiciliaria resulte infructuosa, se deberá dejar constancia escrita de aquello en el registro respectivo, señalando la fecha, hora, domicilio visitado, el motivo por el cual no se logró efectuar el contacto (por ejemplo, persona no habida o domicilio inexistente), y el nombre y RUN del funcionario o la funcionaria que efectuó la gestión."

e) Modificar el contenido del numeral **2.2 "Contacto No Corresponde"**, quedando de la siguiente manera:

"Los datos de contacto entregados por la persona beneficiaria a través de los distintos registros habilitados para tal fin, imposibilitan concretar la citación efectiva durante la vigencia de la garantía.

Para su validación como garantía exceptuada, deberá cumplirse conjuntamente con los siguientes requisitos:

a) Contar con el registro de haberse realizado, a lo menos, dos de las gestiones descritas como mecanismos de citación efectiva en el numeral 2.1. "Inasistencia", de entre las siguientes: "Llamada telefónica", "Correo electrónico" y "Otros medios electrónicos de citación"; y

b) En caso de no haberse logrado establecer contacto con la persona beneficiaria a través de alguno de los mencionados medios, contar con el registro de haberse efectuado la gestión de contactabilidad mediante, al menos, uno de los siguientes mecanismos: "Visita domiciliaria" o "Carta Certificada".

Todo lo anterior deberá constar en los registros que acrediten tales gestiones, según las exigencias del mecanismo de citación utilizado."

f) En el numeral **2.4 "Estado de salud de la persona beneficiaria"**, letra a) "Suspensión temporal de la prestación", se elimina la oración "en un plazo que no podrá exceder del que originalmente correspondía al paciente de acuerdo al decreto a partir de la indicación del profesional", reemplazándose la coma que sucede a la expresión "las prestaciones respectivas", por un punto aparte.

Asimismo, en el numeral 3.1, del punto 3. "Gestión de Casos con Garantía Exceptuada", se elimina la frase "en un plazo que no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente de acuerdo al decreto, una vez superada la causal que impidió dicho otorgamiento" y se reemplaza la coma a continuación de la palabra "respectivas", por un punto aparte.

g) Se agrega un nuevo numeral **2.5 "Solicitud de aplazamiento por la persona beneficiaria"**, con el siguiente contenido:

"2.5 Solicitud de aplazamiento por la persona beneficiaria

Se podrán exceptuar las prestaciones garantizadas cuando, de común acuerdo con la persona beneficiaria o su representante, se determine otorgar las atenciones en un plazo distinto al fijado para la respectiva garantía, siempre que la persona beneficiaria manifieste la necesidad de aplazar su otorgamiento por motivos de carácter personal.

Para ello deberá existir una citación efectiva debidamente acreditada y la manifestación de voluntad inequívoca de la persona beneficiaria para recibir las atenciones fuera del plazo establecido en la garantía de que se trate. Dicha manifestación deberá constar por escrito, de puño y letra de la persona beneficiaria, o a través de un medio que otorgue una certeza equivalente, tales como un correo electrónico enviado desde su cuenta personal, una grabación telefónica o videollamada, entre otros.

El plazo máximo para el otorgamiento de la prestación aplazada no podrá exceder de tres meses, contados desde el vencimiento de la garantía respectiva.

Lo anterior generará la obligación de la Isapre o del FONASA de gestionar dichos casos, ya sea directamente o a través de los prestadores de su red, a fin de otorgar las prestaciones durante el plazo de tres meses antes señalado. Dichas gestiones deberán encontrarse debidamente respaldadas en la forma definida para cada medio de citación efectiva y en caso de no realizarse, no se considerará la garantía como exceptuada."

h) En el punto **3. "Gestión de Casos con Garantía Exceptuada"**, se realizan las siguientes modificaciones.

h.1) En el párrafo tercero, se elimina la palabra "general" y a continuación de la expresión "el artículo 45 del Código Civil", se agrega la frase "o de lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario".

En el mismo párrafo, a continuación de la expresión "prestaciones garantizadas", se agrega la frase "de manera generalizada o prolongada en el tiempo".

h.2) En el párrafo cuarto se reemplaza la palabra "podrán" por la expresión "estará facultadas para", se elimina la expresión "ya sea" y, a continuación de la expresión "modalidades de atención distintas a las GES" se agrega lo siguiente: "(como, por ejemplo, bajo la Modalidad de Atención Institucional (MAI) o la Modalidad Libre Elección (MLE) en el caso de las personas beneficiarias del FONASA)".

h.3) Se eliminan los párrafos séptimo y octavo, reemplazándose por el siguiente:

"Las Isapres y el FONASA deberán adoptar las medidas necesarias para informar adecuadamente a las personas beneficiarias sobre la situación de fuerza mayor que origine la derivación, así como sobre el hecho de que las atenciones serán otorgadas fuera de la Red GES por esa circunstancia, y que, una vez recibidas las prestaciones, podrá retomar sus atenciones en la Red. En caso de que la persona beneficiaria no acepte dicho ofrecimiento, no se entenderá configurada la causal de rechazo, por lo que no será posible aplicar el cierre de la garantía."

2.-En virtud de las modificaciones indicadas, el nuevo texto del **Capítulo XI "Procedimientos relativos a las Garantías Explícitas en Salud", Título I "Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad", del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Procedimientos** queda de la siguiente manera:

Título I. Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad ¹

1. Situaciones de Excepción

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad cuando sea imposible otorgar la prestación dentro del plazo establecido, ya sea por caso fortuito o fuerza mayor o cuando la causa del incumplimiento sea imputable a la persona beneficiaria, esto en razón de lo establecido en el artículo 4º de la Ley N° 19.966.

Las situaciones constitutivas de caso fortuito o fuerza mayor, en los términos del artículo 45 del Código Civil, deberán ser debidamente acreditadas por el FONASA o las Isapres, en su calidad de obligados a asegurar el cumplimiento de las GES a sus respectivos beneficiarios.

El presente Título regula, además, situaciones específicas que permiten exceptuar garantías de oportunidad, siempre que se cumplan los requisitos establecidos en el numeral correspondiente para cada una de ellas.

La excepción de una garantía de oportunidad dará origen a la obligación, por parte de la Isapre o el FONASA, de gestionar el caso en los términos que se indican en este Título.

¹ Título incorporado mediante Circular IF N°248, del 27 de julio de 2015

Dado que el caso de una persona beneficiaria puede presentar varias garantías al mismo tiempo, el cierre de una garantía no implica el cierre del caso o de otra garantía abierta. De esa manera, el caso puede permanecer abierto, pudiendo el beneficiario recibir otras prestaciones garantizadas del mismo problema de salud.

El Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional como las principales obligadas al cumplimiento de la garantía de oportunidad, deberán estar siempre en condiciones de acreditar tanto la concurrencia de las causales de excepción, como la gestión de los casos con garantía exceptuada, a través de antecedentes probatorios suficientes.

2. Causales específicas de excepción:

Las causales de excepción que a continuación se tratan sólo procederán, en tanto se cumplan los requisitos que para tal efecto dispone el Decreto vigente que "Aprueba las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el Cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la ley N°19.966", o el que lo reemplace.

2.1 Inasistencia: Ausencia del paciente o beneficiario/a a dos citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada. Tratándose de garantías iguales o inferiores a diez (10) días, se entenderá inasistencia con la ausencia a una citación efectiva fehacientemente acreditada.

Si, con ocasión de alguna de las citaciones, la persona beneficiaria o su representante informa que no podrá asistir al otorgamiento de la prestación, dicha inasistencia se considerará como justificada. En estos casos, deberá registrarse que la ausencia fue justificada, junto con el nombre de quien la notificó y la fecha en que se realizó la gestión. Por tanto, la inasistencia justificada no se contabilizará como ausencia a una citación efectiva, debiendo practicarse una nueva citación.

Las referidas justificaciones del paciente tendrán un límite de dos (2) postergaciones para garantías superiores a diez (10) días y de una (1) para aquellas iguales o inferiores a diez días. Una vez excedidos dichos límites de postergación, aunque exista justificación, se considerará como inasistencia y se podrá exceptuar la garantía que se está gestionando.

Los prestadores de salud podrán informar a las personas beneficiarias o a sus representantes, el límite de postergaciones justificadas que podrán realizar y de ausencias a citaciones efectivas en las que podrán incurrir, según se trate de garantías superiores o inferiores a 10 días.

Cada inasistencia deberá quedar consignada en el registro de citaciones y/o control de asistencia, y deberá ser suscrita por el personal encargado del registro.

La inasistencia a tres citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada, constituye causal de cierre del caso, según lo establecido en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el Cumplimiento de las GES dictadas por el MINSAL. Dicha circunstancia deberá informarse al paciente o su representante al momento de la respectiva citación.

Respecto de la causal específica de excepción de inasistencia, para su validación como garantía exceptuada, deberá haberse empleado cualquiera de los mecanismos de citación efectiva que se describen en este numeral, con estricto apego al procedimiento indicado para cada uno de ellos. Esto deberá estar debidamente consignado en los registros correspondientes que lo acrediten.

Para acreditar la citación efectiva, entendiéndose por ésta, aquella situación en que se tomó contacto directo con el paciente o su representante, se podrán utilizar cualquiera de los siguientes mecanismos con sus respectivos respaldos:

a) Citación Presencial: Registro de la entrega de la citación a la atención clínica en el establecimiento, cuando proceda, suscrito por el beneficiario/a o su representante al tomar conocimiento de esta.

b) Llamada telefónica: Registro de la llamada telefónica con contacto efectivo con el beneficiario o su representante, con indicación de su resultado.

Para acreditar el contacto efectivo se deberá dejar registro del nombre y RUN de/la funcionario/a que efectuó la llamada, además del nombre de la persona que contestó con indicación de su relación con la o el paciente y de la fecha y hora en la cual se realizó. En caso de que la gestión sea infructuosa, el registro deberá contener la constancia de las llamadas que fueron necesarias para lograr la citación efectiva. Se efectuarán al menos 3 intentos de comunicación telefónica, en días y horarios diferentes.

En caso de disponer el prestador de un sistema de grabación de llamadas, éste deberá conservarse, como respaldo por un periodo no menor a 5 años o hasta que la prestación sea otorgada.

c) Visita domiciliaria: Registro de la visita domiciliaria, la que deberá consignar el nombre y RUN del/la funcionario/a que efectuó la visita, además del nombre, indicación de su relación con el o la persona beneficiaria, fecha y firma de quien recibió la citación a la atención clínica, que podrá corresponder a la persona beneficiaria o a otra persona en su nombre y del resultado de dicha visita. La citación deberá entregarse en sobre cerrado, dirigida a la persona beneficiaria y deberán estar registrados los datos de contacto de la oficina GES del prestador, según corresponda, en caso de que aquella necesite comunicarse.

En caso de que la visita domiciliaria resulte infructuosa, se deberá dejar constancia escrita de aquello en el registro respectivo, señalando la fecha, hora, domicilio visitado, el motivo por el cual no se logró efectuar el contacto (por ejemplo, persona no habida o domicilio inexistente), y el nombre y RUN del funcionario o la funcionaria que efectuó la gestión.

d) Carta Certificada: Nómina del correo en la que conste la fecha del envío de la citación a la atención clínica del paciente al domicilio informado por la persona beneficiaria o su representante en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES" u otro registrado con posterioridad para estos efectos. El domicilio podrá pertenecer a otra persona, que hubiere sido autorizada por escrito por la persona beneficiaria. Deberá contarse con registro del resultado del procedimiento.

e) Correo electrónico: Registro del envío por correo electrónico de la citación a la atención clínica, en el que conste la fecha de la gestión, a la dirección informada por la persona beneficiaria o su representante en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES" u otra registrada con posterioridad para estos efectos. La dirección de correo electrónico podrá pertenecer a otra persona, que hubiere sido autorizada por escrito por el o la beneficiaria. Deberá contarse con registro del resultado del procedimiento². La citación se realizará desde una cuenta institucional y se deberá respaldar su envío para fines de fiscalización. En caso de existir confirmación de la recepción por parte de la persona beneficiaria o de la tercera persona autorizada, deberá igualmente guardarse respaldo de dicha respuesta.

f) Otros medios electrónicos de citación: Se podrá acreditar el contacto efectivo con el o la persona beneficiaria o su representante mediante otros medios electrónicos, como aplicaciones móviles o de mensajería instantánea, siempre y cuando se pueda verificar que los datos de contacto utilizados pertenecen efectivamente a la persona beneficiaria o a su representante. Para ello, dichos datos deberán estar debidamente informados en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES" o haber sido registrados con posterioridad para dicho propósito.

² Letra e), agregada por Circular IF N° 431, de 19.5.23.

Dichos registros deberán contener la citación a la atención clínica, la identificación de la persona que realizó la gestión en representación del prestador (con la indicación del nombre y RUN), y la fecha en que se efectuó el contacto.

2.2 Contacto No Corresponde: Los datos de contacto entregados por la persona beneficiaria a través de los distintos registros habilitados para tal fin, imposibilitan concretar la citación efectiva durante la vigencia de la garantía.

Para su validación como garantía exceptuada, deberá cumplirse conjuntamente con los siguientes requisitos:

a) Contar con el registro de haberse realizado, a lo menos, dos de las gestiones descritas como mecanismos de citación efectiva en el numeral 2.1. "Inasistencia", de entre las siguientes: "Llamada telefónica", "Correo electrónico" y "Otros medios electrónicos de citación"; y

b) En caso de no haberse logrado establecer contacto con la persona beneficiaria a través de alguno de los mencionados medios, contar con el registro de haberse efectuado la gestión de contactabilidad mediante, al menos, uno de los siguientes mecanismos: "Visita domiciliaria" o "Carta Certificada".

Todo lo anterior deberá constar en los registros que acrediten tales gestiones, según las exigencias del mecanismo de citación utilizado.

2.3 Rechazo: Expresión de voluntad de el o la persona beneficiaria, o su representante, de rechazar la prestación y/o el prestador designado. Esto debe constar por escrito en un documento especialmente destinado para tal fin, el que deberá incluir, al menos, el motivo del rechazo, el nombre de quien rechaza, y la fecha correspondiente al día del rechazo.

El paciente o su representante podrán manifestar el rechazo a través de un medio distinto al presencial. Para ello, deberá dejarse constancia de la comunicación recibida, cumpliendo con los requisitos particulares del respectivo mecanismo de contacto. Esto se realizará según las reglas definidas al tratar la citación efectiva, siempre y cuando dicho medio permita comprobar la manifestación de la voluntad de rechazar la prestación o el prestador, por parte del paciente o su representante.

2.4 Estado de salud de la persona beneficiaria: La garantía de oportunidad podrá exceptuarse cuando exista una indicación médica justificada por parte del profesional tratante que impida la realización de la prestación, ya sea de manera temporal o definitiva.

El profesional tratante responsable de la indicación deberá registrar en la ficha clínica del paciente los antecedentes clínicos que motivan la decisión de suspender el otorgamiento de la prestación o de excluirla, según corresponda.

Además, deberá existir constancia de que se informó al paciente la causal por la cual no se otorgó la prestación y, en caso de suspensión temporal del evento o condición que debe ocurrir para acceder a la prestación exceptuada. En caso de exclusión, se dejará constancia de que se informaron las acciones que corresponden para continuar con el beneficio.

Dicha indicación médica podrá producir uno de los siguientes efectos:

a) Suspensión temporal de la prestación: Se suspende el otorgamiento de la prestación cuando, por una condición específica de salud del o la paciente, no sea posible otorgarla en la fecha fijada. La suspensión de una garantía no implica la renovación del plazo para el cumplimiento de la garantía. Así, una vez superado el imprevisto, deberán realizarse gestiones para el otorgamiento de las prestaciones respectivas.

La solicitud de nuevos exámenes y/o actualización de ellos, no constituye motivo para suspender el otorgamiento de la prestación garantizada.

b) Exclusión de la prestación: Corresponde a una decisión médica basada en criterios que impiden o no hacen aconsejable la realización de la prestación garantizada, lo que hace imposible el cumplimiento de la garantía respectiva. Esta justificación debe registrarse en la ficha clínica y estar debidamente fundamentada para permitir la exclusión de la garantía.

En caso de no existir certeza sobre el carácter definitivo de la indicación médica que excluye la prestación, esto es, si el paciente pudiera requerirla o ser apto para recibirla en el futuro, esta no podrá ser excluida. En su lugar, deberá ser suspendida temporalmente, conforme a los términos establecidos en la letra a) precedente. Lo anterior es sin perjuicio del derecho que asiste a la persona beneficiaria para requerir una segunda opinión médica.

2.5 Solicitud de aplazamiento por la persona beneficiaria

Se podrán exceptuar las prestaciones garantizadas cuando, de común acuerdo con la persona beneficiaria o su representante, se determine otorgar las atenciones en un plazo distinto al fijado para la respectiva garantía, siempre que la persona beneficiaria manifieste la necesidad de aplazar su otorgamiento por motivos de carácter personal.

Para ello deberá existir una citación efectiva debidamente acreditada y la manifestación de voluntad inequívoca de la persona beneficiaria para recibir las atenciones fuera del plazo establecido en la garantía de que se trate. Dicha manifestación deberá constar por escrito, de puño y letra de la persona beneficiaria, o a través de un medio que otorgue una certeza equivalente, tales como un correo electrónico enviado desde su cuenta personal, una grabación telefónica o videollamada, entre otros.

El plazo máximo para el otorgamiento de la prestación aplazada no podrá exceder de tres meses, contados desde el vencimiento de la garantía respectiva.

Lo anterior generará la obligación de la Isapre o del FONASA de gestionar dichos casos, ya sea directamente o a través de los prestadores de su red, a fin de otorgar las prestaciones durante el plazo de tres meses antes señalado. Dichas gestiones deberán encontrarse debidamente respaldadas en la forma definida para cada medio de citación efectiva y en caso de no realizarse, no se considerará la garantía como exceptuada."

3. Gestión de Casos con Garantía Exceptuada

El Fonasa y las Isapres deberán supervisar y controlar que los prestadores lleven a cabo las gestiones que correspondan en cada caso, luego de exceptuada una garantía, considerando tanto la causal de la excepción como la circunstancia de que dicha excepción sea transitoria o permanente.

Lo anterior implica el control del monitoreo continuo por parte de los prestadores, de las garantías exceptuadas, el que considerará, a lo menos, la misma periodicidad contemplada en la garantía de que se trate.

En el caso de prestaciones que se exceptúen en virtud de la causal de caso fortuito o fuerza mayor, en los términos establecidos en el artículo 45 del Código Civil o de lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, debido a circunstancias relacionadas con la ausencia o falta de prestadores que imposibiliten el otorgamiento de las prestaciones garantizadas de manera generalizada o prolongada en el tiempo, será responsabilidad directa del FONASA y las Isapres gestionar y monitorear continuamente dichos casos, a fin de asegurar que una vez superado el impedimento, se otorguen las prestaciones de manera adecuada.

En dicho contexto, las instituciones estarán facultadas para derivar a los pacientes a otros prestadores fuera de su red GES, mediante la celebración de convenios o utilizando aquellos convenios ya suscritos, que permitan otorgar las prestaciones en otras modalidades de atención distintas a las GES (como, por ejemplo, bajo la Modalidad de Atención Institucional (MAI) o la Modalidad Libre Elección (MLE) en el caso de las personas beneficiarias del FONASA), con el fin de facilitar su pronto otorgamiento mientras persista el impedimento que dio origen a la excepción.

Los referidos convenios con prestadores para otorgar prestaciones en modalidades de atención distintas a las GES no podrán perjudicar la cobertura ni los derechos que dichas garantías explícitas aseguran.

La derivación que realice la Isapre y el FONASA deberá señalar claramente su carácter excepcional y detallar la situación de fuerza mayor que la motivó.

Las Isapres y el FONASA deberán adoptar las medidas necesarias para informar adecuadamente a las personas beneficiarias sobre la situación de fuerza mayor que origine la derivación, así como sobre el hecho de que las atenciones serán otorgadas fuera de la Red GES por esa circunstancia, y que, una vez recibidas las prestaciones, podrá retomar sus atenciones en la Red. En caso de que la persona beneficiaria no acepte dicho ofrecimiento, no se entenderá configurada la causal de rechazo, por lo que no será posible aplicar el cierre de la garantía.

Será responsabilidad de las Isapres y del FONASA realizar el seguimiento de dichos casos, garantizar los derechos de los pacientes y asegurar que estos retornen a la Red para continuar con su garantía o con el tratamiento del resto del problema de salud GES una vez que hayan recibido las prestaciones contenidas en las garantías que fueron exceptuadas. De resultar necesario, deberán adaptar sus sistemas y procesos para permitir un adecuado monitoreo y trazabilidad de aquellos casos.

Las Isapres y el FONASA deberán encontrarse en todo momento en condiciones de acreditar el cumplimiento de las reglas precedentes, en especial la concurrencia de la situación de fuerza mayor invocada para exceptuar la garantía. Dicha circunstancia deberá ser acreditada a través de los medios probatorios suficientes.

Este Organismo, en ejercicio de sus funciones, podrá fiscalizar la adecuada aplicación del mecanismo descrito. En el evento de detectar inconsistencias o incumplimientos, podrá aplicar, en el caso de las Isapres, las sanciones que contempla la Ley y, en el del FONASA, solicitar a la Contraloría General de la República la realización de las auditorías que corresponda en ejercicio de sus atribuciones, esto, además de las medidas disciplinarias establecidas en el artículo 125 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud.

- 3.1** Tratándose de excepciones por inasistencia o aquellas excepciones en que se haya suspendido el otorgamiento de la prestación, por indicación médica justificada por parte del profesional tratante, las gestiones tendrán como objetivo el otorgamiento de las prestaciones respectivas.
- 3.2** Si la causal de excepción es por rechazo o exclusión de la prestación por estado de salud de la persona beneficiaria, las gestiones corresponderán a las necesarias para dar continuidad al resto de las prestaciones y garantías contempladas en el problema de salud, en caso de ser procedente.

4. Obligación de Informar

Para el debido ejercicio de los derechos que derivan de las Garantías Explícitas en Salud, el Fonasa y la Isapres deberán estar siempre en condiciones de acreditar que los pacientes o sus representantes fueron informados -a través de los medios indicados y dejando constancia en los respectivos documentos de respaldo-, que la garantía fue exceptuada, de la causal de excepción y de las opciones que se le entregan para ser atendidos, según proceda, conforme las presentes normas y en tanto los casos no cuenten con una causal de cierre."

3.- Remítase para el conocimiento y resolución del Superintendente de Salud los recursos jerárquicos interpuestos subsidiariamente por las Isapres Colmena Golden Cross S.A., Nueva Masvida S.A., Cruz Blanca S.A. y Consalud S.A.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE. -



**OSVALDO VARAS SCHUDA
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD**

[Handwritten signature]
KBM/CRM/OTU

Distribución:

- Ministerio de Salud
- Directores de Servicios de Salud
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Clínicas de Chile A.G.
- Director Fondo Nacional de Salud
- Gerentes Generales de Isapres
- Diario Oficial
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepto. de Fiscalización de Beneficios
- Subdepto. de Regulación
- Oficina de Partes

C 5152-2025