

## **“MONITOREO URGENCIA VITAL GES CON ENFOQUE DE GÉNERO ”**

**Reporte al 30 de noviembre de 2025.**



**SUBDEPARTAMENTO DE FISCALIZACIÓN DE BENEFICIOS  
INTENDENCIA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD**

**INFORME N°14  
FECHA 17 de FEBRERO de 2026**

<b>Elabora</b>	<b>Revisa</b>	<b>Aprueba</b>
Analista Subdepartamento Fiscalización de Beneficios	Coordinadora Subdepartamento Fiscalización de Beneficios	Jefa Subdepartamento Fiscalización de Beneficios
Maureen Araya Pérez / Juan Pablo Amtmann Caro	Claudia Román Navarro	Sandra Armijo Quevedo
V°B° <i>M</i>	V°B°	V°B° <i>duip</i>
<b>FEBRERO 2026</b>		

# ÍNDICE

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>METODOLOGÍA</b> .....	4
<b>RESULTADOS Y HALLAZGOS DE LA FISCALIZACIÓN</b> .....	5
<b>CONCLUSIONES</b> .....	10
<b>ACCIONES A REALIZAR</b> .....	10
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS</b> .....	11



## RESUMEN EJECUTIVO

El artículo 9° de la Ley N°19.966 establece la obligación legal para los establecimientos de salud de informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, dentro de las 24 horas siguientes al diagnóstico, sobre la recepción de pacientes con condiciones de salud garantizadas (GES) que ingresen en situación de urgencia vital o secuela funcional grave y requieran hospitalización en un centro ajeno a su Red Asistencial o al designado por su ISAPRE, debiendo registrar esta información en la plataforma electrónica dispuesta por esta Superintendencia.

En virtud de lo antes señalado, el Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, realiza un monitoreo semestral correspondiente a Urgencia Vital GES, analizando la información extraída desde la base de datos del Sistema Lotus Notes de UVGES de este Organismo de Control.

La base extraída con fecha 01 de junio de 2025 a 30 de noviembre de 2025 desde Sistema Lotus Notes de UVGES contiene un universo de 12.558 registros analizados, 11.357 registros (90,4%) presentan datos mínimos completos, mientras que 1.201 registros (9,6%) evidencian algún tipo de incompletitud o inconsistencia. La principal brecha corresponde a "sin registro de problema de salud GES", con 1.028 registros, a lo que se suman 22 registros que, además de no contar con el problema de salud GES, tampoco registran si el usuario era beneficiario de LRS; en conjunto, estas situaciones representan la falta de completitud. Adicionalmente, se observan 80 registros con ausencia simultánea de datos críticos del evento (datos de emergencia, nombre, problema de salud, aseguradora y diagnóstico), 54 registros sin información de PS LRS, y 14 registros sin RUT del usuario, lo que afecta directamente la trazabilidad y verificación del beneficiario. Finalmente, se identifican situaciones puntuales pero relevantes por su impacto en oportunidad y consistencia del registro, tales como un error en la fecha de emergencia (año 2003) y registros ingresados con retrasos extremos (8 meses y un año después), lo que sugiere la necesidad de reforzar controles de validación y oportunidad al momento de la digitación.

En cuanto a la oportunidad de registro, el 93,3% de los registros fueron ingresados dentro de 24 horas (11.716 registros), mientras que el 6,0% se ingresó posterior a 24 horas (748 registros). Estos resultados son particularmente relevantes considerando que la normativa exige el reporte dentro de 24 horas y que la oportunidad del dato incide en la gestión de reconocimiento del beneficiario por las aseguradoras y en la trazabilidad del caso.

Del análisis realizado respecto a la consistencia entre previsión de salud y estado del caso, se identificaron 594 registros en estado "Pendiente". De ellos, 331 quedaron en "Pendiente" debido a que la previsión de salud fue informada como "Sin información". Sin embargo, al contrastar estos registros con la revisión realizada por la Superintendencia de Salud (SIS), se verificó que en 253 registros se podía determinar una previsión definida, correspondiendo a FONASA o ISAPRE; en consecuencia, de acuerdo con el criterio de gestión aplicado, dichos registros debieron clasificarse en estado "Recibido" por la respectiva aseguradora. Este resultado constituye un punto crítico, pues evidencia una brecha entre el registro inicial efectuado por el prestador y la verificación posterior, y se vincula directamente con lo instruido en las Circulares IF/N°260 e IF/N°281, que establecen la responsabilidad de las aseguradoras de revisar de manera continua (24/7) el listado de "Pacientes no asignados", con el fin de reconocer y recibir oportunamente a sus beneficiarios cuando la situación previsional no haya sido informada correctamente.

En síntesis, el análisis comparativo evidencia tres nudos principales:



- 1) Incompletitud de datos con potencial impacto en trazabilidad.
- 2) Registros fuera de 24 horas y registros sin fecha de emergencia, que dificultan el monitoreo oportuno.
- 3) Previsión "Sin Información", donde se identificaron registros cuya previsión pudo ser determinada a partir del análisis efectuado por la SIS, lo que evidencia brechas en la calidad del dato registrado. En consecuencia, son indispensables los controles de calidad del registro por parte de los prestadores, así como los procedimientos de revisión y validación en la etapa de recepción por parte de las aseguradoras, con el fin de asegurar la completitud y consistencia de la información.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente informe analiza la información de los casos ingresados en condición de Urgencia Vital o Secuela Funcional Grave GES, contrastando la información originalmente registrada por los prestadores con la revisión efectuada por la Superintendencia de Salud (SIS), con el propósito de identificar brechas de calidad del dato, oportunidad de registro y consistencia administrativa (en particular, la correcta completitud de los datos en la plataforma, determinación de previsión y estado "Pendiente/Recibido"). En este marco, se entiende por urgencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable, debiendo dicha condición ser certificada por el médico del servicio de urgencia al momento del ingreso.

El análisis se sustenta además en las instrucciones vigentes respecto del uso de la aplicación informática para notificación y gestión asociada a estos eventos. En efecto, la Circular IF/Nº260 de 20 de enero de 2016 establece la obligación de los prestadores de informar dentro de las 24 horas a las instituciones pertinentes sobre las personas que ingresen en condición de urgencia vital o secuela funcional grave, y dispone que la información ingresada queda disponible para consulta por las aseguradoras, quienes deben identificar a sus beneficiarios y "recibirlos" en el sistema cuando corresponda.

Complementariamente, la Circular IF/Nº281 de 03 de enero de 2017 refuerza el rol de monitoreo de las aseguradoras, instruyendo la consulta diaria y en modalidad 24/7 del listado "Pacientes no asignados", precisamente para reconocer y recibir beneficiarios cuando el prestador haya omitido o informado incorrectamente la situación previsional (Sin Información), asegurando el rescate oportuno.

Finalmente, la Circular IF/Nº281 de 03 de enero de 2017 precisa que, si al momento del ingreso se desconoce la identidad del paciente, el establecimiento debe ejecutar todas las medidas a su alcance para obtenerla en el menor tiempo posible y acreditar ante la Superintendencia de Salud las acciones realizadas; adicionalmente, señala que el registro en la página electrónica debe ajustarse a las especificaciones del Manual de Usuario disponible dentro de la aplicación informática. Estos estándares normativos se consideran como referencia para interpretar los hallazgos y formular mejoras orientadas a reforzar la completitud, trazabilidad y oportunidad de los registros.

## **METODOLOGÍA**

La información utilizada para la elaboración del presente informe proviene de la base de datos extraída desde el Sistema Lotus Notes UVGES de la Superintendencia de Salud. En particular, desde dicho sistema se obtuvo el reporte correspondiente a los casos ingresados en la plataforma bajo la condición de Urgencia Vital y/o Secuela Funcional Grave GES, para el período comprendido entre el 01 de junio de 2025 y el 30 de noviembre de 2025.

El análisis se desarrolla considerando distintos criterios, tales como completitud de datos, fecha y horario de ingreso, previsión, estado y análisis por género.

Asimismo, se realiza un análisis específico de los registros categorizados "Pacientes no asignados", cuya previsión se encontraban "Sin Información" en estado "Pendiente".

## RESULTADOS Y HALLAZGOS DE LA FISCALIZACIÓN

### 1. Completitud de datos: total de registros con información incompleta.

Del total de **12.558 registros** analizados, se identificaron **1.201 registros con datos incompletos**, los cuales podrían corresponder tanto a omisiones en campos obligatorios como a inconsistencias en la información registrada, lo que representa un **9,6%** del universo. Este hallazgo evidencia una brecha relevante en la calidad mínima del registro, ya que la incompletitud se asocia principalmente a la ausencia de información estructural necesaria para caracterizar el evento y permitir su trazabilidad en el monitoreo. En particular, la principal causal de incompletitud corresponde a registros clasificados como "sin registro de problema de salud GES" (1.028 registros), seguida por ausencias relacionadas con datos mínimos del evento (por ejemplo, datos de emergencia o identificación del beneficiario).

Análisis de Completitud de Datos Ingresados por Establecimientos	Total
Datos Mínimos Completos	11.357
Error en Fecha de Emergencia	1
Ingresado 8 Meses Después	1
Ingresado 1 Año Después	1
Sin Datos de Emergencia - Nombre - Problema de Salud - Aseguradora - Diagnóstico	80
Sin Registro de Problema de Salud Ges	1.028
Sin Registro de Problema de Salud Ges - Sin Registro de que Usuario era Beneficiario Ley Ricarte Soto	22
Sin Registro de Problema de Salud Ley Ricarte Soto	54
Sin Rut de Usuario	14
<b>Total</b>	<b>12.558</b>

**Tabla N°1:** Análisis de Completitud de Datos Ingresados por Establecimientos.

**Fuente:** Base extraída desde Sistema Lotus Notes de UVGES.

### 2. Completitud de datos: 10 Establecimientos con mayor N° de registros con información incompleta.

Establecimiento	Total, Registros	Registros Incompletos	% Registros Incompletos
Hospital Carlos Van Buren en Valparaíso	138	136	98,6%
Hospital Clínico de Magallanes en Punta Arenas	113	90	79,6%
Fundación de Salud El Teniente en Rancagua	409	302	73,8%
Comunidad Hospital del Profesor en Estación Central	572	392	68,5%
Hospital Regional de Temuco en Temuco	94	61	64,9%
Hospital Clínico del Sur SA en Concepción	57	13	22,8%
Corporación de Beneficencia Osorno en Osorno	79	16	20,3%
Hospital Regional de Talca en Talca	60	2	3,3%

Establecimiento	Total, Registros	Registros Incompletos	% Registros Incompletos
Clínica Las Condes S.A. en Las Condes	299	7	2,3%
Inmobiliaria Inversalud S.P.A. en Temuco	58	1	1,7%

**Tabla N°2:** 10 Establecimientos con mayor N° de registros con información incompleta.

**Fuente:** Base extraída desde Sistema Lotus Notes de UVGES.

Al desagregar por establecimiento, se observó concentración de incompletitud en determinados prestadores, tanto por volumen como por proporción, lo que sugiere comportamientos de registro sistemáticos más que errores aislados. Entre los establecimientos con mayor incidencia se identifican **Hospital Carlos Van Buren (136, 98,6%)**, **Hospital Clínico de Magallanes en Punta Arenas (90, 79,6%)**, **Fundación de Salud El Teniente (302, 79,6%)** y **Comunidad Hospital del Profesor (392, 68,5%)** los cuales presentan niveles elevados de registros incompletos respecto de su total registrado.

### 3. Oportunidad de registro: ingreso dentro de 24 horas y posterior a 24 horas.

En relación con la oportunidad del registro, se verificó que **11.716 registros (93,3%)** fueron ingresados dentro de las **primeras 24 horas**, mientras que **748 registros (6,0%)** fueron ingresados **posterior a 24 horas**. Adicionalmente, se identificaron **80 registros (0,6%)** sin fecha de emergencia registrada, lo que impide determinar su oportunidad, y **14 registros (0,1%)** con una inconsistencia en la temporalidad (fecha de emergencia posterior a la fecha de ingreso), lo que sugiere errores de digitación o ausencia de validaciones al momento de registrar.

Estado de Ingreso	Total, de registro	%
Dentro 24 Horas	11.716	93,3%
Fecha De Emergencia Posterior a Fecha De Ingreso	14	0,1%
Posterior a 24 Horas	748	6,0%
Sin Fecha Emergencia	80	0,6%
<b>Total</b>	<b>12.558</b>	<b>100%</b>

**Tabla N°3:** Oportunidad de registro dentro de 24 horas y posterior a 24 horas.

**Fuente:** Base extraída desde Sistema Lotus Notes de UVGES.

El análisis por establecimiento permitió identificar aquellas entidades en que la conducta de **registro tardío (>24 horas)** se presenta con mayor recurrencia, ya sea por alto volumen de ingresos o por su proporción respecto del total de casos informados. Para efectos de comparabilidad y evitar sesgos por bajo número de registros, se consideraron únicamente establecimientos con más de 100 registros. Bajo este criterio, los establecimientos que cuentan con el mayor porcentaje de registros ingresados posterior a 24 horas, en relación con su propio total de registros, son **Universidad de Los Andes (26,9%)**, **UC Christus Las Condes (19,2%)**, **Clínica Avansalud Spa (15,5%)** y **el Instituto de Diagnóstico S.A. (12,7%)**, lo que evidencia que el ingreso fuera de plazo no corresponde a eventos aislados. Estos hallazgos son relevantes, puesto que el registro tardío reduce la capacidad de seguimiento oportuno y puede afectar la consistencia y oportunidad de los análisis y acciones posteriores asociadas al monitoreo.

Establecimiento	Total	>24h	% >24h
Universidad de Los Andes en Santiago	186	50	26,9%
UC Christus Servicios Clinicos SPA en Las Condes	120	23	19,2%
Clínica Avansalud Spa en Providencia	181	28	15,5%
Instituto De Diagnostico S.A. en Providencia	910	116	12,7%
UC CHRISTUS Servicios Clínicos SpA en Santiago	493	51	10,3%
Clínica de Salud Integral S.A. en Rancagua	115	11	9,6%
Clínica Ciudad del Mar S.A. en Viña del Mar	131	11	8,4%
Servisalud S.A. en Quilpué	123	10	8,1%
Hospital Dr. Franco Ravera Zunino en Rancagua	1.130	82	7,3%
Mutual de Seguridad Cámara Chilena de la Construcción en Estación Cent	140	10	7,1%

**Tabla N°4:** 10 Establecimientos con mayor % de ingresos posterior a 24 horas.

**Fuente:** Base extraída desde Sistema Lotus Notes de UVGES.

#### 4. Comparación de Previsión: registro en plataforma vs verificación Superintendencia de Salud.

La revisión comparativa de la previsión de salud, efectuada entre los archivos maestros y lo reportado en la plataforma, evidenció un alto nivel de coherencia en los registros originalmente ingresados como **"con previsión"**, manteniéndose consistentes tras la verificación de esta Superintendencia de Salud en **11.964 registros**. No obstante, se identificaron situaciones en que la previsión fue consignada inicialmente como **"Sin Información"** o **"Particular"** y, posteriormente, fue posible establecer una previsión definida a partir de la revisión realizada por esta Superintendencia. En particular, dentro de los registros **"Sin Información"**, se validó que 243 correspondían a FONASA y 10 a ISAPRE. Asimismo, de los 183 registros reportados como **"Particular"**, se constató que 64 correspondían a FONASA y 5 a ISAPRE. Este patrón sugiere diferencias en los criterios de registro y un posible uso de las categorías "Particular" o "Sin Información" como respuesta ante la incertidumbre operativa, en lugar de reflejar la condición previsional efectiva del beneficiario al momento del evento.

Clasificación SIS	Clasificación Registro Prestadores				Total
	CON PREVISIÓN	PARTICULAR	SIN DATO	SIN INFORMACIÓN	
FONASA	---	64	---	243	307
ISAPRE	---	5	---	10	15
No se puede determinar previsión (Sin Fecha Emergencia)	---	---	80	---	80
No se puede verificar previsión (Sin Rut)	---	10	---	1	11
Coherencia en los registros con revisión SIS	11.964	104	---	---	12.068
Sin Previsión	---	---	---	77	77
<b>Total</b>	<b>11.964</b>	<b>183</b>	<b>80</b>	<b>331</b>	<b>12.558</b>

**Tabla N°4:** Registro en plataforma vs verificación Superintendencia de Salud.

**Fuente:** Base extraída desde Sistema Lotus Notes de UVGES y archivos maestros.

## 5. Registros en estado "Pendiente" que debieron estar en estado "Recibido" según previsión de salud analizada por Superintendencia de Salud.

Un foco crítico del análisis corresponde a los casos registrados originalmente en estado "Pendiente" por ausencia de información, especialmente aquellos cuya previsión fue consignada como "Sin Información" en plataforma. En este subconjunto se identificaron **331 registros** en condición de "Pendiente" asociados a "Sin Información". No obstante, la comparación realizada por esta Superintendencia de Salud determinó una previsión de salud **definida en 253 de esos registros**, clasificándolos como FONASA (243) o Isapre (10), lo que implica que, bajo el criterio operacional aplicado, dichos registros **debieron estar en estado "Recibido"** por la aseguradora correspondiente, y no permanecer como pendientes.

Este resultado constituye una brecha de clasificación administrativa, generando un subregistro y retrasos en la gestión, entre otros.

Registros Clasificados en su Previsión como "Sin Información" en estado "Pendiente"	Total
FONASA	243
ISAPRE	10
No se pudo verificar previsión de salud (Sin Rut)	1
Sin Previsión	77
<b>Total</b>	<b>331</b>

**Tabla N°5:** Registros Clasificados Previsión como "Sin Información" en estado "Pendiente" analizada por SIS.

**Fuente:** Base extraída desde Sistema Lotus Notes de UVGES y archivos maestros.

La concentración por establecimiento permite focalizar medidas, observándose mayor carga de estos registros en **Hospital Carlos Van Buren (93 registros)**, **Hospital Dr. Franco Ravera Zunino (84 registros)**, **Hospital de San Fernando (15 registros)** y **UC CHRISTUS Servicios Clínicos Spa (10 registros)**.

Establecimientos	N° Casos
Hospital Carlos Van Buren en Valparaíso	93
Hospital Dr. Franco Ravera Zunino en Rancagua	84
Hospital de San Fernando en San Fernando	15
UC CHRISTUS Servicios Clínicos SpA en Santiago	10
Clínica Dávila y Servicios Médicos Spa en Recoleta	4
Servicio de Salud Coquimbo Hospital de Ovalle en Ovalle	4
Hospital Barros Luco Trudeau en San Miguel	4
Clínica Alemana de Santiago S.A. en Vitacura	3

**Tabla N°6:** Establecimientos con mayor número de registros clasificados su previsión como "Sin Información" en estado "Pendiente" analizada por SIS.

**Fuente:** Base extraída desde Sistema Lotus Notes de UVGES.

## 6. Análisis de los registros ingresados en la plataforma según género

De un total de **12.558 registros** contenidos en el consolidado, la variable "Género" presenta una distribución mayoritaria en **Masculino (7.404; 59,0%)** y **Femenino (5.067; 40,3%)**, con una fracción menor registrada como "**SIN DATO**" (**79; 0,6%**), además de categorías residuales ("**Otro**" **7 registros**; "**Sin Especificar**" **1 registro**). En términos generales, la composición por género permite efectuar análisis comparativos entre hombres y mujeres; en

tanto, las categorías **no especificadas**, debido a su bajo volumen, se explican principalmente por la **ausencia o incompletitud del registro** en el sistema de información.

Clasificación Género	Total	%
Femenino	5.067	40,35%
Masculino	7.404	58,96%
Otro	7	0,06%
SIN DATO	79	0,63%
Sin Especificar	1	0,01%
<b>Total</b>	<b>12.558</b>	<b>100%</b>

**Tabla N°7:** Observación según género.

**Fuente:** Base extraída desde Sistema Lotus Notes de UVGES.

En cuanto a la **completitud de datos**, se observa que la proporción de registros con información incompleta es similar entre los dos grupos principales, aunque levemente superior en mujeres: en **Femenino** se identifican **486 registros incompletos (9,6%)**, mientras que en **Masculino** se registran **636 (8,6%)**. En ambos géneros, la principal causal de incompletitud corresponde a **"sin registro de problema de salud GES"**, lo que sugiere una brecha transversal asociada al registro del problema de salud, más que un fenómeno propio de un género específico. Por su parte, la categoría **"SIN DATO"** se comporta como un foco crítico, dado que en estos **79 registros** la incompletitud es total (100%), asociándose sistemáticamente a ausencia de antecedentes esenciales del evento (por ejemplo, datos de emergencia, identificación y diagnóstico), lo que limita la trazabilidad y la validación posterior.

Respecto de la **oportunidad del registro ( $\leq 24$  horas vs  $> 24$  horas)**, los resultados muestran un comportamiento consistente entre géneros: en **Femenino**, el **94,1%** de los registros fue ingresado **dentro de 24 horas** y el **5,8% posterior a 24 horas**; en **Masculino**, el **93,7%** se ingresó **dentro de 24 horas** y el **6,2% posterior a 24 horas**. Adicionalmente, se identifican **inconsistencias temporales** de muy baja frecuencia en ambos grupos (fecha de emergencia posterior a fecha de ingreso), lo que sugiere errores puntuales de digitación y/o ausencia de validaciones automáticas. En contraste, los registros con **género "SIN DATO"** se concentran en la categoría **"sin fecha de emergencia"**, lo que impide medir oportunidad y refuerza que dicho grupo corresponde a registros con faltantes críticos.

En relación con la **consistencia entre previsión y estado**, se observan **321 registros en estado "Pendiente" en Masculino** y **194 en Femenino**. Al focalizar el subconjunto de "Pendiente" asociado a previsión **"Sin Información"**, se constata una proporción que resulta **"corregible"** tras la revisión: en **Masculino, 153 registros** (equivalentes al **76,5%** de los "pendientes sin información" en ese género) cuentan con previsión definida por la revisión y, en **Femenino, 100 registros (76,3%** del mismo subconjunto) también presentan previsión definida. Esto evidencia que, para ambos géneros, una fracción relevante de registros mantenidos en "Pendiente" se explica por ausencia de previsión en el registro inicial, aun cuando posteriormente fue posible determinarla como FONASA o ISAPRE conforme a la revisión de la Superintendencia de Salud, lo que sugiere oportunidades de mejora en la validación del registro y en la gestión de "pacientes no asignados".

En síntesis, el análisis por género no muestra diferencias marcadas en oportunidad de registro ni en las causas principales de incompletitud entre hombres y mujeres.



## CONCLUSIONES

En virtud de los resultados obtenidos, se concluye que, del **universo de 12.558 registros** analizados, si bien la mayoría de ellos presenta un nivel adecuado de cumplimiento en términos de completitud y oportunidad, **11.357 registros (90,4%)** cuentan con datos mínimos completos y **11.716 registros (93,3%)** ingresados dentro de las primeras 24 horas, persisten brechas relevantes que afectan la **calidad del registro**, la **trazabilidad del monitoreo** y la **consistencia administrativa** de la información ingresada en la plataforma. En particular, se identificó un **9,6%** de los registros con información incompleta (**1.201 registros**), concentrándose principalmente en la ausencia del **registro del problema de salud GES (1.028 registros)**, además de faltantes críticos asociados a datos mínimos del evento (80 registros sin información esencial) y registros sin identificación del beneficiario (14 registros sin RUT). A ello se suman situaciones puntuales, pero de alta criticidad por su impacto en la integridad del dato, tales como registros ingresados con retrasos extremos (8 meses y 1 año después) y errores e inconsistencias en la temporalidad del evento (fecha de emergencia posterior a la fecha de ingreso).

Asimismo, el análisis por establecimiento evidenció que las brechas no se distribuyen de manera homogénea, observándose **concentración sistemática** de incompletitud en determinados prestadores, destacando **Hospital Carlos Van Buren, Hospital Clínico de Magallanes en Punta Arenas, Fundación de Salud El Teniente y Comunidad Hospital del Profesor**, lo que sugiere la existencia de prácticas de registro que requieren refuerzo y estandarización. Del mismo modo, respecto de la oportunidad de ingreso, si bien el ingreso tardío (>24 horas) representa un **6,0%** del total, se identificaron establecimientos con proporciones significativamente superiores, como **Universidad de Los Andes, UC Christus Las Condes, Clínica Avansalud e Instituto de Diagnóstico S.A.**, confirmando que el registro fuera de plazo no constituye un fenómeno aislado y que puede comprometer el seguimiento oportuno y la consistencia de los análisis posteriores.

Por otra parte, la comparación de previsión entre lo reportado por prestadores y la verificación institucional mostró alta coherencia en los registros "con previsión" (**11.964 registros**); no obstante, se detectaron diferencias relevantes en registros consignados como "**Sin Información**" o "**Particular**", donde la revisión permitió establecer previsión efectiva en una parte importante de los registros. Lo anterior se expresa especialmente en el foco crítico identificado: **331 registros** en estado "**Pendiente**" por previsión "Sin información", de los cuales **253** contaban con previsión definida (FONASA o ISAPRE) tras la revisión, por lo que **debieron estar en estado "Recibido"**. Esta situación configura una brecha de clasificación administrativa que puede generar subregistro y retrasos en la gestión, concentrándose en establecimientos específicos, tales como **Hospital Carlos Van Buren y Hospital Dr. Franco Ravera Zunino**, lo que permite orientar acciones correctivas focalizadas.

Finalmente, el análisis por género muestra una distribución mayoritaria de registros en **masculino (59,0%) y femenino (40,3%)**, sin evidenciar diferencias sustantivas entre ambos en las principales brechas detectadas, tanto en completitud como en oportunidad, lo que refuerza que las debilidades observadas responden principalmente a prácticas de registro y validación, más que a características de los casos por sexo.

## ACCIONES A REALIZAR

En relación a los hallazgos detectados durante el presente informe, mediante Resolución Exenta N° 1696, de 17 de febrero de 2026, se instruyó a FONASA la obligación de consultar la plataforma dispuesta por esta Superintendencia, con el fin de identificar oportunamente a los beneficiarios

informados como "Sin Previsión" y efectuar su rescate en forma oportuna. Asimismo, se requirió informar los motivos de la no recepción de los casos representados y presentar un plan de acción que contemple las medidas a implementar para dar cumplimiento a las instrucciones impartidas por esta Superintendencia.

Lo anterior, considerando que dicha situación contraviene lo instruido expresamente en el Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios de esta Superintendencia, el cual establece la responsabilidad —tanto de FONASA como de las Isapres y de las instituciones previsionales de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública— de consultar diariamente, en modalidad 24/7, la nómina de "Pacientes no asignados", con el objeto de reconocer oportunamente a sus beneficiarios y garantizar el rescate correspondiente. La permanencia de estos registros en estado "Pendiente" evidencia que dicha revisión sistemática no se estaría realizando por parte de las aseguradoras, configurando un incumplimiento de las instrucciones vigentes y un riesgo concreto para la oportunidad en la gestión y la continuidad de la atención.

Asimismo, se instruirá a los prestadores que concentran el mayor número de registros con incompletitud de datos y/o que fueron ingresados con posterioridad a 24 horas, la presentación de un plan de acción destinado a corregir las brechas detectadas y fortalecer los controles internos asociados al registro oportuno y completo en la plataforma, sin perjuicio de la eventual evaluación de otras medidas sancionatorias que puedan corresponder.

Lo anterior, considerando que los prestadores de salud se encuentran obligados a informar a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y al Fondo Nacional de Salud, dentro de las veinticuatro horas siguientes, las personas que reciban en sus establecimientos en una situación de salud que implique urgencia vital o secuela funcional grave, y que tengan derecho a las prestaciones incluidas en el Sistema de Protección Financiera de que trata la Ley N° 20.850.

Por otra parte, en caso de desconocerse la identificación del paciente al momento del ingreso, el establecimiento deberá ejercer todas las medidas a su alcance para obtener dicha información en el menor tiempo posible, debiendo además acreditar ante esta Superintendencia las acciones ejecutadas para dicho fin.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**SIS:** Superintendencia de Salud.

**Aseguradora:** Entidad responsable de la cobertura previsional de salud del beneficiario. En este informe, se considera principalmente a FONASA e ISAPRE, según corresponda.

**Clasificación SIS / Verificación SIS:** Resultado del contraste realizado por la Superintendencia de Salud entre la información registrada en plataforma y fuentes oficiales (archivos maestros), utilizado para determinar coherencia y/o correcciones, especialmente respecto de previsión.

**Complejidad de datos:** Grado en que un registro contiene la información mínima requerida para caracterizar el evento y permitir su trazabilidad (por ejemplo, datos de emergencia, identificación del beneficiario, previsión, problema de salud, diagnóstico, fechas relevantes).

**Datos mínimos completos:** Condición en que el registro contiene los campos esenciales definidos para la notificación y gestión del caso, permitiendo análisis y seguimiento.



**Estado del caso (Recibido / Pendiente):** Categoría administrativa asociada a la gestión del caso en plataforma.

**Recibido:** el caso ha sido reconocido por la aseguradora correspondiente.

**Pendiente:** el caso permanece sin reconocimiento y/o con información insuficiente que impide su correcta asignación o recepción.

**Ingreso dentro de 24 horas ( $\leq 24h$ ):** Registro efectuado dentro de las primeras 24 horas desde la fecha/hora del evento (o emergencia), según la variable de oportunidad definida en la planilla. Se utiliza para evaluar cumplimiento y oportunidad del registro.

**Ingreso posterior a 24 horas ( $> 24h$ ):** Registro efectuado después de transcurridas 24 horas desde la fecha/hora del evento. Se considera un indicador de retraso que puede afectar el seguimiento y consistencia del monitoreo.

**Inconsistencia temporal:** Situación en que la fecha/hora del evento (emergencia) resulta posterior a la fecha/hora de ingreso del caso, lo que sugiere error de digitación.

**Manual de Usuario (aplicación informática):** Documento disponible dentro de la aplicación de la Superintendencia de Salud que establece especificaciones técnicas y reglas de registro. La información ingresada debe ajustarse a sus definiciones y formatos.

**Pacientes no asignados:** Listado disponible en la aplicación informática que agrupa registros en que la asignación a aseguradora no se ha logrado (por ejemplo, por omisión o error en la situación previsional). Las aseguradoras deben revisarlo para reconocer y recibir beneficiarios.

**Previsión de salud / Situación previsional en materia de salud:** Condición previsional del beneficiario al momento del evento. En el informe se distinguen categorías como **con previsión, FONASA, ISAPRE, particular, sin información** y otras según registro y/o validación.

**Registro "con previsión":** Caso en que el prestador ingresa previsión definida en plataforma, posteriormente contrastada con verificación SIS para determinar coherencia.

**Registro "Sin Información":** Caso en que el prestador no consigna previsión, quedando el registro sin asignación clara para la gestión.

**Registro "Particular":** Categoría utilizada por algunos prestadores para consignar previsión.

**Urgencia Vital:** Condición clínica que implica riesgo de muerte o de secuela funcional grave si no se otorga atención médica inmediata e impostergable, certificada por médico del servicio de urgencia al ingreso.

**Secuela Funcional Grave:** Compromiso funcional severo asociado a un cuadro clínico que exige atención inmediata y gestión prioritaria, en el marco definido por la normativa y la aplicación correspondiente.

**Ley Ricarte Soto (LRS):** Régimen de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo (Ley N°20.850). En el informe, se revisa la variable "beneficiario LRS" y registros asociados a problema de salud LRS cuando aplica.

**Beneficiario LRS al momento del evento:** Condición que indica si el paciente era beneficiario de LRS al momento del ingreso registrado.

Fisc. Reg.: N°99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109/2026

