

RESOLUCION EXENTA SS/N° 151

Santiago,

27 ENE 2026

VISTO:

Lo dispuesto en el artículo 8° inciso segundo de la Constitución Política de la República; el artículo 11 bis de la ley N°18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; artículos 5, 21 N°1 letra c) y demás pertinentes de la Ley N°20.285, sobre Acceso a la Información Pública; lo señalado en la Resolución N°36, de 2024, de la Contraloría General de la República; el nombramiento contenido en el Decreto Afecto N°17, de 2022, del Ministerio de Salud; y las facultades que me confiere el artículo 109 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud

CONSIDERANDO:

1.- Que, con fecha 19 de enero de 2026, doña Yetsy Carvallo Escudero, efectuó un requerimiento de información a través de la solicitud **N°AO006T0010493**, cuyo tenor literal era el siguiente: *"Solicito a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud la entrega de una base de datos procesable (Excel/CSV) con el registro de todos los reclamos ingresados contra Isapres por las materias de Alza de Precio Base (Carta de Adecuación) y Alza de Prima GES, entre los años 2019 y 2025.*

Observaciones: Requiero que la base de datos contenga las siguientes columnas para cada registro: Fecha de ingreso. Nombre de la Isapre. Materia Específica (Adecuación Precio Base / Prima GES). Región. Estado del reclamo. Forma de Término (Sentencia, Desistimiento, Acuerdo, etc.). Decisión Final (Acogido/Rechazado).". (sic)

2.- Que, seguidamente, también con fecha 19 de enero de 2026, la misma requirente ingresó la solicitud **N°AO006T0010494**, cuyo tenor literal es el siguiente: *"Data set de Reclamos por Garantías Explícitas en Salud - GES (2019-2025). Solicito a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud la entrega de un data set procesable (Excel/CSV) con el detalle de reclamos por Garantías Explícitas en Salud (GES/AUGE) ingresados entre 2019 y 2025. Solicito específicamente los registros tipificados bajo las materias de: 1. Garantía de Acceso. 2. Garantía de Oportunidad (Retrasos). 3. Protección Financiera (Cobros indebidos/Copagos). 4. Problemas de Red/Prestadores. Para fines de análisis de salud pública, es indispensable que el data set incluya las siguientes variables desagregadas: 1. Fecha de Ingreso. 2. Aseguradora (Isapre/Fonasa). 3. **Problema de Salud GES** (Patología asociada al reclamo). 4. Tipo de Garantía Vulnerada. 5. Estado del Reclamo. 6. Resolución Final." (sic).*

3.- Que, con igual fecha la requirente ingresó la solicitud **N°AO006T0010495**, cuyo tenor literal es el siguiente: *"SOLICITUD: Cobertura Catastrófica (CAEC) Data set de Reclamos por Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas - CAEC (2019-2025). Solicito a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud la entrega de un data set procesable (Excel o CSV) con el detalle de todos los reclamos y solicitudes de fiscalización ingresados contra Isapres relacionados con la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) entre los años 2019 y 2025. Solicito*

específicamente los registros tipificados bajo las siguientes materias y submaterias de conflicto: *Activación de la Cobertura: Negativa de la Isapre a activar la CAEC, problemas con la solicitud de activación (plazos/formalidad). Red de Prestadores (Red Cerrada): Disputas por la designación del prestador, negativa de cobertura por atención fuera de red, problemas en la derivación o traslado de paciente a la red CAEC. Deducible: Problemas en el cómputo o acumulación del deducible anual necesario para activar la cobertura. Cobertura Financiera: Rechazo de bonificación al 100% una vez superado el deducible. Para fines de análisis regulatorio, requiero que la base de datos incluya las siguientes variables desagregadas: Fecha de Ingreso del reclamo. Nombre de la Isapre reclamada. Materia Específica (Ej.: 'Negativa de Activación', 'Problema de Derivación'). Diagnóstico o Problema de Salud (Si estuviere disponible, para identificar patologías recurrentes). Prestador Involucrado (Clínica u Hospital donde ocurrió la atención). Estado del Reclamo. Resolución Final (Acogido/Rechazado/Acuerdo)."* (sic).

4.- Que, también con fecha 19 de enero de 2026, ingresó la solicitud **N°AO006T0010496**, cuyo tenor literal es el siguiente: *"SOLICITUD N 4: Ley de Urgencia Vital (Ley N°19.650) Data set de Reclamos por Ley de Urgencia Vital y Cheque en Garantía (2019-2025). Solicito a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud la entrega de una base de datos procesable (Excel o CSV) con el detalle de los reclamos ingresados contra Isapres relacionados con la aplicación de la Ley de Urgencia (Ley N°19.650) y la prohibición del cheque en garantía (Ley N°20.394), entre los años 2019 y 2025. Solicito específicamente los registros tipificados bajo las siguientes materias de conflicto: 1. Calificación de la Urgencia Vital: Reclamos donde la Isapre desconoce la condición de urgencia vital certificada por el médico de turno, negando la cobertura de la ley. 2. Préstamo Legal (Art. 173 DFL 1): Reclamos por negativa de la Isapre a pagar directamente al prestador los gastos derivados de la atención de urgencia (mecanismo de pago automático y posterior cobro al afiliado). 3. Condicionamiento de Atención (Garantía): Reclamos donde se exigió dinero, cheques o pagarés en garantía para otorgar la atención de urgencia (involucrando la responsabilidad de la aseguradora en la gestión). 4. Estabilización del Paciente: Disputas sobre el momento exacto de la estabilización y el fin de la cobertura de la Ley de Urgencia. Para fines de análisis regulatorio, requiero que la base de datos incluya las siguientes variables desagregadas: 1. Fecha de Ingreso. 2. Nombre de la Isapre. 3. Nombre del Prestador de Salud (Clínica u Hospital donde ocurrió la urgencia - Dato Crítico). 4. Materia Específica del Reclamo. 5. Diagnóstico de Ingreso (Si estuviere disponible, para correlacionar patologías con rechazos de cobertura). 6. Estado del Reclamo. 7. Resolución Final (Acogido/Rechazado)."* (sic).

5.- Que, con igual fecha, ingresó la solicitud **N°AO006T0010497**, cuyo tenor literal es el siguiente: *"SOLICITUD: Ley Ricarte Soto (Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo) Data set de Reclamos por Ley Ricarte Soto - Ley N 20.850 (2019-2025). Solicito a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud la entrega de una base de datos procesable (Excel o CSV) con el detalle de los reclamos y controversias ingresadas contra Isapres y FONASA relacionados con el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (Ley Ricarte Soto - Ley N 20.850), entre los años 2019 y 2025. Solicito específicamente los registros tipificados bajo las siguientes materias de conflicto: 1. Acceso y Aprobación: Reclamos por rechazo de la solicitud de incorporación al sistema (Comité de Expertos) o negativa de la aseguradora a tramitar la solicitud del médico tratante. 2. Continuidad del Tratamiento: Reclamos por interrupción, suspensión o*

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

término anticipado de la entrega del medicamento o dispositivo médico garantizado.3. Cobertura Financiera: Cobros indebidos asociados a la administración del tratamiento o negativas de cobertura del 100% garantizado por la ley.4. Oportunidad de Entrega: Retrasos en la disponibilidad del fármaco o dispositivo en el prestador designado. Para fines de análisis de salud pública, es indispensable que la base de datos incluya las siguientes variables desagregadas:1. Fecha de Ingreso del reclamo.2. Nombre de la Aseguradora (Isapre/Fonasa).3. Nombre del Tratamiento, Droga o Dispositivo Médico en disputa (Ej.: 'Nusinersen', 'Bomba de Insulina', 'Inmunoterapia').4. Patología o Problema de Salud asociado.5. Estado del Reclamo.6. Resolución Final (Acogido/Rechazado)." (sic).

6.- Que, también con fecha 19 de enero de 2026, la Sra. Carvallo Escudero ingresó la solicitud **N°AO006T0010498**, cuyo tenor literal es el siguiente: "SOLICITUD: Conflictos Contractuales (Afiliación, Término y Modificación) Base de datos de Reclamos por Conflictos Contractuales de Salud (2019-2025). Solicito a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud la entrega de una base de datos procesable (Excel o CSV) con el detalle de los reclamos ingresados contra Isapres relacionados con la Vigencia, Suscripción y Modificación del Contrato de Salud, entre los años 2019 y 2025. Solicito específicamente los registros tipificados bajo las siguientes materias de conflicto:1. Término Anticipado del Contrato: Reclamos por desafiliación o término unilateral por parte de la Isapre (ej: por no pago de cotizaciones, por omisión de preexistencias en la Declaración Personal de Salud - DPS, o por obtener beneficios indebidos).2. Negativa de Afiliación: Reclamos por rechazo de la Isapre a suscribir un contrato de salud basado en la evaluación de riesgo o antecedentes médicos (discriminación o preexistencias).3. Modificación Unilateral del Contrato: Reclamos por cambios en las condiciones del plan de salud distintos a la adecuación anual de precio base (ej.: cambio de factores, eliminación de beneficios adicionales, cambio de aranceles).4. Cambio de Plan: Problemas o negativas ante la solicitud del afiliado para cambiarse a otro plan dentro de la misma Isapre (movilidad interna). Para fines de análisis regulatorio, requiero que la base de datos incluya las siguientes variables desagregadas:1. Fecha de Ingreso. 2. Nombre de la Isapre. 3. Causal de Término o Rechazo invocada (Dato crítico para distinguir entre deuda vs. preexistencia). 4. Materia Específica. 5. Región. 6. Estado del Reclamo. 7. Resolución Final (Acogido/Rechazado/Acuerdo)". (sic)

7.- Que, en igual fecha, la requirente ingresó la solicitud **N°AO006T0010499**, cuyo tenor literal es el siguiente: "SOLICITUD: Conflictos por Cotizaciones, Excesos y Excedentes Base de datos de Reclamos por Cotizaciones, Excesos y Excedentes de Isapres (2019-2025). Solicito a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud la entrega de una base de datos procesable (Excel o CSV) con el detalle de los reclamos ingresados contra Isapres relacionados con la administración de Cotizaciones Previsionales, Saldos de Excedentes y Devolución de Excesos, entre los años 2019 y 2025. Solicito específicamente los registros tipificados bajo las siguientes materias de conflicto: 1. Excedentes de Cotización: Reclamos por negativa de uso, errores en el cálculo del saldo acumulado, problemas con la devolución anual en efectivo (ley vigente) o negativa a comprar bonos/medicamentos con este saldo. 2. Excesos de Cotización: Reclamos por la no devolución de montos pagados por sobre el tope legal del 7% (pagos dobles o superiores al tope imponible) y errores en la cuenta corriente del afiliado.3. Cobranza de Cotizaciones (Deuda): Reclamos por cobros indebidos de cotizaciones ya pagadas, generación errónea de deuda presunta, o cobranza

judicial/extrajudicial improcedente.4. *Licencias Médicas (Pago de Cotizaciones): Problemas donde la Isapre no entera las cotizaciones durante el periodo de licencia médica (Subsidio por Incapacidad Laboral). Para fines de análisis regulatorio, requiero que la base de datos incluya las siguientes variables desagregadas: 1. Fecha de Ingreso. 2. Nombre de la Isapre. 3. Materia y Submateria Específica (Fundamental para distinguir entre 'Exceso' y 'Excedente'). 4. Origen del Conflicto (Ej.: Error de empleador, Error de Isapre, Trabajador Independiente). 5. Región. 6. Estado del Reclamo. 7. Resolución Final (Acogido/Rechazado/Acuerto).". (sic).*

8.- Que, seguidamente, la requirente ingresó la solicitud **N°AO006T0010500**, cuyo tenor literal es el siguiente: "*SOLICITUD: Ley de Cheque en Garantía (Condicionamiento de Atención) Base de datos de Denuncias y Sanciones por Exigencia de Garantías en Salud - Ley N 20.394 (2019-2025). Solicito a la Intendencia de Prestadores de Salud la entrega de una base de datos procesable (Excel o CSV) con el detalle de los reclamos, denuncias y procedimientos sancionatorios iniciados contra prestadores de salud (Clínicas, Hospitales y Centros Médicos) por infracción a la Ley N 20.394 (Prohibición del Cheque en Garantía) y el artículo 141 del DFL N 1 de 2005, entre los años 2019 y 2025. Solicito específicamente los registros tipificados bajo las siguientes conductas infraccionales: 1. Condicionamiento de la Atención de Urgencia: Exigencia de dinero, cheques, pagarés o tarjetas de crédito como condición previa para otorgar prestaciones de salud ante una urgencia vital o secuela funcional grave. 2. Exigencia de Garantía en Atención Programada: Infracciones relacionadas con la exigencia de garantías financieras (cheques en blanco) para hospitalizaciones o cirugías electivas, fuera de los márgenes permitidos por la ley. 3. Retención de Documentos: Negativa a devolver los documentos dejados en garantía una vez pagada la cuenta o resuelto el pago por la aseguradora. Para fines de análisis de cumplimiento normativo, requiero que la base de datos incluya las siguientes variables desagregadas: 1. Fecha de Ingreso de la denuncia/reclamo. 2. Nombre del Prestador Denunciado (Clínica, Hospital, Centro Médico). 3. Región y Comuna del Prestador (Para georreferenciación de zonas críticas). 4. Tipo de Prestador (Público/Privado). 5. Descripción de la Infracción (Urgencia Vital / Atención Programada). 6. Estado del Procedimiento (En investigación, Formulación de Cargos, Sancionado, Absuelto). 7. Sanción Aplicada (Monto de la Multa o Amonestación, si corresponde).". (sic).*

9.- Que, con fecha 19 de enero de 2026, la requirente formuló la solicitud **N°AO006T0010501**, cuyo tenor literal es: "*SOLICITUD: Ley de Derechos y Deberes del Paciente (Ley N 20.584) Base de datos de Denuncias y Reclamos por Ley de Derechos y Deberes del Paciente (2019-2025). Solicito a la Intendencia de Prestadores de Salud la entrega de una base de datos procesable (Excel o CSV) con el detalle de los reclamos y procedimientos de fiscalización iniciados contra prestadores de salud (institucionales e individuales) por infracciones a la Ley N 20.584, entre los años 2019 y 2025. Solicito específicamente los registros tipificados bajo las siguientes materias de derechos vulnerados: 1. Trato Digno (Art. 5): Denuncias por trato irrespetuoso, agresivo, discriminatorio o falta de cordialidad durante la atención de salud. 2. Derecho a la Información (Art. 8 y 10): Reclamos por falta de información clara y oportuna sobre el estado de salud, diagnóstico, alternativas de tratamiento y los riesgos asociados. 3. Información Financiera y Costos (Art. 21): Reclamos por cuentas médicas incomprensibles, falta de desglose de los cobros, no entrega de la cuenta detallada o discrepancias entre lo informado y lo cobrado. 4. Seguridad en la Atención (Art. 4): Denuncias relacionadas con infecciones intrahospitalarias, caídas, errores de medicación o falta de protocolos*

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

de seguridad. 5. *Ficha Clínica (Art. 12 y 13): Reclamos por negativa de entrega de copia de la ficha clínica, pérdida de antecedentes, vulneración de la confidencialidad o acceso no autorizado a datos sensibles. Para fines de análisis de calidad asistencial, requiero que la base de datos incluya las siguientes variables desagregadas: 1. Fecha de Ingreso. 2. Nombre del Prestador Denunciado (Clínica, Hospital, Centro Médico). 3. Tipo de Prestador (Público/Privado). 4. Materia Específica del Derecho Vulnerado. 5. Región. 6. Estado del Procedimiento (Investigación, Cargos, Sanción). 7. Resolución/Sanción Final (Monto multa, Amonestación).*" (sic).

10.- Que, finalmente, con fecha 19 de enero de 2026, la misma requirente efectuó la solicitud **N°AO006T0010502**, cuyo tenor literal es: "*SOLICITUD N 10: Mediación por Daños en Salud (Negligencia Médica - Prestadores Privados) Base de datos de Procedimientos de Mediación por Daños en Salud - Ley N°19.966 (2019-2025). Solicito a la Superintendencia de Salud la entrega de una base de datos procesable (Excel o CSV) con el detalle estadístico de los procedimientos de mediación prejudicial obligatoria ingresados contra prestadores privados de salud (Clínicas, Centros Médicos y Profesionales Independientes) en el marco de la Ley N 19.966, entre los años 2019 y 2025. Solicito específicamente los registros que permitan trazar el flujo del conflicto indemnizatorio: Para fines de análisis de litigiosidad y salud pública, requiero que la base de datos incluya las siguientes variables desagregadas: 1. Fecha de Ingreso de la Solicitud. 2. Nombre del Prestador Reclamado (Clínica, Hospital Clínico, Centro Médico). 3. Especialidad Médica Involucrada (Ej: Obstetricia, Traumatología, Cirugía General, Urgencia - *Dato crítico para perfil de riesgo*). 4. Región donde se tramita la mediación. 5. Resultado del Procedimiento: - Acuerdo Total/Parcial: Se logró indemnización o medidas reparatorias. - Frustrada: No hubo acuerdo (habilita la vía judicial civil). - Frustrada por Inasistencia: El prestador no se presentó. - Terminada: Desistimiento u otras causales. 6. Monto Indemnizatorio Acordado (Si la información estuviera disponible de manera anonimizada y agregada). Nota: Se excluye expresamente la solicitud de datos personales de pacientes o mediadores, requiriendo únicamente la metadata del conflicto para análisis estadístico.*" (sic).

11.- Que, según lo prescrito en el artículo 8° de la Constitución Política de la República prescribe: "*El ejercicio de las funciones públicas obliga a sus titulares a dar estricto cumplimiento al principio de probidad en todas sus actuaciones.*

Son públicos los actos y resoluciones de los órganos del Estado, así como sus fundamentos y los procedimientos que utilicen. Sin embargo, sólo una ley de quórum calificado podrá establecer la reserva o secreto de aquéllos o de éstos, cuando la publicidad afectare el debido cumplimiento de las funciones de dichos órganos, los derechos de las personas, la seguridad de la Nación o el interés nacional.".

En un sentido similar se pronuncia el inciso primero del artículo 5° de la Ley N°20.285: "*En virtud del principio de transparencia de la función pública, los actos y resoluciones de los órganos de la Administración del Estado, sus fundamentos, los documentos que les sirvan de sustento o complemento directo y esencial, y los procedimientos que se utilicen para su dictación, son públicos, salvo las excepciones que establece esta ley y las previstas en otras leyes de quórum calificado.*".

12.- Que, sin perjuicio de lo anterior, el artículo 21 de la Ley N°20.285 establece causales de secreto o reserva en cuya virtud se podrá denegar total o parcialmente el acceso a la información, contemplando en la letra c) de su numeral 1, la siguiente: *"1. Cuando su publicidad, comunicación o conocimiento afecte el debido cumplimiento de las funciones del órgano requerido, particularmente:*

c) Tratándose de requerimientos de carácter genérico, referidos a un elevado número de actos administrativos o sus antecedentes o cuya atención requiera distraer indebidamente a los funcionarios del cumplimiento regular de sus labores habituales."

13.- Que, respecto de la interpretación de la causal de reserva referida, la jurisprudencia del Consejo para la Transparencia ha establecido que ésta sólo puede configurarse en la medida que los esfuerzos que supone la búsqueda o eventualmente la sistematización y posterior entrega de lo pedido demanden esfuerzos de tal entidad, que entorpezcan el normal o debido funcionamiento del organismo.

Resumiendo este criterio, la decisión de amparo Rol C377-13, razonó que *"la causal en comento depende ya no tanto de la naturaleza de lo pedido, sino más bien de cada situación de hecho en términos de los esfuerzos desproporcionados que involucraría entregar lo solicitado"*. Por ende, la configuración de la causal supone una ponderación de hecho sobre los aspectos que configuran tales esfuerzos, entre ellos el volumen de información, relación entre funcionarios y tareas, tiempo estimado o costo de oportunidad, entre otras.

14.- Que, precisamente de acuerdo a lo expresado y en relación a la información requerida, cabe establecer -en primer término-, que los requerimientos de información dicen relación, por una parte, con la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, a quien le corresponde la resolución de controversias entre los afiliados o beneficiarios con las Isapres y/o el Fonasa; la regulación de las Isapres; y la fiscalización de estas y del Fonasa. Asimismo, le corresponde controlar y fiscalizar el debido cumplimiento de los derechos y el correcto otorgamiento de los beneficios y prestaciones que establece el D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, la Ley N°19.966, Ley N°20.850 y demás normativa atingente.

15.- Que, la información solicitada también corresponde al ámbito de competencia de la Intendencia de Prestadores de Salud (condicionamiento de la atención de salud, mediación, entre otras) cuyas funciones son gestionar los sistemas de evaluación y aseguramiento de la calidad asistencial, a través de la administración de los procesos de acreditación de prestadores institucionales, Registro de Prestadores Individuales de Salud, de Prestadores Institucionales de Salud Acreditados, de Entidades Certificadoras, de Entidades Acreditadoras, proceso de Fiscalización en Calidad; velando por el cumplimiento de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas; conocer y resolver los reclamos sobre dichas materias; además de lo relacionado con la Ley de Urgencias y sobre condicionamiento de la atención de salud y administración del sistema de mediación ante prestadores privados de salud. Además de desarrollar todas las propuestas normativas y técnicas que la Superintendencia requiera presentar al Ministerio de Salud, y que permitan mejorar los sistemas de evaluación de calidad en salud en resguardo de la seguridad, los resultados y la satisfacción usuaria en las atenciones de salud.

Sin perjuicio de lo expresado, también correspondería la participación del Área de Tecnología de la Información, para los efectos de realizar la entrega de la información solicitada a través de la generación de una ruta de acceso a la misma.

16.- Que, en la especie, es posible señalar que se han generado 10 solicitudes de acceso a la información, **formuladas únicamente en el plazo de 1 día.**

17.- Que, cabe advertir que todas estas solicitudes están -a su vez- subdivididas en variados requerimientos de submaterias y de información específica, para cada una de ellas.

De esta forma, dar respuesta a las 10 solicitudes de acceso a la información aludidas en la presente Resolución, implicaría distraer indebidamente de sus funciones al menos, a un funcionario de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, a un funcionario de la Intendencia de Prestadores de Salud, y a un funcionario del Área de Tecnología de la Información, debiendo hacer presente, además, que muchas solicitudes presentan un carácter genérico: " (...) **con el registro de todos los reclamos ingresados** contra *Isapres por las materias de Alza de Precio Base (Carta de Adecuación) y Alza de Prima GES (..)*.

"(...) **con el detalle de todos los reclamos y solicitudes de fiscalización** ingresados contra *Isapres relacionados con la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)*".

A lo anterior, se suma que la data de todos los requerimientos se extiende por el período de 7 años de información, esto es, desde el año 2019 al año 2025.

Todo lo anterior conlleva la realización de procesos revisión, elaboración, procesamiento, constatación, encriptación y remisión de información, lo que implicaría distraer indebidamente a los funcionarios de sus labores habituales, constituyendo una carga especialmente gravosa para este organismo.

18.- Que, en efecto, dar respuesta a los requerimiento expresados, implicaría la utilización de un tiempo excesivo, considerando los recursos institucionales que deben destinarse, razonable y prudencialmente, a la atención a este tipo de requerimientos, interrumpiendo, de esta forma, la atención de las otras funciones públicas que la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, la Intendencia de Prestadores de Salud y otras dependencias de esta Superintendencia, deben desarrollar, exigiendo una dedicación desproporcionada en desmedro de la que se destina a la atención de las demás personas.

19.- En este sentido, se debe hacer presente que, acorde con lo dispuesto en el artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N°1 (Ley N°19.653), de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del Estado; la Superintendencia de Salud se encuentra sujeta al deber de atender las necesidades públicas en forma continua y permanente, debiendo observar, entre otros, los principios de eficiencia y eficacia, por lo que en razón de lo

expuesto, en la especie, se configura la causal que a su respecto preceptúa el artículo 21 N°1 letra c) de la Ley N°20.285.

20.- Que como se expresara en su oportunidad, el propio Consejo para la Transparencia ha manifestado que en esta materia ha de considerarse la cantidad de información solicitada, la disponibilidad o facilidad de acopio de la misma, el número de personas destinadas a satisfacer los requerimientos de información y, particularmente, los recursos con los que cuente el órgano, circunstancia esta última que se encuentra mermada precisamente en razón de la contingencia sanitaria actual descrita y el volumen que implica el cumplimiento del presente requerimiento.

21.- Que, en efecto, este tipo de situaciones ya ha sido objeto de revisión por parte del propio Consejo para la Transparencia, como **en el Amparo Rol C5048-21**, donde respecto de la multiplicidad de requerimientos contenidos en solicitudes de acceso a la información formuladas dentro de un escaso espacio temporal indicó: "**Se rechaza el amparo interpuesto contra de la Superintendencia de Salud**, referido a la entrega de determinados antecedentes relacionados con la dictación de la resolución exenta N°403/2021.

Lo anterior, toda vez que, teniéndose presente la cantidad de solicitudes presentadas por la peticionaria, 11 requerimientos de acceso a la información en 27 días, como asimismo, el número de puntos que contiene cada solicitud, en total 81, sumado al tiempo y labores referidos por la reclamada, y que se deberían contemplar para efectos de dar respuesta a lo solicitado, a juicio de este Consejo, la revisión, procesamiento y remisión de la información requerida, implicaría distraer indebidamente a los funcionarios de sus labores habituales, constituyendo una carga especialmente gravosa para el organismo.

*Aplica criterio adoptado a partir de su decisión Rol C1186-11, **en orden a que el conjunto de requerimientos de información interpuestos por una persona, ante un mismo órgano de la Administración del Estado, en un período acotado de tiempo, puede justificar la concurrencia de la hipótesis de distracción indebida de los funcionarios de dicha institución.***

En igual sentido se pronunció respecto de los Amparos C3924-24 y C3925-24: "9) Que, en lo que respecta a la causal de reserva de distracción indebida contenida en el artículo 21 N°1, letra c) de la Ley de Transparencia, esgrimida por la reclamada al responder los requerimientos de información y ratificada en esta sede, se debe tener en consideración que ésta dispone que se podrá denegar el acceso a la información, cuando su entrega afecte el debido cumplimiento de las funciones del órgano requerido, especialmente: "tratándose de requerimientos de carácter genérico, referidos a un elevado número de actos administrativos o sus antecedentes o cuya atención requiera distraer indebidamente a los funcionarios del cumplimiento regular de sus labores habituales". Asimismo, el artículo 7° N° 1, letra c) del Reglamento de dicha ley, establece que: "Se considera que un requerimiento distrae indebidamente a los funcionarios cuando su satisfacción requiera por parte de éstos, la utilización de un tiempo excesivo, considerando su jornada de trabajo, o un alejamiento de sus funciones habituales".

13) Que, en este contexto, y en relación con la alegación específica del órgano, este Consejo ha razonado, a partir de su decisión del amparo Rol C1186-11, **que el conjunto de requerimientos**

de información interpuestos por una misma persona, ante un mismo órgano de la Administración del Estado, en un período acotado de tiempo, puede justificar la concurrencia de la hipótesis de distracción indebida de los funcionarios de dicho órgano, respecto del cumplimiento regular de sus funciones, recogida en el artículo 21 N°1, letra c) de la Ley de Transparencia, cuando se acredite que su atención agregada implica para tales funcionarios la utilización de un tiempo excesivo, considerando los recursos institucionales que deben destinarse, razonable y prudencialmente, a la atención de los requerimientos generados por la Ley de Transparencia, interrumpiendo, de esta forma, la atención de las otras funciones públicas que el Servicio debe desarrollar o exigiendo una dedicación desproporcionada a esa persona en desmedro de la que se destina a la atención de las demás, implicando, todo ello, una carga especialmente gravosa para el organismo, en términos de la causal de secreto o reserva antes señalada. En este sentido, se debe tener presente que, acorde con lo dispuesto en el artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, de 2000, de SEGPRES, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, los órganos de la Administración del Estado, se encuentran sujetos al deber de atender las necesidades públicas en forma continua y permanente, debiendo observar, entre otros, los principios de eficiencia y eficacia.

14) Que, en el presente caso, analizadas las alegaciones del órgano, se advierte que sus fundamentos resultan suficientes para justificar y acreditar los presupuestos descritos en los considerandos precedentes para la configuración de la causal de reserva o secreto establecida en el artículo 21 N°1, letra c) de la Ley de Transparencia, por lo que, a juicio de este Consejo, la revisión, procesamiento y remisión de la información solicitada en el conjunto de solicitudes, implicaría distraer indebidamente a los funcionarios de sus labores habituales, constituyendo una carga especialmente gravosa para el organismo, en los términos referidos en el considerando precedente, afectándose con ello, además, los principios de eficiencia y eficacia que debe observar el organismo en el cumplimiento de sus funciones públicas, en consecuencia, se rechazarán los presentes amparos.

En el mismo sentido se han pronunciado los Amparos Rol C8159-22; C8160-22; C8161-22, entre otros.

En la especie sucede exactamente lo mismo, al tratarse de 5 solicitudes de acceso a la información que se han formulado en el exiguo plazo de 12 días corridos, divididas estas últimas en aproximadamente 36 requerimientos, cuya respuesta, como se ha explicitado en las consideraciones previas, implican labores de revisión, elaboración, procesamiento, constatación y remisión de la información que distraen indebidamente a los funcionarios de sus labores habituales.

22.- Que, por tanto, en virtud de los argumentos expuestos:

RESUELVO:

1.- Denegar la entrega de la información requerida en las solicitudes identificadas en los numerales 1 a 10 de esta Resolución, formuladas por doña Yetsy Carvallo Escudero, por configurarse a su respecto la causal prevista en el artículo 21 N°1, letra c) de la Ley N°20.285.

2.- Se hace presente que, en contra de esta resolución, la requirente podrá interponer amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo para la Transparencia en el plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación.

3.- Incorpórese la presente resolución en el Índice de Actos Secretos establecido en el artículo 23 de la Ley N°20.285, cuando se encuentre firme y ejecutoriada, conforme a lo dispuesto en la Instrucción General N°3 del Consejo para la Transparencia.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE



DR. VÍCTOR TORRES JELDES
SUPERINTENDENTE DE SALUD

JDC/RCR (TT)

Distribución:

- Solicitante
- Área de Transparencia, Protocolo, Lobby e Integridad
- Fiscalía
- Oficina de Partes
- Archivo

JIRA-RTP-448