

AMS/AMAW/MACA/TAM

ORDINARIO CIRCULAR N° 05

ANT.: Anexo N°3 de la Circular N°10,
del 07 de junio de 1991.

MAT.: Imparte instrucciones para la
confección del Archivo Maestro
de Prestaciones de Salud.

SANTIAGO, 07 FEB 2000

DE : SUPERINTENDENTE DE ISAPRES

A : SEÑORES GERENTES GENERALES DE ISAPRE

Esta Superintendencia, en ejercicio de sus facultades legales, establecidas en la Ley N°18.933 y sus modificaciones, imparte las siguientes instrucciones respecto a la forma, periodicidad, implementación y plazos en que las Instituciones de Salud Previsional deberán confeccionar el Archivo Maestro de Prestaciones de Salud que, en adelante, reemplazará a la Estadística Mensual de Prestaciones, definida en el Anexo N°3 de la Circular N°10, de 1991.

INDICE

	Pág.
1. DEFINICIONES.....	3
1.1. Plan de Salud del Grupo A.....	3
1.2. Plan de Salud del Grupo B.....	3
1.3. Prestador Público.....	3
1.4. Prestador Privado.....	3
2. ESPECIFICACIONES COMPUTACIONALES.....	4
2.1. Estructura Computacional del Archivo.....	4
2.2. Definiciones del Archivo Computacional.....	5
2.3. Especificaciones Técnicas Generales.....	8
2.4. Proceso de Validación.....	9
2.5. Modalidad de Almacenamiento.....	12
3. FECHA DE ENVÍO.....	14
4. RESPALDO DE LA INFORMACIÓN.....	14
5. PROCEDIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN.....	14
5.1. Período de Implementación.....	14
5.2. Puesta en Marcha.....	15
6. VIGENCIA.....	15

1. DEFINICIONES

Para efectos de este Ordinario Circular se deberán considerar las siguientes definiciones y alcances:

1.1. Plan de Salud del Grupo A: Todo aquel plan de salud que considere al menos una de las siguientes características:

- a) **Médico de cabecera:** Corresponde al médico que otorga a los beneficiarios del plan las primeras atenciones de salud a nivel primario, tiene la facultad de derivar a dichos beneficiarios a niveles de atención de mayor complejidad y, en general, de resolver sobre el acceso y otorgamiento de las prestaciones y beneficios pactados.¹
- b) **Prestador Preferente:** Corresponde a él o los prestadores que están individualizados y nominalizados en el plan de salud.²
- c) **Sistema de pago capitado:** Modalidad de pago que consiste en asignar un monto fijo por beneficiario a un tercero para que financie las atenciones de salud que los beneficiarios del plan requieran.
- d) **Plan cerrado:** Plan de salud cuya estructura sólo financia las atenciones de salud otorgadas por prestadores individualizados en el plan –salvo lo relacionado con urgencias o emergencias- y que, en consecuencia, no contempla bonificación para prestaciones realizadas bajo la modalidad de libre elección.³

1.2. Plan de Salud del Grupo B: Todo aquel plan de salud que no considere las características indicadas en la definición anterior.

1.3. Prestador Público: Los establecimientos asistenciales que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud y las Postas, Consultorios y Estaciones de Enfermería, administrados por las municipalidades, cuya dependencia técnica corresponde a los Servicios de Salud.

1.4. Prestador Privado: Los establecimientos asistenciales, de apoyo diagnóstico-terapéutico y profesionales del área médica no comprendidos en la definición anterior.

¹ Corresponde a los planes descritos y regulados en el Título III de la Circular N°57 del 04 de febrero de 2000.
² Corresponde a los planes sujetos a las instrucciones impartidas en la Circular N°57 del 04 de febrero de 2000.
³ Corresponde a los planes sujetos a las instrucciones impartidas en la Circular N°57 del 04 de febrero de 2000.

2. ESPECIFICACIONES COMPUTACIONALES

2.1. Estructura Computacional del Archivo Maestro de Prestaciones de Salud

REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD

CAMPO	DESCRIPCIÓN	TIPO	Pos.	LARGO
(01)	CÓDIGO PRESTACIÓN	Numérico	01-07	7
(02)	CÓDIGO PERTENENCIA	Numérico	08-08	1
(03)	CÓDIGO ISAPRE	Numérico	09-11	3
(04)	FECHA BONIFICACIÓN	Numérico	12-17	6
(05)	GRUPO DEL PLAN	Alfabético	18-18	1
(06)	TIPO PRESTADOR	Numérico	19-19	1
(07)	SEXO BENEFICIARIO	Alfabético	20-20	1
(08)	EDAD BENEFICIARIO	Numérico	21-22	2
(09)	TIPO ATENCIÓN	Alfabético	23-23	1
(10)	FRECUENCIA	Numérico	24-31	8
(11)	VALOR FACTURADO	Numérico	32-41	10
(12)	VALOR BONIFICADO	Numérico	42-51	10
(13)	FILLER			9
	TOTAL REGISTRO			60

2.2. Definiciones del Archivo Computacional

(01) CÓDIGO PRESTACIÓN

Identifica los registros de las prestaciones de salud bonificadas en el trimestre y año que se informa.

Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 7.

Las prestaciones deberán ser informadas con el código del Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección vigente, respetando su orden y estructura.

Las prestaciones adicionales que bonifique la isapre deberán consignarse en el grupo y subgrupo al que pertenecen, continuando la serie de códigos del citado arancel.

El uso de pabellones quirúrgicos o salas de procedimientos deberá informarse a continuación de las prestaciones de salud con los códigos adicionales definidos en el Arancel Fonasa, por ejemplo:

000001 = Derecho de Pabellón 1,

000002 = Derecho de Pabellón 2...

000014 = Derecho de Pabellón 14

Los medicamentos, insumos y materiales clínicos deberán informarse agrupados bajo el código 4000000.

Las prestaciones dentales deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000.

Cuando se bonifiquen paquetes de prestaciones ligadas a algún diagnóstico, estos conjuntos de prestaciones deberán informarse utilizando los códigos definidos en el grupo 25 (pagos asociados a diagnóstico, P.A.D.) del arancel Fonasa, modalidad institucional, de acuerdo con el diagnóstico que corresponda. Los paquetes de prestaciones adicionales que bonifique la isapre deberán consignarse en este grupo continuando la serie de códigos definidos en este arancel³.

³ Cuando la isapre utilice códigos adicionales a los definidos por el Fonasa, deberá especificar en una nota anexa, la descripción que corresponde a dichos códigos.

(02) CÓDIGO PERTENENCIA

Corresponde al registro que indica si el código de la prestación otorgada pertenece al Arancel Fonasa, es propio de la isapre o si ha sido definido especialmente por esta Superintendencia, para efectos de este archivo.

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valores 0, 1 ó 2 según corresponda, donde:

- 0 = Código de la prestación pertenece al Arancel Fonasa
- 1 = Código de la prestación es propio de la Isapre
- 2 = Código de la prestación ha sido definido por la Superintendencia.

(03) CÓDIGO ISAPRE

Corresponde al número de identificación de la isapre registrado en esta Superintendencia.

Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 3, con valor distinto de cero.

(04) FECHA BONIFICACIÓN

Corresponde al mes y año en que la prestación fue bonificada por la isapre, independientemente de la fecha en que ésta se realizó.

Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 6, distinto de cero.

Debe informarse de acuerdo al formato definido en el punto 2.3 de este instructivo.

(05) GRUPO DEL PLAN

Identifica el tipo de plan de salud bajo el cual se bonificó la prestación.

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valores A o B según corresponda, donde:

A = Plan de Salud del grupo A

B = Plan de Salud del grupo B

Debe informarse de acuerdo a las definiciones señaladas en el punto 1 de este instructivo.

(06) TIPO PRESTADOR

Identifica la característica del prestador del servicio.

Campo de tipo numérico, de largo 1, con valores 1 ó 2 según corresponda, donde:

1 = Prestador perteneciente al Sistema Público de Salud

2 = Prestador perteneciente al Sistema Privado de Salud

Debe informarse de acuerdo a las definiciones señaladas en el punto 1 de este instructivo.

(07) SEXO BENEFICIARIO

Identifica el sexo del beneficiario de la prestación.

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valores M o F, según corresponda, donde:

M = Masculino

F = Femenino

(08) EDAD BENEFICIARIO

Corresponde a la edad del beneficiario, calculada en años cumplidos a la fecha en que se bonificó la prestación. Los menores de un año deben informarse con valor "00". Los mayores de 99 años deben informarse con valor "99".

Campo de tipo numérico, de largo 2, con valores entre 00 y 99.

(09) TIPO ATENCIÓN

Identifica la modalidad de la atención otorgada, conforme haya sido bonificada por la isapre.

Campo de tipo alfabético, de largo 1, con valores A o H, según corresponda, donde:

A = Atención Ambulatoria

H = Atención Hospitalaria

(10) FRECUENCIA

Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación.

Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 8, con valores distintos de cero.

Debe informarse de acuerdo con las especificaciones técnicas señaladas en el punto 2.3 de este instructivo.

(11) VALOR FACTURADO

Corresponde a la suma de los montos totales en pesos (\$) cobrados por el prestador por concepto de la prestación otorgada (precio de la prestación).

Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 10, con valores distintos de cero.

Debe informarse de acuerdo con las especificaciones técnicas señaladas en el punto 2.3 de este instructivo.

(12) VALOR BONIFICADO

Corresponde a la suma de los montos en pesos (\$) de cargo de la isapre según lo pactado en el plan de salud para la prestación respectiva.

Campo de tipo numérico sin punto o coma decimal, de largo 10, con valores distintos de cero.

Debe informarse de acuerdo con las especificaciones técnicas señaladas en el punto 2.3 de este instructivo.

(13) FILLER

Corresponde a un espacio reservado para posibilitar la incorporación de nueva información.

2.3. Especificaciones Técnicas Generales

El archivo será generado trimestralmente y deberá contener información de las prestaciones de salud bonificadas en los tres meses que se informan, respectivamente. Sólo deberán informarse los códigos de prestaciones curativas que presentaron movimiento en cada mes, sin incluir las prestaciones originadas en el otorgamiento de los beneficios mínimos legales.

Cada registro del archivo computacional corresponderá a una línea y los campos no podrán consignar valores distintos a los especificados en su definición.

CAMPOS NUMÉRICOS

Si el valor que posee un campo es menor que el tamaño definido para éste, se debe completar con ceros a la izquierda.

**CAMPOS ALFABÉTICOS
Y ALFANUMÉRICOS**

Si el valor que posee un campo es menor que el tamaño definido para éste, se debe completar con blancos a la derecha.

FORMATO DE FECHAS

El formato es MMAAAA, donde:

MM = Mes, entre 01 y 12.

AAAA = Año, con valor distinto de cero.

MONEDA

Toda la información de carácter monetario debe venir expresada en pesos nominales de cada mes.

2.4. Proceso de Validación

Previo al envío del Archivo Maestro de Prestaciones de Salud y con la finalidad de contribuir a la calidad de la información que contiene, cada isapre deberá efectuar un proceso de validación de datos que consiste en contabilizar, corregir y justificar, si procede, los errores e inconsistencias que se señalan a continuación.

Los resultados de dicho proceso deberán informarse de acuerdo con el formato de la tabla adjunta, la que deberá remitirse impresa y en la misma oportunidad que el dispositivo magnético.

La Superintendencia de Isapres aplicará el mismo proceso de validación, cuyos resultados deben coincidir con los que entregue cada isapre, en caso contrario, el dispositivo magnético será rechazado.

2.4.1 Contabilización de Datos Generales

**NÚMERO DE CÓDIGOS
DE PRESTACIÓN**

Corresponde al total de repeticiones del *campo (01)*, por cada mes.

TOTAL DE FRECUENCIAS

Corresponde a la suma de los datos contenidos en el *campo (10)*, por cada mes.

**MONTO TOTAL DE
VALORES FACTURADOS**

Corresponde a la suma de los datos contenidos en el *campo (11)*, por cada mes.

**MONTO TOTAL DE
VALORES BONIFICADOS**

Corresponde a la suma de los datos contenidos en el *campo (12)*, por cada mes.

2.4.2 Contabilización de Errores

En caso que los siguientes contadores de error sean distintos de cero en algún mes, es decir, contengan errores, la isapre deberá corregir los datos específicos, antes de su envío a la Superintendencia.

NÚMERO DE CÓDIGOS PRESTACIÓN ERRÓNEOS
NÚMERO DE CÓDIGOS PERTENENCIA ERRÓNEOS
NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS
NÚMERO DE FECHAS BONIFICACIÓN ERRÓNEAS
NÚMERO DE GRUPOS DE PLAN ERRÓNEOS
NÚMERO DE TIPOS PRESTADOR ERRÓNEOS
NÚMERO DE SEXOS ERRÓNEOS
NÚMERO DE EDADES ERRÓNEAS
NÚMERO DE TIPOS ATENCIÓN ERRÓNEAS
NÚMERO DE FRECUENCIAS ERRÓNEAS
NÚMERO DE VALORES FACTURADOS ERRÓNEOS
NÚMERO DE VALORES BONIFICADOS ERRÓNEOS

2.4.3 Contabilización de Inconsistencias

Se validarán todas aquellas prestaciones que, atendiendo a su naturaleza, no correspondan a la edad y/o sexo del beneficiario, como por ejemplo:

- Parto en hombres
- Parto en mujeres menores de 10 años o mayores de 60 años.

TABLA DE VALIDACIONES

INFORMACIÓN PARA VERIFICACIÓN	TOTALES		
	MES 1	MES 2	MES 3
DATOS GENERALES			
NÚMERO DE CÓDIGOS DE PRESTACIÓN			
TOTAL DE FRECUENCIAS			
MONTO TOTAL DE VALORES FACTURADOS			
MONTO TOTAL DE VALORES BONIFICADOS			
ERRORES			
NÚMERO DE CÓDIGOS PRESTACIÓN ERRÓNEOS			
NÚMERO DE CÓDIGOS PERTENENCIA ERRÓNEOS			
NÚMERO DE CÓDIGOS ISAPRE ERRÓNEOS			
NÚMERO DE FECHAS BONIFICACIÓN ERRÓNEAS			
NÚMERO DE GRUPOS DE PLAN ERRÓNEOS			
NÚMERO DE TIPOS DE PRESTADOR ERRÓNEOS			
NÚMERO DE SEXOS ERRÓNEOS			
NÚMERO DE EDADES ERRÓNEAS			
NÚMERO DE TIPOS ATENCIÓN ERRÓNEAS			
NÚMERO DE FRECUENCIAS ERRÓNEAS			
NÚMERO DE VALORES FACTURADOS ERRÓNEOS			
NÚMERO DE VALORES BONIFICADOS ERRÓNEOS			

2.5. Modalidad de Almacenamiento

Para la confección del Archivo Maestro de Prestaciones de Salud existirán, a contar de la vigencia de la presente instrucción, dos modalidades de almacenamiento de la información:

CARTRIDGE (4mm.)

En el evento que la isapre opte por utilizar cartridge en la confección de su archivo, deberá tener en consideración las especificaciones técnicas que se señalan a continuación:

a) El cartridge deberá ser grabado de acuerdo con las siguientes normas:

- Archivo plano
- Código ASCII
- Largo de registro: 60 bytes
- Nombre del archivo: con formato ICCCAAAA.XP, donde:
 - I = siempre debe ser el carácter "I"
 - CCC = código de la isapre
 - AAAA = año que se informa
 - X = trimestre que se informa (1 al 4, según corresponda)
 - P = siempre debe ser el carácter "P"

b) El cartridge debe venir acompañado de una "Hoja de Análisis", obtenida computacionalmente, que contenga la siguiente información:

ANÁLISIS DE CARTRIDGE

- NOMBRE DE LA ISAPRE
- FECHA DE CREACIÓN (mes y año)
- TRIMESTRE DE LA INFORMACIÓN (trimestre y año)
- NOMBRE DEL ARCHIVO
- LARGO DEL REGISTRO
- CANTIDAD DE REGISTROS

DISQUETE

En el evento que la isapre opte por utilizar disquete en la confección de su archivo, deberá tener en consideración las especificaciones técnicas que se señalan a continuación:

057

a) Disquete de 3 1/2 pulgadas, con formato D.O.S., alta densidad, con una disponibilidad de almacenamiento de 1.44 Mb y de buena calidad para garantizar una grabación confiable.

b) Los disquetes deberán ser grabados de acuerdo con las siguientes normas:

- Formato D.O.S.
- Densidad de grabación alta
- Código ASCII
- Archivo plano (un registro por línea)
- Largo de registro: 60 bytes
- Nombre del archivo: con formato ICCCAAAA.XP, donde:
 - I = siempre debe ser el carácter "I"
 - CCC = código de la isapre
 - AAAA = año que se informa
 - X = trimestre que se informa (1 al 4, según corresponda)
 - P = siempre debe ser el carácter "P"

c) A los disquetes se les adherirá una "Carátula de Identificación" que debe contener la siguiente información:

- Código y nombre de la isapre
- Fecha de creación (mes y año)
- Trimestre que se informa (trimestre y año)
- Nombre del archivo
- Cantidad de registros

d) Adicionalmente, los disquetes utilizados deberán venir acompañados de una "Hoja de Análisis" que contenga la siguiente información:

ANÁLISIS DE DISQUETE

- NOMBRE DE LA ISAPRE
- FECHA DE CREACIÓN (mes y año)
- TRIMESTRE DE LA INFORMACIÓN (trimestre y año)
- NOMBRE DEL ARCHIVO
- LARGO DEL REGISTRO
- CANTIDAD DE REGISTROS

e) Los disquetes deberán estar libres de todo tipo de virus u otro software que genere interferencias o afecte el equipamiento de la Superintendencia.

f) Cuando la cantidad de información exceda la capacidad de un disquete formateado (1.44 Mb) y sólo bajo esta circunstancia, la isapre seguirá el siguiente procedimiento:

- El volumen de información se remitirá compactado, es decir, la información original se procesará para optimizar su espacio de almacenamiento.
 - La técnica de grabación deberá considerar la generación de un solo archivo ejecutable, que permita su descompactación posterior, mediante la ejecución de un comando que corresponda al nombre del archivo.
- g) Cuando el archivo compactado supere la capacidad de un disquete (1.44 Mb), se grabará siguiendo la técnica de BACKUP del D.O.S. para el almacenamiento de archivos multivolumen, permitiendo que los distintos disquetes sean restaurados. La aplicación backup deberá ejecutarse desde versiones 3.3 hasta versiones 6.2 del Sistema Operativo D.O.S.

3. FECHA DE ENVÍO

El Archivo Maestro de Prestaciones de Salud, considerará un detalle mensual de la información solicitada y deberá ser enviado trimestralmente, siendo su plazo máximo de recepción en las oficinas de esta Superintendencia, el día 20 del mes siguiente al trimestre que se informa.

En caso que el día 20 sea sábado, domingo o festivo, el plazo se prorrogará automáticamente al día hábil siguiente.

4. RESPALDO DE LA INFORMACIÓN

Las isapres deberán mantener a disposición de esta Superintendencia, una copia de los dispositivos que contengan la información de los Archivos Maestros de Prestaciones de Salud que correspondan a los últimos dos trimestres remitidos.

5. PROCEDIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN

Con la finalidad que las isapres efectúen con la debida anticipación las modificaciones en sus sistemas computacionales, se imparten las siguientes instrucciones para las etapas de implementación y puesta en marcha del Archivo Maestro de Prestaciones de Salud.

5.1. Período de Implementación

Corresponde al período comprendido entre los meses de febrero y junio, durante el cual las isapres deberán adecuar y/o modificar sus sistemas de información, formulando por escrito a esta Superintendencia todas las consultas que sean necesarias, con el objetivo de dar cabal cumplimiento a los requerimientos de

este instructivo. Esta Superintendencia recibirá consultas de carácter técnico hasta el 15 de mayo del 2000.

5.2. Puesta en Marcha

Comenzará a regir a partir del 1 de julio del 2.000, con la entrega de la información correspondiente a los meses de julio, agosto y septiembre de ese año.

A contar de la fecha señalada y hasta el mes de diciembre del 2.000, será obligatorio el envío conjunto de este Archivo y de la Estadística Mensual de Prestaciones, definida en el Anexo N°3 de la Circular N° 10, de 1991.

A partir del 1 de enero del 2.001, queda derogado el Anexo N°3 de la Circular N°10, del 7 de junio de 1991, de esta Superintendencia.

6. VIGENCIA

Este Ordinario Circular entrará en vigencia desde la fecha de su emisión.

Las infracciones de las isapres a las instrucciones impartidas en este Ordinario Circular, podrán ser sancionadas por esta Superintendencia en virtud de lo dispuesto en el artículo 45° de la Ley N°18.933.

Atentamente,


ALEJANDRO FERREIRO YAZIGI
SUPERINTENDENTE DE ISAPRES

(Circular stamp: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES)

Distribución

- * Sres. Gerentes Generales de Isapres
- * Superintendente de Isapres
- * Fiscalía
- * Departamento Control
- * Departamento Estudios
- * Departamento Apoyo a la Gestión
- * Departamento Administración
- * Oficina de Partes