



**MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO ASESORIA JURIDICA**

RESOLUCIÓN EXENTA N° _____/.

IQUIQUE,

VISTOS,

Lo dispuesto en el D.F.L N° 01/2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las Leyes Nros. 18.933 y 18.469; del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Resolución 7/2019 de la Contraloría General de la República; Decreto Afecto N°42, de 2019, del Ministerio de Salud; decreto supremo 22/2019, del Ministerio de Salud que aprobó garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud; Manual Garantías Explícitas en Salud del Servicio de Salud Iquique.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, el objetivo del Manual Garantías Explícitas en Salud del Servicio de Salud Iquique es estandarizar y fortalecer el trabajo entre los distintos componentes de la Red Asistencial, estableciendo directrices, para mejorar la gestión de usuarios GES.
- 2.- Que, se debe mejorar la gestión de usuarios GES en los distintos niveles de atención de la Red Asistencial, primaria, secundaria y terciaria.
- 3.- Que, el referido Régimen (decreto GES N°22/2019), debe contener las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, debiendo el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.
- 4.- Que, las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

5.- Que, el Artículo 4º del decreto N° 22/2019 del Ministerio de Salud establece que “*El FONASA y las ISAPRE deberán otorgar a sus beneficiarios las prestaciones asociadas a los problemas de salud, en la forma y condiciones de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera que establece el presente decreto, la NTMA y demás reglamentos y normativas de la ley N° 19.966.*”

RESUELVO:

1º Apruébese el Manual Garantías Explícitas en Salud del Servicio de Salud Iquique; elaborado y aprobado por el Consejo Integrador de la Red Asistencial del Servicio de Salud Iquique, que se detallan a continuación:

2.- El protocolo que mediante este acto se aprueba, se transcribe a continuación:



MANUAL DE GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

2021

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Christian Carvajal Herrera Referente GES. Dpto. Redes Hospitalarias Servicio de Salud Iquique.</p> <p>Irma Vásquez Guacte Dpto. Estadística y Gestión de la información. Servicio de Salud Iquique.</p>	<p>Carlos Cayo Varas Subdirector (S) Gestión Asistencial Servicio de Salud Iquique</p> <p>Yukiko Kuwahara Aballay Jefa Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Servicio de Salud Iquique</p> <p>Jefe DEPTO REDES HOSPITALARIAS</p> <p>María Molina San Martín Jefa Depto. Redes Hospitalaria Servicio Salud Iquique</p>	<p>Jose Galleguillos Möller Director Servicio de Salud Iquique</p>

Índice

Garantías Explicitas en salud (GES)	4
• Garantía de Acceso:	4
• Garantía de Calidad:	5
• Garantía de Oportunidad:	5
• Garantía de Protección Financiera:.....	5
Acceso al GES	5
Condiciones que deben cumplirse para el ingreso al GES.....	5
FONASA.....	6
Qué hacer frente a un paciente GES.....	6
Causales de Excepción.	7
Gestión de Casos con Garantía Exceptuada	9
Reclamos GES	10
Causales de Cierre de Garantía y Cierre de Casos	10
Definiciones:.....	10
Causales de Cierre de Garantía.....	11
Aclaratoria especial: Gestión cierre de caso por alta integral en Problema de Salud GES “Salud Oral de la Embarazada” (ordinario C2/N°3786, Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2015)	12
Referencias	13
Anexos	14
Anexo N°1	14
Anexo N°2	14
Anexo n°3.....	15
Anexo N° 4	16
Anexo N° 5	17

Introducción.

El año 2000 el Ministerio de Salud establece la Comisión de Estudios de la Reforma, cuyo resultado fue la presentación de cinco proyectos de ley enviados al Parlamento en mayo del 2002:

- Ley de financiamiento, ley 19.888: se aumentó en un 1% el IVA para este fin.
- Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, ley 19.937: reformó la estructura del Minsal, creando dos subsecretarías: Redes y Salud Pública, y la Superintendencia de Salud, a cargo de controlar a los sistemas públicos y privado de salud.
- Ley Régimen General de Garantías de Salud (GES) N° 19.966, contiene lo medular de la reforma propuesta. Establece las garantías explícitas, creando la obligación de informar sobre estos beneficios a la población y exigir su cumplimiento.
- Ley “larga” de Isapres, N°20015: Modifica la ley 18933 con el objetivo de adecuar la

antigua ley a la inclusión del plan auge al sistema privado, norma los planes y sus alzas.

- Ley 20584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud. La ley entró en vigencia el 01.10. 2012, es aplicable a todos los prestadores públicos y privados.

Los ejes que motivaron esta reforma fueron producto de los objetivos sanitarios 2000-2010:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados en el siglo XX.
- Disminuir la inequidad.
- Enfrentar los nuevos desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios ocurridos en la sociedad chilena.
- Proveer servicios a la altura de las expectativas de la población.

El término "AUGE" (Acceso Universal con Garantías Explícitas) se acuñó como núcleo conceptual de la futura reforma. Las garantías consideradas protegerían el derecho de los chilenos para recibir "Bienes de Salud Pública" (tanto colectivos como individuales) y "Bienes de Salud de las personas" individualmente consideradas.

Por lo tanto: Garantías explícitas en salud (GES), constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido ante el Fondo Nacional de Salud (FONASA) o las Instituciones de Salud Previsional.

Garantías Explícitas en salud (GES)

Cada uno de los problemas de salud deberá contar con garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, según lo estipula el Artículo 4° de la ley 19966. Estas garantías constituyen derechos para las personas que deben cumplirse cada vez que se presente un problema de salud GES y se cumplan los requisitos que para cada una de ellas se establece.

La Ley consagra como derechos de los beneficiarios las garantías explícitas relativas a:

- **Garantía de Acceso:** Es la garantía de entrar a una red de servicios de salud cumpliendo requisitos específicos (quien y como). Cada administrador lo garantiza

intermediando las relaciones entre los usuarios y los prestadores. Por lo tanto, es el derecho a recibir las atenciones de salud garantizadas, sin discriminación, en cualquiera de las enfermedades incluidas en las GES.

- **Garantía de Calidad:** es el derecho a recibir las atenciones de salud bajo las condiciones técnicas requeridas para otorgarlas. Las prestaciones son entregadas por prestadores acreditados, y cumplen los atributos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud.
- **Garantía de Oportunidad:** Plazo máximo para la primera atención y para las etapas siguientes. No hay incumplimiento en casos de fuerza mayor, caso fortuito o de causa imputable al beneficiario. Es decir, es el derecho a recibir atención dentro de plazos determinados, según la forma y condiciones establecidas para cada una de los problemas de salud incluidos en las GES.
- **Garantía de Protección Financiera:** Es el derecho a que se tome en consideración el monto de los ingresos que percibe el beneficiario para determinar si deberán pagar o no por las atenciones de una enfermedad incluida en las GES. En caso que deban pagar, el propio ingreso determina el tope máximo o deducible y debe ser cancelado en FONASA. El Co-Pago no excede 20% del Arancel Referencial:
 - Beneficiario de Fonasa A y B: 0%.
 - Beneficiario de Fonasa C: Copago 10%. Tope de pago de 21 cotizaciones (31 por más de un evento).
 - Beneficiarios de ISAPRES y FONASA D: Copago 20%. Tope de pago de 29 cotizaciones (máximo UF 122) y 43 cotizaciones por más de un evento (máximo 181 UF)

Acceso al GES

Condiciones que deben cumplirse para el ingreso al GES

- Ser beneficiario de FONASA o ISAPRE.
- La enfermedad, condición o problema de salud que afecta debe estar incluida en el AUGE.
- Es necesario cumplir con las condiciones especiales de edad y sexo definidas para cada problema de salud AUGE.

- Atenderse en la red de prestadores de salud que determine FONASA o ISAPRE, según corresponda.

FONASA

- Entrada al AUGE
 - Inscribirse en un centro de salud de Atención Primaria.
 - Si el médico sospecha o diagnostica un problema de salud cubierto en AUGE, se activarán las garantías de oportunidad de dicho problema de salud.
- Derivación
 - En caso de que el problema de salud AUGE considere atención o tratamiento por especialista, será derivado a otro nivel de atención como hospitales o clínicas de acuerdo a las redes establecidas
- Urgencia vital
 - Frente a una situación de urgencia vital o secuela funcional grave en uno de los problemas de salud garantizados por el AUGE, la persona debe dirigirse de inmediato al servicio de urgencia del establecimiento de salud más cercano, independiente si es afiliado a FONASA.
- **APS - Consulta ambulatoria de morbilidad**
 - Paciente que posee confirmación diagnóstica previa en el extrasistema y solicita ingreso al GES, deberá acceder a una consulta médica APS en la cual el médico determinará su derivación a evaluación por especialista y/o cirujano, iniciando la etapa de sospecha diagnóstica, debe emitir una SIC y se inicia el caso GES.

Qué hacer frente a un paciente GES

Cómo debe actuar el equipo clínico y administrativo de un establecimiento frente a un caso GES:

1. Cuando el profesional de la salud se enfrenta a un paciente que tiene un problema de salud GES, tiene la obligación de informarle acerca de las atenciones y plazos a las que el usuario tiene derecho, para dar solución al problema de salud.
2. Además, debe comunicar al usuario que se requiere firmar del documento "Formulario de Constancia Información al paciente GES", que certifica que el paciente ha sido

informado de que presenta un problema de salud GES y ha sido confirmado, para continuar con el proceso de atención.

Este formulario es el mecanismo oficial definido por la Superintendencia de Salud para que los hospitales, clínicas, centros médicos y demás prestadores de salud informen a los usuarios, que son portadores de un problema de salud GES. El profesional de salud tratante es quien DEBE informar, esto permite a los asegurados conocer y exigir los derechos estipulados por ley.

3. Se debe informar que para tener derecho a las prestaciones garantizadas debe atenderse a través de la Red de Prestadores que le corresponda. Si es beneficiario del FONASA, deberá ingresar al GES a través del Centro de Salud de Atención Primaria donde esté inscrito.
4. En caso necesario, el profesional tratante deberá entregar los documentos correspondientes para toma de exámenes o solicitud de interconsulta (SIC) para continuar los siguientes pasos de la atención GES, o a su vez, las recetas respectivas para entregar los fármacos que se requieran.
5. Cuando el profesional de la salud está frente a un usuario del que se sospecha alguno de los problemas de salud GES que requiere derivación hacia otro nivel de atención, se debe activar el sistema de referencia y contrarreferencia, que se define como “el conjunto de actividades administrativas y asistenciales que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud”.

Causales de Excepción.

Las aseguradoras (FONASA – ISAPRE) podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad, cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso. Las causales que se indican, se ajustaran a los conceptos impartidos en Circulares IF/N° 248 y 288.

1. Inasistencia: Ausencia del paciente o beneficiario a dos citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada. 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.

Tratándose de garantías iguales o inferiores a diez días, la causal de inasistencia se podrá registrar con una citación efectiva.

Las referidas justificaciones del paciente tendrán un límite de dos postergaciones para garantías superiores a diez días y de una para aquéllas iguales o inferiores a diez días, dentro de estos mismos plazos, según corresponda a cada garantía.

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 citación en el establecimiento, cuando proceda, suscrita por el paciente o su representante.
- b) Llamada telefónica: Registro de la llamada telefónica con contacto efectivo con el beneficiario o su representante, con indicación de su resultado. El registro deberá contener la constancia de los llamados que fue necesario realizar para lograr la citación efectiva, utilizando para ello, a lo menos, la información disponible en el “Formulario de Constancia de Información al Paciente GES”, (números telefónicos y correo electrónico) u otra aportada con posterioridad para este efecto. En el evento que se cuente con la grabación de la llamada, ésta deberá conservarse, a lo menos, mientras la prestación no haya sido otorgada.
- c) Visita domiciliaria: Registro de la visita domiciliaria, con indicación del nombre y la firma de quien recibió la citación, que podrá corresponder al beneficiario u otra persona en su nombre, y del resultado de dicha visita. La citación deberá entregarse en sobre cerrado, dirigida al beneficiario.

Cada inasistencia deberá quedar consignada en el registro de citaciones y/o control de asistencia, y deberá ser suscrita por el profesional o administrativo encargado del registro. En cada citación efectiva se deberá informar al paciente o su representante, que la tercera inasistencia sin justificación, constituye causal de cierre del caso.

2. Rechazo: Expresión de voluntad del paciente o su representante, de rechazar la prestación y/o el prestador, el que debe constar por escrito en el documento de registro respectivo, el que dependerá del mecanismo de comunicación utilizado, indicándose el motivo del rechazo.

3. Fuerza Mayor por Estado de Salud: Decisión justificada del profesional tratante ante condiciones del paciente. Puede ser:
- Postergación de la prestación: Conforme antecedentes médicos y circunstancias específicas del caso, no es posible otorgar la prestación en ese momento.
 - Exclusión de la prestación: Conforme antecedentes médicos se excluyen al paciente del otorgamiento de la prestación. El profesional tratante responsable de la indicación deberá registrar en la ficha clínica del paciente los antecedentes clínicos que motivan la decisión de postergar 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 postergación, 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.
4. Contacto No Corresponde: Los datos entregados por el paciente a través de los distintos registros habilitados para este fin, imposibilitan efectuar las citaciones durante la vigencia de la garantía. Para su validación como garantía exceptuada, deberán haberse agotado las gestiones descritas y factibles para llevar a cabo la citación efectiva, debiendo ello constar en los registros que las acrediten, según cada uno de los medios descritos.

Gestión de Casos con Garantía Exceptuada

El FONASA y las ISAPRES deberán supervigilar 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.

- Tratándose de excepciones por inasistencia o postergación de la prestación por estado de salud, las gestiones tendrán como objetivo el otorgamiento de las prestaciones respectivas, 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, una vez superada la causal que impidió dicho otorgamiento.
- Si la excepción es por rechazo o exclusión de la prestación por estado de salud, derivada de fuerza mayor, las gestiones corresponderán a las necesarias para dar continuidad al beneficio, atendido el problema de salud y sus garantías asociadas.

- Las referidas causales de excepción sólo podrán dar lugar al cierre de casos, en tanto se cumplan los requisitos que para tal efecto dispone el Decreto N°45, de 2013, 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.

A nivel local: desde este Servicio de Salud, a través del Departamento de Estadística y Gestión de la Información se disponibilizará 1 vez por semestre nomina con usuarios exceptuados de forma transitoria por establecimiento, es deber de cada centro el poder gestionar estos usuarios con el fin de poder dar cumplimiento según lo dictado por ley.

Reclamos GES

Si el centro APS, secundario o el hospital de la red no atiende al paciente dentro del plazo establecido en el problema de salud correspondiente, este dispone de 30 días para presentar un reclamo ante el seguro de salud, ya sea FONASA o ISAPRE (En caso que la persona no haya sido notificada como paciente AUGE no se aplicará el plazo máximo definido para recepcionar elreclamo).

Desde el momento que presentó el reclamo con garantías retrasadas dentro de los 30 días posteriores a la fecha límite para el problema de salud en cuestión, el FONASA o la ISAPRE tienen un periodo de 2 días para asignar un nuevo centro de salud, el cual deberá brindar la atención en un plazo máximo de 10 días.

Si el usuario no recibe respuesta dentro de estos 2 días, o el establecimiento no está en condiciones de resolver el problema de salud garantizado, la persona reclamante debe acudir a la Superintendencia de Salud, durante los 15 días siguientes, con el fin de presentar un nuevo reclamo. En un plazo de 2 días la Superintendencia de Salud deberá asignar un tercer centro asistencial y éste deberá resolver el problema de salud garantizado en los 5 días siguientes desde la designación.

Causales de Cierre de Garantía y Cierre de Casos

Definiciones:

1. Cierre de Garantía: término del vínculo del beneficiario con una garantía de oportunidad incluida en un problema de salud. El caso puede permanecer abierto,

pudiendo el beneficiario recibir otras prestaciones garantizadas del mismo problema de salud. Las respectivas causales están contenidas en Norma Técnico Médico Administrativa (NTMA) del decreto N°22 de 2019 (en trámite CGR).

2. Cierre de Caso: término del vínculo del beneficiario con un problema de salud que contempla garantías de oportunidad, cabe señalar que, de cerrar un caso, este se cierra en el estado en que se encuentra en ese momento.

Causales de Cierre de Garantía

- a) Fallecimiento del beneficiario.
- b) Cambio de sistema previsional: Ocurre cuando el beneficiario cambia de sistema previsional de salud. En aquellos beneficiarios que a la fecha de realizarse el cambio de previsión se encontraren recibiendo prestaciones, tendrán derecho a seguir recibéndolas de acuerdo con el tipo de intervención sanitaria en que se encuentren y a la periodicidad correspondiente, por parte del FONASA o ISAPRE según corresponda. En el caso de pacientes portadores de patologías crónicas recibirán las prestaciones por parte del sistema previsional de origen hasta el término de la periodicidad del grupo de prestaciones, que está siendo utilizado por el beneficiario, y que se encuentra establecida en el decreto vigente.
- c) Término del tratamiento garantizado: Ocurre cuando el beneficiario ha completado la entrega de la totalidad de las intervenciones sanitarias garantizadas e indicadas por el profesional tratante para ese problema de salud.
- d) No cumple criterios de inclusión: Ocurre en aquellos casos en que el beneficiario ha ingresado a un problema de salud garantizado sin cumplir los criterios definidos, en el decreto GES vigente y debe cerrarse el caso.
- e) Cumple con criterios de exclusión: Corresponde a una decisión médica y se utiliza al determinar que hay ciertos criterios que impiden o no hacen aconsejable el tratamiento de un paciente, de acuerdo con los correspondientes protocolos o guías clínicas.
- f) Inasistencia: Se entiende cuando el beneficiario no acude a dos citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada.

Tratándose de garantías de oportunidad iguales o inferiores a diez días, se entenderá inasistencia con una citación efectiva. Cada inasistencia deberá consignarse en el registro de citaciones y/o control de asistencia y deberá ser suscrita por el profesional o administrativo encargado del registro.

- g) Contacto no corresponde: se entiende cuando no es posible efectuar la citación efectiva al beneficiario, porque los datos de contacto entregados por el paciente a través de los distintos registros habilitados para este fin, no corresponden. Califica como “contacto no corresponde” un paciente al cual se ha intentado ubicar utilizando todas las modalidades descritas para lograr una citación efectiva.
- h) Rechazo al prestador asignado: Aplica cuando el beneficiario manifiesta su rechazo a atenderse en el prestador asignado, para las prestaciones de la garantía correspondiente, incluidas en el problema de salud.
- i) Rechazo del tratamiento: Aplica cuando el beneficiario no desea continuar sus atenciones o bien no desea realizarse el tratamiento indicado, para la garantía correspondiente.
- j) Indicación médica definitiva: Aplica cuando existe una definición justificada del profesional tratante basada en condiciones clínicas del paciente, que no permitan cumplirla garantía correspondiente. Esta justificación debe registrarse en la ficha clínica.

El cierre de una o más garantías no modifica el estado de cumplimiento en que se encuentra en ese momento, debiendo consignar su condición en el registro correspondiente.

Aclaratoria especial: Gestión cierre de caso por alta integral en Problema de Salud GES “Salud Oral de la Embarazada” (ordinario C2/N°3786, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2015)

Alta integral

El plazo señalado en el decreto vigente, es el plazo máximo en que se debe realizar la prestación, por lo tanto, en este problema de salud, el caso debe cerrarse en el momento en que la paciente finaliza su atención odontológica con el “alta integral”, que puede hacerse en el nivel primario o secundario según corresponda.

Si por algún motivo dicha paciente tienen la necesidad de una nueva atención odontológica

dentro del plazo estipulado, no se abre nuevo caso Salud Oral de la Embarazada (SOE), sino que se debe atender “fuera del GES”, entregándole la atención que requiera, a excepción que se trate de una urgencia odontológica, ya que esta situación estaría cubierta por ese problema de salud GES.

Referencias

- MINSAL. (Julio de 2019). Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Decreto N°22 2019. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2019). Norma Técnico Médico Administrativa, Decreto N°22/2019 Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud (entramite CGR). Chile.
- Superintendencia de Salud. (Julio de 2015). Imparte instrucciones sobre la excepción de Garantías de Oportunidad, Circular IF/N°248. Santiago, Chile.
- Superintendencia de Salud. (Julio de 2017). Ajusta instrucciones sobre la excepción de Garantías de Oportunidad, Circular IF/N°288. Santiago, Chile.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (Diciembre 2015). Retrasos GES en Salud Oral de la Embarazada, Ord. C2/3786. MINSAL. Santiago, Chile.

Anexos

Anexo N°1

DIARIO OFICIAL DE LA REPUBLICA DE CHILE Ministerio del Interior y Seguridad Pública			I SECCIÓN
LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL			
Núm. 42.449	Sabado 7 de Septiembre de 2019	Página 1 de 93	
Normas Generales			
CVE 1651147			
MINISTERIO DE SALUD Subsecretaría de Salud Pública			
APRUEBA GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD			
Núm. 22.- Santiago, 1 de julio de 2019.			
Visto:			
<p>Lo dispuesto en el artículo 1° y 19 N° 9 de la Constitución Política de la República; en el artículo 3 de la Ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en los párrafos 3 y 4 del Título I, y en los artículos 23 y 2° transitorio, todos de la Ley N° 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud; lo establecido en el Decreto Supremo N° 69 de 2005, de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para el funcionamiento del Consejo Consultivo a que se refiere la ley N° 19.966; en el Decreto Supremo N° 121 de 2005, de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley N° 19.966; en el Decreto Supremo N° 136 de 2005, del Ministerio de Salud, que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las garantías explícitas en salud; y en la Resolución N° 7, de 2019, de Contraloría General de la República, y</p>			
Considerando:			
<ol style="list-style-type: none">1. Que, el Régimen General de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la Ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Debe establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) debe cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la Ley N° 18.469.2. Que, el referido Régimen debe contener las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, debiendo el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.3. Que, las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.4. Que, las garantías señaladas deben ser las mismas para los beneficiarios de los Libros II y III del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, pero pueden ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.5. Que, las Instituciones de Salud Previsional están también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su Modalidad de Libre Elección (MAL), en los términos del artículo 31 de la Ley N° 19.966.6. Que, las Garantías Explícitas en Salud deben ser elaboradas de conformidad con el procedimiento establecido en la Ley N° 19.966 y en el Decreto Supremo N° 121, de 2005, del Ministerio de Salud, y deben ser aprobadas por decreto supremo de dicha Secretaría de Estado, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.7. Que, el procedimiento de elaboración de las Garantías Explícitas en Salud 2019-2022 tuvo como finalidad revisar las prestaciones de los 80 problemas de salud vigentes y evaluar la incorporación de otros nuevos.			
CVE 1651147	Director: Juan Jorge Lara Rodríguez Sitio Web: www.diariofiscal.cl	Mesa Central: +56 2 2490400 E-mail: comandante@diariofiscal.cl Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.	
<small>Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.789 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariofiscal.cl</small>			

Anexo N°2



APRUEBA NORMAS DE CARÁCTER TÉCNICO
MÉDICO Y ADMINISTRATIVO PARA EL
CUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS
EXPLÍCITAS EN SALUD DE LA LEY N°19.966.

DECRETO N° _____ /

SANTIAGO,

VISTO: lo establecido en el número 2, del artículo 4°, del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.783 de 1979 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933; en el inciso final del artículo 3°, del Decreto Supremo N°3, de 27 de enero de 2016, del Ministerio de Salud, que aprueba Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N° 19.966; en el Decreto Supremo N°21, de 2 de junio de 2016, del Ministerio de Salud, que rectifica el Decreto Supremo N°3 de 2016; en el Decreto Supremo N°22, de 3 de julio de 2017, del Ministerio de Salud que modifica el citado Decreto Supremo N°3; y lo dispuesto en la Resolución N°1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y,

CONSIDERANDO:

1. Que, para lograr una correcta y efectiva aplicación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, es necesario dictar los actos administrativos que contengan las herramientas necesarias para su adecuada comprensión y cumplimiento por parte de los distintos actores del sector salud del país.

2. Que, en este sentido, el artículo 3°, del Decreto Supremo N°3, de 27 de enero de 2016, del Ministerio de Salud, que aprueba Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N° 19.966, dispone que: *"El Ministerio de Salud podrá establecer las normas de carácter técnico médico y administrativo que se requieran para el debido cumplimiento de las Garantías, las que tendrán el carácter obligatorio. En uso de dichas atribuciones, establecerá los diagnósticos clínicos asociados a las patologías incorporadas, las especificaciones o características técnicas de las prestaciones, los profesionales requeridos para la atención de las prestaciones cuando corresponda, así como los procedimientos de evaluación del cumplimiento de dichas normas, entre otras materias"*.

Anexo n°3



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/N°248
Santiago, 27 de JULIO de 2015

IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE LA EXCEPCIÓN DE GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD

Esta Intendencia, en ejercicio de las facultades conferidas por la ley, en especial, las contenidas en los artículos 107, 110, 114 y 115, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, viene en dictar las siguientes instrucciones de carácter general:

I. INTRODUCCIÓN

La Ley 19.966, de 2004, definió en su artículo 4° como garantía de oportunidad, el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11 de la misma ley y consignó que: "No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario".

En este contexto, el Decreto N°4, de febrero de 2013, que Aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, en su artículo 11, replicó dicha excepción, agregando la siguiente expresión: "lo que deberá ser debidamente acreditado por el Fonasa o la Isapre".

Por su parte, el artículo 12 del referido Decreto, dispone que la Superintendencia podrá establecer las normas administrativas que se requieran para el debido cumplimiento de las garantías y, especialmente, establecerá los mecanismos o instrumentos que deban implementar el Fonasa y las Isapres, para que éstos o los prestadores dejen ciertas constancias que individualiza, entre las que se encuentra la "Constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa".

Anexo N° 4

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

www.saludiquique.cl

Anibal Pinto N° 815. Iquique

Red Minsal – 579437 Fono: 057-409437



www.gob.cl



supersalud.gob.cl

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF N° 288

Santiago, 06 JUL 2017

AJUSTA INSTRUCCIONES SOBRE LA EXCEPCIÓN DE GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD

Esta Intendencia, en ejercicio de las facultades conferidas por la ley, en especial, las contenidas en los artículos 107, 110, 114 y 115, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, viene en dictar las siguientes instrucciones de carácter general:

I. OBJETIVO

Permitir la correcta aplicación de las causales de excepción de garantías de oportunidad y gestión de casos, ajustando sus conceptos y condiciones, para el debido cumplimiento de dicha garantía legal.

II. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N°131, DEL 30 DE JULIO DE 2010, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS

Modifícase el Título I, "Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad", del Capítulo XI "Procedimientos relativos a las Garantías Explícitas en Salud", de la siguiente manera:

- 1.- En el numeral 2, "Causales de Excepción", punto 2.1 "Inasistencia":
 - a) Agrégase al final del primer párrafo, seguido del punto, el siguiente texto:
"Tratándose de garantías iguales o inferiores a diez días, la causal de inasistencia se podrá registrar con una citación efectiva".

Anexo N° 5

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

www.saludiquique.cl

Aníbal Pinto N° 815. Iquique

Red Minsal – 579437 Fono: 057-409437



ORD. C2/ N°: 3786

ANT. : No hay

MAT: Retrasos GES en salud oral de embarazada

SANTIAGO, - 1 DIC, 2015

DE: SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

A: DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD

Junto con saludarlos, les informo que observamos con preocupación que el problema de salud N° 66, salud oral de la embarazada es uno de los problemas que presenta mayor número de garantías retrasadas y también mayor antigüedad en la espera; situación que se mantiene persistentemente.

Al analizar este comportamiento nos encontramos con dos situaciones que son necesarias de corregir:

1. Casos que no se cierran hasta 9 meses posterior al parto o interrupción del embarazo, independientemente de que la paciente haya completado su atención y esté en condiciones de recibir el "alta integral" en fecha anterior a dicho plazo.
2. Dificultad en la derivación de las pacientes, tanto hacia la atención secundaria, como desde ésta a la atención primaria.

Respecto del punto 1; el plazo señalado en el decreto vigente (N° 4), es el plazo máximo en que se debe realizar la prestación, por lo tanto en este problema de salud, el caso debe cerrarse en el momento en que la paciente finaliza su atención odontológica con el "alta integral", que puede hacerse en el nivel primario o secundario según corresponda.

Si por algún motivo dicha paciente tiene la necesidad de una nueva atención odontológica dentro del plazo estipulado, no se abre un nuevo caso SOE, sino que se le debe atender "fuera de auge", entregándole la atención que requiera, a excepción que se trate de una urgencia odontológica, ya que en esa situación estaría cubierta por ese problema GES.

En cuanto al punto 2; se recomienda que las pacientes que son derivadas al nivel secundario de atención, sean priorizadas en dicho nivel de manera de que continúen su proceso de atención de forma expedita, aduciendo en muchas oportunidades de que no hay garantía de oportunidad para esta derivación.

De igual forma, la contra referencia debe ser facilitada a través de estrategias locales, asegurando la comunicación efectiva entre ambos niveles para no interrumpir el tratamiento.

Cuando el nivel secundario finaliza su atención, específicamente en endodoncia, en caso la totalidad de los casos se deriva al nivel primario para finalizar la atención con una obturación. Se recomienda en beneficio de la paciente, intentar realizar la obturación en el nivel secundario, cerrando el caso con el "alta integral" en ese nivel.

Finalmente recordar, el fuerte vínculo que estas pacientes tienen con su Centro de Salud entendiendo que la derivación al nivel secundario en un hospital, CDT o CRS, les resulta ajeno y también muchas veces lejano, por lo tanto se solicita frente a cualquier organización de este proceso de atención se considere siempre la facilidad

3° El protocolo descrito anteriormente se inserta en la presente Resolución y se entiende que forma parte integrante de ella y que consta de 22 páginas en total.

4° El uso de este protocolo será de carácter obligatorio y tendrá vigencia a partir del 1° septiembre del 2021, a fin de realizar la difusión de los protocolos que por este acto se aprueben.

5° Este protocolo tendrá una vigencia de 4 años, es decir 2021–2025 y deberá actualizarse al finalizar la vigencia.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

www.saludiquique.cl



Este documento ha sido firmado electrónicamente por el Sr. Director del Servicio de Salud Iquique con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese el código de verificación: 590975-1e2756 en:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/>