

DIARIO OFICIAL

DE LA REPUBLICA DE CHILE

Ministerio del Interior

I
SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 44.202

Sábado 19 de Julio de 2025

Página 1 de 10

Normas Generales

CVE 2668465

MINISTERIO DE SALUD

Superintendencia de Salud / Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud

IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD EXCEPTUADAS

(Circular)

Núm. IF 501.- Santiago, 23 de junio de 2025.

En ejercicio de las atribuciones conferidas a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en especial, las contenidas en los artículos 107, 110, 114 y 115, todos del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y en la ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud, se imparten las siguientes instrucciones:

I.- OBJETIVO

Actualizar la regulación administrativa que rige las Garantías de Oportunidad que contempla el Régimen General de Garantías en Salud de la ley N° 19.966, en particular, sus causales de excepción y las gestiones que las instituciones obligadas al otorgamiento de las GES deben realizar luego de exceptuada una garantía.

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

En el Capítulo XI "Procedimientos relativos a las Garantías Explícitas en Salud", Título I "Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad", se modifica lo siguiente:

1.- Se reemplaza el contenido del numeral 1. "Situaciones de Excepción", por el siguiente:

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

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

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

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

Dado que el caso de una persona beneficiaria puede presentar varias garantías al mismo tiempo, el cierre de una garantía no implica el cierre del caso o de otra garantía abierta.

De esa manera, el caso puede permanecer abierto, pudiendo el beneficiario recibir otras prestaciones garantizadas del mismo problema de salud.

El Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional como las principales obligadas al cumplimiento de la garantía de oportunidad, deberán estar siempre en condiciones

CVE 2668465

Director: Felipe Andrés Perotti Díaz
Sitio Web: www.diarioficial.cl

Mesa Central: 600 712 0001 Email: consultas@diarioficial.cl
Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 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.diarioficial.cl

de acreditar tanto la concurrencia de las causales de excepción, como la gestión de los casos con garantía exceptuada, a través de antecedentes probatorios suficientes."

2.- En el Numeral 2. "Causales de Excepción" se realizan las siguientes modificaciones:

2.1.- Se reemplaza el título del numeral 2. "Causales de Excepción" por el siguiente:

"2. Causales específicas de excepción:".

2.2.- Se modifica el contenido del párrafo introductorio quedando de la siguiente manera:

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

3.- En el numeral 2.1 "Inasistencia", del mismo Capítulo XI y Título I, se realizan las siguientes modificaciones:

3.1.- En el primer párrafo se cambia la expresión "beneficiario" por "beneficiario/a" y se reemplaza la oración "Tratándose de garantías iguales o inferiores a diez días, la causal de inasistencia se podrá registrar con una citación efectiva" por la siguiente:

"Tratándose de garantías iguales o inferiores a diez (10) días, se entenderá inasistencia con la ausencia a una citación efectiva fehacientemente acreditada."

3.2.- En el segundo párrafo a continuación de la expresión "de quien la notificó", se agrega la frase "y la fecha en la que se realizó la gestión".

En dicho párrafo igualmente, a continuación de la expresión "nueva citación", se reemplaza el punto aparte por una coma y se agrega la siguiente oración:

"salvo en el caso de haberse excedido el límite de justificaciones de la garantía".

3.3.- Se reemplaza el contenido del tercer párrafo por el siguiente:

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

3.4.- Se agregan los siguientes párrafos cuarto y quinto con el siguiente contenido, pasando el actual cuarto párrafo a ser el sexto:

"Los prestadores de salud deberán informar a las personas beneficiarias o a sus representantes, el límite de postergaciones justificadas que podrán realizar y de ausencias a citaciones efectivas en las que podrán incurrir, según se trate de garantías superiores o inferiores a 10 días. Dicha advertencia deberá comunicarse a través de un medio que permita dejar respaldo de su realización y hacerse en el momento en que se efectúe cada postergación por parte de la persona beneficiaria o su representante, según el plazo de la garantía de la que se trate y del mecanismo empleado para realizar la citación efectiva.

Asimismo, habiéndose configurado la causal de inasistencia por haberse excedido el límite de justificaciones antes señalado, deberá comunicarse a la persona beneficiaria dicha circunstancia a través de un medio que permita dejar respaldo, para fines de fiscalización."

3.5.- Se traslada el párrafo que indica: "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.", que actualmente se encuentra a continuación del literal e) Correo electrónico, pasando a ubicarse inmediatamente después del nuevo párrafo quinto del referido 2.1 "Inasistencia".

En el mismo párrafo citado, se reemplaza la expresión "profesional o administrativo" por la palabra "personal".

3.6.- En el mismo 2.1, se agrega un nuevo párrafo séptimo, inmediatamente después del nuevo párrafo sexto, con el siguiente contenido:

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

3.7.- Se reemplaza el contenido de la letra a) Citación Presencial, por el siguiente:

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

3.8.- Se reemplaza el contenido de la letra b) Llamada telefónica, por el siguiente:

"Registro de la llamada telefónica con contacto efectivo con el beneficiario o su representante, con indicación de su resultado.

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

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

3.9.- Se reemplaza el contenido de la letra c) Visita domiciliaria, por el siguiente:

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

Si la gestión resulta infructuosa, deberán efectuarse al menos dos visitas más, en días y horarios diferentes. Se dejará constancia de las visitas que fueron necesarias realizar para lograr la citación efectiva. Sin perjuicio de lo anterior, si se verifica fehacientemente que el domicilio no corresponde a la persona beneficiaria deberá optarse por otro mecanismo de citación, sin que sea necesario realizar las visitas restantes."

3.10.- En la letra d) Carta certificada se agrega la frase "de la citación a la atención clínica del paciente" a continuación de la palabra "envío".

También se reemplaza la expresión "el beneficiario" por "la persona beneficiaria", las dos veces que se menciona.

3.11.- En la letra e) Correo electrónico se realizan las siguientes modificaciones:

Se reemplaza el texto de la primera oración del párrafo, por el siguiente:

"Registro del envío por correo electrónico de la citación a la atención clínica, en el que conste la fecha de la gestión, a la dirección informada por la persona beneficiaria o su representante en el "Formulario de Constancia de Información al Paciente GES" u otra registrada con posterioridad para estos efectos".

Se agrega la expresión "de correo electrónico" a continuación de la palabra "dirección" ubicada a continuación del primer punto seguido.

Además, al final del párrafo se agrega la siguiente oración:

"La citación se realizará desde una cuenta institucional y se deberá respaldar su envío para fines de fiscalización. En caso de existir confirmación de la recepción por parte de la persona beneficiaria o de la tercera persona autorizada, deberá igualmente guardarse respaldo de dicha respuesta."

3.12.- Se agrega el siguiente nuevo literal f) "Otros medios electrónicos de citación", con el siguiente contenido:

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

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

3.14.- Se eliminan los dos últimos siguientes párrafos del numeral 2.1:

"En cada citación efectiva se deberá informar al paciente o su representante, que la tercera inasistencia sin justificación, constituye causal de cierre del caso.

La citación se realizará desde una cuenta institucional y se respaldará tanto el envío como el acuse de recibo de la persona beneficiaria o similar, si se produjere:"

4.- Se traslada de lugar el actual numeral 2.4 "Contacto No Corresponde" pasando a ser el numeral 2.2.

Por lo anterior, el actual numeral 2.2 pasa a ser el 2.3 y el actual 2.3 pasa a ser el 2.4.

5.- En el nuevo numeral 2.2. "Contacto No Corresponde", se realizan las siguientes modificaciones:

En el mismo párrafo se reemplaza la palabra "este" por "ese".

En el segundo párrafo se agrega la palabra "todas" a continuación de la palabra "agotado".

6.- Se reemplaza el contenido del nuevo numeral 2.3. "Rechazo", por el siguiente:

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

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

7.- En el nuevo punto 2.4 "Fuerza mayor por Estado de Salud" (anterior punto 2.3), se realizan las siguientes modificaciones:

7.1.- Se reemplaza el título del numeral por "Estado de salud de la persona beneficiaria".

7.2.- Se reemplaza el contenido del numeral por el siguiente:

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

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

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

Dicha indicación médica podrá producir uno de los siguientes efectos:

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

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

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

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

8.- En el punto 3. Gestión de Casos con Garantía Exceptuada, a continuación del último párrafo, se agregan los siguientes nuevos párrafos:

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

En dicho contexto, las instituciones podrán derivar a los pacientes a otros prestadores fuera de su red GES, ya sea mediante la celebración de convenios o utilizando aquellos convenios ya suscritos, que permitan otorgar las prestaciones en otras modalidades de atención distintas a las GES, con el fin de facilitar su pronto otorgamiento mientras persista el impedimento que dio origen a la excepción.

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

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

Para poder otorgar las prestaciones fuera de la Red GES, las instituciones responsables deberán contar con el consentimiento expreso e informado de la persona beneficiaria o su representante. Este consentimiento deberá constar por escrito e indicar de manera clara y precisa la circunstancia de fuerza mayor que origina la derivación. Además, deberá señalar que las atenciones serán otorgadas fuera de la Red GES y que, una vez recibidas las prestaciones exceptuadas, la persona beneficiaria podrá retomar sus atenciones en la Red.

Lo anterior no se considerará, en ningún caso, como un rechazo al prestador o a la prestación por parte del paciente o su representante, por lo que no podrá implicar el cierre del caso.

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

Las Isapres y el Fonasa deberán encontrarse en todo momento en condiciones de acreditar el cumplimiento de las reglas precedentes, en especial la concurrencia de la situación de fuerza

mayor invocada para exceptuar la garantía. Dicha circunstancia deberá ser acreditada a través de los medios probatorios suficientes.

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

8.- Se reemplaza el contenido del numeral 3.1 por el siguiente:

"Tratándose de excepciones por inasistencia o aquellas excepciones en que se haya suspendido el otorgamiento de la prestación, por indicación médica justificada por parte del profesional tratante, las gestiones tendrán como objetivo el otorgamiento de las prestaciones respectivas, en un plazo que no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente de acuerdo al decreto, una vez superada la causal que impidió dicho otorgamiento."

10.- Se reemplaza el contenido del numeral 3.2, por el siguiente:

"Si la causal de excepción es por rechazo o exclusión de la prestación por estado de salud de la persona beneficiaria, las gestiones corresponderán a las necesarias para dar continuidad al resto de las prestaciones y garantías contempladas en el problema de salud, en caso de ser procedente."

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

"Título I. Excepción de Cumplimiento de una Garantía de Oportunidad¹

1. Situaciones de Excepción

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

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

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

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

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

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

2. Causales específicas de excepción:

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

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

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

Si con ocasión de alguna de las citaciones, 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 y la fecha en la que se realizó la gestión. Por tanto, la inasistencia justificada no se contabilizará como ausencia a una citación efectiva, debiendo practicarse una nueva citación, salvo en el caso de haberse excedido el límite de justificaciones de la garantía.

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

Los prestadores de salud deberán informar a las personas beneficiarias o a sus representantes, el límite de postergaciones justificadas que podrán realizar y de ausencias a citaciones efectivas en las que podrán incurrir, según se trate de garantías superiores o inferiores a 10 días. Dicha advertencia deberá comunicarse a través de un medio que permita dejar respaldo de su realización y hacerse en el momento en que se efectúe cada postergación por parte de la persona beneficiaria o su representante, según el plazo de la garantía de la que se trate y del mecanismo empleado para realizar la citación efectiva.

Asimismo, habiéndose configurado la causal de inasistencia por haberse excedido el límite de justificaciones antes señalado, deberá comunicarse a la persona beneficiaria dicha circunstancia a través de un medio que permita dejar respaldo, para fines de fiscalización.

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la gestión resulta infructuosa, deberán efectuarse al menos dos visitas más, en días y horarios diferentes. Se dejará constancia de las visitas que fueron necesarias realizar para lograr la citación efectiva. Sin perjuicio de lo anterior, si se verifica fehacientemente que el domicilio no corresponde a la persona beneficiaria deberá optarse por otro mecanismo de citación, sin que sea necesario realizar las visitas restantes.

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

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

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

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

2.2 Contacto No Corresponde: Los datos entregados por el paciente a través de los distintos registros habilitados para ese fin, imposibilitan efectuar las citaciones durante la vigencia de la garantía.

Para su validación como garantía exceptuada, deberán haberse agotado todas 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.

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

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

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

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

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

Dicha indicación médica podrá producir uno de los siguientes efectos:

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

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

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

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

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

3. 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.

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

En dicho contexto, las instituciones podrán derivar a los pacientes a otros prestadores fuera de su red GES, ya sea mediante la celebración de convenios o utilizando aquellos convenios ya suscritos, que permitan otorgar las prestaciones en otras modalidades de atención distintas a las GES, con el fin de facilitar su pronto otorgamiento mientras persista el impedimento que dio origen a la excepción.

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

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

Para poder otorgar las prestaciones fuera de la Red GES, las instituciones responsables deberán contar con el consentimiento expreso e informado de la persona beneficiaria o su representante. Este consentimiento deberá constar por escrito e indicar de manera clara y precisa la circunstancia de fuerza mayor que origina la derivación. Además, deberá señalar que las atenciones serán otorgadas fuera de la Red GES y que, una vez recibidas las prestaciones exceptuadas, la persona beneficiaria podrá retomar sus atenciones en la Red.

Lo anterior no se considerará, en ningún caso, como un rechazo al prestador o a la prestación por parte del paciente o su representante, por lo que no podrá implicar el cierre del caso.

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

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

Este Organismo, en ejercicio de sus funciones, podrá fiscalizar la adecuada aplicación del mecanismo descrito. En el evento de detectar inconsistencias o incumplimientos, podrá aplicar, en el caso de las Isapres, las sanciones que contempla la ley y, en el del Fonasa, solicitar a la

Contraloría General de la República la realización de las auditorías que corresponda en ejercicio de sus atribuciones, esto, además de las medidas disciplinarias establecidas en el artículo 125 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

3.1 Tratándose de excepciones por inasistencia o aquellas excepciones en que se haya suspendido el otorgamiento de la prestación, por indicación médica justificada por parte del profesional tratante, las gestiones tendrán como objetivo el otorgamiento de las prestaciones respectivas, en un plazo que no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente de acuerdo al decreto, una vez superada la causal que impidió dicho otorgamiento.

3.2 Si la causal de excepción es por rechazo o exclusión de la prestación por estado de salud de la persona beneficiaria, las gestiones corresponderán a las necesarias para dar continuidad al resto de las prestaciones y garantías contempladas en el problema de salud, en caso de ser procedente.

4. Obligación de Informar

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

III.- VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia a partir de su notificación.

Oswaldo Varas Schuda, Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

