

SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

# Ley de Urgencia

## Ley N° 19.650

**PAMELA BELTRÁN VARAS**

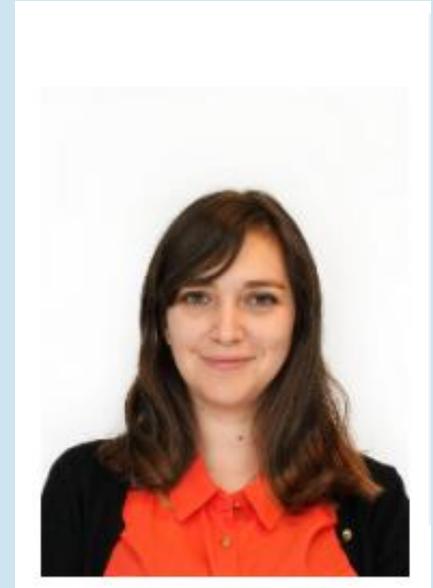
ABOGADA INTENDENCIA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES

25 SEPT. 2025

## ¿Quién soy yo?

*Pamela Beltrán Varas*

- Abogada Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales.
- Magíster en Derecho Administrativo.



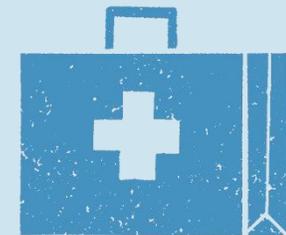
## Contexto previo a la Ley

"En la década de los noventa, era común que algunos establecimientos de salud privados solicitaran un documento en garantía (un cheque) como respaldo del pago de la atención médica antes de otorgar servicios de urgencia. La herramienta más utilizada con estos fines era el "cheque en blanco".

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-ley-urgencia-riesgo-vital-S0716864011704692>



¿Tienes cómo garantizar económicamente una atención médica?



## Caso Nicolás Melipil



El caso fue tan grave que llevó a los legisladores a incluir en la **Ley de Urgencia (Ley 19.650)** un mecanismo que asegure a los establecimientos de salud que recibirán el pago por las atenciones realizadas en situaciones de urgencia médica.

La solución que eligieron los legisladores fue que los seguros de salud (Isapres y Fonasa) paguen directamente a los prestadores de salud las atenciones que se realicen en casos de urgencia vital.

Lo anterior en ningún caso significa que lo que ha pagado la Isapre o Fonasa sea **gratuito**.

El fallo, además, contiene un "reproche moral" a la exigencia de cheque en garantía que se exigió a los padres del menor, que si bien ya se solucionó para los casos de emergencias médicas podría ser aplicables a otras patologías.

"Esta Corte no puede sustraerse del hecho que el menor de edad fue trasladado en dos oportunidades a sendos centros médicos y que en unas dos oportunidades (sic) no fue aceptado por no contar con un cheque en garantía, teniendo disponibilidad de camas, de especialistas y de medios para la recuperación de la salud del menor, actitud reprobable pero que no se encuentra expresamente sancionado (sic) como delito", afirma el fallo.

# Proyecto de Ley



En el mensaje de fecha 21 de enero del 1998, el presidente Frei señala "... **Por otra parte, se debe considerar que el país atraviesa una fase de cambios en su estructura demográfica y el tipo de enfermedades que aquejan a la población. Se ha producido un importante incremento en las enfermedades no transmisibles, tales como afecciones cardiovasculares, cánceres y accidentes, con una disminución de las dolencias de tipo transmisibles y de los problemas materno perinatales. Esta tendencia, lejos de moderarse, seguirá intensificándose durante las próximas décadas.**

Finalmente uno de los grandes temas a incorporar, dice relación con "...**Resolver los problemas originados por atenciones de emergencia prestadas por los Servicios de Salud a afiliados o beneficiarios de Isapres, de maneras de obviar la exigencia del cheque en garantía y asegurar el pago de aquellas prestaciones**"



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD

# Ley de Urgencia



[www.superdesalud.gob.cl](http://www.superdesalud.gob.cl)

## Ley N° 19.650 del Ministerio de Salud *Conocida como "Ley de Urgencia".*

### ¿Qué es una Urgencia Vital?

Es toda condición clínica que implique riesgo de muerte o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e impostergable.



## Ley de Urgencia, un derecho que todos tenemos



# Ley de Urgencia Vital

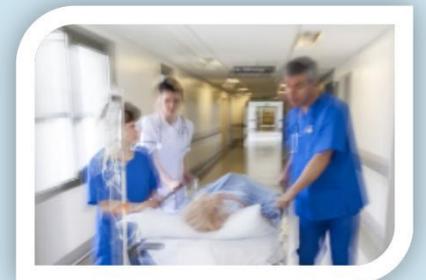
Garantizar  
atención médica.



Atención en  
cualquier centro  
médico.

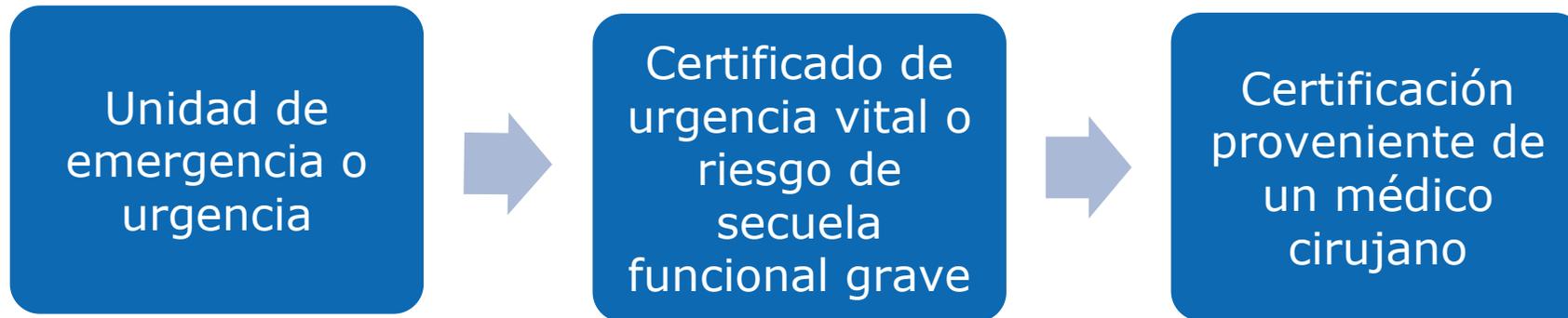


Prohibición de  
cheque en  
garantía e  
instrumentos  
financieros.





# ¿Cuándo se activa la Ley de Urgencia?



Artículo 2 decreto 34, Ministerio de Salud.

# ¿Qué es una emergencia?



## Condiciones de salud que se consideran como una urgencia

Alta probabilidad de pérdida de la vida de forma inminente, debido a la aparición imprevista de un problema de salud determinada por un médico cirujano en un proceso de atención de urgencia.

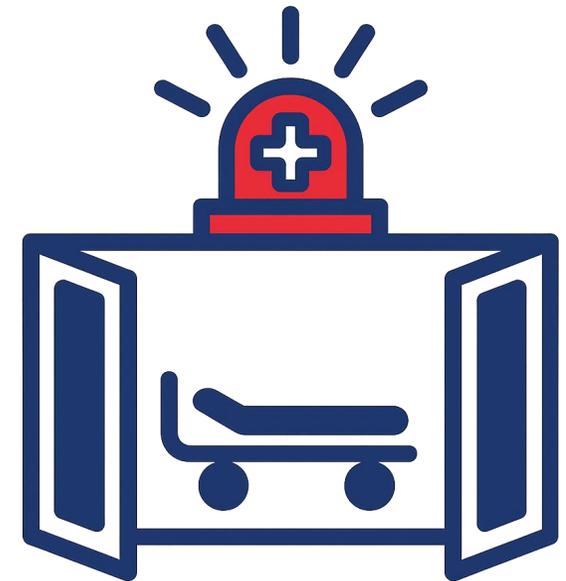
Alta probabilidad de la falla grave de la función de un órgano o extremidad o riesgo de pérdida total o parcial o extremidad afectada.

Condición de salud que requiera atención médica impostergable.



# Ingresar a una unidad de emergencia

- ✓ Necesariamente el ingreso debe ser por dicho servicio.
- ✓ De no ingresar por dicho servicio se entiende que no se ha cumplido con uno de los requisitos para la procedencia de la Ley de Urgencia.



TRIAGE

CATEGORIZACIÓN

# Requisitos fundamentales



**Sólo un médico cirujano  
en la atención médica al  
paciente puede certificar  
la ley de urgencia**

**No procede la  
certificación en la  
admisión ni en el  
triage**



### CERTIFICADO DE EMERGENCIA LEY 19.650

#### DATOS DOCUMENTO

N° Documento Ingreso 199281 Fecha Hora Certificación 23-12-2022 16:04  
Usuario Ingreso Hospital Clínico Uc Christus Establecimiento Hospital Clínico UC  
Región Región Metropolitana de Santiago Comuna Santiago

#### DATOS PACIENTE

Run  
Nombre Completo  
Fecha Nacimiento  
Dirección



Región  
Fono

#### DATOS ATENCIÓN

Fecha / Hora Atención 23-12-2022 15:57  
Motivo de la Consulta DISNEA DE MINIMOS ESFUERZOS DOLOR TORACICO  
Tipo Emergencia  
Diagnóstico Principal

Tipo paciente: ADULTO  
Tipo emergencia: EMERGENCIA RESPIRATORIA  
Condición clínica: f) Tromboembolismo pulmonar de riesgo alto o riesgo intermedio-alto o con parámetros que sugieren disfunción ventricular derecha.

Situaciones asociadas al diagnóstico principal

No se registran situaciones especiales.

### LEY DE URGENCIA Solicitud de Hospitalización

Box B3

Clínica Santa María  
Especialistas en TI

Nombre paciente		
Médico tratante:	Fecha:	Hora:
Dra Escobar	24/12/23	
Diagnóstico:		
Apnea		
Unidad de destino:	Pieza:	
UPC P		
Ley de urgencia	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Al momento de la hospitalización se solicitará: - Cédula de Identidad. - Documento en garantía, que podrá ser letra o pagaré, que serán facilitados por la clínica. El girador de este documento debe firmar el formulario de "Carta de Autorización" - En caso de existir convenio firmado con la Clínica, se debe adjuntar una Carta de Resguardo u Orden de Atención entregada por la empresa.		Nombre y Firma

COO:8980164 - EDERA IMPRESORES



## **PLAZO PARA EMITIR CERTIFICADO DE EMERGENCIA: Hasta las 6 horas posteriores de la atención médica de emergencia.**

El artículo 23 del reglamento nos informa las condiciones clínicas generales para determinar la certificación.

FONASA y la Superintendencia de salud pueden revisar si la condición de salud efectivamente es de urgencia vital o de no haberse certificado, estimar que sí lo es.



# Paciente estabilizado

Persona que habiendo estado en una condición de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave, certificada por un médico cirujano de una unidad de emergencia, y que aun teniendo una patología no resuelta o parcialmente solucionada, puede ser trasladada a otro centro asistencial, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.



TRASLADABLE





# Post- estabilización Fonasa

Paciente o representante puede optar

- ✓ Modalidad Institucional
- ✓ Modalidad Libre Elección
- ✓ No optar
- ✓ No tengo quien elija por mí





# Post- estabilización Fonasa

DECLARACION DE OPCION POR MODALIDAD DE ATENCION

Beneficiario FONASA grupo B, declaro:

1.- Que he tomado conocimiento que como beneficiario de la Ley 18.469 tengo derecho a optar por cualquiera de las modalidades de atención contempladas por esta ley y que son las siguientes:  
\*Modalidad de Atención Institucional: en este caso será trasladado a un Hospital Público o a uno privado con convenio Modalidad de Atención Institucional con FONASA, donde recibiré las prestaciones de salud necesarias para finalizar mi tratamiento. Estas prestaciones serán ambulatorias o de hospitalización y tendrán un copago que dependerá del grupo FONASA en que clasifico según mis Ingresos, el que en general será de:

Grupo A 0%  
Grupo B 0%  
Grupo C 10%  
Grupo D 20%

\*Modalidad de Libre Elección: en este caso pudo elegir el establecimiento de salud donde deseo continuar mi atención (puede ser el mismo donde me encuentro actualmente u otro establecimiento con convenio Modalidad de Libre Elección con FONASA) y el pago por las prestaciones recibidas a partir del momento en que firme este documento aceptando esta modalidad de atención, deberá realizarse mediante la compra de Bonos de Atención de Salud. El monto que deberé pagar por la atención, dependerá de la bonificación fijada por FONASA para las prestaciones que reciba (para mayor información llame a FONASA AYUDA al fono 600-2366272).

2.- Tener conocimiento de las tarifas del establecimiento privado y las diferencias que deberé pagar por aquellas prestaciones que no son totalmente cubiertas por FONASA y que se faculta al establecimiento para cobrar precios superiores, tales como diferencia por Dias Cama (hospitalización, Unidad de Intermedio e Unidad de Cuidado intensivo), diferencia por Derecho a Pabellón, profesionales no inscritos en FONASA, medicamentos e insumos, etc.

3.- Acepto continuar mi atención en:

MODALIDAD DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL

FIRMA BENEFICIARIO, ACOMPAÑANTE O FAMILIAR A CARGO

En caso de firma del acompañante o familiar a cargo, completar los siguientes datos:

Este documento sirve para que el paciente, una vez que ya está estabilizado, decida si quiere seguir su atención en la **Modalidad de Atención Institucional**. Debe ser firmado por el paciente o por su representante después de que se emite el **certificado de estabilización**.

En el documento debe quedar por escrito la decisión del paciente (ya sea beneficiario de Fonasa o afiliado a Isapre) de **continuar su tratamiento en la modalidad institucional**.

Además, el médico cirujano debe emitir un **informe médico** donde indique que el traslado está autorizado, en qué condiciones debe hacerse y qué acciones seguirán para la recuperación del paciente.

# Documento opción de Modalidad de atención (DOMA)



Grupo A 0%  
Grupo B 0%  
Grupo C 10%  
Grupo D 20%

\* Modalidad de Libre Elección: en este caso pudo elegir el establecimiento de salud donde deseo continuar mi atención (puede ser el mismo donde me encuentro actualmente u otro establecimiento con convenio Modalidad de Libre Elección con FONASA) y el pago por las prestaciones recibidas a partir del momento en que firme este documento aceptando esta modalidad de atención, deberá realizarse mediante la compra de Bonos de Atención de Salud. El monto que deberé pagar por la atención, dependerá de la bonificación fijada por FONASA para las prestaciones que reciba (para mayor información llame a FONASA AYUDA al fono 600-2366272).

2.- Tener conocimiento de las tarifas del establecimiento privado y las diferencias que deberé pagar por aquellas prestaciones que no son totalmente cubiertas por FONASA y que se faculta al establecimiento para cobrar precios superiores, tales como diferencia por Días Cama (hospitalización, Unidad de Intermedio e Unidad de Cuidado intensivo), diferencia por Derecho a Pabellón, profesionales no inscritos en FONASA, medicamentos e insumos, etc.

3.- Acepto continuar mi atención en:

MODALIDAD DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL
Button2
FIRMA BENEFICIARIO, ACOMPAÑANTE O FAMILIAR A CARGO

En caso de firma del acompañante o familiar a cargo, completar los siguientes datos:

Nombre del acompañante o familiar a cargo: _____	Button3
Rut: _____	
Relación con el paciente: <i>hija</i>	
Fecha: _____ Hora: _____	



# Rescate paciente Fonasa



Es la gestión que debe hacer el **Servicio de Salud** cuando el paciente es beneficiario de Fonasa y, una vez estabilizado, decide continuar su atención en la **red pública de salud**.

El traslado del paciente deberá cumplir las indicaciones establecidas por el médico cirujano que certificó la estabilización.  
**No procederá el traslado para pacientes en situación de alta hospitalaria.**



# Gestión Centralizada de Camas



Optimizar el uso del recurso cama en la red pública con complemento con la red privada.

Gestionar los requerimientos de camas.

Monitorear todos los días de estadía especialmente de los pacientes derivados al sector privado de salud con la finalidad de controlar y optimizar el uso de los recursos financieros asociados.

# Sistema informático de UGCC



**Estimados Profesionales**  
Junto con saludar, tenemos el agrado de informar los números telefónicos donde serán atendidas sus solicitudes de camas y ley de urgencia.

**GESTIÓN DE CAMAS**  
+56 2 2574 9982  
Red Minsal 249982

**LEY DE URGENCIA**  
+56 2 2574 9988  
Red Minsal 249988

Celular habilitado sólo en situaciones de emergencia definidas por nuestro call center  
+ 56 9 53332179 +56 9 32474912

Coordina, monitorea y respalda toda solicitud de cama requerida.

Pacientes certificados por Ley de Urgencia con las diferentes gestiones que realizan los actores involucrados en el proceso.

Oferta en línea de camas críticas, agudas y básicas, con la demanda no satisfecha de camas en los distintos establecimientos públicos.

# Modalidad Libre Elección



Si el paciente o su representante opta por la Modalidad de Libre Elección, continuará su atención de salud en un prestador privado de acuerdo con dicha modalidad. El prestador de salud podrá solicitar al paciente un instrumento financiero para garantizar el pago de las atenciones que reciba en la anotada modalidad, de acuerdo a la normativa vigente.

Si el paciente se encuentra imposibilitado para firmar la Modalidad de Atención y no cuenta con una persona que lo represente, se entenderá que ha optado por su atención en la red de prestadores que le corresponda bajo modalidad de Atención Institucional o red preferente de prestadores, debiendo el médico cirujano dejar constancia de ambas circunstancias en la ficha clínica del paciente.



# Post Estabilización ISAPRE



**PLAN DE SALUD**



COBERTURA  
PREFERENTE



COBERTURA  
LIBRE ELECCIÓN



CAEC -GES Y  
GES-CAEC

En el caso de las personas afiliadas a una Isapre, es esta quien debe gestionar el **traslado del paciente** a los prestadores que estén en convenio con el plan de salud.



# ¿Qué dice mi Plan de Salud?



PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN (a)		MONTOS MÁXIMOS (Usd/mo) (n)	OFERTA PREFERENTE (b) (**)		MONTOS MÁXIMOS (Usd/mo) (n)	PRESTADORES DERIVADOS (n)	
	Bonificación			Bonificación				
	%	Tope		%	Tope			
<b>PRESTACIONES HOSPITALARIAS, CIRUGÍAS AMBULATORIAS (a) Y URGENCIAS HOSPITALARIAS (c)</b>	<b>90%</b>		Sin Tope	(Solo con Médicos Staff) (b)		Sin Tope	Clínica Dávila (Habitación Individual Simple)  Clínica Vespucio (Habitación Individual Simple)	
DÍA CAMA				6 UF	90% (b) Clínica Dávila Clínica Vespucio Clínica Avansalud (Hab. Individual Simple)			
SALA CUNA				2,4 UF				
INCUBADORA				5,2 UF				
DÍA CAMA CUIDADO INTENSIVO, INTERMEDIO O CORONARIO				12 UF				
DÍA CAMA TRANSITORIO U OBSERVACIÓN				4 UF				
EXÁMENES DE LABORATORIO				2,4 veces AB4				70% (b) Clínica Santa María Clínica Indisa Clínica Takancura (Hab. Individual Simple)
IMAGENOLOGÍA				2,8 veces AB4				
DERECHO PABELLÓN				10,5 veces AB4				
KINESIOLOGÍA, MEDICINA FÍSICA Y FISIOTERAPIA				3 veces AB4				
PROCEDIMIENTOS Y HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS	6,5 veces AB4							
MEDICAMENTOS (d) (r)	45 UF							
MATERIALES CLÍNICOS (d) (r)	40 UF	80 UF						
PRÓTESIS Y ORTESIS	30 UF	60 UF						
CONSULTA MÉDICA HOSPITALARIA	1,08 UF	Sin Tope	Solo Libre Elección					

## Notas Explicativas del Plan de Salud:

- Las **prestaciones hospitalarias** son aquellas en que la persona requiere indubitablemente infraestructura hospitalaria, cuando se presente alguna de las siguientes circunstancias:  
La hospitalización ha ocurrido por indicación escrita, precisa y específica del médico tratante del paciente de que se trate o el prestador ha facturado la utilización de, a lo menos, un día cama, cualquiera sea el tipo de éste conforme el arancel vigente en la Isapre.  
Las cirugías ambulatorias asociadas a un código de pabellón 5 o superior tendrán bonificación como cobertura hospitalaria.  
La cobertura hospitalaria de libre elección se otorgará de acuerdo a los porcentajes y topes de bonificación, y montos máximos indicados en el plan complementario de salud.
- La **cobertura preferente** se realizará sólo con presentación de bonos con los prestadores indicados en el plan de salud.  
La **oferta preferente hospitalaria** comprende sólo las prestaciones que indica el plan de salud.  
La oferta preferente, tanto ambulatoria como hospitalaria, dependerá de si existe disponibilidad física y técnica en el establecimiento indicado en el plan, en caso contrario, el beneficiario deberá comunicarse con la Isapre, quien derivará a un prestador, de entre los indicados en la columna Prestadores Derivados.  
La cobertura hospitalaria de la oferta preferente para día cama habitación individual simple se aplica hasta el valor de la habitación individual simple con baño privado de menor valor del establecimiento hospitalario. En el caso de uso de una habitación de mayor valor tendrá como bonificación máxima la anterior y cualquier diferencia por el uso de una habitación superior a la indicada, será de cargo del beneficiario.  
Los Honorarios Médicos Quirúrgicos de la oferta preferente, serán sin tope, sólo con médicos staff del establecimiento, en convenio con la Isapre y utilizando bonos, en caso contrario, se bonificará de acuerdo a los topes indicados en la libre elección del plan de salud, para ese ítem.  
Médico Staff es el médico que tiene relación contractual vigente con el prestador de la Oferta Preferente y se acoge al Arancel Médico pactado entre dicho prestador y la Isapre.  
Las prestaciones de la oferta preferente referidas a Clínica Santa María son sólo las que se otorgan en Avda. Santa María 0500, Providencia.  
Las prestaciones de la oferta preferente referidas a Centro Médico Clínica Santa María La Dehesa son sólo las que se otorgan en Avda. La Dehesa 1445, Lo Barnechea.
- En caso de **urgencia hospitalaria** con o sin riesgo vital o secuela funcional grave, para tener acceso a la cobertura preferente deberá acudir al prestador indicado en el Plan de Salud. En caso de no poder dirigirse al prestador indicado en la cobertura preferente, se deberá acudir a cualquier servicio de urgencia y dar aviso a la Isapre, personalmente o por medio de familiar u otro, dentro de las 48 horas siguientes al evento. Si el plazo de 48 horas se cumple un día sábado, domingo o festivo, se prorrogará dicho plazo al día hábil siguiente.  
Para obtener la Cobertura de la Oferta Preferente del Plan, además de aviso en el plazo antes referido, el beneficiario debe ingresar efectivamente al prestador preferente y en el tipo de habitación que indica el cuadro de beneficios de la oferta preferente, fecha a contar de la cual tendrá acceso a esta cobertura. Tanto el beneficiario como la Isapre están facultados para disponer el traslado del paciente hospitalizado al prestador preferente cuando su estado de salud lo permita. En todo caso, la cobertura en un prestador ajeno a la oferta preferente será siempre por libre elección al igual que los correspondientes gastos de traslado.
- Se procederá a la bonificación de los **Medicamentos y Materiales Clínicos** sólo en prestaciones que requieran hospitalización y en las prestaciones asociadas a Cirugías Ambulatorias (código de pabellón 5 o superior). Esta cobertura se aplica por evento/beneficiario. Se entiende por evento/beneficiario una misma hospitalización con independencia del lugar de la misma (establecimiento asistencial y/o hospitalización domiciliaria). Se excluyen drogas antineoplásicas para el tratamiento del cáncer, las cuales se bonificarán en sus porcentajes y topes específicos del cuadro de beneficios del plan complementario de salud. Asimismo, se excluye la bonificación de medicamentos y materiales clínicos para diagnósticos o tratamientos ambulatorios.

## COBERTURA URGENCIA AMBULATORIA EN PRESTADOR (ES) PREFERENTE (S)

PRESTACIONES AMBULATORIAS DE URGENCIA (f)	CLÍNICA SANTA MARÍA - CLÍNICA INDISA - CLÍNICA DÁVILA - CLÍNICA VESPUCCIO		MONTOS MÁXIMOS (Usd/mo) (n)	PRESTADORES DERIVADOS (n)
	% Bonificación	Tope Bonificación		
CONSULTA MÉDICA DE URGENCIA	70%			
EXÁMENES DE LABORATORIO, IMAGENOLOGÍA, DERECHO PABELLÓN, PROCEDIMIENTOS URGENCIA	70%	Sin Tope	Sin Tope	Clínica Santa María Clínica Indisa

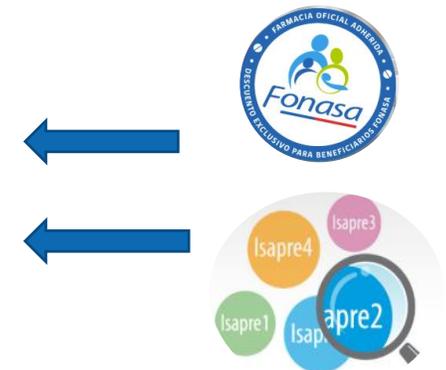
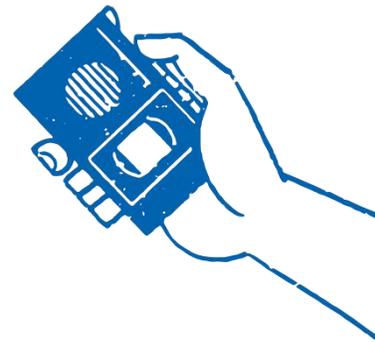
La cobertura mínima del plan de salud para cada prestación, corresponderá al mayor valor entre la cobertura genérica del plan de salud y la cobertura mínima Fonasa (o)



# Mecanismo de financiamiento.

## Artículo 2. Beneficio de pago directo y préstamo.

Este beneficio consiste en el pago directo por parte de Fonasa o Isapre, según sea el caso, al prestador público o privado, el valor de las prestaciones otorgadas en caso de emergencia debidamente certificada, que se traduce en un préstamo a la persona de los montos no cubiertos, según el arancel Fonasa o el plan de salud convenido.



# Mecanismo de financiamiento



- La persona afiliada deberá pagar en cuotas iguales todos los meses. Cada cuota se ajustará según el Índice de Precios al Consumidor (IPC) e incluirá un interés que corresponde a la tasa corriente aplicada en este tipo de operaciones.
- En el caso de trabajadores dependientes, independientes o pensionados, las cuotas no podrán ser mayores al 5% de su sueldo o renta imponible. En el caso de los afiliados voluntarios, la cuota no podrá superar el valor del plan de salud que tengan contratado.



**FONASA E ISAPRE NOTIFICARÁN  
A MI EMPLEADOR O AL PAGADOR  
DE MI PENSIÓN**

**EN CASO DE AFILIADOS  
VOLUNTARIOS, SE LES  
NOTIFICARÁ DIRECTAMENTE.**



**Asimismo la Isapre podrá valerse de las facultades que le otorga la Ley N°17.322 ( intereses y reajustes) y ejecutar el cobro cuando afiliado/a no cancele oportunamente. (Art. 173. DFL N°1).**

# Ejemplo:

## Parcelación de la cuenta

Paga la persona beneficiaria o afiliada.

01 A 10 DE SEPTIEMBRE  
PERÍODO URGENCIA VITAL  
\$3.000.0000

11 A 20 DE SEPTIEMBRE  
PERÍODO DE ESTABILIZACIÓN  
\$4.500.000

**ISAPRE Y FONASA PAGA DIRECTO AL PRESTADOR**

Notifico al empleador o pagador de la pensión

**Cobro a la persona beneficiaria o afiliada en cuotas hasta completar los \$3.000.000**



# Pago de atenciones personas afiliadas

Se envía una carta de cobro



Tienes 30 días para decir que no estás de acuerdo con la liquidación.



Puedo pagar la deuda o convenir con la isapre alguna modalidad de pago.



Si la persona no se pronuncia se entenderá que se acoge al crédito legal.





## Casos eventuales:



- Cesantía.
- Incapacidad laboral transitoria.
- Trabajadores dependientes que dentro de un mes determinado permanezcan menos de diez días en situación de incapacidad laboral.
- Nueva deuda por urgencia o emergencia.
- Fallecimiento de la persona afiliada

# Excepciones Ley de Urgencia



Paciente (o representante) que rechaza la atención médica en la unidad de emergencia.



Paciente que, estando hospitalizado, decide trasladarse a otro centro de salud.



Paciente terminal (condición de salud con pronóstico fatal a mediano y a corto plazo sin tratamiento reversible o condición de ingreso no susceptible a tratamientos de eficacia)



Persona que ingresa fallecida a la unidad de emergencia (médico constata deceso, sin posibilidad de reanimación).



Recién nacido con diagnóstico prenatal, que es atendido en un centro fuera de la red de Fonasa o Isapre.



Limitación del esfuerzo terapéutico.



# Modalidades para reclamar en la Superintendencia de Salud



## Atención presencial

- Santiago: Alameda 1449 Torre 2 Oficina 12
- Agencias ubicadas en las 15 capitales regionales



Video informativo para personas sordas en el sitio web



De manera electrónica en sitio web [www.superdesalud.gob.cl](http://www.superdesalud.gob.cl)

# Modalidades para reclamar en la Superintendencia de Salud



## Atención presencial

- Santiago: Alameda 1449 Torre 2 Oficina 12
- Agencias ubicadas en las 15 capitales regionales



Video informativo para personas sordas en el sitio web



De manera electrónica en sitio web [www.superdesalud.gob.cl](http://www.superdesalud.gob.cl)



SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD