

**INFORME ANÁLISIS DE RESULTADOS DE
FISCALIZACIÓN**

**“Tramitación y Financiamiento Ley de Urgencia en
Fonasa”**



**SUBDEPARTAMENTO DE FISCALIZACIÓN DE BENEFICIOS
INTENDENCIA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD**

**INFORME FB N°12
FECHA: 23 de enero de 2026**

Elabora	Revisa	Aprueba
Analista Subdepartamento Fiscalización de Beneficios	Coordinadora Subdepartamento Fiscalización de Beneficios	Jefa Subdepartamento Fiscalización de Beneficios (S)
Juan Pablo Amtmann Caro	Nelly Stuardo Henríquez	Claudia Román Navarro
V°B°	V°B°	V°B°
Enero 2026		

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA.....	5
DESARROLLO - RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN	5
CONCLUSIONES	7
ACCIONES A REALIZAR.....	7
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	8



RESUMEN EJECUTIVO

En el marco del sistema de salud chileno, la aplicación correcta del financiamiento asociado a la Ley de Urgencia resulta fundamental tanto para asegurar la protección efectiva de los beneficiarios como para resguardar el uso adecuado de los recursos públicos. A partir de la Ley N° 18.469 y sus modificaciones, el Estado ha establecido que ninguna persona puede quedar privada de atención cuando enfrenta una situación que implique riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave. Este principio se materializa a través del Pago Asociado a la Atención de Emergencia (PAE), mediante el cual Fonasa paga al prestador el valor total de las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios desde la certificación del estado de emergencia hasta la estabilización clínica, otorgando un préstamo por el monto del copago de cargo del beneficiario.

En este contexto, en diciembre de 2025 se efectuó una fiscalización a Fonasa con el propósito de evaluar el cumplimiento de la normativa aplicable a la tramitación y aplicación del financiamiento de la ley de urgencia.

Para ello, se analizó una muestra de 20 casos de beneficiarios de Fonasa que ingresaron a prestadores privados con diagnósticos inicialmente certificados como urgencia vital en la plataforma de la Superintendencia de Salud, permitiendo revisar tanto los aspectos clínicos como los administrativos y financieros asociados a la aplicación del beneficio.

De la revisión de los antecedentes se desprende que, en términos generales, desde el punto de vista clínico existe un adecuado reconocimiento de situaciones compatibles con urgencia vital y, cuando correspondía, una certificación médica conforme a las exigencias de la Ley de Urgencia. Del mismo modo, se constató el cumplimiento de la prohibición de exigir pagos, garantías u otros instrumentos financieros durante el período de emergencia, lo que se alinea con el objetivo central de eliminar barreras económicas en contextos de riesgo vital.

De los 20 casos revisados, en 11 se cuenta con respaldo documental que acredita el financiamiento por parte de Fonasa hasta la estabilización, mediante emisión y pago de Programas de Atención de Emergencia (PAE) o pagos masivos contra factura.

En 3 casos se no se acreditó de manera completa y trazable el financiamiento de las prestaciones, pese a existir certificación del esta de urgencia o resoluciones administrativas posteriores que reconocen expresamente la procedencia de la cobertura por Ley de Urgencia.

Adicionalmente, en 6 casos la no aplicación de la Ley de Urgencia se encontraba justificada por la existencia de otros sistemas de aseguramiento o previsión de salud vigentes, como aplicación de la Ley N° 16.744 en casos originados por accidente del trabajo, beneficiarios del sistema previsión Capredena y otros casos que optaron por el uso de seguros particulares o voluntariamente optaron por trasladarse a otro prestador privado. Dichas situaciones se enmarcan dentro de las excepciones previstas en el Decreto N°34 de 2021 del Ministerio de Salud.

Finalmente, un hallazgo de especial relevancia transversal a la fiscalización dice relación con la utilización de la plataforma UVGES de la Superintendencia de Salud y la obligación del Fonasa y las isapres de revisar diariamente los pacientes ingresados a esta plataforma con previsión "Sin información", para reconocer oportunamente a sus beneficiarios y garantizar el rescate y la gestiones y otorgamiento de las coberturas correspondientes.

En el marco de esta revisión se identificaron 329 casos de los años 2023 y 2024, que permanecían en la plataforma con situación previsional "Sin información" y estado de recepción "Pendiente", correspondientes a beneficiarios de Fonasa, lo que da cuenta de la falta de consulta a la aplicación por parte del seguro público.

INTRODUCCIÓN

En el contexto del sistema de salud chileno, la correcta aplicación del financiamiento asociado a la Ley de Urgencia constituye un componente crítico tanto para la protección efectiva de los beneficiarios como para la administración responsable de los recursos fiscales. Desde la promulgación de la Ley N° 18.469 y sus modificaciones posteriores, el Estado ha definido que ninguna persona puede quedar sin atención cuando enfrenta una condición que implique riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave. Este mandato se expresa operativamente a través del Pago Asociado a la Atención de Emergencia (PAE), mecanismo mediante el cual Fonasa paga al prestador íntegramente las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios desde la certificación del estado de emergencia hasta la estabilización clínica y otorga un préstamo de salud por la parte del gasto de cargo del afiliado.

En los últimos años, la demanda por atenciones de urgencia en establecimientos privados ha aumentado significativamente, impulsada por factores como la saturación de las urgencias públicas, cambios demográficos, mayor movilidad territorial de los usuarios y la percepción de tiempos de respuesta más expeditos en el sector privado. En este escenario, la intervención de Fonasa adquiere una especial relevancia, ya que posibilita el acceso inmediato a la atención vital sin exigir pagos ni instrumentos financieros durante la emergencia. Sin embargo, este mismo incremento en el uso del beneficio exige una vigilancia permanente respecto del cumplimiento normativo, pues cualquier desviación —ya sea en la certificación médica, en la definición del momento de estabilización, en el proceso de rescate o en los cobros efectuados por los prestadores— puede generar perjuicios directos para los beneficiarios y para los recursos públicos.

El presente informe se origina precisamente en la necesidad de examinar si la normativa vigente se está aplicando de manera correcta y homogénea en el sector público. Para ello, se seleccionó una muestra de veinte casos reales de beneficiarios de Fonasa que ingresaron a prestadores privados con diagnósticos inicialmente certificados como urgencia vital. El análisis de estos episodios permite evaluar la coherencia entre la normativa y la práctica clínica-administrativa, considerando aspectos críticos como la certificación de emergencia y estabilización, la prohibición de solicitar garantías económicas, la oportunidad del rescate, la adecuación del Documento de Opción de Modalidad de Atención (DOMA) cuando corresponde, la información entregada al asegurador y la determinación adecuada del momento en que finaliza la responsabilidad financiera del seguro público.

La importancia de este análisis trasciende la mera revisión administrativa. Por un lado, está en juego la protección del derecho a la atención oportuna y sin barreras económicas para miles de beneficiarios cuyos episodios de salud pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte. Por otro, la adecuada operación del PAE implica resguardar recursos públicos que deben ser administrados con eficiencia, probidad y estricto apego normativo, evitando financiamientos indebidos o cobros improcedentes que distorsionen la función solidaria del sistema.

De este modo, el presente informe busca aportar evidencia para fortalecer los mecanismos de supervisión, orientar eventuales mejoras en la gestión del beneficio y asegurar que el financiamiento de la Ley de Urgencia continúe cumpliendo su propósito esencial: proteger la vida y la salud de las personas, garantizando simultáneamente la sostenibilidad y buen uso de los fondos públicos destinados a la atención de emergencias médicas.

OBJETIVOS

Analizar el cumplimiento de la normativa que regula el financiamiento de la Ley de Urgencia por parte de Fonasa, a partir de la revisión de una muestra de casos atendidos en prestadores privados, con el fin de evaluar la correcta aplicación y financiamiento del beneficio.

Identificar eventuales inconsistencias, desviaciones o prácticas inadecuadas en los procesos de certificación, estabilización, rescate, información y cobro, con el propósito de generar insumos que contribuyan a mejorar la gestión del beneficio y el uso eficiente de los recursos públicos.

METODOLOGÍA

Para efectos de la fiscalización, se seleccionó una muestra de veinte casos de beneficiarios de Fonasa, notificados por prestadores privados en la plataforma electrónica de esta Superintendencia, durante los años 2023 y 2024, con diagnósticos indicativos de urgencia vital y registrados bajo el estado de "Pendiente", esto es, no recibido por el seguro público.

Con fecha 14 de noviembre de 2025, se solicitó formalmente a Fonasa el expediente íntegro de cada caso. Dichos expedientes debían incluir, al menos: el Certificado de Estado de Emergencia emitido por el médico cirujano del prestador privado, certificado de estabilización, Documento de Opción de Modalidad de Atención (DOMA), los antecedentes clínicos, programas de atención de emergencia (PAE) y certificado de préstamo de salud, a correspondiera.

Complementariamente, el 2 de diciembre de 2025 se realizó una visita a las dependencias de Fonasa, con el fin de obtener antecedentes adicionales, aclarar dudas específicas sobre los procedimientos y revisar en conjunto los flujos internos asociados a la recepción, validación, gestión y pago de las atenciones de emergencia notificadas por prestadores privados.

Finalmente, toda la información recopilada fue revisada y analizada caso a caso, con el objetivo de evaluar el cumplimiento de la normativa vigente, identificar eventuales inconsistencias o desviaciones y establecer conclusiones fundamentadas respecto del funcionamiento del financiamiento de la Ley de Urgencia por parte de Fonasa.

DESARROLLO - RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

Los resultados de la revisión efectuada se exponen a continuación:

1.- Casos en que aplicó el financiamiento por ley de urgencia

En 11 de los casos analizados, Fonasa autorizó el beneficio de ley de urgencia y pagó al prestador privado el valor de las prestaciones hasta la fecha de estabilización.

N° caso	Clasificación Beneficiario	Fecha Certificación Urgencia	Fecha Estabilización	DOMA	Fecha alta	Traslado Red Pública
1	B	11-01-2023	12-01-2023	Institucional	02-02-2023	
2	B	24-01-2023	30-01-2023	Institucional	03-02-2023	
3	B	26-01-2023	28-01-2023	Institucional	21-02-2023	
5	A	29-05-2023	31-05-2023	Institucional	31-05-2023	
8	A	07-12-2023	12-12-2023	Institucional		15-12-2023
9	A	15-12-2023	20-12-2023	Institucional	21-12-2023	
10	A	22-12-2023				
12	A	11-02-2024	15-02-2024	Institucional	17-02-2024	
14	A	07-06-2024	11-06-2024	Libre elección	13-06-2024	
16	B	29-08-2024	04-09-2024	Institucional	27-09-2024	Fallece
20	A	07-11-2024	09-11-2024	Institucional	13-11-2024	

Cabe señalar que, en los casos detallados, la mayoría de los beneficiarios optaron por la modalidad institucional y fueron dados de alta en fechas posteriores a la estabilización, lo que evidencia que no fueron rescatados por Fonasa, por lo que el financiamiento de las prestaciones del periodo post estabilización deben ser financiadas por Fonasa.

En 6 casos no se aplicó la ley de urgencia, ya que el beneficio fue cargo de otros sistemas de previsión o los beneficiarios renunciaron al beneficio optando por seguros particulares. Lo anterior se enmarca dentro de las excepciones contempladas en el Decreto N° 34 de 2021 del Ministerio de Salud. El detalle es el siguiente:

N° caso	Observación
6	Beneficiario decide su traslado a otro prestador haciendo uso de un seguro especial. Aplica letra b) Art. 6°, del Decreto N°34.
7	Beneficiaria de Capredena, fue trasladada al Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames
11	Accidente del Trabajo, beneficiario Ingres a Clínica Alemana de Santiago y es traslado a mutual de Seguridad. Aplica art. 12 Decreto N°34.
17	Beneficiario sin certificación de urgencia opta por uso de seguro especial.
18	Accidente del Trabajo, beneficiario Ingres a Clínica Red Salud Rancagua y es trasladado al Hospital del Trabajador.
19	Beneficiaria ingresa al hospital de Pitrufquén que estando en tratamiento solicita voluntariamente su alta para ser trasladada a Clínica Alemana de Temuco. Aplica letra b) Art 6° Decreto N° 34 Minsal.

3.- Casos de ley de urgencia pendientes de financiamiento por Fonasa

En 3 de los casos analizados, Fonasa no acreditó el financiamiento de las prestaciones, pese a existir las certificaciones de urgencia o resoluciones posteriores que reconocen la procedencia de la cobertura de ley de urgencia.

N° caso	Clasific. Benef.	Fecha Certificación Urgencia	Fecha Estabilización	DOMA	Respuesta Fonasa
4	A	04-10-2023	05-10-2023	Institucional	El caso habría sido tramitado administrativamente como "particular", pero corresponde la aplicación de ley de urgencia y devolver al beneficiario los pagos que hubiere efectuado.
13	A	12-04-2024	13-04-2024	Institucional	Al momento de ingreso al prestador la beneficiaria no se encontraba activa en Fonasa, por lo que no se activó el beneficio. Atendido un reclamo presentado, resuelto por oficio 1S/N° SCE 2856 del 22 de mayo de 2024, Fonasa reconoció que correspondía aplicar la ley de urgencia y por tratarse de un beneficiario perteneciente tramo A, la cobertura sería por el total de \$ 812.180. Sin embargo, a la fecha de término de la fiscalización no se aportó el documento que acreditara el pago.
15	A	30-07-2024	31-07-2024	Libre Elección	Fonasa aporta copias de mail donde cuestiona prestaciones cobradas por el prestador, solicitándole la regularización de la cuenta, sin que a la fecha de término de la fiscalización se aporten antecedentes de nuevas gestiones tendientes a solucionar el caso.

4.- Finalmente, cabe hacer presente que Fonasa no consulta la plataforma "Notificación y gestión de pacientes en urgencia por riesgo de muerte o riesgo de secuela GES y/o beneficiarios de la Ley Ricarte Soto", UVGES dispuesta por esta Superintendencia para los casos de urgencia vital, específicamente para identificar y rescatar a los pacientes informados como "sin previsión", lo que no se ajusta a las instrucciones de esta Superintendencia, contenidas en el Compendio de Beneficios, Capítulo VII.

CONCLUSIONES

En el desarrollo del presente informe, se pudo constatar que, en términos generales y desde el punto de vista clínico, las atenciones otorgadas se ajustan al marco normativo vigente, observándose una adecuada identificación de cuadros compatibles con urgencia vital y una certificación médica oportuna cuando correspondía. Del mismo modo, se verificó que el objetivo central de la Ley de Urgencia, orientado a garantizar el acceso inmediato a la atención sin exigencia de pagos, cheques u otras garantías durante la etapa crítica, se cumple en los casos analizados.

Sin perjuicio de lo anterior, el análisis evidencia que las principales dificultades se concentran en la etapa administrativa y financiera posterior a la estabilización del paciente. En este ámbito, se observaron situaciones en las que no fue posible respaldar de manera completa el financiamiento efectivo de las prestaciones, ya sea por ausencia de documentación, falta de trazabilidad en los pagos o procesos inconclusos entre el prestador y Fonasa. Estas falencias con debilidades en la gestión administrativa, lo que genera incertidumbre respecto del cierre financiero de los casos y de la correcta aplicación de los recursos asociados a la Ley de Urgencia.

Durante la revisión también se constató que existen casos en los cuales la Ley de Urgencia no resulta aplicable, situación que se encuentra debidamente justificada por la existencia de otros sistemas de cobertura o previsión de salud, tales como seguros internacionales, regímenes previsionales especiales o seguros obligatorios asociados a accidentes del trabajo. En estos escenarios, la exclusión del financiamiento por Ley de Urgencia no constituye un incumplimiento, sino que responde a la correcta aplicación de la normativa, en tanto el financiamiento de las atenciones recae en el seguro o sistema previsional correspondiente.

Asimismo, si bien se aportaron respaldos pagos de los periodos de urgencia, no se tuvo desglose que permita identificar si fueron solucionados los pagos post estabilización, considerando que en la práctica todos los beneficiarios pertenecían al tramo A y optaron por la modalidad institucional.

Finalmente, se detectó una situación crítica asociada al uso de la plataforma UVGES de la Superintendencia de Salud, particularmente en lo relativo a los pacientes ingresados con previsión "Sin información", los que conforme a las instrucciones del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios, de esta Superintendencia, corresponde a Fonasa y a las demás instituciones previsionales revisar de forma permanente, en modalidad 24/7, la nómina de "pacientes no asignados", con el fin de identificar oportunamente a sus beneficiarios y garantizar el rescate y financiamiento de las atenciones. La existencia de casos que permanecen en estado pendiente evidencia que este procedimiento no se estaría ejecutando de manera sistemática en Fonasa, lo que constituye un incumplimiento de las obligaciones establecidas y un riesgo para la oportunidad del financiamiento de las atenciones de urgencia.

ACCIONES A REALIZAR

En atención a los hallazgos detectados durante el proceso de fiscalización, se instruirá a Fonasa en orden a aportar los antecedentes que acrediten el financiamiento los periodos de urgencia pendientes de solución, así como los de periodos post estabilización de los beneficiarios que optaron por la modalidad institucional.

Asimismo, se hará presente la obligación de consultar la Plataforma dispuesta por la Superintendencia, a fin de identificar los beneficiarios informados como sin previsión y rescatarlos oportunamente, garantizando el derecho a sus beneficios.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Atención médica de emergencia: Prestación o conjunto de prestaciones otorgadas a una persona de forma inmediata, en una unidad de emergencia, con la finalidad de superar el riesgo de muerte o riesgo de secuela grave que presenta, hasta su estabilización. Toda persona que se encuentre en una condición de emergencia o urgencia tendrá derecho a ser atendida en una unidad de emergencia, sin que proceda exigir dinero o algún tipo de instrumento financiero para garantizar el pago o condicionar de otra forma su atención. En el caso de los pacientes trasladados desde otro centro asistencial, público o privado, solamente se considerará atención médica de emergencia o urgencia en caso de que el centro asistencial que remite al paciente carezca de las condiciones para estabilizarlo, lo que debe ser certificado por el encargado autorizado de la unidad de emergencia que lo remite, quedando excluidos los traslados decididos por terceros ajenos al establecimiento público o privado donde está recibiendo la primera atención.

Certificación de estado de emergencia: Declaración escrita y firmada por un médico cirujano de una unidad de emergencia, que da cuenta que una persona se encuentra en una condición de salud o cuadro clínico de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave.

Certificado de estabilización: Documento emitido por un médico cirujano que da cuenta del término del estado de emergencia y de la condición de paciente estabilizado, y autoriza su traslado a otro centro asistencial, siempre que ello no importe un riesgo a su vida o a la evolución de su enfermedad.

DAU: Dato de atención de urgencia. Registro clínico que documenta la atención médica inmediata e impostergable que recibe una persona con riesgo vital o de secuela funcional grave.

Decreto N°34 de 2021 del Ministerio de Salud: Decreto que Aprueba el reglamento sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar estado de emergencia o urgencia en paciente adulto, recién nacido y pediátrico.

Documento de opción de Modalidad de Atención Institucional (DOMA): Documento que declara la opción del paciente estabilizado respecto de la Modalidad de Atención Institucional. Este documento debe ser firmado por el paciente o quien lo represente, una vez emitido el certificado de estabilización.

Emergencia o Urgencia: Condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo de muerte y/o riesgo de secuela funcional grave de una persona y que requiera atención médica inmediata e impostergable.

Fonasa: Fondo Nacional de Salud. Sistema público de salud en Chile.

Gestión de Traslado: Procedimiento que consiste en la movilización de un paciente del establecimiento de salud que certificó la estabilización del paciente a otro establecimiento de salud, bajo las condiciones e indicaciones consignadas en la certificación de estabilización.

Isapre: Institución de Salud Previsional. Sistema público de salud en Chile.

Ley de Urgencia: Ley N°19.650, la cual garantiza que toda persona con una emergencia vital (riesgo de muerte o secuela funcional grave) reciba atención médica inmediata y sin barreras económicas en cualquier centro de salud, sin importar si es de Fonasa o Isapre, ni exigir dinero por adelantado, actuando como un préstamo legal para cubrir los costos hasta la estabilización, que luego debe ser pagado a la aseguradora.



Opción por modalidad de atención: Respecto de los beneficiarios Fonasa, es la decisión del paciente estabilizado, o de quien lo represente, de atenderse mediante la Modalidad de Atención Institucional o la Modalidad Libre Elección, según lo dispuesto en el libro II, del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud. Respecto de los beneficiarios de Isapre, es la decisión del paciente estabilizado de atenderse en un establecimiento de la red preferente de prestadores establecida en el plan de salud contratado o en la Modalidad de Libre Elección.

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.

Prestador Público: Toda entidad o establecimiento dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL) o de los Servicios de Salud regionales, que entrega atenciones de salud integrales —preventivas, curativas, de rehabilitación y de urgencia— dentro de la red asistencial del sistema público chileno.

Prestador Privado: Toda persona natural o jurídica no perteneciente al Estado, que ofrece prestaciones de salud en forma libre o contractual, bajo supervisión y regulación de la Superintendencia de Salud en Chile.

Rescate: Es la gestión que debe realizar el Servicio de Salud respectivo, en el caso de los beneficiarios Fonasa, una vez que el paciente estabilizado optó por ser atendido en la red asistencial pública; y las Isapres para el caso de los afiliados a ésta, para trasladar al paciente a la red de prestadores convenidos en el plan de salud.

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

Riesgo de secuela grave: Alta probabilidad de falla grave de la función de un órgano o extremidad o riesgo de pérdida total o parcial y definitiva del órgano o extremidad afectada, que requiere atención inmediata.

Seguro de salud: Mecanismo de protección financiera —público o privado— que tiene como objetivo cubrir total o parcialmente los gastos médicos que una persona pueda tener en caso de enfermedad, accidente o necesidad de atención sanitaria.

UGCC: Unidad de Gestión Centralizada de Casos, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud.

Unidad de Emergencia: Servicio de atención médico cirujano quirúrgico, pediátrico o materno-infantil, ubicado en las instalaciones de un establecimiento de salud con autorización sanitaria, cuya dotación de médicos cirujanos, enfermeras, matronas, u otros profesionales de la salud aseguran la atención permanente las 24 horas del día, durante todo el año para consulta de urgencia de pacientes cuya gravedad y estado crítico pueden implicar riesgo de muerte o eventuales secuelas graves. Pueden ser de carácter público o privado.

