

## DIÁLOGO PARTICIPATIVO

### “Urgencia Vital ¡Un Imprevisto que todos podemos sufrir!”

<b>FECHA</b>	: Viernes 29 de noviembre 2013
<b>LOCALIZACIÓN</b>	: Región Metropolitana
<b>Nº JORNADAS</b>	: Jornada de una mañana.
<b>Nº PARTICIPANTES</b>	: Aproximadamente 30 personas afiliadas al Fonasa e Isapres y Comité de Usuarios de Superintendencia de Salud
<b>ORGANIZA</b>	: Superintendencia de Salud.

#### OBJETIVOS

- Informar respecto de la Ley de Urgencia y los principales temas que los usuarios deben conocer y manejar en especial al momento en que una persona se vea afectada por una situación de salud que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave.
- Orientar sobre el derecho a reclamar ante el incumplimiento a la Ley que prohíbe a los prestadores de salud exigir a los beneficiarios de isapres o Fonasa, dinero, cheques, pagarés u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma la atención de urgencia.
- Recoger las opiniones en relación a las áreas de interés que tienen las personas usuarias del sistema público y privado de salud, respecto a la Ley de Urgencia.

#### DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se sostendrá un diálogo con los usuarios a nivel de la Región Metropolitana, el que tendrá por objetivo levantar información e inquietudes relevantes en materia de la Ley de Urgencia.

Este diálogo participativo será organizado por la Superintendencia de Salud, la actividad se desarrollará en la jornada de una mañana y se espera que participen 30 personas aproximadamente.

El diálogo participativo presencial, se complementará con otro virtual, mediante una encuesta en línea. En ésta, las personas podrán opinar a través de la página web de la Superintendencia de Salud [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl), respecto de las propuestas que se generaron en el diálogo presencial.

Los resultados obtenidos en relación al tema designado “Ley de Urgencia” se recogerán y sistematizarán, de manera que nos permita identificar la falta de información por parte de las personas y generar instancias de difusión, además serán insumos al momento de fiscalizar el cumplimiento de dicha ley y eventualmente para proponer modificaciones a la normativa vigente.

Posteriormente, se dará cuenta de los resultados de las actividades que fueron planificadas en relación a esta materia.

## **Minuta de posición Ley de urgencia vital**

En el año 1999 se dictó la Ley 19.650, conocida como “Ley de Urgencia”, que establece, junto a leyes dictadas posteriormente sobre la materia, derechos derivados de las atenciones de emergencia o urgencia.

Las personas que se vean afectadas por una situación de salud que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, de no mediar atención médica inmediata e impostergable al ingreso a un establecimiento de salud, pueden solicitar que se aplique la ley de urgencia para financiar las atenciones de salud que les sean otorgadas.

Las atenciones de salud que pueden estar amparadas por la ley de urgencia son todas las atenciones de ese carácter recibidas por el paciente desde su ingreso a la Unidad de Urgencias de la clínica u hospital, hasta que se encuentre estabilizado, de modo que esté en condiciones de ser trasladado a un establecimiento asistencial de su red de prestadores o a una unidad de menor complejidad, dentro del mismo establecimiento.

Para que opere la ley de urgencia, el médico cirujano de turno que recibe al paciente en el servicio o unidad de urgencia, debe certificar la condición de emergencia. Si no lo hace, esta condición puede establecerse con posterioridad por la propia aseguradora – en el caso de Fonasa - o por la Superintendencia de Salud, ante la presentación de un reclamo y previa revisión de los antecedentes clínicos del paciente.

En caso de urgencia, las aseguradoras - el Fonasa o las Isapres - según sea la previsión de salud del paciente, pagarán directamente al prestador público o privado el valor adeudado por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios durante el período de estabilización. Pagada la deuda al prestador, la aseguradora cobrará al beneficiario o a sus herederos, la parte de la cuenta que no cubre el Fonasa o el plan de salud de la Isapre.

Para pagar las atenciones de salud afectas a la ley de urgencia, el beneficiario puede solicitar un préstamo a su aseguradora, el que se paga mensualmente con el 5% de la remuneración o renta imponible del trabajador o de la pensión, según corresponda.

Las atenciones de salud acogidas a la ley de urgencia recibidas por el paciente en el periodo posterior a la estabilización, deben ser pagadas directamente por el beneficiario del Fonasa, con bonos y pago directo al prestador, o con el financiamiento del plan de salud y pago directo al prestador, si es beneficiario de las Isapres.

Las personas que estén hospitalizadas en establecimientos que no son parte de la red de prestadores que les corresponde según su institución de salud y que hayan ingresado en situación de riesgo vital o de secuela funcional grave, pueden ser trasladadas a la red de prestadores una vez que se encuentren estabilizadas y con autorización médica para ser trasladadas.

El Fonasa, el hospital público o la Isapre, según corresponda, deben ser informados por un representante del paciente hospitalizado, de la necesidad de trasladarlo a la red de prestadores de la aseguradora, para que puedan hacerse las gestiones oportunamente y así no encarecer el gasto por la atención de salud. El representante debe conservar los documentos que den cuenta de la gestión efectuada.

### **Atenciones de urgencia vital o de secuela funcional grave de problemas de salud incorporados al Decreto del AUGE/GES**

- Beneficiarios del Fonasa

Las atenciones de urgencia de problemas de salud incorporados al Decreto del AUGE/GES tales como: infarto agudo al miocardio, gran quemado, politraumatizado, accidente vascular isquémico en personas de 15 años y más, entre otras, que se hayan atendido en hospitales o clínicas privadas, no tienen en principio, derecho a la cobertura financiera garantizada; sólo tendrían derecho a que los copagos generados durante su atención médica, sean acumulados al deducible del beneficio, siempre y cuando ingresen a la Red GES correspondiente.

#### Beneficiarios de las Isapres

Las atenciones de urgencia vital de problemas de salud incorporados al Decreto del AUGE/GES tales como: infarto agudo al miocardio, gran quemado, politraumatizado, accidente vascular isquémico en personas de 15 años y más, entre otras, que se hayan atendido en hospitales o clínicas que no forman parte de la red de prestadores de las Isapres, no tienen en principio, derecho a la cobertura financiera garantizada; sólo tendrían derecho a que los copagos generados durante su atención médica, sean acumulados al deducible del beneficio, siempre y cuando ingresen a la Red GES correspondiente. Sin perjuicio de lo anterior, en los referidos casos, el prestador de salud ajeno a la Red GES de la aseguradora, debe notificar los casos de urgencia vital GES en la página web que la Superintendencia de Salud mantiene para estos efectos, con el objeto de que las aseguradoras designen oportunamente el prestador de la Red que corresponda a la patología en cuestión y se efectúen las gestiones de traslado lo antes posible.

Adicionalmente, en las Isapres que ofrecen la cobertura catastrófica (CAEC), se recomienda notificar en el más breve plazo a la Isapre esta situación, para activar el beneficio adicional, lo que permite mejorar la cobertura contratada.

La CAEC es un beneficio adicional al plan de salud complementario que financia el 100% de los copagos originados en prestaciones aranceladas otorgadas dentro de la RED de prestadores de la Isapre, brindadas en el territorio nacional y en forma hospitalizada y en algunas prestaciones ambulatorias expresamente señaladas. Esta cobertura opera una vez que el monto de los copagos supera un deducible que es de cargo del beneficiario.

En las situaciones antes señaladas, se recomienda gestionar el traslado a la red de prestadores respectiva para no encarecer el costo de la atención de salud.

### **Prohibición a los prestadores de salud**

En los casos de atenciones de emergencia, se prohíbe a los prestadores de salud exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques, pagarés u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Además, los prestadores de salud no podrán consultar sistemas de información comercial de ningún tipo, ni aun con el consentimiento del paciente, para efectos de condicionar o restringir una atención de urgencia.