

INFORME ANÁLISIS DE RESULTADOS DE FISCALIZACIÓN

“CONDICIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD”



SUBDEPARTAMENTO DE FISCALIZACIÓN EN CALIDAD INTENDENCIA DE PRESTADORES DE SALUD

Elabora	Revisa	Aprueba
Rodrigo Aliaga Belemmi Claudia Valenzuela González	Jeannette González Moreira	Carmen Monsalve Benavides
Analistas Subdepto. Fiscalización	Jefa Subdepto. Fiscalización	Intendente de Prestadores
JULIO 2021		

INDICE

	Página
1. Introducción	3
2. Objetivo del informe	3
3. Abreviaturas utilizadas	3
4. Antecedentes	3
5. Procedimiento de fiscalización del cumplimiento de la Ley 20.394: Prohíbe el condicionamiento de la atención de salud	5
5.1 Objetivo de la fiscalización	5
5.2 Alcance de la fiscalización	5
5.3 Metodología de la fiscalización	5
5.4 Criterios de cumplimientos	6
6. Resultados	7
6.1 Metodología para la presentación de los resultados	7
6.2 Evaluación de las medidas generales de la fiscalización de la Ley 20.394	7
6.3 Evaluación de las medidas relacionadas a la Ley 20.394 durante la atención en el servicio de urgencia	12
6.4 Evaluación de las medidas relacionadas a la Ley 20.394 durante la hospitalización derivada de una atención de urgencia	15
7. Resumen general de los resultados de la fiscalización sobre el condicionamiento de la atención de salud	17
8. Recomendaciones para una correcta implementación de la Ley 20.394	18
9. Resumen final	19

1. INTRODUCCIÓN

Con fecha 20 de noviembre de 2009, entró en vigencia la Ley N°20.394, que prohíbe condicionar la atención de salud al otorgamiento de cheques o dinero en efectivo. La Superintendencia de Salud, a través del Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de la Intendencia de Prestadores (IP), es quién fiscaliza el cumplimiento de dicha Ley.

La fiscalización en materia de esta ley, tiene un carácter resolutorio, por tanto, una vez ejecutada la fiscalización regular, se genera un informe que detalla a los prestadores institucionales de los resultados obtenidos. Si el resultado del citado informe de fiscalización indica que el prestador dió cumplimiento a todos los aspectos fiscalizados, se genera una resolución, dando por finalizada la fiscalización. Por el contrario, si el resultado de la fiscalización indica que el prestador se encontraba en una situación de eventual incumplimiento a la Ley N°20.394, se realiza la formulación de cargos correspondiente, la que en virtud de la respuesta y antecedentes aportados por el prestador en sus descargos, puede derivar en un proceso sancionatorio.

Hasta el año 2019, estas fiscalizaciones solo se realizaban de forma extraordinaria de acuerdo al ingreso de alguna denuncia o reclamo en contra un prestador institucional, donde se hubiera visto vulnerada la citada Ley N°20.394.

En el año 2020, se incorporó esta materia al programa de fiscalizaciones regulares, la que se desarrollo en dos periodos, primer semestre y segundo semestre de 2020.

2. OBJETIVO DEL INFORME

Presentar los resultados obtenidos en las fiscalizaciones a los prestadores institucionales privados de atención cerrada de alta complejidad, en materia de cumplimiento de la Ley N°20.394.

3. ABREVIATURAS USADAS EN EL INFORME

SdS: Superintendencia de Salud

IP: Intendencia de Prestadores

SFC: Subdepartamento de Fiscalización en Calidad

CAS: Condicionamiento de la Atención de Salud

LU: Ley de Urgencia

SIF: Sistema Informático de Fiscalización

RM: Región Metropolitana

4. ANTECEDENTES

En el año 1999 se promulgó la Ley N°19.650 que, en lo principal, estipula *que "en los casos de emergencia o urgencia vital debidamente certificadas por un médico cirujano*

se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención". No obstante, los prestadores mantuvieron la exigencia de un "cheque en garantía" a todos aquellos pacientes que ingresaban al Servicio de Urgencia, sin la condición de urgencia vital, para de esta forma acceder a la atención médica pertinente.

Por lo anterior, con fecha 20 de noviembre de 2009, fue promulgada la Ley N°20.394, la que *"prohíbe condicionar la atención de salud al otorgamiento de cheques o dinero en efectivo"*. Dicha ley incorporó los artículos 141 bis y 173 bis, en el DFL N°1.

El artículo 141 bis señala que: "Los prestadores de salud no podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo. En estos casos, se podrá garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como el registro de la información de una tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, o letras de cambio o pagarés, los que se regirán por las normas contenidas en la Ley 18.092. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, dejar en pago de las citadas prestaciones cheques o dinero en efectivo. En los casos de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, regirá lo prescrito en el inciso final del artículo anterior".

En tanto, el artículo 173 bis señala que: "Los prestadores de salud no podrán exigir, como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo. En estos casos, se podrá garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como el registro de la información de una tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, o letras de cambio o pagarés, los que se regirán por las normas contenidas en la Ley 18.092. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente podrá, voluntariamente, dejar en pago de las citadas prestaciones cheques o dinero en efectivo. En los casos de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, regirá lo prescrito en el inciso séptimo del artículo anterior".

La Ley N°20.394 prohíbe a los establecimientos asistenciales condicionar cualquier atención de salud al otorgamiento de un cheque o dinero en efectivo en garantía.

Si la atención es por urgencia o emergencia vital, los establecimientos de salud NO pueden exigir un cheque, pagaré u otro documento o dinero en efectivo, para garantizar el pago de la atención de salud que brinden mientras se mantenga la urgencia. Tampoco pueden condicionar la atención de urgencia, a causa de los antecedentes comerciales (DICOM) del paciente o de su representante. Para efectos de la aplicación de la Ley N°20.394, se entenderá como "Urgencia" toda condición de salud o cuadro clínico que involucre riesgo vital o secuela funcional grave para una persona de no recibir atención médica inmediata e impostergable, estado que es definido por el médico del Servicio de Urgencia al que ingresa el paciente.

Si la atención de salud es programada o el ingreso al Servicio de Urgencia no se produce en estado de riesgo vital o secuela funcional grave, los prestadores NO pueden exigir un cheque o dinero en efectivo en garantía. Sin embargo, SÍ pueden solicitar la firma de un pagaré o letra de cambio, información de tarjetas de crédito o carta de respaldo del empleador para garantizar el pago de las atenciones. Se entenderá como atención programada, aquella atención de salud que se realiza en la fecha y hora en que el profesional o establecimiento asistencial acuerde con el beneficiario, y que puede ser postergada sin afectar la evolución o estado de un paciente.

5. PROCEDIMIENTO DE FISCALIZACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY N°20.394 QUE PROHÍBE CONDICIONAR LA ATENCIÓN DE SALUD

5.1 OBJETIVO DE LA FISCALIZACIÓN

El objetivo de la fiscalización, fue verificar que los prestadores institucionales de salud privados de atención cerrada de alta complejidad, cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley N°20.394, que "Prohíbe condicionar la atención de salud al otorgamiento de cheques o dinero en efectivo".

5.2 ALCANCE DE FISCALIZACIÓN

La presente fiscalización se aplicó a prestadores institucionales privados de atención cerrada de alta complejidad. El universo de prestadores fiscalizados comprendió a un total de 35 establecimientos, de las regiones de Coquimbo, Valparaíso, Libertador Bernardo O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, y Metropolitana.

Tabla N° 1
Distribución de prestadores fiscalizados por Región

Prestadores Fiscalizados	
Región	N°
Coquimbo	1
Valparaíso	7
Metropolitana	16
Libertador Bernardo O'Higgins	3
Maule	1
Biobío	5
Araucanía	2
Total	35

5.3 METODOLOGÍA DE LA FISCALIZACIÓN

Considerando las restricciones impuestas con ocasión de la pandemia por virus SARS CoV-2, a partir del año 2020, tales como, dificultades de desplazamiento, con cordones sanitarios y disminución de la oferta de transporte terrestre y aéreo hacia regiones, se seleccionaron la mayor cantidad de prestadores posibles considerando la Región Metropolitana en su totalidad, y otras regiones donde los fiscalizadores pudieran realizar la fiscalización por el día, o bien, desde el punto de vista sanitario, se disponía de un lugar seguro de residencia para su alojamiento.

Se estableció el periodo comprendido entre febrero y octubre de 2020 para la realización de las fiscalizaciones, las que fueron efectuadas en modalidad presencial.

Requerimientos para la visita en terreno:

- La presencia del Representante legal o del Director(a) Médico(a), y/o del Encargado(a) de Admisión en el Servicio de Urgencia, el día de la fiscalización.
- Tener acceso a toda la documentación atinente a esta materia, tales como, historial de atenciones en el Servicio de Urgencia, documentación clínica, administrativa y financiera correspondiente al episodio a evaluar.
- Contar con un lugar para realizar las entrevistas a los funcionarios involucrados en la atención clínica y administrativa de los pacientes en el Servicio de Urgencia.

La recolección de datos incluyó lo siguiente:

Constatación de la existencia de documentos relativos a:

- Procedimiento de admisión de pacientes en el Servicio de Urgencia.
- Reglamento interno.
- Procedimiento de hospitalización desde el Servicio de Urgencia.
- Procedimiento de categorización de pacientes en el Servicio de Urgencia.

Solicitud del número de atenciones entregadas en el Servicio de Urgencia en un día determinado, señalado al azar por el fiscalizador, y selección de una muestra de entre 5 a 10 pacientes, adultos y/o pediátricos, con y sin certificación de Ley de Urgencia. En dichos casos se procedió a evaluar:

- El episodio clínico asociado a esa atención de urgencia, incluyendo atención médica y exámenes de laboratorio e imagenológicos realizados.
- La documentación administrativa y financiera asociada a ese episodio clínico, incorporando la emisión de pagaré, certificación de Ley de Urgencia, estabilización, cobros relacionados con la atención de urgencia y/o de la hospitalización (emisión de bonos, abonos en efectivo, boucher de tarjetas bancarias, etc.).

Elección de profesionales clínicos y funcionarios administrativos, que participan en la atención directa de los pacientes que ingresan al Servicio de Urgencia, incluye a los Encargados de Admisión, Jefes Médicos y de Enfermería del citado Servicio. A dichos profesionales se les realizó una entrevista, en la que en lo principal se les solicita describir:

- El procedimiento de atención o admisión, según su función en el Servicio de Urgencia para pacientes FONASA e ISAPRE, por ley de urgencia y sin ley de Urgencia.
- El procedimiento de hospitalización derivada de una atención desde el Servicio de Urgencia para pacientes FONASA e ISAPRE, por ley de urgencia y sin ley de urgencia.
- Los medios de pago (prepagos-garantías) utilizados por el prestador en pacientes FONASA/ISAPRE, antes de la atención de urgencia.
- El procedimiento de alta de un paciente desde el Servicio de Urgencia, independiente del destino del usuario.

5.4 CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO

Para efectos de la fiscalización efectuada, se entiende que el prestador cumple con la Ley N°20.394:

- a) Cuando en la muestra de casos analizados se verifica que:
 - i. En los pacientes cuyo cuadro clínico implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar la atención médica inmediata e impostergable, se haya realizado la certificación de Ley de Urgencia.
 - ii. En los casos anteriores, no haya existido la solicitud de documentos de garantías y/o abonos en dinero, que condicionaran la atención médica de urgencia, y no se realizará la revisión de la información comercial (DICOM) del paciente.
 - iii. En los pacientes que requieren hospitalización derivada de una atención de urgencia, no se exija un pago anticipado de la cuenta, si esta fue calculada sobre la base de un estimativo de días camas, honorarios, insumos, medicamentos, etc.

- b) Los documentos institucionales del prestador, tales como, protocolos de admisión a urgencia y hospitalización, protocolos de atención, políticas de cobro u otros con los que el prestador contara, no deben hacer referencia alguna a procedimientos o prácticas que contravengan las disposiciones emanadas de la antedicha Ley N°20.394.

6. RESULTADOS

6.1 Metodología para la presentación de los resultados

Con el propósito de facilitar la comprensión de los resultados evidenciados en los gráficos de barra siguientes, estos serán presentados en términos de cumplimiento porcentual, adjuntando adicionalmente, una tabla con la frecuencia absoluta, correspondiente al total de prestadores evaluados en cada uno de los atributos constatados y detallados en el punto 5.4 precedente (criterios de cumplimiento).

Respecto de los gráficos de distribución porcentual, estos serán presentados mostrando el cumplimiento por prestador, los cuales serán individualizados con el número de registro creado en el Sistema Informático de Fiscalización (SIF). Cabe mencionar que, las tablas de distribución fueron previamente ordenadas en función del nivel alcanzado por el atributo evaluado (porcentaje), de manera ascendente. Considerando solo a aquellos prestadores que no dieron cumplimiento cabal al atributo fiscalizado.

En el título de los gráficos se alude a "casos", estos corresponden a la muestra de pacientes seleccionados en cada prestador y que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias, para efectos de constatar el cumplimiento de la Ley 20.394.

Cuando se hace referencia a "regiones", son aquellas distintas de la Región Metropolitana, en donde se fiscalizaron prestadores institucionales.

6.2 Evaluación de las medidas generales de la fiscalización de la Ley N°20.394

Gráfico N°1

**% Prestadores que solicitan pagaré previo a la atención médica de urgencia o prepago de la hospitalización derivada de la atención de urgencia
Nivel nacional / RM - Regiones**

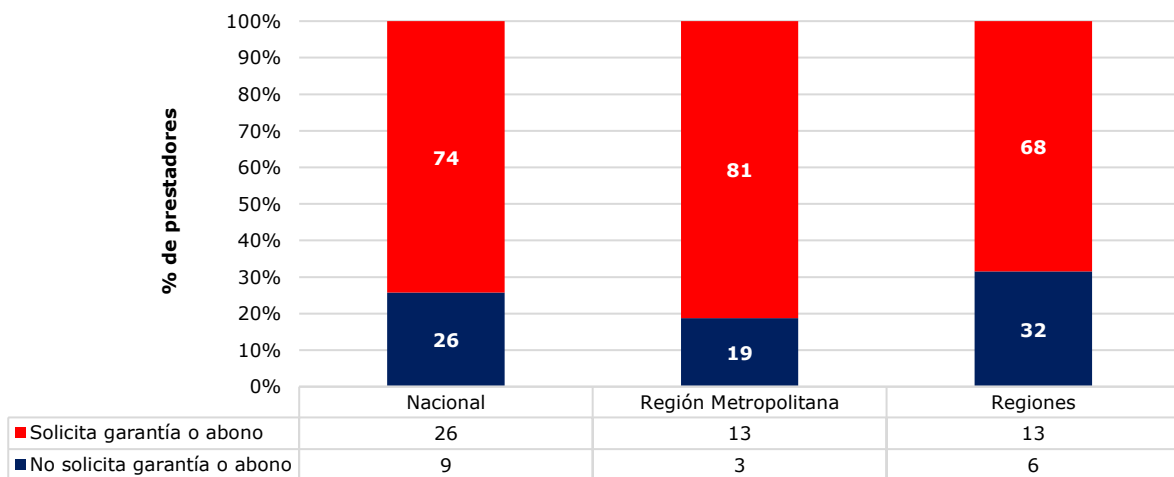


Gráfico N°2

Distribución porcentual de casos que firmaron pagaré previo a la atención médica de urgencia o prepagaron la hospitalización derivada de la atención de urgencia / Por prestador / Nivel nacional / (P=26)

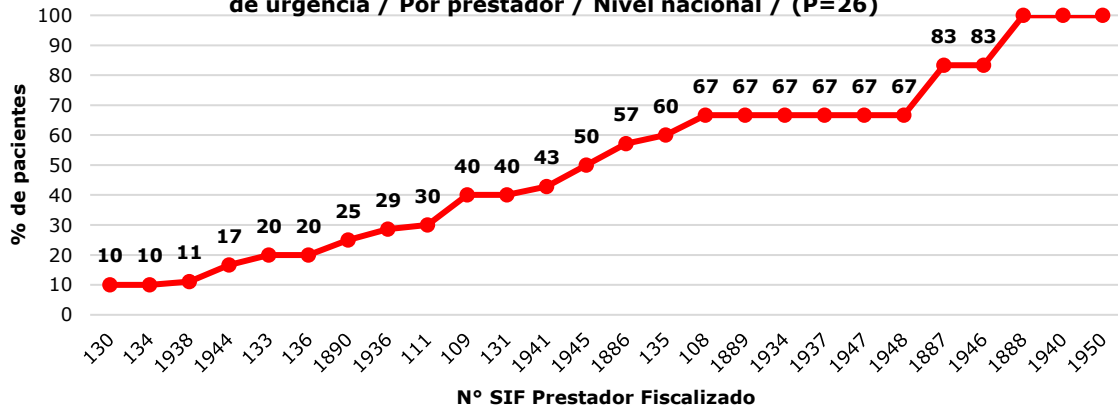


Gráfico N°3

Distribución porcentual de casos que firmaron pagaré previo a la atención médica de urgencia o prepagaron la hospitalización derivada de la atención de urgencia / Por prestador/ RM - Regiones (P=26)



Gráfico N°4

% Prestadores en que los entrevistados declaran que se solicita garantía previo a la atención médica de urgencia y/o prepagado de la hospitalización derivada de la atención de urgencia en pctes FONASA/ Nivel nacional/ RM - Regiones

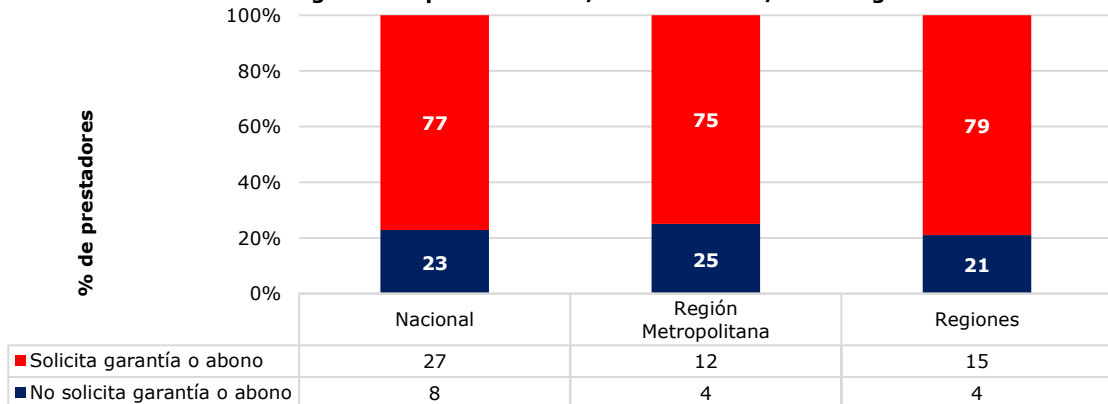


Gráfico N°5

Distribución porcentual de entrevistados que confirmaron la solicitud de garantía previo a la atención médica de urgencia y/o prepago de la hospitalización derivada de la atención de urgencia en ptes FONASA / Por prestador / Nivel nacional (P=27)

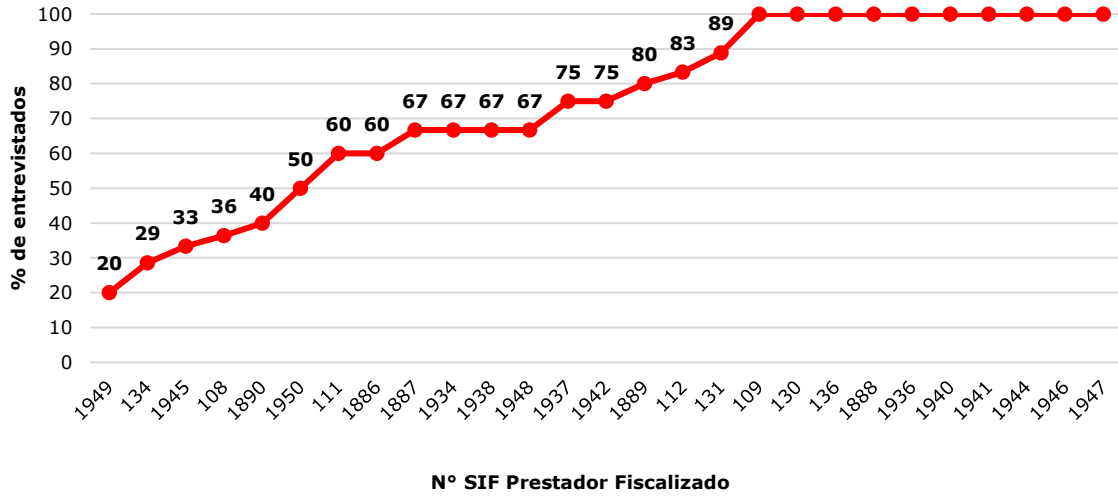


Gráfico N°6

Distribución porcentual de entrevistados que confirmaron la solicitud de garantía previo a la atención médica de urgencia y/o prepago de la hospitalización derivada de la atención de urgencia en ptes FONASA/ Por prestador /RM - Regiones (P=27)

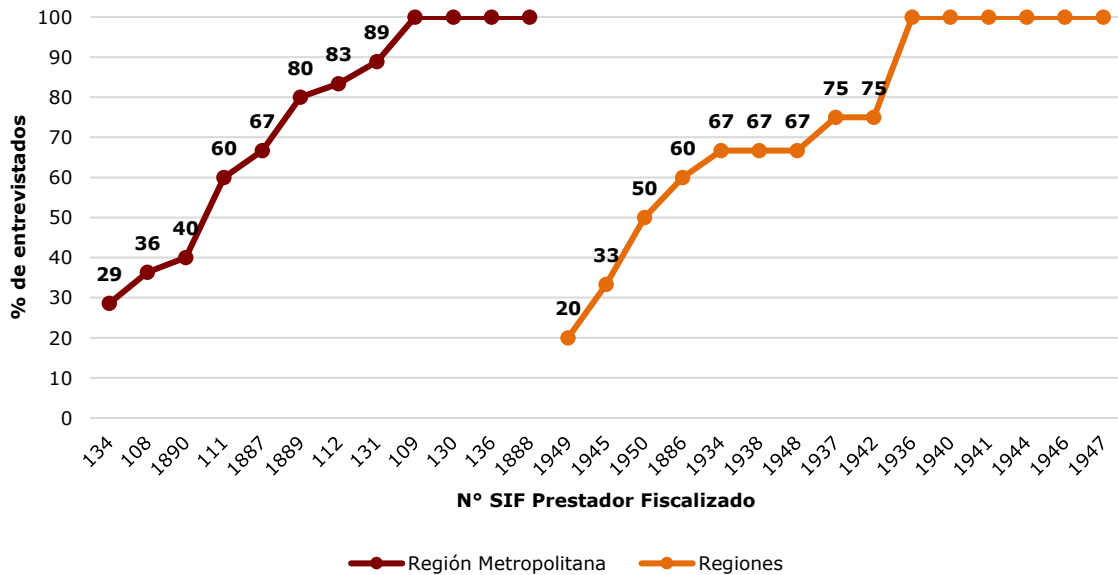


Gráfico N°7

% Prestadores que establecen en sus documentos la firma de pagaré previo a la atención médica de urgencia y/o prepago de la hospitalización derivada de la atención de urgencia en ptes FONASA / Nivel nacional/ RM - Regiones

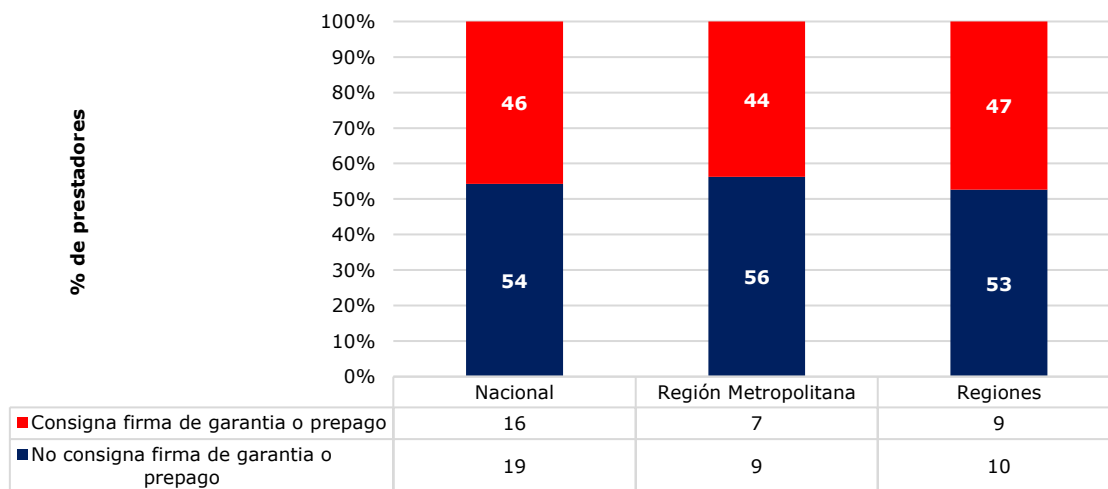


Tabla N°2

Casos de la muestra calificados por la Superintendencia como riesgo vital o secuela funcional grave / Región Metropolitana – Regiones

Región	N° de Informes médicos solicitados a SdS	N° de Informes Médicos SdS calificados en riesgo vital	%
Metropolitana	36	22	61%
Otras Regiones	5	3	60%
Total Nacional	41	25	61%

De la evaluación de las medidas generales de la Ley N°20.394:

- Con relación a la evaluación de la "solicitud de firma de garantía (pagaré) previo a la atención médica de urgencia y/o solicitud de abono o prepago de la hospitalización derivada de una atención de urgencia" (gráfico N°1), se constató que el 74% de los prestadores realizó esta solicitud a los pacientes que consultaron en sus dependencias. Este comportamiento se observó con mayor frecuencia en los prestadores de la RM, donde el 81% de los establecimientos requirió por parte de los pacientes o sus representantes, la firma de un pagaré en el Servicio de Urgencia y/o un abono a la hospitalización derivada de la misma. Cabe mencionar que, en todos los casos fiscalizados, la obligación de abonar o prepagar la hospitalización recaía exclusivamente en pacientes FONASA y particulares.
- Respecto de la distribución de pacientes a quienes se les solicitó pagaré o abono a la hospitalización por prestador, tanto a nivel nacional como en la disgregación RM –Regiones (gráficos N°2 y N°3), a nivel nacional, los prestadores solicitaron instrumentos de garantía de pago o abono, en promedio, al 51% de la muestra de pacientes evaluados durante la fiscalización, verificando 3 prestadores que realizaron estas solicitudes al 100% de la muestra y 6 prestadores que lo hicieron al 67% de la muestra. El comportamiento observado en la disgregación RM – Regiones, evidenció que los prestadores regionales exigieron pagaré o abono, en

promedio, al 58% de los pacientes seleccionados en la muestra, mientras que los prestadores de la RM lo exigieron, en promedio, al 44% de los pacientes.

- c)** De acuerdo a las entrevistas realizadas a los funcionarios administrativos y clínicos del prestador, referidas a las solicitudes de instrumentos de garantía para la atención médica de urgencia y/o pagos o abonos a la hospitalización derivada de urgencia para pacientes FONASA y particulares (gráfico N°4), los resultados muestran que, a nivel nacional, en el 77% de los prestadores los funcionarios señalaron la exigencia de garantías o prepagos. Este comportamiento fue homogéneo en la disgregación RM – Regiones, siendo levemente mayor en los prestadores regionales por sobre los prestadores metropolitanos (79% y 75% respectivamente).
- d)** Los gráficos N°5 y N°6 muestran la distribución porcentual de entrevistados, por prestador fiscalizado, que señalaron que en ese prestador se realizan solicitudes de garantías y prepagos. Destacan a nivel nacional, 10 prestadores en que la totalidad de los funcionarios entrevistados confirmaron esta práctica. Según lo observado en la disgregación RM – Regiones, de los 10 prestadores mencionados anteriormente, 6 corresponden a prestadores regionales y 4 a prestadores de la Región Metropolitana.
- e)** De manera análoga al punto anterior, los resultados de la evaluación de los documentos de que disponía el prestador y que se relacionan con la materia fiscalizada, tales como Políticas de Cobranzas, Protocolos de Admisión a Urgencia y Hospitalización, Sistemas de Gestión de Cobro y Reglamentos Internos (Ley N°20.584), demostraron que a nivel nacional, el 46% de los prestadores consigna en alguno de sus documentos institucionales, la exigencia de garantías (firma de pagaré) previo a la atención médica de urgencia o prepagos a la hospitalización de pacientes FONASA y particulares, cuyo monto se calculaba a partir de un estimativo de los días cama, honorarios de profesionales, insumos y medicamentos, que eventualmente fueran requeridos. No existieron mayores diferencias en la evaluación de este atributo en la disgregación RM – Regiones, donde el 44% de los prestadores Metropolitanos y el 47% de los prestadores Regionales contaban con documentos que señalaban la antedicha exigencia.
- f)** Por otra parte, considerando el total de fiscalizaciones efectuadas, se seleccionó una muestra de 207 pacientes que consultaron el Servicio de Urgencia de los 35 prestadores fiscalizados. De la muestra, en 41 casos (13 prestadores diferentes), se solicitó un informe médico a la Superintendencia de Salud, con el fin de evaluar las condiciones de ingreso, diagnóstico y antecedentes de los pacientes, y en mérito de ello, señalar si correspondían o no a una condición de riesgo vital o secuela funcional grave, debido a que no fueron considerados como tal en el prestador consultado. Los resultados de los informes, como se puede apreciar en la tabla N°2, indican que, de los 41 casos evaluados, 25 (61%) correspondían a una condición de riesgo vital o secuela funcional grave, no certificada por el prestador.

6.3 Evaluación de las medidas relacionadas a la Ley N°20.394 durante la atención en el Servicio de Urgencia

Gráfico N°8

% Prestadores que solicita garantía (pagaré) o dinero previo a la atención médica de urgencia / Nivel nacional /RM - Regiones

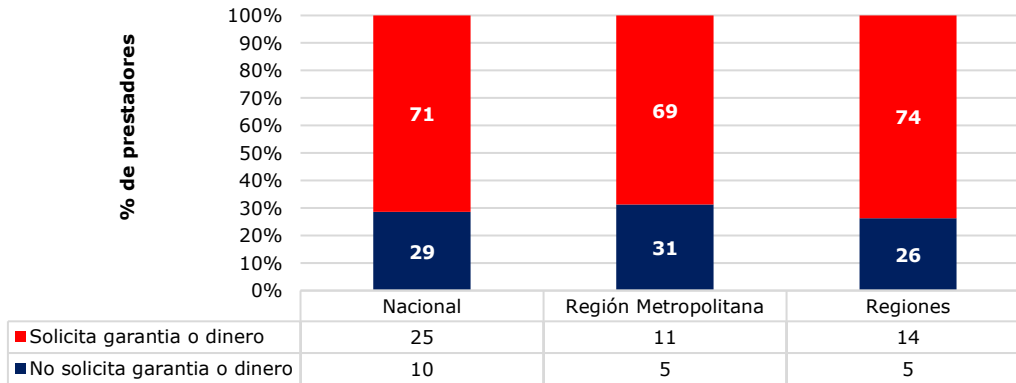


Gráfico N°9

Distribución porcentual de la muestra de pacientes seleccionados a quienes se les solicito garantía o dinero previo a la atención médica de urgencia / Por prestador / Nivel nacional

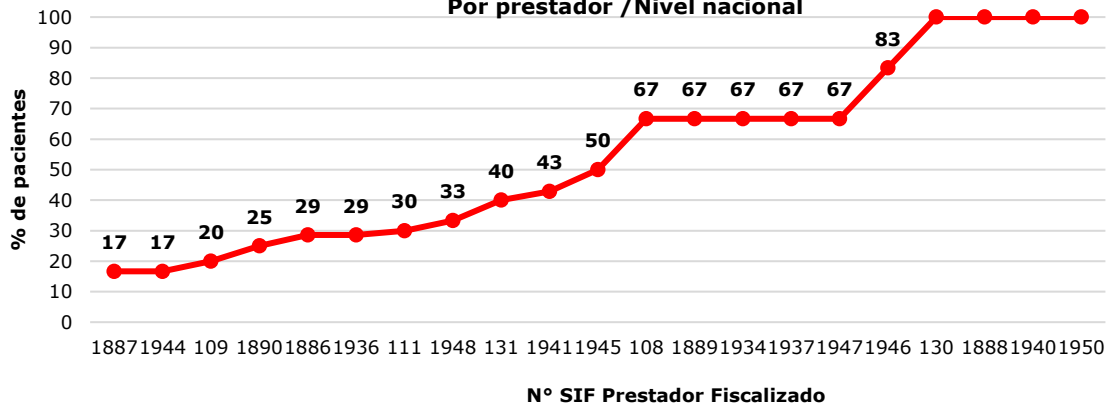


Gráfico N°10

Distribución porcentual de pacientes a quienes se les solicitó garantía o dinero previo a la atención médica de urgencia por prestador / RM - Regiones

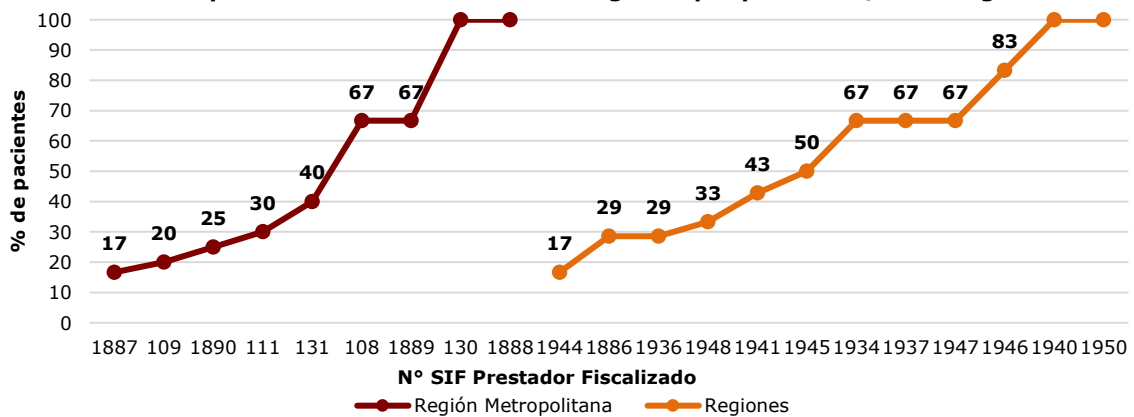


Gráfico N°11

% Prestadores que solicitan firma de garantía previo a la certificación de LU en pacientes con riesgo vital / Nivel nacional / RM - Regiones

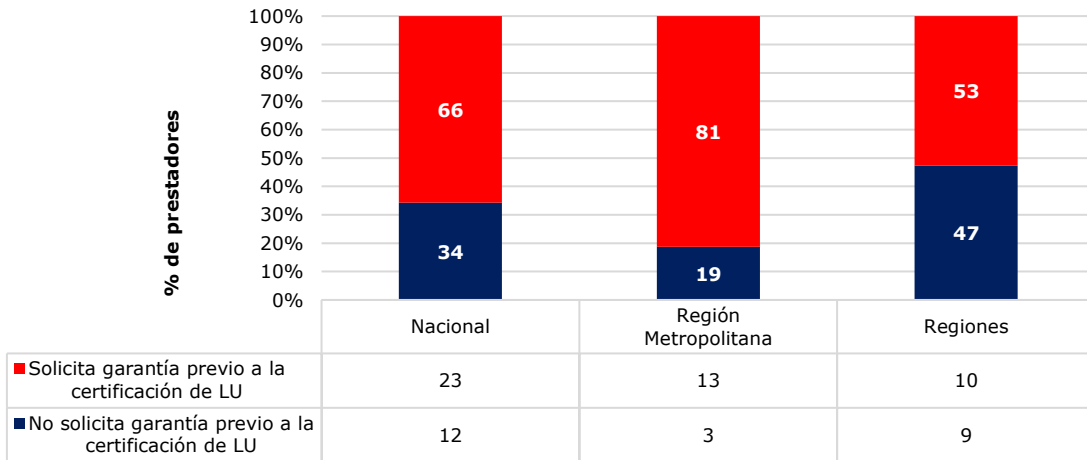


Gráfico N°12

Distribución porcentual de casos que firmaron una garantía previo a la certificación de LU / Por prestador / Nivel nacional (P= 23)

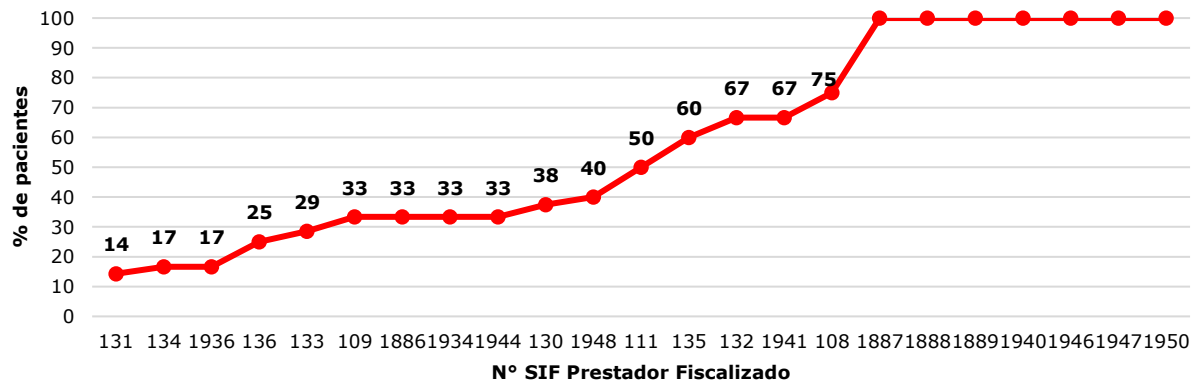


Gráfico N°13

Distribución porcentual de casos que firmaron pagaré previo a la certificación de LU / Por prestador /RM - Regiones

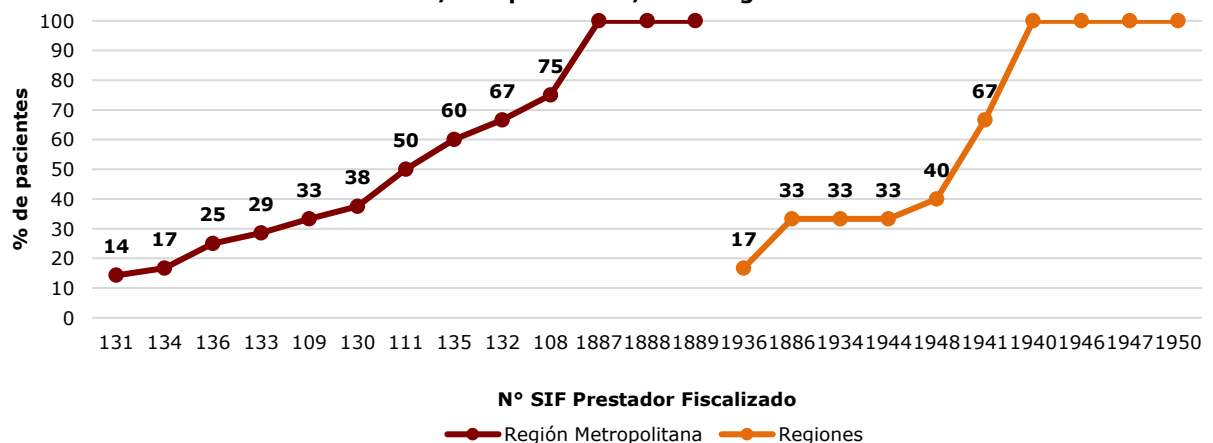
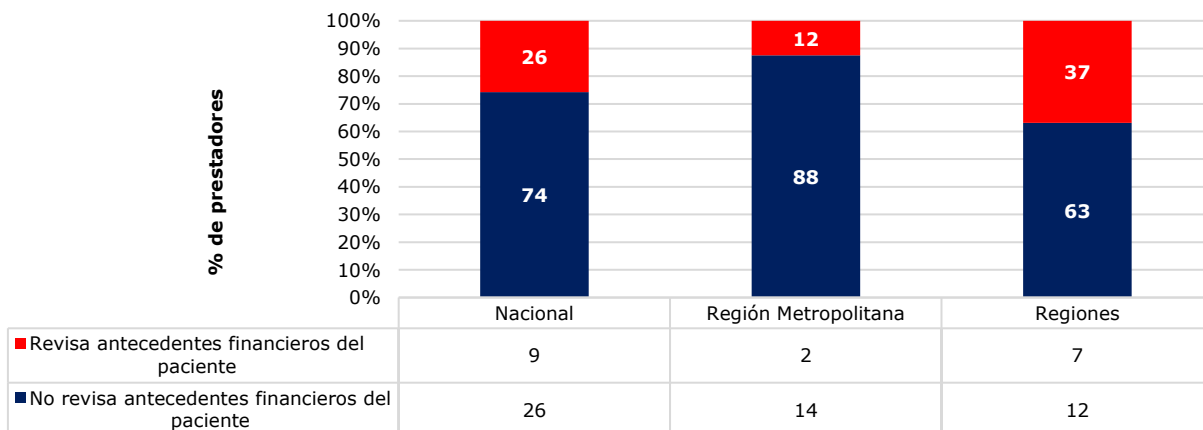


Gráfico N°14

% Prestadores que consultaron antecedentes financieros de los pacientes en la atención de urgencia / Nivel nacional / RM - Regiones



De la evaluación de las medidas relacionadas a la Ley 20.394 durante la atención en el Servicio de Urgencia:

- a) Con relación a la "solicitud de firma de garantía (pagaré) previo a la atención médica de urgencia" (gráfico N°8), se constató que, a nivel nacional el 71% de los prestadores realizó esta solicitud a los pacientes que consultaron en sus dependencias. No existió mayor diferencia en la variable RM –Regiones, encontrando que el 69% de los prestadores de la RM y el 74% de los prestadores de otras regiones, requirió de a los pacientes la firma de un pagaré en el Servicio de Urgencia, de forma previa a la atención médica. Esta garantía se exigió por igual a todo tipo de pacientes, independiente de su previsión de salud.
- b) Respecto de los pacientes a quienes se les solicito pagaré, a nivel nacional como en la disgregación RM - Regiones (gráficos N°9 y N°10), se observó que, a nivel nacional, los prestadores solicitaron instrumentos de garantía de pago previo a la atención médica de urgencia, en promedio, al 54% de los casos evaluados en las fiscalizaciones; encontrando 4 prestadores que realizaron estas solicitudes al 100% de la muestra y 5 prestadores que lo hicieron al 67% de la muestra. En la disgregación RM – Regiones, se evidenció que los prestadores regionales exigieron pagaré, en promedio, al 57% de los pacientes, mientras que los prestadores de la RM lo exigieron, en promedio, al 51% de los pacientes. Estos resultados son concordantes con el gráfico N°8, que expone una leve predisposición de los prestadores regionales a solicitar este tipo de documentos en con mayor frecuencia y cantidad que los prestadores de la RM.
- c) Una situación frecuentemente observada durante las fiscalizaciones, tiene que ver con la categorización de pacientes en niveles de menor riesgo (C3 a C5 o ESI 3 a ESI 5, dependiendo de la escala usada), por parte de los profesionales del triage (no médicos) y posteriormente, certificados como riesgo vital o secuela funcional grave. Esto, sumado a las políticas de algunos prestadores de solicitar pagaré después de la categorización, pero antes de la evaluación médica, originó casos en que habiendo el paciente firmado el pagaré, la evaluación médica determina el otorgamiento de la Ley de Urgencia, anulando posteriormente el mencionado documento de garantía. El gráfico N°11 evidencia esta situación, mostrando que, a nivel nacional, el 66% de los prestadores solicitó un

instrumento de garantía previo a la certificación médica de riesgo vital, incurriendo de esta manera en incumplimiento a la Ley 20.394. En la disgregación RM – Regiones, se observa una marcada tendencia por parte de los prestadores de la RM a realizar este tipo de prácticas, evidenciando que el 81% de los prestadores incurrió en esta falta, versus el 53% de los prestadores regionales.

- d) Los gráficos N°12 y N°13 demuestran la distribución de casos, por prestador, que fueron certificados bajo la Ley de Urgencia de forma posterior a la firma del pagaré. A nivel nacional, en 7 prestadores la totalidad de casos seleccionados en la muestra y que estaban en condición de riesgo vital o secuela funcional grave, firmaron el pagaré antes de la mencionada certificación. El promedio nacional correspondió a 57%, a mayor abundamiento, de la muestra de pacientes seleccionados en los prestadores fiscalizados, en los casos que fueron certificados como de riesgo vital por el propio establecimiento asistencial, el 57% firmó un pagaré previo a la citada certificación.

Los resultados obtenidos en la disgregación RM – Regiones, en el mismo ámbito, revelaron como más de la mitad de los prestadores de la RM incurrió en esta falta al menos en el 50% de la muestra de pacientes certificados como de riesgo vital. Cabe mencionar que, 3 prestadores de la RM y 4 prestadores de otras regiones, exigieron la firma de un pagaré previo a la certificación de Ley de Urgencia al 100% de la muestra de los pacientes seleccionados.

- e) Finalmente, en cuanto a la prohibición de consultar los antecedentes financieros de los pacientes (DICOM) que se encuentren en situación de riesgo vital, se observó que, si bien no es una práctica habitual en la actualidad, el 26% de los prestadores a nivel nacional consulta por morosidades en el sistema financiero (gráfico N°14), siendo notoriamente mayor en los prestadores regionales por sobre los prestadores de la RM, con 37% y 12% respectivamente.

6.4 Evaluación de las medidas relacionadas a la Ley 20.394 durante la hospitalización derivada de una atención de urgencia.

Gráfico N°15

% Prestadores que solicitaron prepago de la hospitalización derivada de la atención de urgencia en pacientes FONASA / Nivel nacional / RM - Regiones

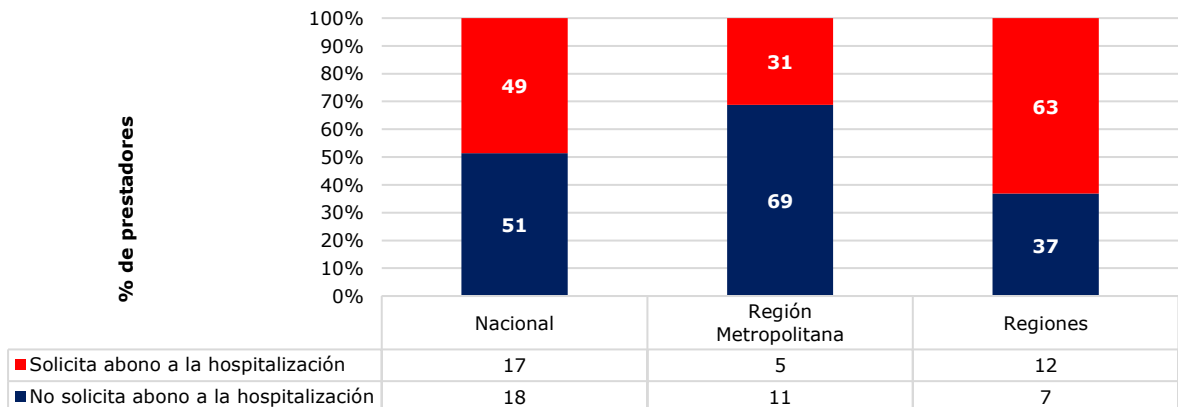


Gráfico N°16

Distribución porcentual de pacientes FONASA que prepagaron la cuenta de hospitalización derivada de la atención de urgencia /Por prestador/Nivel nacional

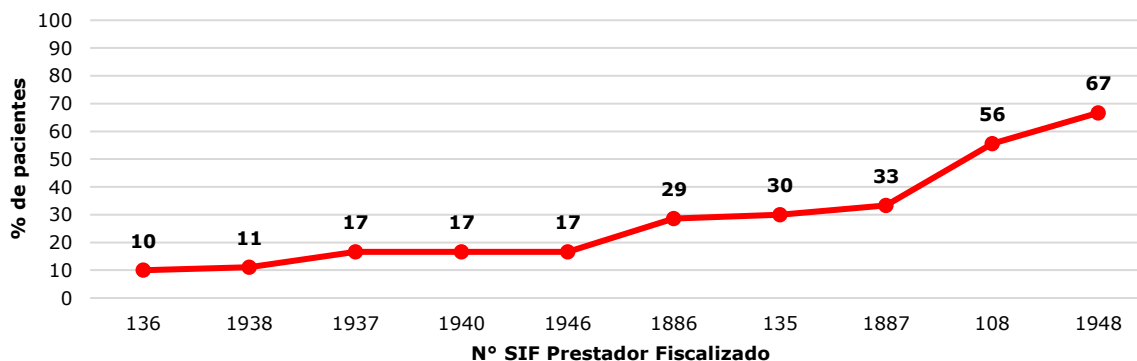
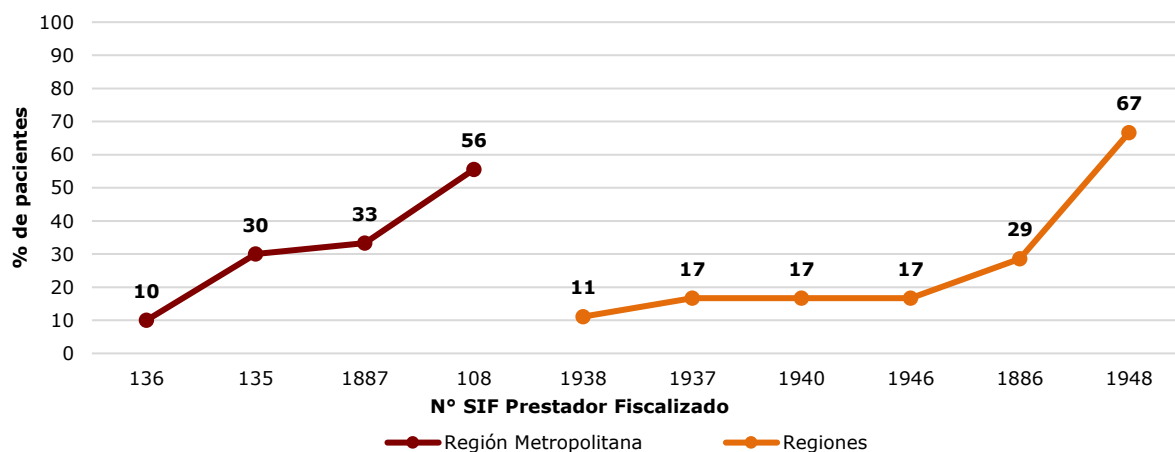


Gráfico N°17

Distribución porcentual de pacientes FONASA, que prepagaron cuenta de hospitalización derivada de la atención de urgencia /Por prestador /RM - Regiones



De la evaluación de las medidas relacionadas a la Ley 20.394 durante la hospitalización derivada de una atención de urgencia:

- a) Con relación a la solicitud de prepago o abono por concepto de hospitalización derivada de una atención de urgencia en pacientes FONASA y particulares (gráfico N°15), se constató que, a nivel nacional, el 49% de los prestadores fiscalizados solicitó a esos pacientes, una suma de dinero por concepto de estimación de días cama, honorarios de profesionales, insumos y medicamentos que eventualmente fueran requeridos. Dependiendo del tipo de cama y los días de hospitalización considerados, este valor podía superar los \$7.500.000, tal como fue posible constatar en terreno. Este comportamiento fue notoriamente mayor en los prestadores regionales alcanzando el 63%, llegando a duplicar a los prestadores de la RM (31%).
- b) En los gráficos N°16 y N°17, se muestra la distribución de pacientes FONASA y particulares, por prestador, a quienes se les solicitó prepago por la

hospitalización. A nivel nacional, 10 prestadores realizaban esta práctica (4 RM y 6 Regionales). El promedio nacional alcanzó un 29%, a saber, los prestadores a nivel nacional, exigieron un pago previo a la hospitalización derivada de la atención de urgencia por concepto de estimación de días cama, honorarios, insumos y medicamentos, en el 29% de pacientes de la muestra, que cumplían con los criterios mencionados previamente, de previsión y necesidad de hospitalización.

Los resultados obtenidos en la disgregación RM – Regiones, indican que pese a que los prestadores Regionales realizaron esta práctica con mayor frecuencia (26%) como se dijo anteriormente, los prestadores de la RM exigieron abono a la cuenta de hospitalización, en promedio, al 32% de pacientes de la muestra que requerían hospitalización y cuya previsión era FONASA o particular.

7. RESUMEN GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN SOBRE EL CONDICIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD

- a) Respecto de los resultados generales observados, se evidenció un comportamiento similar en la mayoría de los prestadores fiscalizados, sobre todo en aquellos que son parte de alguna de las redes de establecimientos existentes en el país, tales como RedSalud, BUPA, Andes Salud, Red de Salud UC Christus, solo por nombrar algunas. Estas redes, al tener un sistema centralizado de gestión, han estandarizado los procedimientos y protocolos. En tal sentido, fue común encontrar en prestadores de la misma red, el mismo tipo de omisiones o eventuales incumplimientos, siendo los más recurrentes, el establecimiento del triage como herramienta suficiente para determinar la condición de riesgo de los pacientes que consultan en el Servicio de Urgencia, dando pie al cobro de dinero o solitud de pagaré a todos aquellos usuarios que son categorizados en niveles C3 o mayor, sin que fueran evaluados previamente, por un profesional médico.
- b) En el mismo tenor que el punto anterior, los prestadores, en general han implementado una política de solicitud de pagaré y/o cobro de la consulta de urgencia previo a la atención médica. Lo anterior implica un eventual incumplimiento por parte del prestador, ya que, dentro de los casos analizados, se observaron pacientes que, por su cuadro clínico y condiciones al ingreso, fueron certificados como Ley de Urgencia posterior a la evaluación médica, a los que se les hizo devolución del documento en garantía o del dinero cancelado por la consulta de urgencia, una vez informada la certificación de Ley de Urgencia al personal administrativo correspondiente.
- c) De igual manera se observó que, en general los prestadores han implementado como estrategia de garantía de pago de la hospitalización, el cobro por adelantado de las eventuales prestaciones que se pudieran otorgar a los pacientes que requieren ser hospitalizados, previo ingreso por el Servicio de Urgencia. Este cobro, consignado además en los documentos institucionales de los prestadores, va dirigido exclusivamente a los pacientes FONASA y particulares. A los pacientes adscritos a una ISAPRE, no están afectos a dicha exigencia. Pese a que los documentos señalan que corresponde a un valor conocido, este se calcula sobre la base de una estimación de días camas, honorarios, insumos y medicamentos, lo que, dado el curso de los cuadros clínicos no puede ser conocido previamente con precisión tal, como para ser llamado "valor conocido".

- d) Otro aspecto importante a considerar, dice relación con la revisión de los antecedentes financieros de los pacientes (DICOM). Al respecto, se observó una mayor adhesión de este aspecto en los prestadores fiscalizados, con cumplimientos por sobre el 74%. Cabe destacar que, los documentos presentados durante la fiscalización son explícitos en señalar la prohibición de revisar los antecedentes comerciales de los pacientes en riesgo vital. Aun cuando esta exigencia se sigue al pie de la letra, existe un factor que originó que el 26% de los prestadores no cumpliera a cabalidad esta obligación, y está vinculado con lo descrito en el literal a), en cuanto a considerar la categorización del triage como herramienta válida para posteriores solicitudes de garantía o revisión de información de morosidad, bajo el claro riesgo de que alguno de estos pacientes pueda ser considerado y certificado como de riesgo vital luego de ser atendido por el profesional médico.

8. RECOMENDACIONES PARA UNA CORRECTA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY QUE PROHIBE EL CONDICIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

En virtud de los principales incumplimientos observados durante las fiscalizaciones objeto de este informe, afectando de manera transversal a la mayoría de los prestadores, se ha tomado la determinación de incluir algunas recomendaciones generales que orienten a los prestadores en el diseño de estrategias y procedimientos que les garanticen el cumplimiento de esta Ley N°20.394.

En tal sentido, se proponen las siguientes consideraciones y prácticas, al momento de la atención del paciente en el Servicio de Urgencia:

1. Ingreso de paciente a admisión para registro de datos de identificación (Nombre, RUT, teléfono, previsión, motivo de consulta).
2. Ingreso a sala de categorización (triage), conforme a los criterios institucionales de cada prestador (ESI, MTS, CTAS, ATS, etc.).
3. Ingreso a evaluación médica:
 - a. Una vez finalizada la atención médica y no se certificó la condición de riesgo vital o secuela funcional grave, el prestador puede solicitar la firma de una garantía (pagaré) si lo estima pertinente.
 - b. Una vez finalizada la atención médica y se certifica condición de riesgo vital, activar **procedimiento/protocolo de Ley de Urgencia**.
4. Alta médica de urgencia, regreso a admisión o caja para cancelar atención o firmar garantía de pago.
5. Derivación a hospitalización:
 - a. Hospitalización en condición de riesgo vital, continuar con **procedimiento/protocolo de Ley de Urgencia hasta la estabilización del paciente**.
 - b. Hospitalización sin condición de riesgo vital, realizar procedimiento estándar de admisión a hospitalización.
 - c. **En ningún caso solicitar prepago/abono de la cuenta, si esta se presupuesta sobre un valor estimado. Siempre se debe cobrar sobre un valor conocido en virtud de las prestaciones otorgadas.**

9. RESUMEN FINAL

Las atenciones de salud han sido un tema sensible que hoy en día adquieren una mayor connotación social. Hasta el año 1999, en nuestro país se hacía exigible un "cheque en garantía" para entregar una atención médica de urgencia. Con la promulgación de la Ley 19.650, dicha exigencia quedo prohibida para los casos en que la persona que consultaba presentaba un cuadro de urgencia vital o tenía algún riesgo de secuela funcional grave de no mediar la atención médica de forma inmediata.

Sin embargo, dicha ley dejó un vacío para aquellos pacientes que consultaban en el Servicio de Urgencia, pero no presentaban un cuadro de urgencia vital o de secuela funcional grave, por lo que los prestadores de salud mantuvieron la exigencia del "cheque en garantía", como requisito para la entrega de la atención médica.

La promulgación de la Ley 20.394 vino a llenar el vacío existente, señalando que los prestadores de salud no podrán exigir como garantía de pago por las prestaciones que reciba el paciente, el otorgamiento de cheques o de dinero en efectivo. Lo anterior debe ser aplicado en todas las atenciones de urgencia, independiente de la gravedad o categorización del paciente. No obstante, en las atenciones médicas que no presentan un cuadro de urgencia vital o de secuela funcional grave, se podrá garantizar el pago por otros medios idóneos, tales como, el registro de la información de una tarjeta de crédito, cartas de respaldo otorgadas por los empleadores, letras de cambio o pagarés.

En cuanto a la Intendencia de Prestadores, le compete la responsabilidad de verificar que los prestadores institucionales de salud den cumplimiento cabal a la Ley 20.394, realizando de forma regular y periódica las fiscalizaciones cuyos resultados son objeto del presente informe.

Respecto a las readecuaciones de los flujos de atención en urgencia manifestadas como mejoras por los prestadores, la más recurrente correspondió a la implementación de la categorización (traige), previo a la firma el pagaré en admisión, considerando de esta forma un filtro que permitía discernir la gravedad del paciente conforme a una serie de criterios preestablecidos. Sin embargo, esta categorización, en la medida que es realizada por un profesional no médico, es insuficiente para considerarse en cumplimiento con las leyes 19.650 y 20.394, toda vez que la condición de riesgo vital y/o secuela funcional grave, solo puede ser certificada por un médico. En tal sentido, es necesario hacer hincapié en que, el cabal cumplimiento de esta normativa está dado por la atención médica de urgencia, previo a cualquier acto administrativo que implique la firma de un pagaré como garantía a la atención recibida.

En términos globales, más allá de los resultados obtenidos por los prestadores en la materia fiscalizada, es necesario destacar un aspecto relevante y que tiene relación con la buena disposición de los prestadores, quienes en todo momento estuvieron llanos a mostrar todos sus procedimientos y documentos, no dificultando en ningún momento la labor de este Organismo de Control. Este hecho, da a entender que, si bien la mayoría de ellos estaba en incumplimiento, al parecer este no correspondía a una acción ejecutada deliberadamente y de mala fe, sino más bien al escaso conocimiento que se tiene respecto de los alcances de la Ley. En la misma línea, en todos los casos certificados como riesgo vital posterior a la firma del pagaré o pago de dinero, se hizo la respectiva anulación o devolución según fuere el caso. Esto viene a ratificar, que un importante número de prestadores, ha tratado de implementar estrategias pertinentes a la Ley N°20.394, sin embargo, esto no justifica los incumplimientos encontrados.

De igual manera, es importante señalar que, con las fiscalizaciones efectuadas se pudo visualizar la situación que ocurre a nivel país en las instituciones de salud privadas, respecto de la exigencia de un pagaré como mediador de la entrega de la atención médica de urgencia.

Finalmente, en cumplimiento a las obligaciones encomendadas a este organismo fiscalizador, las acciones tomadas por la Intendencia de Prestadores contra aquellos establecimientos que se encontraron en una situación de incumplimiento, se hace necesario aclarar que, a todos los prestadores que se encontraban en esta condición, se les ha incoado un proceso sumarial, iniciado con el respectivo levantamiento de cargos y las multas que esta acción conlleva conforme a lo estipulado en la Ley.