

Identificación de la Norma : DTO-136
Fecha de Publicación : 02.09.2005
Fecha de Promulgación : 08.06.2005
Organismo : MINISTERIO DE SALUD

APRUEBA REGLAMENTO QUE ESTABLECE NORMAS PARA EL OTORGAMIENTO, EFECTIVIDAD Y COBERTURA FINANCIERA ADICIONAL DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD A QUE SE REFIERE LA LEY N° 19.966

Núm. 136.- Santiago, 8 de junio de 2005.- Visto: lo dispuesto en los artículos 5, 10, 24 y 25 y siguientes de la ley N° 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud, y lo dispuesto en los artículos 4 y 6 del decreto ley N° 2.763, modificado por la ley N° 19.937, y

Considerando:

- La necesidad de dar cumplimiento al mandato legal de la ley N° 19.966, relativo a la implementación de las Garantías Explícitas en Salud, en materias de información, acceso y cobertura financiera adicional, para un adecuado desarrollo de las mismas,

- La necesidad de establecer las normativas necesarias para que dichas Garantías cumplan su objetivo, con efectividad, eficacia y equidad, a fin de otorgar la cobertura que la ley señala a la población beneficiaria.

Decreto:

Apruébase el siguiente reglamento que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las garantías explícitas en salud, a que se refiere la ley N° 19.966:

TITULO I
SOBRE LA COBERTURA FINANCIERA ADICIONAL

Párrafo I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud de que trata la ley N° 19.966, que superen el deducible a que se refiere el párrafo tercero del presente reglamento.

Artículo 2°.- A los términos que se emplean en el presente reglamento se aplicarán las definiciones que se contienen en el decreto supremo que fija las Garantías Explícitas en Salud, o en la normativa que lo reemplace, en todo aquello que no contravenga lo regulado en el presente reglamento.

Párrafo II
DE LOS EVENTOS QUE HACEN APLICABLE LA COBERTURA

FINANCIERA ADICIONAL

Artículo 3°.- Para los efectos del presente reglamento, se entenderá por evento la ocurrencia, a un beneficiario de la ley N° 18.469 o N° 18.933, de un problema de salud que se encuentre incorporado en el decreto supremo que fije las Garantías Explícitas en Salud, conforme al artículo 11 de la ley N° 19.966.

Artículo 4°.- Para que se encuentre configurado un evento, cubierto por la Garantía Explícita de Protección Financiera y eventualmente la Cobertura Financiera Adicional, se deberán cumplir todos los requisitos que señala el artículo 5° del decreto supremo N° 170, de 2004, del Ministerio de Salud o la normativa que lo reemplace o modifique.

Artículo 5°.- Se entenderá como el momento de inicio de un evento la fecha en que se otorgue la primera prestación, prescrita por el profesional de la salud tratante, incluida en el Decreto Supremo que fija las Garantías Explícitas en Salud, para un problema de salud garantizado.

Artículo 6°.- Se entenderá como el momento de término de un evento la fecha en que se otorgue la última prestación prescrita por el profesional de la salud tratante, incluida en el decreto supremo que fija las Garantías Explícitas en Salud, para un problema de salud garantizado.

Párrafo III

DEL DEDUCIBLE APLICABLE A LAS GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

Artículo 7°.- Se entenderá por deducible la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada prestación o conjunto de prestaciones originados por cada evento, para tener derecho a la cobertura financiera adicional.

Artículo 8°.- Para los afiliados a las instituciones de salud previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D, a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, el deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, pactadas o legales, según corresponda, por cada evento incorporado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra al afiliado o a los beneficiarios que de él dependan. En todo caso, dicho deducible no superará las 122 unidades de fomento, equivalentes en pesos al valor que dicho indicador tenga el día en que se devengue el primer copago.

En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por cada evento incorporado a las Garantías.

Artículo 9°.- Para los afiliados a las instituciones de salud previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, en caso de existir más de un evento incorporado a Garantías, en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de ellos será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda. En todo caso,

dicho deducible no podrá superar las 181 unidades de fomento, equivalentes en pesos al valor que dicho indicador tenga el día en que se devengue el primer copago correspondiente al segundo evento.

En la misma situación antes descrita, para los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

Artículo 10.- Para los efectos de lo dispuesto en este párrafo, en caso de que la cotización corresponda a la fijada por ley como cotización obligatoria de salud, ésta será determinada de acuerdo al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos seis meses o de las cotizaciones que correspondan efectuar conforme a la ley en el caso de pago de subsidio de incapacidad laboral.

El promedio antes descrito deberá calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada el mes inmediatamente anterior al inicio del evento, o del primer evento, según corresponda. Si en el referido período se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización se determinará sobre la base del promedio del número de meses que registren información.

Tratándose de la primera cotización de un beneficiario de la ley N° 18.469 que se vea afectado por un evento incorporado a las Garantías Explícitas en Salud antes que su empleador haga llegar la información referente a su cotización, corresponderá al beneficiario acreditar el monto de la misma.

En caso de que la cotización corresponda a un monto pactado, el deducible se calculará sobre la base de la cotización del mes anterior a aquél en que se devengue el primer copago. El monto en pesos de dicha cotización corresponderá al valor que tenga la unidad de fomento el día en que debió efectuarse su pago.

Artículo 11.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y que se encuentren clasificados en el Grupo D de la ley N° 18.469, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos mensuales calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de dicha ley, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento. En todo caso, dicho deducible no podrá superar las 122 unidades de fomento, equivalentes en pesos al valor que dicho indicador tenga el día en que se devengue el primer copago.

En el caso de que dichos trabajadores se encuentren clasificados en el Grupo C de la referida ley, dicho deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 12.- Tratándose de trabajadores independientes afiliados al Fondo Nacional de Salud y pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, si hubiera más de un evento incorporado a las Garantías en

un período de doce meses, contado desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de ellos será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N° 18.469. En todo caso, dicho deducible no superará las 181 unidades de fomento, equivalentes en pesos al valor que dicho indicador tenga el día en que se devengue el primer copago correspondiente al segundo evento.

En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de los mencionados ingresos.

Artículo 13.- En el caso que hubiere más de un evento, que se encuentre incorporado en el decreto supremo que fija las Garantías Explícitas en Salud, en el período de doce meses a que se refiere el artículo siguiente, y en las condiciones previstas en este reglamento, se aplicarán las siguientes reglas para efectuar el cómputo del deducible:

- a) Si al detectarse un segundo evento incorporado a las Garantías dentro del referido período, se hubiere completado totalmente el deducible correspondiente al primer evento, sólo originarán copagos las prestaciones asociadas a aquél, las que se computarán hasta cubrir la diferencia que haya entre el deducible del primer evento y el que corresponda aplicar a la existencia de dos o más eventos, según el tipo de beneficiario de que se trate, momento desde el cual comenzará a operar la cobertura financiera adicional a su respecto.
- b) Si existiese más de un evento en curso, se considerarán todos los copagos, siempre que sean coetáneamente originados en el otorgamiento de las prestaciones derivadas de dichos eventos, de tal forma que enterándose el deducible asociado a uno de ellos, considerándolo como si fuera único, comenzará a operar, a su respecto, la cobertura financiera adicional a que se refiere el presente reglamento, y se continuará el cómputo del deducible para el resto de los eventos, con los copagos derivados de las prestaciones asociadas a éstos, hasta cubrir la diferencia que haya entre el deducible correspondiente a un único evento y el que corresponda como deducible máximo aplicable a dos o más eventos, según el tipo de beneficiario de que se trate.
- c) En caso que los copagos derivados del primer o siguientes eventos incorporados a las Garantías, según corresponda, hayan finalizado su cómputo, y resultaran insuficientes para completar el deducible correspondiente a un único evento, o bien a un conjunto de ellos, sólo se tendrá derecho a la cobertura financiera adicional, una vez que, sumados todos los copagos acumulados por la totalidad de los eventos, se completare el

deducible que corresponda a la existencia de más de un evento incorporado a las Garantías, salvo que uno de ellos, considerado unitariamente, genere copagos suficientes para enterar el deducible exigido a un único evento incorporado a las Garantías.

En este caso, respecto a este último se aplicará la cobertura financiera adicional, continuando el cómputo de los copagos que se originen en los restantes eventos sólo hasta cubrir la diferencia que reste para completar el deducible que corresponda a dos o más eventos, de acuerdo al tipo de beneficiario de que se trate.

En ningún caso, existiendo dos o más eventos, el cómputo de los copagos, respecto de cualquiera de ellos, podrá exceder el deducible que corresponda a un solo evento incorporado a las Garantías, considerado individualmente, según el tipo de beneficiario de que se trate.

Párrafo IV
DEL CALCULO DEL DEDUCIBLE

Artículo 14.- El deducible deberá ser acumulado en un período de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado, correspondiente a un único evento, o al primero de ellos, tratándose de la ocurrencia de más de uno.

Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

La citada acumulación se llevará a cabo por dicho período, con independencia del número de eventos que ocurran en ese lapso, y no lo excederá aún cuando se sigan generando copagos por dichos eventos.

Para estos efectos se entenderá devengado el copago cuando se encuentre finalizada la prestación o conjunto de prestaciones que le da origen, conforme a la periodicidad que, respecto de cada problema de salud, indique el decreto que aprueba las Garantías, a que se refiere el artículo 11 de la ley N° 19.966. Corresponderá a la Superintendencia dictar las instrucciones necesarias para el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en el presente inciso.

Sólo se computarán los copagos que resulten de aplicar los porcentajes que correspondan al arancel de referencia del régimen, a que se refiere el inciso final del artículo 4° de la ley N° 19.966.

Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud o que, estando cubiertas, hayan sido otorgadas

fuera de la Red Asistencial o por prestadores distintos a los designados por las Instituciones de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud para otorgar dichas Garantías, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia, conforme a lo dispuesto en la letra c) del artículo 4° de la ley N° 19.966.

No obstante lo indicado en el inciso anterior, y sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave, conforme a las definiciones establecidas en el artículo 3° del decreto supremo N° 369, de 1985, de Salud, y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente de los contemplados en la Red de Prestadores, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado o a la ley N° 18.469, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad, siempre que se cumpla lo dispuesto en el párrafo V de este reglamento.

Artículo 15.- El Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional mantendrán a disposición de los beneficiarios, a través de los sistemas de información correspondientes, sean escritos, electrónicos o de otra índole, tanto la información señalada en el artículo anterior, debidamente actualizada respecto de cada beneficiario, como también respecto de la acumulación total del deducible indicado en el párrafo anterior, según cada caso particular, para efecto de no enterar los copagos que le excedan. En caso que esto ocurriese, dichos copagos enterados en exceso deberán reliquidarse, debiendo devolverse la cantidad que corresponda en un plazo máximo de 60 días desde que se constata el cobro excesivo.

También deberán disponer, para sus beneficiarios, de la misma manera indicada precedentemente, de una nómina actualizada de las respectivas Redes de Prestadores para la atención de la totalidad de los problemas de salud incorporados a las Garantías Explícitas en Salud.

Párrafo V

DE LA CALIFICACION DE URGENCIA VITAL O SECUELA FUNCIONAL GRAVE PARA LA APLICACION DE LA COBERTURA FINANCIERA ADICIONAL

Artículo 16.- Para los efectos del presente reglamento se aplicarán los conceptos de Atención Médica de Emergencia o Urgencia; Emergencia o Urgencia; Certificación de Estado de Emergencia o Urgencia, y Paciente Estabilizado, en los términos en que se definen en el artículo 3° del decreto supremo N° 369, del año 1985, del Ministerio de Salud.

Artículo 17.- Sin perjuicio de lo que pueda resolver la Superintendencia de Salud en caso de discrepancia sobre la calificación de urgencia o

emergencia, corresponderá al médico tratante en el establecimiento respectivo determinar el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, caso en el cual se aplicarán las reglas siguientes:

- a) Si el paciente o sus familiares, no obstante la determinación del médico, optan por la mantención en el establecimiento que no forma parte de la Red de Prestadores correspondiente, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se computarán para el cálculo del deducible.
- b) Si el paciente o sus familiares, en el mismo caso, optan por el traslado a un establecimiento que no forma parte de la Red de Prestadores respectiva, se aplicará lo dispuesto en la letra precedente.
- c) Si el paciente o sus familiares optan por el traslado a un establecimiento de la Red de Prestadores que le corresponda, se reiniciará a partir de ese momento el cómputo efectivo de los copagos devengados para el cálculo del deducible, sin perjuicio de la acumulación para esos efectos de que habla el inciso final del artículo 14 del presente reglamento.

Si con posterioridad a las situaciones descritas en las letras a) y b) precedentes el paciente decide ingresar a la Red de Prestadores respectiva, se iniciará o reiniciará el cómputo efectivo de los copagos devengados para el cálculo del deducible.

Artículo 18.- Los establecimientos que reciban personas que se hallen en la situación prevista en el inciso final del artículo 14 de este Reglamento deberán informarlo a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales dentro de las veinticuatro horas siguientes, señalando la identidad de las mismas.

Dicha información deberá registrarse a través de la página electrónica habilitada por la referida Intendencia para estos efectos y estará inmediatamente disponible para su consulta por el Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional.

Artículo 19.- En caso de discrepancia acerca de la calificación de una situación prevista en el inciso final del artículo 14 de este Reglamento, el Fondo Nacional de Salud o las instituciones de salud previsional, según corresponda, podrán requerir que resuelva la Superintendencia, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales.

Deberán interponer el requerimiento, suscrito por un médico, registrado en la Superintendencia de Salud, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que consideren que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado, acompañando los antecedentes clínicos en que se funda su parecer. Si los antecedentes son insuficientes o no están suscritos por el mencionado profesional, la Intendencia podrá rechazar

de plano la solicitud.

La Intendencia resolverá dentro del plazo de dos días corridos y el costo de su intervención será de cargo del requirente. En caso de impugnaciones reiteradas e injustificadas de la calificación hecha por el médico tratante respecto de las situaciones previstas en el inciso final del artículo 14 de este Reglamento, la Intendencia sancionará al requirente.

Párrafo VI

DE LA INFORMACION Y DE LOS PROCEDIMIENTOS DE REGISTRO PARA LA APLICACION DE LA COBERTURA FINANCIERA ADICIONAL

Artículo 20.- El Fondo Nacional de Salud y las instituciones de salud previsional deberán establecer los sistemas de información o de manejo de la misma, asociado a cada beneficiario o afiliado, que permiten determinar, en forma actualizada, el monto de los copagos devengados. La información que se entregue por dichas instituciones deberá cumplir con los estándares mínimos que al efecto fije la Superintendencia de Salud.

Artículo 21.- Para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, los prestadores deberán registrar los siguientes antecedentes, por cada beneficiario o afiliado:

- a. Nombre completo del paciente,
- b. Domicilio, incluyendo ciudad y comuna,
- c. Cédula Nacional de Identidad,
- d. Situación previsional en materia de salud,
- e. Motivo de consulta,
- f. Diagnóstico probable,
- g. Fecha y hora de la atención

Esta información se ingresará a la Ficha Clínica, a la hoja de Atención u otro documento similar que sea habitualmente usado para dichos fines.

Copia de dicha información deberá ser remitida al Fondo Nacional de Salud o a las instituciones de salud previsional, según corresponda. Para estos efectos las entidades señaladas podrán establecer los sistemas de información o de transmisión de datos que sean necesarios para un adecuado registro y almacenamiento de los antecedentes asociados al otorgamiento de una prestación cubierta por las Garantías Explícitas en Salud.

Ambos medios de registro de información deberán ser comunicados a la Superintendencia de Salud.

El manejo de los datos a que se refiere el presente párrafo quedará sujeta a las disposiciones de la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

Artículo 22.- En todos aquellos casos en que se realicen prestaciones o conjunto de ellas, asociadas a un problema de salud que se encuentre cubierto por las Garantías Explícitas en Salud, el beneficiario deberá entregar la información fidedigna que le sea requerida por el prestador, el Fondo Nacional de Salud y las

instituciones de salud previsional.

En especial, deberá identificarse claramente, mediante su cédula nacional de identidad u otro documento equivalente que sea emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación, para que le sean otorgadas las prestaciones comprendidas en la Garantía de que se trate.

Párrafo VII

DEL TERMINO DE LA COBERTURA FINANCIERA ADICIONAL

Artículo 23.- La cobertura financiera adicional de que trata este título termina:

- a) Cuando el beneficiario complete el período de 12 meses a que se refiere el artículo 14 de este Reglamento.

En tal caso, se reiniciará el cálculo del deducible, con los copagos que se generen a partir de esa fecha y hasta el cumplimiento de un nuevo período de 12 meses, o a partir del inicio de un nuevo evento, según corresponda.

- b) Cuando el profesional de la salud que corresponda otorga la orden de alta médica al paciente.
- c) Cuando el beneficiario decida voluntariamente atenderse fuera de la Red Asistencial que le corresponda.

TITULO II

DE LA INFORMACION QUE DEBEN ENTREGAR LOS PRESTADORES DE SALUD

Artículo 24.- Los prestadores de salud deberán informar tanto a los beneficiarios de la ley N° 18.469 como a los de la ley N° 18.933 que se les ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las Garantías Explícitas en Salud y el momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías, de acuerdo a lo dispuesto en el decreto supremo a que se refiere el artículo 11 de la ley 19.966.

Asimismo, los prestadores de salud informarán a los beneficiarios de la ley N° 18.469 y N° 18.933 que para tener derecho a las prestaciones garantizadas en forma explícita deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

Artículo 25.- Para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo anterior, los prestadores de salud deberán dejar constancia escrita de ello, conforme a las instrucciones que fije la Superintendencia de Salud, quien establecerá los mecanismos o instrumentos que deberá implementar el Fondo Nacional de Salud y/o la institución de salud previsional, para informar al beneficiario acerca de, al menos, las materias indicadas en el artículo 29 de la ley N° 19.966.

Artículo 26.- En caso de incumplimiento de la obligación establecida en los artículos precedentes, el

afectado podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la cual, a través de un procedimiento breve, con audiencia del prestador, y del beneficiario, acreditará tal circunstancia y dictaminará el momento exacto desde el cual comenzaron a regir las garantías explícitas para tal prestación o prestaciones.

Artículo 27.- El incumplimiento de la obligación de informar por parte de los prestadores de salud podrá ser sancionado, por la Superintendencia, con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del Fondo Nacional de Salud o de una institución de salud previsional, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

TITULO III

DEL ACCESO A LAS GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD PARA BENEFICIARIOS DE LA LEY N° 18.469

Artículo 28.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, a que se refiere el artículo 4° de la ley N° 19.966, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán atenderse en la Red Asistencial que les corresponda. En consecuencia, sólo una vez que hayan ingresado a dicha Red Asistencial se iniciará la cobertura de dichas Garantías y de los plazos asociados a ellas.

Artículo 29.- Conforme lo dispuesto en el artículo 16 ter del decreto ley N° 2.763, de 1979, la Red Asistencial de cada Servicio de Salud se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo las excepciones establecidas en la ley y los reglamentos.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 con sospecha diagnóstica o diagnóstico de algún problema de salud incorporado a las Garantías Explícitas, deberán ingresar a la Red Asistencial a través de la atención primaria de salud en los establecimientos asistenciales que les corresponda.

Se entiende como establecimientos asistenciales que les corresponda en atención primaria de salud aquellos en los cuales el citado beneficiario se encuentre inscrito, y en caso de no estar inscrito, alguno de aquellos en que le corresponda inscribirse.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo

distintos.

Si dichos beneficiarios en caso de no poder acceder al establecimiento de atención primaria que les corresponda en su Red de Prestadores solicitaren atención médica en otro establecimiento de atención primaria de dicha Red, y durante la cual se sospecha o diagnostica un problema de salud incorporado a las garantías, corresponderá al establecimiento donde concurrió otorgar las prestaciones asociadas a dicha garantía, que correspondan a dicho nivel, salvo que el beneficiario decida atenderse en el establecimiento que le corresponda dentro de dicha Red, de lo cual deberá quedar constancia escrita.

No obstante lo dispuesto en los incisos precedentes, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.

Artículo 30.- Excepcionalmente, los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán ingresar directamente a los niveles de atención secundaria o terciaria de la Red Asistencial, en las siguientes circunstancias:

1) Encontrándose en condición de Emergencia o Urgencia, en los términos definidos en el decreto supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud.

2) Cuando se encuentren siendo atendidos, dentro de la Red de Prestadores, en cualquier nivel distinto al primario, y en el curso de dicha atención le sea diagnosticado un problema de salud incorporado a las garantías. En este caso la circunstancia de encontrarse siendo atendidos en un nivel distinto al primario, deberá ser consecuencia de una derivación iniciada en este último nivel, salvo tratándose de la situación contemplada en el numeral anterior. Cuando el diagnóstico corresponda a un problema de salud incorporado a las garantías cuyas prestaciones corresponda que sean otorgadas en la atención primaria, se deberá dar inicio a las prestaciones y derivar al beneficiario al nivel primario de atención para su continuación.

Artículo 31.- Los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, podrán derivar a los beneficiarios de la ley N° 18.469, con confirmación diagnóstica de alguno de los problemas de salud incorporados a las garantías, directamente al establecimiento de salud de la Red de Prestadores respectiva, para su atención en el nivel secundario o terciario, sólo en los siguientes casos:

1) Encontrándose en condición de Emergencia o Urgencia, en los términos definidos en el decreto supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud.

2) En caso que se encuentren siendo atendidos por

uno de los profesionales ya indicados, y en el curso de dicha atención le sea confirmado el diagnóstico de un problema de salud incorporado a las garantías, siempre que el beneficiario opte por recibir la atención correspondiente al evento incorporado a las garantías en la Red de Prestadores ya indicada.

3) En caso de un recién nacido, si existe confirmación diagnóstica de algún problema de salud congénito, que se encuentre incorporado a las garantías explícitas en salud.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 que se encuentren siendo atendidos por un prestador de salud independiente, que no tenga convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, sólo podrán ingresar a la Red de Prestadores a través de la atención primaria de salud, salvo que se tratase de un recién nacido, si existe confirmación diagnóstica de algún problema de salud congénito, que se encuentre incorporado a las garantías explícitas en salud.

Artículo 32.- Se entenderá por referencia, para los efectos del presente párrafo, a la derivación inicial de un paciente beneficiario de la ley N° 18.469 desde un prestador independiente, para ser atendido por otro prestador que integra la Red de Prestadores del Fondo Nacional de Salud, en los términos que establece el presente Reglamento.

Artículo 33.- La referencia se realizará mediante documento que contendrá a lo menos la siguiente información:

- a. Respecto de la identidad del paciente:
 - Nombre completo y cédula nacional de identidad
 - Fecha nacimiento (día, mes y año), sexo, y edad
 - Domicilio completo y teléfono, si tuviera.
- b. Circunstancia de ser beneficiario de la ley N° 18.469, y su clasificación en alguno de los grupos indicados en el artículo 29 de dicha ley,
- c. Diagnóstico de un problema de salud incorporado a las garantías,
- d. Fundamento del diagnóstico,
- e. Tratamiento e indicaciones,
- f. Causal de la derivación a un nivel diferente a la atención primaria,
- g. Nombre completo, cédula nacional de identidad, domicilio y teléfono del médico tratante.

Deberán adjuntarse a dicho documento los antecedentes que hayan servido al diagnóstico, entre otros, exámenes de laboratorio y procedimientos diagnósticos. Asimismo, deberá adjuntarse a la orden de atención emitida por el médico tratante un resumen de la historia clínica del paciente y todo otro antecedente

que resulte pertinente para evaluar su condición.

Artículo 34.- La Red de Prestadores del Fondo Nacional de Salud, para efectos de la derivación desde prestadores de salud independientes, procederá de la siguiente manera:

- a. Si la referencia se produce desde algún prestador de salud independiente, que tenga convenio vigente para estos fines, en el establecimiento de atención especializada del nivel que corresponda, un profesional, designado por la Dirección de dicho establecimiento, procederá a validar la referencia efectuada desde el citado prestador, e ingresará inmediatamente al beneficiario al proceso de atención establecido en las normas técnicas que correspondan al problema de salud incorporado a las garantías explícitas en salud. En todo caso, no podrán ingresar pacientes a este nivel de atención cuando el citado problema de salud no esté debidamente acreditado conforme lo establecido por dichas normas técnicas y a lo dispuesto en el artículo anterior.
- b. Si la referencia ocurre desde algún prestador independiente de aquellos que no cuentan con convenio para estos fines, ésta deberá ser efectuada al establecimiento de atención primaria que corresponda al beneficiario, donde se inscribirá al paciente, y se le asignará oportunidad para la atención médica, instancia en la cual se determinará si procede la incorporación del paciente a la cobertura de garantías explícitas en salud.

Artículo 35.- El Fondo Nacional de Salud deberá informar a sus beneficiarios y a los prestadores independientes que hayan celebrado convenio para los efectos del presente reglamento, acerca del contenido del presente párrafo y de las normas y/o procedimientos que obligan a los prestadores de salud independientes a informar oportunamente a los pacientes cuando se haya confirmado el diagnóstico de algunos de los eventos incorporados a las Garantías Explícitas en Salud.

Artículo 36.- El Fondo Nacional de Salud, para los efectos contemplados en el artículo 25 inciso segundo de la ley N° 19.966 y en el presente párrafo, procederá a celebrar convenios específicos con los prestadores de salud independientes, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 27 letra b) del decreto ley N° 2.763, de 1979, para el otorgamiento de prestaciones asociadas a Garantías Explícitas en Salud.

TITULO IV DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Artículo 37.- En caso que un beneficiario cambie su sistema de salud, esto es, se traspase del Fondo Nacional de Salud a una institución de salud previsional, y viceversa, se eliminará el deducible que hubiere acumulado en su sistema de origen, y se reiniciará el cómputo del deducible, sin que se computen los copagos devengados hasta ese momento. Iguales

efectos se producirán si un beneficiario de la ley 18.933 se traspasare de una institución de salud previsional a otra.

Una vez que se reinicie el período de cómputo del deducible, a que se refiere el artículo 14 del presente reglamento, el nuevo deducible deberá ajustarse al sistema de salud que tenga el beneficiario al momento de este reinicio.

Artículo 38.- Para los afiliados al Fondo Nacional de Salud, las modificaciones en el número de beneficiarios que dependan de él o en su situación laboral, una vez iniciada la cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, no afectarán el monto de los copagos que se encuentren devengados hasta la fecha en que se produzcan dichas modificaciones, como tampoco alterarán el monto del deducible que le correspondiese y que hubiese empezado a computarse.

La misma regla anterior se aplicará a los afiliados a una institución de salud previsional, que experimenten un cambio en su cotización pactada una vez iniciada la cobertura de las Garantías Explícitas en Salud

Artículo 39.- Si la información relativa a las modificaciones descritas en el inciso primero del artículo anterior fuese conocida por el Fondo Nacional de Salud con posterioridad a su ocurrencia, deberá ajustarse el copago o los copagos a la situación del beneficiario a la época en que ellos se devengaron, procediendo a reliquidar los montos respectivos, efectuando las deducciones o incrementos en los copagos.

Artículo transitorio.- Para efectos de lo dispuesto en el artículo 19 del presente Reglamento, el requisito de registro ante la Superintendencia de Salud, del médico que suscribe el requerimiento a que se refiere dicho artículo, sólo será exigible una vez que entre en vigencia el sistema de registro de prestadores por parte de la citada Superintendencia, conforme a lo dispuesto en la ley.

Anótese, tómese razón y publíquese en el Diario Oficial.- RICARDO LAGOS ESCOBAR, Presidente de la República.- Pedro García Aspillaga, Ministro de Salud.- Nicolás Eyzaguirre Guzmán, Ministro de Hacienda.

Lo que transcribo a Ud. para su conocimiento.-
Saluda a Ud., Cecilia Villavicencio Rosas, Subsecretaria de Salud Pública.