

Dentro del universo de normas que rigen orgánica y funcionalmente al Régimen de garantías explícitas en salud destacan:

- Ley 19.966 Establece un Régimen de garantías en salud
- Ley 19.888
- Decreto 1 de 2010
- Decreto 4 de 2013
- Decreto 7 de 2015
- Ley 20.850
- Decreto 3 de 2016

De la normativa enunciada gran parte de ella es por todos conocida, aun así, es necesario reforzar conocimientos acerca de la normativa GES vigente.

### **Decreto Número 7**

Modificaciones introducidas al decreto 4 tras la entrada en vigor del decreto en comento:

**1.-** En el punto 3.2 sobre "**Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años**", en la letra e). Reintervenciones, incorpórese un cuarto punto con la frase "Se incluyen casos de personas mayores de 15 años".

**2.-** En el punto 3.13 sobre "**Cáncer en personas menores de 15 años**", a continuación del sexto párrafo incorpórese el siguiente párrafo séptimo: "Se incluyen los tumores del Sistema Nervioso Central de crecimiento rápido, que requieren tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia".

**3.-** En el punto 3.38 sobre "**Artritis idiopática juvenil**", incorpórese el siguiente criterio: "El criterio de inclusión considera que los primeros síntomas se hayan producido antes de los 17 años, no que haya sido confirmada e ingresada al GES antes de los 17 años".

**4.-** En el punto 3.42 sobre "**Esclerosis múltiple recurrente remitente**", agréguese un párrafo final con la siguiente frase: "El tratamiento Inmunomodulador considera los siguientes medicamentos: Interferón Beta y Acetato de Glatiramer".

**5.-** Agregar el siguiente punto a continuación del último párrafo del punto 3.42, y que indique lo siguiente: "**3.52. Tumores Primarios del sistema Nervioso Central en personas de 15 y más: Se excluyen los tumores de la médula espinal**"

### **Alcances e Información relevante de la Ley Ricarte Soto 20.850**

### ¿Qué objetivo tiene esta ley?

Crear un Sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo como las enfermedades oncológicas, inmunológicas y las raras o poco frecuentes. Este sistema pasa a formar parte del régimen general de garantías en salud.

### ¿Quiénes son los favorecidos?

Todos los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile que enfrenten diagnósticos y patologías que impacten de manera catastrófica en el gasto familiar y que estén consideradas en el protocolo respectivo del Ministerio de Salud. El sistema protegerá a los pacientes de Fonasa y a los de las isapres, Capredena, etc. El encargado de asegurar las coberturas es Fonasa.

### ¿Qué patologías son consideradas de alto costo?

Son consideradas patologías de alto costo:

- Mucopolisacaridosis Tipo I (tratamiento con Laronidasa)
- Mucopolisacaridosis Tipo II (tratamiento con Idursulfasa)
- Mucopolisacaridosis Tipo VI (tratamiento con Galsulfasa)
- Tirosinemia Tipo I (tratamiento con Nitisinona)
- Enfermedad de Gaucher (tratamiento con Taliglucerasa o Imiglucerasa)
- Enfermedad de Fabry (tratamiento con Agalsidasa)
- Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I (tratamiento con Iloprost inhalatorio)

4 de ellas forman parte del catálogo de garantías Ges:

- **Artritis Reumatoide Refractaria a Tratamiento habitual** (tratamiento con Abatacept o Rituximab)
- **Esclerosis Múltiple Refractaria a Tratamiento Habitual** (tratamiento con Fingolimod o Natalizumab)
- **Virus Respiratorio Sincicial en recién nacidos prematuros con displasia broncopulmonar** (tratamiento con Palivizumab)
- **Cáncer de Mamas que sobreexpresen el gen HER2** (tratamiento con Trastuzumab)

### ¿Qué prestaciones quedan fuera?

Aquellas cubiertas por las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y las cubiertas por el seguro automotor obligatorio y las consideradas en la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), otorgada por algunas isapres.

### **¿Qué se entiende por Diagnósticos de alto costo?**

Son todas las prestaciones útiles para la **confirmación** y **posterior control** y **tratamiento de la patología**, cuando impactan catastróficamente en el gasto del beneficiario.

### **¿Cómo se define la red de prestadores?**

*La red de prestadores está compuesta por las entidades acreditadas en la Superintendencia de Salud (en las mismas condiciones que establece el sistema AUGE o GES) y aprobadas por el Ministerio de Salud para el otorgamiento de las coberturas de alto costo. Pueden ser hospitales, clínicas o centros de salud (sean estos públicos o privados).*

### **¿Qué pasa si el paciente requiere hospitalización inmediata?**

El paciente podrá ser atendido en un establecimiento que no figure entre la red de prestadores si su estado de salud implica una urgencia vital o una secuela funcional grave y requiera hospitalización inmediata e impostergable. Tendrá derecho a las prestaciones hasta que se encuentre en condiciones de ser trasladado a alguno de los prestadores aprobados por el Ministerio de Salud.

Los costos le serán reembolsados por el Fondo Nacional de Salud, con cargo al Fondo de Tratamientos de Alto Costo.

En caso de discrepancias, pueden recurrir Fonasa, los prestadores o los pacientes ante la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales.

### **¿Los diagnósticos y tratamientos con protección financiera son permanentes?**

Los diagnósticos y tratamientos de alto costo con protección financiera tendrán una vigencia de tres años. Se entenderán prorrogados por otros tres años, y así sucesivamente, si no se determina lo contrario.

### **¿Qué pasa si un tratamiento se incorpora al Auge?**

*En los casos en que un diagnóstico o un tratamiento de alto costo con protección financiera sea incorporado al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES o AUGE) pasará a regirse por esta normativa*

### **¿Qué puede hacer un beneficiario ante un incumplimiento?**

El afectado o quien le represente podrá reclamar ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, ante cualquier incumplimiento del prestador.

### **¿Qué sanciones se pueden aplicar al prestador que no cumple?**

*La Superintendencia de Salud podrá aplicar amonestación o multa de diez a mil unidades tributarias mensuales. Si es un establecimiento público, podrá además pedir que se haga un sumario y enviar los antecedentes a Fonasa.*

## **Ley 19.650 ley de Urgencia**

La ley de Urgencia garantiza a las personas que están en una condición de Urgencia Vital, vale decir, que necesitan una atención médica inmediata e impostergable a causa de, un infarto, un accidente, entre otras situaciones que pongan en riesgo la vida, o que están en riesgo de una secuela funcional grave, el derecho a ser atendidas en el centro asistencial más cercano al lugar donde se encuentran, o en cualquier otro establecimiento, sea éste un hospital o clínica.

En esta circunstancia, ningún recinto de salud puede negar la atención, ni exigir un cheque, pagaré u otro documento o dinero en efectivo en garantía para otorgarla, **mientras dure tal condición.**

**Aquellas urgencias que además corresponden a problemas de salud garantizados en el AUJE/GES, deben ser informadas por el establecimiento asistencial a la Superintendencia de Salud a través de su página web, por lo que el paciente o sus cercanos deben asegurarse de que esto se realice.**

### **¿Qué es considerado Urgencia Vital?**

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

### **¿Quién certifica que se está frente a un caso de Ley de Urgencia?**

El médico del servicio de urgencia al que ingresa el paciente es quien debe certificar que las condiciones de la persona al momento del ingreso correspondían a una Urgencia Vital, dejando un registro en la ficha clínica o en la hoja de atención de urgencia.

Asimismo, es el médico tratante quien deberá calificar, nuevamente, en la ficha clínica que el paciente se encuentra estabilizado y que, a partir de ese momento se puede trasladar al establecimiento que corresponda.

### **Las atenciones de Urgencia Vital o secuela funcional grave no son gratuitas**

Tanto el Fonasa como las Isapres pagan directamente al hospital o clínica cuando las atenciones fueron calificadas como Urgencia Vital o emergencia por el médico tratante, cobrando, posteriormente, al paciente la parte que corresponde.

Para pagar la deuda la persona tiene la posibilidad de acceder de manera automática a un **préstamo legal** que, obligatoriamente, debe brindar su seguro (Fonasa o Isapre), el cual permite a los beneficiarios financiar las atenciones de Urgencia Vital recibidas en el centro de salud, desde el ingreso y hasta la estabilización del paciente.

