



RESOLUCION EXENTA 4A/N°

3557 24 OCT '14

MAT.: INSTRUYE RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL FONASA EN SITUACIONES DE URGENCIA VITAL O CON RIESGO DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y DE ATENCIONES POST ESTABILIZACIÓN Y DEJA SIN EFECTO R.E. 2C/N° 4553, DE 18 DE OCTUBRE DE 2010.

VISTO: Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1, de 2005, en el D.S. N° 369, de 1985, ambos del Ministerio de Salud; la ley N° 19.880; el DFL N° 1-19.653, de la Secretaría General de la Presidencia, de 2001; la Resolución Exenta 3A/N° 1455, de 2002 y sus modificaciones, todas del Fondo Nacional de Salud ; el nombramiento contenido en el Decreto Supremo N° 46, de 2014, del Ministerio de Salud; y la Resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que la Ley N° 19.650 tuvo por objeto garantizar el acceso a las prestaciones de salud, en situaciones de emergencia o urgencia de riesgo vital o de secuela funcional grave, sin condicionar dichas atenciones a las garantías de pago.
2. La necesidad de facilitar el acceso a las prestaciones de salud a los afiliados y beneficiarios del Libro II del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en situaciones excepcionales y transitorias que afecten su salud.
3. Que el artículo 141 inciso 3° del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, señala expresamente la responsabilidad legal del Fondo Nacional de Salud, de pagar al prestador, la totalidad de las atenciones médicas otorgadas durante una situación de urgencia o emergencia vital o de secuela funcional grave,
4. Que, por su parte, el artículo 29 del ya referido DFL N° 1, establece que los Servicios de Salud se financiarán con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud
5. Que, lo expuesto, constituye fundamento suficiente para dictar la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. El financiamiento de las atenciones de salud de los beneficiarios del Libro II del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, que haya significado su ingreso a un

establecimiento asistencial privado, corresponde íntegramente al Fondo Nacional de Salud hasta que la situación de urgencia haya cesado.

2. El establecimiento asistencial al que haya ingresado el beneficiario en esta condición, comunicará esta situación a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) que corresponda a la jurisdicción del establecimiento, para hacer efectiva la responsabilidad financiera del Fondo Nacional de Salud.

3. Las atenciones otorgadas durante una situación de emergencia con riesgo vital o de secuela funcional grave serán pagadas por el Fondo Nacional de Salud al prestador, a través de los respectivos Programas de Atención de Emergencia (PAE), establecidos en el grupo 28 del Arancel de Libre Elección. Para lo anterior, prestador deberá adjuntar las cuentas, con el detalle de las prestaciones, insumos y medicamentos utilizados en la hospitalización, además de la copia del certificado de estabilización, del alta o del fallecimiento del paciente, según corresponda.

4. En el caso que la situación de urgencia vital o de secuela funcional grave termine con la certificación médica de estabilización, el beneficiario o sus representantes, según el caso, y el establecimiento asistencial, tendrán la responsabilidad de comunicar a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas de la Región, y al Servicio de Salud que corresponda, por algún medio fehaciente, la estabilización del beneficiario y la opción de modalidad elegida por éste, para que se proceda a la gestión asistencial de este requerimiento, y se cumpla con la decisión de Modalidad de Atención.

5. Si el beneficiario o sus representantes optan por la Modalidad de Libre Elección, y el establecimiento privado en el cual está internado es un prestador inscrito, la atención de salud posterior a la estabilización se registrará por esta Modalidad, siendo de competencia exclusiva del Fondo Nacional de Salud, en su calidad de administrador y fiscalizador de la misma, el financiamiento de estas atenciones según las normas legales y reglamentarias sobre la materia.

6. Si el beneficiario opta por la Modalidad de Atención Institucional, y el prestador no es de aquellos que integran la Red Pública, el respectivo Servicio de Salud en el cual está inscrito este beneficiario, deberá realizar las gestiones tendientes a trasladarlo a la Red Pública, o a otro establecimiento privado con el cual exista convenio. Los gastos de traslado serán de cargo del Servicio de Salud. La demora, negligencia o retardo en el traslado del beneficiario, será de cargo y responsabilidad del respectivo Servicio de Salud.

7. Si el traslado no es posible, y el beneficiario debe permanecer en el establecimiento privado, no obstante haber manifestado su voluntad, por sí o por medio de su representante, de trasladarse a un establecimiento de la Red Asistencial, la cuenta generada debe ser enviada al Fondo Nacional de Salud, que la validará y pagará directamente al prestador privado, el valor de las prestaciones de acuerdo al nivel en que se encuentre inscrito el prestador en el Rol de Modalidad de Libre Elección, de acuerdo al Arancel y normativa.

8. El Fondo Nacional de Salud pagará la cuenta señalada en el numeral 7, con cargo al presupuesto de los Servicios de Salud. Para ello, los Servicios de Salud deberán otorgar mandato especial al Director del Fondo Nacional de Salud, para que en su representación y con cargo a los recursos que Fondo Nacional de Salud administra centralizadamente pague a los prestadores privados las atenciones de salud otorgadas con posterioridad a la certificación de estabilización, en la medida que los beneficiarios o sus representantes hayan optado oportunamente por la Modalidad Institucional.


JEFE SUBDPTO. DE ADMINISTRACIÓN
MINISTRO DE FE
FONDO NACIONAL DE SALUD

9. La presente Resolución comenzará a regir a contar del 1 de Noviembre de 2014, fecha desde la cual quedará derogada la Resolución Exenta 2C/Nº 4553, de 18 de octubre de 2010, del Fondo Nacional de Salud, será publicada en el Diario Oficial, e incorporada al Portal del Fondo Nacional de Salud (www.fonasa.cl) para su permanente consulta.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE



Jeanette Vega
DRA. JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

[Handwritten signature]
BR/CMV/GSP/LBA
23/10/2014

DISTRIBUCIÓN:

- * Dirección Nacional
- * Fiscalía
- * Jefes de Departamentos
- * Direcciones Zonales
- * Jefes de Subdepartamentos
- * Oficina de Partes

[Handwritten signature]

JEFE SUBDPTO. DE ADMINISTRACIÓN
MINISTRO DE FE
FONDO NACIONAL DE SALUD

[Handwritten signature]
COPIA FIEL AL ORIGINAL
MINISTRO DE FE
FONDO NACIONAL DE SALUD

- 1) Gastos de representación, protocolo y ceremonial.
 - 2) Servicios de publicidad.
 - 3) Desarrollo y explotación de sistemas informáticos.
 - 4) Déficit Cajas de Compensación de Asignación Familiar.
 - 5) Otros servicios técnicos y profesionales subtítulo 22.
 - 6) Devolución de cotizaciones mal enteradas.
- B. En el Jefe del Subdepartamento de Finanzas, sea que quien lo ejerza lo haga en calidad de titular, suplente o subrogante, la facultad de firmar en plataforma bancaria montos sin restricciones, en los siguientes movimientos de fondos:
- 1) Licitaciones, contratos y/o convenios marco por mantenimiento y reparación de edificaciones.
 - 2) Compras de prestaciones licitadas o compras directas de servicios a privados, transferencias corrientes subtítulo 24 asignaciones 01.
 - 3) Honorarios suma alzada, subtítulo 21.
 - 4) Prestadores Modalidad Libre Elección.
 - 5) Declaración de impuestos mensuales.
 - 6) Refrendaciones de todo gasto de los subtítulos 21, 22 y 29 por montos superiores a M\$15.000.-
- C. En el Jefe de la Sección Tesorería, sea que quien lo ejerza lo haga en calidad de titular, suplente o subrogante, la facultad de firmar en plataforma bancaria como primera firma de las transferencias bancarias y pagos que deba realizar el Fondo Nacional de Salud montos sin restricciones.
- D. En el Jefe de la Sección Presupuesto la facultad de firmar refrendaciones de todo gasto de los subtítulos 21, 22 y 29 hasta un monto de M\$15.000.-

Dos. Designase como ministros de fe para certificar los hechos que en cada caso se indican a las siguientes jefaturas:

- A. En el Jefe del Subdepartamento de Finanzas, sea que quien lo ejerza lo haga en calidad de titular, suplente o subrogante, la certificación presupuestaria de todo gasto de los subtítulos 21, 22 y 29 por montos superiores a M\$15.000.-
- B. En el Jefe de la Sección Presupuesto la certificación presupuestaria de todo gasto de los subtítulos 21, 22 y 29 hasta un monto de M\$15.000.-

Anótese, comuníquese, publíquese en el Diario Oficial y archívese.- Jeanette Vega Morales, Directora Nacional.

MODIFICA RESOLUCIÓN 3E/N° 4.618 EXENTA, DE 2 DE AGOSTO DE 2012, EN LA FORMA QUE INDICA

Núm. 4A/3.270 exenta.- Santiago, 10 de octubre de 2014.- Vistos estos antecedentes: la resolución exenta 3E/N° 4.618, de 2 de agosto de 2012, de este Servicio;

Considerando:

Primero: Que por resolución exenta 3E/N° 4.618, de 2 de agosto de 2012, de esta Dirección, se aprobó un nuevo procedimiento para solicitar y resolver las solicitudes de condonación de copagos por prestaciones en Modalidad de Atención Institucional y se delegó la facultad respectiva en el Director Zonal Centro Norte; en el Director Zonal Norte; en el Director Zonal Centro Sur; en el Director Zonal Sur; sus subrogantes o suplentes, según corresponda, en los casos que se presenten en el respectivo territorio de su jurisdicción, manteniéndose tal facultad en el Director Nacional respecto del territorio correspondiente a la Región Metropolitana y a la VI Región;

Segundo: Que, con el objeto de mejorar la eficiencia en la resolución de las solicitudes que se presenten respecto del territorio correspondiente a la Región Metropolitana y a la VI Región, es necesario delegar la facultad prevista en el inciso sexto del artículo 161 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, de condonar total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, la diferencia de cargo del afiliado, por concepto de pago de prestaciones médicas otorgadas en la Modalidad Institucional, en el Jefe del Departamento Gestión Financiera del Seguro, su subrogante o suplente, según corresponda, y

Teniendo presente lo dispuesto en los preceptos citados en la parte considerativa; en los artículos 3 y 5 de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la ley N° 19.880, que establece Bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado; en los artículos 52 y 53 letra a) y g) del decreto con fuerza de ley N° 1, de

2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N° 46, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud; así como lo establecido en la resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; dicto la siguiente:

Resolución:

Uno. Modifícase la resolución exenta 3E/N° 4.618, de 2 de agosto de 2012, de este Servicio, en los siguientes términos:

- A. Sustitúyase en su resuelto 1.- el texto que dice: "respecto del territorio correspondiente a la Región Metropolitana y a la VI Región, esta facultad queda radicada en el Director Nacional", por el siguiente texto: "y en el Jefe del Departamento Gestión Financiera del Seguro, su subrogante o suplente, según corresponda, respecto del territorio correspondiente a la Región Metropolitana y a la VI Región".

Dos. Publíquese la presente resolución en el Diario Oficial, fecha desde la cual entrará en vigencia.

Anótese y comuníquese.- Jeanette Vega Morales, Directora Nacional.

INSTRUYE RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL FONASA EN SITUACIONES DE URGENCIA VITAL O CON RIESGO DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE Y DE ATENCIONES POST ESTABILIZACIÓN Y DEJA SIN EFECTO R.E. 2C/N° 4.553, DE 18 DE OCTUBRE DE 2010

Núm. 4A/3.557 exenta.- Santiago, 24 de octubre de 2014.- Visto: Lo dispuesto en el DFL N° 1, de 2005, en el DS N° 369, de 1985, ambos del Ministerio de Salud; la ley N° 19.880; el DFL N° 1-19.653, de la Secretaría General de la Presidencia, de 2001; la resolución exenta 3A/N° 1.455, de 2002 y sus modificaciones, todas del Fondo Nacional de Salud; el nombramiento contenido en el decreto supremo N° 46, de 2014, del Ministerio de Salud, y la resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, y

Considerando:

1. Que la ley y N° 19.650 tuvo por objeto garantizar el acceso a las prestaciones de salud, en situaciones de emergencia o urgencia de riesgo vital o de secuela funcional grave, sin condicionar dichas atenciones a las garantías de pago.
2. La necesidad de facilitar el acceso a las prestaciones de salud a los afiliados y beneficiarios del Libro II del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en situaciones excepcionales y transitorias que afecten su salud.
3. Que el artículo 141 inciso 3° del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, señala expresamente la responsabilidad legal del Fondo Nacional de Salud, de pagar al prestador, la totalidad de las atenciones médicas otorgadas durante una situación de urgencia o emergencia vital o de secuela funcional grave.
4. Que, por su parte, el artículo 29 del ya referido DFL N° 1, establece que los Servicios de Salud se financiarán con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud.
5. Que, lo expuesto, constituye fundamento suficiente para dictar la siguiente:

Resolución:

1. El financiamiento de las atenciones de salud de los beneficiarios del Libro II del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, que haya significado su ingreso a un establecimiento asistencial privado, corresponde íntegramente al Fondo Nacional de Salud hasta que la situación de urgencia haya cesado.
2. El establecimiento asistencial al que haya ingresado el beneficiario en esta condición, comunicará esta situación a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) que corresponda a la jurisdicción del establecimiento, para hacer efectiva la responsabilidad financiera del Fondo Nacional de Salud.
3. Las atenciones otorgadas durante una situación de emergencia con riesgo vital o de secuela funcional grave serán pagadas por el Fondo Nacional de Salud al prestador, a través de los respectivos Programas de Atención de Emergencia (PAE), establecidos en el grupo 28 del Arancel de Libre Elección.

- Para lo anterior, el prestador deberá adjuntar las cuentas, con el detalle de las prestaciones, insumos y medicamentos utilizados en la hospitalización, además de la copia del certificado de estabilización, del alta o del fallecimiento del paciente, según corresponda.
4. En el caso que la situación de urgencia vital o de secuela funcional grave termine con la certificación médica de estabilización, el beneficiario o sus representantes, según el caso, y el establecimiento asistencial, tendrán la responsabilidad de comunicar a la Unidad de Gestión Centralizada de Camas de la Región, y al Servicio de Salud que corresponda, por algún medio fehaciente, la estabilización del beneficiario y la opción de modalidad elegida por éste, para que se proceda a la gestión asistencial de este requerimiento, y se cumpla con la decisión de Modalidad de Atención.
 5. Si el beneficiario o sus representantes optan por la Modalidad de Libre Elección, y el establecimiento privado en el cual está internado es un prestador inscrito, la atención de salud posterior a la estabilización se registrará por esta Modalidad, siendo de competencia exclusiva del Fondo Nacional de Salud, en su calidad de administrador y fiscalizador de la misma, el financiamiento de estas atenciones según las normas legales y reglamentarias sobre la materia.
 6. Si el beneficiario opta por la Modalidad de Atención Institucional, y el prestador no es de aquellos que integran la Red Pública, el respectivo Servicio de Salud en el cual está inscrito este beneficiario, deberá realizar las gestiones tendientes a trasladarlo a la Red Pública, o a otro establecimiento privado con el cual exista convenio. Los gastos de traslado serán de cargo del Servicio de Salud. La demora, negligencia o retardo en el traslado del beneficiario, será de cargo y responsabilidad del respectivo Servicio de Salud.
 7. Si el traslado no es posible, y el beneficiario debe permanecer en el establecimiento privado, no obstante haber manifestado su voluntad, por sí o por medio de su representante, de trasladarse a un establecimiento de la Red Asistencial, la cuenta generada debe ser enviada al Fondo Nacional de Salud, que la validará y pagará directamente al prestador privado, el valor de las prestaciones de acuerdo al nivel en que se encuentre inscrito el prestador en el Rol de Modalidad de Libre Elección, de acuerdo al Arancel y normativa.
 8. El Fondo Nacional de Salud pagará la cuenta señalada en el numeral 7, con cargo al presupuesto de los Servicios de Salud. Para ello, los Servicios de Salud deberán otorgar mandato especial al Director del Fondo Nacional de Salud, para que en su representación y con cargo a los recursos que Fondo Nacional de Salud administra centralizadamente pague a los prestadores privados las atenciones de salud otorgadas con posterioridad a la certificación de estabilización, en la medida que los beneficiarios o sus representantes hayan optado oportunamente por la Modalidad Institucional.
 9. La presente resolución comenzará a regir a contar del 1 de noviembre de 2014, fecha desde la cual quedará derogada la resolución exenta 2C/N° 4.553, de 18 de octubre de 2010, del Fondo Nacional de Salud, será publicada en el Diario Oficial, e incorporada al Portal del Fondo Nacional de Salud (www.fonasa.cl) para su permanente consulta.

Anótese, comuníquese, publíquese en el Diario Oficial y archívese.- Jeanette Vega Morales, Directora Nacional.

MODIFICA RESOLUCIÓN 3.E/N°2.843 EXENTA, DE 22 DE AGOSTO DE 2014, DE ESTE SERVICIO, QUE ESTABLECE PORCENTAJES DE PRÉSTAMOS MÉDICOS PARA PRESTACIONES QUE INDICA

Núm. 4A/3.104 exenta.- Santiago, 23 de septiembre de 2014.- Vistos estos antecedentes: la resolución exenta 3.E/N° 2.843, de 22 de agosto de 2014, de este Servicio;

Considerando:

Primero: Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 162 inciso 1° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, "los afiliados del Régimen podrán solicitar al Fondo Nacional de Salud, el otorgamiento de préstamos para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que ellos deban pagar, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 143 y 161, inciso quinto" de la misma ley. A tales efectos, el inciso segundo de la disposición en cita señala que dichos préstamos se otorgarán con cargo a un "Fondo de Préstamos Médicos", que se formará con los recursos que le asigne el Fondo Nacional de Salud en su presupuesto y las amortizaciones e intereses penales de los préstamos otorgados;

Segundo: Que, a su turno el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, contenido en el decreto supremo 369, de 1985, del Ministerio de Salud, desarrolla la normativa legal señalada precedentemente, y en lo que interesa a esta resolución, en los siguientes términos:

- a) Su artículo 65 dispone que "los afiliados tendrán derecho a solicitar al Fondo el otorgamiento de préstamos destinados a financiar en todo o parte el valor de las prestaciones que ellos deban pagar y que requieran para sí o para los beneficiarios que de ellos dependen";
- b) El artículo 66 agrega que los préstamos serán otorgados por el Fonasa con cargo al Fondo de Préstamos Médicos "en la medida que sus recursos lo permitan, para cuyo efecto calificará su procedencia y garantías, percibirá su pago y arbitrará todas las medidas que sean pertinentes para su otorgamiento y recuperación en conformidad a la ley"; y
- c) El artículo 68 precisa que "el monto máximo que podrá otorgarse como préstamo será equivalente a la parte no bonificada de la prestación, de acuerdo a su valor arancelario".

Tercero: Que, como puede colegirse de las normas en cita, el ejercicio del derecho de los afiliados de Fonasa a solicitar préstamos médicos se encuentra condicionado, entre otros aspectos, por la disponibilidad financiera que exista en el Fondo de Préstamos Médicos creado para tales efectos. Bajo tal predicamento, y considerando que los préstamos pueden otorgarse para financiar en todo o parte el valor de las prestaciones correspondientes, resulta pertinente y razonable que este Servicio establezca reglas destinadas a distribuir de manera equitativa los recursos disponibles para estos fines. Lo dicho se ha materializado en la dictación de la resolución exenta 3.E/N° 2.843, de 22 de agosto de 2014, de este Servicio, que establece porcentajes máximos en relación con el valor del copago que podrá otorgarse como préstamos médicos a los afiliados respecto de prestaciones que indica;

Cuarto: Que no obstante lo señalado en el considerando precedente, existen casos excepcionales y calificados en los cuales resulta procedente superar los montos máximos fijados en la resolución exenta 3.E/N° 2.843, de 22 de agosto de 2014, toda vez que ello resulta ser el único medio a través del cual se puede garantizar el acceso y cobertura a las prestaciones médicas necesarias para garantizar la protección de su salud de beneficiarios determinados. Sobre esto, cabe tener presente lo ya razonado anteriormente por este Servicio, en el sentido que las autolimitaciones o regulaciones objetivas que una autoridad determine para el ejercicio de una facultad discrecional de la que está dotada -calidad que corresponde a la prerrogativa de determinar el monto a financiar con préstamos médicos-, no pueden llegar a entorpecer su ejercicio ni su finalidad, de manera que tales criterios objetivos deben establecerse para una mejor aplicación de la atribución, y, en ningún caso, para entorpecerla o desnaturalizarla, como ocurriría en la especie, si el monto máximo de préstamo fijado en la resolución exenta 3.E/N° 2.843, de 2014, dificulta otorgar una asistencia económica adecuada y justa al afiliado que se encuentra en una situación socio-económica afectiva, o, que por cualquier otra razón justificada requiere obtener un préstamo por una cantidad mayor a dicho porcentaje, y

Teniendo presente lo dispuesto en los preceptos citados en la parte considerativa; en los artículos 3 y 5 de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la ley N° 19.880, que establece Bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado; en los artículos 52 y 53 letra a) del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N° 46, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud; así como lo establecido en la resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; dicto la siguiente:

Resolución:

Modifícase la resolución exenta 3.E/N° 2.843, de 22 de agosto de 2014, de este Servicio, de la siguiente forma:

1. Incorpórase en su parte resolutive el siguiente número 3 nuevo, pasando los actuales números 3 y 4 a ser los números 4 y 5, respectivamente:

"3.- Con todo, la Directora Nacional del Fondo Nacional de Salud, mediante resolución fundada, podrá, cuando circunstancias excepcionales y calificadas lo ameriten, otorgar préstamos médicos respecto de prestaciones no señaladas en los números anteriores o por montos superiores a los porcentajes allí fijados."

Anótese, comuníquese, publíquese en el Diario Oficial y archívese.- Jeanette Vega Morales, Directora Nacional.