

FONASA

EN 100 PREGUNTAS

Guía práctica para los asegurados



FONASA

EN 100 PREGUNTAS

Guía práctica para los asegurados

ÍNDICE

6	PRESENTACIÓN	
8	ASPECTOS GENERALES DE FONASA	
	• ¿Qué es Fonasa?	9
	• ¿Cuál es la misión de Fonasa?	
	• ¿Cuáles son los principales roles de Fonasa?	
	• ¿Cuánto representa el gasto en salud en relación al Producto Interno Bruto (PIB) de Chile?	10
	• ¿Es lo mismo Fonasa que los hospitales públicos?	
	• ¿Cuántas personas pertenecen a Fonasa?	
11	QUÉ OFRECE FONASA	
	• ¿Por qué conviene estar en Fonasa?	12
	• ¿Hay planes de salud en Fonasa?	
	• ¿Hay que pagar para estar en Fonasa?	13
	• ¿Qué pasa con las atenciones que son muy caras y poco frecuentes, como un trasplante, por ejemplo?	
	• ¿Pueden los asegurados de Fonasa contratar un seguro catastrófico adicional?	
	• ¿Qué atención se entrega a los asegurados de Fonasa en los consultorios?	14
	• ¿Y qué atención se entrega en los hospitales públicos?	
	• ¿Cómo accedo a la atención en el hospital público?	15
	• ¿Qué atención se entrega en los hospitales y clínicas privadas?	
16	CÓMO ASEGURARSE EN FONASA	
	• ¿Quiénes pueden asegurarse en Fonasa?	17
	• ¿Quiénes pueden ser carga?	
	• ¿Qué pasa si soy extranjero?	18
	• ¿Hay convenios con otros países?	
	• ¿Qué pasa si soy independiente?	19
	• Yo trabajo a honorarios y quisiera inscribirme en Fonasa, ¿qué porcentaje de mi salario debo destinar para tener cobertura en salud?	
	• ¿Qué significan los tramos en que uno queda acreditado en Fonasa?	
	• ¿Qué pasa si mi marido queda cesante y quiero inscribirlo como carga mía?	20
	• ¿Qué hago si soy trabajador temporero?	
	• ¿Y si quedo cesante?	
	• ¿Un pensionado de Capredena o Dipreca puede acreditarse en Fonasa?	21
	• Una vez que hago uso del seguro de cesantía y posteriormente encuentro trabajo, ¿debo realizar nuevamente los trámites de incorporación a Fonasa o es automático?	

<ul style="list-style-type: none"> · ¿Qué hago si me desafilé de una isapre y quiero ingresar a Fonasa? · ¿Qué pasa si uno aparece bloqueado en Fonasa porque no se han pagado las cotizaciones, siendo que todos los meses me descuentan el 7%? · ¿Qué pasa si mi ingreso es variable y sube o baja dependiendo, por ejemplo, de las comisiones? ¿Cambio de tramo en forma automática? 	<p>22</p>
23 ROL FINANCIERO DE FONASA	
<ul style="list-style-type: none"> · ¿Fonasa financia la atención en los hospitales públicos? · ¿Y cómo se está solucionando? · ¿El mismo sistema de financiamiento se usa en los consultorios? · ¿Cómo se sabe cuánta gente hay en cada consultorio? · ¿Cómo se soluciona ese problema? · En mi consultorio se atiende gratis gente que tiene plata. Eso es injusto para los que realmente no podemos pagar, ¿qué se puede hacer? · ¿Y eso en qué me afecta? 	<p>24</p> <p>25</p> <p>26</p>
27 ACCESO A LOS BENEFICIOS	
<ul style="list-style-type: none"> · Si soy del tramo A, ¿puedo atenderme con un médico particular? · ¿Cuánto es el mínimo por el que debo cotizar en Fonasa para usar los beneficios de la Libre Elección? · ¿Quiénes pueden comprar bonos? · ¿Cuánto tiempo cubre Fonasa cuando uno queda sin contrato? · Si estoy en el tramo D, ¿tengo que pagar distinto por atenderme con un médico o centro privado? · ¿Qué pasa si recibo una Pensión Básica Solidaria? ¿Puedo atenderme en el sector privado? · ¿Y si soy del Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud y Derecho (PRAIS)? · Yo tenía una Pensión Asistencial (Pasis) y nunca he podido comprar bonos, ¿puedo hacerlo ahora? 	<p>28</p> <p>29</p> <p>30</p>
31 AUGE	
<ul style="list-style-type: none"> · ¿Qué significa Auge o GES? · ¿Es cierto que terminaron las listas de espera del Auge? · ¿Cómo sé si mi enfermedad está en el Auge? · ¿Cómo puedo ser atendido por el Auge? · ¿Se necesitan pagos adicionales en la cotización para recibir los beneficios del Auge? · ¿El Auge es gratis? · ¿Cuánto tengo que esperar para que me atiendan por el Auge? 	<p>32</p> <p>33</p> <p>34</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▸ ¿Qué hago si no se cumple alguna de mis garantías Auge? 35 ▸ ¿Qué es el bono Auge? ▸ Si soy pensionada, ¿tengo derecho al bono Auge Fonasa? Y si soy A, aunque no pague, ¿puedo usar el bono Auge? 	35
<ul style="list-style-type: none"> ▸ Si vivo fuera de Santiago y me asignan una clínica en la capital, ¿el bono Auge contempla el traslado? ▸ Si el bono Auge lo debo retirar en una sucursal Fonasa, ¿puede ir mi marido? ▸ ¿Cuál es el costo del bono Auge para el asegurado? ▸ ¿Y si la atención es en una clínica privada, me cobran más? 	36
<ul style="list-style-type: none"> ▸ ¿El bono Auge lo puedo recibir si soy Isapre? ▸ Si tengo una urgencia, ¿el Auge me cubre si me atiendo en una clínica? ▸ ¿El Auge funciona igual en Fonasa que en las Isapres? ▸ ¿Y qué pasa con las enfermedades que no son del Auge? 	37
<p>39 LIBRE ELECCIÓN FONASA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Si estoy en Fonasa, ¿puedo atenderme en consultas médicas privadas? ▸ ¿A qué atenciones tengo derecho? ▸ ¿Uno se puede atender en todos los establecimientos privados? ▸ ¿Cuánto cuesta atenderse en consultas privadas? ▸ ¿Qué pasa si quiero operarme en una clínica? ▸ ¿Qué enfermedades están en el PAD? ▸ ¿Y si no tengo para pagar? ▸ ¿Es cierto que hay un paquete especial de atención con nutricionista? ▸ Dicen que no es necesario ir a un oftalmólogo para que se receten lentes, ¿es efectivo? ▸ ¿Y qué pasa con los dentistas? 	38
<p>44 PROGRAMA DE FERTILIZACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ ¿En qué están los programas de fertilización? 	40
<p>46 BENEFICIO ADULTOS MAYORES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ ¿Qué beneficios existen para los adultos mayores en Fonasa? 	41
<p>49 ELIMINACIÓN 7%</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ ¿Qué pasa con los pensionados a los que se les eliminó el 7% de cotización para salud? ▸ Yo soy pensionado y no tuve la eliminación del 7%, ¿por qué? 	42
	43
	44
	45
	46
	47
	48
	49
	50

51	FONASA Y LAS ORGANIZACIONES SOCIALES	
	▪ ¿Cuál es la relación de Fonasa con organizaciones sociales?	52
53	LICENCIAS MÉDICAS	
	▪ Muchas veces he tenido problemas para que me paguen mi licencia médica, pues se demoran mucho, ¿qué se puede hacer?	54
	▪ Me rechazaron mi licencia médica, ¿qué se debe hacer?	
	▪ ¿Y qué alternativa existe?	
	▪ ¿La licencia electrónica se puede emitir sólo en las consultas privadas?	55
	▪ ¿Y el empleador, debe tener el sistema?	
	▪ ¿Y el sistema electrónico de licencias ayuda a evitar fraudes?	
	▪ ¿Es muy grave el tema del fraude con licencias médicas?	56
	▪ ¿Y qué se está haciendo para impedirlo?	
57	RED DE SERVICIOS FONASA	
	▪ ¿Cuántas sucursales tiene Fonasa en el país?	58
	▪ ¿Qué se ha hecho en las oficinas en beneficio de los asegurados?	
	▪ ¿Cómo puedo comunicarme con Fonasa?	59
60	CÓMO OPERA LA LEY DE URGENCIA	
	▪ He escuchado mucho de la ley de urgencia vital, ¿en qué consiste?	61
	▪ ¿Qué situaciones son realmente de urgencia vital?	
	▪ ¿Y cómo se demuestra que es urgencia vital?	
	▪ ¿Tengo que pagar esa atención?	
	▪ ¿Tengo que pagar algo antes de ser atendido bajo la ley de urgencia vital?	62
63	LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES	
	▪ ¿Qué es la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes?	64
65	IMAGEN DE FONASA	
	▪ ¿Qué es mejor: Fonasa o Isapres?	66
	▪ ¿Es decir que Fonasa entrega una atención de calidad?	
	▪ ¿Son estudios independientes?	
	▪ ¿Y qué pasa si se compara con las Isapres?	67
	▪ ¿Eso es reconocido por el Gobierno?	

PRESENTACIÓN

El tiempo pasa rápido y ya cumplimos en Fonasa tres años desde que asumió este Gobierno. Ha sido un trabajo arduo que empieza a mostrar con claridad los grandes avances para nuestro récord histórico de asegurados, que alcanza a 13.422.221. Estamos confiados que se verán todavía muchos beneficios, más importantes y permanentes.

Aunque se ha avanzado mucho, existen todavía temas pendientes acumulados por años. Para nosotros es prioridad transparentarlos para tratar de solucionarlos, por lo que escuchar a nuestros asegurados es muy importante.

Como una forma de organizar las comunicaciones con sus 13,4 millones de asegurados, Fonasa está en contacto periódico a través de los 35 Consejos de la Sociedad Civil que agrupa a más de 300 consejeros a nivel nacional.

Para potenciar lo anterior, hemos realizado permanentemente diálogos ciudadanos, así como innumerables entrevistas en radio y televisión, permitiendo así un extenso espacio para que todos los participantes pudieran manifestar sus dudas, inquietudes u opiniones.

Además, Fonasa, solo en el año que recién pasó, recibió 1.475.000 consultas a través de sus oficinas, con cartas y medios electrónicos.

Producto de lo anterior, hemos podido constatar que ciertas consultas se repiten constantemente, por lo que hemos preparado esta publicación que reúne las 100 preguntas de mayor frecuencia y esperamos pueda ser de utilidad para difundir los beneficios y derechos de nuestros asegurados.

FONDO NACIONAL DE SALUD



ASPECTOS GENERALES DE FONASA

1.

¿Qué es Fonasa?

Fonasa (Fondo Nacional de Salud) es el asegurador público de salud que da cobertura a todas aquellas personas que mensualmente pagan el 7% de su sueldo para salud (trabajadores dependientes, independientes y pensionados). Asimismo, cubre a las personas cesantes, aquellas que carecen de recursos propios y a quienes reciben el Subsidio Único Familiar. Es una entidad autónoma, que, además, debe velar porque los recursos financieros le lleguen debidamente a sus asegurados.

2.

¿Cuál es la misión de Fonasa?

La misión de Fonasa es ser un seguro orientado a satisfacer necesidades de salud de sus asegurados, otorgando el financiamiento de las prestaciones de salud y resguardando un eficiente manejo financiero de los recursos destinados a estos fines.

3.

¿Cuáles son los principales roles de Fonasa?

En términos generales son tres. El primer rol es el de seguro público de salud, es decir, identificar a los asegurados cubriendo sus necesidades de salud e informándoles adecuadamente sobre sus derechos. El segundo corresponde al financiero: recaudar, administrar y distribuir los recursos del sector salud, financiar las prestaciones de salud otorgadas a los beneficiarios y asegurar que los recursos efectivamente lleguen a los asegurados de Fonasa. Su tercer rol es el de fiscalizador, esto es, resguardar el correcto uso del seguro público de salud mediante la fiscalización de cotizaciones y prestaciones.

4.

¿Cuánto representa el gasto en salud en relación al Producto Interno Bruto (PIB) de Chile?

Representa un 7,9% del PIB, del cual un 52% corresponde a aporte privado y un 48% a aporte fiscal. (Fuente: Organización Mundial de la Salud, OMS).

5.

¿Es lo mismo Fonasa que los hospitales públicos?

No es lo mismo. Fonasa es un asegurador que otorga cobertura de salud a sus asegurados, tanto en la red pública como en la privada a través del financiamiento de las atenciones. Para eso, compra prestaciones de salud en el sistema público (hospitales y consultorios), así como en el privado (consultas médicas privadas, centros de salud, hospitales privados y clínicas, mutuales y laboratorios).

6.

¿Cuántas personas pertenecen a Fonasa?

En 2012, Fonasa alcanzó una cifra histórica de asegurados: 13, 4 millones de personas, lo que significa el 80% de la población nacional. Esto, sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso, número de cargas familiares ni enfermedades preexistentes. No sólo eso: dentro de nuestros asegurados está el 91% de los adultos mayores.





QUÉ OFRECE FONASA

7.

¿Por qué conviene estar en Fonasa?

Fonasa, a diferencia de otros sistemas, es un seguro universal y también solidario que otorga cobertura de salud a sus asegurados. Esto es, que las personas, independiente del monto de sus aportes, edad, género y condición de salud acceden a las mismas prestaciones contempladas en el arancel y las cotizaciones de unos permiten financiar la salud de quienes no pueden hacerlo. Fonasa es una institución que recibe a todos quienes quieran ingresar, sin condiciones. El afiliado sólo cotiza el 7% de su remuneración mensual y con ello queda cubierto él y todas sus cargas familiares, sin importar el número, el sexo, la edad o las enfermedades preexistentes. También quedan cubiertos en Fonasa los que carecen de recursos.

8.

¿Hay planes de salud en Fonasa?

No. Todos los asegurados tienen derecho a acceder a las mismas prestaciones de salud contempladas en el Arancel, independiente de si cotizan o no para salud. La diferencia está en el copago que deben hacer los asegurados que acceden a la atención de salud en la Modalidad Institucional o en la Libre Elección de Fonasa.

Por ejemplo, en la red pública o Modalidad Institucional todos los asegurados se atienden gratuitamente en los consultorios. Y en los hospitales públicos pagan de acuerdo a su tramo de ingreso: el A y B, así como los asegurados que tienen 60 años y más, no pagan por su atención y quienes están en los tramos C y D tienen un copago del 10% y 20%, respectivamente. En el caso de las atenciones dentales el copago es de un 30% para el tramo B, 50% para el tramo C y un 80% para el D.

En cambio, en la Libre Elección (a la que acceden quienes están en los tramos B, C y D) las personas hacen un copago en función del nivel de inscripción del prestador en convenio con Fonasa (niveles 1,2 ó 3) para consultas médicas (generales y de especialidad), exámenes de laboratorio e imagenología, salud oral, cirugías (con días cama, derecho a pabellón y honorarios médicos), radioterapia, siquiatria.

9.

¿Hay que pagar para estar en Fonasa?

Existe la obligación legal de cotizar para salud (7%) de todas aquellas personas que perciben ingresos, superiores al salario mínimo, sean dependientes, independientes o pensionados, con un mínimo equivalente al sueldo mínimo mensual y con un tope máximo de 70,3 UF (reajutable el 01 de enero de cada año).

10.

¿Qué pasa con las atenciones que son muy caras y poco frecuentes, como un trasplante, por ejemplo?

Para ese tipo de atenciones existen algunos programas de prestaciones complejas que, debidamente certificados por el médico tratante, son financiadas por Fonasa y se resuelven en establecimientos públicos y privados previamente autorizados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, dependiente del Ministerio de Salud. De este modo, existe 100% de cobertura financiera para todos los asegurados, independiente de su tramo (A, B, C ó D) en los tratamientos e intervenciones quirúrgicas incluidas en este Programa, como Hemodiálisis y Peritoneodiálisis, Prestaciones Cardioquirúrgicas, Prestaciones Neuroquirúrgicas, Escoliosis, Trasplante Renal, Trasplante Hepático, Atención Integral al Paciente Fisurado, Atención de Urgencia al Paciente Quemado, Atención de Urgencia al Paciente con Trauma Complejo, Prestaciones del Grupo Quimioterapia, Prestaciones del Grupo Radioterapia y Tratamiento Farmacológico del VIH.

11.

¿Pueden los asegurados de Fonasa contratar un seguro catastrófico adicional?

Sí. El ser asegurado de Fonasa no impide que se contraten seguros catastróficos o complementarios con compañías de seguros. Se trata de una decisión individual de las personas.

12.

¿Qué atención se entrega a los asegurados de Fonasa en los consultorios?

En un consultorio de atención primaria, que es el primer acceso a la atención, se realizan acciones de promoción, que apuntan al autocuidado: dejar de fumar, cuidado con el medio ambiente, alimentarse en forma saludable, entre otras. De prevención, como controles de salud, vacunas, entrega de alimentos a niños, embarazadas, puérperas, adultos mayores; técnicas de cepillado de dientes, sellantes de piezas dentarias, etc. Así también se tratan enfermedades agudas y crónicas y se realizan cirugías menores, visitas a pacientes postrados, consultas oftalmológicas, consultas de otorrino, entrega de lentes y de audífonos, además de rehabilitación y tratamiento de personas con secuelas de enfermedades.

En el caso de las mujeres embarazadas, tienen derecho por ley, de acceder gratuitamente a las atenciones de salud en la red pública, para el control del embarazo y puerperio (hasta 6 meses después del parto). Los recién nacidos y menores de hasta 6 años de edad, también tienen derecho a los controles de salud que se especifiquen en los programas que apruebe el Ministerio de Salud.

Además, todos los asegurados podrán solicitar gratis el Examen de Medicina Preventiva, según edad y condición de salud.

13.

¿Y qué atención se entrega en los hospitales públicos?

Los asegurados de Fonasa acceden a atención hospitalizada de distintos tipos de resolución, dependiendo de la clasificación de complejidad de los hospitales públicos que define el Ministerio de Salud.

Sin embargo, está asegurada la atención en la red asistencial entre hospitales públicos para facilitar el acceso a hospitalización y tratamiento, según la necesidad de atención que requiera el paciente.

14.

¿Cómo accedo a la atención en el hospital público?

Lo habitual es que sea por derivación desde los consultorios a los centros de especialidad y de éstos a los servicios de hospitalización. Cuando se trate de una urgencia, serán atendidos en el servicio de urgencia que tenga el hospital, ya sea dirigiéndose directamente o a través de derivación de un Servicio de Atención Primaria de Urgencia, SAPU.

15.

¿Qué atención se entrega en los hospitales y clínicas privadas?

Los asegurados de Fonasa que están en la Libre Elección pueden acceder a atención hospitalizada, programada o de urgencia, atención ambulatoria, exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, siempre que los hospitales y clínicas privadas estén registradas con convenio en Fonasa.

Los hospitales privados, tales como hospitales universitarios o de las Fuerzas Armadas y las mutuales y clínicas privadas, pueden atender también a pacientes de cualquier tramo de ingreso (A, B, C ó D) que sean derivados desde un hospital público, con la adecuada certificación y asumiendo el costo de la atención el hospital público que lo deriva.





CÓMO ASEGURARSE EN FONASA

16.

¿Quiénes pueden asegurarse en Fonasa?

Pueden asegurarse todas las personas, salvo quienes han suscrito contrato con alguna Isapre o pertenezcan a las Fuerzas Armadas. En Fonasa la cobertura de salud está garantizada para todo el que la solicite, sin que importe la edad, el nivel de ingresos, las preexistencias médicas, ni el sexo u origen de una persona. De ahí el valor de su sello universal y solidario.

17.

¿Quiénes pueden ser carga?

Los hijos propios y los adoptados hasta los 18 años. También los nietos y bisnietos huérfanos de padre y madre o que han sido abandonados. A partir de los 18 años y hasta los 24 se mantiene la condición de carga, siempre que la persona sea soltera y acredite que sigue cursos en la enseñanza media normal, técnica, especializada o superior, ya sea en instituciones del Estado o reconocidas por éste. Pasada esa edad o si dejan de estudiar, existe la opción de que sean clasificados como carentes de recursos, o bien pueden ingresar al sistema al cotizar como independientes si trabajan en esa condición.

Los ascendientes mayores de 65 años (padres, abuelos, bisabuelos que no tengan renta y que vivan a expensas del asegurado), pueden ser cargas familiares.

También la madre viuda, podrá ser carga de algún hijo sin requisito de edad, pero siempre que no reciba ingreso alguno y viva a expensas de ese hijo.

En todo caso, las cargas familiares deben reconocerse ante el respectivo empleador, entidad previsional o Caja de Compensación. Excepcionalmente, los asegurados que cotizan en forma independiente, se acreditan directamente en cualquier sucursal de Fonasa.

18.

¿Qué pasa si soy extranjero?

Existen dos situaciones: los extranjeros que tienen cédula de identidad y los que no. En el primer caso, esas personas gozan de los mismos derechos que cualquier chileno, es decir, pueden ser trabajadores activos, pasivos, dependientes, independientes y por tanto cotizar, o ser carentes de recursos. Quienes no tienen cédula de identidad son considerados como particulares sin previsión, a menos que se trate de mujeres embarazadas (que reciben una visa temporaria y les permite atención gratuita en la red pública) o menores de 18 años (si están estudiando en establecimientos reconocidos por el Estado).

19.

¿Hay convenios con otros países?

El más importante es el suscrito con España. Este implica que los ciudadanos españoles pueden incorporarse a Fonasa presentando un Certificado de Estancia en Chile, ya sea habitual o temporal otorgado por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social de la ciudad en que reside en España, en el cual consten todos los datos de la persona y de su grupo familiar y el período de estadía en Chile. Por el contrario, cuando un asegurado cotizante de Fonasa viaje a España podrá solicitar un Certificado de Estancia en cualquier sucursal Fonasa, ya sea habitual o temporal, para ser presentado en España en la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social de la ciudad que visite.

Chile ha celebrado también convenios con algunos países de Europa y América Latina (Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Colombia, Dinamarca, Ecuador, EE.UU., Finlandia, Francia, Holanda, Luxemburgo, Noruega, Perú, Portugal, Canadá, República Checa, Suecia, Suiza, Uruguay), que protegen a los pensionados cotizantes y su grupo familiar. Para hacer efectivo este beneficio, las personas deben acudir a la Superintendencia de Pensiones donde se entregará el documento que deberán presentar en cualquier sucursal de Fonasa.

20.

¿Qué pasa si soy independiente?

Los independientes, como pequeños empresarios, taxistas o feriantes, por ejemplo, acceden a los beneficios de Fonasa una vez que hayan efectuado 6 cotizaciones previsionales, continuas o discontinuas, durante los 12 meses anteriores, acreditando estar al día en el pago de la última cotización.

21.

Yo trabajo a honorarios y quisiera inscribirme en Fonasa, ¿qué porcentaje de mi salario debo destinar para tener cobertura en salud?

En este caso, los trabajadores que “boletean” deben destinar el 7% de su remuneración a salud, con tope de 70,3 UF (reajustable el 01 de enero de cada año) además de cotizar en un régimen legal de previsión. Después de seis meses de cotizaciones, continuas o discontinuas, en un período de 12 meses (siempre con la última al día), pueden acceder a los beneficios en Fonasa.

22.

¿Qué significan los tramos en que uno queda acreditado en Fonasa?

En Fonasa, los que pueden, deben pagar. Por eso, los tramos tienen directa relación con el ingreso de las personas. Los asegurados del tramo A son carentes de recursos y no cotizan, y tienen atención gratuita en toda la red pública de salud. En el grupo B figuran las personas que tienen un ingreso mensual hasta el sueldo mínimo y en algunos casos cotizan en forma esporádica. En el tramo C están quienes tienen un ingreso mensual superior al salario mínimo y menor o igual a 1,46 veces el salario mínimo. Y en el tramo D, están los que reciben un ingreso mensual superior en 1,46 veces el salario mínimo. Además, en caso que una persona pertenezca, de acuerdo a sus ingresos, al tramo C, pero acredite tres o más cargas familiares,

automáticamente queda reclasificada en tramo B. Lo mismo ocurre con una persona clasificada en tramo D y que acredite tener tres o más cargas familiares, pasa automáticamente al tramo C.

23.

¿Qué pasa si mi marido queda cesante y quiero inscribirlo como carga mía?

Aunque pueda parecer injusto, por ley los maridos no pueden ser carga de las cónyuges, a no ser que él tenga algún problema de invalidez y que no pueda valerse por sí mismo. Han existido diversas iniciativas legales, que a la fecha no han prosperado.

24.

¿Qué hago si soy trabajador temporero?

Fonasa también resguarda el acceso a la salud de aquellos asegurados que trabajan por temporada, en rubros tan variados como la construcción, la agricultura y el turismo, entre otros. Para ellos Fonasa tiene un programa especial, denominado "Afiliación Extendida", que permite que aquellos asegurados contratados por días o para una obra o faena determinada, mantengan, luego de concluido el período de trabajo, el derecho a la salud del asegurado y sus cargas legales por los 12 meses siguientes, contados desde la última cotización registrada. A la fecha, más de 800 mil personas gozan de este beneficio.

25.

¿Y si quedo cesante?

El asegurado de Fonasa está siempre protegido. Aquellos trabajadores activos, que dejan de cotizar porque terminó su relación laboral con su empleador, pueden seguir recibiendo los beneficios de Fonasa. Sin embargo, el tipo de acceso dependerá de si el asegurado goza o no de un seguro de desempleo o cesantía. Si es así, el asegurado y sus cargas pueden seguir accediendo a los beneficios de Fonasa. Cuando deja de percibir el subsidio o los fondos del seguro y su situación de cesante se mantiene, tiene dos opciones para mantener su cobertura

en salud: acreditarse como trabajador independiente, si se encuentra desarrollando alguna actividad de esas características, o acreditar la condición de carencia de recursos en el Consultorio donde se encuentra inscrito, en cuyo caso tendrá la posibilidad de atenderse en forma gratuita en los establecimientos públicos de salud.

26.

¿Un pensionado de Capredena o Dipreca puede acreditarse en Fonasa?

Solo aquellos que tengan la calidad de pensionados de Capredena o Dipreca y que trabajen en forma dependiente pueden acreditarse en Fonasa.

27.

Una vez que hago uso del seguro de cesantía y posteriormente encuentro trabajo, ¿debo realizar nuevamente los trámites de incorporación a Fonasa o es automático?

Sí. Cada vez que el asegurado cambie de empleador debe realizar el trámite de acreditación en Fonasa, ya que todos los datos del nuevo empleador cambian, así también la renta y la clasificación del tramo de ingreso para atenderse en la red pública. ¡Cada vez que cambien sus datos, tiene la obligación de informarlo a Fonasa!

28.

¿Qué hago si me desafilíe de una isapre y quiero ingresar a Fonasa?

Para acreditarse en Fonasa es muy importante que se dirija a cualquier sucursal para no ver interrumpida su cobertura de salud. La documentación requerida puede ser consultada en www.fonasa.cl.

29.

¿Qué pasa si uno aparece bloqueado en Fonasa porque no se han pagado las cotizaciones, siendo que todos los meses me descuentan el 7%?

Los asegurados deben acercarse a cualquier sucursal de Fonasa y solicitar la revisión de sus cotizaciones. Si se constata que no se han pagado sus cotizaciones, puede hacer una denuncia -anónima, si así lo desea- para que los fiscalizadores de Fonasa investiguen al empleador. Fonasa además tiene una serie de programas de fiscalización, que ponen el énfasis en la importancia que tiene para el trabajador el correcto y oportuno pago de cotizaciones de salud por parte de los empleadores.

Sin perjuicio de lo señalado, y acreditando el respectivo descuento para salud en su liquidación de remuneraciones, lo habilita para recibir todos los beneficios de salud que otorga Fonasa.

30.

¿Qué pasa si mi ingreso es variable y sube o baja dependiendo, por ejemplo, de las comisiones? ¿Cambio de tramo en forma automática?

A partir del año 2013, las variaciones permanentes de renta serán registradas de forma automática, en función de la renta promedio móvil de los últimos 12 meses. Si tiene dudas, acérquese a cualquier sucursal de Fonasa o llame al 600 360 3000.





ROL FINANCIERO DE FONASA

31.

¿Fonasa financia la atención en los hospitales públicos?

Sí. Fonasa, dentro de su rol financiero, debe transferir recursos a los Servicios de Salud, de los cuales dependen los hospitales públicos, y con eso se financian las atenciones. Hasta comienzos del año 2010, los hospitales recibían mayoritariamente un presupuesto “histórico”, es decir, la transferencia era en función del gasto de años anteriores más un reajuste. Así, no había ningún incentivo para mejorar la gestión y hacer un uso más adecuado de los recursos ni se compensaba a aquellos que sí habían solucionado los casos que les eran derivados.

32.

¿Y cómo se está solucionando?

Para cambiar esa dinámica poco virtuosa, Fonasa, en conjunto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, instauró un nuevo mecanismo: Compromisos de actividad de acuerdo a la capacidad de cada hospital, recursos y necesidades de salud; incentivo al Pago por Eficiencia, a fin de que toda la red pública ofrezca sus capacidades productivas máximas racionalizando los recursos, y seguimiento mensual del uso de dichos recursos, a través de información en línea que permite a Fonasa monitorear la ejecución de las actividades comprometidas, a beneficiarios del asegurador público debidamente identificados, de manera tal de pagar lo que efectivamente se realice. Las transferencias de recursos, entonces, deben efectuarse de acuerdo con los compromisos de actividad, precios, objetivos y metas sanitarias.

33.

¿El mismo sistema de financiamiento se usa en los consultorios?

No, el sistema es diferente. La entrega de recursos a los consultorios, centros de salud familiar (Cesfam), postas rurales y servicios de atención primaria de urgencia (SAPU) es a través del mecanismo del per cápita, es decir, un monto mensual que se entrega a los consultorios por cada uno de sus beneficiarios de Fonasa debidamente inscritos en

sus respectivos establecimientos. Para 2013 el per cápita aumentó a \$3.509 por cada asegurado inscrito validado, un monto que se adelantó un año respecto del programa de gobierno del Presidente Sebastián Piñera. Ahora, si a ese per cápita se le suman indicadores adicionales como pobreza, ruralidad y condiciones de aislamiento, entre otros, el per cápita puede llegar a cerca de \$5.000.

34.

¿Cómo se sabe cuánta gente hay en cada consultorio?

Esta es una responsabilidad legal de los municipios (que son los que tienen a cargo los consultorios). Ellos formalizan el número de personas que se atienden en sus respectivos consultorios y, en diciembre de cada año, los envían a Fonasa para su verificación. Esto es muy importante, porque los recursos que se entregan deben llegar exclusivamente a los asegurados de Fonasa. En 2012, por ejemplo, Fonasa constató que de las nóminas entregadas, había 376 mil personas que no eran de Fonasa, sino de las Isapres, y también cerca de 100 mil fallecidos. Por esas personas no se puede, legalmente, entregar recursos.

35.

¿Cómo se soluciona ese problema?

Fonasa suscribió un acuerdo con la Asociación Chilena de Municipalidades, que implica que el asegurador público entregará durante 2013 a todos los consultorios el sistema de identificación mediante la huella dactilar. De este modo, los municipios podrán mantener actualizada su nómina de beneficiarios, saber dónde se están atendiendo, con qué frecuencia, etc., permitiendo una asignación de recursos más eficiente.

36.

En mi consultorio se atiende gratis gente que tiene plata. Eso es injusto para los que realmente no podemos pagar, ¿qué se puede hacer?

Acciones deshonestas como falsear los ingresos que se reciben impiden avanzar en la entrega de más y mejor salud. En 2010 Fonasa constató que 4 millones y medio de personas se declaraban carentes de recursos (tramo A) y se atendían gratis en la red pública. Sin embargo, la encuesta Casen indicaba que los pobres eran poco más de dos millones de chilenos. Por eso, Fonasa activó un programa de reclasificación de los asegurados, donde, entre otros aspectos, fue clave el cruce de datos con el Servicio de Impuestos Internos. De este modo, en 2012 el número de asegurados carentes de recursos clasificados en el tramo A bajó en más de un millón 300 mil personas. Este proceso de reclasificación de nuestros asegurados sigue funcionando incluida la de asegurados de los tramos B, C y D. Es importante que se denuncien estas irregularidades y quienes cambien de empleador o nivel de ingresos lo informen oportunamente a Fonasa.

37.

¿Y eso en qué me afecta?

Recuerde que Fonasa es un sistema universal y solidario, y el 7% de cotización de unos ayuda a dar respuesta tanto a los cotizantes como a los que no pueden aportar.

Tener a las personas en los tramos que realmente les corresponde, cotizando su 7% cuando pueden hacerlo, permite aumentar la recaudación que hace Fonasa. Esto, sumado a la eliminación de los falsos indigentes, ha permitido que la institución haya recaudado \$1.400 millones de dólares adicionales. Durante 2013 se estima que se recaudarán \$1.000 millones de dólares más, todo lo cual va en directo beneficio de nuestros asegurados.





ACCESO A LOS
BENEFICIOS

38.

Si soy del tramo A, ¿puedo atenderme con un médico particular?

Los asegurados del tramo A sólo pueden atenderse en la red pública en forma gratuita. No pueden acceder a la Libre Elección, es decir, elegir dónde ni con quién atenderse, a no ser que paguen la consulta de forma particular. Está en estudio la posibilidad de que accedan a la Libre Elección, sin embargo, esta materia requiere de una ley.

39.

¿Cuánto es el mínimo por el que debo cotizar en Fonasa para usar los beneficios de la Libre Elección?

Los asegurados deben cotizar por su ingreso real, con un tope imponible de 70,3 UF (reajutable el 01 de enero de cada año), independiente del número de cargas que tenga. Quienes acceden a la Libre Elección son los asegurados de los tramos B, C ó D.

40.

¿Quiénes pueden comprar bonos?

Todos los asegurados que acceden a la Libre Elección, es decir, quienes están en los tramos B, C ó D, pueden elegir dónde y con quién atenderse. Ellos pueden acceder a la consulta médica general y de especialidad, exámenes de laboratorio, imagenología y atenciones con otros profesionales de la salud tales como matronas, nutricionistas, kinesiólogos, entre otros. Además acceder al Programa PAD, es decir, paquetes completos de cirugía a costo cierto y conocido (sin sorpresas) para las 54 patologías que incorpora, en los centros de salud y clínicas en convenio y en los pensionados de los hospitales públicos. Recuerde que hoy no es necesario comprar un bono sino que existe un mecanismo electrónico donde el pago de la atención se realiza en el mismo prestador donde se atiende. Infórmese de los prestadores adheridos al sistema en www.fonasa.cl.

41.

¿Cuánto tiempo cubre Fonasa cuando uno queda sin contrato?

El asegurado siempre está cubierto; sin embargo, los beneficios de la libre elección se mantienen mientras reciba el seguro de desempleo o cesantía. Si terminado ese periodo aún no encuentra trabajo y no tiene ingresos, puede postular a la carencia de recursos a través del Consultorio más cercano a su domicilio y queda clasificado en tramo A, para recibir atención en la red pública de salud.

42.

Si estoy en el tramo D, ¿tengo que pagar distinto por atenderme con un médico o centro privado?

El valor de las atenciones en la Libre Elección es el mismo para todos los asegurados que pueden acceder a la red de prestadores privados en convenio. Sin embargo, la diferencia está en el copago que hace el asegurado, el que depende del nivel en que se encuentre inscrito ese prestador en convenio. Los niveles son 1, 2 o 3, siendo el 1 el más barato.

43.

¿Qué pasa si recibo una Pensión Básica Solidaria? ¿Puedo atenderme en el sector privado?

Así es. Gracias a las gestiones realizadas por Fonasa, el Presidente Sebastián Piñera dio el vamos para que 658 mil titulares de una Pensión Básica Solidaria -por vejez, invalidez o discapacidad mental- pudiesen acceder a la modalidad de Libre Elección, esto es, atenderse con médicos, centros de salud, clínicas privadas, etc. Todos ellos quedaron clasificados en tramo B, lo que significa que, además, pueden seguir recibiendo atención gratuita en la red pública de salud.

44.

¿Y si soy del Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud y Derecho (PRAIS)?

Las personas incluidas en dicho Programa tienen derecho a recibir atención de salud gratuita en la red pública, indistintamente de su tramo de ingreso o si es afiliado de una Isapre. Aquellas que se encuentren clasificadas en el tramo B, C ó D pueden además elegir atenderse con los prestadores en convenio de la Libre Elección de Fonasa.

45.

Yo tenía una Pensión Asistencial (Pasis) y nunca he podido comprar bonos, ¿puedo hacerlo ahora?

Efectivamente, pues su Pensión Asistencial se convirtió en una Pensión Básica Solidaria, por lo que el beneficio implementado por Fonasa de ampliar el acceso a la Libre Elección a todos quienes reciben una pensión básica también es aplicable para usted.





EN FONASA
EXIGE TUS
DERECHOS
DEL AUGE

AUGE

46.

¿Qué significa Auge o GES?

La sigla Auge significa Acceso Universal con Garantías Explícitas, como sinónimo también se usa la sigla GES (Garantías Explícitas en Salud). El Auge es un programa que prioriza un grupo de problemas de salud, los cuales cuentan con garantías establecidas por ley y que deben ser cumplidas para todos los chilenos, sean de Fonasa o de isapres. Se trata de patologías que han sido seleccionadas según el impacto sanitario (que afectan a más personas), si tienen tratamientos efectivos o si producen una “catástrofe” en el bolsillo. En 2013 sumarán 80 los problemas de salud garantizados en el Auge.

El Auge establece para cada problema de salud garantías explícitas, que constituyen derechos para los asegurados, y en caso de no ser cumplidas, éstas deben exigirse a Fonasa y, en último término, a la Superintendencia de Salud.

Para tener derecho a las garantías explícitas, las atenciones deben ser otorgadas a través de los establecimientos de la red pública y centros privados en convenio que integran la Red Asistencial.

Si la red pública no cumple con la garantía de oportunidad, es decir, no otorga la atención dentro de plazos máximos, el asegurado tiene derecho a presentar un reclamo en Fonasa para que se le designe un segundo prestador en 48 horas.

Para el caso de la garantía de protección financiera que establece el Auge, los asegurados tienen derecho a que se determine el valor que le corresponde pagar por las atenciones de acuerdo al Arancel GES, las normas que rigen el cálculo del copago y los topes máximos autorizados. En Fonasa, los asegurados de los tramos A y B nunca pagan por las atenciones garantizadas, mientras que los tramos C y D pagan como máximo el 10% y 20% del valor total de las prestaciones del Arancel GES, respectivamente, solo por aquellas atenciones que tengan asociado algún copago.

A contar del 1 de julio 2013, la garantía de calidad se entiende cumplida, si todos los profesionales y técnicos de la salud que brinden atención Auge están inscritos en el Registro de Prestadores Individuales que administra la Superintendencia de Salud.

47.

¿Es cierto que terminaron las listas de espera del Auge?

En marzo de 2010, Fonasa encontró que habían 380 mil garantías históricas incumplidas. El gobierno del Presidente Sebastián Piñera puso un plazo de dos años para solucionar ese stock, ese “tapón” que impedía la atención regular. Seis meses antes del plazo, Fonasa puso fin a esa lista de espera histórica, lo que fue constatado por la Contraloría General de la República y la Superintendencia de Salud. Y lo más importante: nunca se verificó un reclamo de esas listas.

Para que esto nunca más se repita, Fonasa puso en marcha un sistema informático, como un “semáforo”, que advierte cuando las garantías están cumplidas (verde), por incumplirse (amarillo) e incumplidas (rojo). En este último caso, las personas tienen derecho a reclamar ante Fonasa. Cabe destacar que solo en 2012 se cumplieron más de tres millones de garantías.

48.

¿Cómo sé si mi enfermedad está en el Auge?

El profesional de salud tratante es quien debe informar si la enfermedad es o no Auge. Si es así, la información debe quedar registrada a través del formulario denominado “Constancia de información al paciente Auge”. Eso permite a los asegurados conocer y exigir los derechos estipulados por ley. Recuerde ingresar a www.fonasa.cl para informarse de los plazos del Auge.

49.

¿Cómo puedo ser atendido por el Auge?

Cualquier asegurado que se le sospeche o diagnostique alguno de los problemas de salud incorporados al Auge, ingresan al consultorio de atención primaria donde se encuentren inscritos para confirmación del diagnóstico y ser derivados, de ser necesario, a la especialidad médica que corresponda según sea el problema de salud. Desde allí serán derivados al servicio de hospitalización de acuerdo al tratamiento que requiera el paciente. Sin embargo, si los asegurados se atienden

en centros privados, y son notificados por el médico tratante de una enfermedad AUGE, tienen derecho a elegir continuar la atención en el centro privado de la Libre Elección o ingresar a la red pública de salud para exigir las garantías del AUGE.

50.

¿Se necesitan pagos adicionales en la cotización para recibir los beneficios del AUGE?

No. El asegurado de Fonasa junto a sus cargas puede acceder a todos los beneficios, incluido el AUGE, pagando solo el 7% para salud.

51.

¿El AUGE es gratis?

Lo es para la mayoría de nuestros asegurados. Las personas que están en los tramos A y B no pagan nada, mientras que las del tramo C pagan el 10% y los del tramo D un 20% con topes máximos, en caso que se trate de atenciones que tengan asociado un copago. Cuando se complete el monto máximo de copagos, en un período de 12 meses, opera la protección financiera adicional del AUGE, que es cuando Fonasa se hace cargo del 100% de los copagos hasta completar el período de acumulación.

52.

¿Cuánto tengo que esperar para que me atiendan por el AUGE?

Cada problema de salud incorporado en el AUGE tiene garantizados plazos máximos de atención. Por ello, si el médico tratante lo ha notificado que tiene un problema de salud AUGE es importante que se informe de las condiciones de entrega de las garantías asociadas a su caso específico. Lo podrá hacer en la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, OIRS del mismo establecimiento o en los canales de información de Fonasa: llamando al 600 360 3000, dirigiéndose a cualquiera de nuestras sucursales o visitando www.fonasa.cl.

53.

¿Qué hago si no se cumple alguna de mis garantías Auge?

El asegurado tiene derecho a reclamar, dentro de los 15 días siguientes del vencimiento del plazo de atención incumplido, tanto en las sucursales de Fonasa como a través del call center (600 360 3000) o la página web www.fonasa.cl. Si se constata el incumplimiento de la garantía de oportunidad, Fonasa tiene un plazo de 48 horas para designar un segundo prestador, público o privado. Este tendrá 10 días de plazo para entregar la atención requerida.

A contar del 1 de julio de 2013, de existir algún incumplimiento de las garantías del Auge, el asegurado tiene hasta 30 días para presentar su reclamo ante Fonasa.

54.

¿Qué es el bono Auge?

Es un instrumento para que el asegurado de Fonasa, a quien no le han respetado los plazos de atención para un problema de salud Auge, acceda a la prestación incumplida y reclamada para su resolución en otro establecimiento asistencial, público o privado, designado por Fonasa.

55.

Si soy pensionada, ¿tengo derecho al bono Auge Fonasa? Y si soy A, aunque no pague, ¿puedo usar el bono Auge?

Tendrán derecho al bono Auge todos los asegurados de Fonasa, independiente de su tramo de clasificación, que se encuentren con los plazos de atención incumplidos y que hayan reclamado formalmente ante Fonasa.

56.

Si vivo fuera de Santiago y me asignan una clínica en la capital, ¿el bono Auge contempla el traslado?

Para la resolución de esa atención incumplida se contempla el traslado desde el prestador original que no pudo otorgar la atención. Será ese establecimiento público el que coordinará el traslado respectivo con el segundo prestador designado por Fonasa, sin costo para el asegurado. El establecimiento público será responsable de informar fecha y condiciones de traslado.

57.

Si el bono Auge lo debo retirar en una sucursal Fonasa, ¿puede ir mi marido?

Si quien retira es un tercero en representación del asegurado, deberá portar la cédula de identidad y un poder simple en el que conste claramente la autorización para la elección del prestador y retiro del bono Auge Fonasa.

58.

¿Cuál es el costo del bono Auge para el asegurado?

Su emisión no tiene costo para el asegurado, es decir, no tiene que efectuar ningún copago al momento de su retiro. Las prestaciones que se le otorguen serán cobradas por Fonasa a los asegurados de los tramos C y D, de acuerdo a las condiciones de entrega de la protección financiera definidas por Ley.

59.

¿Y si la atención es en una clínica privada, me cobran más?

No. La garantía de protección financiera se mantiene ya sea con atención en la red pública o privada. Sólo pagan, en caso de corresponder, los asegurados de los tramos C y D el 10% y 20%, respectivamente con un tope máximo.

60.

¿El bono Auge lo puedo recibir si soy Isapre?

No, porque este bono Auge es aplicable sólo a asegurados de Fonasa.

61.

Si tengo una urgencia, ¿el Auge me cubre si me atiendo en una clínica?

El Auge en Fonasa funciona en la Red Asistencial (establecimientos públicos y los centros privados en convenio para Auge), sin embargo hace excepción cuando para el problema de salud garantizado, el paciente tiene condición de urgencia de riesgo vital. Dicha condición permite acceder directamente al servicio de urgencia más cercano al lugar donde se encuentra el paciente. Por lo tanto, si la atención se produjo inevitablemente en un servicio de urgencia privado, todos los copagos que realice en el período de riesgo vital serán considerados por Fonasa para efectos del cálculo del deducible o tope máximo garantizado en el Auge. Cuando el paciente está estable el asegurado o quien lo represente debe decidir si continúa el tratamiento en el centro privado en convenio o se traslada a un hospital público para continuar su tratamiento en el Auge.

62.

¿El Auge funciona igual en Fonasa que en las Isapres?

El Auge es un régimen garantizado por Ley tanto para asegurados de Fonasa como de Isapres. Sin embargo, para exigir los derechos del Auge, todos los beneficiarios deben saber que la Red de Prestadores en Fonasa la integran todos los establecimientos públicos de salud y algunos centros privados en convenio. La puerta de entrada es a través de un consultorio de atención primaria. En cambio cada Isapre define su propia red de prestadores, para lo cual el afiliado debe dirigirse a la Isapre para hacer uso de los derechos del Auge. En Fonasa no se necesita cotizar adicionalmente para tener derecho al Auge. Se financia con la cotización del 7% que hace cada afiliado y con los aportes del

Estado a favor de quienes no cotizan. En cambio en la mayoría de las Isapres se debe pagar una prima adicional para tener derecho al AUGE. En Fonasa pagan los asegurados menores de 60 años de los tramos C y D, el 10% y 20% respectivamente, pero solo por aquellas prestaciones y atenciones garantizadas que tienen asociado un copago. Para el resto de los beneficiarios el AUGE es gratis. En las Isapres en cambio, todos deben pagar el 20% del valor de las atenciones otorgadas.

63.

¿Y qué pasa con las enfermedades que no son del AUGE?

También son prioritarias. El 1 de junio de 2011 se puso en marcha el "Programa de resolución de listas de espera de cirugías electivas no AUGE", destinado a las casi 90 mil personas que, a marzo de 2011, llevaban más de un año de espera para su operación. El programa para resolver dicho stock finaliza en junio de 2013.





LIBRE ELECCIÓN
DE FONASA

64.

Si estoy en Fonasa, ¿puedo atenderme en consultas médicas privadas?

Por supuesto. Casi el 80% de nuestros asegurados, incluyendo aquellos que reciben una Pensión Básica Solidaria, tienen la posibilidad de acceder a la Libre Elección, es decir, elegir cuándo, dónde y con quién atenderse a través de los prestadores en convenio con Fonasa.

65.

¿A qué atenciones tengo derecho?

Los asegurados que están en la Libre Elección pueden acceder a consultas médicas generales, de especialidad, exámenes de laboratorio, imagenología e incluso cirugías en clínicas privadas. También a la atención con otros profesionales de la salud tales como nutricionistas, enfermeras, psicólogos, tecnólogos médicos con especialidad en oftalmología, entre otros. Durante 2012 se emitieron 19 millones de bonos para consultas médicas y 20 millones para exámenes. Todo esto, acompañado del beneficio de acceder a la atención en el propio prestador de salud elegido con solo su huella dactilar, si cuenta con el sistema de bono electrónico de Fonasa.

66.

¿Uno se puede atender en todos los establecimientos privados?

No, sólo se pueden atender en aquellos prestadores privados que han suscrito un convenio con Fonasa en la Libre Elección y que suman cerca de 38 mil (profesionales médicos y no médicos, centros médicos, laboratorios, clínicas, etc.). Esto es muy importante, porque a través de un estricto programa de control, Fonasa periódicamente fiscaliza a estos establecimientos para asegurar la calidad de la atención. Además, cualquier asegurado puede denunciar eventuales irregularidades, que son severamente sancionadas.

67.

¿Cuánto cuesta atenderse en consultas privadas?

En Fonasa existen aranceles que son a precio conocido y obligatorio de cumplir por parte de los médicos o establecimientos en convenio con Fonasa en la Libre Elección. El valor del copago depende del nivel (1, 2 ó 3) en que esté inscrito el médico, el profesional de la salud o el establecimiento. Por ejemplo, en Nivel 1 el costo de la consulta médica electiva es de \$8.020, con un copago para el asegurado de \$3.210. En Nivel 2, la consulta cuesta \$8.580, pero lo que paga el asegurado es \$3.770, mientras que en Nivel 3, la consulta vale \$10.050 y el valor del bono es de \$5.240 (valores arancel 2013). El valor de la totalidad de los aranceles está disponible en www.fonasa.cl.

68.

¿Qué pasa si quiero operarme en una clínica?

Fonasa tiene a disposición de los asegurados que acceden a la Libre Elección un programa especial llamado PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), un convenio que Fonasa realiza con un centro de salud, que permite que el asegurado pueda optar por cualquiera de las 54 cirugías o procedimientos inscritos en el PAD, ya sea en hospitales públicos, a través de sus pensionados, como en centros y clínicas privadas, a un precio integral y conocido.

El PAD incluye todas las prestaciones necesarias para el tratamiento y hospitalización, honorarios médicos, exámenes, día cama, derecho de pabellón y medicamentos e insumos utilizados durante toda la hospitalización. Pero adicionalmente, considera el tratamiento de las complicaciones y hospitalización derivadas directamente de la enfermedad tratada que aparezcan hasta un período de 15 días posteriores al alta. Por eso, no habrá sorpresas a la hora de pagar.

69.

¿Qué cirugías o procedimientos están en el PAD?

Las más comunes y requeridas por la población. El más utilizado es el PAD parto, que tiene una cobertura de 75% por parte de Fonasa y

25% corresponde al copago del asegurado (del total de \$942.230 la asegurada paga sólo \$235.560). Las hernias, operación de vesícula, de amígdalas, fimosis, cataratas y prolapso tienen una bonificación de 50%. En total son 54 PAD -que se pueden consultar en la página web-, de los cuales 21 se sumaron en 2013, especialmente cirugías traumatológicas.

70.

¿Y si no tengo para pagar?

Fonasa cuenta con préstamos médicos, que permiten financiar una parte o la totalidad del valor del copago, el cual se paga en cuotas mensuales, iguales y sucesivas. Y se reajusta de acuerdo al IPC mensual. Este beneficio permite financiar no tan solo el copago de los PAD sino que también ayuda en la adquisición de órtesis, hospitalización (mínimo una noche), urgencias (en caso donde exista un certificado que acredite la condición de riesgo vital del paciente), tratamientos siquiátricos, radioterapia y quimioterapia.

71.

¿Es cierto que hay un paquete especial de atención con nutricionista?

Efectivamente. Fonasa incorporó un programa que permite acceder a un bono con nutricionista para todas las personas (sin limitación de edad). Con un bono, de \$10.690, el asegurado tiene derecho a dos evaluaciones y un control, así como a repetir la atención integral por dos veces más en el año. Un aspecto relevante es que la orden médica que deriva a la atención nutricional es válida para las tres atenciones integrales.

72.

Dicen que no es necesario ir a un oftalmólogo para que le receten lentes, ¿es efectivo?

Así es. En 2010 se promulgó la ley que permite que los tecnólogos médicos con mención en oftalmología puedan recetar lentes. Estos profesionales pueden atender problemas oculares menores asociados a vicios de refracción y prescribir lentes.

73.

¿Y qué pasa con los dentistas?

A contar de enero de 2013, y por primera vez, Fonasa amplió la cobertura de atención en la Libre Elección, de cirujanos dentistas, con especialidad en cirugía y traumatología buco máxilo facial, debidamente certificados e inscritos en Fonasa. Desde ahora podrán efectuar prestaciones tales como biopsia de mucosa bucal, corrección de fístula salival, mucocele o quiste labial, reducción de fracturas en maxilar, órbita o mandíbula con tratamiento de osteosíntesis.





PROGRAMA DE FERTILIZACIÓN

74.

¿En qué están los programas de fertilización?

Fonasa amplió en un 84% la cobertura y acceso a tratamientos de fertilización, y por primera vez incorporó cupos en distintas regiones del país. Los programas de fertilización de baja complejidad, que van desde la estimulación ovárica hasta la inseminación intrauterina, pueden resolver hasta el 80% de los problemas que impiden el embarazo. Esta cobertura posibilitará que las parejas no tengan que derivar a tratamientos más costosos y complejos. Las parejas que pertenecen a Fonasa y que tengan problemas de infertilidad, es decir, aquellas que hayan tenido relaciones sexuales durante un año sin protección y no hayan conseguido embarazarse, deben acercarse al centro de atención primaria de salud, es decir a su consultorio, el que les derivará a un centro especializado, donde seguirán el tratamiento.





BENEFICIOS ADULTOS MAYORES

75.

¿Qué beneficios existen para los adultos mayores en Fonasa?

Respecto del aseguramiento y cobertura, Fonasa no discrimina en la oferta de salud para sus asegurados, independiente de su edad, género, nivel de ingreso y condición de salud. Todos los asegurados de Fonasa – incluida la población mayor – acceden a los mismos beneficios de un Plan específico de Salud, que incluye el Auge, sin limitaciones de cobertura por preexistencias o por expectativas de riesgo de salud. Todos los asegurados de 60 años y más, independiente de su tramo de ingreso, tienen gratuidad en cualquiera de las atenciones otorgadas en la red pública.

A nivel de atención primaria, el asegurado adulto mayor puede acceder a consultas de morbilidad, nutrición, salud mental, kinesiología y control de enfermedades crónicas, vacunación antiinfluenza, atenciones domiciliarias y al Programa de Alimentación Complementaria PACAM, que está destinado al adulto mayor de alto riesgo. Asimismo podrá acceder a todos los problemas de salud priorizados a través del Auge y que se resuelven en el nivel primario, los cuales incorporan garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera que constituyen derechos exigibles por las personas.

En atención secundaria y terciaria, la población adulto mayor asegurada en Fonasa accede a exámenes y consultas de salud de especialidad, intervenciones quirúrgicas y procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, urgencias, medicamentos incluidos en el Formulario Nacional de Medicamentos, prótesis y órtesis e insumos que se utilizan en la atención de los pacientes.

Adicionalmente, los problemas de salud garantizados en el Auge, dirigidos exclusivamente al grupo de personas mayores son: Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa; Vicios de Refracción en personas de 65 años y más; Órtesis (o Ayudas Técnicas) para personas de 65 años y más; Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono; Salud Oral Integral del adulto de 60 años; Neumonía Adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.

Por su parte quienes reciben una pensión previsional o pensión básica solidaria tendrán la posibilidad de elegir atenderse con cerca de 38 mil prestadores privados en convenio con Fonasa en la Libre Elección para consultas médicas, exámenes de laboratorio, procedimientos o intervenciones quirúrgicas.

Podrán también solicitar un Préstamo Médico para financiar parcial o totalmente los copagos de aquellas prestaciones que están incluidas en este beneficio, siempre que cumplan con los requisitos para otorgarlo. Los adultos mayores de 55 años o más que están en la Libre Elección podrán acceder a la atención de enfermería en domicilio o en centros del adulto mayor.





ELIMINACIÓN
DEL 7%

76.

¿Qué pasa con los pensionados a los que se les eliminó el 7% de cotización para salud?

Los adultos mayores que reciben menos de \$255 mil de pensión y que pertenecen al Pilar Solidario, fueron beneficiados con la eliminación total del pago del 7% para salud. Esta medida, en ningún caso, significa menores beneficios de salud para los jubilados de Fonasa. La institución hizo acabados estudios y dejó establecido en la ley que esos beneficios no se perderían, pues si bien ellos no aportan su 7%, el Estado lo hace por ellos. Quedan en esta misma condición los pensionados que vieron rebajado su aporte del 7% al 5%. Se calcula que para 2014 serán más de un millón cien mil las personas beneficiadas.

77.

Yo soy pensionado y no tuve la eliminación del 7%, ¿por qué?

Cuando los recursos no son infinitos, hay que partir con quienes más lo necesitan, es decir, quienes tienen las pensiones más bajas (vejez o invalidez: \$78.449) y los pensionados con el beneficio del aporte previsional solidario (vejez o invalidez: \$255.000). A futuro, podrían incorporarse más personas.





FONASA Y LAS ORGANIZACIONES SOCIALES

78.

¿Cuál es la relación de Fonasa con organizaciones sociales?

Fonasa trabaja mano a mano con organizaciones como el Hogar de Cristo, el Instituto Teletón, Conin, Fundación Las Rosas, Coaniquem y Corporación de Rehabilitación Cruz del Sur, entre muchas otras. A estas instituciones Fonasa les compra servicios, ya sea de rehabilitación o por contratación de camas sociosanitarias. Esto significa que el dinero que Fonasa les entrega no es por caridad, sino el pago por los servicios que estas organizaciones realizan para resolver un problema de salud de los asegurados de Fonasa. Esto permite, además, descongestionar los hospitales públicos.





LICENCIAS MÉDICAS

79.

Muchas veces he tenido problemas para que me paguen mi licencia médica, pues se demoran mucho, ¿qué se puede hacer?

Lo que debe hacer en ese caso es acudir a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, COMPIN correspondiente para presentar su reclamo, llamando al Fono COMPIN 600 460 4600 o a Salud Responde al 600 360 7777.

80.

Me rechazaron mi licencia médica, ¿qué se debe hacer?

Lo primero que se debe hacer, dado que la normativa vigente no otorga facultades a Fonasa en materia de tramitación y resolución de licencias médicas, es presentar una “solicitud de reconsideración del dictamen de rechazo” ante la COMPIN donde usted o su empleador tramitó la licencia. En caso que esta entidad mantenga su decisión de rechazo puede presentar una “solicitud de apelación” a lo redictaminado por la COMPIN ante la Superintendencia de Seguridad Social correspondiente a la región de su domicilio presentando la documentación y antecedentes requeridos para respaldar su apelación.

81.

¿Y qué alternativa existe?

En Fonasa no podíamos esperar. Desde el Ejecutivo se envió un proyecto de ley al Congreso para traspasar esa función a Fonasa. Sin embargo, aunque la iniciativa fue aprobada en la Cámara de Diputados, fue rechazada en la Comisión de Salud del Senado. Por lo tanto, Fonasa implementó la Licencia Médica Electrónica, documento electrónico emitido por un profesional de la salud que, usando su huella dactilar y la del asegurado, se envía directamente al computador del empleador. Este sistema tiene importantes beneficios. El primero, y más relevante, es que, cuando corresponde, el tiempo promedio de pago de la licencia se acerca a los 15 días. Más aún: cuando el empleador del asegurado

no está afiliado a una Caja de Compensación y Asignación Familiar, se le avisa al asegurado mediante un mensaje al teléfono celular que ya está lista y se le deposita en su cuenta de BancoEstado, si dispone de ella. A su vez, este sistema electrónico elimina la tramitación personal de la presentación de la licencia al empleador, si este último está adscrito también a alguno de los operadores del sistema de licencia médica electrónica. A diciembre de 2012, ya se habían emitido 200 mil licencias médicas electrónicas, con excelentes resultados comprobados.

82.

¿La licencia electrónica se puede emitir sólo en las consultas privadas?

No, y este es un gran avance en nuestro sistema de salud. A fines de 2013 todos los hospitales del país emitirán exclusivamente licencia médica electrónica. También el sistema está operativo en algunos consultorios y se espera que se masifique a la brevedad.

83.

¿Y el empleador, debe tener el sistema?

Así es. Pero se trata sólo de inscribirse con alguno de los operadores del sistema. De hecho, en acuerdo con la Unidad de Modernización del Estado, todos los organismos públicos, en su calidad de empleadores, adherirán a la Licencia Médica Electrónica. Así, cuando un funcionario tenga una licencia emitida en una consulta o en un hospital, el documento digital llegará directamente a la empresa, que sabrá de manera oportuna de la ausencia de su trabajador por enfermedad.

84.

¿El sistema electrónico de licencias ayuda a evitar fraudes?

Efectivamente, aunque ese no es su finalidad sino pagar eficientemente las licencias médicas de los asegurados de Fonasa. Con la licencia electrónica se puede hacer un seguimiento en línea de qué médico

dio una licencia, a qué hora, en qué establecimiento y a qué paciente, aunque resguardando la confidencialidad del diagnóstico. Así se evitarán malas prácticas, como licencias emitidas de madrugada, en días feriados (Semana Santa, Fiestas Patrias, Navidad, Año Nuevo y meses estivales) o incluso cuando el médico está fuera del país.

85.

¿Es muy grave el tema del fraude con licencias médicas?

Es muy grave. El Estado gasta anualmente 800 millones de dólares en licencias médicas y se estima que de ese total, cerca de 200 millones de dólares podrían corresponder a licencias falsas. Esto es un grave perjuicio, pues esos recursos se podrían destinar a otros usos, como más hospitales y mejores programas de salud para los asegurados de Fonasa. Sin embargo, esto no es común en la mayoría de los profesionales de la salud, se trata de menos del 1% que emite el 20% de las licencias médicas.

86.

¿Y qué se está haciendo para impedirlo?

En febrero de 2011, Fonasa fue la primera institución pública que presentó una querrela (antes sólo eran denuncias) para determinar si existe fraude al Fisco en el otorgamiento excesivo de licencias médicas. En 2010, 429 profesionales emitieron 733 mil licencias. La querrela ha rendido frutos y varios médicos (incluso algunos que ejercían ilegalmente la profesión) han sido sancionados, además de dejar de pertenecer al registro de prestadores de Fonasa.





Fonasa
express

SERVICIOS EN LÍNEA 

IMPRESIÓN
DE CERTIFICADOS 

INFORMACIÓN GENERAL 

RED DE SERVICIOS FONASA

87.

¿Cuántas sucursales tiene Fonasa en el país?

Fonasa cuenta con 103 oficinas a lo largo del país para que los asegurados resuelvan todas sus dudas sobre Fonasa y cómo acceder a los beneficios. También podrán acreditarse y actualizar sus datos, valorizar programas, comprar sus bonos y solicitar préstamos médicos. Sin embargo, para hacer más expedito el acceso, Fonasa fue la primera organización que adhirió a la red ChileAtiende, que con sus 147 oficinas del Instituto de Previsión Social permite a nuestros asegurados comprar bonos, valorizar programas y pagar los copagos Auge.

88.

¿Qué se ha hecho en las oficinas en beneficio de los asegurados?

Fonasa ha implementado una serie de medidas que van en directo beneficio para la atención de nuestros asegurados. Algo importante, considerando que mensualmente se venden aproximadamente 2,3 millones de bonos de atención, 93 mil programas y se entregan 1.100 préstamos médicos. Dentro de las iniciativas, se puso en marcha un sistema de gestión de turnos de atención, llamado Total Pack, que permite que las personas esperen, como máximo, 10 minutos por su atención. Se incorporaron innovaciones tecnológicas que apuntan a una mayor rapidez en los trámites, como los quioscos de autoatención, que permiten obtener en segundos información y certificados de afiliación. O la implementación de la venta de bonos con huella dactilar (lo que elimina la necesidad de tener una credencial) y el pago con tarjetas de crédito o débito.

Se ha trabajado también en la implementación gradual de la renovación del mobiliario, módulos de atención, áreas de espera, etc., que busca dar mayor confort y comodidad a nuestros asegurados y colaboradores.

89.

¿Cómo puedo comunicarme con Fonasa?

Tenemos tres canales de comunicación: la atención presencial en sucursales, el call center (600 360 3000) y nuestra página web www.fonasa.cl. También realizamos Diálogos Ciudadanos a lo largo del país, donde el Director Nacional se reúne con los representantes de los Consejos de la Sociedad Civil para dar a conocer los derechos de los asegurados y los avances que la institución ha realizado en su beneficio. Asimismo, anualmente se realiza una Cuenta Pública Participativa, que queda a disposición de los ciudadanos en la página web. Junto con ello, Fonasa tiene una presencia permanente en el Programa de Gobierno en Terreno, que acerca a distintos servicios públicos a la comunidad. Para eso se utilizan las 8 sucursales móviles de que dispone la institución.





CÓMO OPERA LA LEY DE URGENCIA

90.

He escuchado mucho de la ley de urgencia vital pero no sé en qué consiste.

La ley de urgencia vital permite que una persona que sufre una situación de salud con riesgo de muerte o secuela funcional grave, debidamente certificada, por un médico cirujano, pueda recibir la atención inmediata y urgente que necesita en cualquier hospital público o clínica más cercana, sin condicionar su atención a la entrega de una garantía o cheque.

91.

¿Qué situaciones son realmente de urgencia vital?

Las más comunes son el infarto agudo al miocardio, accidente vascular encefálico, hemorragias cerebrales, enfermedades respiratorias graves o hemorragia digestiva alta, entre otras.

92.

¿Y cómo se demuestra que es urgencia vital?

Es indispensable, para hacer valer la cobertura de la ley de urgencia, que el médico que recibe al paciente certifique que la persona está en riesgo de muerte o con secuela funcional grave, a través del Documento Atención de Emergencia, que queda en la ficha clínica del paciente.

93.

¿Tengo que pagar esa atención?

La atención que recibe el paciente es pagada por Fonasa al prestador hasta que es estabilizado, es decir, sale de la condición de riesgo vital. En ese momento la persona, bajo su responsabilidad, decide si quiere seguir hospitalizada en la clínica privada (a través de la Libre Elección bajo las bonificaciones que se definen para esos efectos) o ser trasladada a un hospital público. Si debe efectuar algún copago, el centro asistencial le informará para que compre los programas de

atención de emergencia en cualquier sucursal de Fonasa, en caso de corresponder.

94.

¿Tengo que pagar algo antes de ser atendido bajo la ley de urgencia vital?

La ley prohíbe a los establecimientos, públicos o privados, la exigencia de dinero, cheques u otros instrumentos financieros como garantía de pago y tampoco puede condicionar de cualquier otra forma el otorgamiento de estas atenciones. Ninguna institución puede negarle a un paciente la atención rápida y oportuna a una urgencia con riesgo de muerte.





LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

95.

¿Qué es la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes?

En octubre de 2012 entró en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. La iniciativa resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado. Esta ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios.

Dentro de los derechos está tener información oportuna y comprensible de su estado de salud; recibir un trato digno y con respeto a la privacidad; recibir una atención de salud de calidad y segura; ser informado de los costos de su atención de salud (si corresponde); aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria; consultar o reclamar sobre la calidad de atención recibida, recibir asistencia espiritual, etc. También hay deberes: entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección; conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica; cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto, y tratar respetuosamente al personal de salud, entre otras.



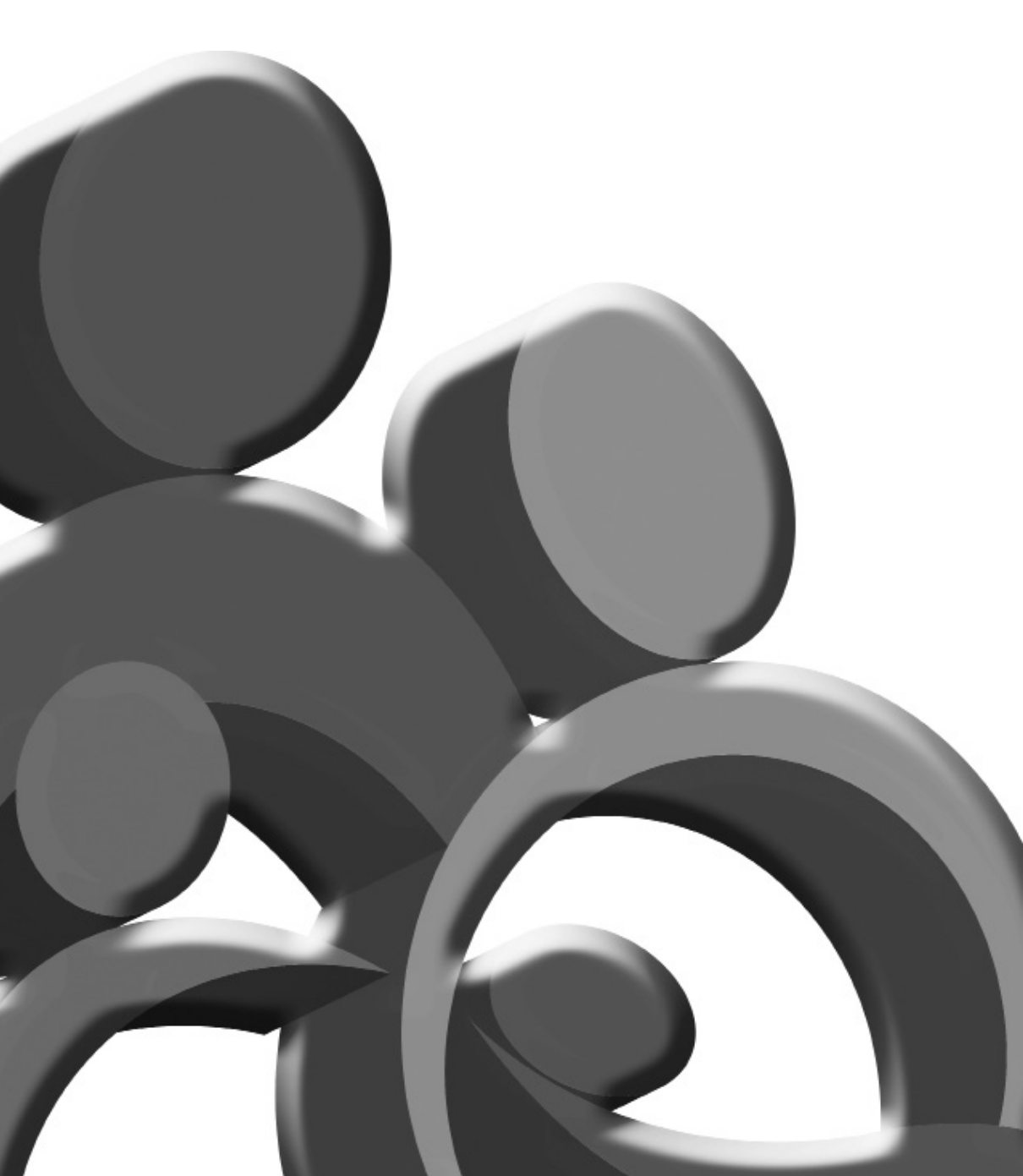


IMAGEN DE FONASA

96.

¿Qué es mejor: Fonasa o Isapres?

Son dos sistemas distintos. Fonasa es un sistema universal y solidario, donde la cotización del 7% de salud va destinada a prestar atención tanto al cotizante como a quien no puede aportar. Las isapres, en cambio, son un sistema privado, con cuentas individuales y con distintos planes de salud. Sin embargo, la encuesta CEP de diciembre de 2011 dice que un 58% de los asegurados de Fonasa, aunque puedan hacerlo, prefieren quedarse en Fonasa en vez de cambiarse a una isapre.

97.

¿Es decir que Fonasa entrega una atención de calidad?

Es una preocupación de Fonasa evaluar permanentemente lo que dicen nuestros asegurados. Y ellos, a través de distintos estudios de opinión, reconocen significativas mejoras en la gestión y en la modernización de esta institución. ¿Qué se valora? Desde la rapidez con que le responden a un requerimiento, hasta el grado de conocimiento o amabilidad que expresa el ejecutivo que lo acoge.

98.

¿Son estudios independientes?

Efectivamente. La última Encuesta Nacional de Derechos de la Comisión Defensora Ciudadana, planteó la pregunta de cómo la ciudadanía evaluaba a cada uno de los servicios públicos del país. En ese estudio, Fonasa lideró entre los servicios públicos mejor evaluados, pero que tienen mayor frecuencia de uso. Tuvo la mejor evaluación global en ítems como la infraestructura donde el encuestado se atendió, la capacidad para entregar el servicio, la rapidez para entregar el mismo y el grado de conocimiento y amabilidad de sus funcionarios.

99.

¿Y qué pasa si se compara con las Isapres?

También la buena evaluación es altísima. El estudio Chile 3D, que midió marcas y estilos de vida de los chilenos, realizada por Collect GFK, reveló que Fonasa fue la única institución pública situada dentro de las 20 mejores marcas del país. Además, dentro del ítem previsión/isapres lideró por sobre todas las isapres, y lo hizo con marcada diferencia. Fonasa, además, obtuvo el primer lugar del ranking de Reputación Corporativa, entregado por Hill&Knowlton y Collect.

100.

¿Eso es reconocido por el Gobierno?

Así es. Durante 2012 el Presidente Sebastián Piñera entregó a Fonasa el Premio Anual de Excelencia Institucional, debido a los logros alcanzados por la institución en beneficio de sus asegurados. De hecho, por tres años consecutivos Fonasa a cumplido el cien por ciento de las metas del Programa de Mejoramiento de la Gestión. Aunque se trata de valoraciones que Fonasa agradece, constituyen a la vez una gran responsabilidad, pues obliga a seguir mejorando.







VEN
Sucursales en todo Chile



VISÍTANOS
www.fonasa.cl



LLÁMANOS
600 360 3000