

TRÁMITES Y REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIR LAS PERSONAS PARA TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL.

Para acceder a las atenciones de salud, en los establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipal, la(as) persona(as) beneficiaria (as) debe(en) utilizar la **Modalidad de Atención Institucional** (Ley N° 18.469), que permite atenderse en consultorios, Centro de Referencia de Salud (CRS), Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT), Hospitales Públicos y Servicios de Urgencia. El acceso a esta modalidad es a través del Centro de Salud Municipal de Atención Primaria correspondiente al domicilio del beneficiario(a), por lo que previamente debe inscribirse; o bien ser atendido a través de la Ley de Urgencia.

¿A quién está dirigido?

Afiliados a Fonasa.

Requisitos

- Estar inscrito, con registro vigente, en el **Sistema de Inscripción Per-cápita** del Centro de Salud Municipal de Atención Primaria, correspondiente al domicilio del beneficiario(a).
- Estar registrado como beneficiario en Base Datos Beneficiarios **FONASA**, o ser atendido a través de la Ley de Urgencia.
- Todos los beneficiarios de Fonasa, tramos A, B, C o D, pueden atenderse a través de la Modalidad de Atención Institucional.
- Sólo aquellos clasificados en los grupos B, C y D pueden optar también a la Modalidad de Atención de Libre Elección.

Documentos requeridos

- Cédula de Identidad (R.U.N.).
- Credencial **FONASA**.
- Tarjeta de Inscripción Familiar (per-cápita).

Modalidad de Atención Institucional

- Para personas carentes de recursos (tramo A) deben presentar la nueva credencial de salud que Fonasa entrega a través del consultorio (SOME) de su comuna. Es la misma que usan los beneficiarios de los otros tramos.
- Para personas con pensiones asistenciales: Comprobante de pago de la pensión, Credencial de Salud o Rut
- Para personas con Subsidio Único Familiar: Comprobante de pago del subsidio, Credencial de Salud o Rut

En atención a lo descrito anteriormente y a modo de complementar una mejor comprensión de lo señalado, es relevante tomar en consideración lo indicado en el “Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal”, Ley N° 19.378, Art. 51, donde se señala textualmente:

“Art. 51. Sólo darán derecho al aporte a que se refiere el artículo 49 las acciones de salud en atención primaria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el medio ambiente, cuando corresponda, en los **establecimientos municipales de atención primaria de salud** o prestadas por el personal de dichos establecimientos en el ejercicio de sus funciones dentro de la comuna respectiva, cuando éstas sean otorgadas a los **beneficiarios legales** de los servicios de salud, así como a los beneficiarios que sean atendidos en virtud de convenios celebrados con el respectivo Servicio de Salud.

Se entenderá por **beneficiarios legales** a aquellos a los que el Servicio de Salud está obligado a atender en conformidad con lo establecido en el Código Sanitario, en la ley N° 16.744, cuando corresponda, y en la ley N° 18.469, Modalidad de Atención Institucional. “

En consecuencia de lo enunciado, el Reglamento General de la Ley N° 19.378, Decreto N° 2.296 de 1.995, publicado en el Diario Oficial de 23.12.95, regula y valida las acciones de salud que se presten en los establecimientos de atención primaria de salud municipal, cuando ellas son otorgadas a las siguientes personas:

- a) A los beneficiarios legales del Régimen de Prestaciones de la Ley N° 18.469, en la Modalidad de Atención Institucional que ésta contempla.
- b) A la población en general en las prestaciones a que tienen derecho en conformidad con lo establecido en el Código Sanitario, y que se otorguen en ese nivel de atención.
- c) A los damnificados por un accidente del trabajo o enfermedad profesional cuyo seguro sea administrado por el Instituto de Normalización Previsional o por los Servicios de Salud.
- d) A los beneficiarios que tengan derecho a ser atendidos en virtud de convenios celebrados con el respectivo Servicio de Salud.

Para efectos de lo establecido en los artículos 49° y 51° de la Ley N° 19.378, el número de beneficiarios legales que atiende cada establecimiento se conocerá mediante el proceso de inscripción.

La forma y el modo en que dicha inscripción se realizará, será establecida a través de los convenios celebrados entre los Servicios de Salud y los Municipios.

Con todo, la circunstancia de que un beneficiario legal no esté inscrito en el establecimiento de atención primaria, nunca podrá constituir causal de denegación del otorgamiento de las prestaciones de salud.

Asimismo los beneficiarios legales tendrán siempre la libertad de elegir el establecimiento en que se inscribirán.