LITORALPRESS

Fecha: 15-06-2025
Medio: La Tercera
Supl. : La Tercera - Edición Especial II
Tipo: Noticia general
Título: En caso de un diagnóstico se deben activar estas coberturas

Pág. : 6
Cm2: 795,5
VPE: $ 7.914.778

Tiraje: 78.224
Lectoría: 253.149
Favorabilidad: No Definida

[GES Y CAEC]

En caso de un diagnóstico se deben activar estas coberturas

Son dos siglas que toda persona debería conocer, especialmente al recibir un diagnóstico médico, ya que representan garantías clave para financiar los tratamientos de salud necesarios.

Por: Rodrigo M. Ancamil

Acceder a una atención de salud oportuna es clave para enfrentar una enfermedad y hace la diferencia en el pronóstico y tratamiento de ella. Sin embargo, en muchos casos el costo de atención y tratamientos escapan de las finanzas de miles de familias que deben convivir con las consecuencias de una patología costosa.

En esa línea, el Estado otorga las Garantías Explícitas en Salud (GES), una ley que garantiza el acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad de un conjunto específico de enfermedades y condiciones de salud a todos los afiliados a los sistemas de salud público y privado. Dentro de estas destacan tratamientos oncológicos, enfermedades crónicas, enfermedades del adulto mayor, del recién nacido, entre otras 90 en total.

La forma de activar el GES dependerá de dónde coticen las personas. Para los cotizantes de Fonasa la puerta de entrada es a través del servicio de salud pública. Esto puede ser en el CESFAM en el que la persona esté inscrita, aunque dependiendo del caso se puede realizar en otros servicios como en el SAPU o del Servicio de Urgencia de un hospital público en caso de una emergencia.

Los afiliados a Isapre, aunque en un inicio no lo hayan solicitado, pueden atenderse por el GES (previa activación), independiente de su etapa de la enfermedad o tratamiento en el que esté. De igual forma, es posible que renuncie a las garantías. En tal caso, el usuario solo tendrá las coberturas establecidas en el plan de salud contratado. Esto se recomienda cuando el plan es más favorable que el GES.

En el caso de los usuarios de Fonasa están excluidas de la cotización mensual para el GES. Mientras que las personas afiliadas a una Isapre deben pagar por cada beneficiario un monto que puede ser en pesos o UF dependiendo de lo establecido por cada organismo.

¿Qué es la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas o CAEC?

El diagnóstico de una enfermedad catastrófica genera un tremendo impacto en las familias debido a los altos costos asociados. Por ello, esta cobertura adicional que es otorgada por algunas isapres tiene como propósito que el factor económico no impida acceder a los tratamientos adecuados, ya que permite financiar hasta en un 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, ya sean gastos hospitalarios como algunos ambulatorios realizados en territorio nacional.

Esta cobertura se debe activar cuando una persona es diagnosticada con algún problema de salud que represente para el beneficiario un valor a pagar superior al deducible de su plan de salud y que no esté considerado dentro de las patologías GES. Cada Isapre cuenta con su propia red de prestadores CAEC a disposición de sus afiliados.

En esa línea, el proceso para activar la CAEC es sencillo y de fácil comprensión. El médico debe emitir un informe con la patología, y luego el beneficiario puede activar la cobertura en línea o de forma presencial. En un máximo de 48 horas, se revisa la solicitud y se informa al beneficiario sobre el prestador asignado, el cual corresponde a su prestador preferente.

Dependiendo de la Isapre la modalidad de solicitud puede cambiar, pero varía entre visitas a la sucursal para completar un formulario, llamada telefónica o acceder a través del sitio web.

Activar la CAEC no tiene un costo extra, dado a que está incluida en el plan de Isapre. Sin embargo, es importante tener en cuenta que se activa cuando el monto de los copagos a realizar por el paciente supera el monto del deducible, es decir, su activación depende del monto en el que incurra el diagnóstico o tratamiento y no en un diagnóstico específico.

La cantidad a pagar depende de la cotización acordada en el plan de salud. En términos simples, el deducible es 30 veces la cotización acordada por cada beneficiario, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Una vez que los copagos exceden el deducible, este beneficio comienza a cubrir hasta el 100% de los costos, hasta que el paciente sea dado de alta.

> Un factor importante al momento de elegir un plan de salud es la cobertura GES. Así también, cómo activar la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas o CAEC. Ambas garantizan que las prestaciones de salud sean entregadas oportunamente, en un plazo establecido y protegiendo financieramente a las personas.