

**ESTABLECE NORMAS TECNICO ADMINISTRATIVAS
PARA LA APLICACION DEL ARANCEL DEL REGIMEN
DE PRESTACIONES DE SALUD DEL LIBRO II DEL DFL
N° 1 DE 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD, EN LA
MODALIDAD DE ATENCION INSTITUCIONAL**

RESOLUCION EXENTA N° 50

SANTIAGO, 30 de enero de 2009

VISTO: Lo establecido en el artículo 4° y 7° del Libro I, y en Libro II, excepto sus artículos 142, 143 y 144, todos del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud y lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 176 de 1999 y sus modificaciones posteriores, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, que aprobó el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

Apruébanse las siguientes Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud en la Modalidad de Atención Institucional.

I. DEFINICIONES

Para efectos de la presente Resolución se entenderá que los términos que a continuación se indican tendrán el sentido que se señala:

- a) **“Libro II”**: Libro II del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.469, que crea el Régimen de Prestaciones de Salud
- b) **"Reglamento"**: El Decreto Supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud.
- c) **“Régimen General “**: el Régimen General de Garantías en Salud establecido en la Ley N° 19.966.
- d) **“Garantías”**. las Garantías Explícitas en Salud, las establecidas en el decreto N° 228, de 2005, hasta el 30° de junio de 2007 y, a contar del 1° de julio de 2007, las establecidas en el decreto N° 44, de 2007, ambos del Ministerio de Salud.
- e) **“Fondo” “FONASA”**: el Fondo Nacional de Salud.

- f) **"Modalidad Institucional"**: Una de las dos Modalidades de Atención que establece el Libro II. En esta Modalidad las prestaciones médicas se otorgarán a los beneficiarios por los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, sean dependientes del Ministerio de Salud o entidades públicas o privadas con las cuales los Servicios de Salud o el Fondo hayan celebrado convenios para estos efectos.
- g) **"Arancel"**: El conjunto formado por el Catálogo de Prestaciones y Conjunto de Prestaciones de Salud, del Libro II y su clasificación, codificación y valores establecidos en la Resolución Exenta N° 176 de 1999, de los Ministerios de Salud y de Hacienda y sus modificaciones posteriores.

El Arancel se divide en títulos y en ellos cada prestación, se identifica con un Código de siete dígitos que representa lo siguiente:

- El primer y segundo dígito del código de la prestación identifican el Grupo.
- El tercer y cuarto dígito del código de la prestación identifican el SubGrupo.
- El quinto, sexto y séptimo dígito identifican dentro de cada SubGrupo, el código específico de la Prestación.

- h) **"Ficha o Historia Clínica"**: Documento en que se registran los datos del paciente, que debe contener al menos el nombre, edad, R.U.T., previsión de salud, etc. y donde el o los profesionales tratantes registran todas las atenciones efectuadas (ej. consultas, interconsultas, procedimientos diagnóstico terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc), además de la fecha de atención, diagnóstico, exámenes solicitados y realizados, tratamiento, evolución y epicrisis.
- i) **"Recién Nacido, Lactante, Niño"**: Se considerará como recién nacido (R.N.) hasta los 28 días de vida, lactante al menor de 2 años y niño al menor de 15 años.
- j) **"Adulto Mayor"**: Para efecto de la aplicación del Arancel en la Modalidad Institucional, se considerará a las personas 60 años o más de edad, como Adultos Mayores.

II. NORMAS GENERALES DE COBRO-USUARIO.

1. NIVELES DE INGRESO.

El Libro II, en su artículo 160, establece que las personas afectas a esta Ley, se clasificarán en los siguientes Grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, a que se refiere el decreto supremo N° 110, de 2004, de Salud y Hacienda; beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley N° 869, de 1975, y causantes de subsidio familiar establecido en la ley N° 18.020

- Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.
- Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B.
- Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces el ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C.

2. ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA O URGENCIA.

Para este efecto, los establecimientos públicos, deberán ajustarse a lo señalado inciso tercero del artículo 141 del Libro II, que establece que en los casos de emergencia o urgencia, debidamente certificados por un médico cirujano, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de dicho Libro, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

3. CONTRIBUCION DEL ESTADO AL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES.

Los porcentajes de contribución del Estado al financiamiento de las prestaciones de la Modalidad de Atención Institucional del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II.

3.1 Porcentaje de Bonificaciones para el Régimen General de Prestaciones Médicas Curativas

a) Respecto de las prestaciones médicas curativas que se otorguen ambulatoriamente o en atención cerrada y que están contenidas en el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud de la Modalidad de Atención Institucional, para los grupos de afiliados y beneficiarios que se indican, el Estado contribuirá como se señala a continuación:

Grupo A.....	100% contribución
Grupo B.....	100% contribución
Grupo C.....	90% contribución
Grupo D.....	80% contribución

b) Las prestaciones que se otorguen a las personas de 60 o más años de edad tendrán una contribución estatal de un 100% para todos los grupos (A, B, C y D). Lo anterior se aplicará igualmente en el caso de las prótesis y órtesis que no estén incluidas en el valor de la prestación de acuerdo al arancel.

- c) La atención del parto tendrá una contribución del 90% para el Grupo C y un 80% para el Grupo D.

3.2 Porcentaje de Bonificaciones para las Prestaciones que Resuelven Enfermedades Graves y/o de Alto Costo.

Las prestaciones que resuelven enfermedades graves y/o de alto costo, tendrán una contribución estatal de un 100% para todos los grupos (A, B, C, y D) y en las condiciones mencionadas en este numeral. Dicha contribución está referida a la totalidad de las prestaciones otorgadas, lo que incluye hospitalización, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos e insumos que resuelven la patología.

a) Cardiocirugías y Procedimientos Cardiológicos.

Con Circulación Extracorpórea

- De complejidad Mayor: incluye reemplazo valvular múltiple, tres o más puentes aortocoronarios y/o anastomosis con arteria mamaria, corrección de cardiopatías congénitas complejas (por ejemplo: Fallot; atresia tricuspídea; doble salida del ventrículo derecho; transposición grandes vasos; ventrículo único o similares), aneurisma aórtico torácico, trasplante cardíaco y cualquier operación cardíaca en lactantes.
- De complejidad Mediana: incluye comunicación interventricular, reemplazo univalvular, uno o dos puentes aortocoronarios, aneurisma ventricular, corrección de Wolf-Parkinson White y otras arritmias.
- De complejidad Menor: incluye comunicación interauricular simple, estenosis pulmonar valvular, estenosis mitral o similar.

Procedimientos

- Angioplastía intraluminal coronaria.
- Angioplastía intraluminal periférica.
- Valvuloplastía mitral o tricúspide.
- Valvuloplastía aórtica y pulmonar.

b) Neurocirugías y Procedimientos Neurológicos.

- Extirpación de Tumores y/o Quistes y/o Cavernoma, de Base de Cráneo, Intraorbitarios, Encefálicos y de Hipófisis.
- Tratamiento quirúrgico de Aneurismas, malformaciones arteriovenosas encefálicas u orbitarias, fístulas durales.
- Reparación de meningo y meningoencefalocele occipital.
- Disrafias Espinales: meningocele, mielomeningocele, diastematomielia, lipoma, lipomameningocele, médula anclada, etc.
- Tratamiento quirúrgico de hernia núcleo pulposo, estenorraquis, aracnoiditis, fibrosis perirradicular cervical dorsal o lumbar.
- Angiografía cerebral digital por cateterización femoral.

- Coils.
 - Micro embolizaciones cerebrales.
- c) Tratamiento Quirúrgico de la Escoliosis: Tratamiento quirúrgico de la escoliosis, cualquier vía de abordaje, con instrumentación (incluye material de fijación de columna).
 - d) Cirugía Oftalmológica: Considera intervenciones de Vitrectomía c/s retinotomía, c/s inyección de gas o silicona, c/s vitreófago (para situaciones de retinopatía diabética complicada, desprendimiento de retina complejo, trauma ocular, entre otras).
 - e) Trasplante Renal: Estudios de histocompatibilidad, nefrectomía, trasplante y tratamiento inmunosupresor de mantención del paciente.
 - f) Trasplante Hepático: Estudios de histocompatibilidad, hepatectomía, trasplante y tratamiento inmunosupresor de mantención del paciente.
 - g) Trasplante de Médula Ósea: Estudios de histocompatibilidad, cultivo de células, injerto y tratamiento inmunosupresor de mantención del paciente.
 - h) Atención Integral al Paciente Fisurado: Considera todas las atenciones de salud, relacionadas con la patología, requeridas por el paciente fisurado desde su nacimiento hasta los quince años de edad, para los niños nacidos a contar del 1 de enero de 1998.
 - i) Atención Integral al Paciente con Fibrosis Quística: Considera todas las atenciones de salud integrales que se relacionan con la Fibrosis Quística, incluyendo kinesiterapia respiratoria e inhaladores.
 - j) Atención de Urgencia al Gran Quemado: Considera las siguientes categorías de pacientes: Quemado con Compromiso Respiratorio, Quemado Grave, Quemado Crítico y Quemado con Sobrevida Excepcional. Esta categorización se realiza mediante la asignación de un índice de gravedad al ingreso del paciente, determinado a través de parámetros tales como: porcentaje de superficie quemada, nivel de compromiso sistémico, grado de complicaciones, etc.
 - k) Atención de Urgencia al Paciente con Trauma Complejo: Se considera como Paciente con Trauma Complejo aquel individuo que como consecuencia de un traumatismo agudo (exposición intencional o accidental a energía mecánica, térmica, eléctrica o química) sufre múltiples lesiones que comprometen uno o más segmentos corporales, con repercusión en la condición fisiológica y con riesgo de muerte.
- 3.3 Los tratamientos que a continuación se indican, y que resuelven enfermedades graves y/o de alto costo, tendrán una contribución estatal de 100% para todos los grupos (A, B, C, y D) y en las siguientes condiciones:
1. Diálisis: Las prestaciones codificadas en el grupo 19, subgrupo 01, prestación 023 Hemodiálisis con insumos incluidos; prestación 024 Hemodiálisis sin insumos; prestación 025 Peritoneodiálisis (incluye insumos); y prestación 026 Peritoneodiálisis continua en paciente crónico (adulto o niños), (tratamiento mensual). Asimismo, los tratamientos Hemodiálisis con Acetato (tratamiento mensual) 027 y Hemodiálisis con Bicarbonato (tratamiento mensual) 029. Incluyen aplicación de la técnica, control clínico permanente y el tratamiento de las complicaciones médicas.

Esta contribución especial para los afiliados pertenecientes a los grupos C y D se efectuará solamente para aquellos que no se encuentren acogidos a los beneficios del decreto ley N° 1772 de 1977, o el artículo 7° transitorio del decreto supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud.

2. Quimioterapia: Programa Nacional de Drogas Antineoplásticas (P.N.D.A.) y cuidados paliativos en cáncer terminal. Considera las prestaciones del Grupo 30, subgrupo 02.
3. Radioterapia: Considera las prestaciones del Grupo 05, subgrupo 03 al 06.
4. Tratamiento del SIDA: Considera el tratamiento antiretroviral, los medicamentos para las enfermedades oportunistas y los exámenes de carga viral y linfocitos T, para el paciente VIH positivo.

3.4 Para las prestaciones que resuelven enfermedades graves y/o de alto costo, detalladas en los puntos 3.2 y 3.3, se entenderá que éstas se otorgan a los beneficiarios a través de la Red de Hospitales Públicos y Privados (en convenio), que dispongan de la debida acreditación Ministerial para estos efectos. La derivación de los pacientes, se efectuará, salvo explicitación diferente del Ministerio de Salud, a partir de Centros de Atención de Especialidades (C.A.E. ó C.R.S.) o desde un Centro Diagnóstico Terapéutico (C.D.T.), hacia los Centros acreditados. En los casos de urgencia, el beneficiario ingresa directamente desde el Servicio de Urgencia de su localidad, al Centro acreditado.

3.5 Porcentaje de Bonificaciones para Prestaciones de Salud Otorgadas en Establecimientos de Atención Primaria de Salud

Todas las prestaciones de salud (médicas, odontológicas, de salud mental, kinesiológicas, preventivas, exámenes diagnósticos, etc.) que se otorguen en establecimientos de Atención Primaria de Salud, tendrán una contribución estatal de un 100% para los beneficiarios inscritos y validados de todos los grupos (A, B, C y D).

3.6 Porcentaje de Bonificaciones para Medicamentos e Insumos

Respecto de los medicamentos e insumos que se encuentren disponibles en el establecimiento, se aplicarán en las circunstancias que a continuación se indican, los porcentajes de contribución que en cada caso se señalan:

- a) En la atención que se otorgue en establecimientos de Atención Primaria de Salud, la contribución estatal será de un 100% para los beneficiarios inscritos y validados de todos los grupos (A, B, C y D), respecto de los insumos y de los productos farmacéuticos contenidos en el Arsenal Farmacológico Básico correspondiente a cada tipo de establecimiento de este nivel de atención, aprobado por el Secretaria Regional Ministerial de Salud correspondiente, a proposición de las Direcciones de los Servicios de Salud.
- b) En la atención que se otorgue en Consultorios de Especialidades, la contribución estatal será de un 100% para los grupos A y B, 90% para el grupo C y 80% para el grupo D, respecto de los insumos y de los productos farmacéuticos incluidos en el Formulario Nacional de Medicamentos, aprobado por decreto supremo N° 194, de 2005, del Ministerio de Salud, salvo que en éste no se contemple el medicamento específico que se requiere para el tratamiento de la enfermedad, en cuyo caso se aplicarán los porcentajes respecto de su costo de reposición.

- c) En la atención que se entregue a enfermos hospitalizados, la contribución estatal será de un 100% para los grupos A y B, de un 60% para el grupo C y de un 35% para el grupo D, respecto de los insumos y productos farmacéuticos contemplados en el Formulario Nacional de Medicamentos, a que se refiere el número precedente, con la misma salvedad que en él se contempla.
- d) Porcentaje de Bonificaciones para Prótesis y Órtesis : Las prótesis y órtesis, cuando no estén incluidas en el valor de la prestación de acuerdo al Arancel, tendrán una contribución estatal del 100% respecto de los grupos A y B, de un 90% para el grupo C y de un 80% para el grupo D, respecto del costo que señale el Arancel. Las prótesis que se compongan de varios elementos se considerarán individualmente para determinar su valor.
- e) Porcentaje de Bonificaciones para Atención Odontológica en los niveles secundario, terciario de atención: Tendrán una contribución estatal de un 100% para el grupo A, 70% para el grupo B, 50% para el grupo C y 20% para el grupo D.

Sin embargo las prestaciones comprendidas en el nivel primario de atención odontológica que se señala en el arancel del Régimen, serán gratuitas para las embarazadas, y para los niños menores de 6 años, a que se refieren los artículos 26 y 27 del decreto supremo N° 369 de 1985, y para los escolares entre 6 y 14 años de edad que quedaren clasificados en Grupo B.

- 4. **COBRO PRESTACIONES:** Procede el cobro al beneficiario, únicamente una vez que éstas hayan sido efectuadas.
- 5. **VALORES PRESTACIONES:** Incluyen los honorarios profesionales y los insumos que se utilicen en la hospitalización, con excepción de aquellos que el Arancel expresamente permita su cobro.
- 6. En caso, que por circunstancias excepcionales de demanda, algún beneficiario que habiendo optado por atención en Modalidad Institucional, deba hospitalizarse en camas correspondientes a Pensionado o Medio Pensionado, sólo se podrá cobrar la prestación código 02-03-001, 02-03-102 y 02-03-103, según corresponda.

III. **NORMAS ESPECIFICAS.**

1. PRESTACIONES DEL GRUPO 01.

1.1 GRUPO 01 EN ATENCION ABIERTA.

- a) Definición de Consulta o Control Médico Integral.

Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en un local destinado para éstos efectos.

Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin indicación terapéutica, con o sin solicitud de exámenes. De esta atención, debe quedar registro en una Ficha Clínica.

Se entenderán incluidos en ella, los procedimientos mínimos y habituales, como la esfigmomanometría, otoscopia, registros pondoestatural y otros que se efectúen durante una consulta médica.

b) “Consulta o Control Médico Integral en Nivel Primario” (cód. 01-01-101).

Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en un local destinado para estos efectos (Consultorios de atención primaria, postas rurales o similares).

El valor de la prestación considera incluido, todo lo señalado en los incisos segundo y tercero de la letra a) precedente.

c) “Consulta o Control médico integral en especialidades (Hospitales tipo 3) (cód. 01-01-102).

Atención profesional otorgada a un paciente por un médico especialista de un Hospital tipo 3, en un local destinado para estos efectos. Su valor incluye todo lo señalado en los incisos segundo y tercero de la letra a) precedente, además de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que realice el profesional derivados de la consulta, con excepción de aquellos que se señalen explícitamente en el punto 9 B Procedimientos diagnóstico terapéuticos, letra a), del numeral III Normas Específicas.

d) “Consulta Médica Integral en C.R.S.” (cód. 01-01-104). Atención profesional otorgada por médico especialista, a un paciente, en un Centro de Referencia de Salud, en un local destinado para estos efectos.

Además de lo establecido en la letra a) de este punto, se considerarán incluidos en el valor de la prestación, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realicen por indicación del especialista que efectuó este tipo de consulta integral, con excepción de aquellos que se señalen explícitamente en el punto 9 B Procedimientos diagnóstico terapéuticos, letra a) del numeral III Normas Específicas.

De acuerdo con lo señalado en el D.S N° 140 de 2004, del Ministerio de Salud, se entenderán como C.R.S., aquellos establecimientos de atención abierta de mediana complejidad que realizan atenciones de especialidades básicas (medicina interna, pediatría, cirugía, ginecología y obstetricia), además de algunas especialidades de alta demanda ambulatoria como dermatología, oftalmología, neurología, cirugía infantil, etc. Estos establecimientos contarán con boxes para procedimientos, imagenología básica, laboratorio de mediana complejidad.

e) “Consulta Integral de especialidades en Centros Diagnóstico Terapéuticos” (códigos 01-01-108, 01-01-109, 01-01-110).

Atención profesional otorgada por médico especialista, a un paciente, en un Centro de Diagnóstico Terapéutico, en un local destinado para estos efectos.

Además de lo establecido en la letra a) de este punto, se considerarán incluidos en el valor de la prestación, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realicen por indicación del especialista que efectuó este tipo de consulta integral, con excepción de aquellos que se señalen explícitamente en el punto 9 B Procedimientos diagnóstico terapéuticos, letra a) del numeral III Normas Específicas.

Para este tipo de atención integral, se consideró necesario implementar un estudio de costos efectuado en conjunto con expertos de Servicios de Salud, resultado del cual se ha desagregado la atención especializada de los C.D.T., en las siguientes prestaciones:

- ✓ 01-01-108 Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (en C.D.T.)
- ✓ 01-01-109 Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y sub especialidades (en C.D.T.)
- ✓ 01-01-110 Consulta integral en especialidades en Medicina Interna y sub especialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en C.D.T.)

f) “Consulta Integral de especialidades en Hospitales tipo 1 y 2” (códigos 01-01-111, 01-01-112, 01-01-113).

Atención profesional otorgada por médico especialista, a un paciente, en un Consultorio Adosado de Especialidades de los Hospitales tipos 1 y 2, en un local destinado para estos efectos.

Además de lo establecido en la letra a) de este punto, se considerarán incluidos en el valor de la prestación, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realicen por indicación del especialista que efectuó este tipo de consulta integral, con excepción de aquellos que se señalen explícitamente en el punto 9 B Procedimientos diagnóstico terapéuticos, letra a) del numeral III Normas Específicas.

Para este tipo de atención integral, se consideró necesario implementar un estudio de costos efectuado en conjunto con expertos de Servicios de Salud, resultado del cual se ha desagregado la atención especializada en los hospitales tipo 1 y 2, en las siguientes prestaciones:

- ✓ 01-01-111 Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (en Hospitales tipo 1 y 2)
- ✓ 01-01-112 Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y sub especialidades (en Hospitales tipo 1 y 2)
- ✓ 01-01-113 Consulta integral en especialidades en Medicina Interna y sub especialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en Hospitales tipo 1 y 2)

g) “Atención kinesiológica integral ambulatoria” (cód. 01-02-006).

Prestación de salud que incluye por sesión, la evaluación y todos los procedimientos de medicina física, rehabilitación o kinesiterapia, que realiza el kinesiólogo a un paciente con prescripción médica para este tipo de tratamientos.

El valor integral de esta atención, está establecido para cada sesión, independiente del número de procedimientos o prestaciones que se realicen en ella.

La Atención kinesiológica en la Modalidad Institucional, está dirigida a pacientes ambulatorios, es decir, para tratamientos que se realizan en Atención Abierta.

- h) “Atención integral por terapeuta ocupacional” (cód. 01-02-007).
Prestación de salud que incluye por sesión, la evaluación, actividades básicas cotidianas, procedimientos terapéuticos entre otros, que realiza el terapeuta ocupacional a un paciente con prescripción médica para este tipo de tratamientos.
- i) “Autocontrol de Pacientes Diabéticos Insulino Dependientes” (DID) (cód. 01-06-005).
Es la prestación de carácter mensual, destinada a los enfermos que pertenecen al programa de pacientes diabéticos insulino dependientes, a quienes se les entrega los insumos necesarios para el autocontrol de su patología.
Su valor incluye las cintas reactivas en un número suficiente para efectuarse tres determinaciones diarias, lanceta y lancetero para la toma de muestra.
- j) “Oxigenoterapia domiciliaria (pacientes oxígeno dependientes) (cód. 01-06-006).
Es la prestación de carácter mensual, destinada a pacientes con insuficiencia respiratoria que de acuerdo a sus condiciones clínicas y por expresa indicación médica, requieren ingresar a un Programa de Oxígeno en Domicilio, ya que necesitan la administración continua de dicho elemento. El valor de la prestación, considera incluido el costo promedio del gas oxígeno, para el tratamiento mensual de un paciente.
- k) PRESTACIONES EFECTUADAS EN COMPIN (códigos 01-07-001 al 01-07-005).
- “Consulta Médica Pericial por Licencia Médica” (cód. 01-07-001)
Es la atención médica y/o entrevista, efectuada por un médico de COMPIN, a pacientes en cuyos casos se requiera comprobar la enfermedad y/o los antecedentes que causaron la respectiva licencia médica.
 - “Evaluación Médica por Invalidez” (cód. 01-07-002).
Corresponde a la atención, que un médico de COMPIN, efectúa a un paciente con una determinada incapacidad o invalidez y que para efectos de acceder a los beneficios que le otorga la legislación vigente, requiere de una evaluación y certificación de la presencia de dicha condición, ya sea para trámites de jubilación, subsidios específicos, asignaciones, Ley de discapacidad, cambio de faenas, etc.

El valor de la prestación incluye la atención médica y/o entrevista, revisión de antecedentes médicos, con o sin la solicitud de exámenes o procedimientos diagnósticos terapéuticos adicionales, que se requieran para confirmar la irreversibilidad de la salud.
 - “Visita domiciliaria inspectiva por Comisión” (cód. 01-07-003).
Corresponde a las visitas realizadas al domicilio de un trabajador enfermo, que se encuentra haciendo uso de licencia médica. Estas visitas serán efectuadas por el médico de COMPIN o por un integrante del respectivo equipo de salud, de acuerdo a la instrucción de dicho profesional.
 - “Evaluación médico legal por Comisión” (cód. 01-07-004).

Corresponde a la sesión especial, que en cada COMPIN realizan los integrantes de las Comisiones Médicas o la Subcomisión de la Ley N° 16.744, para revisar y evaluar los casos por los que se emite un dictamen de invalidez o incapacidad, debiendo quedar el registro de las sesiones con los casos revisados, en los correspondientes libros de actas.

→ “Arbitrajes por apelación contra Isapre” (cód. 01-07-005).

Corresponde a la atención médica y/o evaluación de los antecedentes clínicos, que otorga el médico de COMPIN a un requirente afiliado de ISAPRE quién por desacuerdo con dicha institución, recurre a la COMPIN, en materias de las Licencias Médicas y de Subsidio de Incapacidad Laboral.

Las prestaciones efectuadas en COMPIN en ningún caso pueden ser cobradas al usuario.

1.2 GRUPO 01 EN SERVICIOS DE ATENCION CERRADA.

a) “Consulta Médica Integral en Servicio de Urgencia Hospital tipo 1” (cód. 01-01-103).

Atención profesional que por la condición clínica del paciente y de acuerdo a expresa calificación médica, debe ser efectuada de inmediato sin sufrir postergaciones. Esta atención se otorgará en un Servicio de Urgencia de un Hospital tipo 1, en un local destinado para este efecto.

Su valor incluye lo señalado en los incisos segundo y tercero de la letra a) del punto 1.1 del numeral III Normas Específicas, además de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que realice el profesional derivados de la consulta, con excepción de aquellos que se señalen explícitamente en el punto 9 B Procedimientos diagnóstico terapéuticos, letra a) del numeral III Normas Específicas.

b) “Consulta Médica Integral en Servicio de Urgencia Hospital tipo 2 y 3” (cód. 01-01-105).

Atención profesional que por la condición clínica del paciente y de acuerdo a expresa calificación médica, debe ser efectuada de inmediato sin sufrir postergaciones. Esta atención se otorgará en un Servicio de Urgencia de un Hospital tipo 2 ó tipo 3, en un local destinado para este efecto.

Su valor incluye lo señalado en los incisos segundo y tercero de la letra a) del punto 1.1 del numeral III Normas Específicas, además de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que realice el profesional derivados de la consulta, con excepción de aquellos que se señalen explícitamente en el punto 9 B Procedimientos diagnóstico terapéuticos, letra a) del numeral III Normas Específicas.

c) "Asistencia de Cardiólogo a Cirugías no cardíacas" (cód. 01-01-106).

Es la atención profesional otorgada por un cardiólogo, a pacientes en cirugías no cardíacas. El especialista debe permanecer durante todo el acto quirúrgico en el pabellón. El valor de la prestación considera incluida la atención integral que requiera el enfermo.

d) “Atención médica del Recién Nacido” (cód. 01-01-107).

Es la atención profesional integral otorgada por un médico a un recién nacido, en sala de partos, pabellón quirúrgico o durante su etapa de observación.

El valor de la prestación, incluye la atención con examen físico completo, con o sin reanimación cardio-respiratoria, control de signos vitales, la medición del índice Apgar, la aspiración de secreciones, el diagnóstico, las solicitudes de exámenes, indicación de terapias, etc.

De esta atención, deberá quedar registro en los antecedentes clínicos y administrativos que correspondan (ficha del recién nacido, R.P.M., etc.).

2. ATENCION CERRADA (GRUPO 02).

Para efecto de la codificación y normativa que debe aplicarse a los Días Cama, cuando se trate de la otorgación de prestaciones de salud, a un paciente que se encuentra ocupando una cama, los establecimientos asistenciales se ajustarán a lo señalado en este punto:

a) En todos los casos de atención cerrada que impliquen co-pagos y cuando el beneficiario opte por solicitar un préstamo de salud, deberá confeccionarse un Programa de Atención de Salud en el que se incluirán los medicamentos y la totalidad de las prestaciones que de acuerdo al Arancel y a esta normativa, se otorguen en dicha hospitalización.

El trámite administrativo, de solicitud del respectivo préstamo médico, se cursará en el Fondo Nacional de Salud de acuerdo a disposiciones vigentes.

b) Los Programas de Atención de Salud, podrán ser revisados por el Fondo, estando facultada esta Institución para solicitar al establecimiento asistencial, copia de la Historia Clínica, protocolo de intervención quirúrgica y otros antecedentes técnicos necesarios.

Además podrá efectuar visitas inspectivas y otros procedimientos de fiscalización que se establezcan por el Fondo Nacional de Salud.

c) Definiciones generales para Días Camas:

c.1 Día Cama Integral (códigos 02-03-010, 02-03-011, 02-03-012 y 02-03-014).

Es la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial, entre las 08.00 horas A.M. y las 20.00 horas P.M., ocupando una cama sin pernoctar.

c.2 Día Cama de Hospitalización Integral. (códigos 02-03-001 al 02-03-009; 02-03-015 al 02-03-016; 02-03-102 al 02-03-103; 02-03-109; 02-03-209).

Corresponde la aplicación de los códigos Días Cama de Hospitalización Integral, cuando se trate de la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial, ocupando una cama y cumpliéndose además la condición de pernoctar.

La prestación incluye:

- El uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama, la alimentación oral diaria, la atención de todos los profesionales de la salud y personal paramédico, en particular atención completa y procedimientos de enfermería tales como tomas de

muestras para exámenes, curaciones, administración de terapias, colocación de sondas, inyectables, enemas, administración de fleboclisis y transfusiones.

- Además los medicamentos y dispositivos médicos de uso habitual, los materiales y elementos de enfermería no desechables, insumos de uso general tales como gasa, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares, guantes quirúrgicos y de procedimientos, antisépticos y desinfectantes de todo tipo, oxígeno y aire comprimido.
- En términos generales y aun teniendo presente la especificidad de las instalaciones y personal que en cada caso se requiera, se entenderá que la definición de Día cama de Hospitalización Integral, es aplicable a los diferentes tipos de días de hospitalización de especialidad existentes, tales como, medicina, pediatría, obstetricia y ginecología, traumatología, cirugía, psiquiatría.

c.3 "Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), Adulto, Pediátrica o Neonatal" (códigos 02-03-002, 02-03-003 y 02-03-004). Es la prestación de salud, definida para la internación y atención de pacientes críticos, cuyo estado clínico tiene características de extrema gravedad. Además de lo señalado para el Día Cama de Hospitalización Integral, la prestación incluye:

- Ocupación de una cama de internación en una Unidad de Cuidado Intensivo, ubicada en dependencias únicas y centralizadas, de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales asegura una atención permanente las 24 horas del día.
- Todas las acciones de salud que el enfermo reciba en la Unidad, otorgadas por el personal profesional residente y de colaboración competentes, para atención de paciente crítico.
- Uso de instalaciones y equipos que caracterizan a las U.C.I., tales como equipos de monitores invasivos y no invasivos, ventilación mecánica invasiva, ventilación mecánica no invasiva, desfibriladores, bombas de infusión continua.
- Los procedimientos en esta unidad pueden incluir entre otros: monitorización no invasiva, electrocardiogramas, control de presión arterial, oximetría de pulso, capnografía, nutrición oral o enteral, sonda vesical, oxigenoterapia, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, terapia inhalatoria, hidratación, administración de drogas vasoactivas, sedación y analgesia, punción venosa central, punción arteria central, catéter Swan Ganz, tonometría, instalación catéter de presión intracraneana, nutrición parenteral, otras punciones o drenajes: punción lumbar , punción pleural, abdominal, traqueotomía.
- Insumos, gases y aire comprimido, en lo que sea pertinente, según se explicita en materia de derecho de pabellón.
- Cuando se trate de Unidades Especializadas, tales como, Unidades de Trasplante de médula alogénico Pediátrico o de Adulto que cumplan con las definiciones y exigencias técnicas descritas en este numeral, que posean presión positiva y aire filtrado (filtros Hepa), utilizarán la misma nomenclatura y codificación de Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.)

c.4 "Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI), Adulto, Pediátrica o Neonatal" (códigos 02-03-005, 02-03-006 y 02-03-007). Es la prestación de salud, definida para la internación o derivación de pacientes cuyo estado clínico tiene características de mediana gravedad. Además de lo señalado para el Día Cama de Hospitalización Integral, la prestación incluye:

- Ocupación de una cama de internación en una Unidad de Tratamiento Intermedio que dispone de organización técnica y administrativa propia dentro de las instalaciones de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales asegura una atención permanente las 24 horas del día.
- Todas las acciones de salud que el enfermo reciba en la Unidad, otorgadas por el personal profesional residente y de colaboración, con competencia técnica para U.T.I.
- Uso de las instalaciones y equipos que caracterizan a las U.T.I., las que sin alcanzar la complejidad organizativa de una U.C.I. serán los mismos aunque en menor proporción de acuerdo a la dotación de camas.
- Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios durante la permanencia del paciente en la Unidad, detallados en la letra e) de este punto 2.1.
- Insumos, gases y aire comprimido, en lo que sea pertinente, según se explicita en materia de derecho de pabellón.

Cuando se trate de Unidades Especializadas, tales como, Unidades Coronarias, Respiratorias, Cirugía, Hematología, Aislamiento oncológico u otras, que cumplan con las definiciones y exigencias técnicas descritas en este numeral, utilizarán la misma nomenclatura y codificación de Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I.)

- d) Los establecimientos, que dispongan de camas de UCI y UTI, en sus servicios de hospitalización, deberán contar con la debida acreditación del Ministerio de Salud.
- e) Aquellas atenciones profesionales y/o procedimientos que deban ser realizados por profesionales ajenos a la Unidad, tales como, gastroduodenoscopia, estudios radiológicos, colocación de marcapasos definitivos, biopsias, así como los procedimientos detallados en el punto 9 B Procedimientos diagnóstico terapéuticos, letra a) de estas normas, podrán ser cobradas separadamente.
- f) "Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Corta Estadía" (cód. 02-03-109). Corresponde el cobro de esta prestación para aquellos hospitales generales o psiquiátricos provistos de servicios clínicos de corta estadía, para la atención de personas que como consecuencia de una enfermedad psiquiátrica presentan síntomas o alteraciones conductuales que perturban severamente su bienestar y la convivencia familiar o social, que requieren de tratamientos especializados que sólo pueden efectuarse en un régimen de hospitalización completa, o que representan un peligro para sí mismos o para terceros. Se considera para esta prestación un tiempo máximo de hospitalización de 60 días.

El valor de la prestación incluye, todo lo señalado en la letra c) de este punto, además de consulta psiquiátrica, consulta psicológica, psicometría, educación sobre enfermedades psiquiátricas, psicoterapia y procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales.

g) “Día Cama hospitalización Psiquiatría Mediana Estadía” (cód. 02-03-110).

Corresponde el cobro de esta prestación para aquellos hospitales generales o psiquiátricos que cuenten con la debida acreditación del Ministerio de Salud, por estar provistos de servicios clínicos de alta especialización psiquiátrica, con profesionales y paramédicos capacitados, disponibilidad de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y psicofármacos de última generación. Esta prestación está destinada a pacientes con patología psiquiátrica y/o discapacidad psicosocial severas o resistentes a los procedimientos habituales. Estos pacientes deberán ser tratados inicialmente en un servicio de corta estadía, hasta un tiempo máximo de 60 días, y luego podrán permanecer en el de mediana estadía, hasta completar un período máximo de hospitalización de 12 meses.

Además de lo señalado en la letra c) de este punto, su valor incluye todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación psiquiátrica y de procedimientos especiales, que se le efectúen al paciente durante su permanencia en el establecimiento.

h) “Día cama Hogar Protegido Paciente Psiquiátrico Compensado” (cód. 02-03-017).

Corresponde cobrar esta prestación, cuando el beneficiario permanezca en una instancia comunitaria de alojamiento y vivienda habilitada para albergar a un número no mayor de 15 pacientes y que cuenten con la debida acreditación del Ministerio de Salud. Esta prestación, está destinada a aquellos pacientes que se encuentran compensados de su patología psiquiátrica, que no pueden vivir en forma independiente, y que carecen de familia propia donde hacerlo, o ella se encuentra incapacitada para recibirlo.

Su valor, incluye cuidado básico de personal técnico con supervisión profesional y costos de alojamiento y alimentación.

i) “Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Crónicos” (cód. 02-03-009).

Corresponde el cobro de esta prestación, para aquellos hospitales generales o psiquiátricos provistos de servicios clínicos de apoyo, para la atención de pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos, con discapacidad psíquica que fueron admitidos a este tipo de servicios con anterioridad a la entrada en vigencia de la resolución exenta que aprobó el Arancel para el año 2000 y que no están en condiciones clínicas de ser atendidos en menor grado de institucionalización.

No se incorporarán nuevos pacientes a esta prestación. Esta modificación, se ha incorporado a las normas de esta Modalidad de Atención, de acuerdo a las definiciones establecidas por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Además de lo señalado en la letra c) de este punto, su valor incluye todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación psiquiátrica y de

procedimientos especiales que se le efectúen al paciente durante su permanencia en el establecimiento.

- j) "Día Cama de Hospitalización Integral Desintoxicación Alcohol y Drogas"(cód. 02-03-209).
Corresponde al día de hospitalización en un hospital general o psiquiátrico, que cuenta con Unidad de Alcohol y Drogas, Unidad de Urgencia Psiquiátrica y/o Unidad de Agudos, para la atención de pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de drogas que requieren hospitalización para diagnóstico, deshabitación o desintoxicación y donde por razones clínicas la permanencia de estos pacientes es inferior o igual a 15 días de hospitalización.

Su valor Incluye todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación psiquiátrica que se le efectúen al paciente durante su permanencia en el establecimiento además de lo señalado en la letra c) de este punto.

- k) "Día Cama Integral Psiquiátrico Diurno "(cód. 02-03-010).

Corresponde a cada día de hospitalización en hospital general o psiquiátrico, provisto de servicios clínicos adecuados para el tratamiento de éstos pacientes.

Su valor Incluye todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación psiquiátrica que se le efectúen al paciente durante su permanencia en el establecimiento además de lo señalado la letra c) de este punto. Procederá su cobro cuando el beneficiario permanezca como mínimo 6 horas en el establecimiento y sin pernoctar en él. En caso de permanecer por un tiempo inferior a lo establecido, no procederá el cobro de esta prestación.

- l) "Día cuna de hospitalización integral" (cód. 02-03-015).
Corresponde al día de Hospitalización en Cuna, para la atención integral del Recién Nacido que se encuentra en Observación.

Además de lo señalado en la letra c) de este punto, la prestación incluye en su valor los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de menor complejidad como fototerapia, procedimientos de hidratación, etc.

- m) "Día Cama de Hospitalización Integral Geriatria o Crónico" (cód. 02-03-012).
Es aquel día cama de hospitalización destinado a la atención de pacientes geriátricos o pacientes con patología crónica compensada que requieren asistencia médica y cuidados de enfermería básicos. Deberá considerarse incluido en su valor, todos los elementos señalados en la letra c) de este punto.

- n) "Día Estada en Cámara Hiperbárica": (cód. 02-03-013).
Corresponde al día estada, de aquellos pacientes que se hospitalizan, para despresurización y otras terapias de patología específicas. Su valor considera incluido el uso de la cámara hiperbárica, la atención médica especializada, atención completa de enfermería, los procedimientos médicos que formen parte integral del tratamiento.

Los establecimientos, que dispongan de cámara hiperbárica, deberán contar con la debida acreditación del Ministerio de Salud.

- o) "Día Cama Integral de Observación o Día cama Integral Ambulatorio Diurno " (cód. 02-03-011).

Es el día cama definido para los casos en que el beneficiario permanece como mínimo 4 horas en el establecimiento sin pernoctar y utilizando una cama en el período comprendido entre las 08.00 horas A.M. y las 20.00 horas P.M. De permanecer por un tiempo inferior al establecido, no procederá cobro alguno.

- p) "Camilla de Observación en Servicio de Urgencia" (cód. 02-03-111).

Es la prestación destinada a los pacientes que se encuentran en observación en el Servicio de Urgencia, con una permanencia mínima de 4 horas, ocupando una camilla y sin dar origen a hospitalización.

3. LABORATORIO CLINICO (GRUPO 03).

- a) Aquellos exámenes de laboratorio que incluyan el estudio de diferentes parámetros, aun cuando éstos no estén expresamente calificados en el Arancel como (proc. aut.), se considerarán incluidos en el mismo, no pudiendo cobrarse en forma separada (ej. Hemoglobina en Hemograma, Glucosa en Orina Completa, Bicarbonato en Gases sanguíneos, etc.).

- b) El examen de Orina Completa, código 03-09-022, incluye un estudio físico químico de la orina junto con el sedimento urinario. Por lo tanto, los códigos que se mencionan a continuación, sólo procede cobrarlos separadamente, cuando sean solicitados en forma independiente y no conjuntamente con el examen de orina completa:

- Glucosa Cuantitativa 03-09-016
- Cuerpos Cetónicos 03-09-011

- c) La prestación denominada Pruebas Hepáticas, código 03-02-076 incluye la toma de muestra y los siguientes exámenes:

- Protrombina, consumo o tiempo de 03-01-059
- Bilirrubina Total y Conjugada 03-02-013
- Fosfatasas Alcalinas totales 03-02-040
- Gammaglutamiltranspeptidasa 03-02-045
- Transaminasas Oxalacética y pirúvica 03-02-063 x 2

- d) La Prestación denominada Flujo Vaginal, código 03-08-044, incluye la toma de muestra y los siguientes exámenes:

- Examen directo al fresco 03-06-004
- Tinción de Gram 03-06-005
- Cultivo corriente 03-06-008
- Cultivo de levaduras 03-06-017
- Cultivo Hongos Filamentosos 03-06-117
- Antibiograma corriente 03-06-026

- e) El Perfil Bioquímico (cód. 03-02-075), corresponde a la determinación automatizada de 12 parámetros bioquímicos en sangre. Los exámenes habituales son: Acido úrico, bilirrubinemia total, calcio, deshidrogenasa láctica total (LDH), fosfatasas alcalinas, fósforo,

glucosa, nitrógeno ureico (NU), proteínas totales, albúminas, transaminasas oxalacética (GOT) y colesterol total.

4. IMAGENOLOGIA (GRUPO 04).

- a) Los exámenes radiológicos complejos (Grupo 04 Sub-Grupo 02), incluyen el valor del procedimiento médico necesario para su ejecución en los casos expresamente señalados en el Arancel.
- b) Cuando se trate de prestaciones del Grupo 04 Sub-Grupo 04, los resultados deberán presentarse en placa de celuloide o papel fotográfico de alta calidad, exigiéndose un mínimo de 6 imágenes diferentes por examen. Se exceptúa la prestación código 04-04-002 (Ecografía Obstétrica).

5. MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA (GRUPO 05).

- a) Este grupo de prestaciones, se estructura en la forma siguiente:

	DESCRIPCION	CODIGOS
A. PROC. DIAGNOSTICOS	1. Estudios Endocrinológicos	05-01-100 al 05-01-102
	2. Estudios Osteoarticulares	05-01-103 al 05-01-104
	3. Estudios Cardiovasculares	05-01-105 al 05-01-109
	4. Estudios Digestivos	05-01-110 al 05-01-116
	5. Estudios Nefrourológicos	05-01-117 al 05-01-121
	6. Estudios Pulmonares	05-01-122 al 05-01-123
	7. Estudios Sistema Nervioso Central	05-01-124 al 05-01-125
	8. Estudios de Infecciones	05-01-126 al 05-01-127
	9. Estudios Oncológicos	05-01-128 al 05-01-133
	10. Densitometría Osea	05-01-134 al 05-01-134
B. PROC. TERAPEUTICOS	Radioisótopos	05-02-001 al 05-02-005

- b) En cuanto a normativa específica para algunas prestaciones de este grupo de arancel, se entenderá lo siguiente:
 - Cintigrama Oseo trifásico (incluye mediciones fase precoz y tardía) (cód. 05-01-104): Incluye las fases Arterial, Capilar y Ósea del estudio.
 - Pool Sanguíneo Spect (cód. 05-01-109): Incluye fase precoz y tardía
 - Spect hígato esplénico, evaluación hemangioma o hiperplasia (incluye mediciones fase precoz y tardía) (cód. 05-01-116):
 - Detección y/o marcación de ganglio centinela (no incluye procedimiento) (cód. 05-01-128)
 - Estudio de glándulas mamarias (Mamocintigrafía) (no incluye MIBI) (cód. 05-01-131):

6. MEDICINA TRANSFUSIONAL (GRUPO 07).

Considerando últimos estudios realizados en el Ministerio de Salud, en cuanto a proyecto de bancos de sangre y unidades transfusionales, el Fondo Nacional de Salud acogió favorablemente propuesta de comisión que revisó los avances tecnológicos, los estudios de costo pertinentes y la forma de operación actual, en materia de medicina transfusional, determinándose la incorporación al arancel de prestaciones para la Modalidad Institucional, del grupo arancelario 07, cuya normativa deberá ser aplicada en la forma siguiente:

- a) "Banco de Sangre": Es la Unidad de un Hospital, a cargo de un médico especializado, cuya complejidad de atención definida por el Ministerio de Salud, le permite tener como funciones la selección y entrevista de dadores, extracción, preparación (estudio, conservación, fraccionamiento), distribución y administración de la sangre humana, con el objeto de efectuar terapia transfusional durante las 24 horas.
- b) "Servicio de Transfusión": Es la Unidad de un Hospital, que de acuerdo a definiciones del Ministerio de Salud, y estando a cargo de un médico o de un tecnólogo médico especializado en Banco de Sangre, le permita tener como función la conservación, distribución y administración de la sangre, debiendo estar relacionado con un Banco de Sangre.
- c) Los procedimientos transfusionales del grupo 07, podrán aplicarse en enfermos ambulatorios u hospitalizados, dejándose constancia, de las atenciones otorgadas en los sistemas de registro que el establecimiento asistencial, disponga para estos efectos (tarjeta control transfusiones, libros despacho, ficha clínica, etc.). Es imprescindible registrar anotaciones de horas de comienzo y término del procedimiento transfusional, tipo de hemocomponente transfundido, la cantidad administrada y el profesional que otorgó la prestación.
- d) Corresponde el cobro de la prestación 07-02-008, cuando se realice en pabellón quirúrgico y sólo con la presencia y actuación personal del médico transfusor o tecnólogo médico con mención en banco de sangre, durante todo el proceso.
- e) Preparación de Hemocomponentes:
La prestación 07-02-001, ha sido incorporada, para transparentar los costos asociados a esta actividad, la que además de la entrevista y selección del donante, incluye la extracción, fraccionamiento y preparación del hemocomponente. Corresponde el cobro de 1 código 07-02-001 por cada hemocomponente transfundido.
- f) Estudios previos a Transfusión:
La prestación 07-02-003 Set de exámenes por unidad de glóbulos rojos transfundido y el código 07-02-004 set de exámenes por unidad transfundida de plasma o plaquetas, reemplazan al anterior 03-01-073, siéndoles aplicables la normativa siguiente:
 - El código 07-02-003 incluye en su valor: clasificación ABO y Rho del donante, VDRL, anticuerpos anti VIH, antígeno de superficie hepatitis B, anticuerpos anti virus hepatitis C, anticuerpos anti HTLV - I y II, anticuerpos anti trepanozoma cruzi (Chagas), prueba de compatibilidad eritrocitaria.
 - El código 07-02-004 incluye en su valor: clasificación ABO y Rho, VDRL, anticuerpos anti VIH, antígeno de superficie hepatitis B, anticuerpos anti virus hepatitis C, anticuerpos anti HTLV - I y II, anticuerpos anti trepanozoma cruzi (Chagas).

- Para el cobro de las prestaciones 07-02-003 y 07-02-004, y dado que en su valor se ha incorporado índice nacional de fraccionamiento, se aplicará regla de 1 código por cada unidad transfundida, diferenciándose la codificación según el tipo de hemocomponente del que se trate.
- g) Para aquellos establecimientos, que teniendo implementada la técnica de los exámenes anticuerpos anti HTLV - I y II y anticuerpos anti trepanozoma cruzi (Chagas), se entenderá que éstos están incluidos en las prestaciones 07-02-003 y 07-02-004, por tanto no podrán ser cobrados en forma adicional.
- h) Pago de Procedimientos Transfusionales:
Corresponderá el pago de procedimientos transfusionales, por “Acto Transfusional”, en la forma siguiente:
 - Corresponde el pago de 1 procedimiento 07-02-006, 07-02-007 o 07-02-008, por cada 4 unidades (o su fracción) de glóbulos rojos o plasma transfundido.
 - Corresponde el pago de 1 procedimiento 07-02-006, 07-02-007 o 07-02-008, por cada 6 unidades (o su fracción) de crioprecipitados o plaquetas transfundidas.
- i) Sin perjuicio de que las pruebas de compatibilidad eritrocitaria, están costeadas e incluidas en el valor del código 07-02-003 Set de exámenes previos por unidad de G.R. transfundida, se ha optado por mantener la prestación 07-02-005 en forma separada del Set, dada la circunstancia, de pruebas de compatibilidad positivas entre el dador y el receptor, siendo imprescindible realizar pruebas adicionales que se cobrarán a través de esta última codificación.

7. ANATOMIA PATOLOGICA (GRUPO 08)

Los valores consignados para Anatomía patológica e Histopatología, incluyen los honorarios profesionales y todos los insumos necesarios para el procesamiento de las muestras.

8. PRESTACIONES DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL (GRUPO 09)

a) “Consulta de Psiquiatría” (cód. 09-03-001).

Atención profesional, otorgada por médico psiquiatra a un paciente referido y a su familia o cuidadores para diagnóstico y tratamiento de su enfermedad mental.

Tiene una duración de 30' e incluye anamnesis, examen físico y mental, hipótesis diagnóstica, con o sin solicitud de exámenes y respuesta de interconsultas, indicación de tratamientos, prescripción de fármacos y/o referencias. Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica.

b) "Consulta o Control Integral por Psicólogo" (código 09-03-002).

Es la atención profesional otorgada a un paciente por un psicólogo clínico. Incluye los test necesarios para el psicodiagnóstico, la psicoterapia individual y las indicaciones y derivaciones que correspondan. Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica.

c) “Consulta de salud mental por otros profesionales “ (cód. 09-03-003).

Atención profesional otorgada por terapeuta ocupacional, enfermera, asistente social o psicopedagogo, de un equipo psiquiátrico, en un establecimiento de salud, a un paciente o sus familiares o cuidadores, para realizar acciones de apoyo emocional, educación para el autocuidado, refuerzo de adhesión al tratamiento, mejorar la capacidad de la familia para cuidar del paciente y de sí misma y rehabilitación psicosocial. Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica.

d) “Intervención psicosocial grupal” (cód. 09-03-004).

Atención profesional otorgada por un psicólogo, asistente social, enfermera o terapeuta ocupacional de un equipo de psiquiatría, a un grupo no menor de cuatro ni mayor de ocho pacientes, familiares o cuidadores. Esta actividad tiene como finalidad, el apoyo emocional, la educación para el autocuidado, el refuerzo de adhesión al tratamiento, mejorar la capacidad de la familia y de las organizaciones de usuarios o grupos de auto ayuda para cuidar del paciente y de sí mismo, y para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.

Esta actividad podrá ser desarrollada tanto en los establecimientos de salud, como en los locales donde funcionan las organizaciones sociales y grupos de autoayuda, o donde la autoridad sanitaria determine.

e) “Psicoterapia de grupo” (cód. 09-03-005).

Atención profesional otorgada por médico psiquiatra o psicólogos acreditados, a un grupo de cuatro a ocho pacientes, con un máximo de 24 sesiones de dos horas cada una, por año y por paciente. Incluye actividades con técnicas de psicoterapias, de acuerdo a diagnóstico específico y a evidencia de costo efectividad. Dicha atención deberá quedar registrada en la ficha clínica de cada paciente.

f) “Consultoría de salud mental por psiquiatra” (cód. 09-03-006).

Actividad realizada por médico psiquiatra con pacientes consultantes en establecimientos de atención primaria y médicos y equipos de salud que los tratan, con el fin de realizar diagnóstico y definir programa de tratamiento o la derivación para su atención en el consultorio de especialidades o servicio clínico de psiquiatría. Esta prestación debe realizarse con un mínimo de ocho pacientes con enfermedad mental y una duración total de cuatro horas (incluyendo transporte).

Incluye exploración y atención conjunta de pacientes, revisión de fichas clínicas y discusión de los casos. Tiene la finalidad de aumentar la capacidad de resolución de la atención primaria y la referencia y contrarreferencia más costo efectiva de pacientes entre el nivel primario y secundario. Dicha atención, deberá quedar registrada en la ficha clínica de cada paciente.

g) “Programa de rehabilitación tipo 1” (cód. 09-03-007).

La prestación consiste en la provisión regular y continua de un conjunto de actividades de rehabilitación psicosocial por ocho a catorce horas semanales, en un mínimo de tres días a la semana, por un período máximo de dos años, para un grupo de entre seis y diez

personas con enfermedad mental y discapacidad psicosocial, incluyendo medicamentos y exámenes.

Esta prestación es otorgada al paciente por un equipo de trabajo, debidamente acreditado por el Ministerio de Salud, el cual está integrado preferentemente por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermera, asistente social, técnico y/o monitor, pertenecientes al equipo ambulatorio de salud mental y psiquiatría, cuidador y/o supervisor de casos.

Las actividades del programa de rehabilitación incluyen, seguimiento personalizado, sesiones individuales, familiares y grupales orientadas a recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma, actividades centradas en la vida diaria al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción socio-laboral. Dicha atención, deberá quedar registrada en la ficha clínica de cada paciente.

h) "Programa de rehabilitación tipo 2" (cód. 09-03-008).

La prestación consiste en la provisión regular y continua de un conjunto de actividades de rehabilitación por dieciocho a treinta horas semanales, en un mínimo de cuatro días, por un período máximo de dos años, de un programa de actividades de rehabilitación para un grupo de entre cinco a siete personas con enfermedad mental y mayor nivel de discapacidad psicosocial, que viven con sus familiares o son residentes en hogares protegidos. Incluye medicamentos y exámenes.

Esta prestación tendrá un grado mayor de concentración de profesionales que el programa de rehabilitación tipo 1 y será otorgada al paciente por un equipo de trabajo, debidamente acreditado por el Ministerio de Salud, el cual está integrado preferentemente por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermera, asistente social, técnico y/o monitor, pertenecientes al equipo ambulatorio de salud mental y psiquiatría, cuidador y/o supervisor de casos.

Las actividades del programa de rehabilitación, incluyen seguimiento personalizado, sesiones individuales, familiares y grupales orientadas a recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma, actividades centradas en la vida diaria al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción socio-laboral. Dicha atención, deberá quedar registrada en la ficha clínica de cada paciente.

9. PROCEDIMIENTOS

A) PROCEDIMIENTOS AUTÓNOMOS.

a) "Procedimiento Autónomo"

Es aquella prestación (intervención, procedimiento, examen, etc.) que habitualmente forma parte o es etapa de una más compleja y que puede ser ejecutada en forma

independiente. Para facilitar su identificación, ha sido señalada generalmente, como (proc. aut.) en el Arancel.

No procede el cobro de un procedimiento autónomo u otra prestación, cuando esté incluida en otra de mayor complejidad.

Ejemplo:

Prestación requerida: 03-09-022 Orina Completa.

En este caso no podrá cobrarse para el mismo paciente en un mismo examen, la prestación requerida y el código 03-09-024 Orina, Sedimento (proc. aut.), ya que está incluida en la orina completa.

Ejemplo:

Prestación requerida: 18-02-028 Colectomía.....

En este caso sólo podrá cobrarse el código 18-02-028, sin que se pueda adicionar el cobro de prestaciones tales como la 18-02-004 (Laparotomía Exploradora.....), ya que esta última está incluida en la prestación cuyo código es 18-02-028.

b) Corresponde el cobro de una prestación autónoma cuando se efectúe:

- Como prestación única.

Ejemplo:

Prestación requerida: 18-02-012 Gastroenteroanastomosis (proc. aut.)

- Asociada a otra prestación de la que no forma parte.

Ejemplo:

Prestación requerida: 18-02-031 Colectostomía (proc. aut.)

18-02-012 Gastroenteroanastomosis (proc. aut.)

B) PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS.

a) No procede el cobro por Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos (SubGrupo 01), cuyos costos fueron traspasados a la Consulta Médica de Especialidades y al Día Cama de Hospitalización (Ord. 3G/Nº 279 de fecha 01/02/90), por esta razón su detalle no se encuentra especificado en este Arancel.

Se exceptúan los Procedimientos correspondientes a:

- Grupo 05 SubGrupos 01, 02, 03, 04, 05, 06: Medicina Nuclear y Radioterapia.
- Grupo 07 Subgrupo 02: Medicina transfusional
- Grupo 11 SubGrupo 01: Electroencefalogramas y Angiografía cerebral digital.
- Grupo 17 SubGrupo 01: Angioplastias, Arteriografías, Biopsia endomiocárdica, Colocación de Marcapaso Transitorio, Cinecoronariografías, Ecocardiogramas, Electrodiagnósticos, Valvuloplastias, Ventriculografías, Sondeos cardíacos, Septostomía de Rashkind.
- Grupo 18 SubGrupo 01: Gastroduodenoscopías, Colonoscopías, Yeyuno-ileoscopías.
- Grupo 19 SubGrupo 01: Hemodiálisis y Peritoneodiálisis
- Grupo 20 SubGrupo 01: Procedimientos de Ginecología y Obstetricia.

- Grupo 21 SubGrupo 07: Procedimientos de Ortopedia.

b) El código “19-01-023 Hemodiálisis con insumos incluidos” y la prestación 19-01-028 “Hemodiálisis con bicarbonato con insumos (por sesión)” están destinadas exclusivamente al cobro del tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica, y corresponden a la atención integral de diálisis cuyo valor incluye la aplicación de la técnica, la atención profesional y control clínico permanente, todos los insumos y medicamentos que el paciente requiera.

Los marcadores virales códigos 03-06-169, 03-06-077 y 03-06-081, deberán determinarse en todos los pacientes al inicio del programa.

En cuanto a la determinación del anticuerpo anti H.I.V., se consideran pacientes de alto riesgo los poli transfundidos, drogadictos, homosexuales y bisexuales.

Otros exámenes requeridos por el paciente para el control o derivados del estudio de otras patologías, no deben entenderse incorporados en el valor de ésta prestación y pueden ser solicitados por el médico tratante de dichas patologías y cobrados en forma independiente.

Estas prestaciones pueden ser cobradas, sólo por establecimientos que cuenten con la debida acreditación del Ministerio de Salud.

c) Los códigos 19-01-027 "Hemodiálisis, tratamiento mensual" y el 19-01-029 "Hemodiálisis con Bicarbonato con insumos, tratamiento mensual", incluyen todas las hemodiálisis y todas sus variedades, como ultrafiltraciones, insumos y exámenes, que el paciente requiera en el mes. Deberán anotarse en el Formulario de Confección del Programa de Atención de Salud las fechas de las diálisis realizadas. Los exámenes mínimos necesarios son los que se señalan a continuación:

Exámenes Mensuales

- Nitrógeno ureico	03-02-057
- Potasemia	03-02-032
- Calcemia	03-02-015
- Fosfemia	03-02-042
- Hematocrito	03-01-036
- Transaminasas (GOT o GPT)	03-02-063 x 2
- Anticuerpos virales, determ. de H.I.V.	03-06-169 (en pacientes de alto riesgo)

Exámenes Trimestrales

- Albuminemia	03-02-060
- Fosfatasas Alcalinas	03-02-040
- Creatinina en plasma	03-02-023
- Bicarbonato	03-02-011
- Cuociente NU prediálisis NU post diálisis	03-02-057 x 2

Exámenes Semestrales

- Parathormona	03-03-018
- Virus Hepatitis B, antígeno	03-06-077
- Virus Hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV)	03-06-081
- Anticuerpo anti H.I.V.	03-06-169

Exámenes anuales

- Ferritina	03-01-026
-------------	-----------

Los marcadores virales códigos 03-06-169, 03-06-077 y 03-06-081, deberán determinarse en todos los pacientes al inicio del programa.

En cuanto a la determinación del anticuerpo anti H.I.V., se consideran pacientes de alto riesgo los poli transfundidos, drogadictos, homosexuales y bisexuales.

Otros exámenes requeridos por el paciente para el control o derivados del estudio de otras patologías, no deben entenderse incorporados en el valor de ésta prestación y pueden ser solicitados por el médico tratante de dichas patologías y cobrados en forma independiente.

Estas prestaciones pueden ser cobradas, sólo por establecimientos que cuenten con la debida acreditación del Ministerio de Salud.

Cuando por diversas circunstancias se realicen menos de trece hemodiálisis o ultrafiltraciones, deberá confeccionarse (o rehacerse) el programa de atención de salud con el número exacto de ellas, usando el cód. 19-01-023, o el cód. 19-01-028.

Excepcionalmente y, sólo en casos de tratamientos trisemanales completos, en los cuales resulten 12 hemodiálisis mensuales por el número de días del mes, corresponderá el cobro del cód. 19-01-027, o el cód. 19-01-029.

Los valores del cód. 19-01-027 y cód. 19-01-029, han sido calculados con 13,5 hemodiálisis a fin de cubrir los meses de 14 hemodiálisis y aquellas extras que deban efectuarse.

- d) El código 19-01-026, Peritoneodiálisis continua en paciente crónico o Diálisis Peritoneal crónica, para adultos o niños, incluye todas las atenciones profesionales, equipos e instrumentos, insumos, medicamentos y exámenes que se requieran durante el mes de tratamiento.

Los pacientes adultos podrán acceder al uso de esta técnica, sólo si cuentan con la indicación médica expresa y cuando no puedan efectuarse el tratamiento por medio de la hemodiálisis.

Los exámenes mínimos necesarios que requieren éstos pacientes son los que se señalan a continuación:

Exámenes Mensuales

- Hematocrito	03-01-036
- Creatinina	03-02-023
- Nitrógeno Ureico	03-02-057
- Fosfemia	03-02-042
- Calcemia	03-02-015
- Glicemia	03-02-047
- Potasemia.	03-02-032
- Bicarbonato	03-02-011
- Fosfatasas Alcalinas	03-02-040

Exámenes Trimestrales

- Albuminemia	03-02-060
---------------	-----------

Exámenes Semestrales

- Colesterol total	03-02-067
- Triglicéridos	03-02-064
- Transaminasas GOT o GPT	03-02-063 X 2

Exámenes Anuales

- Parathormona	03-03-018
- Virus Hepatitis B, antígeno	03-06-077
- Virus Hepatitis C, anticuerpos de (anti HVC)	03-06-081
- Anticuerpo anti H.I.V.	03-06-169

Todos éstos exámenes deberán realizarse también al ingreso de cada paciente al programa.

Esta prestación puede ser cobrada sólo por establecimientos que cuenten con la debida acreditación del Ministerio de Salud.

- e) La atención del Parto se cobrará a través del código 20-04-103, cuando se trate de atención de Parto Normal atendido por matrona o sin participación del médico. Cuando se trate de atención de Parto por vía vaginal, normal o distócico (Fórceps o Podálica), atendido por médico, corresponderá aplicar el código 20-04-113.

Las prestaciones, Monitoreo Basal (código 20-01-009) y Monitoreo Fetal Estresante (código 20-01-010), con control permanente del especialista y tratamiento de las posibles complicaciones, no podrán ser cobrados una vez iniciado el trabajo de parto.

10. CIRUGIA (GRUPOS 11 AL 21)

- a) Intervención Quirúrgica:

Corresponde al conjunto de acciones de salud efectuadas a un paciente en un Quirófano (Pabellón Quirúrgico), bajo anestesia, para un tratamiento determinado, y efectuadas por uno o más equipos de cirujanos, médico anestesiólogo, cardiólogo, perfusionista si

corresponde. Esta definición se aplicará a todos los problemas de salud que involucren cirugía.

Representa un acto médico quirúrgico integral, que además de los actos anestésicos y las técnicas específicas para el tipo de cirugía de que se trate, incluye los honorarios de la totalidad del equipo médico señalado en el párrafo anterior, arancelera, derecho de pabellón con las instalaciones, sala de recuperación post-anestésica, equipos, instrumental, insumos y medicamentos utilizados en dicha intervención.

- b) Los valores que señala el Arancel para las intervenciones, cualquiera sea la técnica utilizada, salvo que el Arancel señale expresamente otro valor, comprenden los honorarios médicos del equipo quirúrgico (primer cirujano y médicos ayudantes) anestesia, si la prestación lo requiere y el derecho de pabellón. Asimismo, incluye la atención post operatoria derivada de ella hasta por 15 días.
- c) Aquellas maniobras efectuadas por el profesional, durante o inmediatamente después de un acto quirúrgico o de un procedimiento, se consideran incluidas en el valor de la intervención quirúrgica o procedimiento, cuando corresponda, por lo que no procede su cobro separadamente.
- d) En intervenciones quirúrgicas, obstétricas y traumatológicas, el médico cirujano, deberá registrar en la ficha clínica y/o protocolo operatorio la atención otorgada, como asimismo, a solicitud del paciente o familiar responsable, deberá entregar un informe escrito, claramente legible, del tratamiento realizado, agregando toda la información clínica útil sobre variantes o complicaciones de la intervención.

En él deberá consignar el nombre del enfermo, fecha e identificación del establecimiento donde se realizó; lo que deberá ratificar con su firma.

- e) Cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico, practique dos o más intervenciones de distinto código, ya sea por la misma incisión o por otras diferentes, corresponderá cobrar el 100% de aquella de mayor valor y el 50% de la de segundo mayor valor.
- f) En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, por el mismo equipo, procederá cobrar el 100% del valor arancelario de una intervención y el 50% de la otra, salvo que el Arancel expresamente especifique un procedimiento diferente.
- g) Cuando a un mismo paciente se le practiquen en un mismo acto quirúrgico en forma simultánea o sucesiva, dos o más intervenciones por distintos equipos de cirujanos, a través de la misma o diferentes incisiones, procederá cobrar el 100% del valor de cada una de las intervenciones efectuadas.

Para acceder a lo anterior, la totalidad de los cirujanos y ayudantes que participen en cada una de las intervenciones quirúrgicas deberán ser personas diferentes, lo que deberá constar en los documentos clínicos y administrativos que correspondan.

- h) Cuando sea necesario retirar quirúrgicamente elementos de endoprótesis o de osteosíntesis interna en la especialidad de traumatología (Grupo 21), se cobrará a través de las prestaciones 21-06-001, 21-06-002 y 21-06-003.

En aquellos casos en que el retiro de elementos no dispone de un código específico para ese efecto y siempre que el arancel no establezca un procedimiento diferente, se cobrará el 75% del valor de la intervención de la colocación del respectivo elemento.

- i) En los casos de uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (o cerradas) como cirugía videolaparoscópica y similares, si no se encuentran individualizadas como tales en el arancel, se aplicarán los códigos y valores de las técnicas quirúrgicas convencionales abiertas.
- j) Si alguna de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas se transforma en una intervención quirúrgica convencional, sólo procederá el cobro de la de mayor valor.
- k) La normativa específica para el Trasplante Renal y el Trasplante Hepático, por estar contemplados dentro de las enfermedades catastróficas, se detalla en el punto 3.2 letras f) y g), del numeral II Normas Generales de Cobro-Usuario.

11. ANESTESIA.

- a) La anestesia general y regional (epidural o subaracnoidea) deberá ser efectuada por un médico diferente a los cirujanos, ya que implica necesariamente la asistencia permanente de un profesional durante el curso de la anestesia.
El valor de la anestesia se encuentra incluido en el valor de la prestación cuando corresponda.
- b) La anestesia peridural o epidural, código 22-01-102, solo podrá ser facturada cuando sea administrada en atención de Partos y esté debidamente registrada en el protocolo operatorio o registros que correspondan.

12. SALAS DE PROCEDIMIENTOS.

- a) Derecho de Sala de Procedimientos: Corresponde al derecho de uso de una sala (lugar o recinto de instalación independiente o anexa que en condiciones de asepsia y seguridad permite a un profesional de la salud, efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos. Esta prestación incluye en su valor el uso de la sala, la atención del personal paramédico, el uso de instrumental o equipo específico para el procedimiento a efectuar, los insumos y elementos de uso general, tales como, guantes quirúrgicos, agujas, jeringas, catéteres corrientes, sondas desechables, materiales de sutura, jabones para lavado quirúrgico, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares. En caso de procedimientos complejos, con uso de anestesia o analgesia, están incluidos los gases y medicamentos que este acto implique.

Para su identificación en el Arancel, los códigos adicionales del 1 al 4 corresponden a salas de procedimientos.

- b) El valor de los códigos adicionales del 1 al 4, señalados en algunas prestaciones, se encuentra incorporado en el respectivo procedimiento.
En lo que sea aplicable, las salas de procedimiento consideran incluido en su valor, los conceptos, definiciones y elementos, señalados en el punto número 13 de estas normas.

13. QUIROFANO Y DERECHO DE PABELLON

- a) Derecho de Pabellón Quirúrgico: Corresponde al derecho de uso de recintos de acceso restringido, autorizados para su funcionamiento, que cuentan con instalaciones y anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas. Los anexos están referidos a sectores, salas y unidades, que complementan y facilitan el funcionamiento del recinto quirúrgico, tales como áreas de lavado quirúrgico, vestuario de pacientes y personal, sectores para almacenamiento de equipos, ropa e instrumental estéril, sala de recuperación post anestésica, y que cuenta con servicios de apoyo de acuerdo a su complejidad.

Esta prestación incluye en su valor el uso de este tipo de recintos, la atención de todos los profesionales de la salud y personal paramédico, insumos y elementos, tales como, guantes quirúrgicos, agujas, jeringas, catéteres corrientes o similares, cánulas y sondas desechables, todo tipo de drenajes, todo tipo de materiales de sutura, jabones para lavado quirúrgico, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares. Asimismo, incluirá el uso de gases (oxígeno y aire comprimido), anestesia, neurolépticos, analgésicos, y relajantes musculares de cualquier tipo.

Para efectos arancelarios, los códigos adicionales del 5 al 14, representan el Derecho a Pabellón, en las prestaciones quirúrgicas.

- b) El Arancel del Derecho de Pabellón o Quirófano, se encuentra incorporado en el valor de las prestaciones con códigos adicionales del 5 al 14. Se considera incluido en su valor, el uso de las instalaciones, equipos, instrumental, elementos e insumos que a continuación se indican:

b.1 MUEBLES E INSTALACIONES.

- Mesas quirúrgicas
- Vitrinas y muebles para almacenamiento del instrumental
- Equipos de iluminación de emergencia
- Lámpara central y lámparas móviles.
- Calefacción y aire acondicionado
- Unidad o Sala de recuperación post anestésica

b.2 EQUIPOS E INSTRUMENTAL.

- Máquinas de anestesia y equipos de intubación traqueal.

- Equipos para control cardiorrespiratorio, resucitadores y monitores de todo tipo. (Incluyendo conexiones y accesorios).
- Equipos de ventilación mecánica.
- Equipos de Rayos X (no incluye medios de contraste, ni placas).
- Microscopio.
- Aspiración y bombas de aspiración de emergencia, portátiles o no
- Electrobisturí o láser quirúrgico.
- Cajas con instrumental básico y especial completo para todo tipo de intervenciones
- Equipo completo de cirugía videolaparoscópica y similares.
- Equipos de endoscopias.

b.3 INSUMOS Y ELEMENTOS.

- Hojas de bisturí.
- Guantes de uso quirúrgico o para procedimientos (estériles o no).
- Gasa, algodón, tómulas, apósitos de cualquier tipo.
- Tela adhesiva y similares, de todo tipo.
- Agujas de todo tipo.
- Bránulas, conexiones, alargadores, tapas o tapones, etc.
- Jeringas de vidrio o desechables
- Catéteres corrientes y/o similares, de cualquier tipo.
- Cánulas y sondas desechables o recuperables.
- Drenajes de todo tipo.
- Equipos de fleboclisis.
- Implementos de administración de oxígeno y nebulizaciones.
- Conexiones y receptáculos de máquinas de aspiración y sondas.
- Recolectores de orina.
- Bombas de infusión continua con sus bajadas correspondientes.
- Todo tipo de material de sutura.
- Equipo completo de ropa esterilizada o no para intervenciones (Paños esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas, compresas, etc)
- Ropa esterilizada para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliares.
- Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, aerosol, etc) y formalina.
- Jabones para lavado quirúrgico y escobillas esterilizadas.

b.4 GASES.

- Oxígeno y aire comprimido.

b.5 ANESTESIA Y OTROS.

- Anestésicos, neurolepto analgésicos y relajantes musculares de cualquier tipo.

b.6 MEDICAMENTOS.

Los medicamentos que a continuación se indican, o sus similares, se consideran incluidos en el derecho de pabellón, cualquiera sea el uso y forma de administrar:

b.6.1 Analgésicos y Antiespasmódicos:

- Dipirona
- Morfina

- Meperidina (por ej.: Demerol)
- Pentazocina (por ej.: Sosegón)
- Baralgina

- b.6.2 Anticoagulantes:
 - Heparina

- b.6.3 Antiheméticos:
 - Tietilferazina (por ej.: Torecán)
 - Perfenacina (por ej.: Trilafón)

- b.6.4 Antihistamínicos:
 - Clorfenamina (por ej.: Clorprimetón)

- b.6.5 Bloqueadores Alfa Adrenérgicos:
 - Fentolamina
 - Fenoxibenzamina

- b.6.6 Bloqueadores Beta Adrenérgicos:
 - Propanolol
 - Pindolol

- b.6.7 Bloqueadores Alfa y Beta Adrenérgicos:
 - Labetalol

- b.6.8 Bloqueadores de Calcio:
 - Verapamilo
 - Nifedipino
 - Diltiazem (por ej.: Dialtezam)

- b.6.9 Broncodilatadores (Aerosol y/o Ampollas):
 - Aminofilina
 - Teofilina
 - Salbutamol (por ej.: Aerolín)

- b.6.10 Corticosteroides:
 - Betametasona
 - Dexametasona
 - Metilprednisolona
 - Hidrocortisona

- b.6.11 Diuréticos:
 - Furosemida

- b.6.12 Fenotiazinas:
 - Prometazina

- Clorpromazina
- Promazina clorhidrato

b.6.13 Hipoglicemiantes:

- Insulina

b.6.14 Misceláneos:

- Agua destilada y oxigenada
- Amiodarona
- Bicarbonato de Sodio 10%
- Bicarbonato de Sodio 1/6M, 1/3M, 2/3M
- Cimetidina
- Cloruro de Calcio 10%
- Cloruro de Sodio 9%
- Cloruro de Sodio 10%
- Cloruro de Potasio 10%
- Dextran 40 y 70%
- Domperidon (por ej.: Domperidona)
- Dantroleno (por ej.: Dantrolene)
- Dopamina
- Dobutamina
- Gluconato de Calcio 10%
- Glucosa 15 y 20%
- Manitol 15 y 20%
- Metoclopramida (por ej.: Peryan)
- Protamina
- Reserpina
- Suero Glucosado al 4%, 5%, 10%, 20% y 30%
- Suero Glucosalino Isotónico e Hipertónico
- Suero Fisiológico
- Suero Ringer
- Suero Ringer Lactato
- Tintura de Yodo y sucedáneos

b.6.15 Ocitósicos:

- Ocitocina sintética (por ej.: Sintocinón)
- Ocitocina
- Metilergometrina (por ej.: Methergin)

b.6.16 Simpaticomiméticos:

- Aramina
- Efedrina
- Etilefrina Clorhidrato (por ej.: Alupent)
- Adrenalina
- Noradrenalina
- Isoprenalina

- Neosinefrina

b.6.17 Tónicos Cardíacos:

- Lanatósido (por ej.: Cedilanid)

b.6.18 Vasodilatadores:

- Nitroglicerina
- Nitroprusiato de Sodio
- Diazoxida (por ej.: Diazoxide)
- Bretilium (por ej.: Brepirium)
- Hidrolazina
- Isorbide

b.6.19 Vitaminas K1 y K3

c) Todos los conceptos, definiciones y elementos mencionados anteriormente, se aplicarán también a la Sala de Partos, Sala de Procedimientos y Unidad de Cuidado Intensivo y de Tratamiento Intermedio (de adultos, pediátrica o neonatal), en lo que corresponda.

d) Se podrán cobrar directamente al paciente los elementos que habiendo sido usados en pabellón, no estén considerados en la letra b) de este punto, como asimismo las prótesis que se implanten siempre que no estén incluidas en el valor de la respectiva prestación.

En estos casos para efecto del cobro al beneficiario, deberá confeccionarse una lista de materiales e insumos utilizados con sus correspondientes precios, la que será ratificada con su firma, sólo por el Jefe de Recaudación del Establecimiento.

14. PAGO ASOCIADO A DIAGNOSTICO (P.A.D.)

Se entiende por Pago Asociado a Diagnóstico, en adelante PAD, al conjunto de prestaciones, previamente estandarizadas, que permiten resolver uno o más diagnósticos relacionados, considerando el tratamiento y la evolución de la morbilidad de un paciente promedio.

El precio definido para cada PAD, incluye los días camas, derechos de pabellón, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, exámenes de todo tipo, intervenciones quirúrgicas, las que incluyen los honorarios médicos del equipo quirúrgico y del anestesista, los insumos y materiales clínicos necesarios, los fármacos que se utilicen y los controles posteriores necesarios hasta los 15 días posteriores al alta.

El cobro por PAD al usuario, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Ser catalogado como PAD por el Sistema de Registro de Prestaciones Médicas (R.P.M.) u otro acreditado por el Fondo Nacional de Salud.
- b) La Patología tratada debe formar parte del conjunto de diagnósticos PAD.
- c) Registrarse como diagnóstico principal.
- d) El paciente debe ser beneficiario de FONASA.

- e) El paciente debe egresar como mejorado, es decir tiene que haber superado en forma satisfactoria la patología por la cual fue atendido.
- f) Los días de estado ocupados en la resolución de la patología, deben estar comprendidos en el rango establecido para cada canasta PAD.
- g) Es condición indispensable en la resolución del diagnóstico, el que se haya otorgado la prestación definida como "trazadora" para cada canasta PAD.

En estas prestaciones, se aplicará la contribución general del Estado que se señala en el numeral 3.1 del punto N° II. Normas Generales de Cobro Usuario, con excepción de aquellos PAD cuyas prestaciones Trazadoras se encuentren incluidas en las enfermedades catastróficas (numeral 3.3 del mismo punto), como es el caso del Trasplante Hepático, Trasplante renal, etc, que tendrán una bonificación especial del 100% para todos los grupos (A, B,C y D).

15. ATENCION ODONTOLOGICA (GRUPO 27).

Para los efectos de la aplicación de las prestaciones de Atención Odontológica, Grupo 27, se tendrá presente la siguiente normativa:

- a) "Destartraje y Pulido de Corona" (cód. 27-01-003).
Prestación destinada al tratamiento preventivo de las enfermedades del paradencio; consiste como su nombre lo indica, en la eliminación mecánica del tártaro y pulido de la corona, para evitar lesiones destructivas de los tejidos de sostén.
- b) "Urgencias" (cód. 27-01-012).
Corresponde a un conjunto de patologías bucomaxilofaciales de aparición subita de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención. Se considera urgencia entre otras: curación del dolor, hemorragia, alveolitis, alvéolo seco, apertura de abscesos, pericoronaritis aguda, fractura de reborde alveolar, primera atención del traumatizado, pulpitis y complicaciones de operatoria simple y prótesis.
- c) "Cirugía Bucal" (cód. 27-02-001).
Esta prestación comprende cualquiera de los siguientes procedimientos:
 - Exodoncia a colgajo.
 - Exodoncia de pieza dentaria de inclusión sub-mucosa.
 - Plastías de rebordes y regularización de tuberosidad exostósica.
 - Frenectomía, tratamiento de complicación de erupción del tercer molar.
 - Tratamientos de abscesos sub-mucosos.
 - Tratamientos de los traumatismos dento/maxilares (luxación, avulsión, fractura dentaria y/o del reborde).
 - Tratamiento de la luxación aguda de la articulación temporo mandibular.
 - Traumatismos superficiales de los tejidos blandos.
 - Biopsias.

- d) “Endodoncia Unirradicular o Bi o Multirradicular” (códigos 27-02-002 y 27-02-003).
Para ambos tipos de endodoncia el valor a cobrar comprende todas las etapas del tratamiento, incluidos rellenos y sellados del conducto.
- e) “Obturación Inlay Metal” (cód. 27-02-004).
El valor del Arancel incluye el material de obturación cuando se utilice: acolite, metal amarillo, orples u otro similar. Cuando el paciente solicite que la restitución se efectúe en oro u otro material precioso, deberá proporcionar el metal.
- f) “Periodoncia Consulta” (cód. 27-02-005).
Es la atención destinada al tratamiento preventivo de las enfermedades del paradencio y su derivación oportuna. Comprende tratamientos de las siguientes patologías:
- Gingivitis Simple.
 - Gingivitis infecciosas agudas.
 - Gingivitis Herpéticas.
 - Absceso Paradencial.
- g) “Prótesis de Restitución” (cód. 27-02-007).
Aparato ortopédico destinado a remplazar la pérdida de piezas dentarias, para recuperar la fisiología, pudiendo ser retiradas a voluntad del paciente. El valor consignado en el Arancel cubre el gasto total incluido el aparato protésico.
- h) “Prótesis Metálica” (cód. 27-02-008).
Igual que lo dispuesto en la letra g), el valor señalado en el Arancel, incluye la base metálica.
- i) “Reparación compuesta de Prótesis” (cód. 27-02-012).
Se trata de una reparación que requiere de impresiones o de técnicas especiales para agregar dientes, retenedores y/o reajustar o reparar fracturas de mayor complejidad técnica.
- j) “Restitución por Corona (combinado)” (cód. 27-02-015).
Es aquella en que el apoyo y la base deben ser colados.
- k) “Restitución por Corona provisoria” (cód. 27-02-016).
Se diferencia de la atención anterior (letra j), en que en este caso se puede usar un perno prefabricado con diente de resina acrílica a determinar por el operador.
- l) “Tratamiento Ortodoncia” (cód. 27-02-018).
El valor señalado en el Arancel incluye el tratamiento completo y los aparatos ortopédicos.

16. PROGRAMA NACIONAL DE DROGAS ANTINEOPLASICAS (P.N.D.A.).

- a) El P.N.D.A. está destinado a la atención de pacientes con diagnóstico de cáncer, ya sean adultos o niños, de acuerdo al detalle señalado en la letra b) de este punto.

b) El tratamiento con drogas antineoplásicas se divide en dos grupos, adultos y niños, en cada uno de los cuales se distinguen determinados diagnósticos a tratar, según se detalla a continuación:

b.1 Tumores del Adulto

- Linfoma de Hodgkin	30-02-001
- Linfoma No Hodgkin no agresivo	30-02-002
- Linfoma No Hodgkin intermedio	30-02-003
- Linfoma No Hodgkin, agresivo	30-02-004
- Leucemia Linfoblástica	30-02-005
- Leucemia Aguda No linfática aguda y Leucemia Promielocítica	30-02-006
- Cáncer de Testículo y Germinales extragonadales	30-02-007
- Enfermedad Trofoblástica Gestacional	30-02-008
- Rescate de Linfomas y leucemias	30-02-033
- Ca. Mama etapa I y II	30-02-034
- Ca. Mama, etapa III	30-02-135
- Ca. Mama, etapa IV	30-02-136
- Ca. Mama, etapa IV metástasis ósea	30-02-137
- Ca. Cérvico Uterino	30-02-036

b.2 Tumores Infantiles

- Linfoma de Hodgkin	30-02-009
- Linfoma B y LLA-B	30-02-010
- Linfoma Linfoblástico	30-02-011
- Leucemia Linfoblástica Aguda	30-02-012
- Leucemia Mieloide Aguda	30-02-013
- Neuroblastoma	30-02-014
- Osteosarcoma	30-02-015
- Sarcoma de Partes Blandas	30-02-016
- Ewing	30-02-017
- Tumores germinales extra Sistema Nervioso Central (Extra SNC)	30-02-107
- Tumor de Wilms	30-02-020
- Retinoblastoma	30-02-021
- Histiocitosis	30-02-022
- Recaida tumores sólidos	30-02-024
- Hepatoblastomas	30-02-025
- Leucemias Mieloide crónica	30-02-026
- Recaida de Leucemias Linfoblástica	30-02-027
- Recaida de Leucemia Mieloide	30-02-126

b.3 Tumores cerebrales infantiles

- Meduloblastomas	30-02-028
- Tumores de menor de tres años	30-02-029

- Gliomas 30-02-030
 - Astrocitoma 30-02-031
 - Tumor Germinal SNC 30-02-032
- Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor en Cáncer Terminal (en adultos y niños) 30-02-023
- c) El valor establecido para estas prestaciones, incluye el costo promedio de las drogas antineoplásicas, factor estimulante de colonia, antieméticos, insumos para la protección del operador en las etapas de fraccionamiento, las sesiones de quimioterapia y los antibióticos en caso de complicaciones. Los precios corresponden al valor medio mensual por paciente en tratamiento. Estas prestaciones serán otorgadas, por aquellos Servicios de Salud acreditados por la Unidad de Cáncer del Ministerio de Salud.
- d) No procede cobro alguno a los beneficiarios, cualquiera sea su Grupo de ingresos, cuando se atiendan bajo este Programa, ya que estas prestaciones se encuentran incluidas dentro de las enfermedades catastróficas, que tienen cobertura estatal del 100%.

17. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS.

Para efectos de las prestaciones del grupo 30 Sub-Grupo 03, se tendrá presente lo siguiente:

- a) La Norma General Técnica N° 16, aprobada por resolución Exenta 1487-A del 14 de Octubre de 1996, del Ministerio de Salud y modificada en su Capítulo VII, Normas de Tratamiento, a través de la Resolución Exenta N° 1.191 del 12 de mayo 2000, establece la normativa que regula el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, y en ella se garantiza el diagnóstico y la entrega gratuita de medicamentos y de servicios preventivos y médico asistenciales a toda la población que lo requiera.

Por tratarse de un programa nacional descentralizado, simplificado, que se ejecuta desde el nivel local y cuyas Normas se extienden a todos los establecimientos de salud, se entiende que toda la población es beneficiaria de las actividades gratuitas de Control de la Tuberculosis.

- b) En lo específico referido a los beneficiarios del Fondo, no procede cobro alguno cualquiera sea su grupo de ingresos, cuando se atiendan bajo este programa, ya que el Fondo transfiere directamente a los Servicios de Salud los recursos financieros necesarios para el otorgamiento de estas prestaciones.
- c) El Programa de Control de la Tuberculosis, incluye los honorarios médicos y la totalidad de los insumos, fármacos o drogas que se utilicen en la atención por lo que no procede cobro alguno por estos conceptos.

- d) Según lo señalado en la Resolución Exenta N°1487-A/96 del Ministerio de Salud, el tratamiento de la tuberculosis en todas sus formas, se sustenta en el uso de asociaciones de drogas con propiedades bactericidas y esterilizantes:

Isoniacida (H), Rifampicina (R) y Pirazinanida (Z), a las cuales se agrega como cuarto medicamento Estreptomina (S) o Etambutol (E). Además el Programa de Control de la Tuberculosis dispone de Kanamicina (K), Etionamida (Et), Cicloserina (Cs) y Ciprofloxacino (Cp) para fracasos del tratamiento.

- e) De acuerdo con la clasificación de los enfermos, se utilizarán esquemas diferenciados (mensuales), distinguiéndose para efectos las prestaciones siguientes :
- Esquema Primario (mensual) 30-03-001
 - Esquema Primario Simplificado (mensual) 30-03-002
 - Esquema Secundario (mensual) 30-03-003
 - Esquema Normado de Retratamiento (mensual) 30-03-004
 - Esquema Especial de Retratamiento (mensual) 30-03-005

En los casos confirmados de fracaso según la norma, los pacientes serán derivados al médico especialista broncopulmonar del Servicio de Salud, con el objeto de iniciar Esquema Especial de Retratamiento, debiendo ser notificado al MINSAL (TBC).

18. PROGRAMA REDUCCION DE BRECHAS EN PRESTACIONES

El Programa considera las prestaciones que hasta el año 2006 eran parte del Programa del Adulto mayor (P.A.M.) y del Programa de Oportunidad de Atención (P.O.A.), que aún no son parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES), enmarcadas en dos Subprogramas:

a) Subprograma Reducción de Brechas en Prestaciones de Mayor Frecuencia

- Intervención Quirúrgica Colelitiasis (incluye diagnóstico)
- Histerectomía Radical (no de causa cáncer cervico uterino)
- Criptorquidia
- Hernia abdominal
- Prolapso uterino
- Várices
- Amígdalas y Adenoides
- Apendicetomía
- Audífonos Hipoacusia Unilateral mayores 65 años.

b) Subprograma Reducción de Brechas en Prestaciones Traumatológicas

- Endoprótesis Parcial de Cadera Mayores 65 años
- Endoprótesis Parcial de Cadera menor de 65 años
- Endoprótesis Total de Cadera por Fractura
- Endoprótesis Total de Cadera menor de 65 años
- Fractura de Cuello de Fémur, Osteosíntesis mayores 65 años
- Fractura de Cuello de Fémur, Osteosíntesis, menor de 65 años
- Prótesis de Rodilla mayores 65 años
- Prótesis de Rodilla, menor de 65 años

- Fracturas expuestas de mano o pie.
- Síndrome del Túnel Carpiano
- Fractura de Hombro, incluye prótesis
- Manguito Rotador Hombro
- Luxación de Hombro
- Cirugía de Menisco
- Ligamento Cruzado Anterior
- Fractura Diafisaria de Femur, Osteosíntesis
- Fractura Diafisaria de Tibia (Pierna), con Osteosíntesis
- Fractura Diafisaria de Radio y Cubito (Antebrazo), con Osteosíntesis
- Fractura Diafisaria de Húmero (Brazo), con Osteosíntesis

19. PROGRAMA DE PRESTACIONES COMPLEJAS.

a) El Programa de Prestaciones Complejas, considera canastas PAD de Cardiocirugía con CEC y Procedimientos Cardiológicos de adulto, Neurocirugía y Angiografía Cerebral, Trasplante Renal, Trasplante Hepático, Trasplante Cardíaco, Tratamiento Integral de Fibrosis Quística, Prestaciones Oncológicas, así como prestaciones de Cirugía Oftalmológica, que pueden ser realizadas por aquellos Servicios que cuenten con acreditación específica del Ministerio de Salud y para los cuales se definan las intervenciones quirúrgicas a realizar, establecidas dentro del marco de los respectivos Contratos de Servicios suscritos por los Servicios de Salud y Establecimientos experimentales, establecimientos de autogestión en red con Fonasa y la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

b) Cada canasta considera incluido en su valor lo siguiente:

b.1 CARDIOCIRUGÍA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (CEC):

Las canastas de prestaciones incluyen la intervención quirúrgica correspondiente (CEC Mayor códigos 17-03-061, o CEC Mediana código 17-03-062, o CEC Menor, código 17-03-063), los días cama (UTI, Sala, etc.), los exámenes, procedimientos, medicamentos, insumos y todas las prestaciones otorgadas durante la hospitalización.

b.2 LOS PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS:

- ✓ Angioplastias (cód. 17-01-131, 17-01-132, 17-01-043 y 17-01-144).
- ✓ Valvuloplastias (17-01-141 y 17-01-142), incluyen el procedimiento completo y además los medicamentos e insumos que se utilicen.
- ✓ Cambio de generador de marcapaso (17-03-148), incluye en su valor, el procedimiento, el derecho de pabellón, la prótesis, los medicamentos e insumos que se utilicen.
- ✓ Estudios Electrofisiológicos.

b.3 TRASPLANTE CARDIACO Y TRASPLANTE HEPÁTICO:

Para el Trasplante Cardíaco y Trasplante Hepático, las prestaciones que se incluyen corresponden a las intervenciones, hospitalización, exámenes, procedimientos, además de los medicamentos, insumos y drogas inmunosupresoras de mantención.

No han sido considerados los exámenes de histocompatibilidad los que son facturados directamente al Instituto de Salud Pública, que los realiza. De igual modo no han sido considerados los costos asociados al procuramiento de los órganos, en el caso de un trasplante con donante cadáver, ya que éstos están incluidos en el convenio firmado por el Fondo y la Corporación Nacional de Fomento de Trasplantes.

El Fondo Nacional de Salud financiará únicamente los trasplantes que sean previamente autorizados técnicamente por la Unidad de Trasplantes del Ministerio de Salud.

b.4 NEUROCIRUGIA Y NEUROLOGÍA.

b.4.1 Intervenciones Neuroquirúrgicas.

Las canastas de prestaciones incluyen la intervención quirúrgica correspondiente (Tumores y/o Quistes Intracraneanos códigos 11-03-024, 11-03-025, 11-03-026, Aneurismas código 11-03-027, Disrafia códigos 11-03-037, 11-03-047, Hernia del núcleo pulposo, (cervical, dorsal, lumbar) código 11-03-049), los días cama (UTI, Sala, etc.), los exámenes, procedimientos, medicamentos, insumos y todas las prestaciones otorgadas durante la hospitalización.

b.4.2 Procedimientos diagnósticos Neurología.

- Angiografía cerebral digital por cateterización femoral (cód. 11-01-131), incluye en su valor, honorarios del médico neurorradiólogo, honorarios del médico anestesista, honorarios del tecnólogo médico, pabellón o sala especializada de procedimientos, medicamentos en general, anestésicos, guías, catéter, introductor y demás material que se utilice en el procedimiento.
- Coils.
- Micro embolizaciones cerebrales.

b.5 PRESTACIONES ONCOLOGICAS:

Las prestaciones de Radioterapia, Grupo 05 SubGrupos 03, 04, 05 y 06, sólo podrán ser facturadas por los Servicios de Salud que cuenten con acreditación del Ministerio de Salud y de acuerdo a las cantidades definidas en el marco de los Contratos de Servicios suscritos por los Servicios de Salud y Establecimientos experimentales con Fonasa y la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Incluye además las prestaciones otorgadas en el P.N.D.A (punto 16 de esta Normativa).

b.6 TRATAMIENTO INTEGRAL DE FIBROSIS QUISTICA.

Las prestaciones de tratamiento integral para este problema de salud, han sido traspasadas a atenciones de salud con garantías explícitas.

b.7 CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA.

En el caso de las Vitrectomías se incorporan al programa de prestaciones complejas luego de efectuado su estudio de costos correspondiente, debido a lo cual éstas serán facturadas

a los nuevos precios por los Servicios de Salud acreditados para ello, por el Ministerio de Salud. Incluyen en su valor, la cirugía con honorarios de médicos oftalmólogos y anestesista, el derecho de pabellón, los insumos y medicamentos que se utilicen.

b.8 TRASPLANTE DE MEDULA OSEA

Estudios de histocompatibilidad, cultivo de células, injerto y tratamiento inmunosupresor de mantención del paciente. El Fondo Nacional de Salud financiará únicamente los trasplantes que sean previamente autorizados técnicamente por la Unidad de Trasplantes del Ministerio de Salud

- c) Para efectos del cobro al usuario, se aplicará la cobertura estatal, de acuerdo a lo establecido en el numeral 3.3 del punto II de estas normas.
- d) Para las prestaciones correspondientes a Hernias Abdominales Infantiles y de Adulto, se entenderá que su precio incluye la resolución quirúrgica de cualquier tipo de hernias, ya sean hernias simples o complicadas, con o sin uso de prótesis (malla). Las prestaciones trazadoras consideradas en el precio corresponden a los códigos: 18-02-001, 18-02-002, 18-02-003 y 18-02-073.

20. TRASLADOS Y RESCATES.

20.1 Referido exclusivamente, para aquellos Servicios de Salud y/o Establecimientos Hospitalarios que cuenten con Servicio de Atención Prehospitalaria, sea éste un Servicio de Atención Médico de Urgencia (SAMU), Red de Emergencia Integrada (R.E.I.) y/o algún otro que cuente con la acreditación correspondiente emitida por el Ministerio de Salud. En forma similar, será aplicable para los Servicios de Salud de las regiones V, VIII y Metropolitana, que se encuentren en proceso de acreditación o estén bajo una acreditación condicional por parte del Ministerio de Salud.

20.2 Las prestaciones de rescate son:

a) “Rescate simple y/o rescate traslado en móvil 1” (cód. 24-01-061):
Corresponde a la intervención básica efectuada en Móvil 1, cuyo equipamiento y tripulación permite atender emergencias sin compromiso vital inmediato. Este tipo de Móvil contará con un técnico paramédico y un conductor, ambos entrenados en atención prehospitalaria. Las atenciones corresponden a transporte simple, oxigenoterapia, inmovilización, etc.

b) “Rescate profesionalizado y/o traslado de paciente complejo en móvil 2” (cód. 24-01-062):
Corresponde a la intervención avanzada no medicalizada que se efectúa en Móvil 2 y cuyo equipamiento y personal permiten otorgar un soporte vital al paciente bajo indicación y apoyo del médico regulador del Centro Regulador.

Este Móvil contará con un (dos) profesional (es) especializado (s) en reanimación, un técnico paramédico y un conductor, todos entrenados en atención prehospitalaria. Las atenciones consideran soporte farmacológico, accesos venosos, reanimación cardiorrespiratoria, intubaciones endotraqueales, etc.

- c) “Rescate medicalizado y/o traslado paciente crítico en móvil 3”. (cód. 24-01-062):
Corresponde a la intervención avanzada medicalizada, que se efectúa en Móvil 3 y cuyo equipamiento y personal permiten otorgar un soporte vital al paciente grave.
Este tipo de Móvil incluye un médico, un técnico paramédico y un conductor. Además de lo establecido para Móvil 2, las acciones médicas incluyen ventilación artificial mecánica, soporte farmacológico avanzado, acceso venoso central, desfibrilación, etc.

20.3 Los Móviles M2 y M3, deben disponer al menos de lo siguiente:

- Documentos (Mapas, hojas de registro, protocolos de atención)
- Equipos de Inmovilización (espinal, de cabeza, férulas de extremidades, etc.)
- Maletín de vía aérea (bolsa de resucitación adulto, pediátrica y neonatal, laringoscopios, sondas de aspiración rígidas y controladas, nebulizadores, cánulas mayo, tubos endotraqueales, equipo de cricotiroidostomía, conductor de tubo endotraqueal
- Maletín de Paro (con elementos para proveer vía venosa)
- Maletín de oxígeno portátil
- Monitores de presión no invasiva, desfibrilador, saturómetro.
- Otros (motor de aspiración portátil, fonendoscopio, equipos microgoteo, ropa estéril, apósitos, equipo de parto, guantes, etc)
- Medicamentos y soluciones (Ej.: adrenalina, aminofilina, betamesona, fenobarbital, morfina, verapamilo, suero fisiológico, nifedipino, etc.)

IV. VARIOS

- a) En la eventualidad que un beneficiario, por su propia voluntad decida renunciar a su derecho de hacer uso de la Modalidad Institucional (atención en sala común) y optar por la Modalidad de Libre Elección, u opte por traslado a un prestador privado deberá manifestarlo por escrito y el establecimiento asistencial deberá disponer de este documento, cuando le sea requerido por el Fondo.
En el caso que el beneficiario opte por la Modalidad de Libre Elección, deberá utilizar las camas de hospitalización correspondientes a Pensionados o Medios Pensionados.
- b) Para los efectos del ejercicio de la Modalidad Institucional, de la aplicación del Arancel y de las Normas Técnico Administrativas constituyen infracciones a ellos, el incumplimiento de las normas legales, reglamentarias, arancelarias e instrucciones que emanen del Fondo Nacional de Salud, que rigen la Modalidad Institucional y regulan la aplicación de su Arancel.
- c) Las prestaciones de salud que se otorguen bajo la Modalidad de Atención Institucional no tendrán derecho a recargos de nivel ni recargos horarios.
- d) Las prestaciones que aparecen en el Arancel, en ningún caso podrán ser efectuadas a través de la Modalidad Institucional, cuando éstas se utilicen para fines de embellecimiento o cosméticos.

- e) Facúltese al Fondo Nacional de Salud para controlar y fiscalizar en la Modalidad de Atención Institucional, en los términos señalados en el punto IV letra b) e informar al Ministerio de Salud, para que tome las medidas que estime pertinentes.
 - f) Las prestaciones de salud que se otorguen a los beneficiarios de Libro II bajo el Régimen de Garantías Explicitas en Salud (GES), la red pública asistencial y los prestadores en convenio, deberán dar cumplimiento a lo establecido en la Ley N°19.966, y toda su normativa complementaria. Para ello deberán definir e implementar las gestiones que permitan asegurar dicho cumplimiento.
- II.** La presente Resolución entrará en vigencia a contar del primer día hábil posterior a su publicación en el Diario Oficial, fecha a partir de la cual se deja sin efecto la Resolución Exenta N° 254 del 29 de abril de 2008, del Ministerio de Salud.

Anótese y Publíquese

DR. ALVARO ERAZO LATORRE
MINISTRO DE SALUD