

Resolución 277 EXENTA

ESTABLECE NORMAS TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA APLICACIÓN DEL ARANCEL DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD DEL LIBRO II DFL N°1 DEL 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN

MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA; FONDO NACIONAL DE SALUD



Fecha Publicación: 03-JUN-2011 | Fecha Promulgación: 06-MAY-2011

Tipo Versión: Última Versión De : 10-AGO-2021

Última Modificación: 09-AGO-2021 Resolución 589 EXENTA

ESTABLECE NORMAS TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA APLICACIÓN DEL ARANCEL DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD DEL LIBRO II DFL N°1 DEL 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN

Núm. 277 exenta.- Santiago, 6 de mayo de 2011.- Visto: Lo establecido en el artículo 4° y 7° del Libro I, y en los artículos 142 y 143 del Libro II, todos del D.F.L.N° 01 de 2005, del Ministerio de Salud y lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 176/99 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:

Resolución:

I. Apruébense las siguientes Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud en la Modalidad de libre elección.

1. DEFINICIONES

Para efectos de la presente Resolución los términos que a continuación se indican tendrán el sentido que se señala, y los plazos de días en los que se hace mención en la presente norma se entenderán en días hábiles, salvo disposiciones expresas en contrario, sin perjuicio de las demás definiciones contenidas para materias específicas en las presentes Normas:

- a) "Libro II": Libro II del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del 2005, del Ministerio de Salud, que fija 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) "El Fondo" o "FONASA": el Fondo Nacional de Salud.
- d) "Modalidad Libre Elección" o M.L.E.: Una de las



dos Modalidades de Atención que establece el Libro II, bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud, en la cual el beneficiario elige libremente al profesional y/o entidad, del sector público o privado, que se encuentre inscrito en el Rol de FONASA, haya celebrado convenio con éste y otorgue las prestaciones que se requieran.

- e) "Rol": La nómina de Profesionales y entidades o establecimientos inscritos a que se refiere el artículo 143 del Libro II.
- f) "Profesional": Persona natural con título emitido por una universidad reconocida por el Estado o por una universidad extranjera, que de acuerdo a la normativa jurídica vigente la habilita legalmente para otorgar prestaciones de salud del arancel a que se refiere el artículo 159 del Libro II del DFL N° 1/2005, del Ministerio de Salud.
- g) "Entidad o Establecimiento": Institución asistencial de salud constituida por persona jurídica, privada o pública, que se encuentre inscrita en el Rol de FONASA, y que haya celebrado convenio con éste, para otorgar prestaciones de salud mediante la Modalidad de libre elección.
Deberá contar con infraestructura, equipamiento y personal, cumpliendo con los requisitos establecidos en la resolución sobre procedimiento de celebración de convenios que para estos efectos dicta el Fondo Nacional de Salud.
- h) "Arancel": El conjunto formado por el catálogo de prestaciones y conjunto de prestaciones de salud, del Libro II del D.F.L. N° 01 de 2005, su clasificación, codificación y valores establecidos en la resolución exenta N°176/99 de los Ministerios de Salud y de Hacienda y sus modificaciones posteriores.
El Arancel se divide en títulos y en ellos cada prestación o conjunto de prestaciones, 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.

En general, los grupos del Arancel se han estructurado en una forma que puedan identificar y agrupar las prestaciones y el conjunto de prestaciones de salud correspondientes a diferentes áreas, tales como, atención abierta, atención cerrada, laboratorio clínico, imagenología, profesiones, especialidades

médicas, etc.

- i) "Atención Electiva o Programada": Es aquella atención de salud que se realiza en la fecha y hora que el profesional o entidad acuerde con el beneficiario, y que puede ser postergada, sin afectar la evolución o estado de un paciente. Las prestaciones electivas o programadas, no recibirán recargo, aunque se efectúen fuera de horario hábil.
- j) "Atenciones con recargo arancelario": Corresponden a aquellas atenciones realizadas en días festivos o fuera de horario hábil, y que por las condiciones clínicas del paciente, y que por expresa indicación y calificación médica, deben efectuarse de inmediato sin sufrir postergaciones y que no constituyan una emergencia-urgencia en los términos definidos a continuación, y en el punto 28 de estas normas.
- k) "Horario hábil": Es aquel período de tiempo que se extiende desde las 8:00 a las 20 horas en días no festivos y sábados de 8:00 a 13 horas, salvo las excepciones que contempla el Arancel.
- l) "Fiscalización de la M.L.E.": Atribución del Fondo Nacional de Salud establecida en el art. 143 del DFL1 /2005 en su Libro II, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763/79, de la Ley N°18.933 y de la Ley N°18.469.
- m) "Secreto Profesional": Es el deber que tienen los profesionales de mantener en absoluta reserva las informaciones, hechos y datos revelados por la persona que ha sido atendida, o que obtengan con ocasión de la atención prestada a un paciente.
El secreto profesional es un derecho objetivo del paciente, que el profesional está obligado a respetar en forma absoluta, por ser un derecho natural, no prometido ni pactado.
El profesional sólo podrá informar, cuando así lo establezcan las leyes, o sea imprescindible para salvar la vida del paciente, de sus familiares y contactos, o cuando los datos sean necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares conforme preceptúa el art. 10 de la Ley 19.628.
También podrá tener acceso a información reservada o confidencial, el profesional que actúe en cumplimiento de funciones administrativas, legales o judiciales, quedando sujeto por ello al secreto profesional.
- n) "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.

- ñ) Las órdenes de atención o bonos, son documentos nominados con nombre y RUT del beneficiario y del prestador, que contiene código de prestaciones y valores, que constituyen el único medio de pago para las prestaciones que se otorguen a través de la modalidad de libre elección, son emitidas en sucursal de Fonasa, sitio web habilitado o por convenio con tercero (entidad delegada o prestador de libre elección), mediante soporte de papel o digitalmente, y también permiten al Fondo requerir al prestador la devolución del dinero pagado por ellas, en caso de prestaciones no realizadas
- o) "Programa de Atención de Salud": Es un documento emitido y valorizado por el Fondo Nacional de Salud o por un tercero en convenio (entidad delegada o prestador de libre elección), que registra el total de las prestaciones de salud del arancel de la modalidad de libre elección, otorgadas a un beneficiario, en un tiempo determinado.

Resolución 107
EXENTA,
SALUD
I, N° 1
D.O. 10.03.2015

2. INSCRIPCIÓN EN EL ROL DE LA M. L. E.

2.1. Normas Generales.

- a) Para que los profesionales y entidades puedan atender en Modalidad Libre Elección, deberán suscribir previamente un convenio con el Fondo, el que estará sometido a las disposiciones contenidas en los artículos 142 y 143 del Libro II, al Reglamento del Régimen de Prestaciones de salud y a las exigencias técnicas y administrativas presentes y futuras fijadas por el Fondo.
- b) El convenio es un acuerdo de voluntades destinado a crear derechos y obligaciones, acuerdo que debe ser de interés y beneficio para ambos contratantes y cuya suscripción no es obligatoria para el Fondo.
De acuerdo a ello, la ponderación de los antecedentes para la aceptación o rechazo de las solicitudes de inscripción, se efectuará conforme a los mecanismos establecidos por el Fondo, otorgando un trato igualitario a los solicitantes, tanto respecto de los aspectos legales como técnicos, y resguardando en todo caso, que no se burlen los mecanismos de fiscalización y sanciones que utiliza el Fondo con sus prestadores como por ejemplo, cambiando razón social, pero manteniendo a similares socios, profesionales y/o responsables del convenio.
- c) Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel

Resolución 671
EXENTA,
SALUD
N° I, 1
D.O. 27.08.2011

Resolución 107
EXENTA,
SALUD
I, N° 2
D.O. 10.03.2015



correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.

- d) Los prestadores (profesionales y entidades) que tengan convenio de inscripción en el rol del Fondo, deberán cumplir con las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud informando a los beneficiarios del Libro II, que se les ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las garantías explícitas de salud. A contar de esta confirmación, tendrán derecho a tales garantías y para lo cual, deberán ingresar a través de un consultorio de atención primaria y continuar la atención en la red asistencial pública de salud de prestadores que le corresponda.

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 1)
D.O. 31.01.2012

El Fondo Nacional de Salud informará a la Superintendencia el incumplimiento de dichas instrucciones cada vez que tome conocimiento de ello.

- e) En el caso de prestadores que no presenten cobranza de órdenes o bonos de atención de Salud, en un plazo de doce meses, se entenderá que el convenio suscrito para atención en la Modalidad de Libre Elección, se encuentra en condición de "inactivo", pudiendo el prestador reactivar los cobros de prestaciones en cualquier momento, en la medida que se mantengan las condiciones técnicas iniciales del convenio, y no existan sanciones o medidas administrativas pendientes de cumplimiento. En caso que la condición de inactivo supere 5 años, el Fondo determinará previa evaluación de las competencias, infraestructura e instalaciones, del prestador, si para la reactivación se requerirá la celebración de un nuevo convenio de inscripción.

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 1)
D.O. 31.01.2012

2.2 Inscripción de Profesionales y Convenios.

- a) Los profesionales al momento de solicitar la inscripción en el rol que lleva el Fondo, deberán indicar el o los grupos o niveles 1, 2 o 3, en que efectuarán las prestaciones de salud; completarán los formularios dispuestos para el efecto y adjuntarán la documentación que exija la resolución de convenios dictada por el Fondo. En los formularios, se indicará:

Resolución 107
EXENTA,
SALUD
I, N° 3
D.O. 10.03.2015

Nombre completo, RUT y nacionalidad.

- . Título profesional, fecha de título y universidad que lo otorgó o certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Salud que lleva la



Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud. En el caso de los títulos profesionales de salud obtenidos en el extranjero, éstos deberán estar legalizados y cumplir con la normativa jurídica vigente en la materia.

- . N° y fecha de Certificado de Examen Único Nacional de conocimientos de Medicina Aprobado, para los médicos titulados con posterioridad al 18 de abril de 2009.
- . Lugar/es de atención tales como consulta, centro médico, clínicas, hospitales.
- . Nómina de todas las prestaciones de salud que otorgará de acuerdo a su competencia profesional, adjuntando para tal efecto la correspondiente documentación.
- . Equipamiento, instalaciones, autorización sanitaria, según corresponda.

Los formularios se presentarán debidamente firmados por el profesional. Durante la vigencia del convenio suscrito con el Fondo, los profesionales deben mantener actualizada dicha información, comunicando por escrito y en el plazo de 30 días desde su ocurrencia las modificaciones efectuadas y las nóminas a actualizar.

- b) Cuando se trate de profesionales extranjeros, el Fondo cursará su solicitud de inscripción solamente si acredita visa de permanencia definitiva, además del cumplimiento de los requisitos que exige la legislación vigente para ejercer la profesión de que se trate, en el país.
- c) Los profesionales que tengan la calidad de propietarios o socios, en forma directa o indirecta de entidades asistenciales o sociedades de profesionales, y que ejerzan su profesión en ellas otorgando prestaciones, deberán estar inscritos en el Rol de la Modalidad de libre elección.
- d) Los profesionales para atender a sus pacientes particulares a través de la Modalidad Libre Elección en los Hospitales de los Servicios de Salud, con la solicitud de inscripción presentada ante FONASA, deberán adjuntar el convenio vigente con el Establecimiento Asistencial respectivo, celebrado en los términos que establece la RE N°368 del 12 de febrero de 2010, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de Salud, MINSAL, y/o del DS N° 38/2005 art. 23 letra m), cuando se trate de un establecimiento autogestionado en red.
La atención de pacientes particulares sin

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 2)
D.O. 31.01.2012



cumplir con lo establecido en esta letra,
constituirá infracción a la Modalidad Libre
Elección.

2.3 Inscripción de prestaciones de salud de especialidad.

Podrán inscribir prestaciones en una determinada especialidad los médicos cirujanos y cirujanos dentistas que cuenten con la certificación de especialidad, otorgada en las condiciones y requisitos establecidos en la normativa vigente.

El Fondo Nacional de Salud verificará la información de especialidad médica disponible en el registro público, de carácter nacional y regional, de la Superintendencia de Salud, sin exigencia de adjuntar la documentación respectiva, salvo razón fundada que el servicio pueda tener.

En el evento que la especialidad que se postula a inscribir no figure en el listado a que alude el reglamento antes mencionado, el prestador deberá presentar ante el Fondo Nacional de Salud, una solicitud acompañando la documentación académica que respalde la capacitación y la idoneidad para realizar tales prestaciones.

El Fondo Nacional de Salud previa verificación de antecedentes y calificación individual del caso, de acuerdo con la normativa vigente, podrá autorizar o rechazar dicha solicitud, la cual será comunicada por escrito al prestador.

2.4 Inscripción de Entidades y Convenios.

- a) Las entidades al momento de solicitar la inscripción en el Rol que lleva el Fondo, deberán indicar el o los grupos o niveles 1, 2 ó 3, en que efectuarán las prestaciones de salud; completarán los formularios dispuestos para el efecto y adjuntarán la documentación que exija la resolución de convenios dictada para por el Fondo. En los formularios, se indicará:
- . Razón social, RUT, Nombre de Fantasía y dirección.
 - . Nombre del o los representantes legales y el RUT de cada uno de ellos.
 - . Nómina de socios, profesión y RUT.
 - . Nombres de directivos técnicos y de gerencias administrativas u operacionales.
 - . Nómina de prestaciones a inscribir y nómina de profesionales que otorgarán dichas prestaciones, incluyendo los nombres de médicos certificados como especialistas, quienes cumplirán las condiciones y requisitos señalados en el numeral 2.3 de esta normativa.
 - . Detalle de sucursales y lugares de atención, correo electrónico.
 - . Equipamiento, instalaciones y servicios que dispone para la entrega de prestaciones.
 - . Documentación sanitaria, tal como, autorización sanitaria de funcionamiento, protección de emisiones radiantes, procesamiento de aguas.

Resolución 139
EXENTA,
SALUD
N° 1
D.O. 15.03.2014

Resolución 139
EXENTA,
SALUD
N° 2
D.O. 15.03.2014



Ello según corresponda a las prestaciones de salud que se solicita inscribir. Se deberán acompañar los siguientes documentos:

- . Copia autorizada de la escritura pública de constitución de la misma y sus modificaciones, además de un certificado de vigencia sea del Registro de Comercio correspondiente o bien, de personalidad jurídica para corporaciones o fundaciones sin fines de lucro.;
 - . Copia de la escritura pública de constitución y del decreto que concede personería jurídica respecto de las personas jurídicas sin fines de lucro;
 - . Una certificación notarial hecha por contador habilitado, que certifique el haberse enterado el capital social en su totalidad en caso que el capital social no hubiera sido enterado íntegramente en el acto de constitución, y
 - . Copia autenticada de mandato en caso que la persona jurídica designe a un representante legal que no sea socio.
- b) Las entidades y establecimientos, en ningún caso podrán incluir en las nóminas, citadas en la letra anterior, a personas naturales o jurídicas que hayan sido sancionadas con suspensión o cancelación en la inscripción, mientras tales medidas se encuentren vigentes o estén relacionadas directa o indirectamente, de manera formal o informal, con profesionales y entidades que hayan sido objeto de dichas sanciones.
- c) Durante la vigencia del convenio suscrito con el Fondo, las entidades y establecimientos deben mantener actualizada dicha información, comunicando por escrito las modificaciones efectuadas y las nóminas a actualizar, teniendo presente las condiciones explicitadas en las letras a) y b) anteriores.
- d) Las entidades o personas naturales que en calidad de prestadores participen de la modalidad de libre elección, en las prestaciones del grupo 23 y 24 del arancel (prótesis y traslados respectivamente), deberán también estar inscritos en el registro creado por el Fondo y cumplir los requisitos establecidos para ese efecto.

Resolución 671
EXENTA,
SALUD
N° I, 3
D.O. 27.08.2011

2.5 Acreditación de Entidades.

Atendida la entrada en vigencia del D.S. N°15 de 2007, publicado en el D.O. del 03.07.07 que dictó el Ministerio de Salud "Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales", respecto de la evaluación del cumplimiento de los estándares fijados para velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios, por parte de

los prestadores de salud públicos y privados que se sometan a dicho proceso, el Fondo emitirá las instrucciones que correspondan, una vez que se dicten los estándares de calidad, las condiciones y los plazos a partir de los cuales será exigible la aplicación del sistema de acreditación para dichos estándares.

3. EMISIÓN DE ÓRDENES DE ATENCIÓN O BONOS Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN.

Los beneficiarios de FONASA que eligen atenderse con profesionales o entidades asistenciales inscritas en el rol de la modalidad, deberán adquirir la correspondiente orden o bono para el pago de las atenciones, el que se emite nominativamente al beneficiario y al prestador, y codifica las prestaciones a otorgar.

INCISO SEGUNDO ELIMINADO.

Los prestadores para solicitar y/o respaldar atenciones de salud, pueden utilizar medios digitales para agendar las atenciones, mantener fichas médicas, pedir exámenes y/o procedimientos y emitir sus resultados, prescribir tratamientos, detallar cuentas y listas de prestaciones adjuntas a programas, todos estos instrumentos, a los que agregará firma manuscrita o firma digital simple, que asegure autenticidad y responsabilidad del prestador.

En adelante, las citas de esta normativa en cuanto a órdenes o bonos, programas de atención, prescripciones, fichas médicas, resultados, etc., se entenderán referidos a la forma tradicional, Bono Web Fonasa o electrónica de respaldo.

3.1 Normas generales de prescripción y llenado de formularios.

a) El profesional o representante legal de una entidad, que firma un documento, es responsable de su contenido, ya sea para solicitar una prestación, valorizar un programa médico o presentar a cobro las órdenes de atención correspondiente a las prestaciones de salud otorgadas.

b) El médico tratante u otros profesionales autorizados, que soliciten a un beneficiario, exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos u otras prestaciones, lo harán en formularios propios o del centro asistencial en que se desempeñan, en el que constará, al menos, nombre, dirección, RUT, timbre, fecha y firma del profesional, señalando expresamente el nombre y apellidos del paciente e identificación de las prestaciones requeridas.

En el caso de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que son indicados y efectuados por el mismo médico tratante, que por disponer de código adicional requieren la confección de un programa de atención de salud, no será necesario exigir la correspondiente prescripción médica.

Si ocupa formularios precodificados, deberá agregar la frase "Solicité.....n..... exámenes", manuscrita, indicando el número exacto de exámenes solicitados.

En la solicitud de exámenes y otros, ya sea en formularios con membrete o precodificados, el Fondo pagará solamente las prestaciones solicitadas por el profesional responsable y que no sobrepasen la cantidad y el número de

Resolución 562
EXENTA,
SALUD
N° I
D.O. 19.08.2014

Resolución 671
EXENTA,
SALUD
N° I, 4
D.O. 27.08.2011
Resolución 107
EXENTA,
SALUD
I, N° 4
D.O. 10.03.2015

prestaciones señalado en palabras.

c) En el caso de que el profesional que prescribe exámenes de laboratorio, de imagenología, de anatomía patológica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, no efectúe la codificación correspondiente, las entidades que realicen dichos exámenes deberán atenerse estrictamente a lo prescrito por el profesional tratante, sin efectuar adiciones ni modificaciones.

d) El Formulario de confección de programas de atención de salud, es el documento en que los profesionales deben consignar en forma clara los datos siguientes, si fueren pertinentes:

- . Nombre completo, edad y RUT del paciente.
- . Nombre de la entidad o establecimiento en que se otorgaron o se otorgarán las prestaciones de salud al paciente.
- . Fecha estimada del inicio, término y duración, de la hospitalización o del tratamiento.
- . Nombre o razón social y RUT del prestador de salud que hizo o efectuará las prestaciones de salud.
- . Registro del diagnóstico, pudiendo éste anotarse en el programa o adjuntarse en un sobre cerrado adherido al programa dirigido al Fondo.
- . Grupo del rol en que está inscrito el prestador o prestadores, que otorgaron u otorgarán las prestaciones. Incluye grupo de rol en que está inscrito el anesthesiólogo cuando corresponda.
- . Nombre, código y cantidad, para cada una de las prestaciones que componen el programa de atención de salud.

3.2 Emisión de órdenes de atención o bonos de atención de salud

a) Las órdenes o bonos de atención, emitidos en forma tradicional, Bono Web Fonasa o en sistema de venta de bono electrónico en prestadores, tienen una vigencia administrativa de 30 días desde su fecha de emisión, para su utilización por el beneficiario. A contar del vencimiento de dicho plazo, el afiliado tendrá el plazo de cinco años para solicitar la restitución de lo pagado en el evento de no haber utilizado la orden de atención.

b) Para recibir las prestaciones de salud de la modalidad, el beneficiario financiará parcialmente el valor de la orden de atención o bono, efectuando el copago que le corresponde según el valor de la prestación en el respectivo Arancel. Bajo ningún respecto el copago de cargo del beneficiario podrá ser asumido o enterado por el prestador a quien se le emite la orden.

c) Tratándose de órdenes o bonos de atención en soporte de papel, el original será para el prestador y la copia para el beneficiario. No procede emitir ningún documento en su reemplazo, ni podrán impetrarse beneficios o cobros con copias o fotocopias de las mismas. Con todo, el Director Nacional del Fondo o las personas en quienes delegue tal atribución, mediante resolución fundada, podrán autorizar el pago, cuando se acredite fehacientemente que se ha otorgado la prestación, así como autorizar la devolución del dinero, cuando se acredite que ha adquirido la

Resolución 107
EXENTA,
SALUD
I, N° 5
D.O. 10.03.2015

respectiva orden y ésta se ha extraviado.

Cuando se trate de emisión mediante transacciones electrónicas o Bono Web Fonasa, el registro digital constituye el original del sistema para el prestador, no emitiéndose una copia para el beneficiario, salvo en los casos en que lo requiera.

3.3 Emisión de Programa de Atención de Salud (P.A.S.).

a) Corresponde valorizar y emitir un programa de atención de salud, en los casos siguientes:

a.1) Cuando se trate de prestaciones de salud otorgadas a un beneficiario que incluya las prestaciones de salud siguientes, según tipo de atención:

- Atención abierta (ambulatoria) y Atención cerrada (hospitalizada)
 - . Grupo 05 Medicina Nuclear (excepto subgrupo 01) y Grupo 29 Radioterapia.
 - . Prestaciones de tratamiento Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, 11-01-140, 11-01-141 y 11-01-142
 - . Hemodiálisis y Peritoneodiálisis, códigos 19-01-023 al 19-01-029.
 - . Grupo 23 Prótesis, excepto plantillas y Grupo 24 Traslados
 - . Grupo 28 Pago Asociado Atención de Emergencia.
 - . Prestaciones que requieran anestesia general o regional
 - . Prestaciones con código adicional de sala de procedimiento o pabellón.
 - . Días Camas.
 - . Grupo 16 Dermatología y Tegumentos, códigos 16-01-112 y código 16-01-113

Atención cerrada:

- - . Kinesiología y Terapia Ocupacional - Grupo 06.
 - . Grupo 04 subgrupo 05 (Resonancia Magnética).
 - . Psicología Clínica - códigos 09-02-002, 09-02-003, y Test Psicológicos 09-02-010 al 09-02-020.
 - . Fonoaudiología - códigos 13-03-003 al 13-03-005.

Se exceptúan de la confección de Programas de Atención de Salud (P.A.S) en atención abierta las prestaciones de:

- - . Kinesiología y Terapia Ocupacional - Grupo 06.
 - . Grupo 04 subgrupo 05 (Resonancia Magnética).
 - . Psicología Clínica - códigos 09-02-002, 09-02-003, y Test Psicológicos 09-02-010 al 09-02-020.
 - . Fonoaudiología - códigos 13-03-003 al 13-03-005.

Por su parte, las prestaciones del grupo 25 Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) no requerirán confección de P.A.S. tanto en atención abierta como en atención cerrada.

a.2) Cuando el Fondo Nacional de Salud otorgue un préstamo médico a un beneficiario, de conformidad al D. S. N° 369 de 1985 de Salud, para el financiamiento de la parte no

Resolución 107
EXENTA,
SALUD
I, N° 6
D.O. 10.03.2015

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 1
D.O. 17.02.2020
Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 1
D.O. 11.05.2021

bonificada de las prestaciones de salud de acuerdo al siguiente detalle:

- . Pago Asociado a Emergencia.
- . Atención Hospitalizada.
- . Diálisis (hemodiálisis y peritoneodiálisis).
- . Radioterapia.
- . Tratamientos psiquiátricos.
- . Adquisición de órtesis y prótesis.
- . Quimioterapia

b) El Fondo emitirá y valorizará los P.A.S., por períodos máximos de 31 días de hospitalización o tratamiento, por lo que los formularios dispuestos para el efecto, podrán ser confeccionados y presentados ante FONASA para su valorización hasta 210 días después de la fecha de término de un tratamiento o de la fecha de egreso del paciente hospitalizado.

c) Los Formularios de confección de programas, que se presenten a emisión y valorización fuera del plazo señalado, deben incluir fundamentos del retraso, pudiendo el Fondo auditar los antecedentes respectivos, incluida la solicitud al prestador del envío en forma reservada de los antecedentes clínicos de respaldo.

d) Programas complementarios: El Fondo emitirá y valorizará programas complementarios adicionales al programa de atención de salud original, que sean solicitados y fundamentados por el prestador para casos tales como:

- . Hospitalizaciones que exceden el plazo máximo de 31 días.
- . Cuando se requiere efectuar un número mayor de terapias o prestaciones que las autorizadas para cada caso en esta normativa.
- . En casos complejos con gran número de prestaciones y participación de diferentes tratantes, podrán confeccionarse programas complementarios que llevarán numeración correlativa e identificarán al original.
- . Cuando la presente normativa para algunas prestaciones específicas del arancel, así lo determine.

4. REGISTROS DE RESPALDO DE PRESTACIONES

a) Se entenderán, como tal, los datos específicos que respaldan la ejecución de una prestación de salud efectuada y presentada a cobro por un prestador inscrito en el rol de la Modalidad de libre elección.

b) Respaldo en ficha del paciente: La ficha clínica es un documento único, ordenado y completo, que en forma física o electrónica, consigna los antecedentes personales del paciente, su historia clínico-médica, y otros datos sensibles, que son indispensables para el juicio acabado de la enfermedad actual, y para determinar el otorgamiento de los beneficios de salud, contemplados en el Régimen General de Prestaciones de Salud.

En ese sentido, el registro pertinente en ficha es el único instrumento con que el Fondo puede verificar la realización de las prestaciones efectuadas en cumplimiento a las normas que regulan la modalidad y la procedencia o no,

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 2
D.O. 17.02.2020

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 4)
D.O. 31.01.2012

del pago por prestaciones cobradas. Este documento en ningún caso podrá ser adulterado, quedará en poder del prestador y debe estar permanentemente a disposición del Fondo cuando le sea requerido.

c) Los profesionales deberán registrar, en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico, y conservarán las diferencias generales propias del tipo de atención de que se trate, y según las consideraciones siguientes:

c.1 Fichas de atención cerrada (hospitalizada), que permitirán registrar a lo menos los datos de identificación del beneficiario, la información del ingreso del enfermo al establecimiento asistencial, las atenciones otorgadas, la identificación completa de los profesionales tratantes, los medicamentos administrados, los procedimientos y cirugías practicadas, los resultados de exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica. En caso de no disponerse de este registro, las prestaciones se tendrán por no efectuadas, salvo que el prestador acredite fehacientemente que las prestaciones fueron realizadas.

c.2 Fichas de atención abierta (ambulatoria), que permiten registrar los datos de identificación del beneficiario, la fecha de atención, la identificación completa del profesional que otorga la prestación y el tipo de prestación de salud que se le ha otorgado en consultas individuales, centros médicos generales, centros de especialidad o en su domicilio, constituido éste documento, como el instrumento único de respaldo, para las atenciones cobradas.

Adicionalmente, se podrán anotar instrucciones del profesional tratante, en cuadernos de registro simple, para los padres de menores atendidos; para embarazadas en control complementario en otra especialidad o consultorio; para la familia de beneficiarios atendidos en su domicilio; y para otras atenciones ambulatorias similares a las descritas. Este tipo de registro no reemplaza, en ningún caso, a la ficha ambulatoria descrita en párrafo anterior.

c.3 Los profesionales y entidades deberán conservar las fichas clínicas que contengan las atenciones, por un plazo a lo menos cinco años, a contar de la última atención efectuada a un paciente. En caso de no disponerse de este documento, las prestaciones se entenderán por no efectuadas, salvo que el prestador acredite fehacientemente que las prestaciones fueron realizadas.

d) Respaldo de exámenes y procedimientos: El profesional o entidad que realice exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, deberá cumplir la siguiente normativa:

d.1 El procesamiento de exámenes y la ejecución de procedimientos diagnósticos, se harán de acuerdo al equipamiento, instalaciones y técnicas implementadas por el prestador, de forma que se asegure la calidad del servicio y los resultados.

d.2 La información general del beneficiario, tales como, nombre, domicilio, Rut, previsión de salud, teléfono de

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 4)
D.O. 31.01.2012

contacto, así como el nombre y profesión del profesional tratante que indicó los exámenes o procedimientos, forman parte de los registros regulares que debe mantener el prestador.

d.3 Para los exámenes o procedimiento realizados, el prestador, registrará la fecha y hora de su ejecución, la técnica empleada, los resultados, los valores normales de referencia, los hallazgos o conclusiones cuando corresponda, el nombre completo y Rut del profesional ejecutante responsable, debiendo emitir informes originales de los exámenes o procedimientos realizados. Dichos informes, eximen al prestador de la obligación de confeccionar fichas clínicas. La falta de cualquiera de los antecedentes señalados en el registro, importará presunción de no ejecución del examen o procedimiento.

d.4 El prestador entregará al beneficiario, los informes originales, con firma del profesional que los efectuó, agregando la información señalada en letra d.3 precedente. En el caso de prestaciones de imagenología y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cuyo procesamiento y resultados se realicen con sistemas digitalizados, el prestador podrá entregar los informes respectivos en los medios magnéticos que el sistema provea, siempre que ello se ratifique con la firma del profesional ejecutante responsable.

d.5 El prestador mantendrá los medios de respaldo de las prestaciones realizadas, a lo menos por cinco años, contados desde la fecha de su ejecución, los que podrán ser requeridos por el Fondo en los procesos de fiscalización de la modalidad.

d.6 Respecto de los exámenes de anatomía patológica, incluyendo los exámenes citológicos, deberán conservarse además, las preparaciones microscópicas e inclusiones ("tacos") por lo menos durante cinco años.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 3
D.O. 17.02.2020

e) Revisión y Fiscalización de Programas y Órdenes de Atención de Salud.

El Fondo podrá revisar los Programas y Órdenes de Atención de Salud, estando facultada esta Institución, para solicitar mayores antecedentes en los casos que estime conveniente.

El Fondo Nacional de Salud, para ejercer su facultad fiscalizadora, podrá solicitar al profesional o entidad, copia de la ficha clínica, protocolo de intervención quirúrgica y cualquier otro antecedente, adoptando todas las medidas que sean necesarias para garantizar el secreto profesional, considerando fundamentalmente criterios técnicos en su revisión.

Los profesionales o directores de las entidades asistenciales, estarán obligados a enviar la documentación antes mencionada y que sea requerida por el Fondo para su revisión, en un plazo no superior a cinco días hábiles contados de la fecha de solicitud. Para todos los efectos legales, los antecedentes clínicos tendrán el carácter de reservados.

f) En la eventualidad de que un beneficiario, por su propia voluntad decida renunciar a su derecho de hacer uso de la modalidad de libre elección, con un determinado

prestador inscrito en dicha modalidad, deberá manifestarlo por escrito y el prestador deberá disponer de este documento, cuando le sea requerido por el Fondo.

5. PRÉSTAMOS MÉDICOS

Los afiliados al Régimen de Prestaciones de Salud de acuerdo a lo señalado en el Libro II, tendrán derecho a solicitar al Fondo el otorgamiento de préstamos, de conformidad al D. S. N° 369 de 1985, de Salud, destinados a financiar total o parcialmente, aquella parte del valor de las prestaciones que les corresponda pagar, y que requieran para sí o para los beneficiarios que de ellos dependan, en las condiciones que se establecen a continuación:

a) Para acceder a préstamos médicos, los afiliados personalmente presentarán una solicitud al Fondo, debidamente firmada. En los casos que los afiliados no puedan concurrir personalmente, podrán delegar la tramitación del mismo en otra persona, que en ningún caso podrá ser el prestador o representantes del mismo. Constituyen una excepción a esta norma, las situaciones que expresamente se encuentran autorizadas por el Fondo.

b) Los préstamos médicos serán otorgados, con cargo al Fondo de Préstamos Médicos que establece el artículo 162 del Libro II, en la medida que los recursos lo permitan.

Para este efecto y en conformidad a lo señalado en la legislación vigente, el Fondo debe arbitrar las medidas necesarias para el otorgamiento y recuperación de los préstamos, considerando entre otras materias, los requisitos a cumplir para optar al préstamo, los documentos específicos que en cada caso se requieran y el mecanismo de pago que corresponda.

c) El monto máximo que podrá otorgarse como préstamo, será el equivalente al total de la parte no bonificada del valor arancelario de la prestación, cualquiera sea el valor diferenciado que corresponda al Grupo del Rol en que el prestador tenga inscrita la prestación.

d) En la Modalidad de libre elección, procederá el otorgamiento de préstamos, para el financiamiento de la parte no bonificada de las prestaciones de salud, de acuerdo al siguiente detalle:

- Pago Asociado a Emergencia.
- Atención Hospitalizada.
- Diálisis (hemodiálisis y peritoneodiálisis).
- Radioterapia.
- Tratamientos psiquiátricos.
- Adquisición de órtesis y prótesis.
- Quimioterapia

e) Pueden optar a préstamo médico los siguientes afiliados:

- Trabajador dependiente.
- Trabajador independiente.
- Imponente voluntario.
- Pensionado Previsional.
- Trabajador subsidiado por incapacidad laboral.
- Persona subsidiada por cesantía.

Para pacientes sometidos a estos tratamientos, el afiliado cursará la respectiva solicitud en la forma general establecida para los préstamos médicos.

f) Tratándose de las prestaciones otorgadas en

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 4
D.O. 17.02.2020

situaciones de emergencia o urgencia, del Grupo 28 Pago Asociado Atención de Emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, se entenderá que el Fondo ha otorgado un préstamo a sus afiliados por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos, si una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas durante una situación de urgencia o emergencia, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto.

6. COBRO DE PRESTACIONES DE SALUD.

6.1 Generalidades.

- a) Los valores de las prestaciones consignados en el arancel, incluyen los honorarios profesionales y la totalidad de los insumos corrientes que se utilicen. Dichos valores no incluyen los medicamentos, los insumos y elementos expresamente señalados en contrario en el arancel y aquellos insumos específicamente necesarios para procedimientos o intervenciones, tales como arteriografías, angioplastias, procedimientos endoscópicos de especialidades, etc.
- b) Se entenderán incluidos en el honorario profesional, la confección de la ficha clínica, todas las explicaciones e instructivos necesarios para efectuar cualquier prestación y el informe de la misma, cuando corresponda.
- c) Para tener derecho a recargo por horario inhábil, las prestaciones deben ser efectuadas en conformidad a lo establecido en el artículo 7° del arancel.
- d) Los honorarios sólo pueden ser percibidos por el profesional o entidad que efectivamente otorgó la prestación y que, de acuerdo con la resolución exenta que regula el procedimiento de convenios, cuente con los elementos indispensables para su realización.
- e) Los profesionales y entidades inscritos en la modalidad de libre elección, estarán por este solo hecho obligados a cobrar, como máximo, por las prestaciones de salud efectuadas a los beneficiarios de la ley, el valor que esas prestaciones tengan asignado en el Arancel vigente a la fecha en que fueron efectivamente otorgadas.
Asimismo, las personas naturales, inscritas en la modalidad de libre elección, deberán cobrar todas las prestaciones que otorguen a los beneficiarios del Fondo a través de órdenes de atención, aunque dichas prestaciones sean efectuadas a través de Sociedades no inscritas en el rol.
- f) Para cobrar el valor de la sala de procedimiento, derecho de pabellón o sala de partos, la entidad deberá estar inscrita en el Rol.
- g) Los profesionales médicos deberán estar inscritos en el Rol y sólo podrán cobrar las Órdenes de Atención correspondientes a los códigos adicionales 1 al 4 (Sala de Procedimientos) de prestaciones que realicen y estén autorizadas; no podrán cobrar diferencias de acuerdo al art. 53 del D.S. N° 369/85, de Salud.
- h) Para cobrar honorarios profesionales de prestaciones que requieran Sala de Procedimiento, Derecho de Pabellón o Sala de Parto y que hayan sido efectuadas, las entidades deberán estar inscritas en el Rol.
- i) Sin perjuicio de los máximos financieros establecidos

Resolución 671
EXENTA,
SALUD
N° I, 5
D.O. 27.08.2011

en la presente normativa, el Fondo podrá establecer excepcional y fundadamente, límites diferentes para las prestaciones de salud que lo requieran.

6.2 Presentación a cobro.

- a) El profesional o entidad que cobra la prestación, es responsable de los documentos que llevan su firma. La información contenida en estos documentos deberá ser completa y legible, y no tener alteraciones o enmendaduras, pudiendo el Fondo rechazar el pago en caso contrario.
- b) El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas.
- c) La cobranza de órdenes o bonos y programas de atención de salud, emitidos en soporte papel, deberán llevar el nombre, cédula de identidad, edad, sexo, dirección, y firma del beneficiario.
- d) Tratándose de transacciones electrónicas, tanto la emisión como el pago de las atenciones, se realizarán en estricto cumplimiento a los diseños incluidos en la plataforma operacional electrónica de Fonasa. El prestador será responsable de la correcta ejecución de los procesos, uso y funcionamiento de lectura biométrica de beneficiarios y cajeros, aperturas y cuadraturas de caja, registro y pago de las prestaciones y el uso de claves autorizadas. El registro de sistemas, constituye elemento de respaldo para el cobro y pago de prestación efectuada. Lo anterior, también aplica en la emisión de Bono Web Fonasa en lo que corresponda. Para los Bonos de Atención de Salud emitidos a través del sitio web, el prestador deberá ejecutar la cobranza a través de este sitio y bajo los parámetros establecidos para generar la correcta liquidación de cobro en esta plataforma. Para las cobranzas de órdenes o bonos de atención de salud emitida mediante transacción electrónica o en el sitio web habilitado, el prestador no deberá enviar el soporte de papel físico del Bono de Atención de Salud debido que el respaldo queda almacenado en los sistemas y constituyen el original.
- e) Cuando las instituciones o entidades al realizar determinadas prestaciones, deban recurrir a profesionales no inscritos para otorgarlas, deberán informar previamente al beneficiario o a quien le represente en su caso, sobre profesionales inscritos, tarifas y alternativas para la atención.

Resolución 107
EXENTA,
SALUD
I, N° 7
D.O. 10.03.2015

Asimismo, en la circunstancia anterior, el beneficiario deberá dejar constancia por escrito de su opción. Excepcionalmente, esta renuncia podrá ser presentada por un representante del beneficiario.

- f) El cobro del código 01-01-003 por parte de instituciones que tengan inscrito dicho código, procederá exclusivamente cuando las atenciones hayan sido efectuadas por profesionales que cumplan con los requisitos establecidos en el punto 7.1.5.
- g) El cobro por parte del prestador, debe efectuarse dentro del plazo de dos años contados desde la fecha de emisión, ya que en caso contrario, el Fondo rechazará su pago.
- h) Para cobrar prestaciones de laboratorio, imagenología, órtesis y prótesis, prescritas por médico tratante, u otros profesionales autorizados, las respectivas

Resolución 107
EXENTA,
SALUD
I, N° 8

prescripciones debidamente timbradas por el cajero emisor, serán custodiadas por el prestador que cobra las prestaciones señaladas, por un período no inferior a cinco años. De consecuencia, no se exigirá al prestador adjuntar dichos documentos a la cobranza de órdenes tradicionales o electrónicas, sin perjuicio que FONASA, en procesos de fiscalización pueda requerir tales prescripciones.

D.O. 10.03.2015

i) Los Servicios de Salud cuyos hospitales cuenten con servicios de pensionado para otorgar prestaciones de salud en la modalidad de libre elección, deberán conservar en la historia clínica del paciente, el original del formulario de declaración de elección de la modalidad de atención.

Resolución 54

EXENTA,

SALUD

N° I, 5

D.O. 17.02.2020

El formulario, al menos, debe considerar en forma clara los siguientes datos: identificación del beneficiario, nombre completo y R.U.T., Modalidad de Atención por la que se está optando, nombre del profesional que realizará las prestaciones, firma y R.U.T. del aceptante y fecha del documento.

j) El Fondo pagará únicamente las órdenes o bonos de atención que cumplan los requisitos señalados y por prestaciones efectivamente realizadas. No obstante lo cual, el Director del Fondo o en quien haya delegado esta facultad, podrá autorizar el pago de órdenes que no se ajusten totalmente a esta normativa.

k) Las entidades y establecimientos, en ningún caso podrán cobrar por prestaciones efectuadas por profesionales cuyo registro en el rol, haya sido objeto de suspensión o cancelación, mediante el procedimiento sancionatorio establecido en el Art 143 del Libro II, mientras tales medidas se encuentren vigentes.

l) El Fondo Nacional de Salud, no autorizará la inscripción de ningún prestador que no tenga capacidad para realizar con sus propios medios las prestaciones que desea inscribir.

7. GRUPO 01 CONSULTAS, VISITAS MÉDICAS, TELECONSULTA Y TELEREHABILITACIÓN

7.1 Prestaciones del Grupo 01 Atención Abierta.

El Fondo no autorizará la emisión de Órdenes de Atención del Grupo 01, SubGrupo 01, para un mismo beneficiario, en número superior a 2 por día, para venta tradicional y de una orden de atención para venta a través de emisión electrónica.

Resolución 436,

SALUD

Art. primero, N° 2

D.O. 11.05.2021

Asimismo, podrá definir otros límites máximos de emisión, de acuerdo a lo establecido en el punto 6.1 letra i) de estas normas.

Para efectos del pago de las prestaciones de consulta médica electiva y consulta médica de especialidad, los registros de respaldo corresponden a los siguientes: identificación del paciente, fecha de atención, identificación del médico que otorga la atención y el detalle que corresponda, según lo definido en el punto 4 letra c) de estas normas.

7.1.1 "Definición de Consulta Médica":

Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en su Consultorio Privado o en un local destinado para estos efectos en un Hospital, Clínica o Centro de Salud, debiendo cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución Exenta que regula el

Resolución 139

EXENTA,

SALUD

N° 4

D.O. 15.03.2014

procedimiento de suscripción de convenios para la Modalidad de libre elección y con las presentes normas.

Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, siendo responsabilidad del prestador, la calidad y veracidad de la información en ella contenida. Las atenciones y sus fechas deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo tendrá las prestaciones por no efectuadas.

Algunos procedimientos mínimos y habituales, como la esfigmomanometría, otoscopía, registro ponderoestatural y otros que se efectúen durante una consulta médica, se entenderán incluidos en ella.

Durante periodos de vigencia de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud por el Covid-19, las siguientes consultas médicas podrán ser realizadas en forma remota manteniendo registro de estas prestaciones en los mismos términos que una atención presencial, a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y un médico que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica).

Los códigos autorizados para atenciones remotas a partir de la primera consulta son:

Resolución 204,
SALUD
N° 1
D.O. 27.03.2020
NOTA 3

Código	Glosa
0101001	Consulta médica electiva
0101201	Consulta Médica de Especialidad en Dermatología
0101202	Consulta Médica de Especialidad en Geriatria
0101207	Consulta Médica de Especialidad en Endocrinología Adulto
0101212	Consulta Médica de Especialidad en Psiquiatria adultos
0101213	Consulta Médica de Especialidad en Psiquiatria pediátrica y de la adolescencia
0101305	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Familiar
0101307	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Interna
0101309	Consulta Médica de Especialidad en Pediatría
0101320	Consulta Médica de Especialidad en Diabetología
0101325	Consulta Médica de Especialidad en Genética Clínica
0101326	Consulta Médica de Especialidad en Nefrología Adulto
0101327	Consulta Médica de Especialidad en Nefrología Pediátrico

NOTA 5

Además se autorizan los siguientes códigos para consultas de seguimiento y/o control, siempre y cuando el profesional conozca o tenga acceso al historial clínico del paciente.

Código	Glosa
0101206	Consulta Médica de Especialidad en Reumatología
0101208	Consulta Médica de Especialidad en Endocrinología Pediátrica
0101209	Consulta Médica de Especialidad en Neurología Adultos
0101211	Consulta Médica de Especialidad en Oncología Médica
0101301	Consulta Médica de Especialidad en Cardiología
0101302	Consulta Médica de Especialidad en Hematología
0101303	Consulta Médica de Especialidad en Infectología
0101304	Consulta Médica de Especialidad en Inmunología
0101306	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación
0101308	Consulta Médica de Especialidad en Obstetricia y Ginecología
0101311	Consulta Médica de Especialidad en Urología
0101319	Consulta Médica de Especialidad en Coloproctología
0101321	Consulta Médica de Especialidad en Enfermedades Respiratorias Adulto
0101322	Consulta Médica de Especialidad en Enfermedades Respiratorias Pediátricas
0101323	Consulta Médica de Especialidad en Gastroenterología Adulto
0101324	Consulta Médica de Especialidad en Gastroenterología Pediátrico
0101331	Consulta Médica de Especialidad en Radioterapia Oncológica

Así mismo, el prestador es responsable de que la prestación se realice en un ambiente privado y dedicado exclusivamente para ello. Queda prohibido realizarla en lugares de acceso público donde la privacidad del beneficiario se pueda ver comprometida.

El prestador es responsable de que la prestación sea realizada por el profesional seleccionado por el beneficiario personalmente. En caso de alguna modificación de quien realice la prestación, esta deberá ser informada al beneficiario quien optará por aprobar o rechazar dicho cambio.

El prestador debe tomar todas las medidas de seguridad de la información para que esta interacción directa médico beneficiario se realice de forma segura cuidando la privacidad de éste y mantener el resguardado y el registro de la ficha clínica (Ley 20.584 Derechos y Deberes del paciente).

7.1.2 "Especialidad Médica":

Para efectos de la Modalidad Libre Elección las especialidades médicas deberán ser certificadas, de acuerdo a lo establecido en el numeral 2.3 de esta Normativa.

7.1.3 "Consulta de Medicina General" (cód. 01-01-001):

Es la atención profesional otorgada por un médico a un paciente, en las condiciones establecidas en el punto 7.1.1 anterior.

7.1.4 Consulta Médica de Especialidades":

Es la atención profesional otorgada a un paciente, por un médico cirujano que disponiendo de una especialidad médica certificada e inscrita en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, según se establece en el punto 7.1.2 anterior, se encuentre inscrito como especialista en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

7.1.5 "Visita Médica Domiciliaria en Horario Hábil" (cód. 01 01 004), "Visita Médica Domiciliaria en Horario Inhábil": (cód. 01 01 005):

Es la atención profesional efectuada por el médico, en el domicilio de un paciente o en el lugar en que esté

Resolución 139

EXENTA,

SALUD

N° 5

D.O. 15.03.2014

Resolución 436,

SALUD

Art. primero, N° 4

D.O. 11.05.2021

Resolución 54

EXENTA,

SALUD

N° I, 6

D.O. 17.02.2020

Resolución 54

EXENTA,

SALUD

residiendo el enfermo en el momento de la prestación. Para efecto de la aplicación de horario hábil o inhábil, se ajustará a lo definido en el Artículo 7° del Arancel. Deberán cumplirse los mismos requisitos establecidos para la consulta médica en el punto 7.1.1 de estas Normas.

N° I, 7 y 8
D.O. 17.02.2020

7.1.6.- Teleconsulta y Telerehabilitación.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 5
D.O. 11.05.2021

A) Definiciones

La Teleconsulta, corresponde a una atención a distancia realizada a través de tecnologías de la información (videollamada) y telecomunicaciones entre un paciente y un médico que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica).

La Telerehabilitación, consiste en la provisión de servicios de rehabilitación mediante tecnologías de información y comunicación digital. Esta modalidad puede considerar una amplia gama de intervenciones clínicas asociadas a rehabilitación, como evaluación, monitoreo, prevención, intervención, supervisión, educación, consulta y consejerías, se realiza de manera sincrónica con el beneficiario.

La atención sincrónica corresponde a la interacción en tiempo real y en vivo, que permite las comunicaciones entre el paciente y el equipo de salud.

B) Requisitos generales.

a) El prestador o establecimiento de salud que otorgue atenciones de teleconsulta y/o telerehabilitación, deberá contar con una plataforma en convenio o propia, para brindar las prestaciones del subgrupo 08 la cual deberá ser acreditada previamente por FONASA o por un tercero autorizado por FONASA.

b) La institución o persona natural es responsable que el prestador realice esta prestación en un ambiente privado y dedicado exclusivamente para ello. Queda prohibido realizarla en lugares de acceso público donde la privacidad del beneficiario se pueda ver comprometida.

c) La institución o persona natural es responsable que la prestación sea realizada por el profesional seleccionado por el beneficiario personalmente. En caso de alguna modificación de quien realice la prestación, ésta deberá ser informada al beneficiario quien optará por aprobar o rechazar dicho cambio.

d) La institución o persona natural debe tomar todas las medidas de seguridad de la información para que esta interacción directa entre profesional de salud y beneficiario se realice de forma segura cuidando la privacidad de éste (Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones vinculadas a su Atención en Salud) y mantener el resguardo y el registro de la ficha clínica según lo dispuesto en el punto 4 de estas normas.

e) La institución o persona natural prestadora de salud deberá explicitar al beneficiario en su plataforma, antes de agendar una consulta, un listado con la

disponibilidad de horas y especialistas en esta modalidad de atención, así como también recordar a los beneficiarios, las limitaciones que presenta esta modalidad, tales como, imposibilidad de realizar examen físico y/o cualquier otra circunstancia que requiera la interacción presencial. Lo anterior, para informar anticipadamente al beneficiario acerca del alcance y características de la modalidad de atención a la que está optando. El beneficiario deberá aceptar las condiciones antes señaladas previo a la realización de la prestación y podrá tomar la hora correspondiente con el profesional, seleccionándolo en dicha plataforma.

f) La venta y cobro de la prestación se realizará a través de la emisión de BAS WEB mediante la página WEB de FONASA, Bono Electrónico, Plataforma Canal Multiprestador.

En caso de requerir la emisión de receta médica electrónica, el profesional lo hará mediante un medio electrónico declarado por el prestador al momento de la inscripción.

g) El establecimiento de salud o persona natural, deberá contar para los casos que se requiera, soporte de despacho de orden médica electrónica y licencia médica.

h) Se prohíbe al proveedor de la plataforma usar la información del paciente para cualquier otro fin que no sea la atención con el profesional elegido.

C) Atenciones de Teleconsulta grupo 01 sub grupo 08.

Las prestaciones del grupo 01 bajo la modalidad de teleconsulta, deberán cumplir con lo dispuesto en punto 2, 3, 4 y 7.1.6 de esta normativa y según las siguientes consideraciones:

a) Las prestaciones del grupo 01 sub grupo 08, serán excluyentes entre sí, con las prestaciones del grupo 01 subgrupo 01 para un mismo día.

b) Las siguientes prestaciones se autorizan para atenciones remotas a partir de la primera consulta y tendrán una duración mínima de 10 minutos, a excepción del código 01-08-212 y 01-08-213, los que deberán tener una duración mínima de 30 minutos.

- Teleconsulta Médica General 01-08-001
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Dermatología 01-08-201
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Geriatria 01-08-202
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Endocrinología Adulto 01-08-207
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Neurología Adultos 01-08-209
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Psiquiatría adultos 01-08-212
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Diabetología 01-08-320
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Nefrología Adulto 01-08-326
- Teleconsulta Médica de Especialidad en

Endocrinología Pediátrica 01-08-208
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Neurología
Pediátrica 01-08-210
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Psiquiatría
pediátrica y de la adolescencia (Primera Consulta)
01-08-213
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina
Familiar 01-08-305
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina
Física y Rehabilitación 01-08-306
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina
Interna 01-08-307
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Pediatría
01-08-309
- Teleconsulta Médica de Especialidad en
Traumatología y Ortopedia 01-08-310
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Urología
01-08-311
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Genética
Clínica 01-08-325
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Nefrología
Pediátrica 01-08-327
- Teleconsulta Médica de Especialidad en
Anestesiología 01-08-329

c) Las siguientes prestaciones se autorizan para
consultas de seguimiento o control, siempre y cuando el
profesional conozca o tenga acceso al historial clínico del
paciente y tendrán una duración mínima de 10 minutos.

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Reumatología
01-08-206
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Oncología
Médica 01-08-211
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cardiología
01-08-301
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Hematología
01-08-302
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Infectología
01-08-303
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Inmunología
01-08-304
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Obstetricia y
Ginecología 01-08-308
- Teleconsulta Médica de Especialidad en
Coloproctología 01-08-319
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Enfermedades
Respiratorias Adulto 01-08-321
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Enfermedades
Respiratorias Pediátricas 01-08-322
- Teleconsulta Médica de Especialidad en
Gastroenterología Adulto 01-08-323
- Teleconsulta Médica de Especialidad en
Gastroenterología Pediátrico 01-08-324
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Radioterapia
Oncológica 01-08-331
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Neurocirugía
01-08-203
- Teleconsulta Médica de Especialidad en Oftalmología

01-08-204

- Teleconsulta Médica de Especialidad en

Otorrinolaringología 01-08-205

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía

General 01-08-312

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía de
Cabeza, Cuello y Maxilofacial 01-08-313

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía

Cardiovascular 01-08-314

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía de
Tórax 01-08-315

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía
Plástica y Reparadora 01-08-316

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía

Pediátrica 01-08-317

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Cirugía

Vascular Periférica 01-08-318

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Ginecología
Pediátrica y de la Adolescencia 01-08-332

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina

Materno Fetal 01-08-333

- Teleconsulta Médica de Especialidad en Medicina

Nuclear 01-08-334

d) Límite financiero.

Los límites financieros de las prestaciones de teleconsulta del grupo 01 sub grupo 08, son los mismos establecidos para el grupo 01 sub grupo 01, y la sumatoria de las atenciones presenciales y de teleconsulta corresponderá a 30 prestaciones año por beneficiario.

7.1.7 Eliminado.

7.2 PRESTACIONES DEL GRUPO 01 EN ATENCIÓN CERRADA.

7.2.1 "Visita por médico tratante a paciente hospitalizado" (cód. 01 01 008):

Es la atención profesional realizada por un médico tratante a su paciente privado, internado en un Hospital o Clínica. La atención médica, la registrará en la ficha clínica de la institución, debiendo además cumplirse lo establecido en el punto 7.1.1 anterior.

En el caso en que no se cumpla la condición de médico tratante, entendiéndose como tal, al médico, persona natural, responsable de la atención del paciente y que aparece identificado en el respectivo Programa de Atención de Salud la prestación efectuada se pagará a través del código 01-01-010. Tampoco, corresponde el cobro del código 01-01-008, cuando se trate de atenciones efectuadas por médicos residentes o funcionarios del establecimiento en el que se encuentra internado el paciente.

Constituye excepción para el cobro del código 01-01-008 la atención efectuada por un médico psiquiatra tratante, cuando su paciente se encuentra internado en uno de dichos centros asistenciales. En esos casos, el cobro de las atenciones se registrarán exclusivamente por lo establecido en el punto 14 de estas Normas.

7.2.2 "Visita por médico interconsultor a paciente

Resolución 54

EXENTA,

SALUD

Nº I, 10

D.O. 17.02.2020

Resolución 436,

SALUD

Art. primero, Nº 6

D.O. 11.05.2021

hospitalizado"(cód. 01 01 009):

Es la atención profesional realizada por un médico interconsultor en junta médica o no, a un paciente internado en un Hospital o Clínica. El registro de la atención, se efectuará en la ficha clínica de la institución, debiendo además cumplirse lo establecido en el punto 7.1.1 de estas normas.

El código 01-01-009 sólo podrá cobrarse en el programa de atención de salud del beneficiario hospitalizado. No corresponderá el cobro de esta prestación, en las atenciones efectuadas por médicos residentes, o funcionarios del establecimiento en el que se encuentra internado el paciente.

El médico tratante o el interconsultor, tendrá la obligación de registrar la atención efectuada en la ficha clínica de la entidad, sin perjuicio de que pueda consignarla además en su propia ficha. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo asumirá que la prestación no ha sido otorgada.

7.2.3 "Atención médica diaria a paciente hospitalizado"(cód. 01 01 010):

Es la atención médica otorgada a un paciente internado en un establecimiento, por un médico funcionario o residente, actuando en calidad de médico tratante. Comprende la evaluación médica diaria, indicaciones de tratamientos y controles necesarios. Deberá cumplir con los requisitos establecidos en el punto 7.1.1 de estas normas.

El cobro del código 01-01-010, sólo podrá efectuarse a través del Programa de Atención de Salud, del beneficiario hospitalizado. En el caso de las atenciones efectuadas por médicos psiquiatras, no corresponderá el cobro de la prestación 01-01-010.

7.2.4 "Máximos de prestaciones" 01-01-008 y 01-01-010:

El cobro de las prestaciones códigos 01-01-008 y 01-01-010 corresponde a la atención de pacientes agudos. El Fondo pagará las atenciones efectivamente requeridas por el paciente y registradas en los primeros 30 ó 31 días de hospitalización con un máximo de una diaria.

Si el médico tratante requiere efectuar una segunda visita en el día a un mismo paciente, deberá confeccionar un Programa Complementario en la forma establecida en el punto 3.3 letra d) de estas Normas, el que, acompañado de los antecedentes clínicos deberá ser remitido al Fondo y autorizado o rechazado por éste.

A continuación de los 31 días, el número máximo de prestaciones será de tres por semana.

7.2.5 Atención médica en Clínicas de Recuperación:

Las prestaciones códigos 01-01-008 y 01-01-010 podrán ser cobradas con un límite máximo de 1 semanal, en enfermos hospitalizados en Clínicas de Recuperación.

8. DÍAS CAMA DE HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL (GRUPO 02)

Es la prestación de salud efectuada en atención cerrada, referida a la ocupación de una cama de un Establecimiento Asistencial, por parte de un beneficiario que estando, en etapa diagnóstica, tratamiento o seguimiento de un problema de salud, requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias. Se entenderá que la definición de día cama de hospitalización integra, es

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 7
D.O. 11.05.2021

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 8
D.O. 11.05.2021

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 9
D.O. 11.05.2021

aplicable a los diferentes tipos de días de hospitalización según niveles de cuidado, tales como cuidados básicos, medios y críticos.

Solo podrán ser realizadas por Establecimientos de Salud, las que para otorgar las prestaciones requieren de Autorización de la Secretaría Regional Ministerial correspondiente, según lo establecido en la normativa sanitaria vigente.

Para efecto de la codificación y normativa que debe aplicarse a los Días Camas de Hospitalización Integral, cuando se trate del otorgamiento de prestaciones de salud, a un beneficiario que se encuentra ocupando una cama en un Establecimiento Asistencial, los prestadores se ajustarán a lo señalado en este punto:

a) Las prestaciones correspondientes Días Cama de Hospitalización Integral del Grupo 02 del Arancel, deben incluirse en un Programa de Atención de Salud, de acuerdo a lo señalado en el punto 3.3 letra a) de estas Normas. El establecimiento asistencial, deberá consignar la fecha efectiva de ingreso y alta del paciente, debiendo quedar constancia de ello en sus registros.

b) Día Cama de Hospitalización Integral de Observación - Ambulatorio, código 02-01-407, corresponde el cobro del Día Cama de Observación, cuando el beneficiario permanezca como máximo 12 horas, utilizando una cama en el establecimiento y sin pernoctar en él. En caso de permanencia, por un tiempo inferior a lo establecido, no procederá cobro de esta prestación. En lo que sea pertinente, estas prestaciones incluyen en su valor lo establecido en la letra c) de este punto.

c) Corresponde la aplicación de los códigos 02-01-001, 02-01-002, 02-01-101, 02-01-102, 02-01-301, 02-01-302, 02-01-303, 02-01-201, 02-01-202, 02-01-203, 02-01-401, 02-01-402, 02-01-403, 02-01-404, 02-01-405, 02-01-406, 02-01-408, Días Camas de Hospitalización Integral, cuando se trate de la permanencia de un beneficiario en un establecimiento asistencial, ocupando una cama y cumpliéndose además la condición de pernoctar.

d) Día Cama de Hospitalización Integral Cuidados Básicos códigos 02-01-001, 02-01-002, este nivel de cuidados está destinado a pacientes que, estando en cualquiera de las etapas de una enfermedad (evaluación, diagnóstico, tratamiento o recuperación), requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias con el fin de que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería o matronería básicos. El perfil de pacientes a ingresar es de riesgo bajo y dependencia parcial o autosuficiencia (CUDYR C3-D1-D2-D3). Cuentan además con acceso a procedimientos básicos de tipo médico y/o quirúrgico (intervenciones menores).

e) Día camas de hospitalización integral Cuidados medios (Códigos 02-01-101 y 02-01-102): Destinadas a entregar cuidados a pacientes de mediana complejidad. Se asocian a una fase aguda de enfermedad del beneficiario. Los afluentes de este nivel de atención provenientes de las unidades de emergencia (observación y posterior derivación) y camas críticas. En estas unidades se debe mantener una vigilancia estrecha y periódica de los parámetros vitales de los pacientes, además se realiza atención integral con alta

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 10
D.O. 11.05.2021

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 11
D.O. 11.05.2021

demanda de cuidados de Enfermería o Matronería según corresponda, por lo tanto, el perfil de pacientes a ingresar es con mediano riesgo y alta dependencia (CUDYR C1-C2-B3).

f) Día Cama de Hospitalización Integral Sala Cuna código 02-01-403: este día cama es independiente al de la madre.

g) Día Cama de Hospitalización integral Psiquiatría Cuidados Básicos código 02-01-405, cama destinada a brindar atención a una persona que presente una enfermedad o trastorno mental y que se encuentren bajo supervisión o tratamiento médico especializado. La persona puede estar en cualquiera de las etapas de una enfermedad o trastorno mental (evaluación, diagnóstico, tratamiento o recuperación), y que requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias con el fin de que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería y otros profesionales especializados en salud mental. El perfil de pacientes a ingresar es de riesgo bajo y dependencia parcial o autosuficiencia (CUDYR C3-D1-D2-D3). Cuentan además con acceso a procedimientos básicos de tipo médico y/o quirúrgico (intervenciones menores). El día cama incluye los fármacos básicos estándar.

h) Día Cama de Hospitalización Psiquiatría Cuidados Medios (Cód. 02-01-406): La prestación está destinada a entregar cuidados a pacientes de mediana complejidad que presenten una enfermedad o trastorno mental y que se encuentren bajo supervisión o tratamiento médico especializado. El perfil de pacientes a ingresar es con mediano riesgo y alta dependencia (CUDYR C1-C2-B3). El área de dormitorios podrá ser individual o compartida, en este último caso, por no más de seis residentes por habitación.

i) Día Cama de Hospitalización Clínica de Recuperación código 02-01-408, corresponde el cobro de este tipo de Día Cama, cuando se trate de la hospitalización de un beneficiario en una clínica de recuperación, de cuidados especiales, de pacientes crónicos o similares.

Estos establecimientos asistenciales, están destinados a la atención de pacientes, con condición de salud, de larga estadía, que requieren atención médica, rehabilitación integral, vigilancia y cuidados de enfermería, acceso a procedimientos diagnósticos terapéuticos eventuales.

j) Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I) (códigos 02-01-201 al 02-01-203). Corresponde al Día Cama de Hospitalización de un paciente crítico adulto, pediátrico y neonatal en una unidad ubicada en dependencias únicas y centralizadas, de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales médicos y de enfermería asegura la atención en forma permanente y preferente durante las 24 horas del día. Estas camas están destinadas a brindar cuidados de alta complejidad definida para la internación y atención de pacientes críticos, es decir, con una condición patológica que afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad. Para ello se hace necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 12
D.O. 11.05.2021

Debe considerarse incluido en su valor, el conjunto de prestaciones que reciba en dicha Unidad y que incluye las atenciones del personal profesional residente y de colaboración para la atención continuada las 24 horas, incluirá médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.

Además deberá existir disponibilidad de kinesiólogos para los casos y hora en que se requiera, cuyas acciones se cobrarán de acuerdo a lo establecido en el punto 12 de estas Normas.

Lo que caracteriza a estos recintos, además de lo señalado, son las instalaciones y equipos que incluyen como mínimo: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua y el acceso a procedimientos habituales, tales como accesos vasculares, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, entre otros.

Aquellas atenciones profesionales o procedimientos que deban ser realizados por médicos ajenos a la Unidad, tales como interconsultas a especialistas, endoscopías, estudios radiológicos, colocación de marcapasos definitivos, biopsias, entre otros, serán cobrados separadamente por el profesional o establecimiento de salud que los realice.

En hospitalizaciones en una Unidad de Cuidados Intensivos (códigos 02-01-201 al 02-01-203) o de Intermedio (código 02-01-301 al 02-01-303), cuando no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en dichos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas por DS N° 369/85, de Salud, art. 53) en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad. Lo anterior, sin perjuicio de la forma en que el Fondo, valore o emita los BAS correspondientes.

Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

k) Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I) (código 02-01-301, 02-01-302, 02-01-303), nivel de cuidados destinado a brindar cuidados de alta complejidad definida para la internación y atención de paciente crítico adulto, pediátrico y neonatal, es decir, con una condición patológica que afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad. Para ello se hace necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

Deberá contar con organización técnica y administrativa propia, comprendiendo enfermería permanente las 24 horas del día, auxiliares, personal de servicio y residencia médica en el establecimiento, el que deberá contar necesariamente con UCI.

Sin alcanzar la complejidad organizativa de una UCI, las instalaciones y equipos serán los mismos aunque en menor proporción de acuerdo a la dotación de camas. Su valor incluye lo señalado en el segundo párrafo de la letra f) precedente.

El Director del Fondo Nacional de Salud podrá aceptar la ausencia de UCI solamente en atención a las necesidades

y realidad de salud regionales.

Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, elementos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

Utilizarán esta misma nomenclatura y codificación aquellas unidades intensivas especializadas como Unidades Coronarias, Respiratorias y otras, en la medida que cumplan con las exigencias técnicas establecidas por el Fondo.

l) Los valores, que se consignan en el Arancel para los respectivos Días Camas, incluyen:

1.1) Atención Médica y de Enfermería.

- La atención del médico residente, toda vez, que sea necesaria en ausencia del médico tratante.

- Atención completa de enfermería y procedimientos mínimos habituales (saturación de O₂ con oxímetro, aerosolterapia - nebulizaciones con aire comprimido y oxígeno, aerosolterapia con presión positiva intermitente, instalación vías venosas, inyectables, fleboclisis, curaciones, sondas, enemas, tomas de muestra, etc.)

1.2) Otras Atenciones.

- La administración de transfusiones de sangre y/o hemocomponentes, cuando sea efectuada por personal diferente del médico o tecnólogo médico del Banco de Sangre o Servicio de Transfusión.

- La alimentación oral diaria, prescrita por el médico tratante, con excepción de las fórmulas especiales de nutrición enteral.

1.3) Elementos, materiales, insumos.

- El uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama (sábanas, almohadas, frazadas de cualquier tipo, pañal, sabanilla, colchón anti escaras).

1.4) Insumos de uso general:

- Gasa, algodón, tómulas, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares, guantes quirúrgicos y de procedimientos, antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo o aerosol), oxígeno y aire comprimido, inmovilizadores de extremidades, sujetadores de sondas.

e) No serán financiados por el Fondo los útiles de uso personal, de uso cosmético o aseo, ya que constituyen una excepción a la normativa precedente porque no forman parte del tratamiento médico. Estos elementos deberán cobrarse directamente al beneficiario (pañales desechables, colonias, etc).

NOTA 6

m) "Día Cama Psiquiátrica Diurna" (cód. 02-02-007):

Corresponde la aplicación de este tipo de Día Cama, 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. El establecimiento, deberá cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución de Convenios que para estos efectos, dicta el

Fondo.

n) "Día Cama de Observación" (cód. 02-02-008):

Corresponde el cobro del Día Cama de Observación, cuando el beneficiario permanezca como mínimo 4 horas utilizando una cama en el establecimiento y sin pernoctar en él. En caso de permanencia del paciente, por un tiempo inferior a lo establecido no procederá cobro de esta prestación.

ñ) "Día Cama de Hospitalización Clínica de Recuperación"(cód. 02-02-009):

Corresponde el cobro de este tipo de Día Cama, cuando se trate de la hospitalización de un beneficiario en una clínica de recuperación, de cuidados especiales, de pacientes crónicos y/o similares.

Estos establecimientos asistenciales, están destinados a la atención de pacientes, con condición de salud, de larga estadía, que requieren atención médica, rehabilitación integral, vigilancia y cuidados de enfermería, acceso a procedimientos diagnósticos terapéuticos eventuales.

o) "Día Cama de Hospitalización Aislamiento" (cód. 02-02-010):

Corresponde la aplicación de este tipo de Día Cama, cuando por indicación del médico tratante y considerando las condiciones médicas que así lo ameriten, el beneficiario se hospitalice en una sala que permita su manejo clínico con equipos y técnicas especiales de aislamiento.

p) "Día Cama de Hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo" (UCI) (códigos 02-02-201 al 02-02-203):

Corresponde al Día Cama de Hospitalización de un paciente crítico, en una unidad ubicada en dependencias únicas y centralizadas, de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales médicos y de enfermería asegura la atención en forma permanente y preferente durante las 24 horas del día y que dispone de los equipos especializados necesarios, para atender y monitorizar enfermos con alto riesgo vital con apoyo cardiorrespiratorio intensivo.

Debe considerarse incluido en su valor, el conjunto de prestaciones que reciba en dicha Unidad y que incluye las atenciones del personal profesional residente y de colaboración y el uso de las instalaciones, instrumentos y equipos que debe tener la Unidad.

El personal profesional y de colaboración residente en la Unidad para la atención continuada las 24 horas, incluirá médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.

Además deberá existir disponibilidad de kinesiólogos para los casos y hora en que se requiera, cuyas acciones se cobrarán de acuerdo a lo establecido en el punto 12 de estas Normas.

Lo que caracteriza a estos recintos, además de lo señalado, son las instalaciones y equipos que incluyen como mínimo: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua, etc. y el acceso a procedimientos habituales, tales como accesos vasculares, sondeos, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, etc.

Aquellas atenciones profesionales y/o procedimientos que deban ser realizados por médicos ajenos a la Unidad, tales como interconsultas a especialistas, endoscopias, estudios radiológicos, colocación de marcapasos definitivos, biopsias, etc., serán cobrados separadamente por el profesional o entidad que los realice.

Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

Cuando en una Unidad de Cuidados Intensivos (Días Camas códigos 02-02-201 al 02-02-203), no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en estos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas por D.S. N° 369/85, de Salud, artículo 53), en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad, sin perjuicio de la forma en que el Fondo valore o emita las Órdenes de Atención correspondientes.

q) "Día Cama de Hospitalización en Unidad de Tratamiento Intermedio" (código 02-02-301 al 02-02-303):

Es el Día Cama de hospitalización, en aquella Unidad que sirve para la internación o derivación de pacientes graves, que no requieren apoyo cardiorrespiratorio intensivo.

Deberá contar con organización técnica y administrativa propia, comprendiendo enfermería permanente durante 24 horas del día, auxiliares, personal de servicio y residencia médica en el establecimiento, el que deberá contar necesariamente con UCI.

Sin alcanzar la complejidad organizativa de una UCI, las instalaciones y equipos serán los mismos aunque en menor proporción de acuerdo a la dotación de camas. Su valor incluye lo señalado en el inciso segundo de la letra j) precedente.

El Director del Fondo podrá aceptar la ausencia de UCI solamente en atención a las necesidades y realidad de salud regionales.

Para efecto de definiciones conceptuales de muebles, equipos, elementos, insumos y otros, se considerará lo señalado en el punto 26 de estas Normas.

Utilizarán esta misma nomenclatura y codificación aquellas unidades intensivas especializadas como Unidades Coronarias, Respiratorias y otras, en la medida que cumplan con las exigencias técnicas establecidas por el Fondo.

Cuando en una Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) (Días Camas códigos 02-02-301 al 02-02-303), no se cumpla la condición de "pernoctar" y para la permanencia del primer día en estos recintos, procederá el cobro de diferencias por Día Cama (establecidas en el artículo 53 del D.S. N° 369/85, de Salud) en forma proporcional al número de horas que el paciente permaneció en la respectiva Unidad, sin perjuicio de la forma en que el Fondo valore o emita las Órdenes de Atención correspondientes.

r) Por concepto de Días - Cama, las entidades con convenio vigente, además de la orden de atención por el respectivo código de la atención cerrada otorgada, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije libremente la entidad.

De acuerdo a lo señalado en el artículo 53 del D.S. N° 369/85, de Salud y sus modificaciones, estos valores deberán ser informados al Fondo antes de su aplicación, pudiendo variarse como máximo tres veces en el año calendario, debiendo, además, mantenerse a disposición de los beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II.

9. Laboratorio (GRUPO 03).

Este grupo contempla todos los exámenes o análisis de apoyo clínico y diagnóstico, así como los procedimientos y materiales utilizados para ello.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 14
D.O. 11.05.2021

9.1.- Consideraciones generales.

a) Todo examen de laboratorio debe estar ser prescrito por médico tratante debidamente identificado, salvo excepciones que se encuentran expresamente dispuestas en estas normas.

b) Aquellos exámenes de laboratorio que se encuentren incluidos en otras prestaciones y que incluyan el estudio de diferentes parámetros (aun cuando estos 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 Perfil bioquímico, Bicarbonato en Gases sanguíneos, etc).

c) Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes de laboratorio, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3 - 4 y 6 de estas Normas.

d) Cuando en la prescripción del profesional tratante, se indique la realización de más de un perfil, produciéndose coincidencias de parámetros entre los exámenes solicitados, se entenderá que no constituye incumplimiento de norma cuando se ejecute solo uno de los parámetros que conforman los distintos perfiles.

e) Los exámenes de laboratorio, no tendrán derecho al recargo horario, si estos se efectúan en horario inhábil, por razones de tipo administrativas o de funcionamiento del prestador.

f) Respecto de la toma de muestra, solo procederá el cobro de una prestación código 03-07-011 o 03-07-012, por beneficiario y por la totalidad de los exámenes señalados en la prescripción del profesional. Ambos códigos, no podrán cobrarse, en atención abierta, en forma simultánea al código 03-07-013 (Toma de muestra con técnica aséptica para hemocultivos), excepto que se realicen 2 o más hemocultivos en cuyo caso se autoriza una prestación 03-07-013 por cada muestra adicional.

g) Todas las prestaciones que determinan marcadores tumorales y estudios de inmunofenotipos, serán autorizadas a prestadores que respalden equipamiento y personal capacitado para efectuar la prestación. No se autoriza la derivación.

9.2.- Consideraciones específicas.

a) Los códigos 03-07-016 Punción traqueal, 03-07-017 Punción vesical en recién nacidos y 03-07-018 Punción médular ósea, corresponden a prestaciones que deben ser



ejecutadas y cobradas por profesional médico o por establecimientos de salud que dispongan de estos profesionales.

b) En los siguientes casos no será requisito la orden o prescripción médica respectiva:

- Las glicemias y glucosurias efectuadas a pacientes diabéticos crónicos, acreditados por el médico o establecimiento de salud tratante.

- El tiempo de Protrombina, cód. 03-01-059, que se efectúa en pacientes con tratamiento anticoagulante prolongado y que se encuentra certificado por el profesional tratante.

- La determinación de anticuerpos virales para HIV.

c) Los profesionales Matronas(es) en el ámbito de su competencia podrán solicitar los siguientes exámenes de laboratorio e imagenología, a través de la MLE, en el contexto de control de embarazo normal o control ginecológico preventivo, la solicitud de los exámenes antes mencionados se ajustará a los mismos requisitos estipulados para los médicos, en el punto 3 de estas Normas.

EXAMENES DE LABORATORIO Y ANATOMIA PATOLÓGICA	CÓDIGOS
Gonadotropina coriónica, sub-unidad beta en orina (test rápido)	03-09-014
Gonadotropina coriónica, sub-unidad beta (cuantificación)	03-03-014
Hemograma	03-01-045
Hematocrito (proc. aut.)	03-01-036

Hemoglobina en sangre total (proc. aut.)	03-01-038
Clasificación sanguínea ABO y RhD	03-01-034
Orina completa	03-09-022
Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica y frasco recolector) (no incluye recolector pediátrico ni sonda)	03-06-011
R.P.R.	03-06-038
V.D.R.L.	03-06-042
Parásitos IgG/IgM (Chagas, Hidatidosis, Toxocariasis y otros por Elisa o Inmunofluorescencia), c/u	03-06-061
Anticuerpos virales, determ. de H.I.V.	03-06-169
Glucosa en sangre	03-02-047
Glucosa, Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO)	03-02-048
Nitrógeno ureico y/o urea, en sangre	03-02-057
Tiroestimulante (TSH), hormona (Adulto, niño o R.N.)	03-03-024
Streptococcus Grupo B/ agalactiae en embarazada por cultivo con medio selectivo y/o enriquecido.	03-06-099
Hormona folículo estimulante (FSH)	03-03-015
Colesterol total (proc. aut.)	03-02-067
Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau) (por cada placa)	08-01-001
Virus Papiloma Humano por PCR con genotipificación de papiloma de alto riesgo de Ca Cervico Uterino tipos 16 y 18	03-06-123

EXAMENES DE IMAGENOLOGÍA	CÓDIGOS
Ecografía obstétrica	04-04-002
Ecografía ginecológica, pelviana femenina u obstétrica con estudio fetal	04-04-006
Ecografía transvaginal o transrectal	04-04-005
Ecografía mamaria bilateral (incluye Doppler)	04-04-012
Mamografía bilateral	04-01-010
Mamografía unilateral	04-01-110

d) El perfil bioquímico (cód. 03-02-075) corresponde a la determinación automatizada de 12 parámetros en sangre, estos son: Ácido úrico 03-02-005, Bilirrubina total (proc. aut.) 03-02-012, Calcio en sangre 03-02-015, Deshidrogenasa láctica total (LDH) 03-02-030, Fosfatasa alcalinas totales 03-02-040, Fósforo (fosfatos) en sangre 03-02-042, Glucosa 03-02-047, Nitrógeno ureico (NU) 03-02-057, Proteínas totales en sangre 03-02-100, Albúminas en sangre 03-02-101, Transaminasa oxalacética (GOT) 03-02-063 y Colesterol total 03-02-067.

e) El código 03-02-076 Perfil Hepático, corresponde a la determinación automatizada de 6 parámetros, siendo los siguientes: tiempo de protrombina 03-01-059, bilirrubina total y conjugada 03-02-013, fosfatasa alcalinas totales 03-02-040, GGT 03-02-045, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT 03-02-063.

f) Para el cobro de la prestación 03-06-082 Reacción de Polimerasa en cadena (P.C.R.) en tiempo real, SARS CoV-2 (incluye toma muestra hisopado nasofaríngeo), los prestadores deberán suscribir un convenio en la modalidad adjuntando la documentación que respalde el equipamiento y personal capacitado para efectuar la prestación.

Durante el período de vigencia del decreto supremo N° 4, de 2020, del Ministerio de Salud, que dispone Alerta Sanitaria por brote del nuevo coronavirus para el examen de PCR, en la detección de SARS CoV-2, no se exigirá orden médica o profesional.

El examen código 0306271, Test rápido de detección de antígenos SARS-CoV-2 (incluye toma de muestra), deberá ser realizado por prestadores de Salud que dispongan del equipamiento, capacidad técnica y la respectiva autorización sanitaria vigente. Serán efectuados por profesionales y técnicos de salud habilitados, dentro de la infraestructura declarada por dicha entidad en su convenio. Requiere de orden médica y los test serán para uso de emergencia, debiendo contar con certificado de verificación otorgado por el Instituto de Salud Pública.

g) El hemograma (cód. 03-01-045) incluye a lo menos: Recuento de leucocitos 03-01-065, Eritrocitos 03-01-064, Hemoglobina 03-01-038, Hematocrito 03-01-036, Fórmula leucocitaria, características morfológicas de los elementos figurados, VHS 03-01-086, Recuento de plaquetas 03-01-028 y su morfología.

h) La Cinética del fierro (cód. 03-01-030) incluye la determinación de Fierro sérico 03-01-028, Capacidad de fijación del fierro 03-01-029 y la Ferritina 03-01-026, a lo menos se debe informar la determinación del fierro sérico y la ferritina.

i) El Plomo en sangre 03-02-084, cobre en orina 03-09-036 y Arsénico en orina 03-09-034, son determinaciones cuantitativas realizadas por Espectroscopía, Absorción Atómica, Absorción atómica o Espectrometría de masas, por tanto la autorización va solo a prestadores que cuenten con el equipamiento y personal capacitado para efectuar la prestación, no se autoriza la derivación.

j) Los marcadores tumorales Péptido C 03-03-052, Calcitonina 03-03-053, Inhibina B 03-03-054 y la Cromogranina A 03-05-098, son exámenes cuantitativos realizados en sangre, por técnicas de Enzimoimmunoensayo, RIA, Quimioluminiscencia o Inmunoquimioluminiscencia Icma.

k) El Tamizaje de Anticuerpos anti antígenos nucleares extractables (a- ENA: Sm, RNP, Ro, La, Scl- 70 y Jo- 1) código 03-05-004, incluye la identificación del anticuerpo que se encuentre positivo. El profesional tratante lo puede solicitar como, screening ENA, Perfil ENA o Tamizaje ENA. Cuando se requiera la cuantificación específica de uno de estos anticuerpos, corresponde la presentación a cobro bajo el código 03-05-007, la orden médica deberá especificar el o los anticuerpo(s) específico(s) a solicitar.

l) La determinación de Inmunofenotipo en Leucemias Agudas 03-05-093, Inmunofenotipo en Sind. Linfoproliferativos 03-05-094 y de Inmunofenotipo en Sind. Mielodisplásicos 03-05-095, deben ser determinados por Citometría de Flujo, en muestras de Sangre, Médula Ósea, LCR o Biopsia. Estas determinaciones incluyen el estudio completo con el análisis de a lo menos 20 marcadores, si se requiere mayor cantidad de marcadores a estudiar, también se consideran incluidos en su valor.

Estas prestaciones requieren orden médica de especialista Oncólogo, Hematólogo o Hemato-Oncólogo tratante. Estas determinaciones de Inmunofenotipo, al ser estudiadas en muestras de Médula Ósea, pueden requerir en forma complementaria el estudio de Mielograma, el cual no está incluido en estas prestaciones, correspondiendo su cobro adicional de acuerdo al arancel.

Resolución 589
EXENTA,
SALUD
N° 2.
D.O. 09.08.2021

m) La Detección de Enfermedad Residual Mínima 03-05-096, debe ser determinada por Citometría de Flujo, en muestras de Sangre, Médula Ósea, LCR, u otros fluídos, comprende el estudio completo con el análisis de a lo menos 15 marcadores, si se requiere mayor cantidad de marcadores a estudiar, también se consideran incluidos en su valor.

Esta determinación es posterior a tratamientos oncológicos y deben ser solicitadas con orden médica de especialista Oncólogo, Hematólogo o Hemato-Oncólogo tratante.

Esta prestación, al ser estudiada en muestra de Médula Ósea, puede requerir en forma complementaria el estudio de Mielograma el cual no está incluido en esta prestación, correspondiendo su cobro adicional de acuerdo al arancel.

n) La Cuantificación de células progenitoras hematopoyéticas CD 34 código 03-05-097, debe ser determinada por Citometría de Flujo, en muestras de Sangre periférica incluye la identificación, aislamiento y cuantificación a lo menos 3 marcadores, si se requiere mayor cantidad de marcadores a estudiar, también se consideran incluidos en su valor. Esta prestación, requiere orden médica de especialista Oncólogo, Hematólogo o Hemato-Oncólogo tratante.

o) Hepatitis C, carga viral 03-06-085, Virus Epstein Barr (VEB) carga viral 03-06-087 y Polioma (BK) virus carga viral 03-06-068, son determinaciones cuantitativas realizadas en sangre por técnica de PCR.

p) El Cultivo de Líquido de Cavidades Estériles en frasco de Hemocultivo automatizado 03-06-101, se realiza en todos los líquidos estériles y otros fluidos, excepto sangre, incluyen la Tinción de Gram, identificación y antibiograma por difusión o dilución.

Los frascos de toma de muestra de los hemocultivos automatizados y cultivos de cavidades estériles códigos 03-06-091, 03-06-093 y 03-06-101, no están incluidos en el valor de la prestación.

q) La determinación de Streptococcus Grupo B/ agalactie en embarazadas por cultivo con medio selectivo y/o enriquecido 03-06-099, se realiza en muestras de fluidos secreción perineal o vaginorectal y debe sembrarse en medios enriquecidos especiales para el crecimiento de esta bacteria.

r) La prestación Virus Papiloma Humano por PCR con genotipificación de papiloma de alto riesgo de Ca Cérvico Uterino tipos 16 y 18 código 03-06-123, podrá ser efectuada solo en laboratorios validados en técnica PCR, incluye insumos para la toma de muestra (cepillado cervical).

s) La prestación Reacción cutánea a alérgenos (incluye el valor de los alérgenos) código 03-07-024, que se realiza en el antebrazo, corresponde a la emisión de un BAS por prestación, salvo en excepciones en que se realice en ambos antebrazos, se podrá emitir el código 03-07-024 X 2, dicha indicación deberá encontrarse consignada en la orden médica correspondiente, sin embargo, el Fondo establecerá máximos anuales, en virtud de lo señalado en el artículo 6.1, letra i), de estas normas.

t) La prestación, Reacción cutánea de parche c/u,



código 03-07-005, corresponde a la cobertura por cada alérgeno a estudiar, deberá contar con indicación médica expresa, describiendo cada alérgeno a estudiar y consignar el respectivo diagnóstico.

u) De acuerdo a las tecnologías actuales que permiten realizar cálculos automáticos de índices bioquímicos a partir de la determinación de ciertos parámetros bioquímicos, estos índices se deben considerar incluidos en el valor de las prestaciones cobradas, es decir, se debe incluir en el valor de las prestaciones todo índice bioquímico, que se calcule a partir de las prestaciones aranceladas.

v) FISH Cromosomas X e Y código 03-04-006, estudio y análisis de cromosomas X e Y por hibridación in situ con fluorescencia (FISH), podrá ser efectuada solo en laboratorios validados técnica FISH, no tiene recargo horario, incluye fotografía, informe final con resultados y comentarios, este código aplica solo para cromosomas X e Y.

w) Linfocitos T (CD3, CD4, CD8). Técnica Citometría de Flujo Cód. 03-05-091: Determinación de subpoblaciones de linfocitos T CD3, CD4 y CD8 por citometría de flujo. Código incluye la determinación de CD3, CD4 y CD8 no corresponde cobro unitario.

x) Natural Killers (CD16, CD56). Técnica Citometría de Flujo Cód. 03-05-092: Determinación de subpoblaciones de linfocitos natural killers CD16 y CD56 por citometría de flujo. Código incluye la determinación de CD16 y CD56 no corresponde cobro unitario.

y) FISH en frotis frescos de médula ósea, sangre, concentrado de células plasmáticas seleccionadas o corte de tejido en parafina, búsqueda de alteraciones adquiridas Cód. 03-04-011: Estudio y análisis de un tipo celular por hibridación in situ con fluorescencia (FISH). Prestación se debe realizar solo en laboratorios validados técnica FISH. Incluye procedimiento de obtención de un tipo celular, pre tratamiento con pepsina u otro, desparafinización en caso de corte de tejido. Esta prestación no tiene recargo horario.

z) Estudio de deleciones y duplicaciones por amplificación múltiple de sondas dependiente de ligación (MLPA) (1 o varios genes) Cód. 03-04-009: Estudio de rearrreglos genómicos por análisis en la variación del número de copias de un gen o región genómica por amplificación múltiple de sondas ligadas (MLPA). Código solo aplica para el estudio con la técnica MLPA no procede homologación para otras técnicas.

aa) Estudio de deleciones y duplicaciones por amplificación múltiple de sondas dependiente de ligación (MLPA) más estudio de metilación o segundo set de sondas (1 o varios genes) Cód. 03-04-010: Estudio de rearrreglos genómicos por análisis en la variación del número de copias de un gen o región genómica con imprinting o metilación alelo específica por amplificación múltiple de sondas ligadas (MLPA) o dos set de sondas. Código solo aplica para el estudio con la técnica MLPA no procede homologación para otras técnicas.

bb) VIH, Genotipificación Antivirales Cód. 03-06-109: Identificación por secuenciación de patrón de resistencia a drogas triterapia anti VIH Identificación de genotipos

del virus VIH. Prestación se debe realizar solo en laboratorios validados en técnica PCR secuenciación. Incluye múltiples drogas mínimo 3.

9.3.- LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Las prestaciones del grupo 08 solo serán otorgadas a partir de la presente resolución por establecimientos que cuente con la Autorización de la Secretaría Regional Ministerial de funcionamiento, según normativa vigente, deberá contar con un médico especialista en Anatomía Patológica, debiendo dar cumplimiento a lo dispuesto en el punto 2, 3 y 4 de esta norma.

Los establecimientos de salud en las que se realizan estudios histopatológicos y citopatológicos en general, mediante Técnicas Histológicas corrientes o especiales, corresponden a los actuales códigos 08-01-002 al 08-01-008 y 08-01-011 al 08-01-012. Los laboratorios de Anatomía Patológica, deberán informar sistema y tiempo de almacenamiento de láminas y tacos.

Deberán contar con sistemas de información, manuales o computacionales, de solicitudes, registro y resultado de exámenes que aseguren la debida confidencialidad, trazabilidad y resguardo de los datos sensibles que comprendan:

1. Fecha y hora de recepción de la muestra o de su rechazo fundado, si fuere el caso.
2. Nombre del paciente, RUN, fecha de nacimiento, sexo y procedencia.
3. Nombre del profesional que solicitó el análisis y/o persona que lo requirió, si fuere necesario.
4. Tipo de muestra y examen solicitado.
5. Resultado del examen.

9.3.1.- Consideraciones específicas:

a) Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas, niveles, decalcificación (por cada lámina) cód. 08-01-005, incluye la aplicación de procesos complementarios al rutinario necesarios para precisar diagnóstico.

b) Consulta intraoperatoria (por cada muestra/tejido o asistencia a pabellón) (no incluye biopsia diferida) cód. 08-01-006, consulta intraoperatoria que incluye estudio macroscópico, procesamiento y diagnóstico microscópico por cada procedimiento y/o diagnóstico intraoperatorio.

c) Estudio histopatológico de biopsia diferida (por cada muestra y/o tejido) (incluye hasta 3 láminas) cód. 08-01-008, estudio histológico corriente (hematoxilina eosina), incluye macroscopía, procesamiento y diagnóstico microscópico.

Los laboratorios de Citología Ginecológica, corresponden a establecimientos de salud que realizan y cobran sólo la prestación Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau) (por cada placa) código 08-01-001, efectuados por un profesional Tecnólogo Médico con Mención en Técnica Histológica y Citodiagnóstico o

médicos debidamente acreditados para la realización de esta prestación.

Los controles citológicos ginecológicos, tendrán un límite financiero máximo de 4 prestaciones al año.

Para los laboratorios de Necropsias, códigos 08-01-009 y 08-01-010, son prestaciones que por su complejidad corresponde que sean inscritas y cobradas sólo por instituciones, las que deberán contar con Autorización Sanitaria vigente, infraestructura y planta profesional.

10. IMAGENOLOGÍA (GRUPO 04)

a) Los equipos que se utilicen para efectuar prestaciones de este Grupo, deberán contar con la aprobación previa del Fondo Nacional de Salud, formalizada de acuerdo con la Resolución Exenta que rige los convenios de inscripción en la Modalidad de libre elección.

b) Cuando se trate de prestaciones del Grupo 04 SubGrupo 04, la presentación de los resultados deberá realizarse 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.

Para las prestaciones 04-04-005 ecotomografía transvaginal o transrectal y 04-04-006 ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u obstétrica con estudio fetal, tanto en su realización como en el informe, se describirán todos los órganos del aparato genital femenino interno y el estudio fetal, cuando corresponda.

c) En los exámenes de imagenología en que se requiera anestesia general o regional, el uso de esta se deberá fundamentar en el Programa respectivo. En base a éste se emitirán las correspondientes Órdenes de Atención para el radiólogo y para los demás profesionales que participen, incluido el anestesista.

d) Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes de imagenología, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3 - 4 y 6 de estas Normas.

e) Las prestaciones del Grupo 04 Subgrupo 05, Resonancia Magnética (R.M.), además de lo establecido en las letras precedentes, se ajustarán a lo siguiente:

- Para la emisión de BAS, se exigirá la prescripción del médico tratante y la presentación de un formulario para confección de Programa de Atención de Salud, al que se adjuntará la prescripción del médico tratante, de conformidad al numeral 3 de estas Normas.

- La prescripción u orden médica especificará -cuando se requiera- la potencia mínima en Tesla del equipo y el tipo de estudio de R.M. que se solicita, además del diagnóstico médico.

- Las prestaciones de este Subgrupo, tendrán un valor único, incluye el medio de contraste que se requiera para la ejecución de los exámenes, y no estarán afectas al nivel de inscripción del prestador que las otorgue.

- El límite financiero de este Subgrupo 05, será de una prestación por año calendario, por código y por beneficiario. Respecto de las prestaciones cód. 04-05-001, 04-05-005 y 04-05-007, el límite financiero anual será de dos prestaciones por beneficiario.

- El Fondo podrá autorizar la valorización de

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 6)
D.O. 31.01.2012
Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 15
D.O. 11.05.2021

prestaciones adicionales para los casos especiales que se justifiquen técnicamente. Para este efecto, se confeccionará un Programa Complementario, el que se ajustará a la normativa específica de este tipo de programas, según lo establecido en el numeral 3.3 letra d).

f) Normas específicas según prestación:

. El valor de la prestación 0405013 Rodilla, estudio por resonancia, considera el costo del examen para una rodilla, por lo que en caso de tratarse de prescripción médica para estudio bilateral, la prestación se valorizará uno para cada rodilla.

Resolución 38
EXENTA,
SALUD
Art. I N° 3
D.O. 26.01.2013

. El examen de resonancia en extremidad superior, código 04-05-022 y el examen de resonancia en extremidad inferior, código 04-05-023, incluyen en su valor, el estudio de toda la extremidad o el estudio de uno o más segmentos y/o articulaciones de una misma extremidad.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 16
D.O. 11.05.2021

. El Fondo podrá autorizar la valorización en forma conjunta de las prestaciones códigos 0405001 y 0405008, para los casos especiales que se justifiquen técnicamente. En esta situación se deberá confeccionar un Programa Médico Complementario que se ajustará a la normativa específica de este tipo de programas, punto 3.3 letra d) y se pagará la primera prestación al 100% y la segunda al 50%.

. No corresponde el cobro de Angioresonancia venosa y arterial por separado. El código 0405008, incluye ambas fases.

g) La prestación código 0403007, "TAC Orbitas Maxilofacial", incluye cavidades perinasales.

h) La prestación Videofluoroscopia para estudio de deglución código 04-01-073, deberá ser efectuada por médico especialista Radiólogo, deberá realizarse el registro con video de la deglución.

i) La prestación Elastografía hepática código 04-04-218, deberá ser efectuada por Médico Radiólogo o Gastroenterólogo.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 17
D.O. 11.05.2021



11. MEDICINA NUCLEAR (GRUPO 05)
- a.1) Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3, 4 y 6 de estas Normas
- A. PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS
1. 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 Óseo 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).
- c) Las prestaciones del Grupo 05, PET/CT, además de lo establecido en la letra precedente, se ajustarán a lo siguiente:
- Requerirán de la prescripción efectuada por un médico especialista en cardiología, oncología médica, neurología o psiquiatría, acreditado como tal en el convenio de inscripción en el Rol del Fondo.
 - Las prestaciones de este Subgrupo, tendrán un valor único y no estarán afectas al nivel de inscripción del prestador que las otorgue ni tendrán recargo de horario.
 - El valor de las prestaciones incluye el radiofármaco, la administración del mismo y otros medios de contraste que eventualmente se requieran.
 - El límite financiero de la prestación PET-CT (cód. 05-01-135), será de una prestación por año, por código, por beneficiario. El Fondo podrá autorizar prestaciones adicionales, para los casos especiales que sean técnicamente justificados por el profesional médico tratante.
12. KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL (GRUPO 06)
- 12.1 Generalidades
- a) Este grupo contempla todas las atenciones otorgadas por profesionales Kinesiólogos, tanto en atención abierta como cerrada, las que se rigen por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa.
- b) Los establecimientos de salud que suscriban convenio para los códigos arancelados, tanto en atención abierta como cerrada, deberán disponer del equipamiento y capacidad
- Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 18
y 19
D.O. 11.05.2021
Resolución 671
EXENTA,
SALUD
N° I, 7
D.O. 27.08.2011
- Resolución 671
EXENTA,
SALUD
N° I, 8
D.O. 27.08.2011
- Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 12 y 13
D.O. 17.02.2020
Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 20
D.O. 11.05.2021

técnica, para otorgar las atenciones kinesiológicas, asimismo disponer de la correspondiente Autorización de la Secretaría Regional Ministerial vigente.

c) El Fondo financiará exclusivamente prestaciones de este Grupo destinadas al tratamiento de patologías agudas o crónicas, con carácter curativo o de rehabilitación.

d) Los profesionales que dispongan de título de Kinesiólogo(a) y que deseen acceder a la Modalidad de libre elección, deberán inscribirse en el Rol que lleva el Fondo, suscribiendo el respectivo convenio y adjuntando los antecedentes exigidos por el Fondo para este grupo arancelario. Los médicos cirujanos con especialidad en fisiatría, podrán también acceder a la inscripción de prestaciones del grupo 06, debiendo cumplir con los requisitos establecidos para este tipo de convenios.

e) Los médicos tratantes que indiquen atenciones para este grupo arancelario, lo harán derivando a los pacientes mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario, además de consignar el diagnóstico y la indicación de tratamiento, no siendo imprescindible el detalle de cada terapia a realizar.

f) Para la emisión de prescripción médica, el médico tratante deberá registrar en dicha orden lo siguiente:

- . Datos de identificación del beneficiario.
- . Diagnóstico e indicación de tratamiento de kinesiología.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 14
D.O. 17.02.2020

Deberá el prestador mantener la orden médica por un plazo no inferior a 5 años, desde la fecha de cobro de la prestación.

e) El código arancelario, 06-01-101, Evaluación Kinesiológica Integral, en atención ambulatoria, no requiere que la orden médica señale expresamente la evaluación integral por parte del profesional, sin embargo, para acceder al cobro de la prestación deberá contar con la prescripción médica, que señala la derivación terapéutica por parte del profesional tratante, en los casos de atención cerrada, esta prestación requiere de una orden de derivación médica y/o indicación en la Ficha Clínica.

g) Eventualmente, si un paciente requiere prolongar un tratamiento kinesiológico ambulatorio, el médico tratante deberá extender una nueva orden médica, excepto para los beneficiarios inscritos en el Registro Nacional de Discapacidad y que pertenezcan a FONASA, quienes podrán acceder a estas prestaciones sin tope de atenciones.

h) No corresponde el cobro de la prestación código 06-01-022 (Masoterapia) en pacientes con patología respiratoria.

i) Sólo cuando se trate de prestaciones diferentes incluidas en un mismo código, se acepta el cobro de códigos repetidos en un mismo Bono de Atención de Salud (BAS).

l) Durante el periodo de vigencia de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud, en relación a Covid-19, las prestaciones efectuadas por profesionales Kinesiólogos, podrán ser efectuadas y presentadas a cobro

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 21
D.O. 11.05.2021

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 15 y 16
D.O. 17.02.2020



con los códigos que a continuación se detallan:

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 22

Código	Glosa
06-01-101	Evaluación Kinesiológica Integral
06-01-102	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria o Domiciliaria

D.O. 11.05.2021

12.1.1.- Definiciones.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 23
D.O. 11.05.2021

Las prestaciones integrales incluyen todas las terapias y procedimientos de kinesiología que deba realizar el profesional a un beneficiario en una sesión o prestación, entiéndase en este caso, sesión igual a prestación. Las 4 prestaciones del grupo 06 subgrupo 01, consideran evaluación y atención kinésica, todas integrales, que adquieren el nombre dependiendo del lugar donde se efectúa, pudiendo ser ambulatoria (box de atención, sala de rehabilitación o domicilio), hospitalizada en servicios de menor complejidad y hospitalizada en Unidad de Paciente Crítico (UPC).

a) Evaluación Kinesiológica Integral código 06-01-101. Atención destinada a realizar pesquisa, evaluación y valoración funcional, que permita, de acuerdo al razonamiento clínico, realizar un diagnóstico kinesiológico y de esta forma programar la intervención terapéutica y sus objetivos de tratamiento. Incluye mediciones kineantropométricas y otras valoraciones estáticas o funcionales del ser humano, en paciente ambulatorio y hospitalizado.

Esta prestación deberá, ser efectuada de forma independiente, asimismo, deberá ser efectuada en días distintos al inicio de las sesiones de tratamiento. Se considera una evaluación inicial para programar las terapias o procedimientos y el cobro de una segunda evaluación, para finalizar tratamiento. La continuación del tratamiento no podrá incluir cobro de nuevas evaluaciones.

b) Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria o Domiciliaria código 06-01-102. Atención destinada a desarrollar, mantener, mejorar o recuperar el movimiento y la función de una persona en cualquier condición de salud a lo largo del curso de la vida, así como, la prevención de disfunciones a través de la prescripción, supervisión y facilitación de ejercicio terapéutico, entrenamiento funcional de ayudas técnicas y prótesis, más aplicación de terapias manuales, instrumentales o agentes físicos y otras estrategias terapéuticas que el avance de la ciencia y tecnología lo permita, siempre que estas cuenten con estudios clínicos que avalen su ejecución en concordancia con los lineamientos Ministeriales vigentes. El uso de las diferentes estrategias terapéuticas estará en relación al diagnóstico médico de derivación y las necesidades de cada beneficiario. También se considera que estas prestaciones pueden ser entregadas en domicilio, esta prestación, no incluye la evaluación integral del profesional.

c) Atención Kinesiológica Integral en Pacientes

hospitalizados código 06-01-103. Es un conjunto de prestaciones que incluye todos los procedimientos de kinesiología que deba realizar el profesional a un beneficiario hospitalizado, en una prestación, con excepción de las evaluaciones. Incluye prestaciones de rehabilitación física, respiratoria, entre otras. Esta prestación se realiza en unidades de médico-quirúrgico, baja o mediana complejidad. Excepto pacientes UPC (Unidad Paciente Crítico).

d) Atención Kinesiológica Integral UPC (Intensivo e Intermedio) código 06-01-104. Es un conjunto de prestaciones que incluye todos los procedimientos de kinesiología que deba realizar el profesional a un beneficiario que permanece en unidad de paciente crítico en una prestación, ya sea, con algún sistema de ventilación mecánica (invasiva o no invasiva), con excepción de las evaluaciones. Incluye la conexión y adaptación del ventilador mecánico invasivo o no invasivo al usuario, destete, extubación, asistencia a intubación, fijaciones, rehabilitación de vía aérea artificial (Traqueostomía), prueba de tolerancia Ortostática, otros. Además de las prestaciones de rehabilitación intensiva y precoz.

k) a) Para el cobro de las prestaciones del grupo 06 sub grupo 01, los profesionales deberán disponer de los registros que avalen la ejecución de las prestaciones otorgadas, ya que en su defecto el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas. Para ello se tendrá presente lo que sigue:

■ Registros en atención ambulatoria

- Disponer de ficha clínica que consigne nombre del beneficiario, diagnóstico médico, prescripción médica con identificación de quien derivó e indicó el tratamiento, detalle de las prestaciones realizadas en orden cronológico, evaluación general y terapias a realizar.
- Asimismo, para respaldo del cobro de sesiones y terapias, incluidas en los Programas de Atención, el Fondo aceptará como válidas las fechas consignadas en los registros calendarizados de asistencia, además de las siglas de terapia realizada.

■ Registros en atención en domicilio

- El profesional que realiza este tipo de atención, debe disponer de ficha clínica que individualice al paciente atendido, las fechas y lugar de la atención. Además, deberá realizar estas prestaciones de acuerdo a lo declarado en su inscripción.

■ Registros en atención hospitalizada

Tratándose de atenciones otorgadas en forma hospitalizada, los registros se efectuarán por el kinesiólogo en la ficha clínica del paciente, o en el sistema de registros que el centro asistencial disponga para estos efectos.

l) Las personas con discapacidad, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y que sean beneficiarios de Fonasa, podrán acceder a prestaciones en Kinesiología sin tope de atenciones anuales", también se

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 17
D.O. 17.02.2020

consideran los menores de 6 años, que sean acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que valide la condición de discapacidad del menor, con la documentación definida por ese Servicio para estos efectos.

m) Durante periodos de vigencia de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud por el Covid-19, las prestaciones de Kinesiología podrán ser realizadas en forma remota manteniendo registro de estas prestaciones en los mismos términos que una atención presencial, a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y un profesional kinesiólogo que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica).

n) Durante períodos de vigencia de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud, Fonasa autorizará que las prestaciones de Terapia Ocupacional se puedan otorgar en forma remota (teleconsulta) manteniendo registro de estas prestaciones en los mismos términos que una atención presencial.

Los códigos autorizados son:

Código	Glosa
--------	-------

0601001	Evaluación kinesiológica: muscular, articular, postural, neurológica y funcional (máximo 2 por tratamiento).
---------	--

0601024	* Reeducación motriz (ejercicios terapéuticos para recuperación muscular, capacidad de trabajo, coordinación, gimnasia ortopédica, reeducación funcional, de marcha) (individual y por sesión, mínimo 30 minutos) (proc. aut.).
---------	---

0601026	* Técnicas de relajación (entrenamiento autógeno Schultz - Jacobson o similar) (proc. aut.).
---------	--

0601028	Entrenamiento cardiorrespiratorio funcional.
---------	--

0601029	Atención kinesiológica integral.
---------	----------------------------------

Para el código 0601001 (Evaluación kinesiológica: muscular, articular, postural, neurológica y funcional (máximo 2 por tratamiento), se autoriza su realización vía atención remota de la primera consulta, si la orden médica así lo explicita.

Así mismo, el prestador es responsable de que la prestación se realice en un ambiente privado y dedicado exclusivamente para ello. Queda prohibido realizarla en lugares de acceso público donde la privacidad del beneficiario se pueda ver comprometida.

El prestador es responsable de que la prestación sea realizada por el profesional seleccionado por el beneficiario personalmente. En caso de alguna modificación de quien realice la prestación, esta deberá ser informada al beneficiario, quien optará por aprobar o rechazar dicho cambio.

El prestador debe tomar todas las medidas de seguridad de la información para que esta interacción directa con el beneficiario se realice de forma segura cuidando la

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 18
D.O. 17.02.2020

Resolución 226,
SALUD
N° I, 2)
D.O. 29.04.2020
NOTA 4

Resolución 351
EXENTA,
SALUD
N° I, 1
D.O. 25.06.2020

privacidad de éste y mantener el resguardado y el registro de la ficha clínica (Ley 20.584 Derechos y Deberes del paciente).

12.2.- Límites financieros.

Los límites financieros establecidos para las atenciones aranceladas del grupo 06 subgrupo 01 son los siguientes:

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 24
D.O. 11.05.2021

a) Evaluación Kinesiológica Integral código 06-01-101, contempla un máximo de 2 evaluaciones por tratamiento médico, cada una contempla una duración de 45 minutos. Estableciéndose un máximo de 6 evaluaciones por año por beneficiario.

b) Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria o Domiciliaria código 06-01-102, contempla una prestación diaria y se establece un límite máximo de hasta 30 prestaciones anuales por beneficiario. Cada prestación integral contempla una duración de 45 minutos.

c) Atención Kinesiológica Integral en Pacientes hospitalizados código 06-01-103, se considera un máximo de 2 prestaciones diarias, durante el periodo de hospitalización. Cada prestación contempla una duración de 30 minutos.

d) Atención Kinesiológica Integral UPC (Intensivo e Intermedio) código 06-01-104, considera un máximo de 3 prestaciones diarias, durante el periodo de hospitalización. Cada prestación contempla una duración de 30.

e) Se excluyen del límite financiero, las personas que se encuentran en el registro nacional de discapacidad.

12.3.- Terapia Ocupacional (GRUPO 06 SUBGRUPO 02).

Este grupo contempla todas las atenciones otorgadas por profesionales Terapeutas Ocupacionales, tanto en atención abierta como cerrada, las que se rigen por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 24
D.O. 11.05.2021

12.3.1.- Disposiciones generales.

a) Para la presentación a cobro de las prestaciones del grupo 06, subgrupo 02 será requisito presentar la respectiva orden médica de derivación por el profesional médico tratante, asimismo, el prestador deberá mantener la orden médica y respaldo de las atenciones realizadas, por un plazo de 5 años desde la primera sesión, ya que, en su defecto el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas.

b) Los médicos tratantes que indiquen atenciones para este grupo arancelario, lo harán derivando a los beneficiarios mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario, además deberá consignar el diagnóstico, la indicación del N° de sesiones necesarias, según el tratamiento de terapia ocupacional correspondiente, fecha de derivación y el timbre y/o firma del profesional que realiza la derivación, siendo responsabilidad del prestador que suscribe convenio con el

Fondo, corroborar que dicha orden cumpla con lo requerido.

c) Los materiales e insumos necesarios para la confección de órtesis, se encuentran incluidos en el costo de la prestación y no se podrán realizar cobros adicionales al beneficiario, considerando que la órtesis debiera durar como mínimo 6 meses desde su confección.

d) Toda adecuación de infraestructura y/o equipos adicionales dentro del hogar del beneficiario, necesarios para realizar la prestación: Intervención terapia ocupacional en actividades de la vida diaria, básicas, Instrumentales y avanzadas código 06-02-003, no estarán incluidos en su valor y quedarán bajo el costo del asegurado.

e) Si un beneficiario requiere prolongar un tratamiento ambulatorio de terapia ocupacional (que hubiese completado un ciclo de tratamiento de 10 prestaciones), el médico tratante deberá evaluar al paciente y extender una nueva orden médica, la que deberá contener los requisitos mencionados anteriormente, para dar continuidad a su tratamiento. Excepto para beneficiarios inscritos en el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) quienes para prolongar tratamiento, deberán presentar la orden médica del especialista en la cual debe encontrarse consignado que se trata de tratamiento permanente, o en su defecto, una nueva prescripción médica.

f) En los beneficiarios hospitalizados las prestaciones deberán incluirse en el Programa de Atención de Salud, correspondiente al cobro de días camas.

g) Las personas con discapacidad, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y que sean beneficiarios de Fonasa, podrán acceder a prestaciones de Terapia Ocupacional sin tope de atenciones anuales, también se consideran los menores de 6 años, que sean acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que valide la condición de discapacidad del menor, con la documentación definida por ese Servicio para estos efectos.

h) Durante el periodo de vigencia de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud, por brote Covid-19, las siguientes prestaciones efectuadas por profesionales Terapeutas Ocupacionales podrán realizarse en forma remota, manteniendo registro de estas prestaciones en los mismos términos que una atención presencial.

Resolución 589
EXENTA,
SALUD

Código	Glosa
06-02-001	Atención integral de terapia ocupacional
06-02-002	Intervención de terapia ocupacional en ayudas técnicas y tecnología asistida
06-02-003	Intervención terapia ocupacional en actividades de la vida diaria, básicas, instrumentales y avanzadas

Nº 1.
D.O. 09.08.2021

Asimismo, el prestador es responsable de que la prestación se realice en un ambiente privado y dedicado exclusivamente para ello.

Queda prohibido realizarla en lugares de acceso público donde la privacidad del beneficiario se pueda ver comprometida.

El prestador es responsable de que la prestación sea realizada por el profesional seleccionado por el beneficiario. En caso de alguna modificación de quien

realice la prestación, esta deberá ser informada al beneficiario, quien optará por aprobar o rechazar dicho cambio.

El prestador debe tomar todas las medidas de seguridad de la información para que esta interacción directa con el beneficiario se realice de forma segura cuidando la privacidad de éste y mantener el resguardo y el registro de la ficha clínica, conforme a lo dispuesto en la ley N° 20.584.

12.3.2.- Definiciones.

a) Atención integral de Terapia Ocupacional código 06-02-001, esta atención integral incluye la evaluación, intervención y seguimiento en rehabilitación y habilitación de funciones motoras, cognitivas, sensoriales y sociales, mediante estrategias tales como, atención temprana, neurodesarrollo, ergoterapias, actividades recreativas, mecanoterapias, estimulación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales (destrezas de comunicación e interacción social), entre otras, en diversos contextos (ambulatorio, hospitalizado, domiciliario u otros).

b) Intervención de Terapia Ocupacional en ayudas técnicas y tecnología asistida código 06-02-002, es la atención profesional otorgada a un beneficiario que incluye la evaluación y aplicación de educación, posicionamiento y entrenamiento en el uso de dispositivos de tecnología asistida (software, hardware, etc.), diseño, confección, habilitación y entrenamiento para el uso de órtesis, adaptaciones de objetos y actividades, modificaciones ambientales, sistemas elásticos compresivos, entre otros. Además del entrenamiento en el uso de prótesis y de ayudas técnicas tales como: bastones, andadores, silla de ruedas, utensilios anti escaras, entre otros.

c) Intervención de Terapia Ocupacional en actividades de la vida diaria básica, instrumental y avanzada código 06-02-003, esta prestación incluye la evaluación, aplicación y seguimiento de estrategias de entrenamiento, facilitación, adaptación de actividades y modificaciones del ambiente, para desarrollar o recuperar habilidades del paciente y lograr así una participación satisfactoria en actividades de la vida diaria como aseo, alimentación, autocuidado, transporte, uso de medios de comunicación, etc.

12.3.3.- Límites Financieros.

a) Las prestaciones del grupo 06 sub grupo 02 contemplan una duración de 45 minutos cada una.

b) Se podrán otorgar un máximo de 2 prestaciones por día por beneficiario.

c) Como límite máximo anual se podrán otorgar 100 prestaciones para el grupo 06 sub grupo 02, por beneficiario.

12.4.- Telerehabilitación Grupo 06 sub grupo 08.

Los profesionales o establecimientos de salud, para

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 24

otorgar integralmente las prestaciones, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto, los que se encuentran establecidos en el punto 7.1.6 de esta normativa.

D.O. 11.05.2021

Las prestaciones del grupo 06 subgrupo 08 se registrarán por lo establecido en los puntos 12.1 y 12.2 para la especialidad de kinesiología y por lo dispuesto en punto 12.3 para la especialidad de Terapia Ocupacional, de esta normativa y según las siguientes disposiciones específicas:

a) Las prestaciones de Telerehabilitación aranceladas del grupo 06 subgrupo 08, se encuentran autorizadas desde la primera consulta.

b) Estos códigos arancelarios no tienen recargo horario.

c) Las personas con discapacidad, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y que sean beneficiarios de Fonasa, podrán acceder a prestaciones de Terapia Ocupacional sin tope de atenciones anuales, también se consideran los menores de 6 años, que sean acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que valide la condición de discapacidad del menor, con la documentación definida por ese Servicio para estos efectos.

d) Las prestaciones del grupo 06 sub grupo 08, serán excluyentes entre sí, con las prestaciones del grupo 06 subgrupo 01 y 02 respectivamente para un mismo día.

e) Las prestaciones del grupo 06 sub grupo 08, para kinesiología, se registrarán por los siguientes límites financieros:

- Telerehabilitación Evaluación Kinesiológica Integral código 06-08-101, contempla 2 evaluaciones por tratamiento médico indicado, cada una contempla una duración de 45 minutos, dichos límites financieros, se encuentran contenidos en los límites financieros establecidos para el código 06-01-101, es decir, independientemente de la modalidad de atención, ya sea, telerehabilitación o presencial el Fondo pagará solo 2 evaluaciones por tratamiento médico prescrito.

- Telerehabilitación Atención Kinesiológica Integral 06-08-102 contempla una prestación diaria y se establece un límite máximo de hasta 30 prestaciones anuales por beneficiario, las que, estarán contenidas en los límites financieros del código 06-01-102, es decir, independiente de la modalidad de atención la sumatoria de las atenciones de los códigos 06-01-102 y 06-08-102 tendrán un máximo de 30 prestaciones anuales por beneficiario.

Cada prestación integral contempla una duración de 45 minutos.

f) Los límites financieros de las prestaciones del grupo 06 sub grupo 08 en la especialidad de Terapia Ocupacional, se encuentran contenidos en los límites financieros del grupo 06 sub grupo 02, es decir, independientemente a la modalidad de atención, el límite máximo anual corresponde a 100 prestaciones, por beneficiario en total, cada prestación contempla una

duración de 45 minutos y se podrán otorgar un máximo de 2 prestaciones por día por beneficiario.

12.4.1.- Disposiciones específicas Telerehabilitación.

a) Al inicio de la atención, se deberá informar de los beneficios de la atención, así como también de sus limitaciones, riesgos y posibles eventos adversos asociados a la terapia, esta información deberá quedar consignada en la ficha clínica del beneficiario mediante un consentimiento informado que deberá ser aceptado por el beneficiario.

b) Efectuar una valoración del beneficiario que incluya los aspectos cognitivos, acceso a tecnología, comorbilidades o factores de riesgos asociados, con el fin de determinar si el beneficiario es apto para el desarrollo de consulta a través de tecnologías de la información, dicho documento será considerado como parte de la ficha clínica y deberá quedar registrado en ella.

c) Si el beneficiario es apto para este tipo de atención, el profesional, deberá efectuar y registrar los objetivos y el plan de tratamiento acorde al diagnóstico clínico y la indicación del médico tratante.

d) Los profesionales que otorguen atenciones de telerehabilitación deberán entregar al beneficiario pautas de ejercicios y material de apoyo, en concordancia con el diagnóstico y el plan terapéutico, asimismo, deberá existir un medio de comunicación establecido entre el beneficiario y el profesional.

13.- Medicina Transfusional (GRUPO 07).

Las prestaciones del grupo 07 sólo podrán ser realizadas por Establecimientos de Salud, que para otorgar las prestaciones requieren de la Acreditación por parte de la Superintendencia de Salud, así como de la Autorización Sanitaria vigente, infraestructura y planta profesional, correspondiente. Deberán regirse por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa.

Asimismo, la Unidad de Medicina Transfusional, deberá regirse por la normativa vigente establecida por el MINSAL y dar cumplimiento a lo establecido en la Política Nacional de Servicios de Sangre.

Los prestadores que presten este tipo de atenciones, deberán llevar la Trazabilidad, mediante un sistema de registro estandarizado que permite identificar de manera inequívoca, en cualquier etapa de la cadena transfusional, cada uno de los componentes sanguíneos producidos a partir de una unidad de sangre total extraída, desde la donación hasta su destino final, incluyendo la identificación del paciente/usuario que la recibe.

Centro de Sangre (CS): Establecimiento especializado del Sistema Público de Salud que realiza las funciones de promoción de la donación de sangre, atención de donantes, extracción de sangre y producción de componentes sanguíneos. Además, realizar la distribución, y trazabilidad de los componentes sanguíneos que son

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 25
D.O. 11.05.2021

entregados a las Unidades de Medicina Transfusional (UMT) de los diferentes establecimientos hospitalarios públicos o privados que formen parte de su red de atención, con los que mantenga un convenio de abastecimiento. Realizar supervisión del transporte y la gestión de la calidad. Estos CS funcionan bajo un sistema de macrored o macrozona geográfica, definido por el Ministerio de Salud.

Banco de Sangre: Organización especializada de un establecimiento hospitalario del sector público o privado, responsable de la ejecución de la cadena transfusional, con el objetivo de contar con productos para autoabastecerse a sí mismo y abastecer a los establecimientos en convenio; de la realización de estudios pre transfusionales y la terapia transfusional en su establecimiento, como también de la hemovigilancia.

Unidad de Medicina Transfusional (UMT): Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico de un establecimiento de salud público, privado o las instituciones de Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública en convenio con un Centro de Sangre institucional, cuya función primordial es efectuar terapia transfusional, según indicación médica, de manera oportuna, segura, de calidad, informada y costo eficiente. Podrán realizar atención de donantes de sangre, según necesidad de la macrored.

13.1.- Disposiciones generales.

a) Los procedimientos transfusionales del grupo 07, deben estar indicados por un profesional médico que busca restituir las funciones hematológicas deficientes a través de la administración de algún componente o derivado sanguíneo, obtenidos y conservados según procedimientos estandarizados.

b) Procederá el pago de BAS de este Grupo, para atenciones efectuadas a beneficiarios ambulatorios u hospitalizados, solo si la transfusión es controlada durante todo el proceso por médico o tecnólogo médico con mención en banco de sangre.

c) Se deberá dejar constancia, en la ficha clínica, al margen de otras anotaciones, de la hora de comienzo y término de la prestación, el tipo de componente sanguíneo transfundido, la cantidad y el profesional que otorgó la prestación. Asimismo, deberá cumplir con lo establecido en el punto número 4 de esta normativa en materia de registros.

d) Las prestaciones de este Grupo, no tendrán recargo horario y no estarán afectas al nivel de inscripción del prestador que las otorgue.

13.2.- Preparación componentes sanguíneos.

La Preparación de los componentes sanguíneos corresponde a los códigos arancelarios desde el 07-02-101 al 07-02-110.

13.3.- Estudios Previos a Transfusión por tipo de componente sanguíneo.

Estas prestaciones corresponden a los códigos

arancelarios desde el 07-02-201 al 07-02-209.

- La prestación Calificación microbiológica por donante estudiado, componente sanguíneo producido o producto de aféresis automática código 07-02-201, comprende las siguientes determinaciones VDRL, HIV, virus hepatitis B antígeno de superficie, anticuerpos de hepatitis C, HTLV - I y II y Chagas.

- La prestación Calificación inmunohematológica por donante estudiado, componente sanguíneo producido o producto de aféresis automática, código 07-02-202, es realizada por el Centro de Sangre y comprende las siguientes determinaciones clasificación ABO y RhD y determinación de anticuerpos irregulares.

- La Prueba de compatibilidad por unidad de glóbulos rojos estudiada (proc. aut.) código 07-02-203, será realizada por la UMT.

- La prestación Fenotipificación otros grupos sanguíneos por unidad de glóbulos rojos producido código 07-02-204, corresponde a estudio realizado al donante por el Centro de Sangre.

- La prestación Grupos menores. Tipificación o determinación de otros sistemas sanguíneos (Kell, Duffy, Kidd y otros) c/u. Código 07-02-208, es el estudio pre transfusional realizado por la UMT.

- La Genotipificación D variante (incluye D parcial y débil) código 07-02-206 solo puede ser cobrada por prestadores que realicen la prestación mediante técnica de Biología Molecular.

- La prestación Subgrupo ABO y Rh fenotipo - genotipo Rh, c/u código 07-02-209, corresponde al estudio del sub grupo ABO, realizado previo a una transfusión.

13.4.- Procedimientos Transfusionales.

Corresponde a la transfusión de componentes sanguíneos, el cobro de acto transfusional por unidad o subunidad de glóbulos rojos o unidad/subunidad o pool de: plasma, plaquetas o crioprecipitados, incluye el tratamiento de las complicaciones médicas inmediatas. No incluye preparación de componente sanguíneo ni estudios previos, salvo que el procedimiento transfusional así lo explicita.

- Unidad: Corresponde a la bolsa con el componente sanguíneo total.

- Subunidad: Corresponde a una fracción de la bolsa de componentes sanguíneos que se utiliza en pacientes pediátricos.

- Pool corresponde a varias unidades de plaquetas o plasma que se juntan en una sola bolsa.

Los procedimientos transfusionales, durante su administración, efectuados tanto en atención abierta como atención cerrada, deberán ser controladas por profesional especialista, tecnólogo médico o médico responsable.

Los procedimientos transfusionales corresponden a los códigos arancelarios desde el 07-02-301 al 07-02-309.

14. PSIQUIATRÍA (GRUPO 09 SUBGR. 01).

a) Las atenciones psiquiátricas serán otorgadas por un

profesional médico que haya inscrito prestaciones de la especialidad de acuerdo a lo señalado en el 2.3 de estas Normas, y deben ser cobradas a través de los códigos identificados en el Grupo 09 que requieren la confección del Programa de Atención de Salud respectivo, punto 3.3 letra a.1) de esta Normas.

No obstante lo anterior, el Director del Fondo podrá autorizar excepciones para los profesionales médicos que lo soliciten y ameriten situaciones especiales.

El Fondo, pagará la primera consulta psiquiátrica bajo el código arancelario para la prestación, que corresponde al código 01-01-212 Consulta Médica de Especialidad en Psiquiatría adultos (Primera Consulta), o 01-01-213 Consulta Médica de Especialidad en Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia (Primera Consulta).

Exceptúa la exigencia de confección de Programa de Atención de Salud, la prestación código 09-01-009 (Evaluación psiquiátrica previa a terapia) para el pago de la primera atención profesional de consulta psiquiátrica. El código 09-01-009, se emitirá en un máximo de 2 prestaciones por año, por beneficiario.

En cada Programa de Atención de Salud sólo se podrá incluir hasta un máximo de dos tipos de prestaciones diferentes y la suma total de estas no deberá ser superior al número de días de tratamiento.

b) En la eventualidad de requerirse un mayor número de atenciones, éstas deberán ser presentadas y fundamentadas en un Programa Complementario, de acuerdo a lo establecido en el punto 3.3 letra d) de estas normas, adjuntando los antecedentes clínicos pertinentes. El Fondo autorizará o denegará el pago de estas prestaciones.

c) Atención ambulatoria:

- En pacientes agudos ambulatorios, el límite máximo de prestaciones 09-01-005 será de 2 por semana, hasta por 3 meses.
- El tratamiento ambulatorio de pacientes agudos estabilizados, tendrá un límite máximo de 1 prestación 09-01-005 por semana.

d) Atención hospitalizada:

- En pacientes agudos hospitalizados, el límite máximo de prestaciones 09-01-005 será de 3 por semana, hasta por 2 meses.
- El tratamiento de pacientes agudos estabilizados que permanecen hospitalizados, tendrá un límite máximo de 4 prestaciones 09-01-005 al mes.

e) En pacientes crónicos, el cobro se efectuará a través del código 09-01-001, con máximo de 2 prestaciones por mes.

f) Cuando se trate de pacientes hospitalizados, por causa médica no psiquiátrica y se requiera una interconsulta de este especialista, el médico psiquiatra podrá cobrar esta atención a través del código 01-01-009 "Visita por médico interconsultor (o en junta médica c/u) a paciente hospitalizado". En estos casos, el límite máximo es de 1 prestación por día.

g) Tratándose de desintoxicaciones o deshabituciones (código 09-01-002), se aplicará lo establecido en la letra

h) precedente.

h) Sesión de terapia electroconvulsivante código

Resolución 436,
SALUD

Art. primero, N° 26
D.O. 11.05.2021

Resolución 436,
SALUD

Art. primero, N° 27
D.O. 11.05.2021
Resolución 436,

09-01-003. La prestación del código 09-01-003, solo podrá ser efectuada en atención cerrada, pudiéndose realizar bajo el código 02-01-405 Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Cuidados Básicos, el límite establecido para dicha prestación corresponderá a un máximo de 6 sesiones, asimismo, no podrá ser repetida si aún no han transcurrido 6 meses desde el término de la terapia anteriormente efectuada.

i) Podrán inscribir y acceder al cobro de las prestaciones contenidas en este punto, los médicos que cumplan las condiciones y requisitos que considera el numeral 2.3 de esta normativa.

15. PSICOLOGÍA (GRUPO 09 SUB GRUPO 02)

15.1 Generalidades.

a) Los profesionales psicólogos que deseen inscribirse como prestadores bajo el Rol de la Modalidad de Libre Elección, deberán formar parte del Registro Nacional de Prestadores individuales de la Superintendencia de Salud.

b) Las prestaciones del Grupo 09 Sub-Grupo 02, sólo se otorgarán en consultas y no tendrán recargo horario.

c) Cuando los psicólogos presten sus servicios a personas que estén mentalmente enfermas, deberán poner de inmediato este hecho en conocimiento de un médico especialista y podrán colaborar con éste en la atención del enfermo.

15.2 Definiciones.

a) Consulta psicólogo" (código 09-02-001):

■
Es la atención profesional, otorgada por psicólogo en un recinto habilitado como consulta. Es de carácter espontáneo, no requiriendo indicación médica previa. Incluye las indicaciones o derivaciones que correspondan. La duración mínima será de cuarenta y cinco minutos. Las atenciones deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo presumirá que la prestación no ha sido efectuada.

b) "Psicoterapia individual y de pareja" (códigos 09-02-002 y 09-02-003):

Es la atención profesional, otorgada a un paciente por psicólogo, en consulta, a una persona o pareja, por profesionales que cuenten con certificación emitida por la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos, Títulos de Postgrado de Universidades reconocidas por el Estado. En determinadas situaciones que calificará el Fondo, y sólo para efectos de inscripción en la Modalidad de libre elección, se podrán acreditar como especialistas, con certificados emitidos por otras autoridades de las ya mencionadas.

Incluye las indicaciones o derivaciones que correspondan. La duración mínima será de cuarenta y cinco minutos. Las atenciones deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo presumirá que la prestación no ha sido efectuada.

Corresponde un código 0902002 en caso de psicoterapia individual y de un código 0902003 por cada miembro de la pareja, por sesión.

c) "Evaluaciones por Psicólogo"

SALUD
Art. primero, N° 28
y N° 29
D.O. 11.05.2021

Resolución 139
EXENTA,
SALUD
N° 8
D.O. 15.03.2014
Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 24
D.O. 17.02.2020
Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 25
D.O. 17.02.2020

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 26
D.O. 17.02.2020

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 27, 28 y 29
D.O. 17.02.2020

Corresponde el cobro de estas prestaciones, cuando sean efectuadas por profesional psicólogo, que dispone de elementos técnicos para su realización (cartillas, pautas, instrumentos). Los resultados de las evaluaciones realizadas deben entregarse al beneficiario, quedando registros de respaldo de cobros en el lugar de atención del profesional. Las evaluaciones se estructuran en los 3 tipos siguientes:

Subgrupo	Códigos
"Evaluación de personalidad"	cód. 09-02-010 al 09-02-014
"Evaluación de nivel intelectual, desarrollo y funciones"	cód. 09-02-015 al 09-02-016
"Evaluación de funciones gnossopráctica"	cód. 09-02-017 al 09-02-020

Durante periodos de vigencia de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud por el Covid-19, las prestaciones de Psicología podrán ser realizadas en forma remota manteniendo registro de estas prestaciones en los mismos términos que una atención presencial, a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y un profesional psicólogo que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica).

Los códigos autorizados son:

Resolución 204,
SALUD
N° 2
D.O. 27.03.2020

Código	Glosa
0902001	Consulta Psicólogo clínico (sesiones 45')
0902002	Psicoterapia Individual
0902003	Sesión de psicoterapia de pareja (con ambos miembros)

Así mismo, el prestador es responsable de que la prestación se realice en un ambiente privado y dedicado exclusivamente para ello. Queda prohibido realizarla en lugares de acceso público donde la privacidad del beneficiario se pueda ver comprometida.

El prestador es responsable de que la prestación sea realizada por el profesional seleccionado por el beneficiario personalmente. En caso de alguna modificación de quien realice la prestación, esta deberá ser informada al beneficiario quien optará por aprobar o rechazar dicho cambio.

El prestador debe tomar todas las medidas de seguridad de la información para que esta interacción directa médico beneficiario se realice de forma segura cuidando la privacidad de éste y mantener el resguardado y el registro de la ficha clínica (Ley 20.584 Derechos y Deberes del paciente).

15.3 Emisión de Órdenes de Atención.

a) Para la emisión de Bonos de Atención de Salud de prestaciones 0902002 y 0902003 requerirán de una orden emitida por el profesional tratante.

Se exceptúa de este requisito, la prestación Consulta psicólogo clínico código 09-02-001.

b) La emisión de Órdenes de Atención por los códigos 09-02-010 al 09-02-020, requieren la prescripción del profesional tratante.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 30
D.O. 17.02.2020

c) El Fondo no pagará las órdenes de atención de las prestaciones del Grupo 09 sub grupo 02, cuya emisión corresponda a evaluaciones exigidas para fines laborales, deportivos, educacionales u otros similares.

15.4.- Telerehabilitación Grupo 09 sub grupo 08.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 30
D.O. 11.05.2021

Los profesionales o establecimientos de salud, para otorgar integralmente las prestaciones, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto, los que se encuentran establecidos en el punto 7.1.6 de esta normativa.

Las prestaciones del grupo 09 subgrupo 08 se regirán por lo establecido en los puntos 15.1 - 15.2 y 15.3, de esta normativa y según las siguientes disposiciones específicas.

a) Las prestaciones de Telerehabilitación aranceladas del grupo 09 subgrupo 08, se encuentran autorizadas desde la primera consulta.

b) Estos códigos arancelarios no tienen recargo horario.

c) Las prestaciones del grupo 09 sub grupo 08, para Psicología, serán excluyentes entre sí, con las prestaciones del grupo 09 subgrupo 02.

d) Los límites financieros de las prestaciones del grupo 09 sub grupo 08, se encuentran contenidos en los límites financieros del grupo 09 sub grupo 02, es decir:

- Telerehabilitación: Psicólogo clínico (sesiones 45') código 09-08-101, esta prestación tendrá una duración de 45 minutos, con un máximo de 2 prestaciones por año por beneficiario, independientemente de la modalidad de atención, el Fondo pagará solo 2 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación: Psicoterapia Individual código 09-08-102, tendrá como límite financiero, 24 prestaciones por año por beneficiario y una duración de 45 minutos, límite financiero contenido dentro de las prestaciones del código 09-02-002, es decir, la sumatoria de ambas modalidades, corresponde a un máximo de 24 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación: Sesión de psicoterapia de pareja (con ambos miembros) código 09-08-103, estará contenida dentro del límite financiero de las prestaciones del código 09-02-003, es decir, la sumatoria de ambas modalidades, corresponde a un máximo de 24 prestaciones por año por beneficiario.

15.5 Límites Financieros.

Las prestaciones de este Subgrupo, tendrán los siguientes máximos financieros:

■ . La prestación consulta psicólogo código 09-02-001, tendrá un límite de dos al año por beneficiario.

. Las prestaciones de psicoterapia códigos 09-02-002 y 09-02-003, tendrán un máximo de veinticuatro al año por beneficiario.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 31
D.O. 17.02.2020



. La emisión de Bono de Atención de Salud código 09-02-003 será por cada miembro de la pareja.

. Para los códigos desde 09-02-010 hasta el 09-02-020, se incluirán un máximo de 3 prestaciones por Bono de Atención de Salud, y un máximo de 2 Bonos de Atención de Salud por año, por beneficiario.

16. FONOAUDILOGÍA (GRUPO 13 SUB-GRUPO 03).

16.1 Generalidades.



a) Los profesionales que deseen otorgar prestaciones por la Modalidad de Libre Elección e inscribirse en el Rol de la Modalidad, deberán estar inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, y ajustarse a los procedimientos establecidos a los cuales se entienden incorporados.

b) Las prestaciones de fonoaudiología del grupo 13 subgrupo 03 se otorgarán sólo en consultas, y no tendrán recargo horario.

c) Deberá llevarse un registro clínico por cada paciente, en el que constarán las prestaciones efectuadas y las fechas en que se otorgaron, así como el diagnóstico y la individualización del médico que indicó el tratamiento.

d) Asimismo podrán inscribirse para efectuar y cobrar exámenes diagnósticos del grupo 13 subgrupo 01 procedimientos de otorrinolaringología códigos 13-01-008, 13-01-009, 13-01-010, 13-01-011, 13-01-012, 13-01-015, 13-01-016, 13-01-017, 13-01-019, 13-01-020, 13-01-021, siempre que dispongan del equipamiento requerido para efectuar las prestaciones.

e) Durante periodos de vigencia de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud, por el Covid-19, las prestaciones de Fonoaudiología podrán ser realizadas en forma remota debiendo mantener los registros estipulados en la letra c) del presente numeral, a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y un profesional Fonoaudiólogo que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica).

Los códigos autorizados son:

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 32
D.O. 17.02.2020

Resolución 204,
SALUD
N° 3
D.O. 27.03.2020

Código	Glosa
1303001	Evaluación de voz
1303002	Evaluación de habla
1303003	Evaluación del lenguaje (incluye voz, habla y aspecto semántico, sintáctico y fonológico, etc. e informe) (incluye 3 sesiones de mínimo 30')
1303004	Rehabilitación de la voz
1303005	Rehabilitación del habla y/o del lenguaje (máximo 30 sesiones anuales)(cada sesión mínimo 30')

Así mismo, el prestador es responsable de que la prestación se realice en un ambiente privado y dedicado exclusivamente para ello. Queda prohibido realizarla en lugares de acceso público donde la privacidad del beneficiario se pueda ver comprometida.

El prestador es responsable de que la prestación sea realizada por el profesional seleccionado por el beneficiario personalmente. En caso de alguna modificación de quien realice la prestación, esta deberá ser informada

al beneficiario quien optará por aprobar o rechazar dicho cambio.

El prestador debe tomar todas las medidas de seguridad de la información para que esta interacción directa médico beneficiario se realice de forma segura cuidando la privacidad de éste y mantener el resguardado y el registro de la ficha clínica (Ley 20.584 Derechos y Deberes del paciente).

■

16.2 Emisión de Órdenes de Atención.

■

a) Para la emisión de los BAS del Grupo 13 Sub Grupo 03, se requerirá una orden médica extendida por el médico tratante, en cuyo caso se deberá atener estrictamente a la respectiva prescripción médica.

Dicha prescripción deberá establecer en forma explícita el diagnóstico, el tipo de prestaciones indicadas y el número de sesiones a otorgar. Se exceptúan las prestaciones códigos 13-03-001 y 13-03-002.

Deberá el prestador mantener la orden de prescripción médica por un plazo mínimo de 5 años desde la fecha de cobro de la prestación.

b) Las prestaciones denominadas como Evaluación de la Voz (cód. 13-03-001), Evaluación del Habla (cód. 13-03-002) y Evaluación del Lenguaje (cód. 13-03-003), deberán incluir un informe escrito del profesional y el detalle de las funciones examinadas.

c) Las prestaciones de Fonoaudiología, tendrán los máximos por beneficiario que a continuación se indican:

- Evaluación de la Voz (cód. 13-03-001), máximo 1 sesión anual y un mínimo de 30 minutos de duración.
- Evaluación del Habla (cód. 13-03-002), máximo 2 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
- Evaluación del Lenguaje (cód. 13-03-003), máximo 3 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
- Rehabilitación de la Voz (cód. 13-03-004), máximo 15 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.
- Rehabilitación del Habla y/o del Lenguaje (cód. 13-03-005), máximo 30 sesiones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración.

d) Las prestaciones de evaluación y rehabilitación de la voz, habla y lenguaje, códigos 13-03-001, 13-03-002 y 13-03-004, sólo se aplica, para población beneficiaria, con edad superior a los 2 años.

e) Las prestaciones de evaluación y rehabilitación habla y lenguaje, códigos, 13-03-003 y 13-03-005 sólo se aplican, para población beneficiaria, con edad superior a los 6 meses.

f) Las personas con discapacidad, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y que sean beneficiarios de Fonasa, podrán acceder a prestaciones en Fonoaudiología sin tope de atenciones anuales, también se consideran los menores de 6 años, que sean acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que valide la condición de discapacidad del menor, con la documentación definida por ese Servicio para estos efectos.

g) La prestación Evaluación clínica de la deglución, código 13-03-007, evalúa la integridad del mecanismo deglutorio en pacientes con alteraciones de origen mecánico, neurológico de base o adquirida (Por ACV, TEC, demencias, Parkinson u otro tipo de condiciones neurodegenerativas), con el objetivo de favorecer una alimentación segura y eficaz por vía oral que permita la hidratación y nutrición del usuario, valorando el riesgo de aspiración y/o penetración hacia la vía aérea. Considera dentro de la prestación los insumos correspondientes a guantes de látex (par), gasa, suero fisiológico 100 ml., jeringa de 20 ml., azul de metileno, yogurt, galletas (1 paquete), espesante, botella de agua, colorante alimentario, bandeja reutilizable, vaso plástico, entre otros. Esta prestación podrá ser efectuada en box de consulta, atención cerrada y domicilio. Se considera una prestación por año por beneficiario, prestación que contempla una duración de 40 minutos.

h) La prestación Rehabilitación de la deglución código 13-03-006; busca la rehabilitación de la deglución por vía oral, favoreciendo una alimentación eficaz y segura, otorgando mecanismos de protección de la vía aérea y sus complicaciones asociadas, lo anterior a través de estrategias terapéuticas tales como ejercicios, maniobras, adaptaciones de consistencias para la alimentación, entre otras. Indicada para el tratamiento de la disfagia, deglución atípica u otras alteraciones del proceso deglutorio, ya sea por causa mecánica, neurológica o adquirida. Considera dentro de la prestación los insumos correspondientes a guantes de látex (par), gasa, cuchara de metal, espesante, entre otros. Esta prestación podrá ser efectuada en box de consulta, atención cerrada y domicilio. Contempla un máximo de 30 prestaciones por año por beneficiario, con una duración mínima de 30 minutos.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 31
D.O. 11.05.2021

16.3.- Telerehabilitación Grupo 13 sub grupo 08.

Los profesionales o establecimientos de salud. para otorgar integralmente las prestaciones, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto, los que se encuentran establecidos en el punto 7.1.6 de esta normativa.

Las prestaciones del grupo 13 subgrupo 08 se regirán por lo establecido en los puntos 16.1 - 16.2 y 16.3 de esta normativa y según las siguientes disposiciones específicas:

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 32
D.O. 11.05.2021

a) Las prestaciones de Telerehabilitación aranceladas del grupo 13 subgrupo 08, se encuentran autorizadas desde la primera consulta.

b) Estos códigos arancelarios no tienen recargo horario.

c) Las prestaciones del grupo 13 sub grupo 08, serán excluyentes entre sí con las prestaciones del grupo 13 subgrupo 03 para un mismo día.

d) Las personas con discapacidad, que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y que sean beneficiarios de Fonasa, podrán acceder a prestaciones de

Terapia Ocupacional sin tope de atenciones anuales, también se consideran los menores de 6 años, que sean acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), que valide la condición de discapacidad del menor, con la documentación definida por ese Servicio para estos efectos.

e) Las prestaciones del grupo 13 sub grupo 08, se regirán por los siguientes límites financieros, los cuales corresponden a una sumatoria entre los límites establecidos para el grupo 13 subgrupo 03, según el siguiente detalle:

- Telerehabilitación: Evaluación de la Voz (cód. 13-08-301), máximo 1 prestación anual y un mínimo de 30 minutos de duración. Independientemente de la modalidad de atención, ya sea, telerehabilitación o presencial código 13-03-001, el Fondo pagará solo 1 prestación por año por beneficiario.

- Telerehabilitación Evaluación del Habla (cód. 13-08-302), máximo 2 prestaciones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración. Independientemente de la modalidad de atención, ya sea, telerehabilitación o presencial código 13-03-002, el Fondo pagará solo 2 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación Evaluación del Lenguaje (cód. 13-08-303), Este código arancelario contiene 3 sesiones de mínimo 30' minutos cada una. Se permitirá un máximo de 3 prestaciones anuales por beneficiario, ya sea, telerehabilitación o presencial código 13-03-003, el Fondo pagará solo 3 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación Rehabilitación de la Voz (cód. 13-08-304), máximo 15 prestaciones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración, los máximos financieros de esta prestación estarán contenidos dentro del límite financiero de las prestaciones del código 13-03-004, es decir, la sumatoria de ambas modalidades, corresponde a un máximo de 15 prestaciones por año por beneficiario.

- Telerehabilitación Rehabilitación del Habla y/o del Lenguaje (cód. 13-08-305), máximo 30 prestaciones anuales y un mínimo de 30 minutos de duración, los máximos financieros de esta prestación estarán contenidos dentro del límite financiero de las prestaciones del código 13-03-005, es decir, la sumatoria de ambas modalidades, corresponde a un máximo de 30 prestaciones por año por beneficiario.

16.4.- Disposiciones específicas Telerehabilitación.

a) Al inicio de la atención, se deberá informar de los beneficios de la atención, así como también de sus limitaciones, riesgos y posibles eventos adversos asociados a la terapia, esta información deberá quedar consignada en la ficha clínica del beneficiario mediante un consentimiento informado que deberá ser aceptado por el beneficiario.

b) Efectuar una valoración del beneficiario que incluya los aspectos cognitivos, acceso a tecnología, comorbilidades o factores de riesgos asociados, con el fin de determinar si el beneficiario es apto para el desarrollo de consulta a través de tecnologías de la información, dicho documento será considerado como parte de la ficha

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 32
D.O. 11.05.2021



clínica y deberá quedar registrado en ella.

c) Si el beneficiario es apto para este tipo de atención, el profesional, deberá efectuar y registrar los objetivos y el plan de tratamiento acorde al diagnóstico clínico y la indicación del médico tratante.

d) Los profesionales que otorguen atenciones de telerehabilitación deberán entregar al beneficiario pautas de ejercicios y material de apoyo, en concordancia con el diagnóstico y el plan terapéutico, asimismo, deberá existir un medio de comunicación establecido entre el beneficiario y el profesional.

17. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICOS

17.1 Procedimiento Autónomo

a) 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 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 Colectistectomía.....

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
Colecistostomía (proc.aut.)

18-02-012

Gastroenteroanastomosis (proc. aut.)

17.2 Procedimiento Diagnóstico Terapéuticos

a) En caso de efectuarse en un solo acto un procedimiento diagnóstico o terapéutico asociado a una intervención quirúrgica, o dos procedimientos diferentes, corresponderá valorizar en un 100% la prestación de mayor valor y en un 50% la prestación de menor valor, tanto para los honorarios

profesionales como para el Derecho de Pabellón.

b) En los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que no tengan contemplado los honorarios de anestesia y en los cuales se requiera anestesia general o regional, el uso de ésta deberá ser fundamentado por el médico tratante en el Programa respectivo, de acuerdo a lo señalado en la letra a) del punto 20 y en letra a.1) del punto 3.3.

c) El médico tratante deberá llevar registros, ya sea en una ficha clínica y/o en un protocolo operatorio de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que realice.

17.3 Hemodiálisis y Peritoneodiálisis.

a) De acuerdo a lo establecido en la letra b) del punto 3.3, deberán cobrarse a través de Programa de Atención de Salud, los siguientes códigos:

. Hemodiálisis con insumos incluidos	19-01-023
. Hemodiálisis sin insumos	19-01-024
. Peritoneodiálisis (incluye insumos) por sesión (incluye insumos)	19-01-025
. Peritoneodiálisis continua en paciente crónico	19-01-026
. Hemodiálisis con Bicarbonato con insumos (por sesión)	19-01-028
. Hemodiálisis con Bicarbonato con insumos (tratam. mensual)	19-01-029

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 8)
D.O. 31.01.2012

Como todo Programa de Atención de Salud, sólo podrá ser presentado a cobro una vez efectuadas todas las prestaciones programadas. En caso de no completarse el número de diálisis programadas, el Programa deberá ser revalorizado, antes de su presentación a cobro.

Tal como lo expresan los artículos 7° y 10° del Arancel, estos códigos no tendrán derecho a recargo horario y no serán afectados por el grupo de inscripción del profesional o entidad que otorga la prestación.

Para aquellos pacientes que se requiera efectuar accesos vasculares simples o complejos (códigos 25-01-031 ó 25-01-032), deberá ajustarse a lo establecido en el punto 27 referido a normativa general del grupo 25 Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y en lo específico, a lo señalado en el punto 27.6 letra f).

b) Exámenes en tratamientos mensuales:

El código 19-01-029 "Hemodiálisis con Bicarbonato, con insumos tratamiento mensual", está destinado exclusivamente al cobro del tratamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica y sus valores incluyen todos los insumos necesarios y exámenes de laboratorio que se detallan:

Exámenes Mensuales

- Nitrógeno ureico	03-02-057
- Creatinina en plasma	03-02-023

- Potasemia 03-02-032
- Calcemia 03-02-015
- Fosfemia 03-02-042
- Hematocrito 03-01-036
- Transaminasas (GOT, GPT) 03-02-063 x 2
- Anticuerpo anti HIV 03-06-169 (sólo en pacientes de alto riesgo).

*Nitrógeno ureico 03-02-057 X 2 para realizar cuociente de nitrógeno (indicador de la calidad del proceso).

Respecto a la determinación mensual del anticuerpo HIV, se consideran pacientes de alto riesgo los politransfundidos, drogadictos, homosexuales y bisexuales.

Exámenes Trimestrales

- Albuminemia 03-02-101
- Fosfatasas alcalinas 03-02-040
- N. Ureico (post) 03-02-057 x 2

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 34
D.O. 11.05.2021

Exámenes Semestrales

- Bicarbonato 03-02-011
- Parathormona 03-03-018
- Anticuerpo anti HIV 03-06-169 (para todos los pacientes)
- Antígeno hepatitis B 03-06-077
- Anticuerpos anti hepatitis C 03-06-081
- Ferritina 03-01-026

Respecto a marcadores para hepatitis B y C, deben controlarse además frente a cualquier elevación de Transaminasas. Respecto a la ferritina, debe controlarse trimestralmente para pacientes con indicación de fierro endovenoso.

Exámenes Anuales

- Aluminio en líquido de diálisis (en la medida que la tecnología de cuantificación sea accesible).03-02-035
La determinación de sustancias químicas en el agua tratada para hemodiálisis tendrá que cumplir la reglamentación vigente.

Marcadores de Infección Viral

- Antígeno hepatitis B: código 03-06-077
- Anticuerpo antihepatitis C: código 03-06-081
- Anticuerpo anti HIV: código 03-06-169

Los marcadores virales (cód. 03-06-169, 03-06-079 y 03-06-081) deben determinarse en todos los pacientes al ingreso al programa, en cuanto a su determinación posterior es variable, según cada paciente.

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

c) 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.

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 con un máximo de 12 en un mes, 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) Los Centros de Diálisis con autorización de instalación y funcionamiento otorgada por la autoridad sanitaria respectiva, cumplirán las disposiciones normativas fijadas en el Decreto Supremo N° 2.357/de 1994 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, que aprobó el Reglamento sobre Centros de Diálisis. Asimismo, los Centros acreditados y que opten por inscripción en el Fondo, se registrarán, para efectos de convenios y cobranzas de prestaciones de Diálisis, por las normas e instrucciones emitidas por el Fondo.

e) La peritoneodiálisis continua en paciente crónico (cód. 19-01-026) sólo puede ser otorgada y cobrada por prestadores que cuenten con acreditación y aprobación ante el Fondo Nacional de Salud. Deberán acompañar antecedentes de Programas de entrenamiento y seguimiento de pacientes, así como de los exámenes periódicos que se realizarán de acuerdo al siguiente detalle:

Exámenes mensuales

-Hematocrito	03-01-036
-Glicemia	03-02-047
-Potasio	03-02-032
-Fosfatasas alcalinas	03-02-040
-Calcemia	03-02-015
-Fosfemia	03-02-042
-Transaminasas (GOT, GPT)	03-02-063 x 2

Exámenes trimestrales

-Albúmina	03-02-060
-Creatinina	03-02-023
-Nitrógeno ureico	03-02-057

Exámenes semestrales

-Colesterol	03-02-067
-Triglicéridos	03-02-064
-Bicarbonato	03-02-011

-Ferritina	03-01-026
-% Saturación de transferrina	03-01-082

Exámenes anuales

-Anticuerpos anti HIV	03-06-169
-Parathormonas	03-03-018
-Hepatitis B	03-06-077
-Hepatitis C	03-06-081

Los niveles de ferritina, deberán controlarse trimestralmente para pacientes con indicación de fierro endovenoso.

Todos los exámenes deberán realizarse además, al ingreso de cada paciente al programa.

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

Dicho código incluye la totalidad de las prestaciones profesionales, equipos, instrumentos, insumos y exámenes que se requieran durante el mes del tratamiento.

En el caso de la peritoneodiálisis intermitente el Fondo establecerá en forma proporcional los valores que correspondan.

17.4 Otros procedimientos.

a) Las sesiones de inmunoterapia se pagarán con el código 17-07-036, atención que incluye el valor de la vacuna, su colocación y el tratamiento de las reacciones adversas. Aquellos profesionales o centros que dispongan de instalación para preparar vacunas para tratamientos de inmunoterapia, deberán disponer de la correspondiente autorización sanitaria.

b) Para la aplicación del código 19-01-019, se aceptará un máximo de 10 instilaciones vesicales por Programa. Este código incluye la colocación de la sonda vesical más el procedimiento de instilación.

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

d) En infiltraciones de nervios y/o raíces nerviosas se pagará el valor unitario por sesión, sin considerar el número de infiltraciones.

e) La Polisomnografía (cód. 11-01-045) comprende a lo menos los siguientes exámenes: electroencefalograma, electrocardiograma, electronistagmografía y monitoreo de apnea.

f) Las prestaciones del Grupo 05 Medicina Nuclear y Radioterapia, no estarán afectas a recargo horario. De acuerdo a lo señalado en el punto 3 letra a.1), para la emisión de las respectivas órdenes, se requiere la confección de un Programa de Atención de Salud, con excepción del Subgrupo 01.

g) En aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que de acuerdo a criterios técnicos requieran sedación y ésta sea efectuada por el mismo

médico, corresponderá la valorización del 10% de los honorarios del primer cirujano. Este valor incluye la administración, el control posterior al procedimiento y el tratamiento de las eventuales reacciones adversas.

h) La prestación 11-01-140 Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, tratamiento médico-farmacológico- anual (incluye inmunomoduladores), podrá ser inscrita por prestadores jurídicos, que suscriban un convenio en el rol MLE para la atención de pacientes con E.M. en el estadio que se indica.

La incorporación de beneficiarios FONASA al tratamiento y prestación indicada, se hará bajo cumplimiento administrativo técnico siguiente:

- . Indicación de terapia debe efectuarla el médico tratante de especialidad.
- . La emisión de la orden de atención se hará a partir del formulario de confección de programa médico que adjuntará la prescripción del médico tratante.
- . El código 11-01-140, no tiene recargos, por nivel del prestador ni horario de atención.
- . El máximo de prestaciones 11-01-140, será una por año, por beneficiario.
- . El valor de la prestación incluye: evaluaciones y controles médicos, entrega y otorgamiento de inmunomoduladores, resonancia nuclear magnética cuando corresponda.

Las prestaciones 11-01-141 y 11-01-142, tendrán los mismos conceptos y fundamentos precedentes, excepto la restricción de frecuencias máximas.

i) La emisión y cobro de prestaciones de Dermatología y Tegumentos (Grupo 16), se efectuará en cumplimiento de la normativa general establecida para procedimientos y cirujías, además de las normas específicas siguientes:

. Previo a la emisión de órdenes de atención por prestaciones de Fototerapia, códigos 16-01-112 y 16-01-113, se completará un formulario de confección de programa de atención de salud, de acuerdo a las condiciones establecidas en el artículo 3.3 de esta normativa.

. Se aceptará un máximo de 30 sesiones, al año calendario, por beneficiario, para la prestación 16-01-112 "Fototerapia UVB, UVA localizada, por sesión", y un máximo de 30 sesiones, al año calendario, por beneficiario, para la prestación 16-01-113 "Fototerapia UVB, Banda Angosta y UVA, por sesión, en cabina".

. Para los códigos desde 16-01-110 y hasta el 16-01-126, que no cuenten con código de sala de procedimiento, y requieran intervenciones médicas terapéuticas, se entienden incluidos el uso del equipo médico involucrado, así como también ciertos materiales e insumos básicos, tales como, hojas de bisturí, guantes, gasa, algodón, apósitos, tela adhesiva y similares, agujas, jeringas desechables, antisépticos y desinfectantes.

. Cuando se requiera la combinación de distintos códigos del subgrupo 16-01, con un límite máximo de 3

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 9)
D.O. 31.01.2012

prestaciones, se deberá confeccionar un programa de atención de salud.

- En los casos, en que por indicación médica deba retirarse un implante subcutáneo, el médico cirujano que efectúe el procedimiento, cobrará la prestación 16-01-115 valorizada en un 100%.

j) La Poligrafía cardiorrespiratoria del sueño código 17-07-038, corresponde ser realizado en modalidad hospitalizado, incluye el registro durante 12 horas en forma simultánea del flujo aéreo, movimientos respiratorios, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno. Debe ser efectuado por un médico especialista (neurólogo, broncopulmonar, otorrinolaringólogo, psiquiatra adultos o pediátricos, con subespecialidad en sueño) o por un profesional de la salud capacitado, solo podrá ser efectuado en Establecimientos de salud y Sociedades de Profesionales. Este examen incorpora su respectivo informe, el que deberá ser efectuado solo por el médico de las especialidades enunciadas anteriormente.

La Poligrafía cardiorrespiratoria del sueño ambulatoria código 17-07-063, incluye el registro ambulatorio de 12 horas, en forma simultánea del flujo aéreo, movimientos respiratorios, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno. Debe ser efectuado por un médico especialista (neurólogo, broncopulmonar, otorrinolaringólogo, psiquiatra adultos o pediátricos, con subespecialidad en sueño) o por un profesional de la salud capacitado, solo podrá ser efectuado por Establecimientos de salud y Sociedades de Profesionales. Este examen incorpora su respectivo informe, el que deberá ser efectuado solo por el médico de las especialidades enunciadas anteriormente.

Resolución 139
EXENTA,
SALUD
N° 9
D.O. 15.03.2014

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 33
D.O. 11.05.2021
NOTA 7

17.5 "Neumología Endosonografía Bronquial (EBUS) Código 1707056":

Generalidades

El EBUS, es una técnica de ultrasonido que permite visualizar las estructuras adyacentes a la vía aérea y el parénquima pulmonar, con ella se puede tomar biopsias transbronquiales mediante ecobroncoscopia.

Esta prestación incluye derecho a pabellón e insumos indispensables para el procedimiento tales como aguja de endosonografía bronquial, válvula canal de aspiración, jeringa de succión, tapón de canal de trabajo, balón de endosonografía, además del período de recuperación de anestesia o sedación en la misma sala donde se desarrolló el procedimiento o en una unidad de recuperación del mismo centro asistencial.

Esta prestación no incluye la realización de exámenes Laboratorio, Anatomía patológica e Imagenología, además de los costos asociados a complicaciones que pudiesen derivar del procedimiento.

Cada bono de Endosonografía Bronquial deberá ser adquirido con la correspondiente Orden entregada por Médico Cirujano con especialidad certificada de: oncología, radioterapia, enfermedades respiratorias, cirugía de tórax, hematología, reumatología, infectología o

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 33
D.O. 17.02.2020

medicina interna.

La prestación código 1707056 no cuenta con restricción etaria establecida y sólo se podrá acceder a un máximo de dos prestaciones por beneficiario por año.

Para la inscripción del código 1707056 Endosonografía Bronquial (EBUS), los prestadores deberán cumplir con la resolución de convenios establecida y deberán dar cumplimiento a todos los Protocolos y Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud sobre la materia.

■ El prestador que inscriba el procedimiento deberá disponer de equipamiento de Endosonografía Bronquial, con todos los accesorios correspondientes y monitor de signos vitales de alta complejidad. El procedimiento deberá ser realizado en un pabellón quirúrgico de cirugía menor (ya incluido en el valor total de la prestación).

Además de contar con servicio de anatomía patológica, para derivación inmediata de muestras extraídas durante el procedimiento.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 35
D.O. 11.05.2021

17.6 "Prestaciones Tamizaje Auditivo (códigos 1301045 y 1301046)", el cual indica lo siguiente:

Generalidades

Estas prestaciones, corresponden a exámenes de tamizaje de hipoacusia en recién nacidos o personas con limitaciones intelectuales o físicas, que permiten hacer un diagnóstico precoz de la hipoacusia, que es la disminución parcial o total en la capacidad para detectar ciertas frecuencias e intensidades del sonido.

Su valor considera su realización en forma bilateral, por lo que no corresponde el cobro de más de un mismo código por procedimiento.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 34
D.O. 17.02.2020

a) Emisiones Otoacústicas (código 1301045):

■ Prestación correspondiente al tamizado con emisiones otoacústicas transientes o producto de distorsión, considera el tamizaje auditivo del recién nacido, hasta los 6 meses. Este examen requiere orden médica, por médico neonatólogo, pediatra u otorrinolaringólogo.

Debe ser realizada por profesionales del área audiológica, tales como fonoaudiólogo o tecnólogo médico, mención otorrinolaringología. En caso de no disponer de dichos profesionales podrá ser realizado por enfermera o matrona capacitada y acreditados en la Superintendencia de Salud.

b) Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral acortados (código 1301046):

■ Estudio de la vía auditiva con estímulo click que consiste en medir la respuesta de ésta a diversos niveles de intensidad, buscando su activación (examen acortado).

Este examen se realiza a niños(as) hasta los 6 años de edad, requiere orden médica por médico neonatólogo, pediatra y otorrinolaringólogo. Se puede efectuar en edades mayores a personas con sospecha de discapacidad auditiva y que tengan limitaciones físicas, neurológicas e intelectuales para responder, o en casos de posibles

simuladores.

Debe ser realizada por profesionales del área audiológica, tales como fonoaudiólogo o tecnólogo médico, mención otorrinolaringología.

■

Límites financieros para códigos 1301045 y 1301046:

■

Se podrá realizar como máximo 3 prestaciones anuales, pudiendo comprarse a nombre del niño(a) beneficiario(a).

Ambas prestaciones son excluyentes con la prestación PAD PARTO (2501009), por lo que su cobranza quedará regida por lo establecido en el punto 27.6 letra 'a)' de estas normas. Lo anterior, dado que ambas prestaciones ya se encuentran incorporadas en el valor de este PAD y, en caso de requerirlas, no necesitarán de orden médica para su realización.

El convenio para estas prestaciones, sólo considera la inscripción de prestadores institucionales o entidades.

18. OFTALMOLOGÍA (GRUPO 12)

a) El Fondo pagará la consulta oftalmológica con la prestación 01-01-204 Consulta Médica de Especialidad en Oftalmología, según grupo de inscripción del profesional. La consulta oftalmológica incluye procedimientos habituales, tales como tonometría, refracción, gonioscopia, fondo de ojo, etc.

b) El consultorio del oftalmólogo, al momento de efectuar la prestación, deberá estar equipado con la implementación mínima que a continuación se indica:

Microscopio corneal (lámpara de hendidura).

Caja de lente con accesorios.

Lensómetro.

Oftalmoscopio.

Proyector o tabla de optotipos.

- Tonómetro.

c) Procederá el cobro del código 12-01-019, Exploración Vítreo-retinal, sólo si la prestación se realiza en consultas dotadas con el equipamiento detallado en la letra b) de este punto. En caso de que el médico tratante no disponga de todos los instrumentos mencionados, en pleno funcionamiento, la atención oftalmológica será cancelada solamente con el código 01-01-001.

d) Podrán inscribir prestaciones en una determinada especialidad los médicos cirujanos que cuenten con certificación de especialidad médica de oftalmología, otorgada en las condiciones y requisitos establecidos en el numeral 2.3 de esta Normativa.

e) Examen Optométrico con Prescripción de Lentes (cód. 12-01-027).

Es la atención oftalmológica otorgada por un profesional Tecnólogo Médico, con mención en Oftalmología, cuyo carácter de integralidad de atención, considera evaluar la existencia de vicios de refracción en un paciente; prescribir, controlar y adaptar lentes para la corrección de esa patología, además de administrar dentro del ámbito de su competencia, fármacos del área oftalmológica de aplicación tópica que sean precisos.

Resolución 139
EXENTA,
SALUD
N° 10
D.O. 15.03.2014
Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 35
D.O. 17.02.2020

Resolución 139
EXENTA,
SALUD
N° 10
D.O. 15.03.2014

Podrán, asimismo, detectar alteraciones del globo ocular y disfunciones visuales, a fin de derivar los pacientes en forma oportuna, a la evaluación con médico cirujano especialista, que corresponda.

Para la inscripción y cobro de la prestación 12-01-027, se estará a lo siguiente:

e.1) Los Tecnólogos Médicos que deseen cobrar esta prestación, deben solicitarlo formalmente, a través del llenado de los formularios dispuestos para el efecto, incorporando la documentación que certifique estar en posesión de título profesional con mención en oftalmología.

e.2) Los profesionales que se inscriban, deberán efectuar estas prestaciones, en consultorio individual o en centros médicos, debiendo disponer de implementación mínima de equipos e instrumentos para realizar el examen optométrico, prescribir lentes y determinar presión ocular, detallados a continuación:

- . Box de atención individual, con lavamanos y muebles.
- . Retinoscopio.
- . Autorefractómetro.
- . Caja de lente con accesorios.
- . Proyector de optotipo o tablero.
- . Lensómetro.

e.3) La prestación 12-01-027, tendrá valor único y no estará afecta a recargo horario, siendo independiente al nivel de inscripción del profesional o entidad que las otorgue, y considera un máximo anual de 2 prestaciones, por año calendario, por beneficiario.

e.4) Las entidades y profesionales que cobren la prestación 12-01-027, deberán disponer del registro de las atenciones otorgadas, para cuando les sea requerido por el Fondo. Para ese efecto, deberán mantener registros actualizados de los pacientes en control, con las actividades efectuadas y las fechas de atención respectivas.

19. CIRUGÍA (GRUPOS 11 AL 21)

A) NORMAS GENERALES

a) "Acto Quirúrgico":

Es el conjunto de acciones efectuadas a un paciente por uno o más cirujanos, en el Pabellón o Quirófano, generalmente bajo anestesia y para un tratamiento determinado.

Representa de por sí un acto médico integral y además de las técnicas específicas incluye, en lo esencial, la diéresis y síntesis de tejidos, hemostasia y disecciones anatómicas comunes a diversas intervenciones.

b) El valor arancelario de la cirugía electiva o de urgencia, que se efectúe en horario hábil o inhábil, se regirá por lo señalado en el artículo 7° del Arancel.

c) La fecha y la hora de comienzo y término de las intervenciones que se hagan por Programa, deberá constar en los respectivos protocolos quirúrgicos y/o en las historias clínicas de los pacientes.

d) En las intervenciones quirúrgicas, la principal

Resolución 38

EXENTA,

SALUD

Art. I N° 4

D.O. 26.01.2013

responsabilidad legal, ética y reglamentaria es del primer cirujano (cirujano tratante). En caso de incurrirse en alguna irregularidad administrativa de cobro, esta situación afecta a todo el equipo quirúrgico.

e) En intervenciones quirúrgicas, obstétricas y traumatológicas, el médico cirujano, deberá registrar en la ficha clínica y/o protocolo operatorio la atención otorgada, los profesionales que participaron en la intervención, 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; nombre completo, RUT, y dirección profesional del primer cirujano, lo que se deberá ratificar con su firma.

El honorario del primer cirujano incluye la intervención quirúrgica y la atención post operatoria directamente derivada de ella, hasta por 15 días.

La atención del post operatorio (15 días), es responsabilidad del cirujano tratante y será obligación de este profesional, velar porque ante su ausencia justificada, dicha atención sea efectuada por alguno de los integrantes del equipo quirúrgico o por otro profesional médico de su confianza. No corresponde ningún pago por este concepto.

Se considera incluidos en el honorario del primer cirujano, tanto la preparación previa, como aquellas maniobras efectuadas durante o inmediatamente después de la intervención quirúrgica o procedimiento, por lo que no corresponde su cobro separadamente.

f) Los valores que señala el Arancel para las intervenciones, cualquiera sea la técnica utilizada, salvo que el arancel señale expresamente otro valor, comprenden el honorario total y de cada uno de los miembros que componen el equipo médico (primer cirujano, médicos ayudantes y anestesiólogo), si la prestación lo requiere.

El Fondo pagará, a los integrantes del equipo médico establecido en el Arancel, exclusivamente los valores señalados en el mismo y sólo a los profesionales que efectivamente hayan actuado en la prestación.

g) Los Programas quirúrgicos, que no registren cobro de honorarios por equipo médico o lo contemplen en forma incompleta, deberán presentarse a cobro con la fundamentación correspondiente.

h) En aquellos casos en que el primer cirujano no esté inscrito en el Rol, podrá aplicarse el Arancel al resto del equipo médico, valorizándose en el nivel de cada profesional. En el Formulario para Confección de Programa de Atención de Salud, se deberán identificar los niveles de cada uno de los integrantes del equipo.

En el caso que el primer cirujano fundamente la decisión de no cobrar ningún honorario, el resto del equipo médico cobrará en el nivel correspondiente a cada profesional que haya participado en la intervención.

No obstante, todas las demás prestaciones que requiera el paciente podrán ser pagadas mediante Órdenes de Atención.

i) Cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico

practique dos o más intervenciones de distinto código, ya sea por la misma u otra incisión o por diferentes vías de acceso, deberán cobrar el 100% de aquella de mayor valor y el 50% de la de segundo mayor valor.

Para efecto del cálculo de la prestación de mayor valor, se considerará la suma del total de los honorarios del equipo quirúrgico (No incluye honorarios de anestesista, para cuyo cálculo debe aplicarse lo establecido en el punto 20 letra d) de estas Normas.

j) En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, por el mismo equipo, se pagará el 100% del valor arancelario de una intervención y el 50% de la otra, salvo que el Arancel expresamente especifique un procedimiento diferente.

k) Cuando a un mismo paciente se le practiquen en un mismo acto quirúrgico en forma simultánea o sucesiva, dos o más operaciones por distintos equipos de cirujanos, a través de la misma o diferentes incisiones, cada equipo cobrará sus honorarios en forma independiente. El Fondo pagará el 100% del valor de las respectivas prestaciones 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, así como en los respectivos Programas de Atención de Salud.

De cumplirse con estos requisitos, se deberá confeccionar dos o más Programas separados, el de mayor valor con equipo quirúrgico y anestesista y los otros, sin anestesista para las intervenciones simultáneas y con anestesista para aquellas intervenciones que sean sucesivas.

En ambos Programas, se deberá consignar los nombres de los integrantes de cada equipo. Además, el segundo y demás Programas deberán indicar que se trata de un Programa complementario, que deberá extenderse según lo señalado en la letra d) del punto 3.3 de estas Normas. Todos los Programas de Atención de Salud, deberán ser presentados a valorización en forma simultánea.

l) En aquellos actos quirúrgicos, en que es necesario efectuar técnicas específicas correspondientes a varias intervenciones, se deberá cobrar sólo las dos principales, en consideración al carácter integral con que se ha definido el acto quirúrgico en la letra a) de este punto.

También se entiende incluido en dicho valor, la reparación de eventuales lesiones iatrogénicas.

m) El Fondo podría aceptar el cobro de prestaciones adicionales, para los casos especiales que se justifiquen técnicamente. Para este efecto, se confeccionará un Programa Complementario para la tercera o cuarta cirugía, de acuerdo a lo señalado en la letra d) del punto 3.3 de estas Normas, correspondiéndoles una valorización del 50% a cada una de ellas, en caso de ser aprobadas.

Para la aprobación o rechazo de cirugías adicionales, el Fondo podrá solicitar los antecedentes clínicos pertinentes, según se dispone en las normas referidas a Programas de Atención de Salud, punto 4 letra e) de esta normativa.

n) Cuando técnicamente sea necesario, efectuar una reintervención, por una causal médica diferente de una

iatrogenia, el Fondo podrá aceptar dentro o fuera del plazo de 15 días a que se hace mención en la letra e) de este punto, la presentación de un Programa de Atención de Salud por la nueva cirugía.

Para este efecto, se confeccionará un Programa Complementario por la reintervención, de acuerdo a lo señalado en la letra d) del punto 3.3 de estas Normas. En caso de ser aprobada la cirugía, corresponderá valorizar en un 100% los honorarios del equipo quirúrgico y en un 100% el derecho de pabellón.

Para la aprobación o rechazo de la nueva cirugía, el Fondo podrá solicitar los antecedentes clínicos pertinentes, según se dispone en punto 4 letra e) de estas Normas.

ñ) Ninguna de las prestaciones de cirugía, dermatología u otras del arancel, podrán ser utilizadas con fines cosméticos o estéticos.

B) NORMAS ESPECÍFICAS

a) Trasplante Renal. En la cirugía urológica para los trasplantes renales se procederá de la siguiente manera:

- Se confeccionará un Programa de Atención de Salud para el receptor, incluyendo el código 19-02-003 y los exámenes correspondientes.

- Se extenderá otro Programa a nombre del donante, en que se codificará la ectomía renal por la prestación correspondiente al código 19-02-011 y los exámenes necesarios para determinar la compatibilidad. A este Programa, en el espacio destinado a fundamentación médica se anotará la frase "Programa Complementario al del Receptor".

- Ambos Programas serán presentados en conjunto para su valorización y serán de cargo del receptor debiendo éste ser beneficiario de la MLE.

- Los estudios de histocompatibilidad necesarios para efectuar el trasplante, deberán solicitarse mediante un Programa de Atención de Salud y se aceptarán por cada posible donante exámenes indispensables presentes en el arancel vigente y validado por el Instituto de Salud Pública.

b) Trasplante Hepático. Cuando se trate de una intervención quirúrgica por Trasplante Hepático, para efecto de la confección de los Programas de Atención de Salud, tanto del donante como del receptor y los exámenes de histocompatibilidad que se efectúen, se aplicarán los actos administrativos detallados en la letra a) de este punto.

En cuanto a la codificación de esta cirugía, se aplicará el código 18-02-100 para el receptor y el código 18-02-041 para el donante.

c) PARTO

Cuando en un parto sea necesario realizar además una intervención quirúrgica, se confeccionarán Programas separados; la intervención se debe presentar en un Programa Complementario confeccionado de acuerdo a lo establecido en

Resolución 671
EXENTA,
SALUD
N° I, 9
D.O. 27.08.2011
Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 36
D.O. 11.05.2021

la letra d) del punto 3.3 este deberá llevar la nominación "Programa Complementario al de Parto N°.....".

Para efecto de determinar el derecho a recargo en la atención del parto normal, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° del Arancel, se tomará como referencia la hora del nacimiento.

La prestación operación cesárea de urgencia (cód. 20-04-006) tendrá derecho a recargo horario a partir de las 22 horas.

d) RETIRO ELEMENTOS DE ENDOPRÓTESIS Y OSTEOSÍNTESIS.

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, 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.

e) CIRUGÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA, ENDOSCÓPICA Y ENDOVASCULAR.

En los casos de uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (o cerradas) como cirugía videolaparoscópica, endoscópica, endovascular y similares y de fijaciones externas para fracturas, si no se encuentran individualizadas como tales en el Arancel, se aplicarán los códigos y valores de las técnicas quirúrgicas convencionales abiertas.

Para el código adicional se aplicará en estos casos, el correspondiente a la prestación convencional aumentado en dos dígitos.

Si alguna de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas se transforma en una intervención quirúrgica convencional, sólo procederá el cobro de la de mayor valor.

f) LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA

El Fondo, podrá autorizar retratamientos en Litotripsia Extracorpórea, cuando se trate de casos excepcionales, en los que dentro de los tres meses posteriores a la primera aplicación de ondas de choque, las características del cálculo o su ubicación, hagan necesaria la realización de un segundo o tercer procedimiento al paciente.

Para este efecto, se confeccionará un segundo y/o tercer Programa de Atención de Salud, Complementarios al programa inicial, en los que se debe indicar que corresponden a retratamientos. Se aplicará el código 19-02-090, el que será valorizado en un 50%, tanto para los honorarios profesionales como para el derecho de pabellón.

g) En todos aquellos casos de "Ampliación de Márgenes Quirúrgicos de Tumor Maligno Extirpado previamente", códigos 16-02-213 y 16-02-214, el PAS con los antecedentes clínicos correspondientes, será remitido a FONASA para su aprobación o rechazo según procedencia técnica".

Resolución 671
EXENTA,

h) El código 1703053 incluye la Implantación de cualquier tipo de Marcapaso.

SALUD
N° I, 10
D.O. 27.08.2011

i) La Intervención quirúrgica implante coclear código 13-02-074, incluye la hospitalización e intervención quirúrgica para implantar el dispositivo. No incluye el dispositivo.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 37
D.O. 11.05.2021

20. PRESTACIONES DE ANESTESIA

a) En las prestaciones que no tengan contemplado valor de anestesia y en las cuales se requiera anestesia general o regional, el uso de ésta, se deberá fundamentar en el Programa respectivo.

En base a este Programa, se emitirá la Orden de Atención para el anestesista, correspondiendo en estos casos el valor establecido para la anestesia general o regional (código 22-01-001).

b) La anestesia general y regional código 22-01-001 (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.

c) De no darse cumplimiento a lo indicado en el párrafo anterior, en el Programa de Atención de Salud deberá fundamentarse las razones que motivaron dicha situación, debiendo el profesional o la entidad que presenta el cobro, disponer de la documentación que lo acredite. En estos casos, si el cirujano u obstetra administrara y controlara la anestesia, se le pagará por este concepto el 10% del honorario del primer cirujano u obstetra.

d) Cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones de distinto código, el honorario del anestesista se calculará sumando el 100% del que le corresponda a la intervención de mayor valor más el 50% del honorario de la de segundo mayor valor.

Para efecto del cálculo de la prestación de mayor valor, se considerará la suma del total de los honorarios del equipo quirúrgico, excluyendo los honorarios de anestesista.

e) En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, el honorario del anestesista será el 100% del valor arancelario de una prestación más el 50% de la otra, excepto cuando el Arancel señale algo distinto.

f) Cuando se trate de operaciones sucesivas por distintos equipos, el anestesista figurará en los dos Programas, correspondiéndole el 100% de sus honorarios en cada uno de ellos.

g) En operaciones simultáneas realizadas por distintos equipos quirúrgicos, los honorarios del anestesista se valorizarán en un 100% sólo en el Programa de mayor valor.

h) La anestesia local tópica, se entiende como preparación a procedimientos e intervenciones menores, por lo que no corresponde su cobro separado de la prestación principal.

21. Prestaciones otorgadas por Cirujanos Dentistas.

Los establecimientos de salud, que deseen otorgar prestaciones de salud en la MLE, deberán inscribirse en el

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 38
D.O. 11.05.2021

Rol que lleva el Fondo, suscribiendo el respectivo convenio y presentando la documentación que corresponda según lo dispuesto por el Fondo para este grupo arancelario. Asimismo, deberán registrarse por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa.

Deberán disponer del equipamiento y capacidad técnica, para otorgar las atenciones, asimismo, disponer de la Autorización de la Secretaría Regional Ministerial vigente correspondiente.

La sala de procedimientos odontológicos, en la que se realizan procedimientos de operatoria y/o endodoncia, debe cumplir con lo mencionado en decreto supremo 283, Norma 199, Circular C37 N°10, además de contar con los materiales e insumos mínimos para el correcto desarrollo técnico de Operatoria Básica y Endodoncia, según corresponda.

21.1.- Disposiciones específicas para prestaciones de atención odontológica general y de especialidad.

a) Obturación: Procedimiento destinado a la rehabilitación de un diente afectado por una lesión de caries activa cavitada, este diagnóstico y posterior procedimiento, es realizado por cirujano dental general.

b) Endodoncia: Tratamiento de los canales o conductos radiculares del diente que consiste en extirpar el tejido pulpar, cuando se ve afectado de manera irreversible. El procedimiento que es efectuado en diente unirradicular y birradicular puede ser realizado un cirujano dentista general, siempre y cuando el diente cumpla los siguientes requisitos: diente permanente con patología pulpar irreversible o patología periapical, sin tratamiento endodóntico previo, diente con anatomía unirradicular o birradicular con curvatura entre 0 y 10° (clasificación leve Schneider), diente con cámara y canal visible radiográficamente en toda su extensión, diente rehabilitable a través de restauraciones directas, diente con posibilidad de aislar de manera absoluta.

El tratamiento de dientes multirradiculares, será efectuado exclusivamente por cirujanos dentistas con especialidad en endodoncia con registro en la Superintendencia de Salud.

c) Los profesionales deberán registrarse por lo establecido en el punto 4 de esta normativa en materia de registros, así como también, registrar la confirmación diagnóstica general y específica de los dientes afectados, plan de tratamiento, tratamiento otorgado, complicaciones si las hubiere, controles realizados, y respaldos radiológicos y fotográficos si corresponde. Todo lo anterior debe estar correctamente registrado con la fecha y firma del profesional tratante.

d) Las prestaciones asociadas a la atención dental cumplirán las condiciones generales y de aplicación específica, detalladas en el numeral 27. Pago Asociado a Diagnóstico (P.A.D.) de la presente normativa.

21.2.- Disposiciones específicas en prestaciones de cirugía y traumatología Bucomaxilofacial.

a) Podrán inscribir prestaciones quirúrgicas los cirujanos dentistas que, además de cumplir con las



condiciones generales señaladas en el punto 21 y 21.1 de esta normativa, dispongan de certificación de especialidad en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, otorgada en las condiciones y requisitos establecidos para ese efecto, en el reglamento que aprueben los Ministerios de Salud y Educación, conforme al artículo 4° N° 13 del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

b) Las prestaciones para la citada especialidad son:

Grupo 12 12-02-072	14-02-044 hasta 14-02-045 14-02-047
Grupo 13 13-01-025 hasta 13-01-026 13-02-022 hasta 13-02-025 13-02-027 13-02-030 hasta 13-02-031 13-02-033 13-02-045	14-02-051 hasta 14-02-056 14-02-059 hasta 14-02-060 Grupo 15 15-02-031 hasta 15-02-039 Grupo 16 16-02-201 Grupo 21 21-04-012 hasta 21-04-013 21-04-016 21-04-021 21-06-001 hasta 21-06-002 21-07-003
Grupo 14 14-02-017 14-02-019 hasta 14-02-022 14-02-037 hasta 14-02-038 14-02-042	

c) Para aquellas prestaciones que requieran la confección de Programas de Atención de Salud, los cirujanos dentistas se ajustarán a lo señalado en el número 3.3 de estas normas.

d) Cuando se trate de pacientes que presentan Trastornos Temporomandibulares de origen muscular, los cirujanos dentistas con especialidad en cirugía y traumatología bucomaxilofacial, podrán prescribir tratamientos de kinesiología.

21.3.- Indicación de exámenes de laboratorio e imagenología.

En caso de requerirse la indicación de exámenes, el especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, se ajustará a lo señalado en el número 3.1 de estas normas, pudiendo prescribir los exámenes siguientes:

Grupo 03 Laboratorio Clínico y 08 Anatomía patológica	
0301006	Agregación plaquetaria con diferentes agonistas
0301011	Coagulación, tiempo de
0301034	Clasificación sanguínea ABO y RhD
0301036	Hematocrito (proc. aut.)
0301041	Hemoglobina glicada A1c
0301045	Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación)
0301059	Tiempo de protrombina (incluye INR, Razón Internacional Normalizada)
0301072	Tiempo de sangría (no incluye dispositivo asociado)
0301083	Trombina, tiempo de
0301085	Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares)
0301086	Velocidad de eritrosedimentación (proc. aut.)
0301091	Proteína C funcional
0302047	Glucosa en sangre
0306012	Cultivo para Anaerobios (incluye Cód. 03-06-008)



0306026	Antibiograma Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011)
0801008	Estudio histopatológico de biopsia diferida (por cada muestra y/o tejido) (incluye hasta 3 láminas)
0801002	Citología no ginecológica (por cada placa o frasco) (máximo 6)
Grupo 04 Imagenología	
0401001	Radiografía de las glándulas salivales "sialografía"
0401002	Radiografía de partes blandas, laringe lateral, cavum rinofaríngeo (rinofarinx).
0401031	Radiografía de cavidades perinasales, órbitas, articulaciones temporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar, arco cigomático y cara
0401032	Radiografía de cráneo frontal y lateral
0401033	Radiografía de Cráneo proyección especial de base de cráneo (Towne)
0401056	Radiografía Edad Ósea: carpo y mano
0403007	Tomografía Computarizada de órbitas maxilofacial
0403012	Tomografía Computarizada de cuello, partes blandas
0404004	Ecografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.)
0405001	Resonancia Magnética Cráneo Encefálica u Oídos, bilateral
0405004	Resonancia Magnética de articulaciones temporomandibulares

22. PRESTACIONES EFECTUADAS POR MATRONAS

a) En caso de control de embarazo normal efectuado por matrona, esta profesional podrá solicitar los exámenes de laboratorio que se detallan en la letra c) del punto 9.2 de estas normas.

b) Tendrán derecho a realizar y cobrar la prestación código 20-01-009 (Monitoreo Basal), siempre que se disponga de la prescripción del médico obstetra tratante y del equipamiento necesario. Para su presentación a cobro, la orden de atención, se acompañará de la prescripción médica debidamente timbrada por el cajero emisor.

c) La prestación correspondiente a honorario de Matrona por atención integral del parto se desagrega en las siguientes prestaciones:

- 2004010: Honorario Matrona por la atención en parto (desde el ingreso a centro asistencial por trabajo de parto, ya sea inicial o activo, hasta el período expulsivo).

- 2004011: Honorario de Matrona por atención integral en control y manejo del trabajo de parto (Período expulsivo, asistencia al pabellón quirúrgico en caso de cesárea).

- 2004012: Honorario Matrona por atención en post parto. (Incluye dos controles en puerperio).

d) Tendrán derecho a realizar y cobrar la prestación código 20-01-015 Colocación o extracción de dispositivo intrauterino (no incluye el valor del dispositivo), siempre que se disponga de convenio suscrito con el Fondo. Para efectos de emisión, se requerirá de la solicitud escrita y firmada por matrona o médico.

23. PRESTACIONES EFECTUADAS POR PROTESISTAS

23.1 Emisión de órdenes de atención.

Para la emisión de BAS del Grupo 23 (Prótesis), se requerirá que los prestadores, se encuentren inscritos en el Rol que para estos efectos lleva

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 39
D.O. 11.05.2021

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 36
D.O. 17.02.2020



el Fondo Nacional de Salud, debiendo cumplirse las exigencias establecidas por éste, de acuerdo a disposiciones vigentes dictadas por el Ministerio de Salud, según corresponda:

- . Resoluciones sanitarias de sala de venta y funcionamiento.
- . Acreditaciones de ópticos, ortesistas y protesistas responsables de las prótesis que se confeccionen, ante la autoridad sanitaria.
- . Registros de inscripción prótesis en el Instituto de Salud Pública (I.S.P.).
- . Certificados de vigencia de sociedad en personas jurídicas.
- . Certificación de dirección comercial.
- . Patente Comercial.
- . Listados de prótesis y sus precios etc.

Para la emisión de la Orden de Atención se requiere:

- . Confeccionar un Programa de Atención de Salud, ajustado a las definiciones establecidas en punto 3.3 de esta normativa.
- . Que la codificación de la respectiva prótesis, se

ciña estrictamente a la prescripción efectuada

por

- . el médico especialista.
- . Acompañar el original de la prescripción médica, la que debe contener además de ésta, el nombre, RUT, firma y especialidad del profesional que la emite.
- . Que la fecha de la prescripción médica no sea superior a 1 año.
- . Cotización de la prótesis u órtesis otorgada por el prestador inscrito para tales efectos en el Rol del Fondo.

El prestador debe llevar un registro que permita identificar al beneficiario (RUT, nombre, edad, etc) y el artículo entregado (Nº serie, marca, etc), con las respectivas indicaciones de fechas.

Las prestaciones del Grupo 23, tendrán valor único y no estarán afectas a recargo horario ni a niveles de inscripción del prestador.

Se entenderá que la prestación 23-01-071 está referida a lentes ópticos de cualquier tipo o de contacto.

Las prestaciones 23-01-071 Lentes y 23-01-081 Audífonos están destinadas a beneficiarios mayores de 55 años.

23.2 Límites financieros.

a) Para el Grupo 23, se han establecido los siguientes límites financieros:

CODIGO	GLOSA	MAX. ANUAL
23-01-010	Cables Electrodo	2
23-01-012	Marcapaso	1
23-01-017	Válvula Aórtica	1



23-01-018	Válvula Mitral	1
23-01-019	Válvula Tricúspide	1
23-01-044	Órtesis para rodilla	1
23-01-046	PTB o PTS	1
23-01-051	Prótesis bajo codo con gancho, mano y guante	1
23-01-056	Prótesis desarticulado de rodilla	1
23-01-057	Prótesis desarticulado de cadera con bloqueo	1
23-01-058	Prótesis desarticulado de codo con gancho, mano y guante	1
23-01-059	Prótesis desarticulado de hombro con gancho, mano y guante	1
23-01-063	Prótesis sobre rodilla, con rodilla de seguridad	1
23-01-071	Lentes ópticos o de contacto	2
23-01-072	Plantilla ortopédicas (par)	2
23-01-080	Lente Intraocular	2
23-01-081	Audífonos	2

b) El Fondo Nacional de Salud, podrá establecer otros límites financieros máximos, de acuerdo a lo establecido en el punto 6.1 letra i) de estas normas.

24. TRASLADOS (Grupo 24).

24.1 De la inscripción de los prestadores: para el cobro de las prestaciones del Grupo 24 los prestadores deberán estar inscritos en el Rol que para estos efectos lleva el Fondo Nacional de Salud, debiendo cumplirse las siguientes exigencias:

- . Resolución Sanitaria de autorización del medio de transporte cuando corresponda (ambulancias, aviones, etc) con su definición de categoría.
- . Dependiendo del tipo de prestación del grupo 24 de que se trate según el arancel, se deberá adjuntar las acreditaciones del personal de rescate: conductor del móvil, personal de enfermería, enfermeras universitarias, kinesiólogos o médicos cirujanos; asimismo certificación de entrenamiento de manejo prehospitalario, PALS y ATLS, entrenamiento de manejo de paciente crítico prehospitalario.
- . Nómina de prestaciones del grupo 24 rescates - traslados y sus precios.
- . El Fondo se reserva la facultad de evaluar antecedentes de otros profesionales de la salud, con acreditación de entrenamientos correspondientes.

24.2 Previo a la emisión, se confeccionará un Programa de Atención de Salud, ajustado a las definiciones establecidas en el punto 3.3 de esta normativa, debiendo cumplir además con lo siguiente:

- . El prestador debe llevar un registro que permita

identificar al beneficiario (RUT, nombre, edad, etc) y al traslado realizado (tipo, distancia, personal que participó), con las respectivas indicaciones de fechas, con el objeto de efectuar las fiscalizaciones correspondientes.

24.3 Las prestaciones del Grupo 24 tendrán valor único y no estarán afectas a recargo horario ni a niveles de inscripción del prestador:

- a) Rescate Simple y/o traslado (código 24-01-061).
Corresponde su cobro cuando se trate de rescates con personal técnico no profesionalizado.
- b) Rescate Profesionalizado y/o Traslado Paciente Complejo (código 24-01-062).
Corresponderá su cobro siempre que en el rescate participen profesionales universitarios de enfermería o kinesiología, con entrenamiento en tales rescates o para traslado de pacientes complejos interhospitalarios que requieran equipamiento especial.
- c) Rescate Medicalizado y/o Traslado Paciente Crítico (código 24-01-063)
Corresponderá su cobro siempre que en el rescate participen médicos cirujanos con entrenamiento en tales rescates o para traslado de pacientes críticos interhospitalarios que requieran equipamiento especial.
- d) Traslados Grupo 24 desde código 24-01-001 al 24-01-060, 24-01-070.

24.4 El Fondo Nacional de Salud, podrá establecer otros límites financieros máximos, de acuerdo a lo establecido en el punto 6.1 letra i) de estas normas.

25. SALAS DE PROCEDIMIENTOS.

- a) Definición: Se entiende por Salas de Procedimientos, a aquellos recintos que permiten a un médico efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales. Deberá cumplir con los requisitos que establece el Fondo sobre convenios y sus modificaciones. En el Arancel, los códigos adicionales del 1 al 4 corresponden a salas de procedimientos.
- b) Los profesionales que dispongan de Salas de Procedimientos, autorizadas para funcionar como tal, por el Servicio de Salud correspondiente, podrán suscribir convenio con el Fondo, para el cobro de las Órdenes de Atención que establece el Arancel, para los respectivos códigos adicionales.
- c) Las entidades que cuenten con Salas de Procedimientos autorizadas por el respectivo Servicio de Salud, además de suscribir convenio con el Fondo para el cobro de las Órdenes de Atención, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije libremente la entidad.

Lo anterior, según lo señalado en el artículo N° 53 del D.S. N° 369/85, de Salud, y sus modificaciones. Estos valores deberán ser informados al Fondo, antes de su aplicación, pudiendo variarse como máximo tres veces en el año calendario, debiendo además mantenerse a disposición del público.

d) En lo que sea aplicable, las salas de procedimiento consideran incluido en su valor, los conceptos, definiciones y elementos, señalados en el punto número 26 de estas Normas.

26. QUIRÓFANO Y DERECHO DE PABELLÓN.

a) Definición: Se entiende por Quirófano, a aquel recinto de acceso restringido, que cuenta con instalaciones, anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesario y suficiente, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas.

Por anexos del quirófano, se entienden aquellos sectores, salas y unidades, que complementan y facilitan el funcionamiento del recinto quirúrgico. Entre los más destacables, están las áreas de lavado quirúrgico, vestuario de pacientes y personal, sectores para almacenamiento de equipos, ropa e instrumental estéril, sala de recuperación post anestésica, etc.

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

b) Para tener derecho a cobro del Derecho de Pabellón, las entidades asistenciales que dispongan de quirófano con autorización de funcionamiento otorgado por la SEREMI correspondiente, deberán inscribirse en el Rol de esta Modalidad.

c) Por concepto de Derecho de Pabellón, las entidades con convenio vigente, además de la orden de atención por el respectivo código adicional, podrán cobrar directamente al beneficiario, las diferencias que se produzcan entre dicho valor arancelario y el que fije libremente la entidad.

De acuerdo a lo señalado en el artículo N° 53 del D.S. N° 369/85, de Salud, y sus modificaciones, estos valores deberán ser informados al Fondo, antes de su aplicación pudiendo variarse como máximo tres veces en el año calendario, debiendo además mantenerse a disposición del público.

d) El precio total por Derecho de pabellón, constituido por las Órdenes de Atención emitidas por Fonasa, más las diferencias por este concepto, permitidas por la legislación vigente, incluyen en su valor, el personal de pabellón (enfermera, auxiliar de enfermería, ayudante de anestesia, personal de servicio, etc.), el uso de las instalaciones, unidad o sala de recuperación post anestésica, equipos, instrumental, elementos e insumos que a continuación se indican:

d.1 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 video laparoscópica y similares.
- Equipos de endoscopias.

d.2 INSUMOS Y ELEMENTOS

- Hojas de bisturí.
- Guantes de uso quirúrgico o para procedimientos (estériles o no).
- Gasa, algodón, tórulas, apósitos de cualquier tipo.
- Tela adhesiva y similares, de todo tipo.
- Agujas de todo tipo.
- Bránulas, conexiones, alargadores, tapas o tapones, etc.
- Jeringas 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)
- Las vendas de yeso plásticas y las medias antitrombóticas
- 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.

d.3 GASES

Oxígeno y aire comprimido.

d.4 ANESTESIA Y OTROS

- Anestésicos, pre y post medicaciones anestésicas de uso habitual, neurolepto analgésicos y relajantes musculares de cualquier tipo.

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 12)
D.O. 31.01.2012

e) El Derecho de Pabellón, no incluye en su valor insumos de mayor especificidad tales como:

- . Set de monitoreo invasivo.
- . Set desechables de punción pleural.



- . Balones y catéter de Angiosplasia o Valvuloplastia.
- . Catéter de doble o triple lumen.
- . Catéter para Peritoneodiálisis.
- . Catéter para Quimioterapia.
- . Catéter de Swan Ganz.
- . Sondas Naso yeyunales
- . Derivativa ventrículo-peritoneal
- . Drenaje ventricular externo y similares.
- . Oxigenador de membrana

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

g) Se podrán cobrar directamente al paciente, los elementos explicitados en la letra e) anterior y aquellos insumos o elementos que habiendo sido usados en pabellón, no estén considerados en la letra d) de este punto. En este caso, se confeccionará una lista de materiales e insumos utilizados con sus correspondientes precios, la que será ratificada con firma de personal autorizado por la entidad prestadora.

Asimismo, corresponde el cobro de las prótesis que se implanten en el quirófano, salvo que la prestación quirúrgica señale expresamente que dicha prótesis está incluida en su valor. En los casos en que la cirugía no las incluya, el beneficiario tiene derecho a la bonificación que corresponda, dentro del Grupo 23, de acuerdo al valor establecido por la respectiva Resolución del Arancel.

Cuando para efecto de cálculo de derecho de pabellón, esta normativa haga referencia a la prestación de mayor valor, se entenderá referida a la cirugía cuyo precio total por honorarios del equipo quirúrgico (no incluye honorarios de anestésista), sea mayor.

h) En caso de que un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones, el derecho de pabellón, se cancelará en el 100% de la prestación de mayor valor más el 50% de la de segundo mayor valor.

El derecho de pabellón, en los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, será la suma del 100% de una prestación más el 50% de la otra.

i) En intervenciones simultáneas, el derecho de pabellón se valorizará en 100% para la operación de mayor valor y 50% de la de segundo mayor valor.

j) En intervenciones sucesivas con participación de dos o más equipos de cirujanos, a través de la misma o diferentes incisiones, se cobrará el 100% del valor de la operación de mayor valor y el 100% de la de segundo mayor valor.

k) Para derecho de pabellón por reintervenciones, o retratamiento de Litotripsia Extracorpórea, aplicar lo señalado en estas Normas, en los puntos número 19A letra n) y 19B letra f) respectivamente.

27. PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (P.A.D.) "CUENTA CONOCIDA"

Resolución 139
EXENTA,
SALUD

27.1 Generalidades:

a) Los prestadores, que deseen acceder al mecanismo de pago PAD, deberán inscribirse en el Rol de la Modalidad de libre elección y dar cumplimiento a los requisitos de calidad, técnica y de satisfacción usuaria, establecidos en la resolución que regula el procedimiento de convenios dictada por el Fondo Nacional de Salud.

Nº 11 a)
D.O. 15.03.2014

b) Se entiende por PAD, al conjunto de prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada. La codificación arancelaria, se ha orientado a diferenciar por subgrupo, las prestaciones dirigidas a la atención cerrada (subgrupo 01) o atención ambulatoria (subgrupo 02). Por tanto, para los casos de tratamientos programados, se deberá presentar la orden médica correspondiente emitida por el médico tratante y ajustarse a lo establecido en los puntos 4 y 6 de estas Normas.

c) Para acceder a las prestaciones denominadas como PAD (Grupo 25), es necesario que el beneficiario elija, previa hospitalización, atenderse por este mecanismo, por tanto para los casos de tratamientos programados, las instituciones y los beneficiarios quedan obligados a tramitar con anterioridad el Programa de Atención de Salud.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, Nº 40
D.O. 11.05.2021

El prestador, deberá informar en forma completa y detallada al beneficiario acerca de las condiciones de la hospitalización (tipo de habitación con detalle del número de camas y disponibilidad de baño, equipo profesional, fecha y horario de la intervención, etc.).

Si en el momento de la hospitalización, no se dispusiera del tipo de habitación acordada con el paciente y habiéndose entregado el respectivo PAD al prestador, la entidad no podrá solicitar al paciente que desista de este sistema de pago con cuenta conocida, solicitando el cobro por prestación de la Modalidad de libre elección.

Los prestadores que no cuenten con capacidad resolutive para atenciones que requieran prestaciones de mayor complejidad, deberán disponer de convenios con establecimientos que cuenten con capacidad resolutive de alta complejidad y con servicios de traslado en ambulancia.

d) Para la utilización de los códigos 2504103, 2505936, 2505937, 2505939, 2505940, 2505941, 2505456, la prestación debe ser indicada por un médico especialista neurocirujano y cardiocirujano, en consulta previa a la realización de la intervención o si durante hospitalización se verificara una condición clínica que requiera estas prestaciones.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
Nº I, 37
D.O. 17.02.2020

27.2 Inscripción:

a) Los prestadores entidades o sociedades de profesionales, para otorgar integralmente las prestaciones PAD, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto.

b) La inscripción para prestaciones PAD, obliga a la entidad a cobrar por este mecanismo, con excepción de aquellos casos en que la cirugía es realizada por un profesional actuando en calidad de persona natural y la entidad requiera cobrar otras prestaciones de salud, que conforman el resto de la atención del paciente.

En estos casos y con el objeto de permitir la valorización del derecho de pabellón, las entidades

mantendrán inscritas las prestaciones trazadoras que forman parte de los respectivos paquetes PAD.

c) Tratándose de prestaciones PAD de Atención Dental, se podrán inscribir profesionales, sociedades de profesionales y entidades asistenciales, debiendo cumplir con las definiciones generales de los números 27.1. y 27.3., además de lo señalado en el número 27.5. letra C de este punto.

d) Para aquellos PAD que se asocien a una condición de emergencia, el prestador deberá contar físicamente con un Servicio de Urgencia que tenga autorización sanitaria vigente.

Resolución 427
EXENTA,
SALUD
N° I 2
D.O. 26.07.2013
Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 38
D.O. 17.02.2020

27.3 Integralidad del PAD:

a) El PAD tiene un valor único y de acuerdo a lo señalado en los art. 7° y 10° del Arancel, no tendrá derecho a recargo horario ni será afectado por el grupo de inscripción del prestador.

b) El valor del PAD, considera tanto la resolución de la patología de este paquete, como además las complicaciones derivadas de ella y el tratamiento de las lesiones iatrogénicas que se produzcan.

De esta manera, el precio del PAD incluye lo siguiente:

- . Los honorarios de todo el equipo profesional que técnicamente se requiera, bajo la responsabilidad administrativa y legal del prestador.
- . Los valores de los días camas y el derecho de pabellón, incluidas las diferencias señaladas en el art. 53 del D.S. 369/85, del Ministerio de Salud.
- . Los medicamentos e insumos utilizados durante la Hospitalización.
- . Todas las prestaciones necesarias, para resolver integralmente la patología correspondiente al PAD.
- . También incluye, la atención integral hasta 15 días después del egreso del paciente, incluyendo los controles post operatorios; la reparación de lesiones iatrogénicas y el tratamiento de las complicaciones más frecuentes derivadas de la resolución de la patología del PAD. En caso de complicaciones, se entienden incluidos el diagnóstico, el tratamiento y la hospitalización que se requiera.

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 13)
D.O. 31.01.2012

c) No cabe cobro de diferencias por ningún concepto al beneficiario, ni por días camas, derecho de pabellón, arancelera, medicamentos o insumos.

d) Para las intervenciones quirúrgicas, en las cuales por razones técnicas es necesario efectuar estudios histopatológicos, se entenderá que dichas prestaciones están incluidas en el valor del PAD.

27.4 Valorización de otras cirugías:

a) En aquellas prestaciones PAD, cuyas cirugías trazadoras son susceptibles de realizarse en forma bilateral, la definición del precio final consideró el costo de la bilateralidad, por tanto cuando un mismo equipo y en el mismo acto quirúrgico, practique en forma bilateral la cirugía que conforma el PAD, sólo corresponderá valorizar el 100% de la prestación correspondiente al Grupo

25.

b) En este caso, tampoco proceden cobros de diferencias por ningún concepto al beneficiario, ni por día cama, derecho de pabellón, arsenalera, medicamentos o insumos.

c) Si el mismo equipo y en el mismo acto quirúrgico, realiza simultáneamente otra intervención que no corresponda a la cirugía trazadora del PAD, esta última intervención deberá cobrarse en forma individual en un Programa Complementario que será visado por el Fondo, aun cuando exista un PAD específico para su tratamiento.

La segunda cirugía, se valorizará en el nivel de inscripción de la entidad prestadora, correspondiendo un 50% por los honorarios profesionales y un 50% por el derecho de pabellón.

Excepto en los códigos 2505939 y 2505456, que presenten una complicación derivada del procedimiento efectuado y que requieran manejo impostergable para superar el riesgo de muerte del paciente, donde podrán cobrarse programas complementarios.

d) En los casos de hospitalización y tratamiento, por patología diferente, no derivada de la tratada, que no corresponda a lesiones iatrogénicas y que aparezca hasta 15 días después del egreso del paciente, deberá confeccionarse un Programa Complementario, al Programa del PAD.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 39
D.O. 17.02.2020

27.5 Cobro de prestaciones PAD:

A. Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 01

a) Procede el cobro de las prestaciones del Grupo 25, sólo cuando la resolución del diagnóstico se efectúa a través de la prestación identificada como trazadora para cada PAD.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 41
D.O. 17.02.2020

B. Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 02

a) Para efecto del cobro de este tipo de prestaciones PAD, en lo conceptual normativo y en lo que corresponda, le son aplicables las disposiciones generales desde los puntos 27.1 al 27.5.

b) Para el otorgamiento de la prestación, se podrán inscribir entidades cuyos centros de atención de salud, cuenten al menos con los siguientes requisitos:

- Planta física que considere, área de recepción, sala de espera, boxes implementados para atención de pacientes, baños separados para pacientes y personal.
- Disponer de servicio de laboratorio clínico e Imagenología, acorde con las exigencias técnicas y sanitarias del caso o contar con convenio para dicho efecto.
- Profesionales de salud, tales como médico general y/o especialistas en especialidades básicas (pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia), medicina familiar adultos, medicina familiar niños, enfermera universitaria.
- En materias administrativas, contar con fichas individuales para el registro de actividades y acciones realizadas y libro de reclamos y sugerencias.



- Para los PAD asociados a atenciones de emergencia deberán contar con un Servicio de Urgencia con resolución sanitaria vigente.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 40
D.O. 17.02.2020

- c) Las prestaciones del Grupo 25, subgrupo 02, incluyen en su valor, lo siguiente:
 - . Eliminado.
 - . Para las prestaciones "Hemorroides (cód. 25-02-002)", "Várices (cód. 25-02-003)" y "Varicocele (cód. 25-02-004)", se entiende incluido en su valor, la hospitalización ambulatoria con uso de cama y atención de enfermería, la prestación trazadora y los honorarios del equipo de cirujanos y anestesista, el uso de pabellón, la arsenalera, las diferencias por día cama y pabellón, los medicamentos e insumos utilizados. La prestación PAD Várices 25-02-003, se entiende referida a tratamiento de una extremidad
 - . La prestación Vasectomía, código 25-02-022, solo podrá ser efectuada en Mayores de 18 años, requiere la emisión de orden médica por Médico-Cirujano con Especialidad Acreditada en Urología. Este código arancelario incluye día cama de Observación o un día cama en unidades médico quirúrgico, según necesidad clínica del beneficiario e indicación médica. Dicha prestación solo podrá ser efectuada en Establecimientos de salud de Salud en pabellón de cirugía mayor, se considera como una intervención bilateral con límite vida de 1 prestación por beneficiario. No incluye consulta Médica y Espermiograma de Control, posterior a la Intervención Quirúrgica en el tiempo que lo determine su Médico Tratante.
 - . La prestación Reparación Prenatal de Espina Bífida, código 25-02-023, solo podrá ser realizada en el feto, requiere de orden médica

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 42
D.O. 17.02.2020

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 14)
D.O. 31.01.2012

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 41
D.O. 11.05.2021



y será efectuada por especialista en Neurología y un Multiequipo disciplinario (Neurocirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Fetal), será efectuada solo en Establecimientos de Salud de Alta Complejidad, requiere Pabellón de Cirugía Mayor y Unidades de Neonatología, puede requerir incubadora. Los Fármacos específicos están incluidos en la prestación. No se considera criterio de exclusión la presencia de cicatriz uterina por cesárea previa.

Esta prestación excluye a pacientes con cuello < de 25mm, IMC > 35, incompetencia cervical o con cerclaje, placenta previa, parto prematuro idiopático previo < de 37 semanas, sero positivo para HIV, Hepatitis B o anomalía uterina severa, condición médica materna que contraindique la cirugía o anestesia general.

- . La prestación Crosslinking Corneal código 25-02-024, está recomendada en beneficiarios menores de 45 años, deberá ser efectuada por Médico Especialista en Oftalmología, contempla una duración de 60 minutos, solo podrá ser efectuada por establecimientos de salud en pabellón de cirugía. Su valor no considera bilateralidad, se establece un límite financiero vida de 2 prestaciones por beneficiario.

d) Eliminado.

e) Eliminado.

C. Prestaciones Dentales Grupo 25 Subgrupo 03.

Procede el cobro de las prestaciones del Grupo 25-03, cuando la resolución del diagnóstico se efectúa a través de las prestaciones identificadas en la letra c) de este apartado:

Resolución 436,
SALUD

Art. primero, N° 42
D.O. 11.05.2021

Resolución 436,
SALUD

Art. primero, N° 43
D.O. 11.05.2021



P.A.D	GLOSA
25-03-001	Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente
25-03-002	Obturación 2 hasta 4 dientes (tratamiento complementario)
25-03-003	Obturación 5 y más dientes (tratamiento complementario)
25-03-004	Tratamiento de Endodoncia Uniradicular, un diente
25-03-005	Tratamiento de Endodoncia Biradicular, un diente
25-03-006	Tratamiento de Endodoncia Multiradicular, un diente

Las prestaciones de atención dental, obturaciones y endodoncias, códigos 25-03-001 hasta 25-03-006, además de las condiciones generales establecidas para las prestaciones P.A.D., deben cumplir con la normativa específica siguiente:

a) Es responsabilidad del cirujano dentista cumplir con las disposiciones técnicas siguientes:

- Registrar en la ficha del paciente los tratamientos efectuados y su descripción detallada, la evolución y las radiografías realizadas y regirse por lo establecido en el punto 4 de esta normativa en materia de registros.

- Para el caso de los códigos 25-03-001 hasta 25-03-003, obligatoriedad de pedir radiografía bitewing o radiografía periapical previo a tratamiento, herramienta complementaria diagnóstica que determina la presencia de lesiones de caries interproximales y oclusales activas cavitadas.

- Todo diente con lesiones de caries activa cavitada, debe ser tratado en todas las caras afectadas, independiente del número que sean. Para los códigos 25-03-001, 25-03-002 y 25-03-003, obturaciones, el cirujano dentista debe registrar clínica y radiográficamente, las lesiones de caries activas cavitadas que serán obturadas, determinando aquellas que por grado de avance incipiente y ubicación no se justifica y que deben ser abordadas mediante odontología mínimamente invasiva con prestaciones descritas en código 25-03-001, y aquellas que por diagnóstico pulpar y grado de destrucción no tienen viabilidad mediante una obturación directa.

- La utilización de bases cavitarias forman parte del tratamiento y se indicarán según criterio clínico.

- Para los códigos 25-03-004, 25-03-005 y 25-03-006, endodoncias, para la indicación correcta de la obturación y rehabilitación con resina, deben cumplirse criterios clínicos y radiográficos.

- Las prestaciones de endodoncia deben tener por obligatoriedad 3 radiografías retroalveolares: previa, conductometría y control de relleno de conductos.

- El profesional puede, adicionalmente, disponer de fotografías clínicas antes y después del tratamiento efectuado (pueden ser dos de caras oclusales), almacenadas en archivos accesibles para Fonasa.

- Los tratamientos de obturación o endodoncia deben estar por lo menos un año sin presentar complicaciones.

- El profesional deberá entregar al paciente, por escrito, el diagnóstico, tratamiento efectuado, pronóstico y las indicaciones a seguir por el paciente para controlar su patología. Al mismo tiempo se deberá contar con el Consentimiento Informado firmado por parte del beneficiario.

- Para efectos de otorgar las prestaciones de imagenología requeridas para el diagnóstico clínico y tratamiento, los prestadores inscritos podrán celebrar convenios con centros de imagenología, que deberán contar con la respectiva Autorización de la Secretaría Regional Ministerial vigente y dicha prestación no podrá ser cobrada en ningún caso al beneficiario, pues su valor ya ha sido considerado en el valor total de cada PAD.

b) Disposiciones generales.

- Podrán acceder a tratamiento los beneficiarios, entre 12 años y 34 años 11 meses 29 días, que presenten lesiones de caries de una o más dientes y/o necesidad de tratamiento endodóntico.

- Para la emisión de BAS, el cirujano dentista prescribirá el tratamiento en una orden, con su nombre, firma y timbre, en la que anotará como mínimo: Nombre del paciente, diagnóstico general y específico, tipo de tratamiento a realizar, dientes comprometidos, código de arancel que solicita y consentimiento informado. Una copia de esta orden debe quedar para el paciente.

- Emitidos los BAS por FONASA, el beneficiario los entregará al profesional, quien debe presentarlos a cobro una vez terminado el tratamiento a que se refiere el código emitido.

- En materia general de vigencia de BAS, registros, emisión y pago, los cirujanos dentistas deben cumplir las condiciones señaladas en numeral 3, 4 y 6 de esta normativa.

c) Disposiciones específicas.

- La atención dental de obturaciones inicia con el código 25-03-001 Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente, cuyo BAS es comprado por el beneficiario, luego de haber asistido a la primera consulta dental y efectuada la evaluación visual bucal del cirujano dentista, este confirma que se trata de una persona que presenta lesiones de caries, solicitando los exámenes radiológicos según corresponda.

- En caso de ser necesario, se asociará a la prestación 25-03-001, un tratamiento de continuidad, usando la codificación que corresponda al número de dientes afectados (25-03-001 con 25-03-002; o 25-03-001 con 25-03-003).

- Las prestaciones 25-03-001 hasta 25-03-006 tienen una frecuencia máxima de una prestación por beneficiario por año calendario.

- Para el caso de las atenciones de pacientes con necesidad de tratamiento endodóntico, el BAS será solicitado posterior a la primera consulta dental donde se indicará el o los códigos que sean necesarios, teniendo en consideración el límite por año.

- El valor de las prestaciones de obturación y de endodoncia, incluye lo siguiente:

. Código 25-03-001 Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente. Considera el examen de salud

oral, radiografías bitewing o radiografías periapicales, educación y control de higiene oral, destartraje supragingival y/o subgingival e higiene bucal fluoración completa y sellantes en caso de necesidad de tratamiento mínimamente invasivo y la obturación de un diente (cualquier diente con composite o resina compuesta), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento. Como recomendación MINSAL, los dientes que presenten lesiones de caries activas no cavitadas no deberán ser obturadas y se realizarán medidas terapéuticas preventivas, como aplicación de flúor barniz o sellantes, consideradas dentro de este código.

. Código 25-03-002 Obturación 2 hasta 4 dientes (tratamiento complementario), considera educación y control de higiene oral y la obturación a uno o más dientes (máximo 4 dientes, cualquier diente con composite o resina compuesta), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

. Código 25-03-003 Obturación 5 y más dientes (tratamiento complementario). Considera educación y control de higiene oral y la obturación de más de 4 dientes (sin máximo, cualquier diente con composite o resina compuesta), todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

. Código 25-03-004 Tratamiento de Endodoncia Unirradicular, un diente, considera el examen de salud oral, 3 radiografías retroalveolares, una endodoncia unirradicular y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requiera y las complicaciones que deriven del tratamiento.

. Código 25-03-005 Tratamiento de Endodoncia Birradicular, un diente, considera el examen de salud oral, 3 radiografías retroalveolares, una endodoncia birradicular y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

. Código 25-03-006 Tratamiento de Endodoncia Multirradicular, un diente, considera el examen de salud oral, 3 radiografías retroalveolares, una endodoncia multirradicular y la obturación con resina compuesta o composite, todos los insumos que se requieran y las complicaciones que deriven del tratamiento.

D) Prestaciones trazadoras

Las prestaciones identificadas como trazadoras para los PAD corresponden a las que se detallan a continuación:

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
Nº I, 45
D.O. 17.02.2020

P.A.D	GLOSA	PRESTACIONES TRAZADORAS
25-01-001	Colelitiasis	18-02-028 o 18-02-029 o 18-02-081
25-01-002	Apendicitis	18-02-053
25-01-003	Peritonitis	18-02-007

Resolución 436,
SALUD



25-01-004	Hernia abdominal simple	18-02-003
25-01-005	Hernia abdominal complicada	18-02-003, 18-02-074
25-01-009	Parto (incluye tamizaje auditivo recién nacido)	20-04-003, o 005, o 006
25-01-010	Embarazo ectópico	20-03-003
25-01-014	Enfermedad crónica de las amígdalas	13-02-029
25-01-015	Vegetaciones adenoides	13-02-028
25-01-016	Hiperplasia de la próstata	19-02-005 o 19-02-056
25-01-017	Fimosis	19-02-082
25-01-018	Criptorquidia	19-02-066 o 19-02-060
25-01-019	Ictericia del recién nacido	Sin prestación trazadora
25-01-021	Cataratas (no incluye lente intraocular)	12-02-064
25-01-026	Prolapso vaginal anterior y/o posterior	20-03-023 o 024
25-01-027	Tumores y/o quistes intracraneanos	11-03-024 o 025 o 026
25-01-030	Hernia del Núcleo Pulposo (cervical, dorsal, lumbar)	11-03-049
25-01-031	Acceso vascular simple (mediante FAV) para hemodiálisis	17-03-003
25-01-032	Acceso vascular complejo (mediante FAV) para hemodiálisis	17-03-003 y 17-03-006
25-01-033	Queratectomía Fotorrefractiva o Queratomileusis Fotorrefractiva (Lasik o PRK)	12-02-078
25-01-034	Histerectomía	20-03-009 o 010 o 014 o 015 o 016
25-01-035	Menisectomía	21-04-159
25-01-036	Litotripsia extracorpórea	19-02-090
25-01-037	Síndrome del Túnel Carpiano	11-03-066
25-01-038	Ruptura Manguito Rotador	21-04-051
25-01-039	Osteosíntesis Tibio-Peroné	21-04-167
25-01-040	Osteosíntesis Muslo	21-04-144
25-01-041	Osteosíntesis Cúbito y/o Radio	21-04-073
25-01-042	Osteosíntesis Diafisaria Humero	21-04-055
25-01-043	Inestabilidad de Hombro	21-04-048
25-01-044	Endoprótesis total de hombro	21-04-042
25-01-045	Contractura Dupuytren	21-04-091
25-01-046	Hallux Valgus	21-04-190
25-01-047	Inestabilidad de Rodilla	21-04-156
25-01-048	Dedos en Gatillo	21-04-093
25-01-049	Tumores o Quistes Tendino-Musculares	21-04-026
25-01-050	Quistes Sinoviales	21-04-003
25-01-051	Tiroidectomía Total	14-02-001
25-01-052	Tiroidectomía Subtotal	14-02-002
25-01-053	Hidrocele y/o Hematocele	19-02-064
25-02-002	Hemorroides	18-03-018
25-02-003	Várices	17-03-030
25-02-004	Varicocele	19-02-075
25-02-005	Chalazión	12-02-016
25-02-006	Glaucoma tratamiento quirúrgico	12-02-045 - 12-02-069 - 12-02-068
25-02-007	Pterigión	12-02-026
25-02-008	Estudio Apnea del Sueño	11-01-045
25-02-009	Tratamiento fertilización asistida baja complejidad en hombre	Sin prestación trazadora
25-02-010	Tratamiento fertilización asistida baja complejidad en mujer	Sin prestación trazadora
25-02-011	Inducción de la Ovulación	Sin prestación trazadora
25-02-012	Aspiración Folicular	Sin prestación trazadora
25-02-013	Laboratorio FIV/ICSI	Sin prestación trazadora
25-02-014	Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	Sin prestación trazadora
25-02-015	Soporte Post Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	Sin prestación trazadora
25-02-016	Criopreservación en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	Sin prestación trazadora
25-02-017	Preparación Endometrial	Sin prestación trazadora
25-02-018	Descongelación en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad	Sin prestación trazadora
25-02-020	Clínica de lactancia (0 a 6 meses de edad)	Sin prestación trazadora
25-02-021	Mal nutrición infantil (7 a 72 meses de edad)	Sin prestación trazadora
25-02-022	Vasectomía	19-02-076
25-02-023	Reparación Prenatal de Espina Bífida	11-03-047
25-02-024	Crosslinking Corneal	Sin prestación trazadora

Art. primero, N° 44
D.O. 11.05.2021



25-03-001	Diagnóstico, Prevención y Obturación para un diente	Sin prestación trazadora
25-03-002	Obturación 2 hasta 4 dientes (tratamiento complementario)	Sin prestación trazadora
25-03-003	Obturación 5 y más dientes (tratamiento complementario)	Sin prestación trazadora
25-03-004	Tratamiento de Endodoncia Uniradicular, un diente	Sin prestación trazadora
25-03-005	Tratamiento de Endodoncia Biradicular, un diente	Sin prestación trazadora
25-03-006	Tratamiento de Endodoncia Multiradicular, un diente	Sin prestación trazadora
25-03-007	Atención Odontológica Integral del Paciente Oncológico	Sin prestación trazadora
25-04-103	Angiografía Diagnostica Cerebral	Sin prestación trazadora
25-05-936	Angioplastia y Colocación de Stent en Arteria Carotidea	Sin prestación trazadora
25-05-937	Endarterectomía Carotidea	17-03-014
25-05-939	Trombectomía mecánica infarto cerebral	Sin prestación trazadora
25-05-940	Embolizaciones de Malformaciones Vasculares No Rotas (exceptúa tratamiento endovascular del aneurisma)	Sin prestación trazadora
25-05-941	Tratamiento Endovascular de Aneurisma Cerebral No Roto	11-03-027
25-05-456	Trombolisis de urgencia infarto cerebral	Sin prestación trazadora

27.6 Normas Específicas

a) El PAD Parto considera la atención profesional del equipo completo incluyendo médico obstetra, matrona, anestesista, pediatra o neonatólogo.

Para el precio de esta prestación se han considerado valores promedio de atención de parto incluidos la madre y el recién nacido, en embarazos con evolución y desarrollo que cursa en condiciones de normalidad, excluyendo aquellos embarazos que cuenten con una ponderación de alto riesgo obstétrico y perinatal, así como en situaciones de embarazo gemelar o múltiple, debiendo recurrir en dichos casos a una atención integral en centros de alta complejidad tanto durante el embarazo como en el parto y post parto, dado que requieren intervenciones sanitarias de mayor complejidad. La inscripción para este programa se debe realizar a las 37 semanas de la edad gestacional.

La prestación 25-01-009 además de las definiciones generales señaladas en el numeral 27.3 considera incluido en su valor:

- . Atención del parto cualquiera sea la forma de resolución y la atención materna durante su hospitalización.
- . Atención de las complicaciones maternas mediante tratamiento de lesiones iatrogénicas, tratamiento de complicaciones propias del parto, tales como resuturas, vaciamientos de hematomas, infecciones urinarias, endometritis, metrorragia secundaria a inercia uterina, rotura uterina sutura y/o ectomía, desgarraduras cuello uterino.
- . Atención médica del recién nacido en sala de partos o pabellón quirúrgico, las visitas

médicas

diarias por pediatra o neonatólogo, los exámenes de rutina, el uso de cuna de procedimientos y/o fototerapia sin exsanguíneo transfusión, el uso

de

sala cuna, administración de vacunas, vitamina K y

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 46
D.O. 17.02.2020

Resolución 139
EXENTA,
SALUD
N° 11 c)
D.O. 15.03.2014
Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 47
D.O. 17.02.2020

- medicamentos de uso general.
- . Tamizaje de emisiones otoacústicas (cód. 1301045) y Potenciales Evocados Auditivos de tronco cerebral acortado (cód. 1301046)

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 48
D.O. 17.02.2020
Resolución 139
EXENTA,
SALUD
N° 11 c)
D.O. 15.03.2014

La prestación 25-01-009 no incluye en su valor:
- El tratamiento de problemas médicos presentados por la madre, tales como, embolia de líquido amniótico, coagulopatías de consumo, trombofilia, en cuyo caso se deberá confeccionar el programa complementario correspondiente.
- El tratamiento de las complicaciones del recién nacido ocasionadas por prematurez (menor de 37 semanas), malformaciones o patologías previas al nacimiento.
- La atención médica y hospitalización en partos múltiples, por tratarse de embarazos con ponderación de alto riesgo obstétrico y perinatal.

En estos casos se podrá efectuar un Programa Complementario que será visado por el Fondo, que en su parte superior señale "Programa Complementario al anterior N°.... de fecha.....". El profesional deberá fundamentar siempre en el Programa Complementario las razones que lo motivan, en el espacio destinado para ello. Para los casos que el Fondo Nacional de Salud estime pertinente, se solicitará al prestador el envío, en forma reservada, de los antecedentes clínicos.

Si no se dispone del N° del Programa original, de todas formas se deberá consignar en el recuadro destinado al informe fundado, que se trata de un Programa Complementario.

Las atenciones realizadas a un recién nacido en riesgo de muerte o riesgo de secuela funcional grave, establecido por un médico, deberán ser certificadas por Ley de Urgencia en plataforma UGCC del MINSAL, sin perjuicio de que el prestador debe otorgar las atenciones necesarias para la superación del riesgo establecido, por sus medios o mediante los convenios establecidos previamente.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 49
D.O. 17.02.2020

b) El PAD Trasplante renal no incluye el estudio de histocompatibilidad, procuramiento de órganos ni el tratamiento inmunosupresor. Las dos últimas son de cargo del beneficiario.

Para el estudio de histocompatibilidad deberá confeccionarse un Programa Complementario, el que será visado por el Fondo.

c) Los PAD correspondientes a Hernias, códigos 25-01-004 y 25-01-005, no consideran incluidos en su valor el uso de prótesis, por tanto de requerirse la colocación de ellas, el beneficiario podrá acceder a la bonificación de prótesis siempre que se confeccione un Programa Complementario con el código 23-01-013.

d) El PAD 25-01-015, incluye valores ponderados de adenoidectomía más tratamiento quirúrgico de mucositis timpánica, por tanto corresponde el cobro de esta prestación cuando se efectúe sólo la primera o cuando la cirugía incluya ambas intervenciones. En caso de realizarse, sólo tratamiento quirúrgico de mucositis timpánica, corresponde cobrar la prestación individual 13-02-008.

e) Para el pago de prestaciones PAD Cataratas, se tendrá presente:

. Las Sociedades de Profesionales, que soliciten inscripción de la prestación PAD Catarata,

deberán

informar al Fondo, los pabellones quirúrgicos de establecimientos asistenciales en los que realizarán las cirugías, debiendo además, acreditar documentalmente la autorización sanitaria vigente, de esos pabellones quirúrgicos.

. El PAD Catarata, debe entenderse como la resolución quirúrgica por patología y diagnóstico

asociado a la Catarata, cuyas condiciones básicas de calidad técnica deben considerar equipo quirúrgico completo, técnica de

facoemulsificación

o de facoéresis uso de insumos adecuados, e instalación de lente técnicamente prescrito por

el

médico cirujano.

. La prestación 25-01-021 PAD Catarata, no incluye el valor del lente intra ocular (L.I.O.), por lo que en toda intervención en que se instale dicho elemento, podrá cobrarse por separado la prótesis

al beneficiario, a través del cód. 23-01-080, debiendo confeccionarse un programa complementario para la emisión del BAS correspondiente.

. Para el Lente Intraocular que se instale (L.I.O), el prestador que cobre el PAD 25-01-021, deberá disponer en la ficha del beneficiario o en el protocolo de la intervención, información

relativa

a la prótesis instalada, contemplando a lo menos, el registro de marca, modelo, tipo, serie de fabricación, para el caso de que el Fondo los requiera durante programas de fiscalización.

. En tanto el código 12-02-064, prestación identificada como trazadora de este PAD, disponga la conformación de equipo con cirujano primero, cirujano segundo y anestesista, las intervenciones de Catarata que se cobren a través del PAD 25-01-021, se realizarán con igual número y calidad de integrantes de equipo de profesionales.

f) Las prestaciones 25-01-031 y 25-01-032, accesos vasculares simples y complejos, ambas mediante fístula arteriovenosa (F.A.V.) para hemodiálisis, están destinadas

exclusivamente a pacientes portadores de insuficiencia renal crónica que para su tratamiento con hemodiálisis en sus diferentes variedades, requieren de una fístula arteriovenosa.

Las prestaciones 17-03-003 y 17-03-006, definidas como trazadoras de la prestación 25-01-032, deberán otorgarse en forma conjunta, ya que para su realización, además de la fístula arteriovenosa, se requiere efectuar una reparación de vasos arteriales o venosos, con o sin injerto. En caso de requerirse la instalación de prótesis vasculares, la prestación 25-01-032 no incluye el valor de la prótesis.

g) Las prestaciones códigos 25-01-033 Queratectomía Fotorrefractiva o Queratomileusis Fotorrefractiva (Lasik o PRK), 25-01-035 Menisectomía y 25-01-036 Litotripsia extracorpórea, corresponden a tratamientos unilaterales, por lo que en caso de efectuarse en forma bilateral en un mismo acto quirúrgico, se extenderá un programa médico complementario, con solo los honorarios médicos al 50% y el derecho de pabellón al 50%, de la prestación realizada (trazadora del PAD).

h) El valor del PAD 25-01-033 Queratectomía Fotorrefractiva o Queratomileusis Fotorrefractiva (Lasik o PRK), incluye la prestación 12-02-047 Queratectomíalaminar, por lo que no corresponde cobro adicional si ésta se realizara. De la misma forma, no corresponde cobrar la prestación 21-04-030 Sinovectomía quirúrgica de rodilla, en conjunto con el PAD 25-01-035 Menisectomía, ya que éste la incluye.

i) P.A.D. Fertilización Asistida de Baja Complejidad.

Las prestaciones P.A.D. códigos 25-02-009 Tratamiento de Baja Complejidad en Hombre y 25-02-010 Tratamiento de Baja Complejidad en Mujer, incluyen la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial.

La cobertura financiera será otorgada sólo a beneficiarios que puedan acceder a la Modalidad de Libre Elección e incluye las consultas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología propios de este tratamiento, procedimiento de criopreservación espermática, capacitación espermática, inseminación artificial y los fármacos e insumos requeridos para realizar el tratamiento señalado.

El PAD código 25-02-010 no cubre las complicaciones que se puedan presentar en la ejecución de este tratamiento, entre ellas, el síndrome de hiperestimulación ovárica leve, moderado o severo y/o infecciones pelvianas.

La frecuencia máxima para el tratamiento de baja complejidad, en el año calendario, es de 3 prestaciones para hombre y tres prestaciones para mujer.

j) PAD Fertilización Asistida de Alta Complejidad (FAAC).

DEFINICIONES:

El proceso completo considera 8 PAD, cada uno de los

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 15)
D.O. 31.01.2012

Resolución 902
EXENTA,
SALUD
N° 1
D.O. 22.05.2019

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 50

cuales conforma una etapa de dicho proceso, y sus definiciones corresponden a:

D.O. 17.02.2020

. PAD Código 2502011.- Inducción de la Ovulación: Hiperestimulación ovárica controlada mediante estimulación hormonal de acuerdo a indicación médica, más seguimiento ecográfico para evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos ováricos. Tiene como objetivo generar, mediante esquemas de estimulación definidos según la mejor evidencia disponible y basados en la reserva ovárica de la paciente, desarrollo multifolicular, de modo de reclutar un número elevado de ovocitos adecuados para FAAC. Este proceso se encuentra supervisado completamente por médico y matrona del equipo de Medicina Reproductiva. En casos de falla en la respuesta del ovario, la paciente tendrá que ser evaluada por el equipo, para determinar la posibilidad de repetir el proceso en ciclos posteriores.

. PAD Código 2502012.- Aspiración Folicular: Posterior a la hiperestimulación ovárica controlada y una vez completada la maduración de los folículos después de la estimulación ovárica, se realiza la aspiración folicular que consiste en obtener los ovocitos del interior de los folículos. Se realiza mediante la punción del ovario a través de la vagina y es guiada al interior de los folículos mediante ecografía. Requiere sedación.

. PAD código 2502013.- Laboratorio FIV/ICSI o Fecundación: Se realiza posterior a la aspiración folicular, donde se seleccionan los espermatozoides, se fecunda el óvulo y se realiza cultivo embrionario. Puede corresponder a ambos procedimientos, es decir, Fertilización In Vitro (FIV) o Inyección Intracitoplasmática de Espermios (ICSI).

. PAD código 2502014.- Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad: Consiste en depositar los embriones en el interior de la cavidad uterina, utilizando un catéter o sonda, que se introduce a través del cuello. Éste es un procedimiento ambulatorio. El número de embriones transferidos al útero tiene que ser limitado según lo señalado en la Guía Clínica del Minsal sobre la materia (un máximo de 2 en cualquier estado de desarrollo), para disminuir la proporción de embarazos triples o mayores. Se puede utilizar nuevamente este PAD ante la necesidad de un segundo intento.

. PAD código 2502015.- Soporte Post Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad: Consiste en la administración de hormonas que son necesarias para la implantación embrionaria desde el día de la aspiración folicular hasta el día en que se confirme el embarazo, alrededor del día 12 a 14 en que se mide en sangre de la paciente la hormona Gonadotrofina coriónica humana (β HCG). Se puede utilizar nuevamente este PAD ante la necesidad de un segundo intento.

. PAD código 2502016.- Criopreservación en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad: La criopreservación permite congelar o vitrificar los embriones excedentes que se forman en la fecundación in vitro (FIV), o en la inyección intracitoplasmática del espermatozoide (ICSI). Los embriones criopreservados pueden ser transferidos en ciclos posteriores si no hubo embarazo o

para conseguir un segundo embarazo, reduciendo la necesidad de someter nuevamente a la paciente a una inducción de la ovulación y a una aspiración folicular. Este PAD sólo podrá ser usado si existen embriones excedentes. No considera la mantención de embriones.

. PAD código 2502017.- Preparación Endometrial: Su objetivo es inducir la proliferación endometrial mediante la administración de hormonas, ultrasonografía de control y seguimiento, para facilitar la implantación embrionaria y embarazo, lo que debe ser supervisado por equipo de reproducción asistida tratante.

. PAD código 2502018.- Descongelación en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad: La descongelación de embriones es un procedimiento que consiste en aumentarles la temperatura retirando los compuestos crioprotectores. Luego se hidratan nuevamente para reanudar su crecimiento y ser depositados posteriormente en la cavidad uterina, mediante el proceso de transferencia embrionaria.

GENERALIDADES:

■ . Los prestadores que deseen inscribir estas prestaciones, deberán dar cumplimiento a todas las normas del Ministerio de Salud sobre la materia acorde a lo recomendado en la "Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad", adicionalmente el prestador deberá cumplir las siguientes normas de calidad:

■ a. Contar con indicadores de calidad (para reporte), que aseguren la calidad del laboratorio y de los procesos clínicos que allí se realizan. Entre ellos:

Indicador	Objetivo	Nombre	Forma de cálculo
1	Asegurar buenas prácticas	Tasa de Multigestación (embarazos triples o más)	(Embarazos múltiples (triples o más) / Total de embarazos) x 100
2	Asegurar buenas prácticas	N° de embriones transferidos	Total de embriones transferidos igual o menor a 2
3	Asegurar Calidad	N° de Partos	N° de Partos / Total de transferencias embrionarias realizadas
4	Asegurar Calidad	N° de embarazos Clínicos (embrión con latido)	Embarazos clínicos (embrión con latidos)/ Total de transferencias realizadas

. Los indicadores informados serán puestos a disposición del público por el Fondo Nacional de Salud.

. Por otra parte, deberán estar en condiciones y contar con capacidad resolutoria para cumplir con el proceso clínico en su totalidad; es decir, otorgar todos los PAD relativos a FAAC.

. Los prestadores que no cuenten con Resolución Sanitaria para expendio de medicamentos, deberán disponer de convenios con establecimientos autorizados para ello. En

ningún caso esto significará un cobro adicional, toda vez que los medicamentos están incluidos en el tratamiento.

. En caso de requerir hospitalización, según definición de cada PAD (Día cama ginecológico), el prestador que no cuente con la infraestructura necesaria, deberá contar con el correspondiente convenio con un establecimiento que acredite la capacidad resolutoria para tal efecto

. En ningún caso esto significará un cobro adicional, toda vez que el Día cama esté incluido en el tratamiento.

. Cada bono PAD deberá ser adquirido con la correspondiente indicación médica (Orden Médica), entregada por el especialista de Medicina Reproductiva, del prestador que otorgue el tratamiento completo, que evalúa a la pareja y certifica con ello que son candidatos clínicamente a acceder a este tipo de tratamientos (certificado que acredite que cumple con los criterios de inclusión explicitados en Guía Clínica del Minsal sobre la materia).

. Suspensión o abandono del proceso en alguna de las etapas definidas:

En caso de abandonar el tratamiento, por alguna causa de tipo médica o de fuerza mayor, se podrá retomar el flujo de dicho tratamiento, dependiendo de la fase en que se encuentre según indicación médica y según límite financiero estipulado para estas prestaciones. A modo de ejemplo, si una paciente logra llegar a la etapa de aspiración folicular y cursa con un Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO) que impide la transferencia inmediata por una razón clínica; y sin embargo, la inducción de la ovulación fue exitosa, sus embriones (post laboratorio FIV/ICSI), serán criopreservados, en espera de la continuidad de tratamiento a través de evaluación e indicación médica. En estos casos deberán acceder sólo a las canastas de: Descongelación en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad, Preparación Endometrial, Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad y Soporte Post Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad, ya que corresponde a una continuidad de tratamiento.

. Los 8 PAD definidos, tanto para el primer como sucesivos intentos (máximo 2 intentos completos), forman parte de un proceso continuo el que debe cumplir con los requisitos establecidos en esta normativa.

. El prestador no podrá efectuar de manera aislada la prestación cód. 2502014 "Transferencia en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad". Tampoco podrá efectuar el traslado de embriones desde un centro a otro, con excepción de situaciones de fuerza mayor.

. El prestador debe llevar un registro fechado en ficha clínica y protocolos que permitan identificar a los beneficiarios en tratamiento (RUT, nombre, entre otras) y especificaciones de el o los tratamientos realizados, con su diagnóstico, consentimientos informados y respectivas indicaciones, resultados de cada PAD, entre otras, con el objeto de que Fonasa efectúe las fiscalizaciones correspondientes. Además debe indicar que la pareja o beneficiaria ya agotó todas las posibilidades en

tratamientos de baja complejidad, ello cuando el diagnóstico lo permita.



ACCESO:

. Para acceder a la cobertura financiera, la mujer debe ser beneficiaria de Fonasa (tramo B, C, D), y cumplir alguna de estas dos condiciones:



- 1.- Contar con diagnóstico previo de infertilidad.
- 2.- Su pareja, siendo asegurado de Fonasa (Tramo B, C, D) cuente con diagnóstico previo de infertilidad.

. La pareja o la beneficiaria, que deseen ingresar al proceso, deberán haber agotado previamente todas las posibilidades clínicas en tratamientos de fertilidad de baja complejidad, tales como Estimulación de la Ovulación e Inseminación Intrauterina, de acuerdo a la etiología de la infertilidad que presenten, manejo de patologías como la endometriosis leve a moderada, entre otras o que la pareja o beneficiaria por indicación clínica es candidata directa sólo a este tipo de procedimientos y cumplir con las indicaciones de procedimientos de fertilización asistida definidas en la "Guía para el Estudio y Tratamiento de la Infertilidad" del Ministerio de Salud. Lo cual podrá ser verificado mediante procesos de fiscalización.

. Contar con diagnóstico de Infertilidad e indicación clínica de médico especialista del Centro especializado donde realizarán el tratamiento de fertilización asistida de alta complejidad. La evaluación clínica realizada a la pareja o beneficiaria, es la que permitirá definir si cuentan con las condiciones clínicas óptimas para la ejecución de este tipo de tratamiento.

. Cada etapa del proceso requerirá contar con el correspondiente Consentimiento Informado, de acuerdo a la normativa vigente. Especialmente se debe explicar el sentido y alcance del artículo 182 del Código Civil.

. La pareja o beneficiaria no debe contar con antecedentes de deserción injustificada en tratamientos anteriores.

. Toda mujer que cuente con Reserva Ovárica, medida mediante Procedimientos de Imagenología y Laboratorio. Prevalecerá el criterio de Reserva Ovárica, por sobre la edad para la mujer, según criterio médico. La determinación de la reserva ovárica permite identificar el tipo de respuesta que podría tener la mujer; ya sea inadecuada o excesiva, al realizarse el tratamiento de reproducción asistida, lo cual deberá ser evaluado por el médico tratante, quien emite la orden de atención.

. Las Mujeres deben encontrarse libres de patologías concomitantes que impidan comenzar el tratamiento. Si cursa alguna patología crónica, ésta debe estar compensada para su derivación y posterior inicio de tratamiento de infertilidad de alta complejidad.

. No podrán optar a este tratamiento, las parejas en que uno o ambos miembros de ella padezca(n) alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) activa, especialmente Chlamydia Trachomatis y Gonorrea; y VIH (+) con carga viral detectable.

INCLUYE:



. Tratamiento hormonal necesario y completo con sus respectivos medicamentos.

. Honorarios médicos y todas las consultas de matrona y de psicólogo del equipo tratante.

. Exámenes de imagenología y laboratorio necesarios, durante todo el tratamiento (ecografías, Anticuerpos virales, determ. de H.I.V., Hepatitis B, entre otros).

. Día cama ginecológico, cuando corresponda.

NO INCLUYE EL FINANCIAMIENTO DE:



. Donantes de bancos de espermios, Ovodonación, ni útero subrogado.

. Las complicaciones que se puedan presentar durante la ejecución de este tratamiento, entre otras, el síndrome de hiperestimulación ovárica leve, moderado o severo y/o infecciones pelvianas, lesiones vasculares en culdocentesis, lesión uretral y/o vesical. En aquellos casos, las pacientes deberán recurrir a su Red Pública o Privada de atención, cuya cobertura financiera será la que otorga Fonasa dependiendo del tramo en el cual se encuentra la asegurada y la modalidad de atención seleccionada.■

. La mantención de los embriones criopreservados, en cuyo caso el costo mensual para mantenerlos, será de cargo de la pareja.

. Los exámenes y procedimientos necesarios tanto para el Diagnóstico de Infertilidad como del tratamiento (por ejemplo manejo de endometriosis).

. La evaluación previa de la paciente, por parte del equipo de Reproducción Asistida, desde la cual se obtendrá la respectiva "Orden Médica" para realizar las técnicas de fertilización de alta complejidad.

. Anestesia general o regional-espinal para aspiración folicular en caso de ser requerida por voluntad expresa de la paciente.



LÍMITE FINANCIERO:



La mujer en tratamiento de Fertilización Asistida de Alta Complejidad, podrá optar a dos ciclos completos, de acuerdo a las siguientes alternativas:



.

Especificaciones	Financiamiento
A. Primer ciclo completo desde la inducción de la ovulación hasta la transferencia, incluida la preparación endometrial, el soporte post transferencia y la criopreservación cuando corresponda.	<p>Se podrá utilizar cualquiera de las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternativa 1: A y B • Alternativa 2: A y C • Alternativa 3: solo D
B. En caso de que el primer intento sea fallido, sin éxito de embarazo y además sin obtención de embriones excedentes, podrá acceder a un segundo ciclo completo desde la inducción de la ovulación, incluido el soporte post transferencia y la criopreservación cuando corresponda.	
C. En caso de contar con embriones criopreservados producto de la utilización del primer ciclo completo desde la inducción de la ovulación, sólo podrá acceder a un segundo ciclo a partir de la descongelación y continuar con la preparación endometrial, transferencia y soporte post transferencia.	
D. En caso de contar con embriones propios criopreservados en el prestador en convenio producto de tratamientos anteriores a la vigencia de estos PAD, podrá optar a 2 ciclos desde la transferencia, incluida la preparación endometrial, el soporte post transferencia y la descongelación.	

k) PAD Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad)
Código: 2502020":

Descripción:

Corresponde a una intervención profesional integral, inmediata y de seguimiento para acoger a las mujeres, sus hijos/as y familia, con y sin dificultades en el proceso de amamantamiento, en su contexto multidimensional.

Generalidades

Esta prestación está destinada a inducir, mantener, o recuperar la lactancia materna "madre e hijo(a)", la lactancia mixta (que combina la leche materna y la artificial) u otras alternativas.

Frente a la presencia de dificultades, podrán ser acompañados en su resolución mediante atención profesional, para evaluar el proceso y otorgar la debida educación y orientación.

Este PAD integral incluye la consulta por profesional de salud (Matrona o Enfermera o Nutricionista) y 2 sesiones de consejería en técnicas de lactancia y alimentación saludable, en caso de sospecha de alergias alimentarias o alguna patología del niño(a), se deberá derivar inmediatamente a médico pediatra, considerando en el caso de las alergias alimentarias, apoyo de nutricionista en la alimentación de la madre y también incluye una atención psicológica a la madre cuando se requiera.

Se consideran incluidos los insumos de enfermería tales como sonda de alimentación, jeringa, contenedor, guantes, entre otros, necesarios para la atención.

Este PAD no incluye los alimentos o leche artificial, solicitados en las sesiones correspondientes.

La inscripción de esta prestación corresponderá solo a entidades. La institución que inscriba este PAD debe contar con profesionales de la salud certificados en la

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 51
D.O. 17.02.2020

Superintendencia de Salud: Matronas (es) y Enfermeras (os), pudiendo requerirse de manera adicional con profesional Nutricionista y/o Psicólogo(a).

La restricción en cuanto a edad, irá desde los 0 a 6 meses de edad.

El límite financiero será de 2 prestaciones como Máximo Anual (periodo 0 a 6 meses de edad), pudiendo comprarse a nombre del lactante, accediendo de manera espontánea o derivado por algún miembro del equipo de salud.

1) PAD Mal Nutrición Infantil (Código 2502021):

Descripción.

Intervención integral nutricional, para el manejo de la malnutrición infantil.

Resolución 54

EXENTA,

SALUD

N° I, 52

D.O. 17.02.2020

Generalidades

Este PAD incluye de manera integral dos consultas profesionales por Nutricionista principalmente, siendo una de ella de seguimiento, dos sesiones de consejería en técnicas de lactancia y alimentación saludable, una atención psicológica a la madre, cuando se requiera, e insumos de enfermería en general.

Este PAD no incluye los alimentos o leche artificial, solicitados en las sesiones correspondientes.

La inscripción de esta prestación corresponderá solo a entidades. La institución que inscriba este PAD debe contar como requisito mínimo con profesional nutricionista certificado en la Superintendencia de Salud, pudiendo requerir de manera adicional profesional Enfermeras (os) y/o Psicólogo(a).

La restricción en cuanto a edad, irá desde los 7 meses a 72 meses de edad.

El límite financiero será de 2 prestaciones como Máximo Anual (desde los 7 a 72 meses de edad del niño) pudiendo comprarse a nombre del menor beneficiario, accediendo de manera espontánea o derivado por algún miembro del equipo de salud. En aquellos casos de sospecha de alergias alimentarias o alguna patología del niño(a), deberá derivarse inmediatamente a médico pediatra.

27.7 "PAD programa Cardiovascular Grupo 25 sub Grupo 04"

Generalidades

El punto 27.7 considera 7 PAD, cada uno de los cuales conforma una prestación en sí misma y sus definiciones corresponden a:

Resolución 54

EXENTA,

SALUD

N° I, 53

D.O. 17.02.2020

. PAD código 2505936 Angioplastia y Colocación de Stent en la Arteria Carótida Interna: Tratamiento del Ataque Cerebrovascular isquémico y/o infarto cerebral o en su profilaxis producido por disecciones y/o estenosis arterioesclerótica de la arteria carótida interna.

Habitualmente la angioplastia carotidea se combina con la colocación de Stent. La colocación de Stent comprende colocar una malla metálica pequeña (Stent) en la arteria obstruida.

. PAD código 2505937 Endarterectomía Carotidea: Es una intervención quirúrgica bajo anestesia general o local, en la que se extraen las placas que obstruyen la arteria mediante una incisión a lo largo de la parte delantera del cuello, abriendo la arteria carótida. Se repara la arteria con suturas o un parche hecho con una vena o material sintético (injerto).

. PAD código 2505940 Embolizaciones de Malformaciones Vasculares Cerebrales No Rotas (exceptúa tratamiento endovascular del aneurisma): Las malformaciones arteriovenosas cerebrales no rotas, son un ovillo de vasos sanguíneos anormales que conectan las arterias y las venas en el cerebro.

. Una malformación arteriovenosa puede manifestarse en cualquier lugar del cuerpo, así como en el cerebro o la columna vertebral. Se desarrollan a cualquier edad, pero por lo general los síntomas se presentan entre los 10 y los 40 años. Con el tiempo, las malformaciones arteriovenosas se pueden romper y de esta forma dañar el tejido cerebral, provocando epilepsia o hemorragias cerebrales.

. PAD código 2505941 Tratamiento Endovascular de Aneurisma Cerebral No Roto: Un aneurisma cerebral (también conocido como aneurisma intracraneal) es una dilatación focal anormal de una arteria cerebral que sobresale como un globo y que se puede romper con facilidad. El aneurisma puede presionar un nervio o el tejido cerebral circundante, ocasionando síntomas.

En caso de ruptura, el sangrado puede dar origen a un hematoma intracerebral y/o extenderse al espacio sub-aracnoideo, causando una hemorragia sub-aracnoidea.

La rotura de un aneurisma es una urgencia cerebrovascular con alta mortalidad y alta discapacidad en los que sobreviven.

. PAD código 2504103 Angiografía Cerebral Diagnóstica: En la angiografía se inyecta un medio de contraste a través de un catéter intra arterial; se utilizan rayos X, con substracción digital y procesamiento 3D para visualizar los vasos sanguíneos del cerebro. Es un procedimiento invasivo que requiere sedación, monitoreo anestésico y que, de no mediar complicaciones, requiere de un día de hospitalización.

. PAD código 2505939 Trombectomía Mecánica en el Infarto Cerebral: Es un tipo de tratamiento de urgencia para el Ataque Cerebrovascular isquémico (infarto cerebral), que consiste en la extracción del trombo o coágulo que se encuentra ocluyendo un vaso sanguíneo cerebral, por vía endovascular, mediante el uso de un dispositivo mecánico (Stent retriever u otro). Es un procedimiento invasivo que se realiza en un pabellón especializado, requiere monitoreo anestésico y sedación del paciente.

. PAD código 2505456 Trombólisis intravenosa en el Infarto Cerebral: La trombólisis intravenosa consiste en la administración de un fármaco fibrinolítico por una vía venosa periférica. Se recomienda el tratamiento trombolítico con Alteplase (r-TPA) para el tratamiento de

pacientes con infarto cerebral agudo de menos de 4 horas y media de evolución. La administración del fármaco se debe realizar lo antes posible, pues mientras antes se realice el tratamiento, mejores serán los resultados. Algunos pacientes con más de 4 horas y media y hasta 9 horas de evolución, o con hora de inicio incierto, que son seleccionados en base a estudios imagenológicos avanzados (Resonancia Magnética o estudios de Perfusión), también se benefician del tratamiento trombolítico.

La selección de los pacientes candidatos a recibir el tratamiento trombolítico debe ser muy cuidadosa, siguiendo los protocolos establecidos para ello. La indicación terapéutica debe ser realizada por un especialista neurólogo, ya sea que se encuentre presencialmente o bien que asista a través de telemedicina. Debe ser realizada en establecimientos que cuenten con los recursos necesarios para el cuidado de estos pacientes, así como para el tratamiento de las posibles complicaciones.

Los siete PAD-ACV incluyen derecho a pabellón, los días cama y los insumos necesarios que se requieran (Stents, catéter, guías de catéter, fármacos, entre otros).

Estas prestaciones del Grupo 25 Subgrupo 04, son excluyentes con las prestaciones del Grupo 28 sub grupo 03, por lo que no podrán cobrarse en forma conjunta.

Los bonos deberán ser adquiridos con la correspondiente indicación médica (Orden Médica), entregada por el especialista Neurólogo y/o Neurocirujano para los códigos 2505940, 2505941, 2505939, 2505456, 2504103, 2505936, 2505937, a los beneficiarios que son candidatos clínicamente a acceder a las prestaciones señaladas en los PAD. Los bonos de las prestaciones podrán ser adquiridos hasta 10 días posteriores al alta del beneficiario.

Se excluye la evaluación previa del paciente, por parte del equipo médico tratante desde la cual se obtendrá la respectiva "Orden Médica" para realizar las prestaciones necesarias. En los casos en que el beneficiario requiera ser trasladado a otro centro asistencial, este no se encuentra incluido en el valor del PAD.

Los PAD no incluyen las complicaciones ni otras prestaciones que se deriven del o los procedimientos realizados.

Las entidades que solicitan inscribir estas prestaciones, los prestadores deberán cumplir al menos con las siguientes disposiciones:

- . Contar con Resolución Sanitaria para otorgar estas prestaciones y contar con capacidad resolutoria para cumplir con los procesos clínicos inscritos, relacionados con el Programa Cerebro Vascular (PCV) relativos al Ataque Cerebrovascular.

- . Contar con Unidad de Emergencia para el otorgamiento de las prestaciones código 2803939 y 2803456

- . Convenios con establecimientos de mayor complejidad en los casos que se requiera.

- . Médicos especialistas certificados por la Superintendencia de Salud: Neurólogos, Neurocirujanos,

Cirujanos Vasculares, Anestesiólogos, entre otros.

. Protocolos clínicos para cada una de las prestaciones en cada establecimiento.

. Infraestructura, incluyendo Unidad de Tratamiento del Ataque Cerebrovascular (UTAC) o Intermedio Neurológico, pabellón de Hemodinamia, Servicio de Urgencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Imagenología, que sean necesarios para la realización de las prestaciones inscritas.

. Aquel Prestador que inscriba los PAD de los Códigos: 2505936 Angioplastia y Colocación de Stent en la Arteria Carótida, 2505937 Endarterectomía Carotidea, 2505940 Embolizaciones de Malformaciones Vasculares No Rotas (exceptúa tratamiento endovascular del aneurisma), 2505941 Tratamiento Endovascular de Aneurisma Cerebral No Roto, deberán contar con pabellón de Hemodinamia para la realización de los procedimientos, y tener convenios con establecimientos que cuenten con capacidad resolutive de alta complejidad y con servicios de traslado en ambulancia, esto para efectos en los casos que el prestador no cuente con estos servicios y el beneficiario requiera un traslado.

■

Límite de edad

Los códigos de los PAD descritos no presentan restricción etaria establecida.

Límite financiero

Los PAD de los códigos 2505940 Embolizaciones de Malformaciones Vasculares No Rotas (exceptúa tratamiento endovascular del aneurisma), 2505941 Tratamiento Endovascular de Aneurisma Cerebral No Roto, 2505939 Trombectomía Mecánica en el Infarto Cerebral tienen como límite financiero establecido un máximo de dos prestaciones por beneficiario por año.

El PAD código 2505456 Trombólisis de Urgencia Infarto Cerebral tiene como límite financiero establecido un máximo de una prestación por año por beneficiario.

Los PAD de los códigos 2504103 Angiografía Diagnóstica Cerebral, 2505936 Angioplastia y Colocación de Stent en la Arteria Carótida, 2505937 Endarterectomía Carotidea, no presentan límite financiero establecido.

28. PAGO ASOCIADO ATENCIÓN EMERGENCIA (P.A.E.).

28.1 Definiciones:

a) "Atención Médica de Emergencia o Urgencia": Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas, en atención cerrada o ambulatoria, a una persona que se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia hasta que se encuentre estabilizada.

En el caso de pacientes trasladados desde otro centro asistencial público o privado, solamente se considerará atención médica de emergencia o urgencia en el caso de que el centro asistencial que remite al paciente carezca de las condiciones para estabilizarlo, lo que debe ser certificado por el encargado autorizado de la unidad de urgencia que lo remite, quedando excluidos los traslados decididos por terceros ajenos al establecimiento público o privado donde está recibiendo la primera atención.

No se considerará atención médica de emergencia o urgencia, la que requiera un paciente portador de una patología terminal en etapa de tratamiento sólo paliativo, cuando esta atención sea necesaria para enfrentar un cuadro patológico derivado del curso natural de la enfermedad o de dicho tratamiento."

b) "Emergencia o Urgencia": Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable.

La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinado en la primera atención médica en que la persona sea atendida, ya sea en una unidad de urgencia pública o privada, por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano de acuerdo con un protocolo dictado por el Ministerio de Salud y aprobado por decreto suscrito bajo la fórmula "Por Orden del Presidente de la República". Dicha condición de salud o cuadro clínico deberá ser certificada por el médico que la diagnosticó."

c) "Certificación de estado de emergencia o urgencia": Es la declaración escrita y firmada por un médico cirujano en una unidad de urgencia, pública o privada, dejando constancia que una persona determinada, identificada con su nombre completo, Rut y sistema de seguridad social de salud, se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia de conformidad con el protocolo sobre la materia dictado por el Ministerio de Salud, diagnóstico probable y la fecha y hora de la atención.

Dentro de las primeras tres horas de emitida la certificación de urgencia, el centro asistencial avisará este hecho, por el medio más expedito, al Servicio de Salud del que es beneficiario el enfermo, o a quien sea su delegado para esta función, el cual podrá siempre acceder al paciente y/o solicitar información adicional."

d) "Paciente estabilizado": Aquel que, habiendo estado en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales o ha superado el riesgo de secuela funcional grave de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

El Servicio de Salud al que compete atender al enfermo, o su delegado, podrá siempre acceder al paciente para constatar su condición de estabilización y, de ser ese el caso, impetrar su traslado al centro asistencial de la red de salud que determine o a su domicilio, si aún ello no se ha dispuesto, asumiendo la responsabilidad del traslado.

La estabilización del paciente deberá certificarse por el médico tratante, ya sea en la unidad de emergencia o en la de hospitalización a que hubiera sido ingresado, indicando la fecha y hora en que ello ha ocurrido, y se avisará este hecho inmediatamente, por el medio más expedito, al Servicio de Salud correspondiente, o a quien

éste hubiese delegado la función."

e) "Pago Asociado Atención de Emergencia": Es la atención o conjunto de prestaciones que se otorga a una persona, desde que su condición de salud o cuadro clínico de emergencia ha sido debidamente certificada por un médico cirujano, en una unidad de emergencia privada, hasta que el paciente se encuentra estabilizado.

En estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Una vez certificada la estabilización, termina la responsabilidad legal financiera de FONASA con el prestador, ya que estando el paciente fuera de riesgo de muerte, e independientemente de su gravedad, se entiende que puede ser trasladado a otro establecimiento asistencial, momento en que el beneficiario tiene el derecho a decidir por la modalidad en la que desea seguir atendándose, lo que condicionará la forma de financiamiento de las atenciones post estabilización.

f) Unidad de Urgencia:

Para efectos de la aplicación del Arancel, se entiende por unidad de urgencia, al servicio de atención médico quirúrgico, ubicado en las instalaciones de un establecimiento de salud, cuya dotación de médicos, enfermeras y/o matronas, otros profesionales de salud y personal auxiliar de enfermería, aseguran la atención permanente y preferente las 24 horas del día y los 365 días del año, de pacientes cuya gravedad y estado crítico puedan implicar riesgo vital y eventuales secuelas.

Estos servicios deben contar con la infraestructura y el equipamiento que permitan atenciones de emergencia o urgencia de alta, mediana y baja complejidad, con médicos especialistas, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas (laboratorio, imagenología y banco de sangre), unidades de cuidado intensivo y de tratamiento intermedio propias o red de derivación expedita.

El Ministerio de Salud efectuará la acreditación de las Unidades de Emergencia de los establecimientos de salud privados de nivel nacional.

g) "Secuela grave": Es la pérdida definitiva de la función del órgano o extremidad afectada.

h) Tratándose de atenciones otorgadas por médico en un servicio de urgencia de establecimiento privado, en la que el profesional establece que la condición de salud o cuadro clínico del beneficiario no constituye riesgo vital y/o secuela funcional grave para la persona, se entenderá que el pago de la respectiva atención no corresponde al marco establecido por la Ley N° 18.469, modificada por la Ley N° 19.650, por lo que su cobro se realizará a través del código 01-01-001 consulta médica.

En los casos de atención médica de emergencia o urgencia consideradas tales de conformidad con lo establecido en el artículo 3° del D.S. N° 369 de 1985, el

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 54
D.O. 17.02.2020

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 55
D.O. 17.02.2020

Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor de las prestaciones que haya otorgado a sus beneficiarios -, hasta que se encuentren estabilizados,- de acuerdo a los mecanismos dispuestos en los Libros I y II del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud. De este modo, la atención de emergencia o urgencia se considerará otorgada en modalidad de libre elección o en modalidad institucional, según se trate de establecimiento privado o público, respectivamente, y según el tipo de convenio que mantenga vigente el prestador con FONASA o con los Servicios de Salud.

28.2 Prestaciones de emergencia.

Las prestaciones asociadas a la emergencia o urgencia por riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional grave para la persona, permiten otorgar la atención inmediata e impostergable al beneficiario hasta lograr su estabilización de modo que, aun cursando alguna patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento, a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

Del análisis y revisión de costos, bajo la metodología de promedios ponderados y promedios simples de cada código existente, ha demostrado que en contexto de valores pecuniarios, la resolución médica no se asocia exclusivamente a niveles de complejidad resolutoria, sino más bien a un concepto estadístico de Clase cercano a los rangos más frecuentes de costo efectivo por las atenciones de salud otorgadas, debido a lo cual se reclasifican las prestaciones P.A.E., en los códigos siguientes:

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 56
D.O. 17.02.2020

Resolución 139
EXENTA,
SALUD
N° 12
D.O. 15.03.2014
Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 57
D.O. 17.02.2020

Código	Glosa
28-02-201	P.A.E. Clase 201
28-02-202	P.A.E. Clase 202
28-02-203	P.A.E. Clase 203
28-02-204	P.A.E. Clase 204
28-02-205	P.A.E. Clase 205
28-02-301	P.A.E. Clase 301
28-02-302	P.A.E. Clase 302
28-02-303	P.A.E. Clase 303
28-02-304	P.A.E. Clase 304
28-02-305	P.A.E. Clase 305
28-02-401	P.A.E. Clase 401

Estas prestaciones tienen las características y condiciones siguientes:

. Disponen de un valor único, y de acuerdo a lo señalado en los artículos 7° y 10° del Arancel, no



tienen derecho a recargo horario, ni son afectadas por el grupo de inscripción del prestador.

. Corresponden al pago de las atenciones otorgadas, desde el día y hora en que se certificó la condición de emergencia riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional grave, hasta el día y hora en que se logró la estabilización del paciente.

. Las prestaciones P.A.E. incluyen en su valor:

- La primera atención de médico en servicio de urgencia.

- Día cama de hospitalización y las diferencias informadas.

- Exámenes de laboratorio.

- Exámenes de imagenología.

- Procedimientos diagnóstico terapéuticos.

- Intervenciones quirúrgicas.

- Derecho de pabellón y las diferencias informadas.

- Atención de médicos, enfermeras u otros

profesionales de salud.

- Insumos y medicamentos.

- Atención de especialistas, y todo aquel servicio de salud que requiera el paciente hasta lograr su estabilización, ya sea en el servicio de urgencia o en otra sala de hospitalización.

- Los códigos P.A.E., que correspondan a los precios asociados a las atenciones otorgadas, serán incluidos por el centro asistencial privado, en un programa médico, que será presentado ante el Fondo Nacional de Salud, para la emisión de la orden de atención de salud y el otorgamiento del préstamo médico respectivo.

Para los códigos 2803939 "PAE Trombectomía mecánica infarto cerebral" y 2803456 "PAE Trombólisis de urgencia infarto cerebral", por estar relacionado a una atención de Emergencia, debe tener una certificación de emergencia para hacer efectivo el cobro mediante estos códigos, sin perjuicio de que otras atenciones otorgadas serán financiadas por los PAES del grupo 28-02.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD

CÓDIGO	DENOMINACIÓN
2803936	PAE Angioplastia y Colocación de Stent en Arteria Carotidea
2803937	PAE Endarterectomía Carotidea
2803939	PAE Trombectomía mecánica infarto cerebral
2803940	PAE Embolizaciones de Malformaciones Vasculares No Rotas (exceptúa tratamiento endovascular del aneurisma)
2803941	PAE Tratamiento Endovascular de Aneurisma Cerebral No Roto
2803103	PAE Angiografía Diagnostica Cerebral
2803456	PAE Trombólisis de urgencia infarto cerebral

Nº I, 59
D.O. 17.02.2020

* Estas prestaciones PAE no podrán cobrarse en forma conjunta con las prestaciones PAE Clase 201, 202, 203, 204, 205, 301, 302, 303, 304, 305 y 401. Asimismo, tampoco podrán cobrarse en forma conjunta con las prestaciones PAD 2504103, 2505936, 2505937, 2505939, 2505940, 2505941 y 2505456.

** Las prestaciones PAE grupo 28 sub grupo 03 están

sujetas a las mismas normas que rigen las demás prestaciones PAE, y su cobertura comprende desde el ingreso al centro asistencial hasta la estabilización del paciente.

28.3 Coordinación con Servicio de Salud y Traslado.

Se avisará inmediatamente, por el medio más expedito, al Servicio de Salud correspondiente, o a quien hubiese delegado la función, los casos de pacientes con certificación de emergencia ya estabilizados y que han optado por la Modalidad de Atención Institucional para coordinar el traslado sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

Para efectos del traslado, se considerarán las siguientes alternativas:



a) Traslado en Modalidad de Atención Institucional

Si el beneficiario o quién asuma su representación, optan por la Modalidad de Atención Institucional, y el prestador no es de aquellos que integran la red asistencial, el respectivo Servido de Salud en el cual está inscrito este beneficiario deberá realizar las gestiones tendientes a trasladarlo a la red pública, o a otro establecimiento privado con el cual exista convenio. Los gastos de traslado serán de cargo del Servicio de Salud.

Si el traslado no es posible, y el beneficiario debe permanecer en el establecimiento privado, entre el Servido de Salud y el prestador se generará una compra de servidos, que debe ser asumida íntegramente por el Servicio de Salud comprador, sin perjuicio de que respecto del beneficiario, se trata de una atención en Modalidad de Atención Institucional. En este caso, el cobro y pago de la hospitalización, debe requerirse por el prestador privado, directamente al Servicio de Salud contratante.

Los Servicios de salud, podrán otorgar mandato especial al Director del Fondo Nacional de Salud, para que en su representación y con cargo a los recursos que FONASA administra centralizadamente para estos casos, pague a los prestadores privados las atenciones de salud, otorgadas con posterioridad a la certificación de estabilización, de acuerdo al procedimiento que para dicho efecto dicte el Fondo Nacional de Salud.

b) Traslado en Modalidad Libre Elección.

Sin perjuicio de lo establecido en el punto precedente, el beneficiario o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en la Modalidad de libre elección, en otro, o en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. Si es en otro prestador, el paciente deberá costear el traslado y todos los gastos que se asocien.

c) Para pacientes estabilizados que se trasladan, se dejará constancia en un documento, ficha clínica y/o dato

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 60
D.O. 17.02.2020
Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 61
D.O. 17.02.2020

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 62

de atención de urgencia, de la fecha y hora del traslado, centro asistencial que recibirá al enfermo, condiciones clínicas en las que se realiza el traslado, epicrisis con detalle de las atenciones efectuadas, nombre del médico cirujano que certifica la estabilización, nombre del médico cirujano que coordina el traslado al Servicio de Salud correspondiente, o a quien éste hubiese delegado la función.

D.O. 17.02.2020

En el caso de aquellos pacientes, en que a pesar del tratamiento no se logra la estabilización resultando imposible efectuar su traslado, el Fondo Nacional de Salud dispondrá los mecanismos de pago y operativa a usar para estas situaciones. Sin perjuicio de ello, la situación clínica de esos pacientes, será comunicada al Servicio de Salud correspondiente, o a quien éste hubiese delegado la función.

28.4 Proceso de Fiscalización, Emisión y Pago a Prestadores:

a) Cuando por atenciones otorgadas a un paciente, se requiera el pago correspondiente a emergencia, debidamente certificados por médico cirujano, éste será efectuado por el Fondo, preferentemente a través de órdenes de atención de salud emitidas para prestaciones grupo 28 subgrupo 01, 28-01-001 al 28-01-102.

b) Para la emisión de dichas órdenes, los prestadores deberán confeccionar un programa de atención de salud, de acuerdo a lo señalado en el punto 3 de estas normas, indicando la fecha de la atención de emergencia riesgo vital y/o riesgo de secuela funcional grave, según se haya certificado por médico cirujano tratante.

c) Asimismo el prestador adjuntará un documento en el que se detalle lo que sigue:

- . Nombre del paciente.
- . Fecha y hora de atención.
- . Nombre y RCM o RUT, del médico que certificó la emergencia.
- . Fecha y hora de certificación de la emergencia.
- . Fecha y hora certificación de la estabilización.
- . Nómima codificada de prestaciones efectuadas
- . Listado valorizado de medicamentos e insumos.
- . Tipo de Seguro (Accidente del trabajo o enfermedad profesional, Accidente del Tránsito, Enfermedad o accidente No del trabajo).

d) Una vez efectuada la emisión de las respectivas órdenes de atención, el cobro por parte del prestador, se realizará en la misma forma que para el resto de las prestaciones de salud.

e) El Fondo fiscalizará las atenciones de emergencia con riesgo vital y/o secuela funcional grave, de acuerdo a lo señalado en el punto 4 letra e) de esta normativa.

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 63
D.O. 17.02.2020

29. ATENCIONES INTEGRALES OTROS PROFESIONALES

29.1 PRESTACIONES DE ENFERMERÍA (Grupo 26, Subgrupo 01) (códigos 26-01-001, 26-01-002 y 26-01-003).

a) Atenciones Integrales en Centros de Enfermería del Adulto Mayor: Código 26-01-001.

La prestación 26-01-001, debe efectuarse en Centros de Enfermería del Adulto Mayor, entendiéndose como tal, a la infraestructura y organización atendida y dirigida técnicamente por Enfermeras Universitarias, que otorgan atenciones integrales de enfermería a adultos mayores de 55 años portadores de patologías crónicas, con la finalidad de promover la autonomía y disminuir el riesgo de invalidez de este grupo de pacientes.

a.1 Las principales patologías crónicas, que serán controladas en los centros de enfermería del adulto mayor, corresponden a las siguientes :

- . Diabetes Mellitus
- . Hipertensión arterial
- . Enfermedades pulmonares, obstructivas crónicas
- . Enfermedades reumatológicas (Artritis, Artrosis, etc.).
- . Epilepsias
- . Neoplasias
- . Enfermedades neurológicas

a.2 Inscripción: Para el cobro de la prestación 26-01-001, estos centros completarán los formularios administrativos y legales establecidos para la inscripción de entidades, debiendo además cumplir con los requisitos técnico administrativos establecidos en esta normativa.

a.3 Requisitos técnico administrativos de los centros de enfermería del adulto mayor:

Infraestructura:

- . Edificio adecuado que permita instalaciones de recepción de pacientes y sala de espera con sus acomodaciones.
- . Boxes de atención individual con lavamanos y muebles, en número acorde a las atenciones y pacientes esperados
- . Sala destinada a atención grupal (educación, charlas, ejercicios)
- . Oficinas administrativas, de secretaria, archivos y kardex.
- . Baños públicos (hombres y mujeres) y baños para el personal
- . Iluminación y vías de circulación expeditas
- . Extintores de incendio

Personal:

- . El Centro es operado por Enfermeras Universitarias.
Puede contar con auxiliares de enfermería.
- . Personal administrativo como secretaria, auxiliares de aseo, etc.

Equipos e instrumentos:

- . Aquellos necesarios para exámenes clínicos, tales como, balanzas, esfigmomanómetros, fonendoscopios, termómetros, camillas de atención.

- . Vitrina con material de curaciones, antisépticos, jeringas, agujas, equipos de esterilización.

Organización

- . Dirección a cargo de Enfermeras Universitarias
- . Libros de inscripciones y citaciones. Libro de reclamos
- . Historias clínicas con registro de las atenciones.
- . Manuales de procedimientos técnicos y administrativos.
- . Registros de las cobranzas efectuadas

Documentos Anexos

- . En la eventualidad que se realicen tomas de muestras de exámenes de laboratorio, la autorización sanitaria correspondiente.

a.4 El valor establecido para las atenciones integrales en centros de enfermería del adulto mayor, incluye lo siguiente:

- . El conjunto de atenciones otorgadas por enfermeras universitarias, tanto de las actividades individuales como grupales, que el paciente requiera en forma anual. La duración de la primera atención, fluctuará entre 40 y 45 minutos y la de las atenciones posteriores, serán de 30 minutos como mínimo.
- . La evaluación de enfermería, que permitirá la planificación de un programa de atención integral

que incluye adherencia al tratamiento, prevención de caídas, manejo de trastornos del sueño e incontinencia urinaria, evaluación y manejo familiar de trastornos de la memoria, manejo de factores socioeconómicos, actividades diarias y educación para el autocuidado personal y familiar.

- . El programa también incluye atenciones grupales de educación, en grupos de 6 a 8 personas y su familia.
- . Procedimientos mínimos y habituales de enfermería,

tales como esfigmomanometría, registro pondoestatural, curaciones simples, administración de medicamentos prescritos por médico tratante (El

código 26-01-001 no incluye el valor de los medicamentos que se administren), etc.

- . En cuanto a los insumos mínimos como algodón,

tela

adhesiva, gasa, antisépticos, jabones, éstos no podrán ser cobrados separadamente al paciente.

a.5 Límite Financiero

- . Para la prestación 26-01-001, se establece un máximo de dos prestaciones por año por beneficiario.

a.6 Emisión y Valorización



- . Para la emisión del BAS, el beneficiario deberá proporcionar el nombre y el RUT del centro de enfermería del adulto mayor en que se efectuará la atención.
- a.7 Cobranza de BAS
- . Los BAS correspondientes a la prestación 26-01-001, podrán ser presentados en cobranza a contar de la fecha de emisión, dentro del período de vigencia administrativa de los mismos.

- b) Atenciones Integrales de Enfermería.
(códigos 26-01-002 al 26-01-005)

b.1 Inscripción:

. Para el cobro de estas prestaciones, las Enfermeras Universitarias completarán los formularios administrativos y legales establecidos para la inscripción de profesionales, debiendo además cumplir con los requisitos técnico administrativos establecidos en esta normativa.

b.2 Las prestaciones a realizar son:

- . Atención integral de enfermería en domicilio (atención mínima de 45')(sólo para mayores de 55 años), código 26-01-002.
- . Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes postrados, terminales o post operados, código 26-01-003.
- . Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes ostomizados, cód. 26-01-004.
- . Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes que requieren Instalación y/o Retiro de Catéter o sonda, cód. 26-01-005.

b.3 Las atenciones integrales de enfermería, tendrán una duración mínima de 45 minutos y están orientadas a las patologías o condiciones que se indican:

- . Pacientes postrados.
- . Enfermos en condición terminal.
- . Pacientes oncológicos.
- . Portadores de secuelas severas.
- . Pacientes post operados.
- . Pacientes ostomizados.
- . Pacientes que requieren instalación y/o retiro de catéteres o sondas.

b.4 Por integralidad de atención de enfermería, se entiende que las prestaciones incluyen en su valor:

- . Evaluación de enfermería, incluyendo examen físico, estado nutricional, de hidratación, tratamientos indicados por el médico.
- . Los procedimientos mínimos y habituales de enfermería, tales como, esfigmomanometría, curaciones simples, tomas de muestras para exámenes, administración de fleboclisis y enemas, administración de medicamentos prescritos por médico tratante (Los códigos 26-01-002 al 26-01-005, no incluyen el valor de los medicamentos que se administren).
- . Educación sanitaria y para el auto cuidado

Resolución 40
EXENTA,
SALUD
I, N° 16) y 17)
D.O. 31.01.2012



(personal y familiar).

b.5 Límite Financiero:

- . Para las prestaciones 26-01-002 y 26-01-003, se aceptará un máximo de 28 prestaciones, al año, por beneficiario.
- . Para la prestación 26.01.004, se aceptará un máximo de 5 prestaciones, al año, por beneficiario.
- . Para la prestación 26.01.005, se aceptará un máximo de 2 prestaciones, al año, por beneficiario.

b.6 Emisión, Valorización y Cobranza:

- . Para la emisión del BAS, el beneficiario deberá proporcionar el nombre de la profesional inscrita que lo atenderá, pues la emisión será nominativa. El cobro de las prestaciones sólo procede una vez efectuadas las atenciones.

c) Las prestaciones de enfermería códigos 26-01-001 al 26-01-005 no tendrán recargo horario ni estarán afectas al nivel de inscripción del profesional o entidad que las otorgue.

d) Las entidades y profesionales que efectúen cobros de prestaciones de enfermería códigos 26-01-001 al 26-01-005, deberán disponer del registro de las atenciones otorgadas, para cuando les sea requerido por el Fondo. Para ese efecto, deberán mantenerse registros actualizados de los pacientes en control y de las atenciones domiciliarias, con las actividades efectuadas y las fechas respectivas.

e) La prestación "Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes ostomizados", código 26-01-004, es la atención entregada por Enfermeras o Enfermeras Matronas, a personas portadoras de cualquier tipo de ostomías, traqueostomías, esofagostomías, gastrostomías, yeyunostomías, duodenostomías, ileostomías, colostomías, nefrostomías y urostomías.

Esta prestación incluye visita del/la profesional universitario/a, demostración de procedimiento de cambio de cánula de traqueostomía, cambio de disco y bolsa de las diferentes ostomías; supervisión del manejo de estomas de alimentación y de eliminación; educación para el autocuidado a la persona ostomizada y a sus cuidadores. Esta prestación no incluye equipamiento ni insumos.

f) La prestación "Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes que requieren Instalación y/o Retiro de Catéter o sonda" código 26-01-005, es la atención otorgada por Enfermera o Enfermera Matrona, a personas que necesitan la instalación o retiro de los siguientes tipos de sondas: nasogástricas, de gastrostomías, enterales, vesicales, rectales; instalación de irrigación vesical, proctoclasia, cambios de botón o sonda de astrostomía, aplicación de enemas en caso de fecalomas.

Esta prestación incluye visita del/la profesional universitario/a, supervisión del manejo de sondas y educación sobre el autocateterismo vesical a la persona y a sus cuidadores. Esta prestación no incluye equipamiento ni insumos.

29.2 PRESTACIONES DE NUTRICIONISTAS (Grupo 26, Subgrupo 02)

a) Atención Integral de Nutricionistas (código 26-02-001)

a.1 Es la atención otorgada a un beneficiario por un profesional nutricionista en su consulta privada o en un local destinado para estos efectos de un establecimiento asistencial privado (hospital, clínica o centro de salud), debiendo cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución Exenta que regula el procedimiento de suscripción de convenios para la Modalidad Libre Elección.

a.2.- La atención integral de nutricionista será indicada por médico tratante mediante prescripción médica, tratándose de segunda o tercera atención integral de nutricionistas, no requiere de orden médica dentro del año. Las atenciones están destinadas a pacientes sin restricción por edad, siempre que tengan riesgo cardiovascular modificable con dieta y que presenten obesidad o sobrepeso, según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.).

a.3 Requisitos técnico administrativos:
Infraestructura:

- . Boxes de atención individual con lavamanos y muebles.
- . Equipos e instrumentos necesarios para realizar la calificación nutricional.

a.4.- Por el carácter integral de la atención de nutricionista, se entiende que la prestación incluye en su valor una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.

Límite Financiero:

Para la prestación 26-02-001, se aceptará un máximo de 3 prestaciones, al año, por beneficiario.

a.5 Emisión, Valorización y Cobranza:

. Para la emisión del BAS, el beneficiario deberá proporcionar, el nombre del profesional inscrito que lo atenderá, pues la emisión será nominativa.

El cobro de las prestaciones sólo procede una vez efectuadas las atenciones.

. Asimismo, deberá presentar la prescripción del médico tratante, quien a través de la orden médica

solicitará la evaluación y control por profesional

Nutricionista, en las condiciones antes señaladas.

a.6 Las prestaciones de nutricionista código 26-02-001, tendrá valor único y no estará afecta a recargo horario, siendo independiente al nivel de inscripción del profesional o entidad que las otorgue.

a.7 Las entidades y profesionales que efectúen cobros de prestaciones de nutricionista código 26-02-001, deberán disponer del registro de las atenciones otorgadas, para cuando les sea requerido por el Fondo. Para ese efecto, deberán mantenerse registros actualizados de los pacientes en control, con las actividades efectuadas y las fechas

Resolución 38
EXENTA,
SALUD
Art. I N° 8
D.O. 26.01.2013

Resolución 38
EXENTA,
SALUD
Art. I N° 8
D.O. 26.01.2013

respectivas.

b) Durante periodos de vigencia de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud, por el Covid-19, las prestaciones de Nutricionistas podrán ser realizadas en forma remota, manteniendo registro de estas prestaciones en los mismos términos que una atención presencial, a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y un profesional Nutricionista que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden interactuar entre sí en tiempo real (sincrónica).

El código autorizado es:

Resolución 204,
SALUD
N° 4
D.O. 27.03.2020

Código	Glosa
2602001	Atención Integral de Nutricionista

Así mismo, el prestador es responsable de que la prestación se realice en un ambiente privado y dedicado exclusivamente para ello. Queda prohibido realizarla en lugares de acceso público donde la privacidad del beneficiario se pueda ver comprometida.

El prestador es responsable de que la prestación sea realizada por el profesional seleccionado por el beneficiario personalmente. En caso de alguna modificación de quien realice la prestación, esta deberá ser informada al beneficiario quien optará por aprobar o rechazar dicho cambio.

El prestador debe tomar todas las medidas de seguridad de la información para que esta interacción directa médico beneficiario se realice de forma segura cuidando la privacidad de éste y mantener el resguardado y el registro de la ficha clínica (Ley 20.584 Derechos y Deberes del paciente).

c) Teleconsulta Atención Integral de Nutricionista Grupo 26 sub grupo 08.

Los profesionales o establecimientos de salud, para otorgar integralmente las prestaciones, deberán estar acreditados ante el Fondo, el que verificará que cuenten con los requisitos técnicos y administrativos habilitantes para dicho efecto, los que se encuentran establecidos en el punto 7.1.6 de esta normativa.

Las prestaciones del grupo 26 subgrupo 08 se regirán por lo establecido en el numeral 29.2, de esta normativa y según las siguientes disposiciones específicas:

a) La prestación de Teleconsulta arancelada del grupo 26 subgrupo 08, se encuentra autorizada desde la primera consulta.

b) Este código arancelario no tiene recargo horario.

c) Las prestaciones del grupo 26 sub grupo 08, serán excluyentes entre sí con las prestaciones del grupo 26 subgrupo 02 en un mismo día.

d) El código arancelario 26-08-201, contiene 3 sesiones, una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.

e) El límite financiero del código 26-08-201, corresponde a la sumatoria de las prestaciones 26-02-001 y 26-08-201, las cuales corresponden a un total de 3 prestaciones por año por beneficiario.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 45
D.O. 11.05.2021

30. INFRACCIONES.

30.1 Para los efectos del ejercicio de la Modalidad de Libre Elección, de la aplicación del Arancel y de las Normas Técnico Administrativas, constituyen infracciones las siguientes:

- a) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de libre elección; y regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las Instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud.
- b) Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir:

- b.1) Por homologación de códigos por prestaciones no existentes en el Arancel;
- b.2) Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a las efectivamente realizadas;
- b.3) Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, para cobrar prestaciones no autorizadas al prestador;
- b.4) De prestaciones no realizadas;
- b.5) De prestaciones efectuadas por otro prestador;
- b.6) De exámenes de laboratorio efectuados con una técnica diferente a la referida en el respectivo informe;
- b.7) Exámenes de imagenología realizados con un número menor de exposiciones a las establecidas en el Arancel
- b.8) De honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo del rol correspondiente;
- b.9) De recargos improcedentes, por ejemplo, cobro de doble BAS por atención, salvo las excepciones contempladas por la normativa de acuerdo a la especialidad;
- b.10) Por suplantación de persona haciendo uso de beneficios en salud.
- b.11) Por cobro de BAS, emitido con el sólo fin de extender una licencia médica.

c) Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley, es decir, que vulneren los principios de la modalidad de libre elección cuando no sean prestaciones que requieran los beneficiarios (inducción de demanda).

d) Incumplimiento de las normas sobre emergencia o urgencia, en beneficiarios que teniendo condiciones de salud o cuadro clínico que implican riesgo vital y/o secuela funcional grave, se les atiende a través de la modalidad de libre elección, sin otorgarles la certificación médica de emergencia o urgencia, impidiendo su atención a través del Libro II y su reglamento contenido en el decreto N° 369, de 1985 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

e) Atención de personas no beneficiarias del Libro II ("préstamo" de BAS);

f) No contar con fichas clínicas de los beneficiarios que

Resolución 671
EXENTA,
SALUD
N° I, 12
D.O. 27.08.2011

hayan recibido prestaciones de salud, sean estas físicas o electrónicas o no contar con informes de exámenes practicados, en su caso, sea este físico o electrónico;

g) No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico;

h) Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes;

i) Cobro de atención como particular a beneficiarios de FONASA a excepción de lo indicado en el punto 6.2 letra e) de esta norma.

j) Financiamiento, del todo o parte del co-pago, por los prestadores.

k) La obstaculización, por cualquier medio, por parte del prestador de la inspección o el no envío de la documentación requerida por el Fondo una vez iniciada la fiscalización.

l) Atención de beneficiarios y cobro de órdenes de atención cuando por vigencia de los BAS éstos hayan caducado, por ejemplo, en modalidad de venta digital en un día distinto al de emisión del bono electrónico, punto 3.2 letra a).

m) Maltrato o discriminación a los beneficiarios de FONASA, por esta calidad, tales como postergación de días u horarios para su atención, o dilación en las fechas otorgadas para consultas, etc.

n) No contar con autorización sanitaria, cuando la norma la exija, sin perjuicio de la cancelación administrativa inmediata en virtud de lo dispuesto por el artículo 52 del decreto supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud.

o) Incumplimiento de la obligación de informar contenida en el Art.24 de la Ley 19.966/2004: El Prestador deberá informar a los beneficiarios del Libro II en todos los casos en que se efectúe el diagnóstico de un problema de salud garantizado. Deberá dejar constancia escrita en el Formulario de Constancia de Información Pacientes GES, dispuesto por la Superintendencia de Salud para tales efectos, acerca de los derechos de los beneficiarios a las garantías establecidas en la Ley 19.966, en los establecimientos de salud públicos de la red asistencial y privados en convenio para tales efectos, que dispone FONASA.

p) No se aceptará la renuncia al rol de prestadores, cuando éste se encuentre en un proceso administrativo de fiscalización, el que continuará hasta su término. Durante el período que dure el procedimiento de fiscalización, y cuando el prestador haya manifestado su intención de renunciar al rol, se le considerará no vigente para estos efectos.

31.- "Tratamientos integrales de Braquiterapia, Radioterapia

y Quimioterapia (grupo 29)"

a) Tratamientos integrales de Braquiterapia y Radioterapia.

Los Centros que otorguen estas prestaciones, deben registrarse por lo señalado en el DS N° 18/2015 del Minsal, que Aprueba el Reglamento Sanitario sobre Establecimientos de Radioterapia Oncológica y las Normas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia.

Por tratarse de Tratamientos Integrales, consideran incluida la Planificación, Marcación, Simulación y Dosimetría, así como todas las sesiones que sean necesarias para cada tratamiento, a excepción de la Braquiterapia, cuyo valor es por sesión.

No se incluyen los exámenes de Imagenología necesarios para algunos tratamientos, como la Tomografía Axial Computada y la Resonancia Magnética de control en algunos cánceres, así como tampoco los implantes (fuentes radioactivas) en el caso de Braquiterapia permanente.

Estas prestaciones requieren de indicación médica por especialista en Radioterapia u Oncología y su aplicación estará a cargo de un médico Oncólogo Radioterapeuta.

El tipo de tratamiento a realizar (altamente compleja, compleja, estándar o convencional), dependerá del estadio de la patología y será responsabilidad médica su indicación, ajustándose a los lineamientos del Ministerio de Salud en sus Guías Terapéuticas o de consenso y en caso de no contar con éstas, un Comité Oncológico deberá aprobar la terapia.

De acuerdo al DS N° 18/2015 del Minsal, corresponde al Instituto de Salud Pública (ISP) calificar las capacidades técnicas de los centros de radioterapia y definir si pueden efectuar tratamientos Convencional, Estándar, Complejo o Altamente Complejo. Estos tratamientos se pueden realizar en equipos de Cobalto, Aceleradores lineales (Linac) monoenergéticos o en Aceleradores Lineales (Linac) Duales, de más de una energía. Dependiendo de los equipos con que cuente cada centro en particular.

■

b) Tratamiento Quimioterapia.

■

DEFINICIÓN:

■

Quimioterapia: es el tratamiento en el que se usan fármacos para destruir las células cancerosas. Actúa evitando que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células.

Terapia hormonal: es el tratamiento que hace lento o detiene el crecimiento del cáncer que usa hormonas para crecer.

Inmunoterapia: También denominada terapia biológica, es un tipo de tratamiento para el cáncer que estimula las defensas naturales del cuerpo a fin de combatir el cáncer.

Inhibidor de la tirosinquinasa: son sustancias que impiden la acción de las enzimas llamadas tirosinquinatas. Las tirosinquinatas forman parte de muchas funciones de la célula, incluso la señalización celular, el crecimiento y la multiplicación. A veces pueden estar demasiado activas o se pueden encontrar en concentraciones altas en algunos

Resolución 54
EXENTA,
SALUD
N° I, 64
D.O. 17.02.2020

tipos de células cancerosas; el impedir su acción puede ayudar a evitar el crecimiento de las células cancerosas.

Uno de los componentes que se consideró para clasificar los esquemas, fue el riesgo dado por el daño que puede producir el fármaco a las células sanas, por la vía de administración, demanda de hospitalización, entre otros.

Alto riesgo: es el esquema que se puede administrar por vía endovenosa con necesidad de un catéter con reservorio, por vía intratecal, y que puede necesitar o no supervisión la administración en forma semanal o bien es necesaria la hospitalización del paciente para que el esquema sea administrado. En este esquema está considerada la profilaxis primaria, cuando se pueda desarrollar neutropenia. En este caso el fármaco, generalmente, produce daño.

Riesgo intermedio: es aquel esquema que requiere de supervisión de enfermería en forma periódica (por ejemplo 2 veces al mes). El fármaco puede producir daño.

Bajo riesgo: consiste, generalmente en indicar una monodroga, cuya administración puede ser por vía oral o intramuscular y que no tiene una mayor complejidad su administración. El fármaco no debería producir daños.

Esquemas terapéuticos incorporados en el arancel MLE, en base al riesgo.

■



Código	Glosa Prestación
2904001	Quimioterapia alto riesgo 1 (por ciclo)
2904002	Quimioterapia alto riesgo 2 (por ciclo)
2904003	Quimioterapia bajo riesgo 1 (por ciclo)
2904004	Quimioterapia bajo riesgo 2 (por ciclo)
2904005	Quimioterapia bajo riesgo 3 (por ciclo)
2904006	Quimioterapia bajo riesgo 4 (por ciclo)
2904007	Quimioterapia riesgo intermedio 1 (por ciclo)
2904008	Quimioterapia riesgo intermedio 2 (por ciclo)
2904009	Quimioterapia riesgo intermedio 3 (por ciclo)
2904010	Quimioterapia riesgo intermedio 4 (por ciclo)
2904011	Quimioterapia radioterapia 1 (por ciclo)
2904012	Quimioterapia radioterapia 2 (por ciclo)
2904013	Tratamiento terapia endocrina 1 (por ciclo)
2904014	Tratamiento terapia endocrina 2 (por ciclo)
2904015	Tratamiento inhibidores tirosin kinasa 1 (valor trimestral)
2904016	Tratamiento inhibidores tirosin kinasa 2 (valor trimestral)
2904017	Tratamiento inhibidores tirosin kinasa 3 (valor trimestral)
2904018	Tratamiento inhibidores tirosin kinasa 4 (valor trimestral)

Generalidades

Los prestadores que deseen inscribir estas prestaciones, deberán dar cumplimiento a todos los Protocolos y Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud sobre la materia, y cumplir con todos los requisitos especificados en la resolución que regula la inscripción de prestadores de la Modalidad Libre Elección (MLE).

El beneficiario de FONASAMLE podrá acceder a los tratamientos de quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia, con aquellos fármacos que estén definidos en el listado anual de drogas publicadas por la Unidad de Cáncer, dependiente del MINSAL.

El listado de los esquemas asociadas a cada una de las prestaciones se encuentra disponible en la página Web de FONASA.

Cada bono para el tratamiento de las prestaciones del subgrupo de quimioterapia deberá ser adquirido con la correspondiente indicación médica (Orden Médica), entregada por el especialista Oncólogo u Hemato -

oncólogo.

Por otra parte el prestador que inscriba las prestaciones del grupo 29 sub grupo 04, deberá contar con capacidad resolutoria para cumplir con el proceso clínico para cada uno de los esquemas incorporados, contar con la infraestructura necesaria para la preparación y administración del tratamiento de quimioterapia y deberá proveer los servicios de apoyo necesarios que resguarden la seguridad del beneficiario. El prestador institucional debe disponer de un sistema de derivación para los beneficiarios que presenten urgencias que excedan su capacidad de resolución.

El prestador institucional deberá contar con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes conforme a lo dispuesto en el D.S N° 41, de 2012 del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento sobre fichas clínicas. En dicho registro deberán incluirse el o los diagnósticos del beneficiario, la indicación de prescripción del tratamiento, la aprobación por parte del Comité Oncológico del establecimiento a dicha indicación, hojas de tratamiento, entre otras.

Los prestadores que inscriban las prestaciones del grupo 29 sub grupo 04, deberán contar con un comité oncológico y disponer del reporte de indicaciones y administración de fármacos a los beneficiarios, en relación al listado de esquemas terapéuticos publicados por MINSAL. Además, deberán disponibilizar toda la información relativa de sus pacientes, antecedentes clínicos de respaldo, tratamientos efectuados, entre otros, en plataforma digital que dispondrá FONASA para su revisión y eventuales procesos de fiscalización.

El Fondo Nacional de Salud, podrá fiscalizar el cobro de las prestaciones correspondientes al grupo 29 sub grupo 04, y verificar la administración de los fármacos indicados y su correspondencia con el listado anual de drogas elaborado por la Unidad de Cáncer, dependiente del MINSAL y publicado por FONASA.

Incluyen.

Estas intervenciones sanitarias consideran todos los insumos para la administración de los fármacos oncológicos.

En el valor de los esquemas de riesgo alto e intermedio incorpora el valor de los fármacos para la profilaxis primaria y fármacos antieméticos.

■

No incluyen.

Exámenes, imágenes y procedimientos.

No incluye catéteres específicos para la administración de los fármacos, tampoco su instalación e insumos necesarios.

La evaluación previa del paciente, por parte del equipo médico, desde la cual se obtendrá la respectiva "Orden Médica" para realizar las prestaciones necesarias.

Límite financiero.

Los valores de los esquemas corresponden a un ciclo en los tratamientos de quimioterapia.

Un ciclo es, el periodo de administración del tratamiento y el de descanso, hasta la siguiente administración. Para los efectos de este programa se ha considerado como promedio 6 ciclos. Sin embargo, dependiendo de las condiciones del paciente los esquemas se pueden administrar en más de 6 ciclos si la indicación así lo requiere.

Los esquemas agrupados en las intervenciones sanitarias aranceladas en Modalidad Libre Elección tienen en común un mismo nivel de riesgo y similar costo de acuerdo al valor de adquisición.

Los Tratamientos de inhibidores tirosin kinasa, considera un valor trimestral. Por tanto, un paciente en 12 meses no puede adquirir más de 4 bonos de prestaciones asociadas a tratamiento con inhibidores de tirosin kinasa.

32. Se eliminan los límites financieros para los menores de 6 años, no siendo necesario acreditar ninguna condición o diagnóstico particular, en las prestaciones que se detallan a continuación:

33. Déjase establecido que lo señalado en la presente resolución, el prestador o el otorgamiento de la prestación deberá cumplir con la totalidad de la normativa sanitaria vigente, esto es, entre otras, decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Código Sanitario y toda su normativa complementarias.

Resolución 436,
SALUD
Art. primero, N° 46
D.O. 11.05.2021
Resolución 589
EXENTA,
SALUD
N° 3.
D.O. 09.08.2021

Grupo	Código	Glosa
Kinesiología	0601101	Evaluación Kinesiológica Integral
Kinesiología	0601102	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria o Domiciliaria
Kinesiología	0601103	Atención Kinesiológica Integral en Pacientes hospitalizados
Kinesiología	0601104	Atención Kinesiológica Integral UPC (Intensivo e Intermedio)
Terapia Ocupacional	0602001	Atención integral de terapia ocupacional
Terapia Ocupacional	0602002	Intervención de terapia ocupacional en ayudas técnicas y tecnología asistida
Terapia Ocupacional	0602003	Intervención terapia ocupacional en actividades de la vida diaria, básicas, instrumentales y avanzadas
Telerehabilitación - Kinesiología	0608101	Telerehabilitación: Evaluación Kinesiológica Integral
Telerehabilitación - Kinesiología	0608102	Telerehabilitación: Atención Kinesiológica Integral
Telerehabilitación - Terapia Ocupacional	0608201	Telerehabilitación: Atención integral de terapia ocupacional
Telerehabilitación - Terapia Ocupacional	0608202	Telerehabilitación: Intervención de terapia ocupacional en ayudas técnicas y tecnología asistida
Telerehabilitación - Terapia Ocupacional	0608203	Telerehabilitación: Intervención terapia ocupacional en actividades de la vida diaria, básicas, instrumentales y avanzadas
Fonoaudiología	1303001	Evaluación de voz
Fonoaudiología	1303002	Evaluación de habla
Fonoaudiología	1303003	Evaluación del lenguaje (incluye voz, habla y aspecto semántico, sintáctico y fonológico, etc. e informe) (incluye 3 sesiones de mínimo 30')
Fonoaudiología	1303004	Rehabilitación de la voz
Fonoaudiología	1303005	Rehabilitación del habla y/o del lenguaje (máximo 30 sesiones anuales)(cada sesión mínimo 30')
Fonoaudiología	1303006	Rehabilitación de la deglución
Fonoaudiología	1303007	Evaluación clínica de la deglución
Telerehabilitación - Fonoaudiología	1308301	Telerehabilitación: Evaluación de voz
Telerehabilitación - Fonoaudiología	1308302	Telerehabilitación: Evaluación de habla
Telerehabilitación - Fonoaudiología	1308303	Telerehabilitación: Evaluación del lenguaje (incluye voz, habla y aspecto semántico, sintáctico y fonológico, etc. e informe) (incluye 3 sesiones de mínimo 30')
Telerehabilitación - Fonoaudiología	1308304	Telerehabilitación: Rehabilitación de la voz
Telerehabilitación - Fonoaudiología	1308305	Telerehabilitación: Rehabilitación del habla y/o del lenguaje (máximo 30 sesiones anuales)(cada sesión mínimo 30')
Psiquiatría	0901001	Control paciente psiquiátrico crónico;máx.2 controles al mes
Psiquiatría	0901005	Atención psiquiátrica o psicoterapia de familia, individual, de relajación o de manejo (con familia u otros);(cada sesión mínimo 45')
Psicología	0902001	Consulta Psicólogo clínico (sesiones 45')
Psicología	0902002	Psicoterapia Individual
Teleconsultas - Psicología	0908101	Telerehabilitación: Psicólogo clínico (sesiones 45')
Teleconsultas - Psicología	0908102	Telerehabilitación: Psicoterapia Individual

II. La presente Resolución entrará en vigencia a contar del primer día hábil posterior a la fecha de su publicación en el Diario Oficial, fecha a partir de la cual se deja sin efecto la resolución exenta N° 49 del 30.01.2009 del Ministerio de Salud.

NOTA

El numeral II de la Resolución 194 Exenta, Salud,

Resolución 589
EXENTA,
SALUD
N° 3.
D.O. 09.08.2021

publicada el 17.04.2012, dispone que la presente norma permanecerá vigente, como programa piloto, hasta el 31 de diciembre de 2012.

NOTA 1

El Numeral I N° 5 de la Resolución N° 38 Exenta, Salud, publicada el 26.01.2013, modifica la presente norma en el sentido de agregar en el punto 21 letra a) las siguientes prestaciones;
12-02-040;12-02-072;13-02-033;13-02-045; 14-02-017;
14-02-019; 14-02-037 al 14-02-038; 14-02-042; 14-02-044 al
14-02-045; 14-02-047; 15-02-031 al 15-02-033; 15-02-035 al
15-02-037;16-02-201; 21-04-012 al 21-04-013; 21-04-016;
21-04-021; 21-06-001 al 21-06-002; 21-07-003.

NOTA 2

El Numeral I N° 5 de la Resolución N° 38 Exenta, Salud, publicada el 26.01.2013, modifica la presente norma en el sentido de agregar en el punto 21 letra C) las siguientes prestaciones; 03-01-006; 03-01-036; 03-01-041;
03-01-083; 03-01-086; 03-01-091; 03-02-022; 03-06-012;
03-06-024; 03-06-026; 04-01-002; 04-01-056; 04-03-007;
04-03-012; 04-04-004; 04-05-001; 04-05-004.

NOTA 3

El numeral 1 de la letra I de la Resolución 226, Salud, publicada el 29.04.2020, modifica la presente norma en el sentido de intercalar en la tabla que define códigos autorizados para atenciones remotas a partir de la primera consulta, y descritos en numeral 7.1.1, entre código 0101309 y 0101320, el siguiente: 0101310 Consulta Médica de Especialidad en Traumatología y Ortopedia. Asimismo en tabla que define códigos autorizados para consultas de seguimiento y/o control, y descritos en numeral 7.1.1, intercalar entre código 0101209 y 0101211, el siguiente: 0101210 Consulta Médica de Especialidad en Neurología Pediátrica.

NOTA 4

El numeral 2 de la letra I de la Resolución 226, Salud, publicada el 29.04.2020, incorpora a continuación de la letra i) del numeral 12.1 una nueva letra j), en circunstancias que con anterioridad se había incorporado una letra j) por el numeral 18 de la letra I de la Resolución 54 Exenta, Salud, publicada el 17.02.2020.

NOTA 5

El numeral 3° del artículo primero de la Resolución 436, Salud, publicada el 11.05.2021, modifica la presente norma en el sentido de reemplazar en la tabla del numeral 7.1.1, a continuación del código 0101001, la expresión "Consulta médica electiva" por "Consulta de Medicina General".

NOTA 6

El numeral 13° del artículo primero de la Resolución 436, Salud, publicada el 11.05.2021, dispone eliminar las letras f), g), h), i), j) y k) del N° 8 de la presente norma, que han pasado a ser m), n), ñ), o), p) y q), sin embargo, el numeral 12 al determinar la remuneración no considera la letra e) existente en el texto con anterioridad. Es por esta razón que se mantienen dos literales e) y asimismo, no se han eliminado los literales más arriba señalados.

NOTA 7

El numeral 33° del artículo primero de la Resolución 436, Salud, publicada el 11.05.2021, dispone incorporar las letras j) y k) nuevas, a continuación de la letra i), en el numeral 17.4 "Otros Procedimientos" de la presente norma. No obstante, la citada norma únicamente incluye el texto de la letra j) omitiéndose la letra k).

Anótese, archívese y publíquese.- Jaime Mañalich
Muxi, Ministro de Salud.