

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 43.189

Sábado 26 de Febrero de 2022

Página 1 de 16

Normas Generales

CVE 2089749

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

MODIFICA RESOLUCIÓN N° 277 EXENTA, DE 2011, DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE APRUEBA LAS NORMAS TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA APLICACIÓN DEL ARANCEL DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD DEL LIBRO II DFL N° 1 DE 2005, DEL MINISTERIO DE SALUD, EN LA MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN

(Resolución)

Núm. 208 exenta.- Santiago, 11 de febrero de 2022.

Visto:

Lo establecido en los artículos 4, 7, 50 letra b), 143 y 159 del DFL N° 1, del Ministerio de Salud, de 2005; la resolución exenta N° 89, del 24 de enero de 2022, que modifica la resolución N° 176, de 1999, que aprueba el Arancel de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL 1/2005, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial con fecha 27 de marzo de 2021; la resolución N° 7, de 2019, de la Contraloría General de la República; y

Considerando:

1.- Que al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud y, para ello, debe dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas.

2.- Que la cartera de salud debe valorizar las prestaciones que componen el régimen general de prestaciones, el cual es fijado previa proposición del Fonasa, en cumplimiento a lo establecido en el Art. 159 del DFL N°1/2005 del Ministerio de Salud.

3.- Que, en cumplimiento de la función descrita en las consideraciones precedentes, con fecha 24 de enero de 2022, se dictó la resolución exenta N° 89 que “Modifica resolución exenta N° 176 de 1999, del Ministerio de Salud, que aprueba el arancel de prestaciones de salud del Libro II del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud”, introduciéndose una serie de cambios en el ejercicio de esta Modalidad de Atención.

4.- Que, en la aludida resolución exenta, se incorporaron nuevas prestaciones de laboratorio, nuevos Programas Asociados a Diagnósticos (PAD) que contemplan nuevas intervenciones sanitarias, como también se desagregaron prestaciones, todo ello con el fin de ampliar la cobertura financiera y el acceso a prestaciones sanitarias para los afiliados y beneficiarios del Fonasa.

5.- Que, por su parte, a fin de que el Fondo Nacional de Salud pueda efectivamente ejercer las funciones que le han sido atribuidas por ley, particularmente, aquellas asociadas a la tuición de la Modalidad de Libre Elección, dictó la resolución N° 277/2011, que “Aprueba las Normas Técnico-Administrativas para la aplicación del arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N° 1, del 2005, del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección”.

6.- Que, con el objeto de concretar y hacer efectivas las modificaciones arancelarias ya referidas, se hace necesaria la implementación de ajustes normativos de orden técnico y administrativo, los que deben estar encaminados a posibilitar y aclarar la aplicación del arancel.

7.- Que, lo anterior, hace necesaria una modificación de la resolución N° 277/2011, que “Aprueba las Normas Técnico-Administrativas para la aplicación del arancel del Régimen de

CVE 2089749

Director: Juan Jorge Lazo Rodríguez
Sitio Web: www.diarioficial.cl

Mesa Central: 600 712 0001 Email: consultas@diarioficial.cl
Dirección: Dr. Torres Boonen N°511, Providencia, Santiago, Chile.

Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N°1, del 2005, del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección”.

8.- Que, por lo anteriormente expuesto, surgen elementos de juicio y motivación suficientes para dictar la siguiente:

Resolución:

Modifícase la resolución exenta N° 277 de 6 de mayo de 2011 del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial del 3 de junio de 2011, que aprobó las Normas Técnico-Administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección, en la forma que a continuación se indica:

1. Incorpórase en la letra c) del numeral 2.2, a continuación de la expresión “y que ejerzan su profesión en ellas otorgando prestaciones,” la expresión: “no necesariamente”.

2. Incorpórase en la letra b) del numeral 6.1, a continuación de la expresión “y el informe de la misma”, la palabra “educación”.

3. Elimínase la letra f) del numeral 6.2, y reordénase los literales siguientes de manera correlativa.

4. Modifícase la glosa en la tabla del numeral 7.1.1 donde señala código 0101001 glosa “Consulta médica electiva” por “Consulta Medicina General”.

5. Modifícase en el numeral 7.1.3 que señala “Consulta de Medicina General” por “Consulta Medicina General”.

6. Modifícase la letra e) del numeral 8 por la letra m) y reordénase los literales siguientes de manera correlativa.

7. Modifícase en el numeral 7.1.6, letra C) Atenciones de Teleconsulta grupo 01 subgrupo 08, letra b) primera viñeta, que señala “Teleconsulta Médica General 01-08-001” por “Teleconsulta Medicina General 01-08-001”.

8. Incorpórase en el numeral 9.2 de la letra r) lo siguiente, pasando el actual punto aparte a ser punto seguido:

Esta prestación puede ser presentada a cobro por Laboratorios Clínicos o de Anatomía Patológica.

9. Elimínase la letra y) del numeral 9.2 y reordénase los literales siguientes de manera correlativa.

10. Incorpórase en el numeral 9.2 a continuación de la nueva letra aa) las siguientes letras bb), cc), dd), ee), ff), gg) y hh) nuevas:

bb) Hormona tiroestimulante, neonatal, código 03-02-097, determinación cuantitativa del nivel de la hormona tiroestimulante en gotas de sangre seca, prestación dirigida a RN menores de 28 días. Esta prestación se encuentra incluida en la pesquisa neonatal, por tanto, no procede su cobro simultáneo.

cc) Perfil de aminoácidos y acilcarnitinas, código 03-02-098, determinación del perfil de aminoácidos y acilcarnitinas en gotas de sangre seca. Esta prestación se encuentra incluida en la pesquisa neonatal, por tanto, no procede su cobro simultáneo.

dd) Pesquisa neonatal ampliada código 03-02-099, prestación dirigida a RN menores de 28 días. El valor incluye la determinación de los parámetros: perfil de aminoácidos y acilcarnitinas, succinilacetona, hormona tiroestimulante, biotinidasa, galactosa total, galactosa-1-fosfato uridiltransferasa, 17-hidroxiprogesterona y tripsina inmunoreactiva en gotas de sangre seca. No procede cobro por separado.

ee) Screening de mucopolisacáridos código 03-09-046, determinación de la presencia, concentración y tipos de glicosaminoglicanos excretados en orina, incluye determinación cualitativa de glicosaminoglicanos (GAGSs) en orina, mediante tinción específica sobre papel filtro, determinación cuantitativa de GAGS en orina por método colorimétrico mediante la utilización de estándar de GAGS y cromatografía en capa fina de los GAGS excretados en orina con 1 corrida cromatografía en 6 solventes distintos y tinción específica. Se incluye el análisis de controles normales y patológicos.

ff) Estudio inmunológico de diabetes (determinación de anticuerpos anti células de islotes (ICA), auto anticuerpo insulina nativa (IAA), anti antígeno de insulinoma-2 (IA2) y anti glutamato descarboxilasa (GADA), código 03-05-106, prestación que incorpora la determinación simultánea de anticuerpos ICA, IAA, IA2 y GADA.

gg) Cariotipo molecular (Hibridación Genómica Comparativa en Micromatrices) 60K, código 03-04-016, análisis de variaciones en el número de copias de oligonucleótidos, incluye 60.000 oligonucleótidos representativos del genoma completo, incluye la extracción de ADN.

hh) La prestación Hemoglobina glicada, A1c, test rápido en el lugar de asistencia (incluye toma de muestra sangre capilar) código 03-01-116, las técnicas conocidas como Pruebas de Laboratorio en el lugar de Asistencia (POCT), sólo pueden ser inscritas por prestadores institucionales y requieren de la supervisión y control del equipamiento y toma de muestra por parte del personal profesional del laboratorio que las inscriba y de la capacitación a cada uno de los operadores no especialistas en laboratorio clínico POCT.

11. Incorpórase en el numeral 9.3 bajo el inciso segundo, lo siguiente:

La prestación Hibridación in situ en corte de tejido en parafina, búsqueda de alteraciones código 08-01-013, corresponde a la técnica molecular de hibridación in situ con fluorescencia o plata o cromógeno por cada mutación específica en tejidos, incorpora cualquiera de las técnicas de hibridación en tejido FISH (Hibridación Fluorescente), DISH (Hibridación In Situ Dual con plata) o CISH (Hibridación In Situ Dual con Cromógeno). El cobro de esta prestación es por cada una de las técnicas señaladas.

12. Modifícase la actual letra e) del numeral 12.1 que señala “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.” por la letra g) reordenándose los literales siguientes de manera correlativa.

13. Reemplázase el actual recuadro del numeral 12.1, de la nueva letra k) por el siguiente:

Código	Glosa
06-01-101	Evaluación Kinesiológica Integral
06-01-105	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria

14. Reemplázase la letra b), del numeral 12.1.1, por la siguiente:

b) Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria código 06-01-105 y Atención Kinesiológica Integral Domiciliaria código 06-01-106, esta última a efectuar en el domicilio del paciente. Atenciones destinadas 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, autocuidado 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 con el diagnóstico médico de derivación y las necesidades de cada beneficiario. Estas prestaciones no incluyen la evaluación integral del profesional. Estos códigos arancelarios requieren de derivación del médico profesional tratante. Ambas prestaciones incluyen los insumos y equipamiento necesarios para entregar la atención integral al beneficiario.

15. Agréguese bajo la letra d) del numeral 12.1.1 lo siguiente:

12.1.2 Otras generalidades prestaciones grupo 06 subgrupo 01.

16. Modifícase la actual letra k) del nuevo numeral 12.1.2 por la letra a) y reordénese los literales siguientes de manera correlativa.

17. Elimínese de la nueva letra d) del nuevo numeral 12.1.2, lo siguiente:

Los códigos autorizados son:

Código	Glosa
0601001	Evaluación kinesiológica: muscular, articular, postural, neurológica y funcional (máximo 2 por tratamiento).
0601024	* Reeducción 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.

18. Modifícase en la nueva letra d) del nuevo numeral 12.1.2 donde señala “Para el código 0601001(Evaluación kinesiológica: muscular, articular postural, neurológica y funcional (máximo 2 por tratamiento))” por lo siguiente:

Para el código 06-01-105 Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria

19. Modifícase la letra b) del numeral 12.2 por lo siguiente:

b) Las prestaciones Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria código 06-01-105 y Atención Kinesiológica Integral Domiciliaria código 06-01-106, contemplan una prestación diaria y se establece un límite máximo de hasta 30 prestaciones anuales por beneficiario (consideradas dentro de los límites anuales del grupo 06 subgrupo 01). Cada prestación integral contempla una duración de 45 minutos.

20. Reemplázase la segunda viñeta de la letra e), del numeral 12.4, por lo siguiente:

- 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 de los códigos 06-01-105 y 06-01-106, es decir, independiente de la modalidad de atención la sumatoria de las atenciones de los códigos 06-01-105, 06-01-106 y 06-08-102 tendrán un máximo de 30 prestaciones anuales por beneficiario.

Cada prestación integral contempla una duración de 45 minutos.

21. Modifícase la primera viñeta del numeral 13.3, donde señala “La prestación Calificación microbiológica por donante estudiado, componente sanguíneo producido o producto de aféresis automática” por “La prestación Calificación microbiológica por donante estudiado, componente sanguíneo producido o producto de aféresis automática”.

22. Modifícase la cuarta viñeta del numeral 13.3, donde señala “La prestación Fenotipificación otros grupos sanguíneos por unidad de glóbulos rojos producido” por “La prestación Fenotipificación otros antígenos de grupos sanguíneos por unidad de glóbulos rojos producido”.

23. Modifícase la quinta viñeta del numeral 13.3, donde señala “La prestación Grupos menores. Tipificación o determinación de otros sistemas sanguíneos (Kell, Duffy, Kidd y otros) c/u, por “La prestación Grupos menores. Tipificación o detección de otros antígenos de sistemas sanguíneos (Kell, Duffy, Kidd y otros) c/u.

24. Elimínase la séptima viñeta del numeral 13.3.

25. Agréguese bajo el contenido del numeral 13.4 lo siguiente:

13.5 PROCURAMIENTO DE TEJIDOS

Estas prestaciones deberán registrarse por lo establecido en la Ley 19.451 vigente y sus modificaciones posteriores, que indica “Los establecimientos asistenciales públicos y privados, que efectúen trasplantes de órganos, deberán cumplir con las exigencias generales y particulares, según el tipo de órgano que se trasplante”.

- Procesamiento de Amnios código 07-04-001, análisis y preparación de amnios para uso en humanos, incluye almacenamiento e insumos para el análisis.
- Procuramiento de Amnios código 07-04-002, considera los exámenes, sala de procedimientos, insumos y preparación para el procesamiento de amnios donado por embarazadas con parto por cesárea.
- Procuramiento de Piel de Donante Cadáver (DC), código 07-04-003 extracción de piel de un donante fallecido.
- Procesamiento de Piel de Donante Cadáver (DC) código 07-04-004, análisis y preparación de piel para uso en humanos.
- Procuramiento de Piel de Donante Vivo (DV) código 07-04-005, considera piel donada en cirugía reconstructiva.
- Procesamiento de Piel de Donante Vivo (DV) código 07-04-006, análisis y preparación de piel para uso en humanos.
- Procuramiento de Homoinjertos (Válvulas Cardíacas y Segmentos Vasculares) código 07-04-007, extracción y tallado de homoinjertos en pabellón.
- Procesamiento de Homoinjertos (Válvulas Cardíacas y Segmentos Vasculares) código 07-04-008, análisis de viabilidad de válvulas y segmentos vasculares. Incluye tallado y almacenamiento.
- Procuramiento de Tejido óseo de Donante Vivo (DV), código 07-04-009, considera exámenes y preparación para procesamiento de tejido óseo que es donado secundario a cirugía traumatológica.
- Procuramiento de Tejido óseo de Donante Cadáver (DC), código 07-04-010, extracción de tejido óseo en pabellón de donante fallecido.
- Procesamiento de Tejido óseo Granulado código 07-04-011, análisis, preparación y radioesterilización de tejido óseo en formato granulado para uso en humanos.
- Procesamiento de Tejido óseo Congelado código 07-04-012, análisis y preparación de tejido óseo congelado para uso en humanos.
- Procesamiento de Tejido óseo Liofilizado, código 07-04-013 análisis, preparación y radioesterilización de tejido óseo en formato liofilizado para uso en humanos.

Las codificaciones precedentes incluyen en su valor recurso humano especializado, todos los insumos necesarios para el procesamiento, procuramiento y su almacenamiento, exámenes de laboratorio y el pabellón o sala de procedimientos respectivo, según corresponda.

Cabe señalar que el procuramiento de los tejidos deberá ser realizado en pabellón, con técnica aséptica y por profesionales calificados y capacitados, tal como lo indica la Norma Técnica para el Procuramiento, Preservación e Implante de Tejidos, 2018 del Minsal y sus modificaciones posteriores

Las codificaciones que anteceden sólo podrán estar asociadas a problemas de salud que conllevan la utilización de tejidos, intervenciones quirúrgicas o procedimientos asociados a: Cirugías cardiovasculares, Escoliosis, Artrosis de cadera, Fisura labio palatina, trauma ocular grave u otras patologías corneales, Gran Quemado, Politraumatizado, Cáncer, patologías genéticas que cursan con deformaciones o daños físicos, entre otros. El diagnóstico deberá estar contenido en la ficha clínica del paciente.

26. Incorpórase bajo el contenido de la letra c) del numeral 15.2 lo siguiente:

Evaluaciones de nivel intelectual, desarrollo y funciones otros profesionales y psicólogo.

Test Amse, código 09-02-021, prestación dirigida a población beneficiaria menor o igual a 18 años 11 meses 29 días, para su realización requiere de orden de derivación del profesional tratante. Esta prestación podrá ser efectuada por profesionales de salud con habilidades clínicas en la evaluación de personas con autismo o con entrenamiento mínimo en la aplicación del instrumento, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Medico Familiar, Psiquiatra o Neurólogo. Incluye la aplicación del Test en consulta, para el desarrollo de la prestación los profesionales deberán contar con el equipamiento, infraestructura e insumos necesarios para la aplicación de la prueba.

27. Elimínase en la letra g), del numeral 16.2, a continuación del segundo punto seguido la expresión que señala “Se considera una prestación por año por beneficiario,” pasando el actual punto seguido referido a ser una coma.

28. Incorpórase en el numeral 16.2, bajo el punto final de la letra g) el inciso siguiente, pasando este a ser punto aparte:

Adicionalmente la prestación código 13-03-007, podrá ser otorgada por Fonoaudiólogo como apoyo durante el procedimiento radiológico Video fluoroscopia para el estudio de la deglución (04-01-073), para estos efectos el Médico especialista en Imagenología u Otorrinolaringólogo, deberá solicitar la colaboración del profesional durante el procedimiento, consignándolo en la ficha clínica, cuando se trate de atención cerrada. Para los casos en los cuales el examen se realice en atención ambulatoria, requerirá de una orden médica emitida por dichos especialistas.

29. Incorpórase en el numeral 17.2 a continuación de la letra c), las siguientes d), e) y f) nuevas:

d) Toma de biopsia con aguja bajo visión ecográfica de la Mama (Biopsia Core) código 20-01-025, prestación dirigida para población beneficiaria de 15 años y más, debe ser realizada por Médico especialista en Imagenología, en instituciones que cuenten con sala de procedimientos radiológicos, requiere de orden médica de derivación del profesional tratante, incluye aguja y pistola para la muestra, anestésico local e insumos para la toma de muestra, ecografía mamaria bilateral código 0404012, imágenes e informe radiológico del procedimiento en concordancia con el informe de anatomía patológica, debiendo entregarse los informes de ambas áreas de análisis. Para su realización debe contar con consentimiento informado.

Esta prestación no incluye en su valor las muestras histológicas, estos cobros deben regirse según la codificación en el arancel vigente de las prestaciones del grupo 08, asimismo, no incluye el Clip de Titanio en caso de requerirse para marcar la zona. Se restringe su realización cuando existan infecciones de la zona susceptible a biopsiar.

e) Termocoagulación de zonas cerebrales con radiofrecuencia o ultrasonido focalizado con técnica estereotáxica para el tratamiento de enfermedad de Parkinson, temblor esencial, psicocirugía y otros, código 11-03-043, requiere orden médica de derivación. Para realizar la prestación, dependiendo de la técnica, debe disponerse de pabellón de alta complejidad, preferencialmente de neurocirugía o de resonador magnético, según sea radiofrecuencia o ultrasonido focalizado.

f) Instilación vesical (incluye colocación de sonda y Mycobacterium Bovis para instilación intravesical proc. aut.) código 19-01-036, código arancelario que exceptúa a beneficiarios con Tuberculosis y/o inmunodeprimidos. Para su realización requiere orden médica de un especialista en urología, la prestación del código arancelario 19-01-019, es excluyente con este código arancelario.

30. Incorpórase en el numeral 18 a continuación de la letra e.4), la siguiente f) nueva:

f) Paquimetría código 12-01-045, prestación realizada por profesional Tecnólogo Médico con mención en oftalmología y optometría, deberá contar con el equipamiento e infraestructura necesaria para el desarrollo de la prestación, incluye el uso de anestesia tópica en colirio. El procedimiento bilateral contempla la entrega del informe y requiere de orden médica del profesional tratante.

31. Incorpórase en el numeral 23.2, bajo el código 23-01-081 lo siguiente:

CODIGO	GLOSA	MAX. ANUAL
2301073	Monitor de glicemia	1
2301074	Sensor (Monitoreo Continuo Glucosa)	24

32. Reemplázase la tercera viñeta de la letra b), del numeral 27.3 por lo siguiente:

- Los medicamentos, insumos, material de osteosíntesis utilizados durante la intervención quirúrgica y la hospitalización. El PAD de Endoprótesis total de hombro, incluye la endoprótesis.

33. Agrégase a continuación del punto final de la letra a) del numeral 27.4, lo siguiente, pasando el actual punto final a ser punto seguido.

En aquellas prestaciones PAD cuyas trazadoras no consideren la bilateralidad y en el mismo acto quirúrgico, el mismo equipo practique en forma bilateral la cirugía, se deberá valorizar el PAD al 100% y la segunda incisión con el código de la trazadora en un programa complementario al 50%.

34. Incorpórase en el numeral 27.5 a continuación de la letra a) ubicada bajo la expresión "A. Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 01", lo siguiente:

Las prestaciones que a continuación se detallan, se rigen por lo establecido en el numeral 27.1, 27.2, 27.3 y 27.4 de esta norma y según las siguientes especificaciones:

- Luxofractura cerrada de tobillo con osteosíntesis código 25-01-054, prestación efectuada por médico especialista en Traumatología y Ortopedia incluye en su valor, exámenes preoperatorios, elementos de osteosíntesis (placas y tornillos), bota de descarga, pabellón de cirugía mayor.

- Fractura de clavícula con osteosíntesis código 25-01-055, prestación efectuada por médico especialista en Traumatología y Ortopedia, incluye en su valor, exámenes preoperatorios, elementos de osteosíntesis (placas y tornillos), cabestrillo simple, pabellón de cirugía mayor.

- Las prestaciones de los códigos 25-01-056 retiro de material de osteosíntesis de mayor complejidad y 25-01-057 retiro de material de osteosíntesis de menor complejidad incluyen en su valor exámenes preoperatorios, prestación que debe ser realizada por especialista en Traumatología y Ortopedia, en pabellón de cirugía mayor.

- Cirugía Bariátrica por By Pass Gástrico código 25-01-058 y Cirugía Bariátrica por Manga Gástrica código 25-01-059 incluyen en su valor, día cama, exámenes de laboratorio e imagenología, instrumental de laparoscopia y todos los insumos, y medicamentos específicos a dichas cirugías, debiendo ser efectuadas en pabellón de cirugía mayor. Prestaciones para ser otorgadas en beneficiarios entre 18 y 65 años que cumplan con los siguientes criterios respecto del Índice de Masa Corporal (IMC):

* Sobre 40 con o sin morbilidad asociada.

* Entre 35 y 40 con morbilidad asociada (1 criterio mayor + 1 menor o 3 menores).

* Entre 30 y 35 en caso de ser portador de DM2 de difícil manejo (o 2 criterios mayores + 1 menor).

CRITERIOS	
Mayores	Menores
Diabetes tipo 2	Prediabetes
Hipertensión arterial	Dislipidemia
SAHOS	Hígado graso
Trastorno musculoesquelético severo que requiere uso de prótesis u órtesis o requiere cirugía	Hiperuricemia
Síndrome Metabólico	Hipotiroidismo
Insuficiencia renal	Reflujo gastroesofágico

Quienes accedan a estas prestaciones, deberán cumplir con el protocolo operatorio que corresponda, no presentar contraindicaciones para la cirugía y contar con evaluación psicológica emitida por Psiquiatra o Psicólogo, la cual debe constar en la ficha clínica del beneficiario.

Contraindicaciones absolutas para acceder a las prestaciones 25-01-058 y 25-01-059: Dependencia a drogas y/o embarazadas*Beneficiarios que cursen una Psicosis activa o depresión severa no compensada.

- Prolapso Rectal Tratamiento Quirúrgico Vía Abdominal código 25-01-060, considera pabellón de alta complejidad y Prolapso Rectal: Tratamiento Quirúrgico Vía Rectal código 25-01-061, deberán ser realizadas por médico con especialidad coloproctología.

- La prestación Tratamiento Quirúrgico Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Femenina código 25-01-062, deberá ser efectuada por médico especialista en urología o ginecología, e incluye los insumos necesarios para esta intervención (cintas, agujas, mallas) independiente de la técnica quirúrgica.

- Tratamiento Quirúrgico Estrabismo Mayores de 9 años código 25-01-063, debe ser efectuada por médico cirujano con especialidad en oftalmología.

- Tratamiento Quirúrgico Otitis Serosa Mucositis Timpánica Mixiosis Timpánica código 25-01-064, prestación efectuada por médico cirujano con especialidad en otorrinolaringología.

- Implantación de Estimulador Cerebral Profundo para la enfermedad de Parkinson (incluye el dispositivo) código 25-01-065, prestación a ser efectuada por Médico Especialista en Neurocirugía, acompañado de un equipo de neurólogos y médicos especialistas, incluye en su valor el generador, electrodos, dispositivos e insumos necesarios para la función del generador.

- Trasplante de Córnea código 25-01-066, prestación destinada al reemplazo o reparación de una córnea alterada con nueva córnea de donante fallecido, debe ser realizada por médico cirujano con especialidad en Oftalmología. La prestación 25-01-066 es unilateral, es decir, por cada ojo. Prestación que debe regirse por lo establecido en la Ley 19.451 vigente y sus modificaciones posteriores. Esta prestación incluye fármacos, tales como Acetato de prednisolona al 1% a lo menos para 9 meses, aciclovir oral para todo el año, colirio de dexametasona al 1% asociado a tobramicina al 0,3%, fluorometolona al 1% solución oftálmica, para al menos tres meses, lágrimas artificiales, ofloxacino al 0,3% moxifloxacino colirio, voriconazol, según indicación médica.

35. Incorpórase en la tercera viñeta de la letra c) contenida en la letra “B) Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 02” del numeral 27.5, a continuación de la expresión “Tratante”, pasando el actual punto aparte a ser punto seguido, lo siguiente:

Incluye el estudio histopatológico corriente de biopsia diferida por cada muestra y/o tejido, código 08-01-008, en los casos en que el cirujano tratante lo indique.

36. Trasládase la cuarta viñeta de la letra c) contenida en la letra “B) Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 02” del numeral 27.5, a continuación de la última viñeta ubicada en el numeral 27.5 a continuación de la letra a) ubicada bajo la expresión “A. Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 01”, y modifícase el código 25-02-023 por 25-01-067.

37. Incorpórase en la letra c) contenida en la letra “B) Prestaciones Grupo 25 Subgrupo 02” del numeral 27.5, las siguientes viñetas:

- Hospitalización Domiciliaria Básica Paciente Agudo Adulto y Pediátrico código 25-02-029, esta prestación es una alternativa a la hospitalización tradicional, ejecutada por un equipo integral, mediante el funcionamiento diario en horario establecido, otorgando cuidados en el domicilio a beneficiarios con diagnóstico médico definido y condición clínica estable en fase aguda, o bien que se encuentren cursando una patología aguda con indicación de manejo proporcional, y con una estancia promedio acotada a no más de 7 días (extensible a un máximo de 10 días). Lo anterior, con el fin de garantizar la continuidad del proceso de hospitalización. Para acceder a esta prestación, se requiere de indicación por parte del médico tratante desde el establecimiento público o privado, donde se encuentre internado el beneficiario, el que debe contar con convenio con una institución que se hará cargo de la hospitalización domiciliaria del beneficiario, asimismo, requiere de consentimiento informado.

Todas las prestaciones del grupo 02, son excluyentes con este código arancelario, cada PAD código 25-02-029 corresponde a las prestaciones proporcionadas equivalentes a un día de Hospitalización domiciliaria, incluyendo en su valor el manejo de paciente con diagnóstico de tipo médico o quirúrgico estable, que puede continuar plan terapéutico en domicilio.

El prestador jurídico que inscriba este código arancelario deberá establecer un convenio con una institución dedicada a estos fines, la que deberá contar con los recursos humanos necesarios para el desarrollo de la prestación y dar cumplimiento a las exigencias de infraestructura, equipamiento y servicios de apoyo a la gestión clínica establecidos en la normativa y reglamentación vigente, de acuerdo a la cartera de servicios informada por el prestador.

Criterios generales para acceder a esta prestación:

- 1.- Requiere de Indicación de Médico tratante desde el Hospital o Clínica de origen.
- 2.- Beneficiarios con una patología aguda, clínicamente estables (estabilidad clínica y hemodinámica) y susceptibles de tratar en domicilio, por un tiempo definido.
- 3.- Beneficiarios que cuenten con condiciones sociosanitarias adecuadas en el domicilio o institución que alberga al usuario en Hospitalización Domiciliaria, tales como soporte de servicios básicos cubiertos (luz, agua potable y buenas condiciones sanitarias), incluyendo sistema de comunicación telefónica.
- 4.- Debe contar con red familiar, red social o tutor responsable a cargo del cuidado en domicilio las 24 horas del día. El tutor es la “Persona responsable de entregar al usuario los cuidados según las indicaciones del equipo de HD. El tutor debe otorgar al usuario los cuidados básicos (alimentación, higiene) y clínicos de baja complejidad (control de temperatura, administración de fármacos vía oral y otros según patología). Es además el nexo entre el equipo clínico siendo responsable de responder el teléfono para recibir indicaciones del equipo clínico y/o realizar llamadas en caso de dudas o emergencias para recibir asistencia. Es decir, debe ser capaz de seguir indicaciones médicas y contribuir a la continuidad de los cuidados.

5.- Deberá quedar formalizada la aceptación por parte de usuario, tutor y/o familiar de acceder a la modalidad de Hospitalización Domiciliaria, mediante la firma de documento de consentimiento informado.

6.- El domicilio deberá encontrarse dentro del radio geográfico de acción definido por el establecimiento en convenio, considerando la accesibilidad y tiempo de desplazamiento desde y hacia el hospital o clínica.

La prestación incorpora en su valor 2 visitas médicas durante la hospitalización (ingreso/egreso), 1 atención de enfermería al día, hasta 2 sesiones de kinesiología integral al día, según indicación médica, oxigenoterapia hasta 3 lt/m (naricera). Antibióticos de primera línea, AINES, bomba de protones y protector cutáneo, curación simple de heridas (incluye insumos), 1 sesión de teleconsulta médica, más una de teleconsulta de enfermería o según indicación médica, 1 telerehabilitación de kinesiología. En caso de que requiera una administración programada de medicamentos EV cada 6 u 8 horas, este proceso podrá cobrarse como visita de enfermería adicional, mediante la codificación 26-01-002 Atención integral de enfermería en domicilio (atención mínima de 45') (solo para mayores de 55 años), sin importar el rango etario. Considera beneficiarios con hasta 2 dispositivos, tales como: vía venosa, sonda Foley, esta prestación en lo relativo a atención médica y de enfermería e insumos de uso general, se rige por lo establecido en el numeral 8 letra I.1) y I.4) de estas normas.

En los casos en que, durante el periodo de permanencia del paciente en hospitalización domiciliaria, se requiera cambio o instalación de vía venosa, también podrá cobrarse como visita de enfermería adicional al PAD, mediante la codificación 26-01-002 sin importar el rango etario, sin embargo, para estos casos los insumos se encuentran incluidos, de igual manera, ante la indicación de instalación o extracción de sonda Foley, los insumos se encuentran incluidos.

Por otro lado, si durante el proceso se requiere de una visita médica adicional, debe cobrarse mediante el código de atención domiciliaria 01-01-004. Visitas médicas y profesionales en número mayor a lo estipulado en esta normativa, indicarían una reevaluación de la indicación de hospitalización domiciliaria.

Los criterios de exclusión relativos a la prestación 25-02-029, consideran las siguientes situaciones:

- Inestabilidad Hemodinámica del beneficiario.
- No cumple con requisitos generales señalados precedentemente.
- No cumple con requisitos clínicos para Hospitalización Domiciliaria.
- Beneficiarios cuyos cuidados superen las capacidades técnicas y/o profesionales de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.
- Beneficiarios en los que no se ha concluido el estudio o el diagnóstico no está claro.
- Beneficiarios crónicos sin condición aguda, que requieran de atención especializada de manera hospitalización prolongada, con posibilidad de resolución por otros programas de atención domiciliaria, como cuidados paliativos, de dependencia severa, de asistencia ventilatoria, entre otros.
- Problemas biopsicosociales como: ausencia de cuidador responsable e incapacidad de comunicarse con la unidad de HD; tutor no apto para el cuidado de un tercero; entorno riesgoso para el usuario y/o equipo de salud; domicilio no cuenta con servicios básicos en hogar.
- Rechace la atención domiciliaria o en general no cumpla con cualquiera de los requisitos de inclusión señalados.

Este código arancelario no incluye en su valor:

- El traslado del paciente desde y hacia la Clínica u Hospital, ni tampoco el traslado para exámenes radiológicos y ecográficos.
- Manejo avanzado de heridas.
- Ortesis, prótesis y medias anti embólicas.
- Nutrición parenteral.
- Pañales, fajas, útiles de aseo y perfumería.
- Exámenes radiológicos, ecográficos y de laboratorio.
- No incluye medicamentos de uso crónico, suplementos alimenticios, vitaminas, antibióticos de segunda y tercera línea
- Nutrición enteral.

El prestador deberá contar con Ficha Clínica del beneficiario, que contenga: hoja de ingreso Médico, hoja de Ingreso de Enfermería, indicaciones diarias, evolución clínica por profesionales

de la salud que asisten al paciente, control de parámetros clínicos, copia de consentimiento informado, epicrisis y documentación al alta: La documentación mínima que se debe adjuntar al alta y entregar al paciente/tutor es:

- Epicrisis.
- Evaluación final de enfermería.
- Evaluación final de otro profesional si procede (Ejemplo: kinesiología).
- Derivación a otro establecimiento, por ejemplo, re-hospitalización.

Las complicaciones que pudiese presentar la persona, durante la hospitalización en su domicilio y que sean derivadas del tratamiento médico o quirúrgico, efectuados en el Hospital o Clínica de origen, serán de responsabilidad de dicho establecimiento. Sin embargo, el paciente o su tutor podrán determinar si regresa a dicho establecimiento u otro de su conveniencia. En caso de presentar un evento que requiera de una atención de urgencia inmediata dentro de este proceso, el paciente deberá ser trasladado al Servicio de Urgencia público o privado más cercano a la brevedad por su familia.

- Test de Levodopa código 25-02-030, prestación que considera una duración aproximada de 3 horas, incluye en su valor RNM, PET-CT, día cama de observación y puede ser efectuada por médicos Neurólogos, Neurocirujanos.

- Evaluación Diagnóstica Complementaria personas del espectro autista hasta los 18 años código 25-02-025, prestación que se realiza en instituciones e incluye atención profesional integral por Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo con formación y experiencia en el ámbito de desarrollo infantil y el espectro autista. Esta prestación requiere derivación por médico y confirmación diagnóstica por psiquiatra y neurólogo infantil.

Para su aplicación, requiere contar con un espacio idóneo con la infraestructura, equipamiento e insumos que correspondan, acordes al nivel de gravedad y grupo etario, que permita realizar la evaluación directa al niño, niña o adolescente como con su familia. Incluye informe de evaluación y recomendaciones para la intervención.

- PAD Tratamiento mensual personas del espectro autista códigos 25-02-026, 25-02-027 y 25-02-028.

Para acceder a estos códigos arancelarios se requiere de orden médica con confirmación diagnóstica de psiquiatra o neurólogo, quienes determinan el diagnóstico e indican el tratamiento de rehabilitación integral. Estas prestaciones integrales mensuales, se deben realizar en instituciones de salud e incluyen la atención profesional por Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo y Psicólogo, con formación y experiencia en el ámbito de desarrollo infantil y el espectro autista.

El prestador deberá contar con la infraestructura idónea, con los equipamientos e insumos pertinentes, acordes a los pacientes y el grupo etario, así como también, para la atención de familiares y realización de actividades grupales por parte del equipo multidisciplinario.

Estos códigos arancelarios incluyen en su valor un plan de intervención que incluye al menos la definición de objetivos en diferentes dimensiones, planteando actividades con frecuencias, plazos y profesionales a cargo, además de la evaluación mensual de avances, también en caso necesario, al menos 1 intervención psicosocial y una consulta a distancia mensual. Asimismo, deberán mantener la coordinación intersectorial con el establecimiento educacional, quedando establecido por medio de un informe que incorpore los avances de los objetivos de acuerdo con el plan de intervención. El informe de egreso deberá incluir las acciones realizadas, avances y recomendaciones de continuidad.

El prestador deberá evaluar si la intensidad de las prestaciones contenidas en estos PAD, son las requeridas por los niños, niñas y adolescentes con dicho diagnóstico, según su grupo etario. De lo contrario, si estas se plantean en menor cuantía para el tratamiento, se sugiere utilizar las prestaciones individuales por cada profesional. En caso de requerirse una mayor cantidad de prestaciones, pueden ser complementadas con prestaciones individuales de Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo o Psicólogo, según códigos arancelarios vigentes.

Cada PAD de tratamiento mensual integral constará de:

- Tratamiento personas del espectro autista hasta los 5 años código 25-02-026, considera población beneficiaria menor o igual a 5 años 11 meses 29 días, incluye al menos 6 atenciones, pudiendo ser realizadas por profesionales Terapeutas Ocupacionales o Fonoaudiólogos, distribuidas en el mes según requerimientos clínicos de los beneficiarios, asimismo, incluye hasta 1 atención de Psicólogo por mes.

- Tratamiento personas del espectro autista de 6 a 12 años código 25-02-027, considera población beneficiaria mayor o igual a 6 años y menor o igual a 12 años 11 meses 29 días, incluye al menos 5 atenciones, pudiendo ser otorgadas por profesionales Terapeutas Ocupacionales o Fonoaudiólogos, distribuidas en el mes según requerimientos clínicos de los beneficiarios, asimismo, incluye al menos 1 atención de Psicólogo al mes.

- Tratamiento personas del espectro autista de 13 hasta 18 años código 25-02-028, considera población beneficiaria mayor o igual a 13 años y menor o igual a 18 años 11 meses 29 días, incorpora al menos 3 atenciones, pudiendo ser realizadas por profesionales Terapeutas Ocupacionales o Fonoaudiólogos, distribuidas en el mes según requerimientos clínicos de los beneficiarios, asimismo, incluye 2 atenciones de Psicólogo al mes.

- Las prestaciones Procuramiento de Córneas de Donante Cadáver (DC) por Paro Cardiorrespiratorio (PCR) código 25-02-031 y Procuramiento de Córneas de Donante Cadáver (DC) por Muerte Encefálica (ME) código 25-02-032, podrán ser efectuadas en Unidades de Anatomía Patológica o en la Unidad del Paciente, siempre que el lugar reúna las condiciones de infraestructura para realizar el procuramiento sin quiebre de la técnica aséptica.

- Procesamiento de Córnea código 25-02-033 por cada ojo, incluye todos los insumos, incluso aquellos de tipo quirúrgico, tales como cuchilletes, así como también, el líquido de preservación.

Las prestaciones, relacionadas a Procuramiento y Procesamiento de Córneas, deberán regirse por lo establecido en la Ley 19.451 vigente y sus modificaciones posteriores y a la Norma Técnica para el Procuramiento, Preservación e Implante de Córneas, Mayo de 2021, Ministerio de Salud y el paciente debe formar parte de la lista de espera para acceder a trasplante. Estos códigos arancelarios incluyen todos los insumos necesarios, exámenes de laboratorio y pabellón o sala de procedimientos respectivo, según corresponda. El cumplimiento de los estándares establecidos para el procuramiento de cada uno de los tejidos contemplados en la presente normativa, constituyen un aspecto crucial para la generación de tejidos aptos para su uso clínico, tal como lo indica la Norma Técnica para el Procuramiento, Preservación e Implante de Tejidos, 2018

38. Reemplácese en el numeral 27.5, la tabla inserta en la letra “D) Prestaciones trazadoras”, por la siguiente:

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
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 adenoideas	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 Húmero	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
25-01-054	Luxofractura cerrada de tobillo con osteosíntesis	21-04-179
25-01-055	Fractura de clavícula con osteosíntesis	21-04-045
25-01-056	Retiro de material de osteosíntesis de mayor complejidad	21-06-001 – 21-06-002
25-01-057	Retiro de material de osteosíntesis de menor complejidad	21-06-003
25-01-058	Cirugía Bariátrica por By Pass Gástrico	Sin prestación trazadora
25-010-59	Cirugía Bariátrica por Manga Gástrica	Sin prestación trazadora
25-01-060	Prolapso Rectal: Tratamiento Quirúrgico Vía Abdominal	18-03-027
25-01-061	Prolapso Rectal: Tratamiento Quirúrgico Vía Rectal	18-03-028
25-01-062	Tratamiento Quirúrgico Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Femenina	19-02-045 20-03-022

25-01-063	Tratamiento Quirúrgico Estrabismo Mayores de 9 años	12-02-038
25-01-064	Tratamiento Quirúrgico Otitis Serosa Mucositis Timpánica Mixiosis Timpánica	13-02-008
25-01-065	Implantación de Estimulador Cerebral Profundo para la enfermedad de Parkinson (incluye el dispositivo)	11-03-045
25-01-066	Trasplante de Córnea	12-02-048
25-01-067	Reparación Prenatal de Espina Bífida	11-03-047
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
25-02-024	Crosslinking Corneal	Sin prestación trazadora
25-02-025	Evaluación Diagnóstica Complementaria personas del espectro autista hasta los 18 años	Sin prestación trazadora
25-02-026	Tratamiento personas del espectro autista hasta los 5 años	Sin prestación trazadora
25-02-027	Tratamiento personas del espectro autista de 6 a 12 años	Sin prestación trazadora
25-02-028	Tratamiento personas del espectro autista de 13 hasta 18 años	Sin prestación trazadora
25-02-029	Hospitalización Domiciliaria Básica Paciente Agudo. Adulto y Pediátrico	Sin prestación trazadora
25-02-030	Test de Levodopa	Sin prestación trazadora

25-02-031	Procuramiento de Córneas de Donante Cadáver (DC) por Paro Cardiorrespiratorio (PCR)	12-02-048
25-02-032	Procuramiento de Córneas de Donante Cadáver (DC) por Muerte Encefálica (ME)	12-02-048
25-02-033	Procesamiento de Córnea	Sin prestación trazadora
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

39. Modifícase el epígrafe del numeral 27.7 que señala: “PAD programa Cardiovascular Grupo 25 sub-Grupo 04” por lo siguiente:

27.7 PAD PROGRAMA CEREBROVASCULAR GRUPO 25 SUBGRUPO 04

40. Elimínase del numeral 28.1 las letras a), b), c), d), f), g) y su contenido. Pasando las actuales letras e) y h) a ser las nuevas a) y b).

41. Modifícase la glosa en el numeral 28.1, letra h) donde señala código 01-01-001 “Consulta médica” por “Consulta Medicina General”

42. Modifícase del numeral 28.2 la expresión: “* 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”, por lo siguiente:

*Estas prestaciones PAE no podrán cobrarse en forma conjunta con las prestaciones PAD 2504103, 2505936, 2505937, 2505939, 2505940, 2505941 y 2505456.

43. Reemplázase en el numeral 29.2 letra a.2, la expresión “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 (IMC).” por lo siguiente:

Las atenciones están destinadas a pacientes sin restricción por edad, siempre que tenga diagnosticada algunas de las siguientes enfermedades o condiciones modificables y mejoras con dieta: Riesgo cardiovascular en obesidad o sobrepeso criterios IMC; Enfermedades asociadas a ingesta de Gluten (Enfermedad Celiaca y Sensibilidad no celiaca al Gluten), Alergias por ingesta (Proteína de la leche de la vaca; trigo, maní, entre otras).

44. Incorpórase bajo la letra e) del numeral 29.2, el nuevo 29.3 y su contenido, como a continuación se indica:

29.3 ATENCIONES INTEGRALES DE MATRONERÍA (GRUPO 26 SUBGRUPO 03)

Este grupo contempla las atenciones otorgadas por profesionales de Matronería, 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, las que se rigen por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa y corresponde a las atenciones integrales otorgadas por profesional matrona o matrón, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo de su ciclo vital y a la mujer o persona con capacidad de gestar en todas las etapas de su gestación, comprendiendo tanto la atención prenatal, puerperio normal y además la preparación para el parto.

Atención Integral de Matronería en Salud Obstétrica y Perinatal código 26-03-001, prestación que comprende la atención por profesional matrona o matrón, del embarazo normal, control de puerperio, recién nacido y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico del embarazo patológico, considera el conjunto de atenciones que se requieran dentro del período de embarazo, puerperio y la atención del recién nacido otorgadas por el profesional. Asimismo, considera la elaboración de un plan de atención prenatal en conjunto con la persona gestante, de acuerdo con sus necesidades, que considere el control de la evolución normal de la gestación, la detección de factores de riesgo y pesquisa de patologías propias de la gestación y concomitantes que permitan la derivación oportuna a niveles de mayor complejidad cuando corresponda.

Esta prestación, requiere de orden médica de derivación, manteniendo la coordinación constante con el equipo tratante. Considera una duración de 45 min.

En aquellos casos, en que la persona curse un embarazo con sospecha o diagnóstico de riesgo obstétrico y perinatal (según Guía Perinatal Minsal 2015), embarazo gemelar o múltiple, deberá ser controlada en conjunto con médico especialista en Ginecología y Obstetricia seleccionado por la persona gestante, considerando lo señalado en el punto 27.6 letra a) de esa normativa. Para ello, el profesional de matronería, deberá mantener una coordinación e información constante con la persona gestante de sus opciones de atención y de su derivación oportuna.

Se debe considerar que esta prestación no incluye en su valor, las prestaciones de los siguientes códigos arancelarios 20-01-009, 20-04-010, 20-04-011 y 20-04-012.

La atención de puerperio y Recién Nacido están destinadas en un contexto ambulatorio, después del alta de su parto.

Atención Integral de Matronería en Salud Sexual y Reproductiva código 26-03-002, atención profesional otorgada por Matrona o Matrón que comprende el conjunto de atenciones otorgadas a las personas usuarias que requieran atención en las distintas etapas de su salud reproductiva y sexual, tales como: salud ginecológica integral, salud sexual integral, salud reproductiva (preconcepcional), regulación de fertilidad y atención ginecológica a mujeres o personas en etapa de climaterio (esta etapa no considera la indicación de terapia de reemplazo hormonal, que debe ser indicada por médico especialista en Ginecología y Obstetricia).

Esta prestación no requiere orden médica para su realización, contempla una duración de 45 min.

La prestación 26-03-002, no considera en su valor la prestación 20-01-015, asimismo, tampoco considera los implantes subcutáneos ni su inserción.

45. Incorpórase bajo el contenido del nuevo numeral 29.3, el numeral 29.4 nuevo y su contenido, como a continuación se indica:

29.4 ATENCIONES INTEGRALES DE ACUPUNTURA (GRUPO 26 SUBGRUPO 09)

Este grupo contempla las atenciones otorgadas en atención abierta, las que se rigen por lo establecido en los puntos 2, 3 y 4 de esta normativa.

Los profesionales que inscriban esta prestación deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el decreto N°123 del Minsal y contar con la infraestructura e insumos pertinentes para proveer la atención, asimismo, el lugar de atención deberá contar con resolución sanitaria vigente.

La atención integral de acupuntura considera los códigos arancelarios 26-09-001 y 26-09-002, se debe considerar que estos no corresponden a la atención de punción seca.

Atención Integral de Acupuntura por profesional de la Salud (por sesión) código 26-09-001, prestación que puede ser otorgada por profesionales de Nivel Superior de la Salud (médico, enfermera, matrona, tecnólogo médico, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo) y que posean el título de Acupunturista, debidamente certificado en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

Atención Integral de Acupuntura por Técnico de profesiones auxiliares de salud (por sesión) código 26-09-002, esta prestación podrá ser otorgada por Técnico nivel superior u otro profesional no de salud que posean el título de Acupunturista, debidamente certificado en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

En la ejecución de las prestaciones 26-09-001 y 26-09-002 se consideran las siguientes técnicas: acupuntura, aurículo terapia, terapia umbilical, terapia abdominal, terapia podal, manopuntura, craneopuntura, electroacupuntura, sangría, moxibustión, ventosas, masaje terapéutico, laserpuntura, magnetoterapia, recomendaciones en fitoterapia y alimentación. La utilización de una o varias de estas técnicas dentro de cada sesión, dependerá de la situación particular de cada paciente. Esta prestación considera una duración de 45 minutos e incluye todos los insumos necesarios para su desarrollo, tales como algodón, sabanillas, alcohol, agujas y extras como chinchetas, semillas, moxa.

Ambas prestaciones requieren orden médica del profesional tratante y solo se podrá acceder a ella si se presentan las siguientes condiciones: dolor crónico de origen oncológico y dolor crónico osteomuscular cuyo diagnóstico sea Lumbago Crónico o Artrosis de Rodilla en mayores de 15 años.

Si un profesional en convenio requiere realizar sesiones de acupuntura y además alguna de las prestaciones ya inscritas de su profesión, sólo podrá realizarlas en sesiones diferentes, debidamente registradas en la ficha clínica y con la correspondiente prescripción médica cuando corresponda.

II. La presente resolución entrará en vigencia a contar del primer día hábil posterior a la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

III. El Fondo Nacional de Salud pondrá a disposición de los usuarios (prestadores públicos y privados, asegurados, entidades en general), la presente resolución a través de su página web, www.fonasa.cl.

Anótese y publíquese.- Enrique Paris Mancilla, Ministro de Salud.

Transcribo para su conocimiento resolución exenta N° 208 del 11 de febrero de 2022.- Por orden de la Subsecretaria de Salud Pública.- Saluda atentamente a Ud., Jorge Hübner Garretón, Jefe de la División Jurídica, Ministerio de Salud.