



Tipo Norma	:Resolución 139 EXENTA
Fecha Publicación	:15-03-2014
Fecha Promulgación	:28-02-2014
Organismo	:MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Título	:MODIFICA RESOLUCIÓN N° 277 EXENTA, DE 2011, QUE APROBÓ LAS NORMAS TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA APLICACIÓN DEL ARANCEL DEL RÉGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD LIBRO II DFL N° 1, DE 2005, EN LA MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN
Tipo Versión	:Unica De : 17-03-2014
Inicio Vigencia	:17-03-2014
Id Norma	:1060308
URL	: http://www.leychile.cl/N?i=1060308&f=2014-03-17&p=

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

Núm. 139 exenta.- Santiago, 28 de febrero de 2014.- Visto: Lo establecido en los artículos 4° y 7° del Libro I, y en los artículos 142 y 143 del Libro II, todos del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; DS 369/1985 de Salud y sus modificaciones posteriores, 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. Modifícase la resolución exenta N° 277, del 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. Sustitúyese el número 2.3 "Inscripción de prestaciones de salud de especialidad", por el siguiente:

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. Sustitúyese en el número 2.4 letra a) la frase "en el artículo segundo transitorios del DS 57/2007 del Ministerio de Salud por la siguiente:

"en el numeral 2.3 de esta normativa".

3. Agréguese en el número 3, a continuación del párrafo 1, lo siguiente:

El Arancel de la Modalidad de Libre Elección, señalado en el Libro II, del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, sólo otorga financiamiento de las prestaciones de salud a través de la emisión de órdenes de atención. Quedan excluidos cualquier otro mecanismo de bonificación como los reembolsos que existan en otros sistemas previsionales de salud.

4. Sustitúyese en el número 7.1, párrafo 3°, el texto "prestaciones



01-01-001, 01-01-002 y 01-01-003", por "prestaciones de consulta médica electiva y consulta médica de especialidad".

5. Sustitúyese el número 7.1.2, "Especialidad Médica", por el siguiente:

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.

6. Agréguese en el número 7.1.4, a continuación del párrafo 3°, lo siguiente:

Iguales condiciones de acreditación, inscripción y cobro, serán exigidas para las prestaciones cuya apertura de especialistas, se incorpora en los códigos siguientes:

Código	Glosa
01-01-201	Consulta Médica de Especialidad en Dermatología
01-01-202	Consulta Médica de Especialidad en Geriatria
01-01-203	Consulta Médica de Especialidad en Neurocirugía
01-01-205	Consulta Médica de Especialidad en Otorrinolaringología
01-01-206	Consulta Médica de Especialidad en Reumatología

7. Agréguese en el número 7.1.5, a continuación del 2° párrafo, lo siguiente:

Iguales condiciones de acreditación, inscripción y cobro, serán exigidas para las prestaciones cuya apertura de especialistas, se incorpora en los códigos siguientes:

Código	Glosa
01-01-204	Consulta Médica de Especialidad en Oftalmología
01-01-301	Consulta Médica de Especialidad en Cardiología
01-01-302	Consulta Médica de Especialidad en Hematología
01-01-303	Consulta Médica de Especialidad en Infectología
01-01-304	Consulta Médica de Especialidad en Inmunología
01-01-305	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Familiar
01-01-306	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación
01-01-307	Consulta Médica de Especialidad en Medicina Interna
01-01-308	Consulta Médica de Especialidad en Obstetricia y Ginecología
01-01-309	Consulta Médica de Especialidad en Pediatría
01-01-310	Consulta Médica de Especialidad en Traumatología y Ortopedia
01-01-311	Consulta Médica de Especialidad en Urología

8. Sustitúyese en el número 14 letra k) la frase "en su artículo segundo transitorio de DS 57/2007 del Ministerio de Salud, publicado el 6 de noviembre de 2008, que aprobó el "Reglamento de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales y de las entidades que las otorgan" por la siguiente:

"el numeral 2.3 de esta normativa."

9. Agrégase en el número 17.4, en la letra i) emisión y cobro de prestaciones de Dermatología y Tegumentos (Grupo 16), lo siguiente:

- 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%.

10. Modifícase el número 18 Oftalmología, en la forma que sigue:
En la letra a)



A continuación de: "El Fondo pagará la consulta oftalmológica" y antes de la coma, intercálase la frase "con la prestación 01-01-204 Consulta Médica de Especialidad en Oftalmología, o".

Sustitúyese la letra d), por la que sigue:

"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."

11. Modifícase el número 27 Pago Asociado a Diagnóstico (P.A.D.), en la forma siguiente:

a) En el título del número 27, elimínase el texto: códigos 25-01-001 al 25-01-036) (códigos 25-02-001 al 25-02-004).

b) En el número 27.5 Cobro de Prestaciones P.A.D., agrégase a la nómina de códigos, las prestaciones de Fertilización Asistida que siguen:

25-02-009 Tratamiento Baja Complejidad en Hombre.
25-02-010 Tratamiento Baja Complejidad en Mujer.

c) En el número 27.6 Normas Específicas para el PAD Parto, en letra a), las modificaciones que se detallan:

. Sustitúyese el 2º párrafo, por el siguiente:

- 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, 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."

. Sustitúyese el 4º párrafo, por el siguiente:

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 prematuridad (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.

d) Agrégase en el número 27.6, al final, la letra i), nueva, siguiente:

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 desde la pareja.

Estas prestaciones serán otorgadas a beneficiarios que tengan entre 25 a 37 años de edad e incluyen las consultas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología propios de este tratamiento, procedimiento de criopreservación, capacitación espermática, inseminación artificial y los fármacos e insumos requeridos para realizar el tratamiento señalado.

Los PAD códigos 25-02-009 Tratamiento Baja Complejidad en Hombres y 25-02-010 Tratamiento Baja Complejidad en Mujeres, excluyen el tratamiento de inseminación artificial con espermios de donantes.

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.

12. Sustitúyese el número 28.2 Prestaciones de emergencia o urgencia, por el siguiente:

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 enfermo 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:

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.
- 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, beneficiarios, entidades en general), la presente resolución a través de su página web "www.fonasa.cl".



Anótese y publíquese.- Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud.
Transcribo para su conocimiento resolución exenta N° 139 de 2014.- Saluda
atentamente a Ud., Jaime Burrows Oyarzún, Subsecretario de Salud Pública.