

**NORMAS TÉCNICAS
PARA LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN
CONVENIO CON ISAPRE**

**Propuesta Isapres de Chile
Aceptada por Clínicas de Chile, A.G**

NORMAS TÉCNICAS PARA LOS PRESTADORES DE ISAPRE

1. GENERALIDADES

Esta normativa técnica regula la aplicación del Arancel convenido con los Prestadores de Salud, en términos de la forma de cobro por prestaciones realizadas a los beneficiarios de la Isapre, en el marco del convenio suscrito entre cada Isapre y el Prestador de Salud correspondiente. Por lo mismo estas normas técnicas son vinculantes para la Isapre y el prestador de salud, en la medida que exista un convenio firmado entre las partes que contenga estas definiciones. En el caso que estas normas se contradigan con lo establecido en el convenio específico, primará siempre el texto del convenio específico.

Para todo caso que no esté regulado o especificado en el convenio o en esta normativa, y sobre el cual surja una controversia que no pueda ser resuelta directamente entre las partes, se utilizará el mecanismo de resolución de controversias establecido en el convenio.

La Isapre determinará, en función del arancel vigente del plan de salud del beneficiario que se trate, las prestaciones afectas a cobertura de aquellas cobradas por el prestador. En los casos en que no otorgue cobertura, el beneficiario será el responsable de cancelar el monto total de la prestación al prestador.

2. DEFINICIONES

Para efectos de esta normativa, los términos que a continuación se indican tendrán el sentido que se señala. Otras definiciones se incluyen en las secciones correspondientes. Los códigos mencionados corresponden a la codificación del Arancel de la Isapre los cuales equivalen a la codificación del Arancel Fonasa Libre Elección vigente, además de códigos adicionales para prestaciones no codificadas en Fonasa.

Los prestadores informarán la creación de nuevas prestaciones con o sin equivalencia FONASA y en el caso de las últimas la ISAPRE tendrá un plazo de 30 días para responder al prestador si las incorporó a su arancel.

Las modificaciones que experimente el arancel de referencia en cuanto a nuevas prestaciones deben hacerse extensivas a esta normativa

2.1 **Arancel:** Es el conjunto formado por el listado de prestaciones de salud individuales o por grupos, su clasificación, codificación, descripción y valores establecidos en el convenio entre la Isapre y el Prestador. El valor convenido se expresará en unidad monetaria vigente (pesos o U.F.) o en valor de referencia (veces arancel de referencia), indicando el plazo de vigencia y la política de reajuste si la hubiere. Cada prestación se identifica con siete dígitos que representan lo siguiente:

- Código de grupo: primer y segundo dígito del código de la prestación
- Código de subgrupo: tercer y cuarto dígito del código de la prestación

- Código específico de la prestación: quinto, sexto y séptimo dígito del código de la prestación
 - Código de pabellón correspondiente (guarismo, dos dígitos)
 - Si el código utilizado corresponde a un código Fonasa, su glosa y DP serán los correspondientes al indicado en el arancel Fonasa MLE.
 - Cada prestación deberá informar a qué ítem corresponden (DP, HMQ, Procedimiento, ex. Etc.)
- 2.2 **Beneficiario:** Es toda persona que tiene cobertura de un plan de salud de Isapre. Los beneficiarios se componen de los Afiliados, es decir, quienes han firmado un contrato de salud con la Isapre, y sus Cargas Legales o Médicas. (consignadas en el contrato).
- 2.3 **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.
- 2.4 **Atención médica en Servicio de Urgencia:** Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas a una persona que se encuentre o no en condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia y otorgado en el Servicio de Urgencia. Pudiendo ser en horario hábil o inhábil.
- 2.5 **Atención Médica de Emergencia o Urgencia¹:** 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. El sólo hecho de consultar en un Servicio de Urgencia no es constitutivo de una Atención de Emergencia o Urgencia si no se cumplen las condiciones del punto 2.6 siguiente.
- 2.6 **Emergencia o Urgencia:** Es toda condición de salud o cuadro clínico que de no mediar atención médica inmediata e impostergable, implica riesgo vital y/o secuela funcional grave. La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinado por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano en la Unidad de Urgencia del establecimiento asistencial en que la persona sea atendida, lo que deberá ser certificado por aquel.

El prestador deberá informar a la isapre inmediatamente cuando esté en presencia de una atención de urgencia vital a través de cualquier medio que pueda acreditar, y de acuerdo a la normativa vigente, en el caso de las prestaciones GES.

El cobro de estas prestaciones, cuando se utilice la modalidad de crédito, las realizará la Institución, en forma directa, a la Isapre, presentando los documentos especificados en la Ley N° 19.650 y aportando la documentación que requiera la Isapre para determinar tanto la calificación de urgencia vital como el momento de la estabilización del paciente.

- 2.7 **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 se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de

¹ Las definiciones contenidas en los puntos 2.5, 2.6, 2,7 y 2.8 deberán, en cualquier caso, regirse por lo señalado en el D.S. 369/86, modificado por el D.S. 37/09

emergencia o urgencia y su diagnóstico probable. Dicha constancia deberá dejarse en un documento y/o "Ficha Clínica" y/o "Dato de Atención de Urgencia" que, además, contendrá los siguientes datos, a lo menos: nombre completo del paciente, su RUT, y situación previsional en materia de salud, motivo de consulta, anamnesis, diagnóstico probable, fecha y hora de la atención.

- 2.8 **Paciente Estabilizado:** Es el paciente que habiendo estado en una situación de emergencia o urgencia vital, 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 otra unidad o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad. La estabilización del paciente deberá certificarse en la misma forma y documentos que la certificación de estado de emergencia o urgencia, dejando constancia de la fecha y hora de la misma. Cabe señalar que el traslado se podrá efectuar ante insuficiencia de la capacidad resolutive del centro asistencial, independientemente de las condiciones clínicas del paciente.

SECUELA FUNCIONAL GRAVE: Es la pérdida definitiva de la función del órgano o extremidad afectado.

2.9 **Ficha o Historia Clínica:**

La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella. Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2º de la ley N° 19.628.

La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación.

Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona. Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

- a) Al titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.
- b) A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.
- c) A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.

d) A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.

Las instituciones y personas indicadas precedentemente adoptarán las providencias necesarias para asegurar la reserva de la identidad del titular las fichas clínicas a las que accedan, de los datos médicos, genéticos u otros de carácter sensible contenidos en ellas y para que toda esta información sea utilizada exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida.

- 2.10 **Protocolo Operatorio:** Forma parte de la ficha clínica y corresponde al documento fundamental de constancia del procedimiento quirúrgico realizado, tanto desde el punto de vista médico como legal. En él, el cirujano describe la cirugía practicada y los detalles de la misma, registrando: datos del paciente, fecha y hora, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio, nombre de los miembros del equipo quirúrgico, tipo de anestesia utilizada, la operación practicada y los detalles técnicos de la misma, con cada uno de los pasos seguidos. En caso de no encontrarse consignado un procedimiento, se considerará no efectuado.
- 2.11 **Horario Hábil e Inhábil y Recargos por Horario:** La definición de horario hábil e inhábil, así como de los recargos aplicables por atención de emergencia o urgencia otorgadas en horario inhábil, serán materia de los convenios con cada prestador. De no existir esta definición, primará siempre la especificación que, para este concepto, se encuentran indicadas en las Normas Técnico Administrativas del Fonasa. Se define como horario hábil el comprendido entre las 08:00 y 20:00 de lunes a viernes de días no festivos y entre las 08:00 horas y las 14:00 de días sábado no festivo. Sin perjuicio de lo anterior toda prestación otorgada en horario inhábil deberá tener justificación médica. Si las partes hubiesen convenido la aplicación de un recargo por atenciones en horario inhábil, éste sólo podrá aplicarse si las prestaciones requeridas de manera inmediata e impostergable se iniciaren en el horario inhábil, sin perjuicio de que el término de ellas se produzca dentro del horario hábil. Sin embargo, en la atención del parto normal (no cesárea), se considerará como referencia la hora del nacimiento. En el caso de exámenes de laboratorio o de anatomía patológica se considerará el horario en que estos sean procesados, sin perjuicio de la hora en que se obtuvo la correspondiente muestra. En cualquier caso, las prestaciones electivas o programadas no recibirán recargo alguno aunque se efectúen fuera del horario hábil.
- 2.12 **Institución:** Entidad asistencial de salud que ha establecido convenio con la Isapre para la atención de sus beneficiarios. Deberá contar con la autorización de funcionamiento otorgada por la autoridad de salud pertinente. En reemplazo del término Institución puede ser usado Clínica, Establecimiento, Hospital, Centro Médico o Prestador, dependiendo del caso, aunque nunca podrá usarse este término para referirse a un médico u otra persona.
- 2.13 **Paquete Quirúrgico:** Se entiende por tal el conjunto de prestaciones previamente estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada. El Paquete Quirúrgico tiene un valor único, el que considera la resolución de la patología de este paquete, independientemente de las prestaciones individuales realizadas y de los recursos utilizados para ello. El detalle de las inclusiones y exclusiones de los paquetes se especifican en el título PAQUETES QUIRURGICOS de estas normas.

- 2.14 **Profesional staff de la Clínica.** El médico u otro profesional del área de salud acreditado por la Institución e informado a la Isapre y al público, que acepta cobrar a los beneficiarios de la Isapre, atendidos en la Institución, con el Arancel convenido entre la Isapre y la Institución, para los planes o programas acordados. Médicos del servicio de urgencia que no pertenecen al cuerpo médico, deben ser considerados como parte de él, para efectos de los valores convenidos, en ese prestador.

3. ÓRDENES DE ATENCIÓN

La Orden de Atención (Bono físico o electrónico) es un instrumento valorizado emitido por la Isapre. El documento original o documento de reemplazo emitido válidamente por la Isapre es el único que da derecho al pago por prestaciones. No procede emitir por parte del Prestador documento alguno en su reemplazo y tampoco puede operarse con copias o fotocopias del mismo.

Cuando se trate de prestaciones de salud de carácter ambulatorio, tales como exámenes de laboratorio, imagenología, consultas médicas, etc., la Isapre emitirá las órdenes de atención o bonos por el total del valor de la prestación, debiendo el beneficiario pagar la diferencia, entre el valor de la prestación y el monto bonificado, en la Isapre. Lo anterior excluye aquellos ítems que no cubre la Isapre y que serán pagados directamente por el beneficiario al prestador al igual que las operaciones con bonos electrónicos si las hubiere.

4. ORDEN MÉDICA Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN MEDICA

El médico tratante u otros profesionales autorizados que soliciten mediante una Orden Médica cualquier prestación distinta de una consulta, por ejemplo, exámenes de laboratorio, imagenología, anatomopatológicos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos y otras prestaciones para las cuales el beneficiario deberá adquirir Ordenes de Atención, lo hará en formularios con su membrete o timbre, el que deberá tener su nombre, dirección y número de RUT, señalando expresamente el nombre y apellidos del paciente, identificación de las prestaciones requeridas y la hipótesis diagnóstica. Dicha petición deberá refrendarla con su firma y la vigencia máxima de este documento será de 60 días desde su emisión.

En el Formulario de Programas Médicos los profesionales deberán completar en forma clara todos los datos requeridos: Anamnesis, fecha de diagnóstico, prestaciones realizadas o a realizar, fecha y hora del pabellón y firma del médico, además se debe incluir: nombre y RUT del afiliado y del paciente, el diagnóstico codificado de acuerdo al CIE-10, el RUT del médico tratante y en los casos quirúrgicos, los RUT de todos los integrantes del Equipo Quirúrgico. Cuando esté implementado un sistema computacional se cumplirá con la codificación CIE-10. En casos complejos de hospitalización prolongada por más de 30 días deberán confeccionarse programas parcelados que harán referencia e identificarán al original.

Deberá confeccionarse un Programa de Atención Médica (PAM) o Solicitud de Tratamiento para el cobro de las prestaciones realizadas en los siguientes casos:

- Hospitalización.
- Prestaciones que requieran anestesia general o regional (raquídea y/o peridural).
- Prestaciones asociadas a un guarismo de pabellón mayor o igual a 5.
- Prestaciones de paquetes quirúrgicos.
- Tratamientos de radioterapia, quimioterapia y diálisis.
- Atención médica del recién nacido en sala de parto o pabellón quirúrgico (código 0101007) ante requerimiento expreso de la Isapre.

- Prestaciones no aranceladas.
- Ante el requerimiento de la Isapre para cualquier otra prestación.

En todos los casos de Atención Hospitalaria el PAM deberá incluir la totalidad de las prestaciones que de acuerdo al Arancel y a esta Normativa, se otorguen en dicha atención.

Todos los PAM deberán contener al menos la siguiente información
INFORMACIÓN PACIENTE

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Edad

RUT

PRESTADOR /INSTITUCIÓN

Nombre

RUT

MEDICO TRATANTE

Nombres

Apellido paterno

Apellido materno

Especialidad

RUT

DATOS CLÍNICOS

Diagnóstico

Fecha del diagnóstico

Fecha del primer diagnóstico /inicio de la enfermedad

Fecha inicio de síntomas

Fundamentación del diagnóstico tratamiento y/o intervención

Anamnesis

INTERVENCIÓN/ TRATAMIENTO

Fecha pabellón /intervención
Y contar con la firma del médico tratante.

En el formulario de confección de Programas Médicos los profesionales deberán completar en forma clara todos los datos requeridos; en caso contrario la Isapre se reserva el derecho de rechazar tal programa.

A cada uno de los PAM, se debe adjuntar la prefectura o listado de cobros correspondiente, claramente detallado.

Los plazos normativos para los aseguradores para informar respecto de la negativa de cobertura de sus beneficiarios son de 20 días hábiles, ampliable a 30 días en caso que la Isapre no cuente con los antecedentes necesarios para resolver dentro de dicho plazo. El prestador tendrá 10 días corridos para enviar antecedentes solicitados a la Isapre.

De este modo, la institución prestadora de salud se obliga a realizar todas las acciones necesarias tendientes a colaborar con la obtención de las certificaciones médicas que autoriza la ley y que consignen datos relevantes sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico e identificación de los pacientes beneficiarios, facilitándolas a la Contraloría Médica de la Isapre. Esta información tendrá el carácter de reservada en los términos de la ley N° 19.628. Por otra parte, el prestador ante la solicitud de la Isapre de recabar antecedentes para cumplir con labores de seguimiento, orientación y apoyo al paciente, dará las facilidades al personal médico y de enfermería de la Isapre para ingresar a las dependencias de la Institución y acceder a dichos antecedentes, siempre en el marco del procedimiento que la Institución defina para ello. Para estos efectos la Isapre se compromete a identificar previamente a los médicos y la(s) enfermera(s) que estará(n) a cargo de dicha acción.

4.1 Programas Médicos de Obstetricia

Se deberá confeccionar un Programa Médico por la madre y el niño en los casos de parto y cesárea, y adjuntar prefecturas o precuentas diferenciadas a cada uno de ellos, aunque se trate de cobros paquetizados.

4.2 Prefacturas

Las prefecturas, precuentas, listado de cobros o cuentas que se envíen a la Isapre junto a un Programa de Atención Médica deben respetar las siguientes normas.

La prefectura debe incluir:

- Códigos correspondientes al Arancel informado y/o convenido, de todas las prestaciones realizadas.
- Nombre o descripción de todas las prestaciones realizadas.
- En caso en que no exista convenio, la prefectura debe contener los códigos informados.
- Fecha de todas las prestaciones realizadas e indicar el recargo correspondiente.
- Fecha y hora de la intervención, si la prefectura incluye el cobro del pabellón.
- Valor unitario, valor total (IVA incluido si corresponde) y cantidad de cada prestación, indicando cuando tiene recargos.
- Totales de columna para número de atenciones y valores.

Como excepción, el cobro de urgencia en forma previa e inmediata a la hospitalización debe venir identificado como tal, en la cuenta hospitalaria

En cuanto a la forma se requiere:

- Separar el subtotal de Medicamentos del subtotal de los Materiales Clínicos e Insumos utilizados durante la hospitalización (ya que pueden tener bonificación distinta por parte de la Isapre)
- Separar por grupos de prestaciones realizadas (exámenes, procedimientos, etc.)
- Separar los días cama en caso que el paciente ha estado en más de un tipo de habitación, ya que tienen distintos valores y bonificación.
- Separar los días cama de las fracciones de día, entendiéndose por tal 8 horas o menos.
- Separar los medicamentos e insumos vendidos fuera de la hospitalización, o que no fueron usados durante ésta.

La prefectura incluirá sólo prestaciones correspondientes a ella. No se agregarán prestaciones ambulatorias, previas o posteriores a la hospitalización.

Como excepción, la atención de urgencia en forma previa e inmediata a la hospitalización debe venir identificada como tal, en la prefectura.

Las prestaciones que no estén convenidas derivadas a otro prestador, deben venir identificadas y con la descripción correspondiente en la prefectura.

Los códigos de HMQ y DP utilizados deben reflejar estrictamente lo ocurrido en el acto quirúrgico.

Respecto de los medicamentos e insumos en hospitalización deberán incluirse las unidades o dosis efectivamente utilizadas durante la hospitalización. No se deben incluir en las prefecturas medicamentos para tratamientos posteriores al alta.

Las instituciones que presenten cobranza a través del mecanismo de paquetes quirúrgicos, deberán adjuntar al paquete, el precio total separado por ítem.

Las prefecturas deben contener todos los gastos incurridos por el paciente en la hospitalización. Corresponderá a cada Isapre determinar que cobertura otorgará en virtud de los contratos vigentes con sus cotizantes.

5. CONSULTA MÉDICA Y VISITAS MÉDICAS (GRUPO 01)

5.1 Consulta Médica

Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en un Hospital, Clínica o Centro de Salud. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico, indicación terapéutica y solicitud de exámenes. Deberá registrarse en una Ficha Clínica. Algunos procedimientos mínimos y habituales, como la esfigmomanometría, otoscopia, registro pondoestatural, control de temperatura y otros que se efectúen durante una consulta médica, se entenderán incluidos en ella, como parte del examen físico.

Se entenderá como especialidad certificada aquella que cuente con certificación de CONACEM, de una entidad autorizada por el Ministerio de Salud, o de una Universidad del Estado o reconocida por éste, de acuerdo con lo regulado en el D.S. N°57, de 2007 y sus modificaciones., Para el caso de los médicos staff de las

Instituciones en convenio, la Isapre aceptará la certificación de especialidad de un médico staff si éste ha sido certificado por la Dirección Médica de la Institución (en la misma especialidad) de acuerdo a los estándares ya señalados. No obstante, la Isapre podrá solicitar en cualquier momento los antecedentes correspondientes.

Tanto al momento de emitirse un bono o realizarse un reembolso por una consulta médica, la Isapre identificará al médico que efectúa la prestación, independientemente que el bono sea nominativo a una Institución o que la boleta de reembolso sea emitida por una Institución o sociedad. La Isapre no emitirá bonos o pagará reembolsos si no se identifica al médico que otorga la consulta con su nombre y Rut.

- 5.2 Consulta Médica de Urgencia:** Corresponde a los Códigos del Arancel convenido (urgencia horario hábil, urgencia horario inhábil, interconsulta de urgencia hábil e interconsulta de urgencia inhábil). Las dos primeras se refieren a la consultas realizadas por los médicos residentes de la Unidad de Urgencia; las dos últimas, a las consultas realizadas por médicos especialistas no residentes de esa unidad. Corresponde a una evaluación y atención médica inicial que requiere las siguientes condiciones:

Infraestructura: Debe ser realizada en dependencias de un Servicio de Urgencia debidamente acreditado.

Personal: Debe ser otorgada por un médico general o especialista (pediatría, medicina interna, cirugía general o traumatología) de turno en el servicio, con el apoyo de personal paramédico capacitado.

La atención médica de urgencia incluye el acto médico inicial (evaluación médica, diagnóstico y tratamiento), servicio de apoyo paramédico, insumos básicos para la atención (por ejemplo, elementos de curaciones planas, suturas no complejas, oxígeno terapia, etc.)

- 5.3 Consulta Psicólogo Clínico:**

Es la atención profesional otorgada a un paciente por el psicólogo clínico en su consultorio. Incluye las indicaciones o derivaciones que correspondan y no incluye los tests necesarios para la evaluación.

La duración mínima será de 45 minutos y la atención deberá registrarse en la Ficha Clínica.

Se cobrará un solo bono independiente del tiempo de consulta. En caso de que la consulta tenga una duración mayor, no corresponderá cobros adicionales.

- 5.4 Visita por médico tratante o interconsultor a enfermo hospitalizado:** Es la atención profesional realizada por el médico tratante o interconsultor, en junta médica o no, a un paciente internado en un hospital o clínica.

Se entiende por médico tratante al médico responsable a cargo de la atención, ya sea que el paciente lo ha elegido como tal o que se trate de un médico funcionario o residente asignado por la Institución. No podrá haber un cobro adicional de médico que coordina urgencia con hospitalización. Comprende la evaluación médica diaria, indicaciones de tratamiento y controles necesarios. La atención médica se registrará en la ficha clínica de la institución. Corresponderá el cobro máximo de una visita al día por su médico tratante (externo o institucional) y una de interconsultor por

especialidad. Estas últimas deben ser fundamentadas y debidamente justificadas por el médico tratante. En todo caso, la solicitud de interconsultas por el médico tratante debe fundamentarse en la necesidad de evaluación por parte de un médico de otra especialidad, para la atención de las patologías que han motivado la hospitalización o la prolongación de la misma. Los médicos tratantes se abstendrán de solicitar interconsultas hospitalarias por patologías no relacionadas con la hospitalización y que pueden postergarse para ser llevadas a cabo, ambulatoriamente, después del alta.

Sólo se podrá cobrar una visita diaria, por paciente, por médico tratante. Si el médico tratante privado, externo a la Institución, requiere efectuar una segunda visita en el día a un mismo paciente, deberá fundamentar explícitamente las razones de ello en la Ficha Clínica, pudiendo la Isapre rechazar el cobro de la misma. El cobro de Visita por médico tratante privado es excluyente del cobro de Visita por médico tratante institucional en un mismo día.

En los casos en que un paciente tenga una patología de base distinta a la patología por la cual fue hospitalizado, por ejemplo, una diabetes, el médico tratante de la patología de base deberá cobrar las visitas como Interconsultor.

No corresponde el cobro de Visita por médico tratante o interconsultor por un médico residente en una unidad de tratamientos intensivos o intermedio, ya que se entiende que el valor del día cama cobrado incluye la atención otorgada por los médicos residentes en esa unidad.

El médico tratante, tendrá la obligación de registrar la atención efectuada en la Ficha Clínica del paciente. En el caso del médico interconsultor, la visita deberá ser registrada tanto por el médico que la realiza como por el que la solicita. En caso de no cumplirse este requisito, la Isapre supondrá que la prestación no ha sido otorgada o no ha sido solicitada.

No debe haber cobro de visitas de otros profesionales de la salud, a excepción de KNT y fonoaudiólogo que se rige de acuerdo a lo indicado más adelante. Ejemplo cobro de visita por nutricionista o tecnólogo médico.

5.5 Honorarios Matrona

Se bonificarán considerando la atención integral de parto; vale decir, incluye: 3 controles de embarazo normal, atención pre y post parto, con o sin atención de período expulsivo, asistencia en pabellón quirúrgico en caso de operación cesárea, preparación del recién nacido para la atención del neonatólogo y dos controles en el puerperio hasta 15 días después de llevarse a cabo el parto.

6. DÍAS CAMA DE HOSPITALIZACIÓN (GRUPO 02)

Los valores de los Días Cama de Hospitalización que se consignan en el Arancel, incluyen:

- El uso de catre clínico con la respectiva ropa de cama.
- Los materiales y elementos de enfermería no desechables.
- Elementos de bioseguridad como delantales, gorros, mascarillas y guantes.
- Ropa del paciente y sus visitas y/o acompañantes cuando así lo necesiten.
- Útiles fungibles para curaciones de rutina (excepto útiles utilizados en tratamiento de quemados, laparotomías contenidas, eventraciones, traqueotomías o similares).
- Gasa, algodón, tómulas,

- Tela adhesiva
- Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, gel o aerosol).
- La alimentación diaria, oral prescrita por el médico tratante, con excepción de la alimentación parenteral, enteral o similar prescrita por el médico tratante
- Oxígeno y aire comprimido.
- Bombas de infusión.
- Bandejas, mangos de presión, chatas, patos ,etc. no desechables
- Atención de enfermería de acuerdo con los estándares de dotación de la institución, incluyendo las curaciones, colocaciones de sondas, inyecciones, enemas, tomas de muestra de todos los tipos, administración de fleboclisis.
- Procedimientos mínimos habituales, como saturación de O2 con oxímetro, aerosolterapia (nebulización) con aire comprimido y oxígeno, aerosolterapia con presión intermitente, preparación de piel y otros.
- La administración de transfusiones de sangre y/o hemoderivados, cuando sea efectuado por personal de enfermería de turno en el piso. Sin embargo, si corresponde, se cobra separado del valor del día cama cuando es efectuada por un médico o tecnólogo médico o enfermera del Centro de Sangre o de la Unidad de Medicina Transfusional.
- La atención del médico residente cuando sea necesaria.

El establecimiento deberá consignar la fecha y hora efectiva de ingreso, de alta, de traslado a otro servicio al interior de la Institución o fuera de ésta, debiendo quedar constancia de ello en la ficha clínica.

Toda hospitalización tendrá su fundamentación clínica y deberá estar basada en la necesidad de infraestructura hospitalaria para la adecuada atención y tratamiento de un enfermo o para efectuarle procedimientos diagnósticos o terapéuticos que no pudieran efectuarse ambulatoriamente. La Dirección Médica de la Institución deberá cautelar el cumplimiento de lo arriba mencionado.

6.1 Día Cama de Hospitalización

Se trata de la permanencia de un paciente en un centro asistencial, ocupando una cama, por más de 8 horas.

Los días cama consideran habitaciones normales de una o más camas, con y sin baño privado. La Isapre no bonificará la diferencia de costo por habitaciones de tipo suite o similares.

6.2 Día Cama de Observación u Hospitalización Transitoria

Se trata de la permanencia de un paciente en un centro asistencial ocupando una cama. Sólo podrá cobrarse cuando el beneficiario permanezca como mínimo 4 horas y un máximo de 8 horas utilizando una cama en el establecimiento. En caso de permanecer por un tiempo inferior al mínimo establecido, se cobrará de acuerdo al tiempo de permanencia. Corresponde al código 0202008.

6.3 Día Cama de Hospitalización Clínica de Rehabilitación

Sólo podrá cobrarse cuando se trate de la hospitalización de un beneficiario en una Clínica de Rehabilitación. Estos establecimientos asistenciales están destinados a la atención de pacientes médico quirúrgicos, convalecientes de patologías agudas, que dada su condición de salud, requieren de rehabilitación que no pueda ser realizada en forma ambulatoria.

No corresponde su cobro cuando se trata de recuperación postanestésica. Tampoco corresponde el cobro para pacientes con patología crónica compensada u otras que no tengan indicación de hospitalización.

6.4 Día Cama de Hospitalización Aislamiento

Sólo podrá cobrarse cuando se otorgue atención a pacientes que presenten condiciones de alto riesgo de adquirir o transmitir infecciones, por lo que su manejo requiere de salas unipersonales, y técnicas especiales destinadas a prevenirlas. El paciente debe ser hospitalizado en unidades especialmente acondicionadas para este fin, exclusivamente por indicación médica, la que debe quedar registrada y justificada en la Ficha Clínica. Dada la naturaleza de este tipo de día cama, la Institución no podrá cobrar en forma adicional al mismo ningún equipamiento, insumo o materiales que se requieran para la mantención de la condición de aislamiento.

6.5 Día Cama de Hospitalización en Unidad de Pacientes Críticos (Unidad de cuidados intensivos (UCI) y unidad de tratamiento intermedios (UTI)-)

Es el día Cama de Hospitalización de un paciente crítico, en una unidad ubicada en dependencias únicas y centralizadas de una clínica u hospital. Esta unidad está dotada en forma permanente durante las 24 horas de profesionales médicos y de enfermería capacitados en el cuidado de enfermos críticos, así como de equipos especializados para atender enfermos con alto riesgo vital, y en las cuales las medidas de aislamiento son parte de su funcionamiento normal. Además deberá existir disponibilidad de kinesiólogos para los casos y hora en que se requiera. 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 servicios.

El día cama UCI/UTI considera todos los equipos contenidos en las pautas de Autorización Sanitaria definidas por el Minsal, necesarios para el diagnóstico, monitorización, procedimientos y tratamiento del paciente crítico. Dicho día cama no incluirá los honorarios profesionales, salvo los del staff médico residente de Unidades de Tratamiento Intensivo.

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 la autoridad de salud pertinente.

Corresponde cobrar un día de Unidad de Cuidados Intensivos/intermedios si el paciente permanece más de 8 horas en este servicio de lo contrario corresponderá generar cobros proporcionales.

6.6 Recuperación Postanestésica.

Corresponde a una unidad de mediana complejidad destinada a la recuperación del paciente que ha sido sometido a un procedimiento que incluye anestesia, hasta la reversión total de los efectos de la misma o hasta su traslado a otra unidad. Es una unidad independiente del pabellón de operaciones, cuenta con personal y equipamiento especial y su utilización dependerá del tipo de procedimiento y paciente.

7. LABORATORIO (GRUPO 03)

Sólo procederá el cobro de una prestación código 0307011 (Toma de muestras venosas en adultos) ó 0307012 (Toma de muestras venosas en niños y lactantes) por beneficiario

y por la totalidad de los exámenes ambulatorios que requieran estas prestaciones y que se tomen en una misma oportunidad. No procederá para los exámenes hospitalizados, donde se entiende que la toma de muestra está incluida en las atenciones de enfermería asociadas al día cama.

La toma de muestras con técnica aséptica para hemocultivos no podrá cobrarse en forma simultánea con las tomas de muestra del párrafo anterior.

Aquellos exámenes de laboratorio que incluyan el estudio de diferentes parámetros, y se tomen en una misma oportunidad, aun cuando estos no estén expresamente calificados en el Arancel como procedimientos autónomos, se considerarán incluidos en el mismo, no pudiendo cobrarse en forma separada (Ej. Hemoglobina en Hemograma, Glucosa en Orina Completa, Bicarbonato en Gases Sanguíneos, Sodio en Electrolitos Plasmáticos.)

Las Tomas de Muestras sólo podrán ser cobradas en forma separada en aquellos casos en que la glosa del examen lo especifique como tal.

En los pacientes hospitalizados la indicación médica deberá incluirse en la Ficha Clínica del paciente y el cobro de las prestaciones deberá incluirse en la prefactura adjunta al PAM correspondiente a la hospitalización.

8. IMAGENOLÓGÍA (GRUPO 04)

En los exámenes de imagenología en que se requiera anestesia general o regional, el uso de esta se deberá fundamentar en un Programa de Atención Médica. En base a éste se emitirán las correspondientes Órdenes de Atención. Cuando se trate de casos en que se debe sedar o anestesiarse al paciente bastará con la indicación apropiada en la Orden Médica.

En los pacientes hospitalizados la indicación médica deberá incluirse en la Ficha Clínica del paciente y el cobro de las prestaciones deberá incluirse en la prefactura adjunta al PAM correspondiente a la hospitalización. La clínica se abstendrá de incluir en las cuentas los exámenes de laboratorio e imagenología que no estén adecuadamente solicitados y registrados en la ficha clínica.

Para los puntos 7 y 8 en el caso de que el profesional que prescribe exámenes, de laboratorio, de imagenología, de anatomopatología o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, no efectúe la codificación correspondiente, la Institución que realice dichos exámenes deba atenerse estrictamente a lo prescrito por el profesional tratante, sin efectuar adiciones ni modificaciones. Se aceptará como excepción las patologías calificadas o urgencias que requieran un examen en forma inmediata, por ejemplo, proyección complementaria de la mama en caso de detección de un quiste, o ecotomografía por aborto retenido o ausencia de latido fetal. Estas excepciones deberán ser visadas por el Director Médico de la Institución o quien éste designe para tales efectos.

9. MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA (GRUPO 05)

La Medicina Nuclear se divide en procedimientos diagnósticos y en procedimientos terapéuticos. Los precios incluyen el valor del radio fármaco o radioisótopos, salvo que se

especifique lo contrario El control de las complicaciones derivadas de las irradiaciones incluye hasta 20 días de finalizadas estas.

La Radioterapia, para todos los casos, incluye en el valor la planificación, simulación y tratamiento integral, el cual incluye la irradiación de una o más zonas anatómicas (en sesiones continuas, diarias o semanales), control clínico planificado y el control de las complicaciones derivadas de las irradiaciones hasta 20 días después de finalizadas éstas. Además incluye las sustancias radioactivas. Debe incluir el scanner de simulación.

10. KINESIOLOGÍA, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN (GRUPO 06)

Corresponde al tratamiento efectuado por medio del movimiento pasivo o activo de una parte o todo el cuerpo, o a través de medios físicos naturales, como el calor, el agua, masajes, etc. Es una terapia efectuada por un kinesiólogo por prescripción escrita de un médico.

El tratamiento sólo podrá ser cobrado si ha sido indicado por el médico tratante y deberá ceñirse estrictamente a la indicación escrita hecha por el médico, la cual deberá incluir:

- Nombre y especialidad del médico que indica el tratamiento.
- Diagnóstico.
- Número de sesiones.

Las sesiones de kinesiología deberán ser cobradas según las prestaciones prescritas por el médico y efectuadas en cada sesión.

No se aceptará la bilateralidad o aplicación simultánea de la misma prestación, excepto para casos justificados mediante la indicación médica escrita fundamentada en el diagnóstico.

No corresponde a cobro de kinesiología por la instalación, ajuste y control de equipos de Movimiento Pasivo Continuo.

10.1 Atención Ambulatoria

La prestación Evaluación Kinésica, se cobrará como máximo dos veces por tratamiento, al inicio y al finalizar el tratamiento prescrito.

10.2 Atención Hospitalizada

En los pacientes hospitalizados tanto la indicación médica como la atención kinésica deberán incluirse en la Ficha Clínica del paciente y el cobro de las prestaciones deberá incluirse en la prefactura adjunta al PAM correspondiente a la hospitalización.

10.3 Atención Kinesiológica al Enfermo Hospitalizado en UTI o UCI

Es aquella atención que realiza exclusivamente el kinesiólogo y que incluye todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requiera el paciente hospitalizado en estas Unidades (evaluaciones, fisioterapia, kinesiología).

Estas prestaciones deberán cobrarse en el Programa de Atención Médica como "Atención Kinésica Integral a enfermos hospitalizado en UTI o UCI", conjuntamente con los días cama, y sólo se pagará una prestación por día, independientemente del número de sesiones efectuadas al paciente.

11. MEDICINA TRANSFUSIONAL (GRUPO 07)

- 11.1 **Banco de Sangre** es la Unidad de un Hospital o Clínica, a cargo de un médico especializado, que tiene como función la selección y entrevista de donadores, extracción, preparación (estudio, conservación, fraccionamiento), distribución y administración de la sangre humana, y sus derivados con el objeto de efectuar terapia transfusional durante las 24 horas.
- 11.2 **Servicio de Transfusión** es la Unidad de un Hospital o Clínica a cargo de un médico o de un tecnólogo médico especializado en Banco de Sangre, que tiene como función la conservación, distribución y administración de la sangre, debiendo estar relacionado con un Banco de Sangre.
- 11.3 Procederá el pago de bonos de Atención o reembolsos de este Grupo, para atenciones efectuadas a enfermos ambulatorios u hospitalizados, sólo si la transfusión es controlada durante todo el proceso por médico o tecnólogo médico con mención en banco de sangre.
- 11.4 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 hemocomponente transfundido, la cantidad y el profesional que otorgó la prestación.
- 11.5 Las prestaciones de este Grupo, no tendrán recargo horario.
- 11.6 Procederá el pago del valor asignado en el código 07-02-008, cuando la prestación se realice en el pabellón quirúrgico y sólo con la presencia y actuación personal del médico transfusor o tecnólogo médico con mención en banco de sangre.
- 11.7 Preparación de Hemocomponentes:
La prestación 07-02-001, ha sido incorporada, para transparentar los costos asociados a esta actividad, la que además de la entrevista y selección del donante, incluye la extracción, fraccionamiento y preparación del hemocomponente. Corresponde el cobro de un código 07-02-001 por cada hemocomponente transfundido.
- 11.8 Estudios previos a Transfusión:
La prestación 07-02-003 Set de exámenes por unidad de glóbulos rojos transfundido y el código 07-02-004 set de exámenes por unidad transfundida de plasma o plaquetas, rempazan al anterior 03-01-073, siéndoles aplicables la normativa siguiente:
- El código 07-02-003 incluye en su valor: clasificación ABO y Rho del donante, VDRL, anticuerpos anti VIH, antígeno de superficie hepatitis B, anticuerpos anti virus hepatitis C, anticuerpos anti HTLV - I y II, anticuerpos anti trepanozomacruzi (Chagas), prueba de compatibilidad eritrocitaria.
 - El código 07-02-004 incluye en su valor: clasificación ABO y Rho, VDRL, anticuerpos anti VIH, antígeno de superficie hepatitis B, anticuerpos anti virus hepatitis C, anticuerpos anti HTLV - I y II, anticuerpos anti trepanozomacruzi (Chagas).
 - Para el cobro de las prestaciones 07-02-003 y 07-02-004, y dado que en su valor se ha incorporado índice nacional de fraccionamiento, se aplicará regla de un código por cada unidad transfundida, diferenciándose la codificación según el tipo de hemocomponente del que se trate.
- 11.9 Pago de Procedimientos Transfusionales:
Corresponderá el pago de un procedimiento transfusional, por "Acto Transfusional", en la forma siguiente:

- Corresponde el pago de un procedimiento 07-02-006, 07-02-007 o 07-02-008, por cada 4 unidades (o su fracción) de glóbulos rojos o plasma transfundido.
- Corresponde el pago de un procedimiento 07-02-006, 07-02-007 o 07-02-008, por cada 6 unidades (o su fracción) de crioprecipitados o plaquetas transfundidas.

12. ANATOMÍA PATOLÓGICA

Solicitud de examen: El médico tratante u otros profesionales autorizados que soliciten exámenes de anatomía patológica, lo hará en formularios de la institución y/o personales, el que deberá tener su nombre, y número de RUT, señalando expresamente el nombre y apellidos del paciente e identificación de las muestras o piezas que requieren el análisis anatomopatológico. Dicha petición deberá refrendarla con su firma. Será el anatómo patólogo el que determinará finalmente la o las técnicas, cantidad y tipos de estudios a aplicar a la muestra.

13. PROCEDIMIENTOS (GRUPOS 11 A 21)

Corresponden a acciones de salud, identificadas por prestaciones unitarias o grupos de prestaciones, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos o terapéuticos, que según de que se trate, utilizan equipos, instrumental, instalaciones o salas de procedimientos.

Se entenderá por Procedimientos diagnósticos o terapéuticos a aquellas prestaciones individualizadas como tales en el Arancel y que se identifican, en términos generales, por ser de los grupos 11 a 21, subgrupo 01, neumología (grupo 17, subgrupo 07), inmovilización (grupo 21, subgrupo 05), ortopedia (grupo 21, subgrupo 07). El detalle de los códigos vigentes es:

Desde Código	Hasta Código	Nombre
1101001	1101046	Procedimientos Neurología
1201001	1201043	Procedimientos Oftalmología
1301001	1301044	Procedimientos Otorrinolaringología
1303001	1303005	Procedimientos Fonoaudiología
1401001		Procedimiento Endocrinológico
1601001	1601028	Procedimientos Dermatología y Tegumentos
1701001	1701055	Procedimientos Cardiología
1707001	1707055	Procedimientos Neumología
1801001	1801045	Procedimientos Gastroenterología
1901001	1901030	Procedimientos Urología
2001001	2001022	Procedimientos Ginecología y Obstetricia
2004009		Procedimiento Fototerapia
2101001	2101003	Procedimientos Ortopédicos y Traumatológicos
2105001	2105013	Procedimientos Inmovilización
2107001	2107010	Procedimientos Ortopédicos

Para los procedimientos, el código de la prestación corresponderá a los honorarios médicos y el guarismo asociado determinará el nivel de la sala donde se realiza el procedimiento.

Para aquellos procedimientos sin guarismo asociado y donde se requiera el uso de una sala o equipamiento especial, procederá el cobro del valor de la sala pactada según convenio establecido entre Isapre y prestador.

Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que no contemplen arancel para el anestesista y en los que se requiera anestesia general o regional, deberán estar fundamentados para proceder a su cobro. Aquellos procedimientos que, de acuerdo a criterios técnicos, requieran sedación y ésta sea otorgada por el mismo médico, corresponderá la valorización del 10% del honorario del primer cirujano. Este valor incluye la administración, el control posterior al procedimiento y el tratamiento de las eventuales reacciones adversas.

13.1 Normas Específicas de Procedimientos

13.1.1 **Neurología.** La Polisomnografía comprende los siguientes: exámenes (electroencefalograma, electrocardiograma, monitoreo de apnea y electronistagmografía). Deberá cobrarse un solo valor por Polisomnografía sin detallar las prestaciones que incluye.

Para el caso especial de las polisomnografías de larga duración (de noche completa), procederá además el cobro de un día cama a un valor consensuado con el prestador.

13.1.2 **Otorrinolaringología.** El audiograma incluye audiometría tonal pura, de la palabra y pruebas supraliminales. El estudio del VIII Par incluye audiometría completa, examen cerebeloso, de pares craneanos, de equilibrio y del nistagmus espontáneo y provocado, “prueba calórica”.

13.1.3 **Inmunoterapia.** Las sesiones de inmunoterapia, incluyen el valor de los antígenos, su inoculación y el tratamiento ambulatorio de las reacciones adversas.

13.1.4 **Ginecología y Obstetricia.** Las prestaciones “Monitoreo Basal” y “Monitoreo fetal estresante, con control permanente del especialista y tratamiento de las posibles complicaciones”, no podrán ser cobrados una vez iniciado el trabajo del parto. En caso de cobrarse, deberá indicarse fecha y hora de la prestación.

13.1.5 **Nefrología. Hemodiálisis y Peritoneodiálisis:** Este procedimiento incluye la aplicación de la técnica, control clínico permanente. Estas prestaciones no tienen derecho a recargo horario.

13.1.6 **Traumatología.** La colocación de valva de yeso corresponderá al 50% del valor del respectivo procedimiento de inmovilización.

13.1.7 **Urología.** Instilación vesical, Incluye la colocación de la sonda vesical y el procedimiento de la instalación, por tanto no corresponde su cobro adicional, con excepción en pacientes hospitalizados del uso de quimioterapéuticos, antibióticos y radioisótopos.

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

El médico tratante deberá llevar registros, ya sea en una Ficha Clínica y/o en un protocolo operatorio de todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que realice.

13.2 **Procedimiento Autónomo:**

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

Para facilitar su identificación ha sido señalada, generalmente, como (proc.aut.) en el Arancel. No procede el cobro de procedimiento autónomo u otra prestación, cuando esté incluida en otra de mayor complejidad.

Procede el cobro de un procedimiento autónomo cuando se efectúe como prestación única o asociada a otra prestación de la que no forma parte.

14. CIRUGÍA (GRUPOS 11 A 21)

14.1 **Definición 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 o diagnóstico 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.

14.2 **Normas Generales Cirugía**

En las intervenciones quirúrgicas, la principal responsabilidad médico administrativa recae en el primer cirujano (cirujano tratante).

El honorario del equipo quirúrgico incluye la intervención quirúrgica y la atención post-operatoria directamente derivada de ella, hasta por 15 días desde la intervención. También se entiende incluido en dicho valor, la reparación de complicaciones directamente derivadas del acto quirúrgico y que sean diagnosticadas dentro de 15 días desde la intervención

Cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones de distinto código, ya sea por la misma incisión o por otras diferentes, deberá cobrar un 100% de aquella de mayor valor de HMQ y al 50% de las siguientes debidamente justificadas por el médico tratante.

La valorización indicada corresponde tanto para los honorarios médicos como para el derecho de pabellón.

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 se especifique otra modalidad.

Cuando se realice una cirugía bilateral y en forma sucesiva o simultánea, otra intervención, por el mismo equipo quirúrgico, sea unilateral o bilateral, procederá el cobro del 50% del valor de la adicional, salvo que se especifique otra modalidad en el convenio.

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 quirúrgicos, a través de la misma o diferentes incisiones, cada equipo cobrará sus honorarios en forma independiente. Los equipos podrán cobrar el 100% del valor de las respectivas prestaciones efectuadas o del 100% y 50% de las prestaciones bilaterales (salvo que se especifique otra modalidad en el convenio). Para acceder a lo anterior, los cirujanos y ayudantes que participan 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 Médicos. En aquellas cirugías en las cuales el primer y segundo cirujano de la misma especialidad invierten los roles, se aplicará la norma 100% y 50%.

Cuando a un paciente se le practique una cirugía laparoscópica y ésta derive en una cirugía convencional (por complicaciones del paciente o técnica quirúrgica), sólo procederá el cobro de la prestación de mayor valor.

14.3 Normas Específicas de Cirugía

14.3.1 Oftalmología. La cirugía fotorrefractiva con láser (tradicional o lasik) deberá cobrarse a través de un sólo código.

14.3.2 Cardiocirugía. En operaciones sobre el corazón el honorario del cardiólogo por control intraoperatorio y hasta 15 días después del postoperatorio será el 25% del honorario del primer cirujano. Los honorarios del perfusionista, cuando corresponda, serán el 20% del honorario del primer cirujano.

14.3.3 Urología. Sólo procederá el cobro de retratamientos en Litotripsia Extracorpórea cuando se trate de casos excepcionales, en los que dentro de los 90 días siguientes a la primera aplicación de las ondas de choque, las características del cálculo o su ubicación, hagan necesaria la realización de un segundo procedimiento al paciente. Para este efecto se confeccionará un segundo Programa de Atención Médica, complementario al programa inicial, en el que se debe indicar que corresponde a retratamiento. Procederá el cobro del 50% de los honorarios profesionales y del derecho de pabellón correspondientes más todos los insumos y medicamentos.

14.3.4 Ginecología y obstetricia. Cuando en un parto sea necesario realizar, además, una intervención quirúrgica, se confeccionarán programas separados; la intervención se debe presentar en un programa complementario que deberá hacer referencia al programa del parto. De todas formas, se aplicarán las normas de intervención sucesiva, simultánea o bilateral, como se especifica en el número 14.2 de estas normas.
Las prestaciones de legrado uterino deberán ser autorizadas por el Jefe del Servicio de Obstetricia de la Institución o, en su defecto, el Director Médico de la Institución o quien éste designe.

14.3.5 Traumatología. Cuando sea necesario retirar quirúrgicamente elementos de endoprótesis o de osteosíntesis interna, distintos de los individualizados por los códigos 2106001, 2106002 y 2106003, se cobrará el 75% del valor de la intervención de la colocación del respectivo elemento, siempre que constituya una prestación única y que el Arancel no establezca un procedimiento diferente. El Honorario médico se cobrará sólo una vez, independientemente de los intentos de ejecución a raíz de procedimientos frustrados.

14.3.6 **Cirugía videolaparoscópica y endoscópica.** En los casos de uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (o cerradas) como cirugía videolaparoscópica, endoscópica y similares y de fijación externa para fracturas, si no se encuentran individualizadas como tales en el arancel, se aplicarán los códigos de las técnicas quirúrgicas convencionales abiertas aumentado en dos guarismos. Lo anterior con excepción de cirugías que se efectúan utilizando como acceso orificios naturales, en cuyo caso no corresponde este aumento de guarismos. Ejemplo nariz, boca, etc.

14.3.7 En toda **cirugía artroscópica** sobre cualquier articulación en caso de bilateralidad el segundo código va al 50%.

15. PRESTACIONES DE ANESTESIA (GRUPO 22)

La prestación anestesia incluye los siguientes actos:

- Actos pre-anestésicos: examen clínico del paciente, indicación de exámenes o exploraciones y prescripción de medicamentos.
- Actos anestésicos propiamente tales: administración de anestésicos generales y/o locales en bloqueos regionales; control de signos vitales; intubación laringotraqueal; inyección de drogas coadyuvantes (por cualquier vía, fleboclisis y/o transfusiones de sangre y/o hemoderivados y/u otros cuando corresponda). Además, prevención y tratamiento de complicaciones durante el acto quirúrgico o procedimiento,
- Atenciones post-anestésicas: control de la normalización del despertar del enfermo hasta la reversión total de los efectos de la anestesia o hasta por doce horas o hasta la instalación del paciente en una unidad de tratamiento intensivo o similares.

La anestesia general y regional (epidural o subaracnoidea) deberá ser efectuada por un médico diferente a los cirujanos, ya que implica necesariamente la asistencia permanente de un profesional durante el curso de la anestesia. En los casos en que el cirujano u obstetra administra y controla la anestesia general o regional, se deberá fundamentar en la Ficha Clínica y en el Programa Médico las razones que motivaron dicha situación y procederá el cobro por este concepto del 10% del honorario del primer cirujano u obstetra.

En cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico que no tenga 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 de la anestesia mínima (código 2201001).

La anestesia local infiltrativa administrada por el primer cirujano tendrá un valor de 10% de sus honorarios.

La anestesia local tópica (spray, pincelación, etc.) se entiende como preparación a procedimientos o intervenciones menores, por lo que su valor está incluido en el valor de la prestación y no corresponde su cobro por separado.

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% de las siguientes.

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.

En operaciones simultáneas y / o sucesivas realizadas por distintos equipos quirúrgicos, los honorarios del anestesista se valorizarán en un 100% sólo en el Programa de mayor valor, más el 50% del honorario de la intervención de segundo mayor valor.

16. DERECHO DE PABELLÓN

16.1 Sala de Procedimientos

Es aquel recinto que permite a un médico efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales.

La mayoría de estos procedimientos corresponde a los Guarismos de Pabellón o códigos adicionales 1 al 4. El prestador informará la situación de los casos que no se ajusten a la norma general.

En lo que sea aplicable, el valor de las salas de procedimiento incluye lo señalado en el número 16.2 de estas normas.

16.2 Sala o Pabellón de Operaciones o Quirófano y Anexos

Es aquel recinto de acceso restringido, que cuenta con instalaciones, anexos, equipamiento e instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar procedimientos, intervenciones quirúrgicas, obstétricas o traumatológicas.

Por Anexos se entienden aquellos sectores, salas y unidades, que complementan y facilitan el funcionamiento del recinto quirúrgico. Entre éstos se incluyen las áreas de lavado quirúrgico, vestuario de pacientes y personal, sectores para almacenamiento de equipos, ropa e instrumental estéril y unidad de esterilización.

El precio del Derecho de Pabellón o Quirófano sólo incluye el uso de los elementos que a continuación se indican:

- a) Uso de muebles e instalaciones:
 - Mesas quirúrgicas y de instrumental.
 - Vitrinas y muebles para guardar el instrumental.
 - Lámpara central y lámparas móviles.
 - Equipos de iluminación de emergencia.
 - Calefacción y aire acondicionado.

- b) Equipos e instrumental: (No considera los materiales y elementos desechables asociados a su funcionamiento.)
 - Máquinas de anestesia y equipos de intubación traqueal.
 - Equipos para control cardiorespiratorio, resucitadores y monitores de todo tipo (incluyendo conexiones y accesorios permanentes o reutilizables).
 - Equipos de ventilación mecánica (Adultos y Pediátricas).
 - Equipos de Rayos X (no incluye medios de contraste, ni placas, ni examen).
 - Aspiración y bombas de aspiración de emergencia, portátiles o no.
 - Microscopio.
 - Electrobisturí ó láser quirúrgico, Litotriptor, laparoscopia y artroscopia

- Cajas con instrumental básico y especial completo para todo tipo de intervenciones. También se incluirán instrumentos desechables utilizados, pese a la existencia de opciones clásicas no desechables, cuando el uso de los primeros no implique ventajas relevantes (por ejemplo separadores plásticos)
 - Equipo completo de cirugía de Video laparoscópica y similares.
 - Equipos de endoscopia.
 - Equipos y conexiones eléctricas en general.
 - Bombas de infusión continua
 - Implementos de emergencia para oxígeno.
- c) Gases
- Oxígeno y aire comprimido
- d) Insumos y elementos:
- Todo insumo o elemento reutilizable o no desechable, ya sea esterilizado o no (se excluyen aquellos elementos reutilizables, pero de corta vida, donde corresponde el cobro unitario prorrateado por el número de usos, tales como asas de urología, asas para amígdalas, trocares, u otros).
 - Gasa, algodón, tómulas,
 - Tela adhesivas
 - Tarjeta láser para cirugía oftalmológica.
 - Cánulas y sondas recuperables.
 - Receptáculos de máquinas de aspiración
 - Equipo completo de ropa estéril no desechable para intervenciones (paños esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas, compresas, etc.
 - Ropa estéril no desechable para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliares.
 - Ropa estéril no desechable para paciente en pabellón.
 - Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, aerosol, etc.,) y formalina.
 - Jabones para lavado quirúrgico y escobillas esterilizadas.

16.3 Normas para el cobro

No procede el cobro de materiales e insumos desechables que estando disponibles en el pabellón, no fueron efectivamente utilizados.

No procede el cobro adicional por arriendo de equipos incluidos en el punto 16.2b).

Todos los conceptos definidos y elementos mencionados anteriormente, se aplicarán también a la Sala de Partos, Salas de Procedimientos y Unidad de Tratamiento Intensivo e Intermedio (de adultos, pediátrica o neonatología) en lo que corresponda.

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

En intervenciones bilaterales, simultáneas o sucesivas a otra, procederá el cobro máximo de 3 pabellones como sigue: el 100% del derecho de pabellón asociada a la prestación de mayor valor, y 50% de las siguientes adicionales justificadas por el Médico Tratante.

16.4 Cláusula Transitoria

Con el objeto de mejorar la comprensión de los pacientes en torno a los elementos que están contenidos en el “Derecho de Pabellón”, se sugiere que en los acuerdos de tarifas y aranceles que celebren libremente Isapres y Prestadores, a partir del 1° de julio de 2013 se encuentren incluidos en éste los siguientes conceptos:

- La Ropa Desechable utilizada en Pabellón en los campos operatorios, vestimenta de los equipos quirúrgicos y del paciente.
- La Recuperación Post-Anestésica.

17. QUIMIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

La quimioterapia consiste en un tratamiento medicamentoso, cuya vía de administración estará definida por el médico tratante, que consta de un ciclo de sesiones con intervalos de acuerdo con las características de la patología, del enfermo y del fármaco. Este tratamiento podrá ser hospitalizado o ambulatorio según indicación del médico tratante.

El cobro a presentar por la institución puede incluir:

- El fármaco y los materiales para su administración.
- Supervisión de la administración del tratamiento por el profesional.

Los honorarios médicos deberán ser cobrados bajo la modalidad de riesgo, clasificada según lo definido por la Sociedad de Cancerología de Chile (marzo de 1999) de acuerdo a **Anexo 1**, el cual incluye la planificación, control, tratamiento integral y el manejo de los efectos secundarios.

La institución procurará efectuar estos tratamientos en un área de atención ambulatoria o transitoria o en el domicilio del paciente si las condiciones de éste y de los medicamentos a utilizar así lo permiten.

18. PAQUETES QUIRÚRGICOS

18.1 Generalidades

El Paquete Quirúrgico corresponde a un valor único que comprende el conjunto de prestaciones que permiten resolver una condición determinada en conformidad a lo que de común acuerdo se establezca entre la Isapre y el Prestador. Los paquetes tendrán que atenerse a los respectivos protocolos de exclusión acordados entre las partes, y pueden o no incluir los honorarios médico quirúrgicos.

El término Paquete Quirúrgico supone los conceptos de:

- (a) Costo Eficacia, es decir, el conjunto de mejores prácticas médico quirúrgicas, basadas en la evidencia, para resolver en forma integral un diagnóstico determinado.
- (b) Riesgo y Beneficio Compartido, es decir, que un valor único y preferencial comprende el conjunto de prestaciones que permiten resolver en forma integral un diagnóstico determinado.

El valor único incluye lo siguiente:

- Los valores de los días camas y el derecho de pabellón.
- Los medicamentos e insumos utilizados durante la Hospitalización.
- Todas las prestaciones necesarias (exámenes, procedimientos, etc.), para resolver integralmente la patología correspondiente al PQ.

- 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 PQ
- Dependiendo del convenio, podrán o no estar incluidos los honorarios de todo el equipo profesional.

No cabe ningún cobro de diferencias por ningún concepto al beneficiario; ni por honorarios médico quirúrgicos, día cama, derecho de pabellón, medicamentos o insumos a excepción de cobros por servicios no cubiertos por la Isapre, tales como, cama y comida del acompañante, artículos de perfumería, cafetería, llamadas telefónicas, etc. El prestador podrá cobrar adicionalmente prestaciones derivadas de otras patologías de base que requieran algún tratamiento durante la hospitalización, las que se deberán cobrar en un Programa de Atención Médica complementario.

18.2 Paquetes de Obstetricia

Para el caso de los paquetes de parto y cesárea, se deberá separar e indicar claramente qué prestaciones corresponden a la madre y cuáles al hijo.

El paquete de parto no incluye el tratamiento de las complicaciones del recién nacido. En estos casos deberá efectuarse un Programa Complementario, el que será visado por la Isapre.

19. MEDICAMENTOS

19.1 Atención Ambulatoria

En términos generales los planes de salud no contemplan cobertura de medicamentos de uso ambulatorio. No corresponde indicar la hospitalización de un paciente con el único fin de administrarle medicamentos, orales o parenterales, cuando ellos pueden ser administrados ambulatoriamente o a través de una internación transitoria.

19.2 Atención Hospitalaria

La Institución proveerá al paciente hospitalizado de todos aquellos medicamentos necesarios para el tratamiento de las patologías que determinaron la hospitalización y sus eventuales complicaciones.

En la prefactura sólo se deberán incluir los medicamentos administrados al paciente durante la hospitalización.

20. BOX AMBULATORIO

Se denomina box ambulatorio a cualquier acomodación dentro de un establecimiento clínico (cama, sillón, camillas, etc.) que se utiliza para la atención de un paciente en forma transitoria con fines de diagnóstico o tratamiento. La implementación de este box dependerá de los fines para los cuales sea utilizado. Ejemplos de box ambulatorio son los sillones para administración de quimioterapia u otras drogas endovenosas.

La institución deberá utilizar este tipo de acomodación, evitando una hospitalización innecesaria, en todos aquellos casos en que los pacientes requieran de la colocación de

medicamentos endovenosos, con o sin supervisión médica directa. Se deberá dejar constancia en la ficha de las horas de comienzo y término del respectivo procedimiento.

21. NUEVAS PRESTACIONES

Si el Prestador incorpora nuevas prestaciones a su arancel, estas deberán nacer con una codificación propia y deben ser informadas y/o comunicadas a la Isapre. En caso de existir convenio la incorporación de nuevas prestaciones debe ser comunicada para su revisión y definición de inclusión o no en el convenio, previo al inicio de su utilización. En ningún caso podrá homologarse a códigos FONASA aquellas prestaciones que no correspondan exactamente a la definición de cada prestación en dicho Arancel.

p. Isapre

p. Prestador

Anexo 1 Honorarios médicos Quimioterapia para el tratamiento del Cáncer, Documento de la Sociedad de cancerología de Chile (marzo de



Presidente:
Francisco Javier Orlandi

Vicepresidente:
Jorge Gallardo

Secretario:
Cristina Trujillo

Tesorero:
Rubén Urrejola

Presidente:
José Manuel Ojeda

Secretaría de Actas:
Beatriz Comparini

Miembros:
Ramón Bawza
Mauricio Canas
Hans Harbel
Alejandro Mills

Fax
215101 - Uvalde

Sociedad Chilena de Cancerología Fundada en 1954

SANTIAGO, Marzo 22 de 1999

Estimado consocio:

Existe una reconocida falta de uniformidad importante en relación a los cobros por este motivo, esencialmente por ausencia de definiciones en las Isapres, Fonasa y otras instituciones de salud.

La quimioterapia es por la esencia de los medicamentos que utiliza, y el interjuego entre efecto terapéutico antitumoral y efecto tóxico sobre tejidos normales, un tratamiento prolongado, que se administra a base de ciclos o periodos relativamente fijos, en que se indica una fracción de las dosis totales, según superficie corporal y condiciones metabólicas y hematológicas del paciente, y que debe monitorizarse acuciosamente la acción tóxica de los citostáticos; los tipos y frecuencia de estos controles dependen de los citostáticos específicos empleados y su toxicidad esperada, siempre diferentes en los distintos tumores, esquemas y dosificaciones empleados y estado del paciente.

En la mayor parte de los tumores se efectúan ciclos de 2,3,4 ó 6 semanas; en leucemias agudas se realizan bloques de tratamiento.

La presente fijación de aranceles se ha hecho agrupando los tratamientos según grado de riesgo, y considera (1) la supervisión del tratamiento, ya sea hospitalizado o ambulatorio, en lo que se denomina hospitalización transitoria. (2) Los controles intermedios necesarios para la monitorización de la toxicidad. (3) Lo anterior no considera consultas electivas del paciente y / ó familiares. (4) Tampoco considera los aranceles derivados de hospitalizaciones intercurrentes del paciente, ya sea por toxicidad o por patologías nuevas.

Tipos de Riesgos

I. Riesgo bajo:

- *Cáncer digestivo tratado con monodroga Leucovorina bolus oral
- *Cáncer de mama con esquema standard CMF, FAC, FEC.AC, EC.
- *Leucemia mieloide crónica en fase crónica sin Interferón tratamiento.

Rancagua 878 • Providencia • Santiago, Chile. Fono: (56-2) 236 34 65 • Anexo: 215



Presidente:
Dr. Francisco Javier Orlandi

Vicepresidente:
Dr. Jorge Gallardo

Secretario:
Dr. Cristóbal Trujillo

Tesorero:
Dr. Rubén Utrera

Past President:
Dr. José Manuel Ojeda

Secretaría de Actas:
Dra. Beatriz Comparini

Directores:
Dr. Ramón Baeza
Dr. Mauricio Camus
Dr. Hans Harbst
Dr. Alejandro Majluf

Sociedad Chilena de Cancerología

Fundada en 1954

- *Mieloma con tratamiento oral
- *Leucemia linfática crónica con tratamiento oral
- *Síndrome mieloproliferativa con tratamiento oral
- *Tratamiento de mantenimiento con Interferón: cáncer renal, melanoma, neuroendocrinas linfomas.

2 Riesgo Intermedio :

- *Cáncer de mama con esquema Bonadonna de intensificación de dosis.
- *Tratamiento con taxanos, vinorelbina, gentamicina, actinomomicina D.
- *Linfomas con esquema standard (CHOP, COP.)
- *Infusión continua de citotásicas: fluoruracilo
- *Mieloma con QT. EV.
- *Streptozotocina en tumores neuroepiteliales
- *Retinoblastoma
- *Tumor de Wilms
- *Tratamiento con cisplatino: vejiga, gástrico, testículo y otros genitales, pulmón células pequeñas, tumores neuroepiteliales, mesoteliomas, ovario.

3 Riesgo Alto:

- *Cáncer de esófago, con quimio y radioterapia
- *Sarcomas partes blandas
- *Neuroblastoma
- *Osteosarcoma
- *Tumor de Ewing
- *Histiocitosis
- *Melanoma e hipernefoma con interferón, interleukina 2 y citostático.
- *Terapias de 2a línea en linfomas con quimioterapia en infusión continua: ESHAP, ASHAP.

Rancagua 878 • Providencia • Santiago, Chile . Fono: (56-2) 236 34 65 • Anexo: 215



Presidente:
Dr. Francisco Javier Orlandi

Vicepresidente:
Dr. Jorge Gallardo

Secretario:
Dr. Cristóbal Trujillo

Tesorero:
Dr. Rubén Urrejola

Past President:
Dr. José Manuel Ojeda

Secretaría de Actas:
Dra. Beatriz Compagnini

Directores:
Dr. Ramón Barco
Dr. Matricio Camus
Dr. Hans Harbst
Dr. Alejandro Majllo

Sociedad Chilena de Cancerología

Fundada en 1954

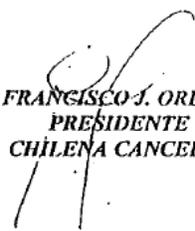
Riesgo crítico :

- *Leucemias agudas
- *Quimioterapia de alta dosis (mieloma, linfomas, tumores sólidos con o sin rescate por TAMO o células Troncales Periférica).
- *Interleukina I.V.
- *Linfoma no Hodgkin pediátrico

ARANCELES SUGERIDOS UF.

1. Riesgo bajo : UF 10.- por ciclo
2. Riesgo intermedio : UF 20.-por ciclo
3. Riesgo alto : UF 30.-por ciclo
4. Riesgo crítico : UF 40.-por ciclo

Saluda atentamente a usted,


DR. FRANCISCO J. ORLANDI J.
PRESIDENTE
SOC. CHILENA CANCEROLOGIA

Rancagua 878 • Providencia • Santiago, Chile . Fono: (56-2) 236 34 65 • Anexo: 215