



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
FONDO NACIONAL DE SALUD
CCP/JFD/NDR/INCHI/SFG



**MODIFICA RESOLUCIÓN EXENTA N°277, DE 2011,
DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE ESTABLECE 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**

EXENTA N° 527

SANTIAGO, 11 ABR 2024

VISTO: Lo establecido en los artículos 4, 7, 50 letra b), 143 y 159 del D.F.L. N°1, del Ministerio de Salud, de 2005; la Resolución Exenta N°127, del 16 de febrero de 2023, 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; el Decreto Supremo N°251, de 2022, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 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 artículo 159 del D.F.L. N°1/2005 del Ministerio de Salud.

3.- Que, en cumplimiento de la función descrita en las consideraciones precedentes, con fecha 19 de febrero de 2024 se dictó la Resolución Exenta N°270, 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 la Modalidad de Libre Elección.

4.- Que, en la aludida Resolución Exenta, se incorporaron nuevas prestaciones, así como se reformularon otras, tanto en el ámbito de PAD, y de las condiciones que se deben cumplir para la realización y cobro de estas, todo ello con el fin de ampliar y mejorar 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, se 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 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 dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

MODIFÍQUESE la Resolución Exenta N° 277, de 6 de mayo de 2011, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de 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.- En el número 4 modifícase la letra c) quedando como a continuación se detalla:

c) Los profesionales deberán registrar, en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico, y de efectuarse prestaciones con distinto código el mismo día, deberán consignar el registro de respaldo de cada una de ellas y su hora de realización. En el caso de efectuarse prestaciones domiciliarias siempre que se encuentren suscritas en el convenio del prestador, se deberá indicar la dirección en la cual se otorgó dicha prestación, asimismo, deberán conservar las diferencias generales propias del tipo de atención de que se trate, y según las consideraciones siguientes:

2.- En el número 4 incorpórase al final de la letra f) lo que a continuación se detalla, pasando el actual punto final a ser punto seguido.

Esta regla aplica a todo evento.

3.- En el número 10. IMAGENOLOGIA (GRUPO 04) letra f) Normas específicas según prestación, elimínase íntegramente la tercera y cuarta viñeta.

4.- En el número 12. KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL (GRUPO 06) 12.1 Generalidades, elimínase íntegramente la letra i).

5.- En el número 12. KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL (GRUPO 06) 12.1.1 Definiciones reemplázase en la letra a) el segundo párrafo por lo siguiente:

Esta prestación deberá ser efectuada en forma independiente. Se considera una evaluación inicial, en la que además se programarán las terapias y/o procedimientos a realizar y el cobro de una segunda evaluación para finalizar tratamiento. La continuación del tratamiento no podrá incluir cobro de nuevas evaluaciones.

6.- En el número 15. PSICOLOGIA (GRUPO 09 SUBGRUPO 02) 15 .5 Limites Financieros, incorpórase al final de la segunda viñeta, lo que a continuación se detalla, pasando el actual punto final a ser una coma.

,debiendo emitirse una prestación diaria, por código, por beneficiario.

7.- En el número 17. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS TERAPEUTICOS, 17.2 Procedimientos Diagnósticos Terapéuticos, incorpórase al final de la letra a), lo que a continuación se detalla, pasando el actual punto final a ser punto aparte.

En los casos en los que se requiera efectuar procedimientos diagnósticos terapéuticos endoscópicos

en el sistema digestivo con vías de acceso diferentes (alta y baja), y en un mismo procedimiento, corresponderá que ambos códigos del arancel sean cobrados al 100%, por lo que se deberán valorizar en programas distintos.

Para las reglas de los honorarios profesionales y de derecho a pabellón, se aplicará lo señalado en el primer párrafo de esta letra.

Ejemplo:

Prestaciones requeridas a un mismo beneficiario en un mismo procedimiento.

Códigos:

1801001 Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia).

1801006 Colonoscopia larga (incluye sigmoidoscopia y colonoscopia izquierda).

1801045 Polipsectomia o Mucosectomia endoscopica baja

En este caso procede la presentación a cobro como se detalla a continuación:

1801045 Polipsectomia o Mucosectomia endoscopica baja, corresponde efectuar su valorización al 100%.

1801006 Colonoscopia larga (incluye sigmoidoscopia y colonoscopia izquierda), corresponde efectuar su valorización al 50%.

1801001 Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia), corresponde efectuar su valorización al 100%.

8.- En el número 17. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS TERAPEUTICOS, 17.2 Procedimientos Diagnósticos Terapéuticos, incorpórase las nuevas letras k), l) y m), como a continuación se indica:

k) Las prestaciones códigos 1703066 Instalación de catéter venoso de larga duración tunelizado (incluye cateter), 1703074 Retiro de catéter venoso de larga duración tunelizado, 1703075 Fístula Arteriovenosa Protésica, 1703076 Transposición de vena basilica para hemodiálisis (prestación incluye catéter) y 1703080 Implante y retiro de implante venoso (filtro de vena cava) por vía endovascular requieren de orden médica y deben ser efectuadas por Cirujano vascular periférico/ médico cirujano con especialidad en cirugía, incluyen insumos, dispositivos y los equipos necesarios. Cuentan con un límite financiero de 1 prestación por año por beneficiario.

l) El código 1701078 Instalación de reservorio subcutáneo (catéter de quimioterapia), incluye catéter, equipos e insumos, su instalación debe ser efectuada por médico Cirujano vascular periférico/médico cirujano con especialidad en cirugía.

m) Las prestaciones códigos 1703081 Ablación troncos venosos con técnica térmica (laser, radiofrecuencia u otras) y 1703082 Ablación troncos venosos con técnica no térmica no tumescente (cianocrilato, fármaco, mecánico u otras), incluyen los insumos para el procedimiento, requieren orden de prescripción médica, deben ser efectuadas por médico cirujano con especialidad en cirugía/ Cirujano vascular periférico. Limite financiero establecido para cada uno de los códigos señalados corresponde a 2 prestaciones por año por beneficiario.

9.- En el número 17. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS TERAPEUTICOS, 17.3 Hemodiálisis y Peritoneodiálisis, eliminase la primera y segunda viñeta contenida en la letra a).

10.- En el número 17. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS TERAPEUTICOS, 17.3 Hemodiálisis y Peritoneodiálisis, letra c), tercer párrafo eliminase la siguiente expresión: "cód. 19-01-027, o el", asimismo, en el cuarto párrafo eliminase la expresión: "cód. 19-01-027 y".

11.- En el número 17. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS TERAPEUTICOS, 17. 4 Otros procedimientos, reemplázase la letra e) por lo que a continuación se detalla:

e) Los códigos 11-01-050 Polisomnografía basal hospitalizado; 11-01-051 Polisomnografía noche dividida; 11-01-052 Polisomnografía basal ambulatoria y 11-01-053 Polisomnografía con titulación de CPAP y/o VMNI noche completa, deberán ser efectuados por profesionales médicos especialistas (neurólogo, especialista en enfermedades respiratorias, otorrinolaringólogo, psiquiatra, adultos o pediátricos). Estos códigos arancelarios consisten en procedimientos no invasivos y consideran en su valor el registro en forma simultánea de variables neurológicas y cardiorrespiratorias: electroencefalograma, electrooculograma, flujo aéreo oronasal (PTAF y NAF), movimientos respiratorios toracoabdominales, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, electromiografía de mentón y tibiales anteriores, micrófono para ronquidos, registro videográfico, consideran una duración de 12 horas. No incluyen en su valor el día cama de observación.

El código 11-01-051 Polisomnografía noche dividida, además considera en su valor la ejecución de

polisomnografía basal la primera mitad de la noche y, titulación con dispositivo de presión positiva continua (CPAP) la segunda mitad de la noche. Esta prestación debe efectuarse en modalidad hospitalizado. La prestación código 11 01 053 Polisomnografía con titulación de CPAP y/o VMNI noche completa, debe ser efectuada en modalidad hospitalizado.

12.- En el número 17. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS TERAPEUTICOS 17. 4 Otros procedimientos, letra j), modifícase en el segundo párrafo donde señala: Las prestaciones código 1707052 Monitorización saturación de O2 durante el sueño y 1707053 Estudio polisomnográfico de apneas del sueño con titulación de CPAP, por lo siguiente:

Las prestaciones código 1707052 Saturometría nocturna del sueño y 1707053 Titulación Automática de CPAP.

13.- En el número 19. CIRUGÍA (GRUPOS 11 AL 21), letra A) NORMAS GENERALES, incorpórase al final del primer párrafo de la letra i) lo que a continuación de detalla, pasando el actual punto final a ser punto seguido.

Para los códigos 1103069 y 1103049, se podrá efectuar el cobro dos veces de cada uno de estos códigos, en el mismo acto quirúrgico, de acuerdo con los segmentos vertebrales que se requieran intervenir. El cobro se realizará para el primero al 100% y los siguientes que actúan como un segundo o tercer procedimiento al 50%. La presentación a cobro asociado a pabellón corresponderá valorizarlo solo por una vez.

Ejemplo:

Prestaciones requeridas:

1103069 Fijación de columna (cervical-dorsal-lumbar) cualquier vía abordaje, c/s osteosíntesis.

1103049 Hernia núcleo pulposo, estenorraquis, aracnoiditis, fibrosis perirradicular cervical, dorsal o lumbar, trat. quir.

Para intervención de dos segmentos vertebrales, por degeneración severa del disco intervertebral, que requiere dos fijaciones de columna, en un mismo acto quirúrgico.

Corresponderá su valorización como a continuación se detalla:

Primer código (intervención primaria) 1103049 Hernia núcleo pulposo, estenorraquis, aracnoiditis, fibrosis perirradicular cervical, dorsal o lumbar, trat. quir., valorizar al 100%.

Primer código (intervención secundaria) 1103069 Fijación de columna (cervical-dorsal-lumbar) cualquier vía abordaje, c/s osteosíntesis, valorizar al 50%.

Segundo código (intervención primaria) 1103049 Hernia núcleo pulposo, estenorraquis, aracnoiditis, fibrosis perirradicular cervical, dorsal o lumbar, trat. quir, valorizar al 50%.

Segundo código (intervención secundaria) 1103069 Fijación de columna (cervical-dorsal-lumbar) cualquier vía abordaje, c/s osteosíntesis, valorizar al 50%.

En estos casos particulares corresponderá la valorización de pabellón solamente para:

Primer código (intervención primaria) 1103049 Hernia núcleo pulposo, estenorraquis, aracnoiditis, fibrosis perirradicular cervical, dorsal o lumbar, trat. quir, valorizando pabellón al 100%.

Primer código (intervención secundaria) 1103069 Fijación de columna (cervical-dorsal-lumbar) cualquier vía abordaje, c/s osteosíntesis, valorizando pabellón al 50%.

14.- En el número 19. CIRUGÍA (GRUPOS 11 AL 21), letra B) NORMAS ESPECÍFICAS, incorpórase la nueva letra j), como a continuación se señala:

j) Prestación código 1802153 Hernia sin malla por vía anterior, con acceso abierto, corresponde a la reparación de una hernia inguinal, umbilical, epigástrica, Spiegel, incisional, traumática, con abordaje abierto.

El código 1802154 Hernia con malla preperitoneal, acceso mininvasivo. Corresponde a la reparación de una hernia inguinal, umbilical, epigástrica, Spiegel, incisional, traumática, con abordaje mininvasivo con la utilización de una malla en el plano preperitoneal. Prestación, no incluye la prótesis, solo considera dentro del valor la instalación de esta.

El código 1802155 Hernia con malla retromuscular, hernia diafragmática por vía abdominal, hernia hiatal, acceso mininvasivo, corresponde a la reparación de una hernia umbilical, incisional, epigástrica, traumática, con abordaje mininvasivo con la utilización de una malla en el plano retromuscular, hernias diafragmáticas y hiales con abordaje mininvasivo. Prestación, no incluye la prótesis, solo considera dentro del valor la instalación de esta.

15.- En el número 23 PRÓTESIS ÓRTESES Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, 23.1 Emisión de órdenes de atención, reemplázase las letras b) y c) por lo que a continuación se detalla:

b) La codificación de la prótesis deberá regirse estrictamente a la prescripción efectuada por el médico tratante.

c) Se deberá acompañar la prescripción médica, que deberá señalar los datos del beneficiario, la prótesis a bonificar e indicar, el nombre, RUT, firma del profesional que la emite. El profesional médico que prescriba estos códigos arancelarios deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.

16.- En el número 23 PRÓTESIS ÓRTESES Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, 23.2 Límites financieros, en la tabla contenida en la letra a), reemplázase la glosa del código 2301073 Monitor de glicemia, por la siguiente: Dispositivo para monitoreo continuo de glucosa, asimismo, reemplázase la glosa del código 2301074 Sensor (Monitoreo Continuo Glucosa), por la siguiente: Sensor (para monitoreo de glucosa).

17.- En el número 27.4 letra c), incorpórase a continuación del punto final del primer párrafo, pasando este a ser punto aparte, lo que a continuación se detalla:

La resolución de las complicaciones asociadas a los eventos quirúrgicos, del párrafo anterior, serán resueltas de acuerdo con la definición de integralidad del PAD definida en el numeral 27.3.

18.- En el número 27.6 Normas Específicas, letra h), incorpórase a continuación del punto final del cuarto párrafo, el nuevo quinto párrafo, como a continuación se detalla.

Para el acceso de aquellas personas con capacidad de gestar, FONASA establecerá protocolo.

19.- En el número 27.6 Normas Específicas, letra i), reemplázase el primer párrafo de la viñeta ACCESO como a continuación se detalla.

Para acceder a la cobertura financiera, existirán dos vías de ingreso, la primera vía será por el diagnóstico de infertilidad, en la cual la mujer debe ser beneficiaria del FONASA (tramo B, C, D), y cumplir alguna de estas dos condiciones:

20.- En el número 27.6 Normas Específicas, letra i), incorpórase al final de la viñeta ACCESO, lo que se detalla a continuación.

La segunda vía de acceso será para personas con capacidad de gestar de acuerdo con protocolo establecido por el FONASA.

21.- En el número 27 PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (P.A.D) "CUENTA CONOCIDA", incorpórase a continuación del número 27. 7 PAD PROGRAMA CEREBRO VASCULAR GRUPO 25 SUBGRUPO 04, el nuevo número 27.8, como a continuación se señala:

27.8 PAGO ASOCIADO A DIAGNOSTICO (PAD) GRUPO 25 SUBGRUPO 05

PAD código 2505942 Reconstrucción Mamaria Inmediata con Implante (1° tiempo quirúrgico, colocación expansor). Intervención quirúrgica que reconstruye la mama o seno a quien ha tenido mastectomía (extirpación de la mama por prevención o cáncer de seno). La intervención quirúrgica se hace al momento de la mastectomía (inmediata).

PAD código 2505943 Reconstrucción Mamaria Diferida con Implante (1° tiempo quirúrgico, colocación expansor). Intervención quirúrgica que reconstruye la mama o seno a quien ha tenido mastectomía (extirpación de la mama por prevención o cáncer de seno). La intervención quirúrgica se puede hacer después que las incisiones de la mastectomía hayan cicatrizado y la terapia del cáncer de seno se haya completado.

PAD código 2505944 Reconstrucción Mamaria sólo con Implante (2° tiempo quirúrgico) y PAD código 2505945 Reconstrucción Mamaria Diferida con Implante (2° tiempo quirúrgico, cambio expansor a prótesis definitiva), corresponden a la intervención quirúrgica en segunda etapa, una vez extraído el expansor este se reemplaza por un implante o prótesis.

PAD código 2505946 Reconstrucción Mamaria con Colgajo TRAM (colgajo

musculocutáneo de recto abdominal transverso) o Colgajo Microquirúrgico DIEP (tipo de colgajo sin afectación de músculo) o sus variantes, esta prestación incluye colgajo, el cual puede extirparse de sitios diferentes del cuerpo para la reconstrucción del seno. Incluye intervención quirúrgica para toma de colgajo.

PAD código 2505947 Reconstrucción Mamaria Complejo Areola y/o Pezón (Procedimientos autónomos), prestación para reconstrucción del pezón y la areola, posterior a la cirugía de reconstrucción mamaria.

Estas prestaciones deben ser efectuadas por médico cirujano con especialidad en cirugía/ cirujano con especialidad en obstetricia y ginecología o médico cirujano con especialidad en cirugía plástica y reparadora, ambos PAD Incluyen fármacos, dispositivos, insumos, expansor/implante/prótesis. Limite financiero 2 prestaciones vida a excepción del PAD 2505947, el cual tiene un límite financiero de 1 prestación año beneficiario. Solo podrán acceder a los PAD del grupo 25 subgrupo 05 beneficiarios con diagnóstico de cáncer de mama en etapa diagnóstica, terapéutica o recidiva, la orden médica para la emisión del PAD debe ser suscrita por médico especialista en oncología, indicando el diagnóstico del beneficiario.

22.- En el número 27.5 Cobro de prestaciones PAD, letra d) Prestaciones trazadoras, modifícase las prestaciones trazadoras señaladas en la tabla contenida en este literal de los códigos 2501004, 2501005, 2502003, 2501051 y 2502008, quedando en definitiva como sigue:

25 01 004	Hernia Abdominal Simple	18 02 153
25 01 005	Hernia Abdominal Complicada	18 02 154
25 02 003	Várices	17 03 026 – 17 03 027 – 17 03 030
25 01 051	Tiroidectomía total	14 02 001 – 14 02 006
25 02 008	Estudio Apnea del Sueño	11 01 050

23.- En el número 27.5 Cobro de prestaciones PAD, letra d) Prestaciones trazadoras, incorpórase al final de la tabla, las siguientes filas, quedando en definitiva como sigue:

25 05 942	Reconstrucción Mamaria Inmediata con Implante (1° tiempo quirúrgico, colocación expansor).	15 02 052
25 05 943	Reconstrucción Mamaria Diferida con Implante (1° tiempo quirúrgico, colocación expansor).	15 02 052
25 05 944	Reconstrucción Mamaria sólo con Implante (2° tiempo quirúrgico).	15 02 052
25 05 945	Reconstrucción Mamaria Diferida con Implante (2° tiempo quirúrgico, cambio expansor a prótesis definitiva).	15 02 052
25 05 946	Reconstrucción Mamaria con Colgajo TRAM o Colgajo Microquirúrgico DIEP o sus variantes.	15 02 052 – 18 02 001
25 05 947	Reconstrucción Mamaria Complejo Areola y/o Pezón (Procedimientos autónomos).	15 02 051

24.- En el número 30.1 letra o) reemplázase la frase "el diagnóstico" por "la sospecha".

En el número 31. Tratamiento Integrales de Braquiterapia, Radioterapia y Quimioterapia (grupo 29), incorpórase bajo este título lo siguiente:

Las prestaciones del arancel que conforman el grupo 29 están destinadas exclusivamente al tratamiento de beneficiarios que presenten un diagnóstico de Cáncer.

25.- En el número 31. "Tratamientos Integrales de Braquiterapia, Radioterapia y Quimioterapia (grupo 29) elimínase de la tabla contenida en la letra b) lo siguiente:

2904012	Quimioterapia radioterapia 2 (por ciclo)
2904018	Tratamiento inhibidores tirosin kinasa 4 (valor trimestral)

26.- En el número 31. "Tratamientos Integrales de Braquiterapia, Radioterapia y Quimioterapia (grupo 29), incorpórase al final de la tabla contenida en la letra b), la siguiente fila:

2904019	Quimioterapia alto riesgo 3 (por ciclo)
---------	---

La presente Resolución entrará en vigor a contar del primer día hábil posterior a la fecha de su publicación en el diario oficial.

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, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE EN EL DIARIO OFICIAL




DRA. XIMENA AGUILERA SANHUEZA
MINISTRA DE SALUD