

**NORMAS TÉCNICAS APLICADAS POR CLÍNICA ALEMANA
EN SU RELACIÓN ADMINISTRATIVA CON LAS ISAPRES
Y SUS BENEFICIARIOS**

Norma Técnica vigente para las prestaciones realizada a
partir del 1 de enero de 2014

(No aplica a pacientes beneficiarios de FONASA, efectos
al Convenio Modalidad Libre Elección)

1.- GENERALIDADES

Esta normativa técnica regula la aplicación del Arancel de Clínica Alemana de Santiago (“la Clínica”), en términos de la forma y monto del cobro por prestaciones realizadas a los pacientes particulares y beneficiarios de Isapre. De existir un Convenio específico suscrito entre una Isapre y la Clínica que se contradiga con esta Norma Técnica primará el texto del convenio específico.

La Isapre determinará la cobertura de las prestaciones cobradas por la Clínica, en función del plan de salud del beneficiario. En los casos en que el respectivo plan de Isapre no otorgue cobertura a algunas prestaciones, éstas serán de cargo del beneficiario.

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 Fonasa Libre Elección vigente, además de códigos adicionales para prestaciones no codificadas en Fonasa.

La Clínica informará la creación de nuevas prestaciones, con o sin equivalencia Fonasa.

Las modificaciones que experimente el arancel de referencia en cuanto a nuevas prestaciones se harán 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 por la Clínica. El valor se expresará en pesos chilenos, indicando el plazo de vigencia y la política de reajuste si la hubiere.

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 paciente o su representante legal, y que puede ser postergada, sin afectar la evolución o estado del paciente.

2.4 Atención médica en Servicio de Urgencia:

Es toda prestación o conjunto de prestaciones médicas 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 Urgencia:

Es toda prestación o conjunto de prestaciones que sean otorgadas 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 vital si no se cumplen las condiciones del punto 2.6 siguiente.

2.6 Emergencia o Urgencia Vital:

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 vital 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 aquél.

La Clínica deberá informar inmediatamente cuando esté en presencia de una atención de emergencia urgencia vital, de acuerdo a la normativa vigente.

El cobro de estas prestaciones las realizará la Clínica, 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 emergencia urgencia vital como el momento de la estabilización del paciente.

2.7 Certificación de Estado de Emergencia o Urgencia Vital:

Es la declaración escrita y firmada, por un médico cirujano en una unidad de urgencia, dejando constancia, que una persona se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de 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, de modo que, aún 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 vital, 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.

2.9 Ficha o Historia Clínica:

Documento en el que se registran los datos del paciente y debe contener, al menos, el nombre completo, cédula de identidad, edad, domicilio, y sistema de seguridad social en salud, y donde el o los profesionales, dejan constancia de todas las atenciones efectuadas (Ej. consultas, interconsultas, procedimientos diagnóstico o terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.), con indicación de la fecha de atención, diagnóstico, exámenes solicitados y realizados, tratamiento

indicados y/o efectuados (incluidos medicamentos y sus dosis), anamnesis, evolución y epicrisis. Este documento, en ningún caso puede ser adulterado.

Según se trate de atención ambulatoria u hospitalaria y dependiendo del tipo de profesional y naturaleza de los tratamientos que se efectúen, las fichas dispondrán de una conformación diferente. Así, la ficha de consulta médica o de atención por kinesiólogos, fonoaudiólogos, enfermeras, psicólogos, matronas y enfermeras matronas, dispondrán de los registros de las atenciones propias de su profesión, considerando anamnesis, evolución, terapias efectuadas, exámenes, etc.

En caso de hospitalizaciones, la ficha contendrá, a lo menos, según las disposiciones de los establecimientos asistenciales, carátulas, hojas de enfermería, anamnesis, hojas de evolución clínica, copias o resultados de exámenes, protocolos quirúrgicos, epicrisis. En casos de registros computacionales, éstos deberán cumplir con los mismos requisitos señalados en los párrafos precedentes. Es un documento obligatorio e individual y debe ser único, es decir, una ficha clínica por paciente. Para efectos de fiscalización, los profesionales y entidades deberán conservar las fichas clínicas que contengan las atenciones, por un plazo mínimo de diez años. El plazo señalado regirá a contar de la última atención efectuada al paciente.

Respaldo de exámenes y procedimientos: Los exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se realicen en la Clínica, se sujetarán a la siguiente normativa:

- Se emitirán informes de cada una de las prestaciones. Ello, constituye una excepción a la obligación de confeccionar fichas clínicas.
- No se retendrán los informes originales, imágenes, gráficos o similares, de los exámenes o procedimientos realizados. Se entregarán al paciente o persona allegada a su cuidado, informes originales, legibles, en los que se detalle el nombre completo del paciente, fecha de la prestación, técnica empleada, resultados y valores normales de referencia o conclusiones cuando corresponda; nombre completo, RUT, dirección y firma del profesional responsable, además deben entregar las placas radiológicas, gráficos y similares de los exámenes que haya practicado, con la identificación del paciente.
- Se dispondrá de los documentos de respaldo que avalen los cobros efectuados (copias de los informes o resultados emitidos en forma manual o computacional) los cuales deberá mantenerse por un lapso mínimo de tres años, contados desde la fecha de ejecución de la prestación.

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

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, se encuentran contenidos en el Arancel de la Clínica, o en los convenios con cada Isapre o asegurador. Sin perjuicio de lo anterior toda prestación otorgada en horario inhábil deberá tener justificación médica, registrada en la ficha clínica.

Los recargos por atenciones en horario inhábil, sólo se aplicarán 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.

2.12 Institución:

Clínica Alemana de Temuco. 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 acreditado y arrendatario de consulta de la Clínica:

Son los profesionales vinculados permanentemente con Clínica Alemana de Temuco que han convenido en prestar servicios profesionales de su especialidad los cuales son informados en un listado oficial de médicos y odontólogos staff.

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 de la Clínica 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.- ÓRDENES MÉDICA Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN

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, el RUT del médico tratante y en los casos quirúrgicos, los RUT de todos los integrantes del Equipo Quirúrgico. En casos complejos de hospitalización prolongada por más de 30 días se confeccionarán programas parcelados que harán referencia e identificarán al original.

Se confeccionará 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 incluirá la totalidad de las prestaciones que de acuerdo al Arancel y a esta Normativa, se otorguen en dicha atención.

Todos los PAM contendrán 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 completarán en forma clara todos los datos requeridos.

A cada uno de los PAM, se adjuntará la prefactura o listado de cobros correspondiente, claramente detallado.

Los plazos de las Isapres para resolver respecto de las coberturas de sus beneficiarios serán los establecidos en la normativa vigente.

De este modo, la Institución 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, la Clínica 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 y sujeto a la normativa vigente. Para estos efectos, la Isapre deberá identificar y comunicar previamente a la Institución los médicos y la(s) enfermera(s) que estará(n) a cargo de dicha acción.

4.1 Programas Médicos de Obstetricia:

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

4.2 Prefacturas:

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

La prefactura incluirá:

- 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 prefactura debe contener los códigos informados.
- Fecha de todas las prestaciones realizadas e indicar el recargo correspondiente.
- Fecha y hora de la intervención, si la prefactura 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 vendrá 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 prefactura 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 vendrá identificada como tal, en la prefactura.

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

Los códigos de HMQ y DP utilizados reflejarán estrictamente lo ocurrido en el acto quirúrgico. Respecto de los medicamentos e insumos en hospitalización se incluirán las unidades o dosis efectivamente utilizadas durante la hospitalización. No se incluirán en las prefecturas medicamentos para tratamientos posteriores al alta.

Cuando se presente la cobranza a través del mecanismo de paquetes quirúrgicos, se adjuntará al paquete, el precio total separado por ítem Las prefecturas contendrán todos los gastos incurridos por el paciente en la hospitalización. Corresponderá a cada Isapre determinar qué cobertura otorgará en virtud de los contratos vigentes con sus cotizantes.

5.- CONSULTAS MÉDICAS Y VISITAS MÉDICAS

5.1 Consulta Médica:

Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en la Institución. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico, indicación terapéutica y solicitud de exámenes. Se registrará 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 acreditada, aquella que cuente con certificación de CONACEM o de una Universidad acreditada o cuando él o la especialista se encuentre acreditado(a) por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud. Para el caso de los médicos acreditados, la Isapre aceptará la acreditación de especialidad cuando haya sido acreditado 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 Clínica Alemana: 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: Será realizada en dependencias de un Servicio de Urgencia debidamente acreditado.

Personal: Será otorgada por un médico general o especialista (pediatría, medicina interna, cirugía general o ginecología) 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.

5.3 Consulta Psicólogo Clínico:

Es la atención profesional otorgada a un paciente por el psicólogo clínico en su consulta. 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 se registrará 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 Visitas 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 la Institución.

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 serán fundamentadas y debidamente justificadas por el médico tratante. En todo caso, la solicitud de interconsultas por el médico tratante deberá 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 cobrará 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. 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 cobrará las visitas como Interconsultor.

El médico tratante, registrará 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.

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

6.- DÍAS CAMA DE HOSPITALIZACIÓN

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 oral diaria, 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, aerosol terapia (nebulización) con aire comprimido y oxígeno, aerosol terapia 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 banco de sangre o del servicio de transfusión.
- La atención del médico residente cuando sea necesaria.

El establecimiento consignará 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 estará 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.

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.

6.2 Día Cama de Observación u Hospitalización Transitoria:

Se trata de la permanencia de un paciente en un centro asistencial ocupando una cama. Se cobrará 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.

6.3 Día Cama de Hospitalización Aislamiento:

Se cobrará 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 quedará registrada y justificada en la Ficha Clínica. Dada la naturaleza de este tipo de día cama, la Institución no cobrará en forma adicional al mismo ningún equipamiento, insumo o materiales que se requieran para la mantención de la condición de aislamiento.

6.4 Día Cama de Hospitalización en Unidad de Pacientes Críticos (Unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios- UTI/ UCI):

Es el día Cama de Hospitalización de un paciente crítico, en una unidad ubicada en dependencias únicas y centralizadas de la Institución. 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 residentes, 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 Ministerio de Salud necesarios para el diagnóstico, monitorización (y procedimientos necesarios para) y tratamiento del paciente crítico.

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.

6.5 Recuperación Post Anestésica:

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

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 (Ejs. Hemoglobina en Hemograma, Glucosa en Orina Completa, Bicarbonato en Gases Sanguíneos, Sodio en Electrolitos Plasmáticos.)

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

En los pacientes hospitalizados, la indicación médica se incluirá 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.- IMAGENOLOGÍA

En los exámenes de imagenología en que se requiera anestesia general o regional, el uso de ésta se fundamentará 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 anestésiar al paciente bastará con la indicación apropiada en la Orden Médica.

En los pacientes hospitalizados la indicación médica se incluirá en la Ficha Clínica del paciente y el cobro de las prestaciones se incluirá 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 se atenderá 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

La Medicina Nuclear se divide en procedimientos diagnósticos y en procedimientos terapéuticos. El control de las complicaciones derivadas de las irradiaciones incluye hasta 20 días de finalizadas éstas.

(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. Incluye el scanner de simulación.

10.- KINESIOLOGÍA, MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

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 indicado por el médico tratante y se ceñirá estrictamente a la indicación escrita hecha por éste, la cual deberá incluir:

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

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

No se realizará 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 se incluirá 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.- TRANSFUSIÓN Y BANCO DE SANGRE

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 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 Se procederá al cobro de las atenciones efectuadas a enfermos ambulatorios u hospitalizados correspondientes a transfusiones, cuando ésta es controlada durante todo el proceso por médico o tecnólogo médico con mención en banco de sangre.

11.4 Se dejará 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 Estas prestaciones no tendrán recargo horario.

11.6 Se procederá al cobro 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, reemplazan 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 tripanosoma cruzi (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 tripanozoma cruzi (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 contendrá 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 estará refrendada 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

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.

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 que se establezca entre la Isapre y la Institución.

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. Se cobrará 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.

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 se cobrarán 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 Peritoneo diálisis: Este procedimiento incluye la aplicación de la técnica, control clínico permanente. Estas prestaciones no tendrán 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 llevará 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 se cobrará como procedimiento autónomo u otra prestación, cuando esté incluida en otra de mayor complejidad.

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

14.- CIRUGÍA

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 cobrará 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, se cobrará el 50% del valor de la adicional, salvo que se haya especificado otra modalidad en 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 convenio). Se efectuará el cobro de esta manera, cuando los cirujanos y ayudantes que participan en cada una de las intervenciones quirúrgicas sean personas diferentes, lo que constará 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 se cobrará la prestación de mayor valor.

14.3 Normas Específicas de Cirugía:

14.3.1 Oftalmología: La cirugía foto refractiva con láser (tradicional o Lasik) se cobrará a través de un solo 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: Se cobrará por retratamientos en Litotricia 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 indicará que corresponde a retratamientos. Procederá el cobro del 50% de los honorarios profesionales y del derecho de pabellón correspondiente, 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 presentará en un programa complementario que hará 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 del Arancel Fonasa Libre Elección 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 video laparoscópica y endoscópica: En los casos de uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (o cerradas) como cirugía video laparoscópica, 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 se cobra al 50%.

15.- PRESTACIONES DE ANESTESIA

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 laringo-traqueal; 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 ó 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) será 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 fundamentará 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 anestésista, correspondiendo en estos casos el valor de la anestesia mínima del arancel (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 se cobrará por separado.

Cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico practique dos o más intervenciones de distinto código, el honorario del anestésista 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 anestésista 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 anestésista 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. La Clínica 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 incluye el uso de todos 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 cardiorrespiratorio, resucitadores y monitores de todo tipo (incluyendo conexiones y accesorios permanentes o reutilizables).
- Equipos de ventilación mecánica (Adultos y Pediátricos).
- Equipos de Rayos X (no incluye medios de contraste, ni placas, ni examen).
- Aspiración y bombas de aspiración de emergencia, portátiles o no.
- Microscopio.
- Electro bisturí o láser quirúrgico, Litotriptor, laparoscopio y artroscopio

- 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 (pañeros esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas, compresas, etc.
- Ropa estéril desechable y no desechable, para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliar.
- 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.

e) Sala de Recuperación post anestésica

16.3 Normas para el cobro:

No se cobrarán los materiales e insumos desechables que estando disponibles en el pabellón, no fueron efectivamente utilizados.

No se cobrará en forma 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.

17.- QUIMIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER

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 podrá incluir:

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

Los honorarios médicos serán cobrados bajo la modalidad de riesgo, clasificada según o definido por la Sociedad de Cancerología de Chile (marzo de 1999), 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 la Clínica. Los paquetes tendrán que atenerse a los respectivos protocolos de exclusión acordados entre las partes, y podrán o no incluir los honorarios médico quirúrgicos. Con todo, los acuerdos establecidos entre la Isapre y la institución en los respectivos convenios sobre Paquetes Quirúrgicos primarán sobre estas Normas Técnicas.

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.

La Clínica 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 separará e indicará 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.- MEDICAMENTO

19.1 Atención Ambulatoria:

En términos generales los planes de salud no contemplan cobertura de medicamentos de uso ambulatorio. No se indicará 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 prefectura sólo se incluirán 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 utilizará 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 dejará constancia en la ficha de las horas de comienzo y término del respectivo procedimiento.

21.- NUEVAS PRESTACIONES

Si la Clínica incorpora nuevas prestaciones a su arancel, éstas nacerán con una codificación propia y serán informadas y/o comunicadas a las Isapre. En caso de existir convenio con alguna de ellas, la incorporación de nuevas prestaciones será 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.