

Santiago, 02 OCT 1997

**CREA INSTRUMENTO PARA FACILITAR LA COMPARACIÓN DE PLANES E  
IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE SU VIGENCIA Y UTILIZACIÓN**

Esta Superintendencia, en ejercicio de sus facultades legales, en especial las previstas en el artículo 3 N°s 2 y 9, de la Ley N° 18.933, y con el objeto de contribuir al perfeccionamiento del Sistema ISAPRE, incrementando la transparencia y comparabilidad de los planes de salud ofrecidos por las Instituciones, imparte las siguientes instrucciones:

**I.- DE LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS**

La Selección de Prestaciones Valorizadas es un instrumento que tiene por finalidad facilitar a las personas la comparación entre los diferentes planes ofrecidos por las Instituciones de Salud Previsional.

Este instrumento está constituido por un conjunto de prestaciones médicas que han sido seleccionadas por esta Superintendencia considerando su alto impacto sobre el gasto, mayor frecuencia y/o alto costo. Adicionalmente, contiene derechos de pabellón y medicamentos, que participan en un gran número de eventos con características de catastróficos.

**II.- DE LA DIFUSIÓN Y VIGENCIA DE LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS**

**a) Difusión**

El formato y contenido de la Selección de Prestaciones Valorizadas es el que se indica en el Anexo N°1 de la presente Circular.

Las ISAPRE deberán tener una Selección de Prestaciones Valorizadas pre-impresa por cada plan de salud que se encuentren comercializando a la fecha de entrada en vigencia de la presente Circular, así como respecto de aquellos que comercialicen en el futuro.

## **b) Identificación y valorización de las prestaciones**

Las prestaciones contempladas en la Selección de Prestaciones Valorizadas, deberán corresponder a las identificadas con los códigos del Arancel del Fondo Nacional de Salud, que se señalan en el Anexo N°2 de esta Circular. La referencia a dichos códigos sólo tiene por finalidad permitir a las ISAPRE la correcta identificación de las prestaciones seleccionadas y, por lo tanto, no deberán explicitarse en el documento que se entregue a los afiliados (Anexo N° 1).

El monto máximo de bonificación (tope) de las prestaciones contenidas en la Selección de Prestaciones Valorizadas correspondiente a cada plan, deberá estar expresado en pesos, independientemente de las unidades que utilice cada ISAPRE en la determinación de las bonificaciones de sus planes de salud.

Para establecer la equivalencia en pesos de los topes que se encuentran expresados en Unidades de Fomento, las ISAPRE deberán emplear el valor que tenga asignada dicha unidad en los contratos respectivos, como si las prestaciones se hubiesen otorgado el 1 de octubre de 1997.

Asimismo, para establecer la equivalencia en pesos de los topes expresados en función del arancel, las ISAPRE deberán utilizar los valores que las prestaciones respectivas tengan asignados en el o los aranceles vigentes a la fecha indicada en el párrafo anterior.

Si como resultado del proceso de valorización a que hacen referencia los párrafos anteriores se produjeren inconsistencias entre los valores consignados en la Selección de Prestaciones Valorizadas y la bonificación expresada en el plan correspondiente, se preferirá aquella cobertura que sea más favorable para los beneficiarios.

Las ISAPRE deberán ajustarse estrictamente al contenido del formato de la Selección de Prestaciones Valorizadas, definido en el Anexo N° 1 de la presente Circular y no podrán incorporar otras prestaciones y/o información no consultada con esta Superintendencia, a excepción de las notas al pie de página definidas en el Anexo N° 3, si la estructura del plan de que se trate, lo amerita.

**c) Remisión de la Selección de Prestaciones Valorizadas a la Superintendencia**


Una vez efectuada la valorización a que se refiere la letra b) anterior, y hasta el último día hábil del mes de octubre del año en curso, las ISAPRE deberán remitir a esta Superintendencia la Selección de Prestaciones Valorizadas correspondiente a cada plan que se esté comercializando, en un dispositivo magnético, de acuerdo a las especificaciones que se detallan en el formato señalado en el Anexo N°4 de esta Circular.

**d) Vigencia**

Para todos los efectos previstos en la presente Circular, el contenido de la Selección de Prestaciones Valorizadas tendrá vigencia a contar del 1 de noviembre del presente año y hasta el 30 de abril del año 1998.

**III.- DE LA UTILIZACIÓN DE LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS**

A partir de la entrada en vigencia de la presente Circular, las ISAPRE deberán adoptar todas las medidas tendientes a que en las suscripciones de los contratos se entregue a los afiliados, conjuntamente con el plan de salud, la Selección de Prestaciones Valorizadas correspondiente a dicho plan. Para estos efectos, la firma del cotizante estampada en el documento será suficiente prueba de su entrega, debiendo quedar copia de éste a disposición de esta Superintendencia, en el Archivo de Cotizantes, regulado en el punto 6.1, de la Circular N° 36, del 22 de julio de 1997.

  
*Alejandro Ferreiro Yazigi*  
**ALEJANDRO FERREIRO YAZIGI**  
**SUPERINTENDENTE DE INSTITUCIONES**  
**DE SALUD PREVISIONAL**

**Distribución:**

- Sres. Gerentes Generales de ISAPRE
- Sres. Jefes de Departamento de la SISP
- Of. de Partes.

NOMBRE DEL PLAN: "....."  
 SELECCION DE PRESTACIONES VALORIZADAS  
 Vigente desde el ... de ..... de 1997 hasta el .... de ..... de 1998.

	PRESTACIONES	% BONIFIC.	TOPE \$
HOSPITALARIAS	<b>PARTO NORMAL</b>		
	Derecho de pabellón 6		
	Honorarios médicos		
	Honorarios matrona		
	Atención inmediata recién nacido		
	Visita neonatólogo		
	<b>PARTO POR CESAREA</b>		
	Derecho de pabellón 7		
	Honorarios médicos		
	Honorarios matrona		
	Atención inmediata recién nacido		
	Visita neonatólogo		
	<b>APENDICECTOMIA</b>		
	Derecho de pabellón 7		
	Honorarios médicos		
<b>COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA</b>			
Derecho de pabellón 10			
Honorarios médicos			
<b>HISTERECTOMIA TOTAL</b>			
Derecho de pabellón 8			
Honorarios médicos			
<b>AMIGDALECTOMIA</b>			
Derecho de pabellón 5			
Honorarios médicos			
<b>CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR</b>			
Derecho de pabellón 14			
Honorarios médicos			
<b>EXTIRPACIÓN TUMOR Y/O QUISTE CEREBRAL</b>			
Derecho de pabellón 12			
Honorarios médicos			
<b>DÍAS CAMA</b>			
Medicina			
Sala cuna			
U.T.I. adulto			
U.T.I. pediatría			
U.T.I. neonatal			
<b>MEDICAMENTOS Y MAT.CLINICOS: Para los siguientes eventos: (2)</b>			
Apendicectomía			
Hospitalización por Neumonía			
<b>CONSULTAS</b>			
Consulta médica electiva o de urgencia			
Consulta psiquiátrica (1)			
<b>EXAMENES</b>			
Hemograma			
Estudio de lípidos sanguíneos			
Perfil bioquímico			
Urocultivo			
Orina completa			
<b>IMAGENOLÓGIA</b>			
Radigrafía de tórax			
Mamografía bilateral			
Radigrafía de brazo, codo, muñeca o similares			
Tomografía axial computarizada de cerebro			
Ecotomografía abdominal			
Ecotomografía ginecológica			
<b>MEDICINA FISICA</b>			
Ejercicios respiratorios (1)			
Reeducación motriz (1)			
<b>PROCEDIMIENTOS</b>			
Densitometría ósea			
Citodiagnóstico corriente			
Estudio histopatológico corriente			
Explotación vitreorretinal			
Electrocardiograma de reposo			
Ecocardiograma Doppler			
Gastroduodenoscopia			
Hemodíalisis con insumos incluidos			
Rodillera, bota larga o cono de yeso			
AMBULATORIAS			

Nota N°1 : Prestaciones con tope anual  
 Nota N°2: Tope de medicamentos  
 Nota N°3: Reajustabilidad  
 Nota N°4: Cobertura preferencial o restringida

## ANEXO N° 2

### DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES COMPRENDIDAS EN EL ANEXO N°1

El presente anexo describe las prestaciones comprendidas en la selección con la sola finalidad de establecer parámetros comunes para su identificación y para la determinación de la cobertura que a éstas debe ser asignada en la Selección de Prestaciones Valorizadas correspondiente a cada plan.

#### PARTO NORMAL

Es equivalente a la prestación definida con el código 20.04.003 del FONASA, corresponde a un parto en presentación cefálica o podálica, con o sin episiotomía, con o sin sutura, con o sin fórceps, con o sin inducción, con o sin versión interna, con o sin revisión, con o sin extracción manual de placenta, con o sin monitorización. (Único o múltiple)

**Derecho de pabellón 6** (equivalente al código 20.04.003 del FONASA)

Corresponde al recinto definido con el código adicional 6, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar la prestación. Incluye el uso de la sala de parto, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

**Honorarios médicos** (equivalentes al código 20.04.003 del FONASA)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano y un anestesista.

**Honorarios matrona** (equivalente al código 20.04.004 del FONASA)

Corresponde al honorario de la matrona por la atención integral del parto (incluye atención en sala de pre-parto y parto, con o sin atención en período expulsivo, recepción y preparación del R.N. para la atención del neonatólogo, además incluye 3 controles prenatales y 2 controles en el puerperio, hasta 15 días después del alumbramiento).

**Atención inmediata recién nacido** (equivalente al código 01.01.007 del FONASA)

Es la atención médica otorgada al recién nacido durante el período de observación, por un Médico Cirujano, Pediatra o Neonatólogo. Incluye la atención inmediata del recién nacido en la sala de parto con o sin reanimación cardio-respiratoria, el examen físico completo y el diagnóstico.

**Visita neonatólogo** (equivalente al código 01.01.008 del FONASA)

Corresponde a la visita o atención médica realizada por el médico tratante, a un recién nacido internado en una clínica u hospital.

## PARTO POR CESÁREA

Es equivalente a la prestación definida con el código 20.04.006 del FONASA, corresponde a una operación cesárea con o sin salpingoligadura o salpingectomía uni o bilateral.

### **Derecho de pabellón 7** (equivalente al código 20.04.006 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 7, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

### **Honorarios médicos** (equivalentes al código 20.04.006 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, un médico ayudante y un anestésista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

### **Honorarios matrona** (equivalente al código 20.04.004 del FONASA)

Corresponde al honorario de la matrona por la atención integral del parto (incluye atención en sala de pre-parto y parto, con o sin atención en período expulsivo, asistencia a pabellón quirúrgico, recepción y preparación del R.N. para la atención del neonatólogo, además incluye 3 controles prenatales y 2 controles en el puerperio, hasta 15 días después del alumbramiento).

### **Atención inmediata recién nacido** (equivalente al 01.01.007 del FONASA)

Es la atención médica otorgada a un recién nacido durante el período de observación, por Médico Cirujano, Pediatra o Neonatólogo. Incluye la atención inmediata del recién nacido en el pabellón quirúrgico, con o sin reanimación cardio-respiratoria, el examen físico completo y el diagnóstico.

### **Visita neonatólogo** (equivalente al código 01.01.008 del FONASA)

Corresponde a la visita o atención médica realizada por el médico tratante, a un recién nacido internado en una clínica u hospital.

## APENDICECTOMÍA

Es equivalente a la prestación definida con el código 18.02.053 del FONASA, corresponde al procedimiento autónomo de una apendicectomía y/o drenaje de un absceso apendicular.

**Derecho de pabellón 7** (equivalente al código 18.02.053 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 7, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

**Honorarios médicos** (equivalentes al código 18.02.053 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, un médico ayudante y un anestésico. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

## COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Es equivalente a la prestación definida con el código 18.02.081 del FONASA, corresponde al procedimiento completo de una colecistectomía por videolaparoscopia.

**Derecho de pabellón 10** (equivalente al código 18.02.081 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 10, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

**Honorarios médicos** (equivalentes al código 18.02.081 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, dos médicos ayudantes y un anestésico. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

## HISTERECTOMÍA TOTAL

Es equivalente a la prestación definida con el código 20.03.010 del FONASA, corresponde a una histerectomía por vía abdominal, con o sin anexectomía uni o bilateral, total o ampliada.

### **Derecho de pabellón 8** (equivalente al código 20.03.010 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 8, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

### **Honorarios médicos** (equivalentes al código 20.03.010 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, dos médicos ayudantes y un anestésista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

## AMIGDALECTOMÍA

Es equivalente a la prestación definida con el código 13.02.029 del FONASA, corresponde a una amigdalectomía con o sin adenoidectomía, uni o bilateral.

### **Derecho de pabellón 5** (equivalente al código 13.02.029 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 5, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

### **Honorarios médicos** (equivalentes al código 13.02.029 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano y un anestésista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.



## CIRUGÍA CARDÍACA DE COMPLEJIDAD MAYOR

Es equivalente a la prestación definida con el código 17.03.061 del FONASA, corresponde a una operación cardíaca con circulación extracorpórea y de complejidad mayor. Incluye reemplazo valvular múltiple; tres o más puentes aortocoronarios y/o anastomosis con arteria mamaria; corrección de *cardiopatías congénitas complejas (por ejemplo: Fallot; atresia tricuspídea; doble salida del ventrículo derecho; transposición grandes vasos; ventrículo único o similares)*; aneurisma aórtico torácico, trasplante cardíaco o cualquier operación *cardíaca en lactantes*.

### **Derecho de pabellón 14** (equivalente al código 17.03.061 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 14, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

### **Honorarios médicos** (equivalentes al código 17.03.061 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, tres médicos ayudantes, un anestesista, un perfusionista y un cardiólogo. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

## EXTIRPACIÓN DE TUMOR Y/O QUISTE CEREBRAL

Es equivalente a la prestación definida con el código 11.02.013 del FONASA, corresponde a una extirpación de tumores y/o quistes.

### **Derecho de pabellón 12** (equivalente al código 11.02.013 del FONASA)

Corresponde al pabellón quirúrgico definido con el código adicional 12, que cuenta con las condiciones asépticas, equipos e instrumentos necesarios para efectuar esta prestación. Incluye el uso de la sala de operaciones, la sala de recuperación anestésica, muebles, equipos y elementos no fungibles, insumos, implementos y útiles fungibles desechables y recuperables, gases y anestésicos de cualquier tipo. (Ver Apéndice de este anexo)

### **Honorarios médicos** (equivalentes al código 11.02.013 del FONASA, incluyendo Arsenalera)

Corresponde a los honorarios del total de integrantes del equipo médico que actúa en la intervención. De acuerdo con las especificaciones técnicas del FONASA, el equipo médico más recomendable para llevar a cabo esta prestación debería estar conformado por un médico cirujano, un médico ayudante y un anestesista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

## DÍAS CAMA

### **Medicina** (equivalente al código 02.02.104 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en medicina y especialidades (pieza individual).

Incluye:

- el uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama y todos los materiales y elementos de enfermería no descartables y útiles fungibles de uso general.
- la alimentación oral diaria, prescrita por el médico tratante.
- la atención completa de enfermería, incluyendo las curaciones, colocaciones de sondas, inyecciones, enemas, tomas de muestra, administración de fleboclisis, etc.
- la administración de transfusiones de sangre y/o hemoderivados, cuando sea efectuada por personal diferente del médico o tecnólogo médico del Banco de Sangre o Servicio de Transfusión.
- la atención propia del médico residente cuando sea necesaria.

### **Sala cuna** (equivalente al código 02.02.004 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en sala cuna

Incluye:

- el uso de una cuna con la respectiva ropa de cama y todos los materiales y elementos de enfermería no descartables y útiles fungibles de uso general.
- la alimentación oral diaria, prescrita por el médico tratante.
- la atención completa de enfermería.
- la atención propia del médico residente cuando sea necesaria.

### **U.T.I. adulto** (equivalente al código 02.02.201 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en U.T.I. o U.C.I. Adulto.

Ubicado en dependencias únicas y centralizadas de una clínica u hospital, dotadas de profesionales médicos y de enfermería en forma permanente y preferente durante las 24 horas, así como de equipos especializados para atender enfermos con alto riesgo vital.

Incluye:

- las atenciones del personal profesional residente en la Unidad durante las 24 horas, médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.
- el uso de las instalaciones, instrumentos y equipos que debe tener la Unidad que como mínimo son los siguientes: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua, etc.
- el acceso a procedimientos habituales, tales como desnudación venosa, sondeos, punción subclavia, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, etc.

### **U.T.I. pediatría** (equivalente al código 02.02.202 del FONASA)

Corresponde al día cama de hospitalización en U.T.I. o U.C.I. Pediatría.

Ubicado en dependencias únicas y centralizadas de una clínica u hospital, dotadas de profesionales médicos y de enfermería en forma permanente y preferente durante las 24 horas, así como de equipos especializados para atender enfermos con alto riesgo vital.

Incluye:

- las atenciones del personal profesional residente en la Unidad durante las 24 horas, médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.
- el uso de las instalaciones, instrumentos y equipos que debe tener la Unidad que como mínimo son los siguientes: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua, etc.
- el acceso a procedimientos habituales, tales como denudación venosa, sondeos, punción subclavia, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, etc.

#### **U.T.I. neonatal (equivalente al código 02.02.203 del FONASA)**

Corresponde al día cama de hospitalización en U.T.I. o U.C.I. Neonatal.

Ubicado en dependencias únicas y centralizadas de una clínica u hospital, dotadas de profesionales médicos y de enfermería en forma permanente y preferente durante las 24 horas, así como de equipos especializados para atender enfermos con alto riesgo vital.

Incluye:

- las atenciones del personal profesional residente en la Unidad durante las 24 horas, médicos, enfermeras, auxiliares especializados y personal de servicio.
- el uso de las instalaciones, instrumentos y equipos que debe tener la Unidad que como mínimo son los siguientes: monitores, respiradores, desfibriladores, bombas de infusión continua, etc.
- el acceso a procedimientos habituales, tales como denudación venosa, sondeos, punción subclavia, medición de presión venosa central, sondeos gástricos y vesicales, alimentación enteral y parenteral, oxigenoterapia, etc.

### **MEDICAMENTOS Y MATERIALES CLÍNICOS**

Corresponde a todos los medicamentos, insumos y materiales clínicos utilizados durante una hospitalización.

La modalidad de bonificación quedará definida en nota de pie de página, conforme lo señala el Anexo N° 3. En el caso de planes que relacionen medicamentos con día-cama, se considerará, para efectos de este ejemplo, los siguientes estándares:

Apendicectomía : 3 días - cama  
Neumonía : 7 días - cama

## CONSULTAS

**Consulta médica electiva o de urgencia** (equivalente al código 01.01.001 del FONASA)  
Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en su Consultorio Privado o en un local destinado para estos efectos en un Hospital, Clínica, Centro de Salud o Servicio de Urgencia.

**Consulta psiquiátrica** (equivalente al código 09.01.009 del FONASA)  
Corresponde a la atención profesional otorgada por un médico psiquiatra.

## EXÁMENES

**Hemograma** (equivalente al código 03.01.045 del FONASA)  
Incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación.

**Estudio de lípidos sanguíneos** (equivalente al código 03.02.034 del FONASA)  
Incluye colesterol total, colesterol HDL, LDL, VLDL, triglicéridos.

**Perfil bioquímico** (equivalente al código 03.02.075 del FONASA)  
Corresponde a la determinación automatizada de 12 parámetros bioquímicos en sangre.

**Urocultivo** (equivalente al código 03.06.011 del FONASA)  
Incluye recuento de colonias y antibiograma, con cualquier técnica.

**Orina completa** (equivalente al código 03.09.022 del FONASA)  
Incluye los procedimientos autónomos definidos con los códigos 03.09.023 y 03.09.024. El primero, incluye un estudio físico-químico de la orina, de aspecto, color, densidad, pH, proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, urobilinógeno, bilirrubina, hemoglobina y nitritos; todos o cada uno de los parámetros. El segundo, incluye el sedimento urinario.

## IMAGENOLOGÍA

### **Radiografía de tórax** (equivalente al código 04.01.070 del FONASA)

Corresponde a un examen radiológico simple de tórax, frontal y lateral, 2 proyecciones panorámicas y 2 exposiciones.

### **Mamografía bilateral** (equivalente al código 04.01.010 del FONASA)

Corresponde a un examen radiológico simple de las glándulas mamarias, bilateral, 4 exposiciones.

### **Radiografía de brazo, codo, muñeca o similares** (equivalente al código 04.01.054 del FONASA)

Corresponde a un examen radiológico simple de brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie o similar, frontal y lateral, cada uno, 2 exposiciones.

### **Tomografía axial computarizada de cerebro** (equivalente al código 04.03.001 del FONASA)

Corresponde a una tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro, con o sin medio de contraste, 30 cortes de 8-10 mm.

### **Ecotomografía abdominal** (equivalente al código 04.04.003 del FONASA)

Corresponde a una ultrasonografía con equipos de mediana a alta resolución, con un mínimo de 12 imágenes diferentes. Incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos.

### **Ecotomografía ginecológica** (equivalente al código 04.04.006 del FONASA)

Corresponde a una ultrasonografía con equipos de mediana a alta resolución, con un mínimo de 12 imágenes diferentes. Incluye ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u obstétrica con estudio fetal.

## MEDICINA FÍSICA

### **Ejercicios respiratorios** (equivalente al código 06.01.017 del FONASA)

Corresponde al valor de la prestación de un procedimiento terapéutico autónomo de kinesiología.

### **Reeducación motriz** (equivalente al código 06.01.024 del FONASA)

Corresponde al valor de la prestación de un procedimiento terapéutico autónomo de kinesiología.

## PROCEDIMIENTOS

### **Densitometría ósea** (equivalente al código 05.01.030 del FONASA)

Es un estudio dinámico dentro de un procedimiento diagnóstico efectuado con medicina nuclear, que incluye el valor de los radioisótopos correspondientes. Corresponde a una densitometría ósea a fotón doble, de columna y cadera, uni o bilateral.

### **Citodiagnóstico corriente** (equivalente al código 08.01.001 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico de anatomía patológica que incluye un citodiagnóstico corriente, exfoliativa (papanicolau y similares). Uno por cada órgano.

### **Estudio histopatológico corriente** (equivalente al código 08.01.008 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico de anatomía patológica que incluye un estudio histopatológico corriente de biopsia diferida. Uno por cada órgano.

### **Exploración vitreoretinal** (equivalente al código 12.01.019 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico que incluye la exploración vitreoretinal de ambos ojos.

### **Electrocardiograma de reposo** (equivalente al código 17.01.001 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico que incluye un electrocardiograma de reposo con un mínimo de 12 derivaciones y 4 complejos por derivación.

### **Ecocardiograma Doppler** (equivalente al código 17.01.007 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico definido como ecocardiograma Doppler con registro. Incluye el procedimiento autónomo del código 17.01.008 que consiste en un ecocardiograma bidimensional con registro modo M, papel fotosensible y fotografía. En adultos o niños.

### **Gastroduodenoscopia** (equivalente al código 18.01.001 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento diagnóstico que incluye una endoscopia por vía oral con o sin biopsia, además de una esofagoscopia. Considera honorarios profesionales y derecho de pabellón 3.

### **Hemodiálisis con insumos incluidos** (equivalente al código 19.01.023 del FONASA)

Corresponde a una sesión del procedimiento terapéutico que incluye, la aplicación de la técnica, la atención profesional, el control clínico permanente, el tratamiento de las complicaciones médicas y todos los insumos.

### **Rodillera, bota larga o corta de yeso** (equivalente al código 21.05.004 del FONASA)

Corresponde a un procedimiento de inmovilización que incluye el honorario médico.

## APÉNDICE DEL ANEXO N° 2

### DERECHO DE PABELLÓN

El Arancel del Derecho de Pabellón o Quirófano, incluye el uso de todos los elementos que a continuación se indican:

- a) Uso de Sala de Operaciones o Quirófano y anexos, inclusive Sala de Recuperación postanestésica, aprobados por el Servicio de Salud correspondiente para su funcionamiento como tal y por el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo con la Resolución que regula el procedimiento para establecer convenios en la Modalidad de Libre Elección.
- b) Uso de muebles, equipos y elementos no fungibles.
- Mesas quirúrgicas y de instrumental.
  - Vitrinas y muebles para guardar el instrumental.
  - Cajas con instrumental básico y especial completo para todo tipo de intervenciones.
  - Lámpara central y lámparas móviles.
  - Equipos de iluminación de emergencia.
  - Calefacción adecuada y aire acondicionado.
  - Aspiración y bombas de aspiración de emergencia, portátiles o no.
  - Oxígeno e implementos de emergencia para oxígeno.
  - Máquinas de anestesia y equipos de entubación traqueal.
  - Equipos para control cardiorespiratorio, resucitadores y monitores de todo tipo. Incluye conexiones y accesorios.
  - Electrobisturí o láser quirúrgico.
  - Equipos de Rayos X (no incluye medios de contraste, ni placas).
  - Microscopio.
  - Equipo completo de cirugía videolaparoscópica y similares.
  - Equipos de endoscopias.
  - Equipos de ventilación mecánica.
- c) Utilización de *insumos, implementos y útiles fungibles de uso limitado*. Éstos se dividen en insumos desechables y recuperables.

Insumos desechables:

- Hojas de bisturí.
- Catéteres corrientes y/o similares, de cualquier tipo.
- Equipo completo de ropa estéril o no para intervenciones.
- Jeringas desechables, agujas de todo tipo.
- Equipos de fleboclisis. Incluye todo tipo de accesorios (bránulas, conexiones, tapas o tapones, etc.).
- Guantes quirúrgicos o de procedimientos, estériles o no.
- Drenajes de todo tipo.
- Cánulas y sondas desechables.

Insumos recuperables:

- Cánulas y sondas.
- Paños esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas y otros.
- Uniformes esterilizados para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliares.
- Jeringas de vidrio, agujas metálicas y guantes quirúrgicos.

d) *Utilización de elementos y útiles fungibles de uso general.*

- Gasa, algodón, tómulas, apósitos y otros.
- Tela adhesiva y similares, de todo tipo.
- Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, aerosol, etc.) y formalina.
- Jabones para lavado quirúrgico y escobillas esterilizadas.
- Todo tipo de material de sutura.

e) Gases: Oxígeno y aire comprimido.

f) Anestésicos de cualquier tipo.



## ANEXO N°3

Las Notas Explicativas que las ISAPRE podrán agregar a la Selección de Prestaciones Valorizadas (Anexo N° 1), deberán ajustarse al formato y contenido detallado más adelante.

De acuerdo a las características específicas de cada plan, se podrán utilizar todas o algunas de las Notas Explicativas, dependiendo de la información que sea necesario complementar.

Las ISAPRE podrán incluir en la Cartilla de la Selección de Prestaciones Valorizadas, notas específicas, si éstas se refieren a ciertas prestaciones contenidas en la cartilla, o notas generales, si tratan de factores que afectan las condiciones de todo el plan de salud asociado a la misma.

### **A) NOTAS ESPECÍFICAS:**

Las siguientes notas están referidas a prestaciones específicas contempladas en la cartilla, que se ven afectadas por una situación particular, como son lo topes anuales o la forma en que se establecen dichos topes. Cuando las ISAPRE hagan uso de estas notas, deberán consignar, a continuación del título de cada prestación o grupo de prestaciones, el número de la nota correspondiente.

**A.1)** Se asignará la Nota N°1, a aquellas prestaciones que usualmente tienen tope anual y que, en este caso, corresponden a Consulta Psiquiátrica y Medicina Física. En el espacio destinado para el efecto, la ISAPRE deberá indicar el tope anual y la unidad en que éste se expresa, que corresponda a una o todas las prestaciones señaladas a continuación:

**Nota N°1: Prestación (es) sujeta (s) al siguiente Tope Anual:**

- Consulta Psiquiátrica ..... (\$ o UF)
- Ejercicios Respiratorios ..... (\$ o UF)
- Reeducación Motriz ..... (\$ o UF)

**A.2)** Se utilizará la Nota N° 2 para especificar la modalidad en que se expresa el tope por Medicamentos y Materiales Clínicos en hospitalización y el evento de que dicha prestación contemple un tope anual. Las alternativas a utilizar para referirse a la modalidad en que se aplica el tope son: por evento, día de hospitalización o año contrato, por código de pabellón, según corresponda de acuerdo al plan.

**Nota N° 2: El tope de medicamentos se determina de acuerdo a la siguiente modalidad \_\_\_\_\_.**

**Esta prestación considera, adicionalmente, el siguiente tope anual \_\_\_\_\_ (\$ o UF).**

## **B) NOTAS GENERALES:**

Las siguientes notas están referidas a situaciones que afectan a todo el plan y no sólo a prestaciones específicas.

**B.1)** Se utilizará la Nota N°3 para aclarar, en los casos que corresponda, que la valorización de la cartilla podrá variar por efecto de los mecanismos de reajustabilidad contemplados en el contrato. En el espacio a completar por la ISAPRE se mencionarán los factores de reajustabilidad, entendiendo por tales, los siguientes:

- Los topes por prestación están expresados en Unidades de Fomento
- El Arancel está expresado en Unidades de Fomento
- El Arancel se reajustará (períodos de aplicación)

**Nota N°3:** Reajustabilidad. Los valores contemplados en esta cartilla fueron calculados al 1 de octubre de 1997, por lo que podrán experimentar variaciones de acuerdo al mecanismo de reajustabilidad contemplado en su contrato. En la especie, \_\_\_\_\_.

**B.2)** En caso que el plan que dio origen a la valorización de la cartilla, contemple coberturas preferenciales o, coberturas restringidas respecto de algunos prestadores o establecimientos o, si varía la cobertura por el lugar geográfico en que se efectúen las prestaciones, se utilizará la nota N°4, según sea el caso.

**Nota N° 4:** (completar con la alternativa correspondiente)

**Cobertura Preferencial:** Los valores establecidos en esta cartilla aumentarán si la atención es realizada con prestadores en convenio.

**Cobertura Restringida:** los valores establecidos en esta cartilla disminuirán si la atención es realizada en \_\_\_\_\_ (mencionar las excepciones).

## ANEXO N°4

### CATASTRO DE PLANES DE SALUD SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

#### 1.- DEFINICIÓN DE REGISTRO COMPUTACIONAL

Para la generación del archivo computacional se considerarán dos estructuras de registro. La primera identificará el plan y sus elementos comunes y la segunda incluirá las prestaciones asociadas al plan, según se indica a continuación:

##### a) PLAN - ENCABEZADO

N°	CAMPO	TIPO	LARGO
01	Tipo de Registro Plan	Numérico	01
02	Código Isapre	Numérico	03
03	Código del Plan	Alfanumérico	20
04	Notas Generales		
	N1	Numérico	01
	N2	Numérico	01
	N3	Numérico	01
	N4	Numérico	01
	N5	Numérico	01
05	Filler		71
	LARGO DEL REGISTRO		100

##### b) PRESTACIONES - DETALLE

N°	CAMPO	TIPO	LARGO
06	Tipo de Registro Prestación	Numérico	01
07	Código del Plan	Alfanumérico	20
08	Código Prestación	Numérico	07
09	Porcentaje Bonificación	Numérico	03
10	Tope en pesos	Numérico	07
11	Tope Bonif. Honorarios	Numérico	06
12	Tope Bonif. Derecho Pabellón	Numérico	06
13	Notas Específicas	Numérico	02
14	Filler		48
	LARGO DEL REGISTRO		100

## 2.- DESCRIPCIÓN DE LOS CAMPOS

### a) PLAN - ENCABEZADO

- 01 Tipo de Registro Plan:** Campo de uso computacional.  
Identifica los registros que corresponden al plan.  
Numérico de largo 1, con valor "1".  
No se aceptan valores diferentes al especificado.
- 02 Código Isapre:** Corresponde al número de identificación asignado a la ISAPRE por esta Superintendencia.  
Numérico de largo 3, distinto de cero.
- 03 Código del Plan:** Corresponde al código con que se identifica en forma única un Plan de Salud.
- 04 Notas Generales:** Corresponde a la identificación de las notas que afectan a todo el plan, bajo el siguiente esquema de códigos:  
N1 Reajustabilidad de los topes en UF  
N2 Reajustabilidad del Arancel en UF  
N3 Reajustabilidad del Arancel en periodos de aplicación.  
N4 Cobertura preferencial  
N5 Cobertura restringida.  
Los campos deben llenarse con el valor uno (1) en caso que se aplique la nota correspondiente y cero (0) en caso contrario. Los campos N4 y N5 son excluyentes, es decir no pueden tener valor 1 simultáneamente.
- 05 Filler:** Espacio reservado para posibilitar la incorporación de nueva información.

### b) PRESTACIONES - DETALLE

- 06 Tipo Registro Prestación:** Campo de uso computacional.  
Identifica los registros que corresponden a cada prestación.  
Numérico de largo 1 con valor "2".  
No se aceptan valores diferentes al especificado.
- 07 Código del Plan:** Corresponde al código con que se identifica en forma única un Plan de Salud.

- 08 Código Prestación:** Corresponde al código con el que se identifican las prestaciones, de acuerdo a estructura y contenido, en el Archivo de Prestaciones del Arancel Fonasa.  
Para ello se deben utilizar los códigos que se detallan en el punto 3 de este anexo.
- 09 Porcentaje Bonificación:** Corresponde al porcentaje de bonificación que se aplica sobre el valor facturado, asociado a esta prestación.
- 10 Tope en pesos:** Corresponde al monto tope de bonificación del plan asociado a esta prestación.
- 11 Tope Bonif. Honorarios:** Corresponde al tope de bonificación por honorarios establecido para el total de los integrantes del equipo médico asociado a esta prestación. Incluye primer cirujano, médicos ayudantes, anestesista y arsenalera. Cuando proceda perfusionista y cardiólogo.  
Se debe informar solo en caso que la prestación incluya Honorarios Médico - Quirúrgicos.
- 12 Tope Bonif. Derecho Pabellón:** Corresponde tope de bonificación por concepto de Derecho de Pabellón asociado a esta prestación.  
Se debe informar solo en caso que la prestación incluya derechos de pabellón.
- 13 Notas Especificas** Corresponde a la identificación de las notas que afectan específicamente a una prestación, bajo el siguiente esquema de códigos:
- 11 Tope anual consulta psiquiátrica
  - 12 Tope anual ejercicios respiratorios
  - 13 Tope anual reeducación motriz
  - 21 Tope en medicamentos.
- 14 Filler:** Espacio reservado para posibilitar la incorporación de nueva información.

## ESPECIFICACIONES GENERALES

El llenado de los campos, se sujetará a las siguientes especificaciones técnicas, según sea el caso:

### CAMPOS ALFANUMÉRICOS

Si el valor que posee un campo es de menor tamaño que el definido para éste,

## CAMPOS NUMÉRICOS

se debe completar con blancos a la derecha.

Si el valor que posee un campo es menor que el tamaño definido para éste, se debe completar con ceros a la izquierda.

### 3.- CÓDIGOS DE ARANCEL FONASA

PRESTACIONES	CÓDIGO
AMIGDALECTOMIA	1302029
APENDICECTOMIA	1802053
Atención inmediata recién nacido	0101007
BY-PASS AORTOCORONARIO	1703061
Citodiagnóstico corriente	0801001
COLECISTECTOMIA	1802081
Consulta médica electiva o urgencia	0101001
Consulta psiquiátrica	0901009
Densitometría ósea	0501030
E.C.G. de reposo	1701001
Ecocardiograma Doppler	1701007
Ecotomografía abdominal	0404003
Ecotomografía ginecológica	0404006
Ejercicios respiratorios	0601017
Estudio de lípidos sanguíneos	0302034
Estudio histopatológico corriente	0801008
Exploración vitreoretinal	1201019
EXTIRPACION TUMOR CEREBRAL	1102013
Gastroduodenoscopia	1801001
Hemodiálisis con insumos incluidos	1901023
Hemograma con VHS	0301045
HISTERECTOMIA	2003010
Honorarios matrona	2004004
Honorarios neonatólogo (cada visita)	0101008
Mamografía bilateral	0401010
Medicina	0202104
Orina completa	0309022
PARTO NORMAL	2004003
PARTO POR CESÁREA	2004006
Perfil bioquímico	0302075
Reeducación motriz	0601024
Rodillera, bota larga o corta de yeso	2105004
Rx. brazo, codo, muñeca y similares	0401054
Rx.torax	0401070
Sala cuna	0202004
TAC c/s medio contraste Cerebro	0403001
Urocultivo con recuento de colonias	0306011
UTI adulto	0202201
UTI neonatal	0202203
UTI pediatría	0202202

#### 4.- MODALIDAD DE ALMACENAMIENTO

Existen dos modalidades de almacenamiento de la información:

##### CARTRIDGE (4mm.)

En el evento que la ISAPRE opte por utilizar Cartridge en la confección de su archivo, deberá tener en consideración las especificaciones técnicas que se señalan a continuación:

a) El cartridge deberá ser grabado en base a las siguientes normas:

- Archivo plano.
- Código ASCII.
- Largo de registro : 50 bytes
- Nombre del archivo : con formato ICCMMAA, donde: CCC corresponde al código de la ISAPRE asignado por la Superintendencia; MM al mes que se informa; y AA al año que se informa.

b) El Cartridge, grabado bajo las especificaciones antedichas, debe venir acompañado de una "Hoja de Análisis", obtenida computacionalmente, que contenga la siguiente información:

##### ANÁLISIS DE CARTRIDGE

- NOMBRE DE LA ISAPRE
- FECHA DE CREACIÓN (mes y año que se informa)
- NOMBRE DEL ARCHIVO
- LARGO DEL REGISTRO
- LARGO DEL BLOQUE
- CANTIDAD DE REGISTROS TIPO 1
- CANTIDAD DE REGISTROS TIPO 2

##### DISQUETE

En el evento que la ISAPRE opte por utilizar Disquete en la confección de su archivo, deberá tener en consideración las especificaciones técnicas que se señalan a continuación:

a) Disquete de 3 1/2 pulgadas, con formato DOS, alta densidad, con una disponibilidad de almacenamiento de 1.44 Mb y de buena calidad para garantizar una grabación confiable.



b) Los disquetes deberán ser grabados en base a las siguientes normas:

- Formato D.O.S.
- Densidad de grabación alta.
- Código ASCII.
- Archivo plano (un registro por línea)
- Largo de registro 50 bytes.
- Nombre del archivo identificado como ICCMMAA, donde: CCC corresponde al código de la ISAPRE asignado por la Superintendencia; MM al mes que se informa; y AA al año que se informa.

c) A los disquetes grabados bajo las especificaciones antedichas, se les adherirá una "Carátula de Identificación" que debe contener la siguiente información:

- Código y nombre de la ISAPRE.
- Mes y año que se informa.
- Nombre del archivo

d) Adicionalmente, los disquetes utilizados deberán venir acompañados de una "Hoja de Análisis" que contenga la siguiente información:

- Código y nombre de la ISAPRE
- Nombre del Archivo
- Fecha de creación del archivo (mes y año que se informa)
- Cantidad de registros Tipo 1
- Cantidad de registros Tipo 2

e) Los disquetes deberán estar libres de todo tipo de virus u otro software que genere interferencias o afecte el equipamiento de esta Institución.

f) Cuando la cantidad de información exceda la capacidad de un disquete formateado (1.44 Mb) y sólo bajo esta circunstancia, la ISAPRE seguirá el siguiente procedimiento:

- El volumen de información se remitirá compactado, es decir, la información original se procesará para modificar su volumen.
- La técnica de grabación deberá considerar la generación de un solo archivo ejecutable que permita su descompactación posterior mediante la ejecución de un comando que corresponda al nombre del archivo.

EJEMPLO : Si el software de compactación a utilizar es el PKZIP, el procedimiento a seguir es el siguiente :

1. Desde el prompt del DOS se ejecuta el comando:

```
.. > PKZIPArch_salida ICCMMAA <enter>
```

Donde :

PKZIP : es el compactador  
Arch\_salida : es el nombre del archivo que resulta del proceso  
(sin extensión)  
ICCCMMAA : es el nombre del archivo original que se quiere compactar

Como resultado se obtiene un archivo Arch\_salida.ZIP

2. Una vez generado el archivo resultado con la extensión ZIP, se ejecuta el comando:

```
.. > ZIP2EXE Arch_salida.ZIP <enter>
```

Donde :

ZIP2EXE : es la aplicación del software PKZIP  
Arch\_salida.ZIP : es el archivo original compactado.

Como resultado se obtiene un archivo con extensión EXE que permite su autoextracción, i.e. ICCMMAA.EXE

- g) Cuando el archivo compactado supere la capacidad de un disquete (1.44 Mb), se grabará siguiendo la técnica de BACKUP del DOS para el almacenamiento de archivos multivolumen, permitiendo que los distintos disquetes sean restaurados. La aplicación Backup deberá ejecutarse desde versiones 3.3 hasta versiones 6.2 del Sistema Operativo DOS