



Tipo Norma	:Resolución 176 EXENTA
Fecha Publicación	:08-02-1999
Fecha Promulgación	:28-01-1999
Organismo	:MINISTERIO DE SALUD; FONDO NACIONAL DE SALUD
Título	:APRUEBA ARANCEL DEL REGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD DE LA LEY N° 18.469
Tipo Versión	:Ultima Versión De : 08-02-2016
Inicio Vigencia	:08-02-2016
Id Norma	:131502
URL	: <a href="https://www.leychile.cl/N?i=131502&amp;f=2016-02-08&amp;p=">https://www.leychile.cl/N?i=131502&amp;f=2016-02-08&amp;p=</a>

APRUEBA ARANCEL DEL REGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD DE LA LEY N° 18.469

NOTA  
NOTA 1

Núm. 176 exenta.- Santiago, 28 de Enero de 1999.-  
Visto: Lo propuesto por el Director del Fondo Nacional de Salud, en Oficio Reservado N° 04 del 27 de enero de 1999, lo establecido en el artículo N° 28 de la Ley N° 18.469 y lo dispuesto por dicha normativa para la determinación del valor de las prestaciones del Régimen de Salud que se otorguen por la Modalidad de Atención Institucional y de Libre Elección que ella regula; lo dispuesto en el artículo 4° letra b) del Decreto Ley N° 2.763, de 1979, dicto la siguiente

NOTA 2

R e s o l u c i ó n :

NOTA

El N° 1 de la Resolución 390 Exenta, Salud, publicada el 05.06.2009, modifica la presente norma, con el objeto de agregar, en donde se señala, las prestaciones que en ella se indica, en las Modalidades de Atención de Libre Elección e Institucional, las que no se han incorporado la presente texto actualizado por razones técnicas temporales.

NOTA 1

El N° 1 de la Resolución 490 Exenta, Salud, publicada el 27.08.2011, modifica la presente norma, con el objeto de agregar, en donde se señala, las prestaciones que en ella se indica, en las Modalidades de Atención de Libre Elección e Institucional, las que no se han incorporado la presente texto actualizado por razones técnicas temporales.

NOTA 2

El N° 1 de la Resolución 331 Exenta, Salud, publicada el 20.07.2013, modifica la presente norma, con el objeto de agregar, en donde se señala, las prestaciones que en ella se indica, en las Modalidades de Atención de Libre Elección e Institucional, las que no se han incorporado la presente texto actualizado por razones técnicas temporales.

Artículo 1°.- Las prestaciones de salud que se otorguen, por los Servicios, Instituciones u Organismos del



Sistema Nacional de Servicios de Salud, o por los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales de salud, de conformidad con la Ley N° 18.469, estarán sujetas para la determinación de su valor al presente Arancel.

Artículo 2°.- Los valores de las prestaciones de este Arancel se expresan en pesos, moneda corriente.

Este Arancel se divide en títulos y en ellos cada prestación se identifica con un Código de siete dígitos que representa lo siguiente:

- a) Código de Grupo que está dado por el primer y segundo dígito del Código de la prestación.
- b) Código de Sub-Grupo que está dado por el tercer y cuarto dígito del Código de la prestación, y
- c) Código específico de la prestación dentro de cada Sub-Grupo, que está dado por el quinto, sexto y séptimo dígito.

Artículo 3°.- Aquellas prestaciones que requieran del uso de recintos especiales para su ejecución, tales como Quirófanos o Sala de Procedimientos, se señalan con un Código Adicional al Código propio de la prestación (1 al 14).

Los valores correspondientes a dichos códigos adicionales son los que a continuación se detallan:

<b>CÓDIGO ADICIONAL</b>	<b>VALOR (\$)</b>	<b>CÓDIGO ADICIONAL</b>	<b>VALOR (\$)</b>
1	4.740	8	55.870
2	6.410	9	75.580
3	7.210	10	92.000
4	13.140	11	112.220
5	19.700	12	138.310
6	27.950	13	161.200
7	39.420	14	180.760

Resolución 16  
EXENTA,  
SALUD  
N° 1 a)  
D.O. 06.02.2016

Artículo 4°.- Las entidades y personas indicadas en el Artículo 1° de esta Resolución, no podrán efectuar homologaciones o sustituciones de Códigos del Arancel.

Artículo 5°.- Por Resolución del Ministerio de Salud, se fijarán las normas de carácter técnico médico y administrativas necesarias para la aplicación de este Arancel, tanto en la Modalidad de Libre Elección como en la Modalidad de Atención Institucional.

Artículo 6°.- En el ámbito de la Modalidad de Libre Elección, los Servicios de Salud, los profesionales y las



entidades identificadas en el Artículo 1° de esta Resolución, sólo podrán efectuar las prestaciones singularizadas en los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud.

Artículo 7°.- Para los efectos de la aplicación de la Modalidad de Libre Elección, se distinguirá entre prestaciones otorgadas en horario hábil y fuera de él.

Se entiende por horario hábil el comprendido entre las 8 y las 20 horas, de lunes a viernes de días no festivos y entre las 8 y las 13 horas de días sábados no festivos. Para las prestaciones códigos 20-04-003, 20-04-004, 20-04-005 y 20-04-006, el horario hábil de lunes a viernes de días no festivos, será el comprendido entre las 8 y las 22 horas.

Tendrán un recargo del 50% las prestaciones que, de acuerdo a calificación médica, se efectúen fuera de horario hábil, con excepción de las prestaciones del Grupo 02 (Día Cama y Día Cama de Hospitalización en todas sus variedades); Derechos de Pabellón o Quirófano, Sala de Partos o Sala de Procedimientos; las prestaciones del Grupo 01 sub-grupo 01 códigos 01-01-001, 01-01-002, 01-01-003, 01-01-004, 01-01-005, 01-01-008, 01-01-010, 01-01-020, desde código 01-01-201 al 01-01-206, y desde el código 01-01-301 al 01-01-311; las prestaciones del Grupo 04 sub-grupo 05; las prestaciones del Grupo 05 Medicina Nuclear y Radioterapia; las prestaciones del Grupo 07 sub-grupo 02; las prestaciones del Grupo 09 sub-grupo 02; las prestaciones códigos 11-01-140, 11-01-141 y 11-01-142; las prestaciones del Grupo 13 sub-grupo 03; las prestaciones códigos 19-01-023, 19-01-025, 19-01-026, 19-01-027, 19-01-028 y 19-01-029; las prestaciones del Grupo 23 correspondientes a Prótesis; las prestaciones del Grupo 24 correspondientes a Traslados; las prestaciones del Grupo 25 correspondientes a Pago Asociado a Diagnóstico (PAD); las prestaciones del Grupo 26, Atenciones Integrales, otros Profesionales y, las prestaciones del Grupo 28, Pago Asociado a Emergencia.

Para tener derecho al recargo señalado en el inciso anterior, será necesario que las prestaciones se inicien fuera del horario hábil, sin perjuicio de que el término de ellas se produzca dentro del horario hábil. Sin embargo en la atención del parto normal, se considerará como referencia la hora del nacimiento.

Las prestaciones electivas o programadas, no recibirán recargo alguno, aunque se efectúen fuera del horario hábil.

INCISO ELIMINADO.

Artículo 8°.- Las entidades y personas indicadas en el Artículo 1° de esta Resolución, no podrán exigir al usuario medicamentos, medios de contraste, radioisótopos u otros insumos de uso corriente, salvo cuando esté expresamente señalado en este Arancel que las prestaciones no los incluyen y que la prestación se requiera a través de la Modalidad de Libre Elección.

A requerimiento del Fondo, las entidades enviarán nómina valorizada de medicamentos e insumos facturables.

Artículo 9°.- Para efectos de la Modalidad de Libre Elección, los valores de las prestaciones de este Arancel corresponden al grupo 1 o básico.

Artículo 10°.- En la medida que las prestaciones sean

Resolución 140  
EXENTA,  
SALUD  
N° 1 b)  
D.O. 15.03.2014  
RES 950 EXENTA,  
SALUD  
N° 1, b) b.1  
D.O. 15.05.2000

RES 950 EXENTA,  
SALUD  
N° 1, b) b.3  
D.O. 15.05.2000



efectivamente otorgadas, de acuerdo a las exigencias técnicas y administrativas que regulan la Modalidad de Libre Elección, se generará el derecho a percibir por parte de los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales de salud, de conformidad con el Libro II del DFL N° 1/2005, una orden de atención por los siguientes valores:

Los inscritos en el Grupo 1 o básico del Rol de esta Modalidad, por el valor señalado en el Arancel reajustado.

Los inscritos en el Grupo 2 del Rol de esta Modalidad, por el valor señalado en el Arancel reajustado, aumentado en un 30%, excepto para la prestación código 01-01-001 que tendrá un recargo del 7,05%, la prestación código 01-01-010 que tendrá un recargo del 6,66%, la prestación código 01-01-005 que tendrá un recargo del 45,26% y las prestaciones códigos 01-01-004, 01-01-008 y 01-01-009 en que corresponderá un recargo del 45,07%.

Sin embargo, los precios resultantes después de aplicado el porcentaje de recargo se aproximarán a la decena superior cuando la unidad sea igual o superior a 5 (cinco) y a la decena más próxima cuando la unidad sea inferior a 5 (cinco).

Los inscritos en el Grupo 3 del Rol de esta Modalidad, por el valor señalado en el Arancel reajustado, aumentado en un 60%, excepto para la prestación código 01-01-001 que tendrá un recargo del 25,26%, la prestación código 01-01-010 que tendrá un recargo del 25,15%; para la prestación código 01-01-005 que tendrá un recargo del 93,77% y para las prestaciones código 01-01-004, 01-01-008 y 01-01-009 en que corresponderá un recargo del 93,43%.

Sin embargo, los precios resultantes después de aplicado el porcentaje de recargo se aproximarán a la decena superior cuando la unidad sea igual o superior a 5 (cinco) y a la decena más próxima cuando la unidad sea inferior a 5 (cinco).

No obstante lo anterior, no tendrán derecho a recargo en los Grupos 2 y 3 del Rol las siguientes prestaciones: las Consultas Médicas de Especialidades códigos 01-01-003; 01-01-301 al 01-01-310 y 01-01-312 al 01-01-328; código 01-01-020 (Atención Médica Integral); los códigos 03-05-064 (Seroteca y mantención en la base de receptores cadáver); 03-05-182 (Reacción de Polimerasa en Cadena, PCR); 05-01-135 (PET-CT); 11-01-140 (Tratamiento médico EMRR); 11-01-141 (Tratamiento Rehabilitación EMRR); 11-01-142 (Tratamiento Brote EMRR); 12-01-027 (Examen optométrico c/s Prescripción de Lentes); 19-01-023 (Hemodiálisis con insumos incluidos); 19-01-024 (Hemodiálisis sin insumos); 19-01-025 (Peritoneodiálisis); 19-01-026 (Peritoneodiálisis continua en paciente crónico); 19-01-027 (Hemodiálisis, tratamiento mensual); 19-01-028 (Hemodiálisis con bicarbonato, con insumos por sesión); 19-01-029 (Hemodiálisis con bicarbonato con insumos, tratamiento mensual); del Grupo 02 (Atención Cerrada); del Grupo 04, sub-grupo 05 (Resonancias); del Grupo 07, sub-grupo 02 (Medicina Transfusional); del Grupo 23 (Prótesis); del Grupo 24 (Traslados); del Grupo 25 (Pago Asociado a Diagnóstico-PAD); del Grupo 26 (Atenciones Integrales, otros Profesionales); del Grupo 28 (Pago Asociado a Emergencia); como asimismo los Derechos de Pabellón o Quirófano, Sala de Partos y Sala de Procedimientos (Códigos adicionales 1 al 14).

No se podrán cobrar órdenes de atención de un Grupo diferente del Rol al que corresponda según inscripción y convenio, salvo las excepciones que contempla esta Resolución.

Resolución 16  
EXENTA,  
SALUD  
N° 1 b)  
D.O. 06.02.2016

Artículo 11°.- Los porcentajes de bonificación con que concurra el Fondo Nacional de Salud al

RES 950 EXENTA,  
SALUD



financiamiento de las prestaciones que se otorguen por la Modalidad de Libre Elección, serán fijados por Decreto Supremo conjunto de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Nº 1, d)  
D.O. 15.05.2000

No obstante, dichas bonificaciones, se aproximarán a la decena superior cuando la unidad sea igual o superior a 5 (cinco) y a la decena más próxima cuando la unidad sea inferior a 5 (cinco).

Las prestaciones que se otorguen en el Grupo 2 ó en el Grupo 3 del Rol, serán financiadas por el Fondo con un monto igual al otorgado al Grupo 1 o Básico.

En todos los Grupos, las diferencias que se generen con respecto al valor total de la prestación, serán de cargo del beneficiario.

El beneficiario deberá realizar su aporte para el financiamiento, al momento de efectuarse la emisión de la respectiva Orden de Atención en el Fondo Nacional de Salud.

Artículo 12º.- En las prestaciones de intervenciones quirúrgicas otorgadas en la Modalidad de Libre Elección en que participe un equipo de profesionales, el cobro a que tiene derecho el equipo, se establecerá de acuerdo al Grupo del Rol que corresponda al primer cirujano. Cuando dichas prestaciones sean otorgadas integralmente por establecimientos o instituciones inscritas, prevalecerá el Grupo de inscripción de la institución o entidad.

Para esta misma modalidad de atención, el honorario del anesthesiólogo se regirá por su propio Grupo de inscripción, independiente del Grupo del primer cirujano o institución, salvo que la prestación sea cobrada integralmente por establecimientos o instituciones inscritas en la Modalidad de Libre Elección de la Ley 18.469, en cuyo caso prevalecerá el Grupo de inscripción de la entidad o institución respectiva.

Artículo 13º.- En la Modalidad de Libre Elección, el Arancel determinará los honorarios de cada uno de los profesionales que actuarán en las intervenciones, conformando equipos de acuerdo a lo técnicamente más recomendable.

Se pagarán sólo los honorarios contemplados en el Arancel y únicamente a los miembros que efectivamente hayan participado.

Artículo 14º.- Para la Modalidad de Libre Elección, los valores señalados para las prestaciones que se consignan en el grupo 23 (Prótesis) y en el grupo 24 (Traslados) de este Arancel, son solamente referenciales para la aplicación del porcentaje de bonificación que corresponde, el cual será de un 50% del valor de cada prestación.

Con el propósito de regular la participación de prestadores en el grupo 23, el Fondo mantendrá un registro de protesistas y fijará los requisitos para inscripción en él.

Para traslados interurbanos regirán los valores que se señalan en el grupo 24, sub-grupo 01 del Arancel.

Artículo 15º.- Exclusivamente para la Atención en la



Modalidad Institucional, los medicamentos que corresponda facturar de acuerdo a lo establecido en la Ley, deberán ser cobrados por los establecimientos de los Servicios de Salud, basándose en la lista de precios vigente que bimensualmente deberá entregar la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Aquellos medicamentos que no aparezcan mencionados en esta lista, deberán ser cobrados de acuerdo al costo de reposición.

Artículo 16°.- El valor de los traslados que se efectúen en la Modalidad de Atención Institucional, será el que se facture por la entidad que lo realice.

Tratándose de traslados efectuados en ambulancia o vehículos de propiedad del Servicio de Salud en el ámbito urbano, el valor será el señalado en el Arancel para el código 24-01-064, para los recorridos de 20 kilómetros o menos. Por cada kilómetro adicional corresponderá añadir \$290 al valor Arancel, sobre lo cual se calculará el correspondiente co-pago.

Artículo 17°.- En la Modalidad de Atención Institucional, cuando la prestación no incluya explícitamente el valor de la prótesis, se utilizará como base para el cálculo del co-pago, que es de cargo del beneficiario, el costo de reposición que representa para los servicios de salud el valor de dicha prótesis.

Artículo 18°.- Respecto de las prestaciones médicas curativas que se otorguen en la Modalidad de Atención Institucional, en forma ambulatoria o en atención cerrada y que están contenidas en este Arancel, los porcentajes de contribución del Estado serán los indicados en las Resoluciones Exentas N° 1.005 del 04/07/97 y N°1.885 del 27/11/98, ambas de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Los porcentajes generales de co-pago, según lo establecen las mismas Resoluciones, serán los siguientes:

VER D.O.DEL DIA LUNES 08.02.1999, PAGINAS 16 A LA 90.

NOTA:

Las tablas contenidas en la presente norma fueron rectificadas por el D.O. 05.04.1999.

NOTA 1:

Las tablas contenidas en la presente norma fueron reemplazadas por la RES 950, Salud, publicada el 15.05.2000 y por restricciones técnicas temporales, no se ha podido construir el texto actualizado.

Artículo 19°.- Fíjase el siguiente Arancel para las prestaciones que se otorguen por el Régimen de la Ley N° 18.469, por la Modalidad de Libre Elección y por la Modalidad de Atención Institucional, sin perjuicio de las restricciones de aplicación que se señalan en el texto mismo, respecto de una u otra Modalidad.

Resolución 16  
EXENTA,  
SALUD  
N° 1 c)  
D.O. 06.02.2016

NOTA  
NOTA 1

NOTA  
NOTA 1  
NOTA 2  
NOTA 3  
NOTA 4



## NOTA:

El N° 2° de la RES 48 Exenta, Salud, publicada el 07.02.2009, reajustó los valores indicados en el presente artículo de la siguiente forma:

- 2.1 De acuerdo al reajuste específico que se señala en cada Grupo y sub-grupo de prestaciones, que forman parte de la presente Resolución.
- 2.2 El porcentaje de reajuste, se calcula sobre los valores de las prestaciones del Arancel en nivel 1 o básico.
- 2.3 Aplicado el porcentaje de reajuste, los precios se aproximan a la decena superior, cuando la unidad es igual o superior a 5 (cinco) y a la decena más próxima cuando la unidad es inferior a 5 (cinco).

## NOTA 1

El N° 2 de la Resolución 39 Exenta, Salud, publicada el 04.02.2010, modifica la presente norma en el sentido de reajusar los valores indicados en el presente artículo de la siguiente forma:

- 2.1 De acuerdo al reajuste específico que se señala en anexo adjunto para cada Grupo y sub-grupo de prestaciones, anexo que forma parte de la presente Resolución.
- 2.2 El porcentaje de reajuste, se calcula sobre los valores de las prestaciones del Arancel 2009 en nivel 1 o básico.
- 2.3 Aplicado el porcentaje de reajuste, los precios se aproximan a la decena superior, cuando la unidad es igual o superior a 5 (cinco) y a la decena más próxima cuando la unidad es inferior a 5 (cinco).

## NOTA 2

El N°2 de la Resolución 249 Exenta, Salud, publicada el 07.05.2011, modifica la presente norma en el sentido de reajustar los valores indicados en el presente artículo de la siguiente forma:

- 2.1 De acuerdo al reajuste específico que se señala en anexo adjunto para cada Grupo y sub-grupo de prestaciones, anexo que forma parte de la presente Resolución.
- 2.2 El porcentaje de reajuste se calcula sobre los valores de las prestaciones del Arancel 2010 en nivel 1 o básico.
- 2.3 Aplicado el porcentaje de reajuste, los precios se aproximan a la decena superior, cuando la unidad es igual o superior a 5 (cinco) y a la decena más próxima cuando la unidad es inferior a 5 (cinco).

## NOTA 3

El numeral 2 de la Resolución 1261 Exenta, Salud, publicada el 31.01.2012, modifica la presente norma, en el sentido de reajustar los valores indicados en el presente artículo de la siguiente forma:

- 2.1 De acuerdo al reajuste específico que se señala en anexo adjunto para cada Grupo, Subgrupo o prestación, anexo que forma parte de la presente Resolución.
- 2.2 El porcentaje de reajuste, se calcula sobre los valores de las prestaciones del Arancel vigente en nivel 1 o básico.
- 2.3 Aplicado el porcentaje de reajuste, los precios se aproximan a la decena superior, cuando la unidad es igual o superior a 5 (cinco) y a la decena más próxima cuando la unidad es inferior a 5 (cinco).

## NOTA 4

El N°2 del artículo 1° de la Resolución 811 Exenta, Salud, publicada el 26.01.2013, dispone que los valores indicados en la presente norma, se reajustan en la forma que



a continuación se indica:

2.1 De acuerdo al reajuste específico que se señala en anexo adjunto para cada Grupo, Subgrupo o prestación, anexo que forma parte de la presente resolución.

2.2 El porcentaje de reajuste se calcula sobre los valores de las prestaciones del Arancel vigente en nivel 1 o básico.

2.3 Aplicado el porcentaje de reajuste, los precios se aproximan a la decena superior, cuando la unidad es igual o superior a 5 (cinco) y a la decena más próxima cuando la unidad es inferior a 5 (cinco).

Artículo 20°.- La presente Resolución entrará en vigencia a contar del 08 de Febrero de 1999.

Derógase, a contar de dicha fecha, la Resolución Exenta N° 05 de 1998 de los Ministerios de Salud y Hacienda y sus modificaciones.

Artículo 21°.- Para efecto de la Atención de Emergencia o Urgencia, los establecimientos asistenciales deberán regirse por lo establecido en el Decreto Supremo N° 896 de 1999, del Ministerio de Salud. En este contexto se entenderá por:

RES 950 EXENTA,  
SALUD  
N° 1, g)  
D.O. 15.05.2000

a.- "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.

b.- "Emergencia o Urgencia": Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia, debe ser determinada por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano, en la unidad de urgencia pública o privada, en que la persona sea atendida, lo que deberá ser certificado por éste.

c.- "Certificación de estado de emergencia o urgencia": Es la declaración escrita y firmada por un médico cirujano en una unidad de urgencia pública o privada, dejando constancia, que una persona se encuentra en condición de salud o cuadro clínico de 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, diagnóstico probable, fecha y hora de la atención.

d.- "Paciente estabilizado": Es el paciente que, habiendo estado o estando en una situación de emergencia o urgencia, 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 o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad. La estabilización del paciente deberá certificarse en la misma forma y documentos que la certificación de estado de emergencia o urgencia, dejando constancia de la fecha y hora de la misma.

e.- Asimismo, en estos casos, se prohíbe a los



prestadores exigir a los beneficiarios, de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Sin perjuicio de lo anterior, en la Modalidad de Libre Elección, se entenderá que el Pago Asociado a Atención de Emergencia, corresponde a la atención o conjunto de prestaciones que se otorga a una persona, desde que su condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia ha sido debidamente certificada por un médico cirujano en una unidad de urgencia de un establecimiento asistencial con convenio vigente para la atención en esta Modalidad, hasta que el paciente se encuentre estabilizado.

Asimismo, para efecto de la aplicación del Arancel en esta Modalidad, se entiende por unidad de urgencia, al servicio de atención médico quirúrgico, ubicado en las instalaciones de un establecimiento de salud, cuya dotación de médicos, enfermeras y/o matronas, otros profesionales de salud y personal auxiliar de enfermería, aseguran la atención permanente y preferente las 24 horas del día y los 365 días del año, de pacientes cuya gravedad y estado crítico puedan implicar riesgo vital y eventuales secuelas.

Estos servicios, deberán contar con la infraestructura y el equipamiento que permitan efectuar las atenciones de emergencia o urgencia de alta, mediana y baja complejidad, con médicos especialistas, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas (laboratorio, imagenología y banco de sangre), unidades de tratamiento intensivo e intermedio propias o red de derivación expedita.

El Ministerio de Salud, fijará las normas de acreditación, que deben cumplir las Unidades de Emergencia de los establecimientos de salud privados de nivel nacional.

De acuerdo a la complejidad del cuadro clínico de emergencia o urgencia, las prestaciones se diferencian en menor, mediana y mayor complejidad.

Artículo Transitorio.- FONASA continuará dando curso a los Programas de Atención de Salud, para los pacientes que al 01 de Enero de 1986, se encontraban internados en las casas de reposo inscritas como tales a esa fecha.

Para el cobro del día cama de hospitalización de estos pacientes, se aplicará el código 02-02-100.

Anótese y publíquese.- Alex Figueroa Muñoz, Ministro de Salud.- Manuel Marfán Lewis, Ministro de Hacienda Subrogante.