

**REPÚBLICA DE CHILE
SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES
DE SALUD PREVISIONAL**

AMS/MACA/TAM/FRV

CIRCULAR N°43

Santiago, 08 de abril de 1998

**IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE LA SELECCIÓN DE
PRESTACIONES VALORIZADAS, SU UTILIZACIÓN Y VIGENCIA**

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 y después de haber evaluado el impacto que la aplicación de la selección valorizada de prestaciones creada por la Circular N°37, de 1997, ha tenido en la suscripción de contratos de salud, imparte las siguientes instrucciones:

I.- DE LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

La selección de prestaciones valorizadas, para efectos de esta circular también denominada cartilla, 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, que deberán ser valorizadas por las isapres en una unidad común, de acuerdo a la cobertura que a ellas se les otorgue en los planes de salud con que cuentan las referidas instituciones.

Las isapres deberán ajustarse estrictamente al 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 por esta Superintendencia, a excepción de las notas a pie de página definidas en el Anexo N° 3, si la estructura del plan de que se trate así lo amerita.

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°4 de esta Circular. La referencia a dichos códigos sólo tiene por finalidad permitir a las isapres 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).

II.- DE LA VALORIZACIÓN DE LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

a) Normas generales de valorización de las prestaciones.

Los montos máximos de bonificación (topes) de las prestaciones contenidas en la selección de prestaciones valorizadas correspondiente a cada plan, deberán estar expresados 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 isapres deberán emplear el valor que tenga asignada dicha unidad en los contratos respectivos, como si las prestaciones se hubiesen otorgado el 1 de mayo de cada año.

Asimismo, para establecer la equivalencia en pesos de los topes expresados en función del arancel, las isapres 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 a consecuencia de errores cometidos en el proceso de valorización a que hacen referencia los párrafos anteriores, se produjeren diferencias 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.

b) Valorización de las prestaciones que se otorgan por determinados prestadores individualizados en plan.

Las instituciones deberán consignar en la selección de prestaciones valorizadas los beneficios que se otorgarán a las prestaciones respectivas cuando éstas se otorguen por los prestadores individualizados en el plan.

Para estos efectos, las isapres deberán completar la valorización de aquellas prestaciones respecto de las cuales el plan contempla determinados beneficios cuando se requieren de dichos prestadores, dejando en blanco las líneas correspondientes a las prestaciones para las que no se establezcan beneficios asociados a prestadores determinados.

En caso de existir más de un prestador asociado al otorgamiento de beneficios, las isapres deberán seleccionar sólo uno de ellos para cada prestación, lo que será informado en la selección de prestaciones valorizadas, identificando a dicho prestador con el número correspondiente en la respectiva columna.

Por último, de no contar la isapre con planes que contemplan el otorgamiento de beneficios asociados a determinados prestadores, deberá dejar en blanco las columnas de la selección de prestaciones valorizadas correspondientes a tales beneficios.¹

c) **(Fue modificada por la Circular N°45, del 12 de mayo de 1998 y posteriormente eliminada por la Circular N°57, del 4 de febrero de 2000).**

d) **Normas especiales de valorización.**

d.1.- Actualización de las selecciones de prestaciones valorizadas.

Las isapres podrán actualizar las cartillas que utilicen a contar del 1 de diciembre de cada año, valorizando las prestaciones como si éstas se hubiesen otorgado el 1 de noviembre del mismo período.

d.2.- Valorización de cartillas correspondientes a planes nuevos.

Las cartillas correspondientes a los planes que se comiencen a comercializar a partir del 1 de junio de cada año, podrán ser valorizadas como si las prestaciones se hubiesen otorgado el primer día del mes en que se inicie su comercialización.

¹ La letra b) del Título II fue sustituida por la Circular N°57 ,del 4 de febrero de 2000

III.- DE LA UTILIZACIÓN Y VIGENCIA DE LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

a) Utilización de la Selección de Prestaciones Valorizadas.

Las isapres deberán entregar, a quienes lo soliciten -tanto en sus sucursales como a través de sus agentes de venta- las selecciones de prestaciones valorizadas correspondientes a los planes de salud en comercialización que, de acuerdo a la información proporcionada por los solicitantes, mejor se ajusten a los requerimientos y condiciones de éstos.

Con todo, las isapres no estarán obligadas a entregar más de tres cartillas por cada solicitud.²

Del mismo modo, las instituciones deberán estar en condiciones de proporcionar, a requerimiento de sus afiliados y, a más tardar, dentro del tercer día hábil siguiente a la fecha de la solicitud, la selección de prestaciones valorizadas correspondiente a los planes a que se encuentren adscritos, aún cuando éstos no estén en actual comercialización.

Asimismo, tanto en las suscripciones de contratos, como en los cambios de plan, las isapres deberán entregar a los afiliados, la selección de prestaciones valorizadas correspondiente al plan suscrito.

Para los efectos señalados en los dos párrafos precedentes, la firma del interesado 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 definido en el punto 6.1, de la Circular N°36, del 22 de julio de 1997, cuyo texto actualizado se fijó mediante Resolución Exenta N°2.500, del 18 de noviembre de 1997.³

En los procesos de adecuación de los planes de salud, que se limiten a la modificación del precio, se deberá enviar a los afiliados, conjuntamente con la carta respectiva, la cartilla del plan vigente. En las adecuaciones en que se proponga la modificación de los beneficios, las isapres deberán remitir a los afiliados las cartillas correspondientes al plan vigente y al plan propuesto.

b) (Derogado por el Ord. Circular N°82, del 27 de diciembre de 2000, el que fue reemplazado por la Circular N°63, del 25 de enero de 2002)

² El punto III, letra a) se modificó por la Circular N°45, del 12 de mayo de 1998, reemplazándose el primer párrafo por los dos primeros párrafos de esta letra.

³ El texto refunido y actualizado de la Circular N°36 fue fijado por la Resolución Exenta N°546, del 12 de abril de 2002.

c) Vigencia

La presente circular entrará en vigencia a contar del 1 de junio del presente año, sin perjuicio que la obligación establecida en el párrafo primero de la letra precedente, deberá cumplirse, a más tardar, el último día hábil del mes de mayo.

IV.- PRORROGA VIGENCIA DE LA CIRCULAR N° 37, DEL 2 DE OCTUBRE DE 1997

Prorrógase hasta el 31 de mayo de 1998, la vigencia de la Circular N° 37, del 2 de octubre de 1997, de esta Superintendencia.

**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.

ANEXO N°1

NOMBRE DEL PLAN: "....."
SELECCION DE PRESTACIONES VALORIZADAS
Valorizada al de..... de 19....

HOSPITALARIAS	PRESTACIONES	COLUMNAS 1 Y 2		COLUMNAS 3 Y 4		COLUMNAS 5 Y 6	
		LIBRE ELECCION		Beneficios asociados a deter. Prestadores (4)			
		% BONIF.	TOPE \$	% BONIF.	TOPE \$	COPAGO \$	N° DEL PRES-TADOR (E) (5)
	PARTO NORMAL						
	Derecho de pabellón 6						
	Honorarios médicos						
	Honorarios matrona						
	Atención inmediata recién nacido						
	Visita neonatólogo						
	PARTO POR CESÁREA						
	Derecho de pabellón 7						
	Honorarios médicos						
	Honorarios matrona						
	Atención inmediata recién nacido						
	Visita neonatólogo						
	APENDICECTOMÍA						
	Derecho de pabellón 7						
	Honorarios médicos						
	COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA						
	Derecho de pabellón 10						
	Honorarios médicos						
	HISTERECTOMÍA TOTAL						
	Derecho de pabellón 8						
	Honorarios médicos						
	AMIGDALECTOMÍA						
	Derecho de pabellón 5						
	Honorarios médicos						
	CIRUGÍA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR						
	Derecho de pabellón 14						
	Honorarios médicos						
	EXTIRPACIÓN TUMOR Y/O QUISTE ENCEFÁLICO						
	Derecho de pabellón 12						
	Honorarios médicos						
	DÍAS CAMA						
	Medicina						
	Sala cuna						
	U.T.I. adulto						
	U.T.I. pediatría						
	U.T.I. neonatal						
	MEDICAMENTOS Y MAT. CLÍNICOS: Para los siguientes eventos: (B)						
	Apéndicectomía						
	Hospitalización por Neumonía						
	CONSULTAS						
	Consulta médica electiva o de urgencia						
	Consulta psiquiátrica (A)						
	EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS						
	Hemograma						
	Estudio de lípidos sanguíneos						
	Perfil bioquímico						
	Urocultivo						
	Orina completa						
	Densitometría ósea						
	Citodiagnóstico corriente						
	Estudio histopatológico corriente						
	Exploración vitreoretinal						
	Electrocardiograma de reposo						
	Ecocardiograma Doppler						
	Gastroduodenoscopia						
	Hemodialisis con insumos incluidos						
	Rodillera, bota larga o corta de yeso						
	IMAGENOLOGÍA						
	Radiografía de torax						
	Mamografía bilateral						
	Radiografía de brazo, codo, muñeca o similares						
	Tomografía axial computarizada de cerebro						
	Ectomografía abdominal						
	Ectomografía ginecológica						
	MEDICINA FÍSICA						
	Ejercicios respiratorios (A)						
	Reeducación motriz (A)						

(A)	Prestaciones con tope anual
(B)	Tope de medicamentos y materiales clínicos
(C)	Reajustabilidad
(D)	Cobertura Restringida
(E)	Individualización del prestador en las tablas contenidas al dorso (6)

FECHA

FIRMA AFILIADO

- 4) Modificado por la Circular N°57, del 4 de febrero de 2000
 5) Modificado por la Circular N°57, del 4 de febrero de 2000
 6) Modificado por la Circular N°57, del 4 de febrero de 2000

FORMATO DEL REVERSO DE LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS (REVERSO DEL ANEXO N°1 DE LA CIRCULAR N°43)⁷

TABLAS DE RESULTADOS DE LAS ACREDITACIONES Y CERTIFICACIONES DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALIZADOS EN PLANES CERRADOS Y PLANES CON PRESTADORES PREFERENTES

TABLA N°1

RESULTADO DE LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (PCIIH) DEL MINISTERIO DE SALUD, DE CLÍNICAS Y HOSPITALES INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN

Nombre del Prestador	Año última acreditación	Resultado en el PCIIH			
		Acreditado	Condicional	No acreditado	No evaluado

- Acreditado:** El prestador cumple con todas las condiciones para asegurar la calidad en el control de infecciones y realiza actividades permanentes para este fin. La certificación es entregada por un período de 3 años.
- Condicional:** El prestador cumple con condiciones para asegurar la calidad en el control de infecciones pero debe hacer algunos ajustes. Será evaluado antes de un año.
- No Acreditado:** El prestador no cuenta con las condiciones mínimas para asegurar la calidad en el control de infecciones. Debe hacer correcciones. Será evaluado antes de seis meses.
- No Evaluado:** El prestador está en espera de ser evaluado por el programa.

TABLA N°2

ÁREAS CON CERTIFICADO DEL PROGRAMA EXTERNO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD (PEEC) DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA, EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN

Nombre Prestador	Áreas con certificación del PEEC							
	Química Clínica	Hematología	Bacteriología	Virología	Inmunología	Micobacterias	Parasitología	Serología de Sífilis

- El prestador no entrega servicios en las áreas achuradas.
- Las áreas en blanco son áreas otorgadas, pero con evaluación insatisfactoria o aún no evaluadas.
- Las cruces marcan las áreas certificadas.

TABLA N°3

MÉDICOS SEGÚN CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD, DEL TOTAL QUE FORMA PARTE DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN (en porcentaje)

Nombre del Prestador	Con especialidad certificada	Sin especialidad

*Se considerarán médicos especialistas aquellos cuyos certificados hayan sido otorgados por CONACEM (Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas adscritas a ASOFAMECH (Asociación de Facultades de Medicina de Chile) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas no adscritas a este organismo.

⁷ El reverso del Anexo 1 y sus respectivas instrucciones de llenado fueron modificados por la Circular N° 57

ANEXO N°2

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL ANEXO N°1

Para efectos de completar la información consignada en el Anexo N°1 de la selección de prestaciones valorizadas, las isapres deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

ANVERSO DEL ANEXO N°1

MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

Columnas 1 y 2: En ellas se debe consignar el porcentaje de bonificación y el tope en pesos, respectivamente, para cada prestación, de acuerdo a lo contemplado el plan de salud. En caso que dicho plan no contemple tope, deberá consignarse en la columna 2, frente a la prestación respectiva, la expresión: "Sin Tope".

BENEFICIOS ASOCIADOS A DETERMINADOS PRESTADORES.

Los beneficios asociados a determinados prestadores individualizados en el plan, podrán estar expresados en un copago fijo o en un porcentaje de bonificación con determinado tope, debiendo, en todo caso, completarse sólo la (s) columna(s) que corresponda(n) a la modalidad definida en el plan de salud.

Respecto de aquellas prestaciones para las que no se establezcan beneficios asociados a determinados prestadores, deberán dejarse en blanco las columnas 3 a la 6.

Columnas 3 y 4: En ellas se debe consignar el porcentaje de bonificación y el tope en pesos, respectivamente, para cada prestación, de acuerdo a lo contemplado en el plan de salud, en caso que la atención se efectúe por los prestadores individualizados en éste. Si el plan no contempla topes, deberá consignarse en la columna 4, frente a la prestación respectiva, la expresión: "Sin tope".

Columna 5: En esta columna sólo se deberán consignar los beneficios asociados a los prestadores individualizados en el plan, que se expresen en la modalidad de copagos fijos. En tales casos, el uso de esta quinta columna es excluyente al de las columnas 3 y 4.

Columna 6: En ella se deberá indicar el número del prestador que otorga las atenciones para las que se contemplan los beneficios que se informan. Dicho prestador se individualizará en las tablas contenidas al dorso.⁸

del 4 de febrero de 2000

⁸ Las instrucciones sobre la "Modalidad Convenio" fueron sustituidas como aparece en el texto, por la Circular N°57, del 4 de febrero de 2000.

REVERSO DEL ANEXO N°1

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LAS TABLAS Y SU INCORPORACIÓN EN LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

Para efectos de completar la información consignada en las tablas contenidas en el reverso del anexo N°1 -que resumen los resultados de las acreditaciones y certificaciones de los prestadores individualizados en los planes cerrados y en los planes con prestadores preferentes- las isapres deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

TABLA N° 1

Esta tabla resume los resultados obtenidos por las clínicas y hospitales individualizados en el plan, en el **Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias** del Ministerio de Salud (PCIIH).

Columna 1: En ella deben detallarse todos los prestadores (clínicas y hospitales) que estén individualizados en el plan, indicando el número que se asigna a cada uno de ellos en el anverso de la Selección Valorizada de Prestaciones.

Columna 2: Para toda institución que haya sido evaluada por el PCIIH, en esta columna debe detallarse el año de la última evaluación. En el caso de instituciones que no han sido calificadas por este programa, la casilla correspondiente se dejará en blanco.

Columnas 3 a 5: En ellas se resumen los resultados obtenidos por los prestadores en el PCIIH. La columna 3 corresponde a la categoría de Acreditado, por lo que deberá marcarse con una cruz el casillero correspondiente a toda institución que, en la evaluación del programa PCIIH, obtenga una Acreditación Destacada o Acreditación. La columna 4 corresponde a la categoría de Condicional, por lo que deberá marcarse con una cruz el casillero correspondiente a toda institución evaluada con Acreditación Provisional o Acreditación Condicional. Por último, la columna 5 corresponde a la categoría No Acreditado; en este caso corresponde marcar con una cruz el casillero correspondiente a toda institución que obtenga una No Acreditación Preliminar o No Acreditación.

Columna 6: Esta columna corresponde a la categoría de No Evaluado, por lo que deberá marcar una cruz en el casillero correspondiente a toda institución que no ha sido calificada por este programa.

TABLA N° 2

Esta tabla resume las áreas de los laboratorios clínicos que cuentan con un certificado del Programa de Evaluación Externa de Calidad (PEEC) del Instituto de Salud Pública. Las áreas en que dicho programa entrega certificados son: Bacteriología, Hematología, Inmunología, Micobacterias, Parasitología, Química Clínica, Serología de Sífilis y Virología. Cada laboratorio puede otorgar servicios asociados a una, varias o todas las áreas. Considerando que los laboratorios adhieren al programa por área, la certificación puede realizarse en un número parcial de éstas.

Columna 1: En ella deben detallarse todos los prestadores (laboratorios clínicos) que estén individualizados en el plan, indicando el número que se asigna a cada uno de ellos en el anverso de la Selección Valorizada de Prestaciones.

Columna 2 a 9: Corresponde a las distintas áreas en las que el PEEC entrega certificados. Para cada prestador, deberá marcarse con una cruz cada columna que corresponda a un área del laboratorio que cuenta con certificado PEEC. Deberán achurarse las áreas en que el prestador no entrega servicios y dejar en blanco las áreas que han obtenido evaluación insatisfactoria o aún no han sido evaluadas.

TABLA N° 3

Esta tabla resume el porcentaje de médicos, del total que forma parte de los prestadores individualizados en el plan y está adscrito al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente, que cuenta con especialidad certificada.

Se considerarán médicos especialistas aquéllos cuyos certificados hayan sido otorgados por CONACEM y/o por universidades chilenas adscritas a ASOFAMECH y/o por aquellas no adscritas a ASOFAMECH.

Columna 1: En ella deben detallarse todos los prestadores institucionales que estén individualizados en el plan, indicando el número que se asigna a cada uno de ellos en el anverso de la Selección Valorizada de Prestaciones.

Columna 2: En ella se debe anotar el porcentaje que resulte de dividir el número total de médicos que cuentan con certificado de especialidad por el número total de médicos que, formando parte de los prestadores individualizados en el plan, estén adscritos al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente.

Columna 3: En ella se debe anotar el porcentaje que resulte de dividir el número total de médicos sin certificación de especialidad por el número total de médicos que, formando parte de los prestadores individualizados en el plan, estén adscritos al otorgamiento de las prestaciones que integran su oferta cerrada o preferente.

Por lo tanto, deberá verificarse que la suma de los porcentajes por filas alcance al 100%.

ANEXO N°3

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE NOTAS DEL ANEXO N°1

Las Notas Explicativas que las isapres 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 isapres 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 los topes anuales o la forma en que se establecen dichos topes. Cuando las isapres 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 (A), a aquellas prestaciones que usualmente tienen tope anual y que, en este caso, corresponden a Consulta Psiquiátrica y Medicina Física. En el espacio destinado al 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 (A): 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 (B) 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, según corresponda de acuerdo al plan.

Nota (B): El tope de medicamentos y materiales clínicos 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 (C) 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 en pesos se reajustará (períodos de aplicación)

Nota (C): Reajustabilidad. Los valores contemplados en esta cartilla fueron calculados al 1 de de, 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, en la modalidad libre elección, 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 (D), según sea el caso. Ejemplo: Plan AA, sin tope en hospitalización, salvo en la Clínica X.

Nota (D): Cobertura Restringida : Los valores establecidos en esta cartilla disminuirán si la atención es realizada en _____
(Mencionar las excepciones).

B.3) La nota (E) deberá indicar que la individualización del prestador que otorga las prestaciones para las que se contemplan beneficios determinados, se encuentra en las tablas contenidas al reverso del Anexo N°1.

Nota (E): Individualización del prestador en las tablas contenidas al dorso.⁹

⁹ El texto de la letra B.3) fue sustituido por la Circular N°57, del 4 de febrero de 2000.

ANEXO N°4

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 anestesista. 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 anestesista. Adicionalmente, incluye honorarios por concepto de arsenalera.

COLECISTECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPÍA

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

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 anestesista. 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 anestesista. 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 anestesista. 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, transplante 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 ENCEFÁLICO Y DE HIPÓFISIS¹⁰

Es equivalente a la prestación definida con el código 11.03.026 del FONASA, corresponde a una extirpación de tumores y/o quistes.

Derecho de pabellón 12 (equivalente al código 11.03.026 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 11.03.026 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 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.

¹⁰ Se reemplazó la prestación "Extirpación de tumor y/o quiste cerebral", código 11.02.013, por "Extirpación de tumor y/o quiste encefálico y de hipófisis", código 11.03.026, ambos del Arancel FONASA.

- 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 denudación 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, sondajes, punción subclavia, medición de presión venosa central, sondajes 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, sondajes, punción subclavia, medición de presión venosa central, sondajes 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 Y PROCEDIMIENTOS

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.

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.

Gastroduodenoscopía (equivalente al código 18.01.001 del FONASA)
Corresponde a un procedimiento diagnóstico que incluye una endoscopía por vía oral con o sin biopsia, además de una esofagoscopía. 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.

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 kinesiterapia.

Reeducación motriz (equivalente al código 06.01.024 del FONASA)

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

APÉNDICE DEL ANEXO N°4

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 cardiorrespiratorio, 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, tórlulas, 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°5¹¹

¹¹ Reemplazado por el Ord. Circular N°82, del 27 de diciembre de 2000, el que posteriormente fue incorporado a la Circular N°63, del 25 de enero de 2002, que imparte instrucciones sobre los archivos maestros de información.