

DIARIO OFICIAL

DE LA REPUBLICA DE CHILE

Ministerio del Interior

I

SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 44.118

Sábado 5 de Abril de 2025

Página 1 de 6

Normas Generales

CVE 2630741

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

MODIFICA NORMA TÉCNICA Nº 238 PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA
MODALIDAD DE COBERTURA COMPLEMENTARIA (MCC) DEL FONDO
NACIONAL DE SALUD, APROBADA POR DECRETO Nº 74 EXENTO, DE 2024, DEL
MINISTERIO DE SALUD

Núm. 22 exento.- Santiago, 3 de abril de 2025.

Visto:

El ordinario Nº 7326, de 2025, del Director del Fondo Nacional de Salud; el decreto con fuerza de ley Nº 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley Nº 2.763, de 1979 y de las leyes Nº 18.933 y Nº 18.469; la ley Nº 21.674, que Modifica el decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en las materias que indica, crea un nuevo modelo de atención en el Fondo Nacional de Salud, otorga facultades a la Superintendencia de Salud, y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional; el decreto supremo Nº 28, de 2009, del Ministerio de Salud; la resolución exenta Nº 1.134, de 2024, del Ministerio de Salud que aprueba el Arancel de la MCC; decreto exento Nº 74, de 2024, del Ministerio de Salud, que Aprueba Norma Técnica Nº 238 para la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) del Fondo Nacional de Salud; la resolución exenta Nº 36, de 2024, de la Contraloría General de la República, que Fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.

Considerando:

- Que, el nuevo artículo 144 ter inciso primero, del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud -en adelante DFL Nº 1, de 2005-, introducido por el artículo 1º de la ley Nº 21.674, establece una nueva modalidad de atención, denominada Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), en virtud de la cual, las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que cumplan los requisitos que establece dicha ley y se inscriban para tales efectos, podrán obtener acceso y protección financiera para las prestaciones de salud aranceladas en una red de prestadores determinada, obligándose al pago de una prima complementaria.
- Que, en el Mensaje Nº 049-371, de 8 de mayo de 2023, de S.E. el Presidente de la República, del proyecto de la ley en referencia, se consignó que esta iniciativa legal busca "...fortalecer al Fondo a través de la creación de una nueva modalidad, alternativa, de acceso a la provisión financiera del Fondo Nacional de Salud que permita acoger a nuevos beneficiarios en condiciones similares a las que hoy contempla el sistema privado", idea que fue replicada en los respectivos Informes de las Comisiones de Salud, de 19 de enero de 2024, y de Hacienda, de 23 de enero del presente año, ambas del H. Senado, y en los que evacuaron las Comisiones de Salud y de Hacienda, de 10 y 18 de abril de 2024, de la H. Cámara de Diputados.
- Que, la citada ley Nº 21.674 incorpora en su artículo 1º, numeral 1, un nuevo literal g) al artículo 50 del citado DFL Nº 1, de 2005, que establece entre las funciones de Fonasa, la de "g) Velar por el correcto funcionamiento de la licitación, contratación e implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria en los términos a que se refieren los artículos 144 bis y siguientes de esta ley".

CVE 2630741

Director: Felipe Andrés Perotti Díaz

Sitio Web: www.diarioficial.cl

Mesa Central: 600 712 0001 Email: consultas@diarioficial.cl

Dirección: Dr. Torres Boonen Nº511, Providencia, Santiago, Chile.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley Nº19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diarioficial.cl

4. Que, para la implementación de la MCC establecida en la citada letra g) del artículo 50, se requiere construir y poner en marcha una nueva gestión técnica y administrativa en Fonasa, que deberá considerar la atención de usuarios, la inscripción de personas afiliadas, la inscripción de prestadores la creación de una Red de Atención MCC, la emisión de prestaciones aranceladas en la MCC y finalmente establecer reglas para la fiscalización del buen funcionamiento de esta nueva modalidad de atención.

5. Que, estas directrices deben considerar lo dispuesto en el artículo 144 octies de la citada ley N° 21.674, que establece en su inciso final que en todo lo que no esté expresamente regulado y sea compatible con lo expuesto en sus artículos 144 bis, 144 ter, 144 quáter, 144 quinquies, 144 sexies y 144 septies, se aplicarán las normas de la Modalidad de Libre Elección a la MCC.

6. Que, mediante decreto exento N° 74, de 2024, del Ministerio de Salud, se aprobó la Norma Técnica N° 238 para la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) del Fondo Nacional de Salud, en adelante Norma Técnica MCC, que reguló en síntesis materias relativas a la inscripción de afiliados o beneficiarios en la MCC; la inscripción de prestadores individuales e institucionales en la MCC, la Red de atención MCC; del Registro de las prestaciones otorgadas en la MCC; de las prestaciones incluidas en el Arancel MCC; Financiamiento y presentación a cobro de las prestaciones MCC y del Funcionamiento de la MCC.

7. Que, en esta oportunidad, se ha estimado necesario realizar algunas modificaciones a la Norma Técnica MCC vigente, en las definiciones; obligaciones del convenio de prestadores MCC; Red de prestadores MCC; sobre las prestaciones incluidas en el arancel MCC, y financiamiento y presentación a cobro de prestaciones MCC.

8. Que, se espera que estas modificaciones permitan facilitar el entendimiento de la Norma Técnica MCC a los interesados, instando a su adecuada implementación.

9. Que, en atención a lo expresado en los párrafos precedentes,

Decreto:

1. Modifíquese la Norma Técnica N° 238 para la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) del Fondo Nacional de Salud, aprobada por decreto exento 74, de 2024, del Ministerio de Salud, en el siguiente sentido:

A. En el Título I Definiciones.

a) Incorpórense las siguientes definiciones, readecuando el orden correlativo existente en el título vigente:

2. Atención Cerrada: Atención de salud que requiere de internación en un Establecimiento de salud para su otorgamiento, siendo esta mayor a 24 horas. La internación de pacientes que requieren de hospitalización se diferenciará según su complejidad (riesgo y dependencia) en camas básicas, camas de cuidados medios y camas críticas (dependientes del Área de Atención Crítica del Establecimiento). El otorgamiento de este tipo de atención deberá cumplir con los criterios establecidos en el decreto exento N° 60 de 2022, que aprueba la Norma Técnica N° 225 sobre Programas de Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) del Ministerio de Salud.

11. Cartera de Prestaciones: Corresponde al conjunto de prestaciones de salud que conforman los servicios y productos que provee un establecimiento, los cuales son puestos a disposición del usuario por parte de un prestador de salud en convenio con la MCC.

15. Contraloría de Cuentas de Fonasa: Procedimiento mediante el cual se realiza la revisión del total o parte de la cuenta hospitalaria de una beneficiaria/o, a solicitud propia o de oficio por el Fondo Nacional de Salud. Tendrá como propósito principal, verificar la correcta entrega y cobro de prestaciones, respecto del contexto de la hospitalización para la Modalidad de Cobertura Complementaria.

17. Egreso hospitalario: Retiro de los servicios de hospitalización de un paciente que ha ocupado una cama del hospital. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.

36. Póliza MCC: Documento que contienen las condiciones del contrato entre el asegurado inscrito en la MCC y las compañías aseguradoras. Considera 1) Póliza con contratante único Fonasa; y 2) Póliza con contratante empleador y entidades, las cuales se encuentran inscritas en la CMF.

37. Planta Profesional. Profesionales de salud que, independiente de la calidad contractual que mantengan con el prestador institucional, otorgan las prestaciones asociadas al Arancel vigente de la Modalidad de Cobertura Complementaria convenidas por dicho prestador.

b) Modifíquense las siguientes definiciones, en el sentido que indica:

1. Ajuste de Tecnología. Terapias, procedimientos o dispositivos de alta complejidad y de alto costo utilizados en el tratamiento del paciente durante el episodio de hospitalización, que se encuentran detallados en el Listado de Ajustes de Tecnología de la resolución que aprueba el arancel MCC.

22. Inscripción del Prestador en la MCC: Agréguese al final la siguiente frase "para integrar la red de prestadores de la Modalidad".

B. En el Título III. De la inscripción a la MCC de prestadores individuales e institucionales.

1. En el N° 7. De las obligaciones del convenio, párrafo segundo, a continuación del punto seguido, incorpórese la siguiente frase "Sin perjuicio de lo anterior, deberá dar continuidad de atención a aquellos beneficiarios que se encuentren recibiendo un tratamiento en atención cerrada hasta su egreso".

En el párrafo tercero, a continuación del punto final, que pasa a ser punto seguido, incorpórese la siguiente frase: "Para este efecto, se entenderá por capacidad resolutive el conjunto de prestaciones de salud que pueden ser otorgadas por el prestador en función de la infraestructura y equipamiento autorizados. En cuanto a la planta profesional, deberá inscribir los profesionales suficientes para garantizar la entrega de las atenciones de salud requeridas."

2. En el N° 9. Prestadores de Salud en la inscripción de la MCC, agréguese el siguiente párrafo tercero: "Los prestadores de Salud inscritos en la MCC deberán cumplir con la Normativa Vigente dictada por Minsal asociada a las atenciones de salud.

3. En el N° 12 Obligaciones del Prestador institucional inscrito en la MCC, letra b) Incorpórese a continuación del punto la siguiente frase "Lo anterior aplica para prestadores institucionales que tengan inscrito el Grupo 32 del Arancel".

4. En el N° 13. Elección del prestador de salud inscrito en la MCC, reemplácese el párrafo segundo por el siguiente:

"El afiliado inscrito en la MCC podrá decidir si continua su atención en un prestador con otra modalidad de atención del Fondo (Modalidad de Atención Institucional, Modalidad Libre Elección), para lo cual deberá consignar por escrito su decisión, siendo de su cargo su traslado con la Red del Sistema Nacional de Servicios de Salud SNSS o prestador en convenio MLE, según los códigos dispuestos para estos efectos en el Arancel vigente de la MCC".

5. En el número 14. Atenciones de emergencia, elimínense los párrafos segundo, tercero y cuarto.

C. En el Título V. Del registro de las prestaciones otorgadas en MCC.

1. En el número 19. Del registro y codificación de las prestaciones MCC en hospitalización y CMA, incorpórense los siguientes párrafos:

"Fonasa realizará Auditorías de la codificación de los egresos hospitalarios y ambulatorios de los beneficiarios inscritos en la MCC, con el objetivo de velar por el correcto financiamiento de las prestaciones vía pago GRD y que estas sean otorgadas con criterios de acceso, oportunidad y calidad".

"Se realizarán además acciones de fiscalización de acuerdo con los hallazgos evidenciados en el Procedimiento de Auditoría, que Fonasa aprobará por resolución."

D. En el Título VI. De las prestaciones incluidas en el arancel MCC.

1. En el N° 22. Prestaciones adicionales, reemplácese la palabra "veinticinco" por "veintitrés".

2. Elimínense el Grupo 09: Psiquiatría y Psicología Clínica y Grupo 13: Fonoaudiología.

3. En el Grupo 23: Prótesis, Órtesis y Dispositivos médicos, incorpórense en la tabla los siguientes códigos: 2301080 Lente intraocular multifocal; 2301075 Dispositivo Anticonceptivo Intrauterino Hormonal (Excluye T de Cobre); 2301076 Dispositivo Anticonceptivo Subdérmico Hormonal.

A continuación de la tabla inserta agréguese el siguiente pie de firma:

"*Sólo considera lente multifocal, lente unifocal está contenido dentro del precio del GRD correspondiente.

Para la prestación código 2301080 Lente intraocular multifocal, se podrá cobrar junto con las agrupaciones de GRD que se detallan a continuación:

Table with 2 columns: Code, Description. Rows: 021301 PH procedimientos intraoculares y sobre cristalino; 021302 PH procedimientos intraoculares y sobre cristalino W/CC; 021303 PA procedimientos sobre cataratas

4. En el grupo 31: Procedimientos ambulatorios integrales, letra a), reemplácese la palabra "ciclopejia" por "ciclopejia".

5. En el grupo 31: Procedimientos ambulatorios integrales.

a. Reemplácese el párrafo primero por el siguiente:

"Integran este grupo procedimientos incluidos en el arancel MCC, de carácter ambulatorio, los cuales requieren para su ejecución de autorización sanitaria vigente para la unidad clínica donde son realizados (pabellón ambulatorio). Asimismo, deben contar con infraestructura, equipamiento y profesionales médicos y no médicos y con acreditación vigente según lo establece la normativa aplicable, para atender la condición de salud del paciente. Estas prestaciones incluyen en su valor los insumos y materiales clínicos necesarios para su ejecución y requieren prescripción del profesional tratante".

b. En la letra i. Código 3105073, modifíquese el párrafo segundo por el siguiente: "Las Prestaciones en Servicios de Urgencia sin Certificación de estado de Emergencia o Urgencia, por no cumplir los criterios clínicos establecidos en el decreto supremo N° 34 de 2022, del Ministerio de Salud, se encuentran contenidas en los códigos definidos a continuación y estarán compuestas de lo que en cada caso se detalla:"

c. En el grupo 32: Prestaciones de acceso a GRD o CMA, agréguese las letras d, e y f, que son las siguientes:

"d. El Arancel solo considera prestación de cirugía plástica reconstructiva, excluyéndose las de origen estético.

e. Respecto de trasplante, el Arancel considera esta prestación asociada al código del Grupo 32 y aquellos gastos que se originen por el curso de la enfermedad y que deban ser realizados exclusivamente por hallazgos durante la estadía hospitalaria del paciente.

f. Para la prestación Código 2301080, lente intraocular multifocal, se podrá cobrar junto con las agrupaciones de GRD que se detallan a continuación:

Table with 2 columns: Code, Description. Rows: 021301 PH procedimientos intraoculares y sobre cristalino; 021302 PH procedimientos intraoculares y sobre cristalino W/CC; 021303 PA procedimientos sobre cataratas

d. VI. Atenciones de Profesionales y Días Cama, reemplácese el código 3101002 por 3201002.

e. En el Título VIII. Del financiamiento y presentación a cobro de las prestaciones MCC, en la letra b. Cobertura Financiera Complementaria (Compañía de seguros), elimínese la frase "y por el copago al que concurra la persona beneficiaria".

f. En el número 34 Ajuste de Tecnología, remplácese la tabla "Listado de Ajustes de Tecnología" por la siguiente:

N°	Ajuste Tecnológico	Códigos Procedimientos CIE 9 MC	IR-GRD
1	Implantación o sustitución craneal de neuroestimulador generador de pulso	01.20	
2	Fijador externo, sistema en anillo	84.72	
3	Marcapaso con resincronización cardiaca sin desfibrilador	00.50; 00.53	
4	Prótesis total tobillo (*)	81.56	
5	Dispositivo de miembro protésico	84.40; 84.41; 84.42; 84.43; 84.44; 84.45; 84.46; 84.47; 84.48	
6	Fusión espinal	81.00; 81.01; 81.02; 81.03; 81.04; 81.05; 81.06; 81.07; 81.08; 81.30; 81.31; 81.32; 81.33; 81.34; 81.35; 81.36; 81.37; 81.38; 81.39	
7	Sustitución endovascular de válvula pulmonar	35.07	
8	Implante coclear (menores de 4 años) (*)	20.96; 20.97; 20.98	
9	Estudio electrofisiológico: mapeo cardiaco	37.27	
10	Estudio electrofisiológico: ablación (escisión o destrucción de otra lesión o tejido del corazón, acceso endovascular)	37.34	
11	Plasmaféresis Terapéutica, 1-3 sesiones	99.71	
12	Plasmaféresis Terapéutica, 4-6 sesiones	99.71	
13	Plasmaféresis Terapéutica, > o = 7 sesiones	99.71	
14	Hemodiálisis continua 101 o más horas máximo	39.95	
15	Hemodiálisis continua 81-100 hrs máximo	39.95	
16	Hemodiálisis continua 61-80 hrs máximo	39.95	
17	Hemodiálisis continua 49-60 hrs máximo	39.95	
18	Hemodiálisis continua 33-48 hrs	39.95	
19	Hemodiálisis continua 19-32 hrs	39.95	
20	Hemodiálisis continua 10-18 hrs	39.95	
21	Hemodiálisis continua 6-9 hrs	39.95	
22	ECMO Delivery: Traslado terrestre regiones Metropolitana, Valparaíso o Libertador B. O'Higgins	(**)	
23	ECMO Delivery: Traslado terrestre regiones Coquimbo, Maule, Ñuble y Bío - Bío	(**)	
24	ECMO Delivery: Traslado aéreo regiones Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes.	(**)	
25	Óxido nítrico inhalado <15 años	00.12	
26	Prótesis mamaria (*)	85.53; 85.54	
27	Prótesis total de Hombro (*)	81.88; 81.80	
28	Prótesis Expansora (*)	85.95	
29	Procedimiento Robótico asistido Laparoscópico	17.42	
30	Láser para apoyo de resolución quirúrgica de PS: Hiperplasia Benigna de Próstata	60.21	
31	Endoprótesis vascular Aortica (quirúrgica o endovascular)	38.44; 38.45; 39.71; 39.73	
32	Sustitución Endovascular de Válvula Aórtica (TAVI)	35.05	
33	Desfibrilador VVI	37.94	
34	Desfibrilador DDD	37.94	
35	Desfibrilador VVI con resincronización cardiaca	00.51; 00.54	
36	Desfibrilador DDD con resincronización cardiaca	00.51; 00.54	
37	Aneurismas cerebrales y Malformaciones Arteriovenosas cerebrales.	39.72; 39.75; 39.76	
38	Prótesis primaria de miembro inferior (Cadera o Rodilla) (*)	81.51; 81.52; 81.54;	
39	Prótesis revisión de miembro inferior (Cadera o Rodilla) (*)	00.70; 00.71; 00.72; 00.80; 00.81; 00.82; 00.83; 00.84	
40	Prótesis tumoral miembro inferior (Cadera o Rodilla) (*)	81.51; 81.52; 81.54	
41	Parto Vaginal		146121; 146122; 146131; 146132

(*) Por cada prótesis
(**) Sólo ECMO de traslado

2. Manténgase vigente, en todo lo no modificado por el presente decreto, el decreto exento N° 74, de 2024, del Ministerio de Salud, que aprueba Norma Técnica N° 238 para la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC).

3. Publíquese, en el Diario Oficial el texto íntegro de este decreto, y, además, en la página web del Fondo Nacional de Salud, <http://www.fonasa.cl>, el texto íntegro de la Norma Técnica N° 238 para la implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), con las modificaciones aprobadas, para su adecuada difusión y conocimiento a efectos de dar cumplimiento con lo establecido en el artículo 7 de la ley 20.285, sobre acceso a la información.

Anótese, comuníquese y publíquese en el Diario Oficial.- Por orden del Presidente de la República, Ximena Aguilera Sanhueza, Ministra de Salud.

Transcribo para su conocimiento decreto exento N° 22 del 3 de abril de 2025. Modifica Norma Técnica N° 238 para la Implementación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) de Fonasa aprobada por decreto exento 74 de 2024.- Por orden de la Subsecretaría de Salud Pública.- Saluda atentamente a Ud., Yasmina Viera Bernal, Jefa de la División Jurídica, Ministerio de Salud.

