

**REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASESORIA JURÍDICA**

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD DEL REGIMEN GENERAL DE GARANTIAS EN SALUD

DTO. N° 170 DE 2004

Publicado en el Diario Oficial de 28.01.05



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
MINISTERIO DE HACIENDA

**APRUEBA GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEL RÉGIMEN GENERAL DE
GARANTÍAS EN SALUD**

N° 170

Publicado en el Diario Oficial de 28.01.05

SANTIAGO, 26 de noviembre de 2004

VISTO: lo dispuesto en el artículo 11, en el N° 1 del artículo primero transitorio y en los N° 1, 2 y 4 del artículo tercero transitorio, todos de la ley N° 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud,

CONSIDERANDO:

- Que nuestro país vive un proceso de transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población, como consecuencia del progresivo envejecimiento de ésta, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo;

- Que Chile presenta un perfil epidemiológico donde coexisten, por una parte, enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo; y por otra, enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada;

- Que el Gobierno de Chile ha formulado Objetivos Sanitarios Nacionales, para la década 2000-2010, como un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, siendo el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población;

- Que los objetivos planteados para la década 2000 - 2010, se orientan a:

- a) Mejorar los logros sanitarios alcanzados;
- b) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad;

c) Corregir las inequidades en salud; y

d) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

– Que se hace necesario resguardar las condiciones de acceso, la cobertura financiera y la oportunidad, con que deben ser cubiertas las prestaciones asociadas a la atención de las enfermedades que causan la mayor cantidad de muertes en el país o que generan mayor cantidad de años de vida perdidos, y que cuentan con tratamientos efectivos para su atención.

D E C R E T O

TÍTULO I

DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Artículo 1°.- Apruébanse los siguientes Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N° 19.966:

1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

Definición : La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario como adquiridas.

En su etapa terminal, definida por Síndrome Urémico y Ecografía que demuestre daño parenquimatoso, requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

✓ Toda Insuficiencia Renal Crónica Terminal

a. Acceso:

Beneficiario con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

b. Oportunidad

□ Tratamiento

Desde confirmación Diagnóstica:

-Menores de 15 años:

Inicio de Peritoneodiálisis: dentro de 21 días

Hemodiálisis: según indicación médica

Contraindicaciones de Peritoneo diálisis:

- Enfermedad Intestinal Inflamatoria
- Absceso Intestinal
- Isquemia Mesentérica

-15 años y más:

Inicio de Hemodiálisis: dentro de 7 días

Contraindicaciones de Hemodiálisis en menores de 15 años y de 15 años y más

- Cáncer Activo
- Enfermedad Crónica con esperanza de vida menor de dos años

-En los que cumplen con criterios de inclusión:

- **Estudio pre-trasplante completo:** Dentro de 10 meses desde ingreso a diálisis.
- **Trasplante Renal:** finalizado el estudio pre-trasplante ingresan a lista de espera de trasplante, el que se efectúa de acuerdo a disponibilidad de órgano.
- **Drogas inmunosupresoras:**
desde el trasplante en donante cadáver.
Desde 48 horas antes de trasplante, en casos de donantes vivos.

Contraindicaciones absolutas de trasplante:

- ✓ Cáncer activo.
- ✓ Infecciones sistémicas activas.
- ✓ Enfermedades Inmunológicas activas
- ✓ Enfermedad con expectativa de vida menor a dos años.

c. Protección Financiera

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL	Tratamiento	Peritoneodiálisis	mensual	627,960	20%	125,590
		Hemodiálisis	mensual	467,490	20%	93,500
		Acceso Vascular Simple (mediante FAV) para Hemodiálisis	por evento	303,850	20%	60,770
		Acceso Vascular Complejo (mediante FAV) para Hemodiálisis	por evento	572,420	20%	114,480
		Instalación Catéter Transitorio para Hemodiálisis	por evento	66,250	20%	13,250
		Instalación Catéter Transitorio Tunelizado o de larga Duración para Hemodiálisis	por evento	370,990	20%	74,200
		Fármaco Fierro Endovenoso pacientes en diálisis	mensual	11,890	20%	2,380
		Fármaco Eritropoyetina menores de 15 años en diálisis	mensual	81,710	20%	16,340
		Estudio Pre Trasplante	por evento	251,020	20%	50,200
		Trasplante Renal	por evento	4,077,650	20%	815,530
		Droga Inmunosupresora protocolo 1	mensual	126,160	20%	25,230
		Droga Inmunosupresora protocolo 2	mensual	211,620	20%	42,320
		Droga Inmunosupresora protocolo 3	mensual	540,180	20%	108,040

2. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS

Definición: Se denominan Cardiopatías Congénitas a todas las malformaciones cardíacas que están presentes al momento del nacimiento. Son secundarias a alteraciones producidas durante la organogénesis del corazón, desconociéndose en la mayoría de los casos los factores causales.

Alrededor de 2/3 de ellas requieren de tratamiento quirúrgico en algún momento de su evolución, el que efectuado oportunamente mejora en forma significativa su pronóstico.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Agenesia de la arteria pulmonar
- ✓ Agujero oval abierto o persistente
- ✓ Aneurisma (arterial) coronario congénito
- ✓ Aneurisma arteriovenoso pulmonar
- ✓ Aneurisma congénito de la aorta
- ✓ Aneurisma de la arteria pulmonar
- ✓ Aneurisma del seno de Valsalva (con ruptura)
- ✓ Anomalía congénita del corazón
- ✓ Anomalía de Ebstein
- ✓ Anomalía de la arteria pulmonar
- ✓ Anomalía de la vena cava (inferior) (superior)
- ✓ Aplasia de la aorta
- ✓ Arco doble [anillo vascular] de la aorta
- ✓ Arteria pulmonar aberrante
- ✓ Atresia aórtica congénita
- ✓ Atresia de la aorta
- ✓ Atresia de la arteria pulmonar
- ✓ Atresia de la válvula pulmonar
- ✓ Atresia mitral congénita
- ✓ Atresia o hipoplasia acentuada del orificio o de la válvula aórtica, con hipoplasia de la aorta ascendente y defecto del desarrollo del ventrículo izquierdo (con atresia o estenosis de la válvula mitral)
- ✓ Atresia tricúspide
- ✓ Ausencia de la aorta
- ✓ Ausencia de la vena cava (inferior) (superior)
- ✓ Bloqueo cardíaco congénito
- ✓ Canal aurículoventricular común
- ✓ Coartación de la aorta
- ✓ Coartación de la aorta (preductal) (postductal)
- ✓ Conducto [agujero] de Botall abierto
- ✓ Conducto arterioso permeable
- ✓ Conexión anómala de las venas pulmonares, sin otra especificación
- ✓ Conexión anómala parcial de las venas pulmonares
- ✓ Conexión anómala total de las venas pulmonares
- ✓ Corazón triauricular
- ✓ Corazón trilobular biauricular
- ✓ Defecto de la almohadilla endocárdica

- ✓ Defecto de tabique (del corazón)
- ✓ Defecto del seno coronario
- ✓ Defecto del seno venoso
- ✓ Defecto del tabique aórtico
- ✓ Defecto del tabique aortopulmonar
- ✓ Defecto del tabique auricular
- ✓ Defecto del tabique auricular ostium primum (tipo I)
- ✓ Defecto del tabique aurículoventricular
- ✓ Defecto del tabique ventricular
- ✓ Defecto del tabique ventricular con estenosis o atresia pulmonar, dextroposición de la aorta e hipertrofia del ventrículo derecho
- ✓ Dilatación congénita de la aorta
- ✓ Discordancia de la conexión aurículoventricular
- ✓ Discordancia de la conexión ventrículoarterial
- ✓ Divertículo congénito del ventrículo izquierdo
- ✓ Enfermedad congénita del corazón
- ✓ Enfermedad de Uhl
- ✓ Estenosis aórtica congénita
- ✓ Estenosis aórtica supravalvular
- ✓ Estenosis congénita de la válvula aórtica
- ✓ Estenosis congénita de la válvula pulmonar
- ✓ Estenosis congénita de la válvula tricúspide
- ✓ Estenosis congénita de la vena cava
- ✓ Estenosis congénita de la vena cava (inferior) (superior)
- ✓ Estenosis de la aorta
- ✓ Estenosis de la arteria pulmonar
- ✓ Estenosis del infundíbulo pulmonar
- ✓ Estenosis mitral congénita
- ✓ Estenosis subaórtica congénita
- ✓ Hipoplasia de la aorta
- ✓ Hipoplasia de la arteria pulmonar
- ✓ Insuficiencia aórtica congénita
- ✓ Insuficiencia congénita de la válvula aórtica
- ✓ Insuficiencia congénita de la válvula pulmonar
- ✓ Insuficiencia mitral congénita
- ✓ Malformación congénita de la válvula pulmonar
- ✓ Malformación congénita de la válvula tricúspide, no especificada
- ✓ Malformación congénita de las cámaras cardíacas y de sus conexiones
- ✓ Malformación congénita de las grandes arterias, no especificada
- ✓ Malformación congénita de las grandes venas, no especificada
- ✓ Malformación congénita de las válvulas aórtica y mitral, no especificada
- ✓ Malformación congénita del corazón, no especificada
- ✓ Malformación congénita del miocardio
- ✓ Malformación congénita del pericardio
- ✓ Malformación congénita del tabique cardíaco, no especificada
- ✓ Malformación de los vasos coronarios
- ✓ Ostium secundum (tipo II) abierto o persistente
- ✓ Otra malformación congénita de las cámaras cardíacas y de sus conexiones
- ✓ Otra malformación congénitas de la válvula pulmonar
- ✓ Otras malformaciones congénitas de la aorta
- ✓ Otras malformaciones congénitas de la arteria pulmonar
- ✓ Otras malformaciones congénitas de la válvula tricúspide

- ✓ Otras malformaciones congénitas de las grandes arterias
- ✓ Otras malformaciones congénitas de las grandes venas
- ✓ Otras malformaciones congénitas de las válvulas aórticas y mitral
- ✓ Otras malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos
- ✓ Otras malformaciones congénitas del corazón, especificadas
- ✓ Pentalogía de Fallot
- ✓ Persistencia de la vena cava superior izquierda
- ✓ Persistencia de las asas del arco aórtico
- ✓ Persistencia del conducto arterioso
- ✓ Persistencia del tronco arterioso
- ✓ Posición anómala del corazón
- ✓ Regurgitación congénita de la válvula pulmonar
- ✓ Síndrome de hipoplasia del corazón derecho
- ✓ Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo
- ✓ Síndrome de la cimitarra
- ✓ Síndrome de Taussig-Bing
- ✓ Tetralogía de Fallot
- ✓ Transposición (completa) de los grandes vasos
- ✓ Transposición de los grandes vasos en ventrículo derecho
- ✓ Transposición de los grandes vasos en ventrículo izquierdo
- ✓ Tronco arterioso común
- ✓ Ventana aortopulmonar
- ✓ Ventrículo común
- ✓ Ventrículo con doble entrada
- ✓ Ventrículo único

a. Acceso:

Beneficiario menor de 15 años

- Con sospecha, tendrá acceso a Diagnóstico.
- Con Diagnóstico confirmado, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

Se excluye trasplante cardíaco.

b. Oportunidad:

□ **Diagnóstico**

- Pre-natal: Desde 20 semanas de gestación, según indicación médica.
- Recién nacido entre 0 a 7 días desde el nacimiento: dentro de 24 horas desde sospecha.
- Recién nacido entre 8 y 28 días desde el nacimiento: dentro de 7 días desde sospecha.
- Mayor de 28 días y menor de 2 años: dentro de 14 días desde sospecha.
- Entre 2 años y menor de 15 años: dentro de 180 días desde sospecha.

❑ **Tratamiento**

- Cardiopatía congénita grave operable (cianosis, insuficiencia cardíaca, arritmia, shock, alteración de pulsos periféricos): Desde confirmación diagnóstica; Ingreso a prestador con capacidad de resolución quirúrgica, dentro de 48 horas, para evaluación e indicación de tratamiento y/o procedimiento que corresponda.
- Otras Cardiopatías Congénitas Operables: Tratamiento quirúrgico o procedimiento, según indicación médica.

❑ **Seguimiento**

- Control después de alta por Cirugía, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES en menores de 15 años	Diagnóstico	Confirmación Cardiopatía Congénita Operable	por evento	67,860	20%	13,570
	Tratamiento	Cirugía CEC mayor	por evento	4,273,480	20%	854,700
		Cirugía CEC mediana	por evento	2,806,090	20%	561,220
		Cirugía CEC menor	por evento	1,878,080	20%	375,620
		Valvuloplastia	por evento	1,065,300	20%	213,060
		Angioplastia	por evento	1,098,290	20%	219,660
		Exámenes electrofisiológicos	por evento	794,980	20%	159,000
		Cierre de Ductos por coils	por evento	766,690	20%	153,340
		Cierre de Ductos por cirugía	por evento	731,430	20%	146,290
		Otras cirugías cardíacas sin CEC	por evento	846,390	20%	169,280
		Implantación de marcapaso	por evento	1,821,630	20%	364,330
	Seguimiento	Seguimiento cardiopatías congénitas operables	por evento	113,540	20%	22,710

3. CÁNCER CERVICOUTERINO

Definición: El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa. Evolucionan a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o a cáncer invasor, en que el compromiso traspasa la membrana basal.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Cáncer de glándula de Naboth
- ✓ Cáncer de glándula endocervical
- ✓ Cáncer de la unión escamocolumnar del cuello uterino
- ✓ Cáncer del canal cervical
- ✓ Cáncer del canal endocervical
- ✓ Cáncer del cervix
- ✓ Cáncer del cérvix uterino
- ✓ Cáncer del cuello uterino
- ✓ Cáncer del muñón cervical
- ✓ Carcinoma basal adenoide de cuello de útero

- ✓ Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero
- ✓ Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada
- ✓ Carcinoma in situ del endocérnix
- ✓ Carcinoma in situ del exocérnix
- ✓ Displasia cervical leve
- ✓ Displasia cervical moderada
- ✓ Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte
- ✓ Displasia del cuello del útero,
- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical [NIC]
- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado I
- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado II
- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado III, con o sin mención de displasia severa
- ✓ Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación
- ✓ Tumor maligno del endocérnix
- ✓ Tumor maligno del exocérnix

a. Acceso:

Toda mujer Beneficiaria

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:

□ **Diagnóstico**

Lesión pre-invasora

- Atención con especialista dentro de 30 días desde la sospecha.
- Confirmación: dentro de 30 días desde la consulta de especialista.

Cáncer Invasor

- Atención con especialista dentro de 20 días desde la sospecha.
- Confirmación: dentro de 20 días desde la consulta de especialista.
- Etapificación: dentro de 15 días desde la confirmación diagnóstica.

□ **Tratamiento**

- Lesión pre-invasora: dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Cáncer invasor: dentro de 20 días desde Etapificación.

□ **Seguimiento**

- Primer control dentro de 30 días de terminado el tratamiento.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CANCER CERVICOUTERINO	Diagnóstico	Sospecha Cáncer Cervicouterino	por evento	8,460	20%	1,690
		Confirmación cáncer cervicouterino Pre Invasor	por evento	117,770	20%	23,550
		Confirmación cáncer cervicouterino Invasor	por evento	75,410	20%	15,080
		Etapificación cáncer cervicouterino Invasor	por evento	174,880	20%	34,980
	Tratamiento	Tratamiento cáncer cervicouterino Pre Invasor	por evento	177,550	20%	35,510
		Tratamiento Quirúrgico cáncer cervicouterino Invasor	por evento	945,460	20%	189,090
		Tratamiento Radioterapia cáncer cervicouterino Invasor	por evento	301,910	20%	60,380
		Tratamiento Braquiterapia cáncer cervicouterino Invasor	por evento	156,880	20%	31,380
		Tratamiento Quimioterapia cáncer cervicouterino Invasor	por ciclo semanal (promedio 6 ciclos)	36,540	20%	7,310
	Seguimiento	Seguimiento cáncer cervicouterino Pre Invasor	por evento (máx 3 controles por período 18 meses)	42,710	20%	8,540
		Seguimiento cáncer cervicouterino Invasor	por evento (máx 14 controles por 5 años)	31,760	20%	6,350

4. ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS

Definición: El cáncer avanzado o terminal corresponde a la enfermedad oncológica avanzada y en progresión, sin evidencia clínica de respuesta hacia la remisión completa -curación o mejoría-, asociada a numerosos síntomas.

Los cuidados paliativos consisten en la asistencia al paciente y a su entorno por un equipo multiprofesional, cuyo objetivo esencial es controlar los síntomas, entre ellos el dolor por cáncer, para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

✓ Todo cáncer terminal

a. Acceso:

Beneficiario con confirmación diagnóstica de cáncer terminal.

b. Oportunidad:

□ Tratamiento

Inicio de tratamiento: Dentro de 5 días desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CUIDADOS PALIATIVOS CÁNCER TERMINAL	Tratamiento	Tratamiento Integral Cuidados Paliativos Cáncer Terminal	mensual	36,230	20%	7,250

5. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Definición: El Infarto Agudo del Miocardio (IAM) forma parte del síndrome coronario agudo (SCA), término que agrupa un amplio espectro de cuadros de dolor torácico de origen isquémico, los que según variables electrocardiográficas y/o enzimáticas se han clasificado en condiciones que van desde la angina inestable y el IAM sin elevación del segmento ST, hasta el IAM con supradesnivel de este segmento (SDST) y la muerte súbita. La aparición de un SCA es secundaria a la erosión o rotura de una placa aterosclerótica, que determina la formación de un trombo intracoronario.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Infarto (agudo) del miocardio con elevación del segmento ST
- ✓ Infarto (agudo) del miocardio no Q
- ✓ Infarto (agudo) del miocardio Q
- ✓ Infarto (agudo) del miocardio sin supradesnivel ST
- ✓ Infarto agudo del miocardio de la pared inferior
- ✓ Infarto agudo del miocardio sin otra especificación
- ✓ Infarto agudo del ventrículo derecho
- ✓ Infarto agudo transmural del miocardio de otros sitios
- ✓ Infarto con infradesnivel ST
- ✓ Infarto con supradesnivel ST
- ✓ Infarto del miocardio no transmural sin otra especificación
- ✓ Infarto recurrente del miocardio
- ✓ Infarto subendocárdico agudo del miocardio
- ✓ Infarto transmural (agudo) alto lateral
- ✓ Infarto transmural (agudo) anteroapical
- ✓ Infarto transmural (agudo) anterolateral
- ✓ Infarto transmural (agudo) anteroseptal
- ✓ Infarto transmural (agudo) apicolateral
- ✓ Infarto transmural (agudo) de (pared) anterior sin otra especificación
- ✓ Infarto transmural (agudo) de (pared) lateral sin otra especificación
- ✓ Infarto transmural (agudo) de pared diafragmática
- ✓ Infarto transmural (agudo) inferolateral
- ✓ Infarto transmural (agudo) íferoposterior
- ✓ Infarto transmural (agudo) laterobasal
- ✓ Infarto transmural (agudo) posterior (verdadero)
- ✓ Infarto transmural (agudo) posterobasal
- ✓ Infarto transmural (agudo) posterolateral
- ✓ Infarto transmural (agudo) posteroseptal
- ✓ Infarto transmural (agudo) septal sin otra especificación
- ✓ Infarto transmural agudo del miocardio de la pared anterior
- ✓ Infarto transmural agudo del miocardio de la pared inferior
- ✓ Infarto transmural agudo del miocardio, de sitio no especificado
- ✓ Infarto transmural del miocardio
- ✓ Isquemia del miocardio recurrente
- ✓ Reinfarto (agudo) anteroapical
- ✓ Reinfarto (agudo) anterolateral
- ✓ Reinfarto (agudo) anteroseptal

- ✓ Reinfarto (agudo) de (pared) anterior sin otra especificación
- ✓ Reinfarto (agudo) de (pared) inferior del miocardio
- ✓ Reinfarto (agudo) de (pared) lateral del miocardio
- ✓ Reinfarto (agudo) de pared diafragmática del miocardio
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio alto lateral
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio apicolateral
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio basolateral
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio inferolateral
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio íferoposterior
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio posterior (verdadero)
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio posterobasal
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio posterolateral
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio posteroseptal
- ✓ Reinfarto (agudo) del miocardio septal
- ✓ Reinfarto del miocardio
- ✓ Reinfarto del miocardio de la pared anterior
- ✓ Reinfarto del miocardio de la pared inferior
- ✓ Reinfarto del miocardio de otros sitios
- ✓ Reinfarto del miocardio, de parte no especificada.

a. Acceso:

Beneficiario, que desde la entrada en vigencia de este Decreto presente:

- Dolor torácico no traumático y/o síntomas de Infarto Agudo del Miocardio, tendrá acceso a diagnóstico.
- Diagnóstico confirmado de Infarto Agudo del Miocardio, tendrá acceso a tratamiento médico y seguimiento.
- By-pass coronario o angioplastia coronaria percutánea, tendrá acceso a seguimiento.

b. Oportunidad:

□ **Diagnóstico**

Con sospecha:

- Electrocardiograma: Dentro de 30 minutos desde atención médica de urgencia, en Servicio de Atención de Urgencia.

□ **Tratamiento**

Con Confirmación diagnóstica:

- Medidas generales: Inmediatas
- Con supradesnivel ST: trombolisis dentro 30 minutos desde confirmación diagnóstica con electrocardiograma.
- Hospitalización y tratamiento médico dentro de 6 hrs.

□ **Seguimiento**

Primer control para prevención secundaria, dentro de 30 días desde alta de hospitalización por:

- tratamiento médico de cualquier tipo de Infarto Agudo del Miocardio.
- By-pass coronario
- Angioplastia coronaria percutánea

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO IAM	Diagnóstico y Tratamiento	<i>Diagnóstico y Trombolisis del IAM</i>	<i>por evento</i>	260,830	20%	52,170
		<i>Tratamiento Médico del IAM</i>	<i>por evento</i>	214,430	20%	42,890
	Seguimiento	<i>Prevención secundaria del IAM</i>	<i>mensual</i>	3,290	20%	660

6. DIABETES MELLITUS TIPO 1

Definición: La Diabetes Mellitus es un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina.

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) se caracteriza por destrucción de las células beta pancreáticas, que se traduce en un déficit absoluto de insulina y dependencia vital a la insulina exógena.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con cetoacidosis
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma diabético con o sin cetoacidosis
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma diabético hiperosmolar
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma diabético hipoglicémico
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma hiperglicémico
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil sin mención de complicación
- ✓ Diabetes insulino dependiente
- ✓ Diabetes mellitus con propensión a la cetosis
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con acidosis diabética sin mención de coma
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con cetoacidosis diabética sin mención de coma
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma diabético con o sin cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma diabético hiperosmolar
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma diabético hipoglicémico
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma hiperglicémico
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con acidosis diabética sin mención de coma
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con cetoacidosis diabética sin mención de coma
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma

- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma diabético con o sin cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma diabético hiperosmolar
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma diabético hipoglicémico
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma hiperglicémico
- ✓ Diabetes mellitus tipo I sin mención de complicación

a. Acceso:

Beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con Confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- Con descompensación, tendrá acceso a tratamiento de urgencia y hospitalización.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

□ **Diagnóstico:**

- Con sospecha: consulta con especialista en 3 días.
- Con descompensación: Glicemia dentro de 30 minutos desde atención médica de urgencia en Servicio de Atención Médica de Urgencia.

□ **Tratamiento:**

- Inicio dentro de 24 horas, desde Confirmación Diagnóstica.
- Con descompensación: Medidas específicas inmediatas.
- Hospitalización: Según indicación.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
DIABETES MELLITUS TIPO 1	Diagnóstico	Sospecha DM tipo 1	por evento	10.970	20%	2.190
		Confirmación Pacientes Nuevos DM tipo 1	por evento	35.420	20%	7.080
	Tratamiento	Tratamiento Pacientes Nuevos DM tipo 1	mensual	44.930	20%	8.990
		Tratamiento Pacientes Antiguos DM tipo 1	mensual	30.840	20%	6.170
		Tratamiento nivel Especialidad DM tipo 1	mensual	13.900	20%	2.780
		Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 1	por tratamiento completo	112.110	20%	22.420
		Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 1	por tratamiento completo	240.990	20%	48.200

7. DIABETES MELLITUS TIPO 2

Definición: La Diabetes Mellitus es un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina.

La Diabetes mellitus tipo 2 es caracterizada por resistencia insulínica, que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Diabetes
- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) de comienzo en el adulto sin mención de complicación
- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) de comienzo en la madurez del adulto sin mención de complicación
- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) estable sin mención de complicación
- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) no cetósica sin mención de complicación
- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) tipo II sin mención de complicación
- ✓ Diabetes con consulta y supervisión de la dieta
- ✓ Diabetes estable
- ✓ Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación
- ✓ Diabetes mellitus no insulino dependiente sin cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación
- ✓ Diabetes no insulino dependiente juvenil sin mención de complicación
- ✓ Diabetes, comienzo en la edad adulta (obeso) (no obeso)
- ✓ Otra diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación

a. Acceso:

Beneficiario

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con Confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

☐ **Diagnóstico**

- Dentro de 45 días desde 1° consulta con glicemia alterada (mayor o igual a 126 mg/dl).
- Dentro de 90 días desde la derivación, si requiere, según indicación médica, atención por especialista.

☐ **Tratamiento:**

Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
DIABETES MELLITUS TIPO 2	Diagnóstico	Sospecha DM tipo 2	por evento	3,480	20%	700
		Confirmación Pacientes Nuevos DM tipo 2	por evento	27,590	20%	5,520
	Tratamiento	Tratamiento Pacientes Nuevos DM tipo 2	mensual	4,090	20%	820
		Tratamiento con insulina Pacientes Antiguos DM tipo 2	mensual	8,910	20%	1,780
		Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 2	por tratamiento completo	112,110	20%	22,420
		Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 2	por tratamiento completo	240,990	20%	48,200

8. CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

Definición: El cáncer de mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Adenocarcinoma papilar infiltrante
- ✓ Adenocarcinoma papilar intraductal con invasión
- ✓ Adenocarcinoma papilar intraductal no infiltrante
- ✓ Cáncer de (la) mama
- ✓ Carcinoma canalicular infiltrante
- ✓ Carcinoma canalicular y lobulillar infiltrante
- ✓ Carcinoma cribiforme
- ✓ Carcinoma ductal in situ
- ✓ Carcinoma ductal, tipo cribiforme
- ✓ Carcinoma ductal, tipo sólido
- ✓ Carcinoma ductular infiltrante
- ✓ Carcinoma hipersecretorio quístico
- ✓ Carcinoma in situ de la mama
- ✓ Carcinoma in situ intracanalicular de la mama
- ✓ Carcinoma in situ lobular de la mama
- ✓ Carcinoma inflamatorio
- ✓ Carcinoma intraductal, tipo sólido
- ✓ Carcinoma juvenil de la glándula mamaria
- ✓ Carcinoma lobulillar
- ✓ Carcinoma medular con estroma linfoide
- ✓ Carcinoma secretorio de la mama
- ✓ Comedocarcinoma
- ✓ Enfermedad de Paget y carcinoma infiltrante del conducto de la mama
- ✓ Enfermedad de Paget y carcinoma intraductal de la mama
- ✓ Enfermedad de Paget, mamaria
- ✓ Lesión neoplásica de sitios contiguos de la mama
- ✓ Otros carcinomas in situ de la mama
- ✓ Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama
- ✓ Tumor filoides, maligno
- ✓ Tumor maligno de la mama
- ✓ Tumor maligno de la porción central de la mama
- ✓ Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama
- ✓ Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama
- ✓ Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama
- ✓ Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama
- ✓ Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama
- ✓ Tumor maligno del pezón y de la aréola mamaria
- ✓ Tumor maligno del tejido conjuntivo de la mama

a. Acceso:

Beneficiario de 15 años y más

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con Confirmación Diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:

☐ **Diagnóstico:**

Atención por especialista:

- Dentro de 30 días desde sospecha, con resultado de mamografía.

Confirmación Diagnóstica (incluye Etapificación):

- Dentro de 45 días desde atención por especialista.

☐ **Tratamiento**

Inicio dentro de 15 días desde confirmación diagnóstica.

☐ **Seguimiento**

Primer control dentro de 90 días desde finalizado el tratamiento.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CÁNCER DE MAMA en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación Cáncer de Mama	por evento	46,940	20%	9,390
	Tratamiento	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama	por evento	736,070	20%	147,210
		Radioterapia Cáncer de Mama	por evento	650,000	20%	130,000
		Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II	por tto. (promedio 5 ciclos al año)	140,690	20%	28,140
		Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III y IV	por tto. (promedio 5 ciclos al año)	82,800	20%	16,560
		Hormonoterapia para Cáncer de Mama	mensual	1,780	20%	360
	Seguimiento	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática	por evento (máx 3 controles al año)	13,000	20%	2,600
		Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática	por evento (máx 3 controles al año)	39,900	20%	7,980

9. DISRRAFIAS ESPINALES

Definición: Las disrrafias espinales son un grupo de patologías que se caracterizan por una anomalía en el desarrollo del tubo neural. Se clasifican en dos grandes grupos: disrrafias abiertas y disrrafias ocultas o cerradas. Las primeras corresponden a malformaciones precoces en el desarrollo embrionario de las estructuras medulares y raquídeas y en todas ellas las estructuras nerviosas y meníngeas se encuentran comunicadas con el medio externo, lo que hace que su corrección quirúrgica sea urgente.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Encefalocele de cualquier sitio
- ✓ Encefalocele frontal
- ✓ Encefalocele nasofrontal
- ✓ Encefalocele occipital
- ✓ Encefalocele
- ✓ Encefalomielocele
- ✓ Espina bífida (abierta) (quística)
- ✓ Espina bífida cervical con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida cervical sin hidrocefalia
- ✓ Espina bífida con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida dorsal
- ✓ Espina bífida dorsal con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida lumbar con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida lumbar sin hidrocefalia
- ✓ Espina bífida lumbosacra
- ✓ Espina bífida lumbosacra con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida oculta
- ✓ Espina bífida sacra con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida sacra sin hidrocefalia
- ✓ Espina bífida torácica con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida torácica sin hidrocefalia
- ✓ Espina bífida toracolumbar
- ✓ Espina bífida toracolumbar con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida, no especificada
- ✓ Hidroencefalocele
- ✓ Hidromeningocele (raquídeo)
- ✓ Hidromeningocele craneano
- ✓ Meningocele (raquídeo)
- ✓ Meningocele cerebral
- ✓ Meningoencefalocele
- ✓ Meningomielocele
- ✓ Mielocele
- ✓ Mielomeningocele
- ✓ Raquisquisis
- ✓ Siringomielocele
- ✓ Diastematomyelia
- ✓ Quiste Neuroenterico
- ✓ Sinus Dermal
- ✓ Quiste Dermoide O Epidermode Raquideo
- ✓ Filum Corto
- ✓ Medula Anclada
- ✓ Lipoma Cono Medular
- ✓ Lipoma D Efilum
- ✓ Lipomeningocele
- ✓ Lipoma Extradural
- ✓ Mielocistocele
- ✓ Mielomeningocistocele

- a. **Acceso:** Beneficiario que nace a contar de la entrada en vigencia de este decreto:
- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico
 - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:☐ **Diagnóstico****Disrrafia Abierta:**

- Dentro de las primeras 12 horas desde el nacimiento.

Disrrafia Cerrada:

- Consulta con Neurocirujano: Dentro de 90 días desde la sospecha.
- Radiografías y Resonancia nuclear magnética de columna: Dentro de 60 días desde solicitud por neurocirujano.

☐ **Tratamiento****Disrrafia Abierta:**

- Cirugía: después de 12 horas y antes de 72 horas desde el nacimiento.
- Válvula derivativa: dentro de 30 días desde la cirugía.

Disrrafia Cerrada:

Cirugía: dentro de 30 días desde la indicación de cirugía.

☐ **Seguimiento**

- Control con Neurocirujano: dentro de 15 días desde el alta.
- Seguimiento con otros especialistas dentro de 180 días, según indicación.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
DISRRAFIAS ESPINALES	Diagnóstico	Confirmación Disrrafia Espinal Abierta	por evento	20,460	20%	4,090
		Confirmación Disrrafia Espinal Cerrada	por evento	265,730	20%	53,150
	Tratamiento	Intervención Quir. Integral Disrrafia Espinal Abierta	por evento	2,281,410	20%	456,280
		Intervención Quir. Integral Disrrafia Espinal Cerrada	por evento	1,002,520	20%	200,500
	Seguimiento	Seguimiento Disrrafia Espinal Abierta	anual	65,330	20%	13,070
		Seguimiento Disrrafia Espinal Cerrada	anual	97,700	20%	19,540

10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS

Definición: La escoliosis corresponde a la deformidad estructural de la columna vertebral en el plano coronal (frontal) en forma permanente, asociado a componentes rotacionales simultáneos. Es una enfermedad evolutiva, que sin tratamiento oportuno se va agravando con el desarrollo, se acentúa con el crecimiento rápido y, en la mayoría de los casos, se estabiliza al término de la madurez ósea.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Escoliosis congénita
- ✓ Escoliosis idiopática infantil
- ✓ Escoliosis Idiopática Juvenil
- ✓ Escoliosis de la Adolescencia
- ✓ Escoliosis toracogénica
- ✓ Escoliosis Neuromuscular
- ✓ Otras Escoliosis Secundarias
- ✓ Cifo escoliosis
- ✓ Escoliosis asociada a displasia ósea
- ✓ Escoliosis asociada a Síndrome

a. Acceso:

Beneficiario menor de 25 años con confirmación diagnóstica de Escoliosis que cumple los siguientes criterios de inclusión para tratamiento quirúrgico:

Criterios de inclusión en menores de 15 años:

1. Pacientes con curvatura mayor de 40°.
2. Pacientes entre 25° y 40° cuando no hay respuesta al tratamiento ortopédico y hay progresión de la curva.

Criterios de inclusión entre 15 y 19 años:

1. Curvas mayores de 40° en niñas pre-menárquicas de baja madurez esquelética y post-menárquicas inmaduras esqueléticamente cuya curva progresa pese al uso de corset.
2. Curvas mayores de 30° asociadas a lordosis dorsal severa con disminución de volumen torácico.
3. Dependiendo del riesgo de progresión y grado de deformidad del tronco: a) curvas mayores de 50° en esqueleto maduro; b) curvas mayores de 40° en varones menores a 16 años; y c) curvas entre 40-50° en esqueleto maduro, asociado a severa deformidad de tronco.

Criterios de inclusión entre 20 y 24 años:

1. Curva mayor de 50° que demuestre progresión.
2. Curva mayor de 50° con alto riesgo de progresión (rotación vértebra apical mayor de 30%, traslación lateral, ángulo costovertebral de Mehta mayor de 30%) y deformidad significativa del tronco.

b. Oportunidad:

☐ **Tratamiento**

Dentro de 365 días desde confirmación diagnóstica.

☐ **Seguimiento**

Dentro de 10 días después de alta.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
						-
ESCOLIOSIS (trat. quirúrgico en menores de 25 años)	Tratamiento	Intervención Quir. Integral Escoliosis	por evento	3,964,440	20%	792,890
	Seguimiento	Seguimiento Escoliosis	anual	40,780	20%	8,160

11. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS

Definición: Opacidad del cristalino que disminuya o perturbe la visión.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Toda opacidad del cristalino que disminuya o perturbe la visión.

a. Acceso:

Beneficiario

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

➤ **Criterios de Inclusión:**

La cirugía se realizará cuando la agudeza visual sea igual o inferior a 0,3 con corrección óptica.

➤ **Criterios de exclusión absolutos:**

Agudeza Visual igual o mayor de 0,4.
Ceguera total o absoluta.

b. Oportunidad:

❑ **Diagnóstico**

- Dentro de 180 días desde la sospecha.

❑ **Tratamiento**

- **Unilateral:** dentro de 180 días desde confirmación diagnóstica.
- **Bilateral:** 1° ojo dentro de 180 días desde confirmación diagnóstica ; 2° ojo dentro de 180 días después de primera cirugía, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CATARATAS que requieren trat. Quirúrgico	Diagnóstico	Confirmación Cataratas	por evento	28,120	20%	5,620
	Tratamiento	Intervención Quir. Integral Cataratas	por evento	585,820	20%	117,160

12. ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA.

Definición: La Artrosis de Cadera es una enfermedad degenerativa articular, primaria o secundaria, caracterizada por un daño en el cartílago que condiciona pérdida de la función de dicha articulación.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Artrosis de la cadera de causa no conocida o primaria, uni o bilateral.
- ✓ Artrosis de la Cadera de causa conocida o secundaria, uni o bilateral.

a. Acceso:

Beneficiarios de 65 años y más, con diagnóstico confirmado de artrosis de cadera con limitación funcional severa, que requieren endoprótesis total.

b. Oportunidad:

☐ **Tratamiento**

- Dentro de 240 días desde confirmación diagnóstica.

☐ **Seguimiento**

- 1° Control por especialista dentro de 40 días después de cirugía.
- Atención Kinesiológica integral ambulatoria, desde 1° día después de alta.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
PROBLEMAS DE SALUD QUE REQUIEREN PRÓTESIS DE CADERA TOTAL	Tratamiento	Intervención Quir. Integral con Prótesis de Cadera Total	por evento	2,274,960	20%	454,990
	Seguimiento	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria	por evento	24,710	20%	4,940

13. FISURA LABIOPALATINA

Definición: Las fisuras labiopalatinas constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación. Existen diferentes grados de severidad que comprenden fisura de labio, labiopalatina y palatina aislada.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Disostosis mandibulofacial
- ✓ Displasia cleidocraneal
- ✓ Fisura del paladar blando con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral
- ✓ Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral
- ✓ Fisura del paladar con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar con labio leporino bilateral, sin otra especificación
- ✓ Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación
- ✓ Fisura del paladar duro con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral
- ✓ Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral
- ✓ Fisura congénita de labio
- ✓ Fisura del paladar
- ✓ Fisura del paladar blando
- ✓ Fisura del paladar duro
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando
- ✓ Fisura del paladar, sin otra especificación
- ✓ Hendidura labial congénita
- ✓ Labio hendido
- ✓ Labio leporino
- ✓ Labio leporino, bilateral
- ✓ Labio leporino, línea media
- ✓ Labio leporino, unilateral
- ✓ Palatosquisis
- ✓ Queilosquisis
- ✓ Síndrome de Apert
- ✓ Síndrome de Crouzon
- ✓ Síndrome de Pierre-Robin
- ✓ Síndrome de Van der Woude
- ✓ Síndrome velocardiofacial

a. Acceso:

Beneficiario que nace con fisura labiopalatina, esté o no asociada a malformaciones craneofaciales, desde la entrada en vigencia de este decreto.

b. Oportunidad:

❑ **Diagnóstico**

Dentro de 15 días desde sospecha.

❑ **Tratamiento**

- Ortopedia Pre-quirúrgica: Para casos con indicación, dentro de 90 días desde el nacimiento.
- 1° Cirugía: Entre 90 y 180 días desde el nacimiento.
- Fisura labial, Fisura palatina o Labio-Palatina (uni o bilateral):
 - Cierre labial: Entre 90 y 180 días desde el nacimiento.
 - Cierre de paladar blando: Entre 180 y 365 días desde el nacimiento
 - Cierre de paladar duro: Entre 12 y 18 meses desde el nacimiento.
 - Con malformaciones craneofaciales asociadas: Entre 90 y 365 días desde el nacimiento

En prematuros se utiliza la edad corregida.

❑ **Seguimiento**

Dentro de 90 días después de cirugía.

c. Protección Financiera

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Año del (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
FISURALABIOPALATINA	Diagnóstico	Confirmación Fisura Labio palatina	por evento	6,410	20%	1,280
	Tratamiento	Ortopedia Prequirúrgica	por evento	103,440	20%	20,680
		Intervención Quirúrgica Fisura Labio palatina 1° año	por evento	714,530	20%	142,910
	Seguimiento	Seguimiento Fisura Labio palatina 1° año	año	92,170	20%	18,430

14. CÁNCER EN MENORES DE 15 AÑOS

Definición: Los cánceres de menores de 15 años incluyen leucemias, linfomas y tumores sólidos.

- Las Leucemias corresponden a la proliferación clonal descontrolada de células hematopoyéticas en la médula ósea.
- Los Linfomas corresponden a la infiltración por células neoplásicas del tejido linfóide.
- Los Tumores Sólidos corresponden a la presencia de una masa sólida formada por células neoplásicas, ubicada en cualquier sitio anatómico.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Todo Cáncer.

a. Acceso:

Beneficiario menor de 15 años.

- Con sospecha, tendrá acceso a Diagnóstico.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Igual acceso tendrá aquel al que se le haya sospechado antes de los 15 años, aun cuando la confirmación se produzca después de esta edad.
- Los beneficiarios menores de 25 años que recidiven, y que hayan tenido sospecha antes de los 15 años, tendrán acceso a tratamiento.

b. Oportunidad:

□ **Diagnóstico** (incluye Etapificación)

- Leucemia: confirmación, dentro de 14 días desde sospecha.
- Linfomas y Tumores Sólidos: confirmación, dentro de 37 días desde sospecha.

□ **Tratamiento**

Desde confirmación diagnóstica

Leucemias:

- Quimioterapia dentro de 24 horas

Tumores sólidos y Linfomas:

- Quimioterapia dentro de 24 horas
- Radioterapia dentro de 10 días, excepto contraindicación por cicatrización, en que se iniciará entre los 25 y 40 días después de cirugía.

Leucemias y Linfomas:

Trasplante Médula Ósea dentro de 30 días, desde Indicación

□ **Seguimiento**

Primer control una vez finalizado el tratamiento, dentro de:

7 días en Leucemia

30 días en Linfomas

30 días en Tumores sólidos

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CÁNCER en menores de 15 años	Diagnóstico	Confirmación Cáncer en menores de 15 años	por evento	696,630	20%	139,330
	Tratamiento	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años	mensual	398,230	20%	79,650
		Trasplante de Médula Autólogo	por evento	18,956,030	20%	3,791,210
		Trasplante de Médula Alógeno	por evento	39,175,340	20%	7,835,070
		Radioterapia Cáncer en menores de 15 años	por ciclo	650,000	20%	130,000
	Seguimiento	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años	por evento	194,870	20%	38,970

15. ESQUIZOFRENIA

Definición: La esquizofrenia se caracteriza por la aparición de “síntomas positivos” de alucinaciones auditivas, distorsiones y trastornos del pensamiento y “síntomas negativos” de desmotivación, negación de si mismo y reducción de la emoción.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Esquizofrenia paranoide: incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffée delirante con síntomas de esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide.
- ✓ Esquizofrenia hebefrénica: incluye además los términos Esquizofrenia desorganizada, Hebefrenia
- ✓ Esquizofrenia catatónica: incluye además los términos catatonía esquizofrénica
- ✓ Esquizofrenia indiferenciada: incluye además los términos Esquizofrenia aguda, Esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico
- ✓ Esquizofrenia residual: incluye además los términos depresión post-esquizofrénica, estado esquizofrénico residual
- ✓ Esquizofrenia simple,
- ✓ Otra Esquizofrenia: incluye además los términos Esquizofrenia atípica, Esquizofrenia latente, Esquizofrenia pseudoneurótica, Esquizofrenia pseudopsicopática, trastorno de ideas delirantes inducidas con síntomas de esquizofrenia, Folie a deux con síntomas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme, trastorno esquizofreniforme, reacción esquizofrénica, trastorno esquizotípico, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia
- ✓ Esquizofrenia sin especificación

a. Acceso:

Beneficiarios con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas desde la entrada en vigencia de este Decreto:

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico y tratamiento de prueba por 180 días.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

b. Oportunidad:☐ **Diagnóstico**

Atención por especialista dentro de 20 días desde derivación.

☐ **Tratamiento**

- Inicio desde primera consulta.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
ESQUIZOFRENIA	Diagnóstico	<i>Diagnóstico y Estudio Esquizofrenia</i>	<i>mensual</i>	22,540	20%	4,510
	Tratamiento	<i>Tratamiento Esquizofrenia Primer Año</i>	<i>mensual</i>	77,600	20%	15,520

16. CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: El cáncer de testículo es un tumor germinal gonadal o extra-gonadal, que se manifiesta por aumento de volumen testicular firme, no sensible y sin signos inflamatorios, casi siempre unilateral.

- ✓ Cáncer del testículo (de los dos testículos)
- ✓ Carcinoma de células de Sertoli
- ✓ Seminoma
- ✓ Seminoma con índice mitótico alto
- ✓ Seminoma espermatocítico
- ✓ Seminoma tipo anaplásico
- ✓ Teratoma trofoblástico maligno
- ✓ Tumor de células de Leydig
- ✓ Tumor de células intersticiales del testículo
- ✓ Tumor maligno del testículo descendido
- ✓ Tumor maligno del testículo ectópico
- ✓ Tumor maligno del testículo escrotal
- ✓ Tumor maligno del testículo no descendido
- ✓ Tumor maligno del testículo retenido
- ✓ Tumor maligno del testículo
- ✓ Tumor del testículo derivado del mesénquima
- ✓ Tumor de testículo derivado del parénquima

a. Acceso:

Beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:❑ **Diagnóstico**

- Dentro de 70 días desde sospecha (incluye Etapificación)

❑ **Tratamiento**• **Radioterapia:**

Inicio dentro de 7 días desde confirmación diagnóstica (con etapificación).

• **Quimioterapia:**

Inicio dentro de 10 días desde confirmación diagnóstica (con etapificación), excepto contraindicación por cicatrización, en que se iniciará entre los 25 y 40 días después de cirugía.

• **Hormonoterapia:**

Inicio dentro de post operatorio inmediato por orquiectomía bilateral.

❑ **Seguimiento**

- Primer control dentro de los 30 días de finalizado el tratamiento.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CÁNCER TESTÍCULO en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación Diagnóstica Cáncer Testículo	por evento	44,070	20%	8,810
		Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo	por evento	455,160	20%	91,030
		Etapificación Cáncer Testículo	por evento	433,230	20%	86,650
		Radioterapia Cáncer Testículo	por evento	650,000	20%	130,000
	Tratamiento	Quimioterapia Cáncer Testículo	mensual	595,170	20%	119,030
		Hormonoterapia permanente Cáncer Testículo	mensual	13,000	20%	2,600
		Seguimiento Cáncer Testículo	por evento (10 controles al año)	39,620	20%	7,920

17. LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Es una infiltración del tejido linfoide por células neoplásicas, que puede originarse en los ganglios linfáticos u otro tejido del organismo.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Enfermedad de Hodgkin fase celular del tipo esclerosis nodular
- ✓ Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular , con celularidad mixta
- ✓ Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular , con depleción linfocítica
- ✓ Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular, con predominio linfocítico
- ✓ Enfermedad de Hodgkin
- ✓ Enfermedad de Hodgkin con celularidad mixta
- ✓ Enfermedad de Hodgkin con esclerosis nodular
- ✓ Enfermedad de Hodgkin con predominio linfocítico
- ✓ Enfermedad de Hodgkin no especificada
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con depleción linfocítica

- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con depleción linfocítica tipo fibrosis difusa
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con depleción linfocítica, tipo reticular
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con predominio linfocítico, difusa
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con predominio linfocítico, tipo nodular
- ✓ Enfermedad de Sézary
- ✓ Enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado
- ✓ Enfermedad inmunoproliferativa maligna
- ✓ Granuloma de Hodgkin
- ✓ Linfoma angiocéntrico de células T
- ✓ Linfoma cutáneo
- ✓ Linfoma de Burkitt
- ✓ Linfoma de células B, sin otra especificación
- ✓ Linfoma de células grandes (Ki-1+)
- ✓ Linfoma de células T periféricas (linfadenopatía angioinmunoblástica con disproteinemia)
- ✓ Linfoma de células T periféricas medianas y grandes, pleomórficas
- ✓ Linfoma de células T periféricas pequeñas pleomórficas
- ✓ Linfoma de células T periféricas, SAI
- ✓ Linfoma de células T periférico
- ✓ Linfoma de la zona T
- ✓ Linfoma de Lennert
- ✓ Linfoma de zona T
- ✓ Linfoma del Mediterráneo
- ✓ Linfoma histiocítico verdadero
- ✓ Linfoma linfoepitelioide
- ✓ Linfoma linfoepitelioide
- ✓ Linfoma maligno
- ✓ Linfoma maligno centrocítico
- ✓ Linfoma maligno difuso centroblástico
- ✓ Linfoma maligno difuso de células grandes hendidas
- ✓ Linfoma maligno difuso de células grandes, no hendidas
- ✓ Linfoma maligno difuso de células pequeñas hendidas
- ✓ Linfoma maligno difuso, centroblástico-centrocítico
- ✓ Linfoma maligno difuso, de células grandes
- ✓ Linfoma maligno difuso, de células pequeñas no hendidas
- ✓ Linfoma maligno folicular
- ✓ Linfoma maligno folicular centroblástico
- ✓ Linfoma maligno folicular de células grandes
- ✓ Linfoma maligno folicular de células pequeñas hendidas
- ✓ Linfoma maligno folicular mixto, de células pequeñas hendidas y células grandes
- ✓ Linfoma maligno folicular, centroblástico-centrocítico
- ✓ Linfoma maligno inmunoblástico
- ✓ Linfoma maligno linfoblástico
- ✓ Linfoma maligno linfocítico difuso, bien diferenciado
- ✓ Linfoma maligno linfocítico difuso, diferenciación intermedia
- ✓ Linfoma maligno linfocítico nodular bien diferenciado
- ✓ Linfoma maligno linfocítico nodular pobremente diferenciado
- ✓ Linfoma maligno linfocítico nodular, diferenciación intermedia
- ✓ Linfoma maligno linfoplasmocítico
- ✓ Linfoma maligno mixto, de células grandes y pequeñas
- ✓ Linfoma monocitoide de células B
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células grandes (difuso)

- ✓ Linfoma no Hodgkin de células grandes, folicular
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células pequeñas (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células pequeñas hendidas (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células pequeñas hendidas, folicular
- ✓ Linfoma no Hodgkin difuso, sin otra especificación
- ✓ Linfoma no Hodgkin folicular, sin otra especificación
- ✓ Linfoma no Hodgkin indiferenciado (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin inmunoblástico (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin linfoblástico (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin mixto, de células pequeñas y grandes (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin mixto, de pequeñas células hendidas y de grandes células, folicular
- ✓ Linfoma no Hodgkin, tipo no especificado
- ✓ Linfoma
- ✓ Macroglobulinemia de Waldenström
- ✓ Micosis fungoide
- ✓ Otras enfermedades inmunoproliferativas malignas
- ✓ Otros linfomas de células T y los no especificados
- ✓ Otros tipos de enfermedad de Hodgkin
- ✓ Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin
- ✓ Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin difuso
- ✓ Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin folicular
- ✓ Otros tumores malignos especificados del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines
- ✓ Paragranuloma de Hodgkin
- ✓ Reticulosarcoma
- ✓ Sarcoma de Hodgkin
- ✓ Tumor de Burkitt
- ✓ Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines, sin otra especificación

a. Acceso:

Beneficiario de 15 años y más

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad

□ **Diagnóstico**

- Dentro de 65 días desde sospecha (incluye etapificación).

□ **Tratamiento**

- **Quimioterapia:** dentro de 10 días desde confirmación diagnóstica.
- **Radioterapia:** dentro de 25 días desde confirmación diagnóstica.

□ **Seguimiento**

- Primer control dentro de los 30 días de finalizado el tratamiento.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
LINFOMAS en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación Diagnóstica Linfoma Adulto	por evento	103,040	20%	20,610
		Etapificación Linfoma Adulto	por evento	603,450	20%	120,690
	Tratamiento	Radioterapia Linfoma Adulto	por evento	650,000	20%	130,000
		Quimioterapia Linfoma Adulto	mensual	156,000	20%	31,200
	Seguimiento	Seguimiento Linfoma Adulto	por evento (4 controles al año)	88,780	20%	17,760

18. SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

Definición: La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 o tipo 2, se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años debido a equilibrio entre replicación viral y respuesta inmunológica del paciente. Posteriormente se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a la etapa de SIDA.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

En personas de 18 años o más

- VIH/SIDA que presente cualquiera de las manifestaciones descritas en las etapas A o B, y que tengan CD4 < 200 células/mm³.
- Patologías descritas en etapa B como: Candidiasis orofaríngea, diarrea crónica, fiebre prolongada o baja de peso significativa (mayor de 10 kilos).
- VIH/SIDA que presente cualquiera de las manifestaciones descritas en etapa C, independiente de CD4, con excepción de la Tuberculosis pulmonar que puede darse con sistema inmune poco deteriorado y frente a la cual predomina el criterio de CD4.

En personas menores de 18 años

- Existencia de manifestaciones clínicas de etapa A y especialmente de etapas B o C.

ETAPAS

A.- Infección asintomática

Infección aguda

Linfadenopatía generalizada persistente

B.- Infección **crónica** sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA. Incluye:

- Candidiasis orofaríngea o vaginal >1 mes
- Síndrome diarreico crónico >1 mes
- Síndrome febril prolongado >1 mes

- Baja de peso >10 Kgs.
- Leucoplaquia oral vellosa
- Herpes Zoster >1 episodio o >1 dermatoma
- Listerosis
- Nocardiosis
- Angiomatosis bacilar
- Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis
- Proceso inflamatorio pelviano
- Polineuropatía periférica
- Púrpura trombocitopénico idiopático
- Displasia cervical

C.- Condiciones clínicas indicadoras de SIDA. Incluye:

- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Criptococosis meníngea o extrapulmonar
- Toxoplasmosis cerebral
- Enfermedad por micobacterias atípicas
- Retinitis por CMV
- Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial
- Encefalopatía VIH
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Criptosporidiasis crónica >1 mes
- Isosporosis crónica >1 mes
- Úlceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas >1 mes
- Neumonía recurrente.
- Bacteremia recurrente por *Salmonella* spp.
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central
- Cáncer cervicouterino invasor
- Síndrome consuntivo

a. **Acceso:**

- Beneficiario que se encuentra en tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
- Beneficiario con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA y que cumpla los siguientes criterios de inclusión, podrá comenzar terapia antiretroviral precoz con Esquema de Primera línea:

Criterios de Inclusión:

- ✓ Beneficiario con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA Virgen a TARV
- ✓ CD4 igual o menor de 100 células/mm³ y
- ✓ que médico tratante certifique que está descartada Enfermedad Oportunista activa, que pudiera generar reacción de reconstitución inmunológica grave con el inicio de TARV
- Beneficiario que se encuentra en tratamiento y que cumpla los siguientes criterios de inclusión, tendrá acceso a cambio de terapia precoz :

Criterios de Inclusión

- ✓ Beneficiario que se encuentra en tratamiento y que haya presentado Reacción Adversa Grado 4.
- Embarazada con diagnóstico de VIH/SIDA, sin tratamiento, tendrá acceso a terapia preventiva de transmisión vertical.
- Todos los otros casos de VIH/SIDA, tendrán acceso a inicio o cambio de tratamiento, previa aprobación por la Subsecretaría de Salud Pública en cuanto al momento y tipo de tratamiento a recibir.

b. Oportunidad:

☐ **Tratamiento**

- Inicio precoz de Esquema Primera Línea: dentro de 7 días desde indicación.
- Cambio Precoz de Esquema de TARV: dentro de 7 días desde indicación.
- Inicio y cambio de tratamiento en el resto de los casos, dentro de 7 días desde aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.
- Prevención transmisión vertical en Embarazada: Inicio a contar del 2º trimestre de embarazo (a más tardar en semana 24 de gestación) o al momento del diagnóstico de VIH, si éste ocurriera después.
- Recién nacido: Inicio a partir de las 8-12 horas desde el nacimiento.
- Cambio de esquema en embarazada que se encuentra en tratamiento, dentro de 3 días desde aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	Tratamiento	TARV Esquemas primera línea personas de 18 años y más	mensual	121,640	20%	24,330
		TARV Esquemas segunda línea personas de 18 años y más	mensual	158,410	20%	31,680
		TARV Esquemas tercera línea y Rescate personas de 18 años y más	mensual	336,990	20%	67,400
		TARV Prevención Transmisión Vertical en Embarazadas	mensual	45,080	20%	9,020
		TARV en personas menores de 18 años	mensual	224,640	20%	44,930
		Exámenes de determinación Carga Viral	por evento	32,500	20%	6,500
		Exámenes Linfocitos T y CD4	por evento	45,000	20%	9,000
		Exámenes Genotipificación	por evento	238,000	20%	47,600

19. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) BAJA DE MANEJO AMBULATORIO EN MENORES DE 5 AÑOS,

Definición: Inflamación de origen generalmente infeccioso de uno o varios segmentos de la vía aérea inferior.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Asma aguda (Crisis asmática)
- ✓ Asma bronquial
- ✓ Bronconeumonía (Todas las de manejo ambulatorio)
- ✓ Bronquiolitis aguda

- ✓ Bronquitis aguda
- ✓ Bronquitis, no especificada como aguda o crónica
- ✓ Epiglotitis
- ✓ Coqueluche
- ✓ Gripe con manifestaciones respiratorias, virus no identificado
- ✓ Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores
- ✓ Influenza
- ✓ Laringitis aguda
- ✓ Laringitis obstructiva aguda
- ✓ Laringotraqueítis
- ✓ Neumonía (Todas las de manejo ambulatorio)
- ✓ Síndrome bronquial obstructivo agudo
- ✓ Síndrome bronquial obstructivo recurrente
- ✓ Síndrome coqueluchoideo
- ✓ Traqueítis
- ✓ Traqueobronquitis

a. **Acceso:** Beneficiarios menores de 5 años, con confirmación diagnóstica de IRA Baja.

b. **Oportunidad:**

□ **Tratamiento**

Desde confirmación diagnóstica

□ **Seguimiento**

Kinesioterapia respiratoria dentro de 72 hrs. desde indicación.

c. **Protección Financiera:**

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA baja en menores de 5 años (trat. ambulatorio)	Tratamiento	Tratamiento IRA	por evento	1,110	20%	220
	Seguimiento	Seguimiento IRA	por evento	600	20%	120

20. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

Definición: La Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es un proceso inflamatorio pulmonar de origen infeccioso contraída en el medio comunitario.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Bronconeumonía (Todas las de manejo ambulatorio)
- ✓ Neumonía (Todas las de manejo ambulatorio)

a. **Acceso:**

Beneficiario de 65 años y más:

- Con sintomatología respiratoria aguda tendrá acceso a diagnóstico
- Con sospecha de NAC tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento de medicamentos durante las primeras 48 horas.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

b. Oportunidad:

☐ **Diagnóstico**

Confirmación diagnóstica: dentro de 48 horas desde primera consulta.

☐ **Tratamiento**

Inicio desde primera consulta.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
NEUMONIA adquirida en la comunidad en personas de 65 años y más (trat. ambulatorio)	Diagnóstico	Confirmación Neumonía	por evento	12,670	20%	2,530
	Tratamiento	Tratamiento Neumonía	por evento	8,100	20%	1,620

21. HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Se considera hipertenso a todo individuo que mantenga cifras de presión arterial (PA) persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140/90 mmHg. La hipertensión primaria o esencial, es aquella que no tiene causa conocida.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Hipertensión Arterial Esencial

a. Acceso:

Beneficiario de 15 años y más.

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

☐ **Diagnóstico**

- Confirmación: Dentro de 45 días desde detección de presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg.
- Con especialista: Dentro de 90 días desde la derivación, si requiere, según indicación médica.

❑ **Tratamiento**

Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL primaria o esencial en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación Hipertensión Arterial	por evento	16,480	20%	3,300
	Tratamiento	Tratamiento Hipertensión Arterial	anual	9,310	20%	1,860

22. EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS

Definición: La epilepsia corresponde a un grupo de trastornos que producen una alteración de la función de las neuronas de la corteza cerebral, que se manifiesta en un proceso discontinuo de eventos clínicos denominados “crisis epilépticas”. Es una afección neurológica crónica, de manifestación episódica, de diversa etiología. La epilepsia no refractaria se caracteriza por tener una buena respuesta al tratamiento médico.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Crisis parciales simples no refractarias
- ✓ Crisis parciales complejas no refractarias
- ✓ Crisis parciales simples secundariamente generalizadas no refractarias
- ✓ Crisis generalizadas no refractarias
- ✓ Crisis no clasificables no refractaria (ej: provocadas por estímulo táctil, ruido)
- ✓ Epilepsia Idiopática no refractaria
- ✓ Epilepsia sintomática no refractaria (90% vista en nivel secundario)
- ✓ Epilepsia criptogenética no refractaria

a. Acceso:

Beneficiario desde un año y menor de 15 años con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

❑ **Tratamiento**

Dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
EPILEPSIA no refractaria en niños desde 1 año y menores de 15 años	Tratamiento	Tratamiento Integral año 2 Epilepsia No Refractaria	anual	62,140	20%	12,430
		Tratamiento Integral año 1 Epilepsia No Refractaria	anual	53,910	20%	10,780
		Tratamiento Integral año 3 Epilepsia No Refractaria	anual	6,120	20%	1,220
		Tratamiento Integral año 4 Epilepsia No Refractaria	anual	6,120	20%	1,220

23. SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS

Definición: La Salud Oral Integral consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño de 6 años, para mantener una buena salud bucal. A los 6 años el niño inicia la dentición mixta, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Caries limitada al esmalte. (caries incipiente)
- ✓ Caries de la dentina
- ✓ Caries dentaria detenida
- ✓ Otras caries dentales
- ✓ Película pigmentada
- ✓ Otros depósitos blandos densos: materia alba
- ✓ Cálculo dentario Supragingival
- ✓ Placa bacteriana
- ✓ Otros depósitos especificados sobre los dientes
- ✓ Depósitos sobre los dientes, sin especificar
- ✓ Pulpitis Inicial (hiperemia)
- ✓ Pulpitis Aguda
- ✓ Pulpitis Supurativa: Absceso pulpar
- ✓ Pulpitis Crónica
- ✓ Pulpitis Crónica, ulcerosa
- ✓ Pulpitis Crónica, hiperplásica (pólipo pulpar).
- ✓ Otras pulpitis, sin especificar
- ✓ Necrosis de la pulpa. (gangrena de la pulpa)
- ✓ Dentina secundaria o irregular
- ✓ Periodontitis apical aguda originada en la pulpa
- ✓ Periodontitis apical crónica, granuloma apical
- ✓ Absceso periapical con fístula.
- ✓ Absceso periapical sin fístula
- ✓ Gingivitis marginal simple
- ✓ Gingivitis hiperplásica

- ✓ Pericoronaritis aguda
- ✓ Consecuencia de los dientes
- ✓ Hipoplasia del esmalte

a. Acceso:

Beneficiario de 6 años. El acceso al primer control debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años, el alta se otorga una vez erupcionado los 4 molares definitivos.

b. Oportunidad

□ **Tratamiento**

Inicio dentro de 120 días desde solicitud.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
SALUD ORAL integral para niños de 6 años	Tratamiento	Prevención y Educación Salud Oral 6 años	por evento	14,860	20%	2,970
		Tratamiento Salud Oral 6 años	por evento	20,460	20%	4,090

24. PREMATUREZ

Definición: Pretérmino o Recién Nacido prematuro se define como el niño nacido antes de completar las 37 semanas de Gestación. El objetivo principal del manejo de la prematurez es disminuir la mortalidad perinatal, la mortalidad neonatal y la morbilidad.

Un manejo adecuado de las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro, permite prolongar la vida intrauterina, optimizando las condiciones del feto para el nacimiento.

Una vez producido el parto prematuro, se debe hacer un manejo óptimo del recién nacido para disminuir su mortalidad y morbilidad, pero aun así no se podrá evitar secuelas inherentes a la prematuridad y secundarias al tratamiento que debe otorgársele, sobre todo cuando la prematurez es extrema, lo que se traduce en niños de menos de 1500 grs y/o menores de 32 semanas al nacer. En estos casos se deben tratar las secuelas para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

I. Prevención del Parto Prematuro

Definición: Los síntomas de parto de pretérmino o prematuro son el resultado de una serie de fenómenos fisiopatológicos diferentes que tienen como efecto final el desencadenamiento de contracciones uterinas de pretérmino y eventualmente el parto. Los fenómenos primarios, en gran parte de origen desconocido, pueden ser infecciosos, isquémicos, mecánicos, alérgicos, inmunes.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Infecciones Genito-urinarias durante la gestación
- ✓ Gestación Múltiple
- ✓ Asistencia en condiciones de hipoxia fetal
- ✓ Asistencia por insuficiencia de crecimiento fetal
- ✓ Rotura Prematura de Membranas
- ✓ Placenta Previa
- ✓ Desprendimiento Prematuro de Placenta
- ✓ Parto Pretérmino Previo hasta 35 semanas de Edad Gestacional
- ✓ Metrorragia después de 12 semanas de gestación
- ✓ Anomalía Morfológica Uterina
- ✓ Cono Cervical
- ✓ Un aborto segundo trimestre
- ✓ Dos abortos primer trimestre
- ✓ Polihidroamnios
- ✓ Irritabilidad Uterina
- ✓ Cualquier otro antecedente clínico de Parto Prematuro en la historia.
- ✓ Cualquier síntomas de Parto Prematuro en Embarazo Actual.

a. **Acceso:** Beneficiarias embarazadas con Factores de Riesgo de Parto Prematuro en antecedentes clínicos y/o con Síntomas de Parto Prematuro en embarazo actual.

b. **Oportunidad:**

□ **Diagnóstico:**

- **Embarazadas con factores de riesgo de Parto Prematuro en antecedentes clínicos:**

Consulta especialista dentro de 10 días, desde derivación.

- **Embarazadas con síntomas de Parto Prematuro:**

Hospitalización dentro de 6 horas desde la derivación.

□ **Tratamiento**

- Inicio dentro de 2 horas desde confirmación diagnóstica.

Toda embarazada con trabajo de parto prematuro deberá recibir Corticoides.

c. **Protección Financiera:**

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
PREMATUREZ	Diagnóstico	Confirmación Parto Prematuro	por evento	45,930	20%	9,190
	Tratamiento	Tratamiento Parto Prematuro	por evento	68,090	20%	13,620

II. Retinopatía del prematuro

Definición: La retinopatía del prematuro es un trastorno retinal de los niños prematuros de bajo peso, que potencialmente puede provocar ceguera.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Retinopatía de la prematuridad

a. Acceso:

Beneficiarios Prematuros, de menos de 1.500 gramos y/o menores de 32 semanas de gestación al nacer:

- Todos tendrán acceso a screening con fondo de ojo.
- Con sospecha de requerir cirugía, tendrán acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrán acceso a tratamiento.

b. Oportunidad:

□ Diagnóstico

- Primera atención por oftalmólogo dentro de 56 días desde el nacimiento.

□ Tratamiento

- Cirugía láser dentro de 72 horas desde confirmación diagnóstica.
- Como segunda opción, frente a imposibilidad de traslado a Centros de Cirugía Láser, por condición del paciente, se deberá realizar crioterapia en lugar de origen dentro de 72 horas después de confirmación diagnóstica.
- Lentes ópticos dentro de 60 días desde indicación.

□ Seguimiento

- **Casos con cirugía:** Inicio dentro de 90 días desde la cirugía.
- **Casos sin cirugía:** Inicio dentro de la semana 40 de edad corregida.
- **Lentes:** según indicación médica.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
PREMATUREZ	Diagnóstico	Sospecha de Retinopatía Prematuro	por evento	15,910	20%	3,180
		Confirmación Retinopatía Prematuro	por evento	7,960	20%	1,590
	Tratamiento	Tratamiento Retinopatía del Prematuro: Crioterapia	por evento	31,950	20%	6,390
		Tratamiento Retinopatía del Prematuro: Fotocoagulación	por evento	165,690	20%	33,140
		Tratamiento Retinopatía del Prematuro: Cirugía Vitreoretinal	por evento	5,200,000	20%	1,040,000
	Seguimiento	Seguimiento Post Quirúrgico Retinopatía del Prematuro	anual	50,010	20%	10,000
		Seguimiento Pacientes No Quirúrgico Retinopatía del Prematuro	anual	17,290	20%	3,460

III. Displasia Broncopulmonar del Prematuro

Definición: Corresponde a un daño pulmonar crónico secundario al manejo ventilatorio del prematuro (oxigenoterapia, volutrauma / barotrauma), así como a infecciones respiratorias que inducen a mecanismos de inflamación pulmonar con destrucción y fibrosis. Se considera portador de Displasia Broncopulmonar a un prematuro con requerimientos de oxígeno mayor de 21% durante 28 o más días.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

✓ Displasia broncopulmonar originada en el período perinatal

a. **Acceso:** Beneficiarios Prematuros, de menos de 1.500 gramos al nacer y/o menores de 32 semanas de gestación.

b. Oportunidad

□ Tratamiento

- Dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- Saturometría continua previo al alta.

□ Seguimiento

Dentro de 14 días después del alta.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
PREMATUREZ	Tratamiento Seguimiento	Tratamiento Displasia Broncopulmonar	por evento	23,930	20%	4,790
		Seguimiento Pacientes Displasia Broncopulmonar	mensual	12,480	20%	2,500

IV. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del prematuro

Definición: Corresponde a un déficit auditivo igual o mayor a 35 decibeles, secundaria a daño histológico del oído interno. En algunos casos puede comprometer en forma selectiva las células ciliadas internas. El prematuro de menos de 1500 g. y/o 32 semanas de Edad Gestacional está más expuesto a daño de la vía auditiva debido

fundamentalmente a Infecciones, Ventilación mecánica por más de 48 horas, uso de medicamentos ototóxicos, hiperbilirrubinemia y asfixia.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

✓ Hipoacusia neurosensorial, bilateral

a. **Acceso:** Beneficiarios Prematuros, de menos de 1.500 gramos al nacer y/o menores de 32 semanas de gestación, a partir de la entrada en vigencia de este Decreto.

- Todos tendrán acceso a screening auditivo.
- Con Screening alterado, tendrán acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrán acceso a tratamiento.

b. **Oportunidad:**

□ **Diagnóstico**

Dentro de 3 meses de Edad Corregida.

□ **Tratamiento**

Audífonos: dentro de 6 meses de Edad Corregida.

Cirugía Coclear, según indicación médica.

□ **Seguimiento**

Dentro de 14 días desde el alta.

c. **Protección Financiera:**

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
PREMATUREZ	Diagnóstico	Sospecha de Hipoacusia del Prematuro	por evento	10,350	20%	2,070
		Confirmación Hipoacusia del Prematuro	por evento	28,440	20%	5,680
	Tratamiento	Hipoacusia del Prematuro: Implementación bilateral Audífono	por evento	1,565,670	20%	313,130
		Hipoacusia del Prematuro: Cirugía Coclear	por evento	22,829,070	20%	4,565,810
	Seguimiento	Seguimiento Hipoacusia del Prematuro	mensual	16,240	20%	3,250

25. TRASTORNOS DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO.

Definición: Corresponden a alteraciones en la generación del impulso eléctrico del corazón y/o a trastornos de la conducción, que determinan asincronía entre la contracción Auricular y Ventricular.

Requiere de estimulación artificial para recuperar o mejorar funcionamiento fisiológico desde punto de vista hemodinámico, evitando la muerte súbita por asistolía y mejorando la capacidad funcional y calidad de vida.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ Bloqueo Av 2º Grado: Tipos Mobitz I Y II
- ✓ Bloqueo Auriculoventricular Tercer Grado (Completo)
- ✓ Bloqueo Bifascicular y Bloqueo Trifascicular
- ✓ Bloqueo Senoatrial
- ✓ Síndrome De Stokes-Adams
- ✓ Taquicardia supraventricular con conducción AV acelerada
- ✓ Bradiarritmia secundaria a complicación de ablación con radiofrecuencia
- ✓ Síncope por bradiarritmia
- ✓ Síncope neurocardiogénico maligno
- ✓ Fibrilación Y Aleteo Auricular
- ✓ Síndrome Taquicardia-Bradicardia
- ✓ Síndrome Del Seno Enfermo o Enfermedad Del Nódulo Sinusal (Ens) o Disfunción Del Nódulo Sinusal.
- ✓ Hipersensibilidad del Seno Carotídeo
- ✓ Indicaciones de Marcapaso después de la fase aguda del Infarto Agudo del Miocardio

a. **Acceso:** Beneficiario de 15 años y más.

- Con sospecha, tiene acceso a diagnóstico.
- Con confirmación diagnóstica, acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con requerimiento de cambio de generador de Marcapaso, tratamiento y seguimiento

b. **Oportunidad**

□ **Diagnóstico**

Dentro de 30 días desde sospecha.

□ **Tratamiento**

Dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.

□ **Seguimiento**

Primera consulta dentro de 15 días después de instalación de Marcapaso o cambio de generador.

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN: MARCAPASO en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación Trastorno de Conducción	por evento	138,240	20%	27,660
	Tratamiento	Implantación Marcapasos	por evento	1,862,970	20%	372,590
	Seguimiento	Seguimiento Trastorno de Conducción	por evento (3 controles)	33,060	20%	6,610

Artículo 2°.- Para efectos del presente título se entenderá por:

a) Beneficiarios: Personas que sean beneficiarios de la ley N° 18.469 o que sean afiliados o beneficiarios de la ley N° 18.933.

b) Confirmación diagnóstica: Comprobación de la existencia de una enfermedad o condición de salud específica en un beneficiario, mediante las correspondientes acciones de salud y/o tecnología sanitaria que corresponda.

c) Fonasa: Fondo Nacional de Salud regulado en el decreto ley N° 2.763 del año 1979.

d) Garantías: Garantías explícitas en salud, es decir aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud determinados en el artículo precedente y que están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

e) Isapre: Institución de Salud Previsional regulada en la ley N° 18.933.

f) Periodicidad: Lapso considerado para efectos del valor determinado por el arancel en relación a una prestación o un grupo de prestaciones comprendidas en dicho período, prescritas por un profesional de la salud, en relación a cada enfermedad o condición de salud establecida en el artículo 1°, con la cobertura financiera señalada en el mismo artículo. Pueden ser por evento, por ciclo, mensual, anual.

g) Prestaciones: Acciones de salud, tecnología sanitaria o dispositivos médicos, tales como consultas médicas, exámenes y procedimientos; medicamentos; artículos farmacéuticos y de laboratorio; material quirúrgico, instrumental y demás elementos o insumos que se requieran para el diagnóstico de un problema de salud y su tratamiento o seguimiento. Las prestaciones asociadas a cada uno de los

problemas de salud se encuentran taxativamente señaladas en el artículo precedente, de acuerdo a la etapa de diagnóstico, tratamiento o seguimiento en que se encuentre el beneficiario.

h) Prestador o prestadores de salud: Personas naturales o jurídicas que ejecutan acciones de salud, tales como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales o clínicas, que formen parte de la Red de Prestadores, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 11.

i) Problema de salud: Enfermedad, condición de salud o programa determinado en el artículo precedente.

j) Red de prestadores: Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o el contrato entregan las prestaciones señaladas en la letra g) precedente, a los beneficiarios del Fonasa o las Isapres.

El Fonasa otorgará dichas prestaciones a través de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y con los demás prestadores que hubieren celebrado convenio para estos efectos con dicho organismo. Las Isapres otorgarán las prestaciones a través de los prestadores que para tales efectos determinen dichas Instituciones y que deberán constar en el respectivo contrato del afiliado.

k) Sospecha: Etapa en que los síntomas presentados por un beneficiario, junto con su historia médica y los signos clínicos observados en la evaluación que hace el profesional de salud, llevan a establecer una alta probabilidad de existencia de una determinada enfermedad o condición de salud, que da origen a derivación a la prestación que corresponda.

l) Superintendencia: Superintendencia de Salud.

Artículo 3°.- Los problemas de salud que se encuentran garantizados en este decreto se definen técnicamente de manera genérica. Las patologías que se encuentran incorporadas en dicha definición y por tanto sujetas a las Garantías se describen en la columna “patologías incorporadas”.

Las prestaciones se agrupan de dos formas:

a) Por tipo de intervención sanitaria: de acuerdo a la etapa en que se encuentre el beneficiario: diagnóstico, tratamiento o seguimiento. La oportunidad se asocia a dicha agrupación.

b) Por prestaciones unitarias o grupos de prestaciones: de esta forma se determinó el “Arancel de Referencia de las Garantías”, asignándose el valor de acuerdo a la periodicidad de entrega. Tanto los valores de las prestaciones contenidas en el arancel como el copago establecido se expresan en pesos, moneda corriente y no

tendrán recargo por concepto de horario, independiente del día u hora en que se efectúen.

En el caso de “grupos de prestaciones”, las prestaciones que aparecen en el arancel se describen taxativamente en el Anexo denominado “Listado de Prestaciones Específico”. Cuando sea posible, las prestaciones en dicho Listado se identifican de acuerdo a los códigos Fonasa para la Modalidad de Atención Institucional o la Modalidad de Libre Elección, los que se usan para estos efectos solo con fines de identificación de la prestación.

El Ministerio de Salud podrá establecer las normas de carácter técnico médico y administrativo que se requieran para el debido cumplimiento de las Garantías. En uso de dichas atribuciones, establecerá los diagnósticos clínicos asociados a las patologías incorporadas, las especificaciones o características técnicas de las prestaciones y los profesionales requeridos para la atención de las prestaciones cuando corresponda, entre otras materias.

Artículo 4º.- El Fonasa y las Isapres deberán otorgar a sus beneficiarios las prestaciones asociadas a los problemas de salud, en la forma y condiciones de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera que establece este decreto, la ley N° 19.966 y sus reglamentos.

Artículo 5º.- Para que los beneficiarios tengan derecho a las Garantías establecidas en este decreto, será necesario que se cumplan los siguientes requisitos o condiciones:

1.- Que se trate de un problema de salud incluido en el artículo 1° de este decreto;

2.- Que el beneficiario sea de aquellos a quienes dicho artículo 1° haya considerado para el acceso a las prestaciones de la patología que se trate;

3.- Que se sospeche o confirme el diagnóstico de uno o más de los problemas de salud, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo siguiente, por el profesional que corresponda en la Red de Prestadores. En caso que la confirmación diagnóstica de un beneficiario de la ley N° 18.469 se produzca fuera de la señalada Red, un reglamento determinará la forma en que los beneficiarios podrán ingresar a ella a la fase de tratamiento, para hacer efectivas las Garantías.

4.- Que las prestaciones se otorguen en la Red de Prestadores, salvo lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 11, y

5.- Que se trate de las prestaciones incluidas en el mencionado artículo 1°, y que hayan sido debidamente prescritas por el profesional que corresponda.

Artículo 6°.- Las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios se encuentran taxativamente señaladas en el artículo 1° precedente, las que se entregarán de acuerdo a la prescripción que realice el profesional competente y conforme las especificaciones o características técnicas que establecen los artículos 1° y 3°, no procediendo la homologación de prestaciones. Para estos efectos se entiende por homologación de prestaciones el reemplazo de ellas por otras que no se encuentran contempladas en el referido artículo 1° o con especificaciones distintas a las exigidas.

Se entenderá formar parte del artículo 1° de este decreto el Anexo titulado “Listado de Prestaciones Específico”, cuya edición será autorizada por el Ministerio de Salud.

Fundado en razones de carácter clínico o sanitario, el profesional de la salud tratante podrá no prescribir una o más de las prestaciones cuando, atendida la situación de salud del beneficiario y el estado de la medicina en el país, las perspectivas de éxito o sobrevida no hagan aconsejable la prestación correspondiente. Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, los beneficiarios tendrán derecho a solicitar una segunda opinión profesional, a la que se estará en definitiva. El Fonasa y las Isapres deberán contemplar los mecanismos para el ejercicio del derecho contemplado en este inciso, en alguno de los prestadores que formen parte de la Red correspondiente.

Si se otorgare una prestación no contemplada en el citado artículo 1°, la cobertura financiera será aquella que corresponda a la Modalidad de Atención Institucional, en el caso de beneficiarios del Fonasa; o del plan complementario de salud, en el caso de las Isapres. En esta situación, la prestación deberá encontrarse contemplada en el arancel respectivo.

Artículo 7°.- No obstante lo señalado en el artículo 1° precedente sobre Garantía de protección financiera, el Fonasa deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el citado artículo 1° a las personas pertenecientes a los grupos C y D del señalado artículo 29, de acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 30 del Título IV de la ley N° 18.469.

Artículo 8°.- Las prestaciones señaladas en el artículo 1° precedente se otorgarán exclusivamente a través de la Red de Prestadores del Fonasa y de las Isapres según corresponda.

Los prestadores deberán estar ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato de salud previsional. Los contratos que contemplen la ejecución de prestaciones en el extranjero, deberán ajustarse a las instrucciones que dicte la Superintendencia de Salud.

Artículo 9.- Para tener derecho a las Garantías, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán atenderse en la Red de Prestadores que les corresponda. Asimismo, deberán acceder a ésta a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, y las demás situaciones que determine un reglamento.

El referido reglamento determinará también la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fonasa, podrán derivar a la Red de Prestadores, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades contenidas en el artículo 1°. Dichos beneficiarios, para acogerse a las Garantías, deberán atenderse en la Red de Prestadores respectiva.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías.

Artículo 10.- Para tener derecho a las Garantías, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguno de los problemas de salud cubiertos por dichas Garantías, deberán atenderse en la Red de Prestadores de la Isapre. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías.

Artículo 11.- Para los efectos de la garantía de oportunidad, los plazos de días que se establecen son de días corridos. En caso que el vencimiento del plazo se produzca en día sábado, domingo o festivo, el término se prorrogará hasta el día siguiente hábil, salvo situación de urgencia o emergencia.

En los casos en que el prestador designado por el Fonasa o la Isapre no esté en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad por cualquier causa, se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El beneficiario deberá concurrir, por sí o por tercero, ante el Fonasa o la Isapre, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el tercer día de vencido el plazo que corresponda de acuerdo al artículo 1° precedente, para que se le designe un nuevo prestador,
2. La designación antes indicada se deberá efectuar dentro de segundo día, y el nuevo prestador deberá cumplir con similares características a las del prestador designado originalmente.
3. Para efectos de la nueva designación, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de diez

días, plazo que se contará desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1º fuese inferior, caso en el cual este nuevo término será el que allí se establece.

4. Si el Fonasa o la Isapre no designare un nuevo prestador o si éste no estuviera en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad, el beneficiario, por sí o por tercero, deberá concurrir a la Superintendencia, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el tercer día de vencido el plazo, señalado en los N° 2 ó 3 precedentes, según corresponda.
5. En el caso expuesto en el numeral anterior, la Superintendencia procederá a designar un nuevo prestador dentro de segundo día, plazo que se contará desde la comparecencia del beneficiario.
6. Una vez designado el prestador por la Superintendencia, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de cinco días, contados desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1º fuese inferior, caso en el que este nuevo plazo será el que allí se establece.

Las prestaciones que se otorguen con ocasión de las situaciones a que alude este artículo, deberán ser financiadas por el Fonasa o las Isapres sin alterar la Garantía de protección financiera establecida en el artículo 1º.

No se entenderá que hay incumplimiento de la Garantía de oportunidad en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el Fonasa o la Isapre.

Artículo 12.- La Superintendencia podrá establecer las normas administrativas que se requieran para el debido cumplimiento de las Garantías. Especialmente establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el Fonasa y las Isapres para que éstos o los prestadores, cuando corresponda, dejen constancia e informen de, a lo menos, las siguientes materias en lo que se refiere a las Garantías:

- 1.- Problema de Salud consultado y prestación asociada;
- 2.- Monto del pago que corresponda hacer al beneficiario;
- 3.- Plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente;
- 4.- Constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

Asimismo, deberá regular los mecanismos que deberán implementar el Fonasa y las Isapres, para cumplir con la Garantía de oportunidad en el caso señalado en el artículo precedente.

Artículo 13.- La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto.

TÍTULO II

DE LAS METAS DE COBERTURA PARA EL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA

Artículo 14.- Las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la Ley N° 18.469, contenido en la resolución exenta N° 1.079, de 24 de noviembre de 2004, del Ministerio de Salud, serán las siguientes, las que deberán cumplirse dentro de un año a contar de la entrada en vigencia de este decreto:

I. PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN GENERAL

Se entenderán como tales aquellos problemas de salud cuyos factores de riesgo dependen de la edad y/o sexo de los beneficiarios.

a) FENILCETONURIA

Intervención:	Determinación de fenilalanina en sangre
Población Objetivo:	recién nacidos
Meta de Cobertura:	100%

b) HIPOTIROIDISMO

Intervención:	Determinación de TSH en sangre
Población Objetivo:	recién nacidos
Meta de cobertura:	100%

c) BEBEDOR PROBLEMA

Intervención:	Escala Breve para detección del Bebedor Anormal (EBBA) y consejería
Población Objetivo:	Personas de 15 a 64 años
Meta de cobertura:	10%

d) HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Intervención: Medición de Presión Arterial Estandarizada
 Población Objetivo: Personas de 15 a 64 años
 Meta de Cobertura: 10%

e) TABAQUISMO

Intervención: Cuestionario Estandarizado
 Población Objetivo: Personas de 15 a 64 años
 Meta de Cobertura: 10%

f) OBESIDAD

Intervención: Medición de Peso y Talla
 Población Objetivo: Personas de 15 a 64 años
 Meta de Cobertura: 10%

g) DISLIPIDEMIA

Intervención: Examen de Colesterol Total
 Población Objetivo: Hombres de 35 a 64 años; Mujeres de 45 a 64 años
 Meta de Cobertura: 10%

h) CÁNCER CERVICOUTERINO:

Intervención: Examen de Papanicolaou (PAP)
 Población Objetivo: Mujeres desde 25 a 64 años
 Meta de Cobertura: 35%

i) CÁNCER DE MAMA

Intervención: Mamografía
 Población Objetivo: Mujeres de 50 años
 Meta de Cobertura: 10%

II. PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD EN POBLACIÓN DE RIESGO

Se entenderán como tales aquellos problemas de salud cuya aparición depende de factores de riesgo asociados a antecedentes familiares, genéticos u otros distintos a la edad o sexo, y que es mayor que en la población general.

j) DIABETES MELLITUS

Intervención: Glicemia en ayunas
 Población Objetivo: Mujeres embarazadas con factores de riesgo
 Meta de Cobertura: 100%

k) TUBERCULOSIS

Intervención: Baciloscopía
 Población Objetivo: Personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios por 15 días o más
 Meta de Cobertura: 80%

l) INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Intervención: Test de Elisa de tamizaje y confirmatorio con consejería pre y post examen
 Población Objetivo: Embarazadas con factores de riesgo
 Meta de Cobertura: 100%

m) SIFILIS

Intervención: Examen de VDRL en sangre
 Población Objetivo: Embarazadas y personas con conductas de riesgo
 Meta de Cobertura: 100%

Artículo 15.- Las referidas metas serán obligatorias para el Fonasa y las Isapres y deberán cumplirse, a más tardar, transcurrido un año desde la entrada en vigencia de este decreto.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas.

Artículo 16.- El presente decreto entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a su publicación en el Diario Oficial por el plazo de un año, el que se entenderá prorrogado automáticamente hasta que entre en vigencia el decreto que determine las Garantías Explícitas en Salud conforme al numeral 2.- del artículo primero transitorio de la ley N° 19.966.

Artículo transitorio.- La Garantía Explícita de Calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la ley N° 19.937.

ANÓTESE, TÓMESE RAZON Y PUBLÍQUESE .-

**RICARDO LAGOS ESCOBAR
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**

**NICOLAS EYZAGUIRRE GUZMÁN
MINISTRO DE HACIENDA**

**PEDRO GARCIA ASPILLAGA
MINISTRO DE SALUD**