DIVISION JURIDICA
COMITE 2
KPD
266
JEFE
05 NOV. 2013

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN JURÍDICA
JDA/AZI/JHG/LLC/AMSCH/ABG

CONTRALORIA GENERAL
OFICINA GENERAL DE PARTES
04 NOV 2013

APRUEBA NORMAS DE CARÁCTER TÉCNICO MÉDICO Y ADMINISTRATIVO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DE LA LEY 19.966.

TOMADO RAZON
11 NOV. 2013
Contralor General
de la República

N° 45

MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES
RECIBIDO

SANTIAGO, 26 JUL. 2013

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON
NUEVA RECEPCION
- 3 OCT. 2013

DEPART. JURIDICO	4 OCT. 2013 R66/KPD	
DEPART. T. R. Y REGISTRO		
DEPART. CONTABIL.		
SUB. DEP. C. CENTRAL		
SUB. DEP. E. CUENTAS		
SUB. DEPTO. C. P. Y BIENES NAC.		
DEPART. AUDITORIA		
DEPART. V. O. P. U. y T.		
SUB. DEPTO. MUNICIP.		

REFRENDACION
REF. POR $ ____
IMPUTAC. ____
ANOT. POR $ ____
IMPUTAC. ____
DEDUC. DTO. ____

RETIRADO
SIN TRAMITAR
FECHA ____ CON OFICIO Nº 3438

VISTO: estos antecedentes; lo establecido en el artículo 4º, número 2, del D. F. L. N° 1 de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763 de 1979 y de las Leyes Nº 18.469 y Nº 18.933; lo dispuesto en el inciso final del artículo 3° del Decreto Supremo N° 4, de 2013, del Ministerio de Salud, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud de la ley N° 19.966, y lo indicado en el Oficio N°38.965 de 2008, y en la resolución N° 1.600 de 2008, ambos de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- Que para lograr una correcta y efectiva aplicación del Régimen de Garantías Explicitas en Salud es necesario disponer dictar los actos administrativos que contengan las herramientas necesarias para su adecuada comprensión y cumplimiento por parte de los distintos actores del sector salud del país.

- Que, en ese sentido, el artículo 3° del Decreto Supremo N°4 de 2013, de Salud, que aprueba los Problemas de Salud y las Garantías Explícitas en Salud asociadas, dispone que: "El Ministerio de Salud podrá establecer las normas

de carácter técnico médico y administrativo que se requieran para el debido cumplimiento de las Garantías, las que tendrán carácter obligatorio. En uso de dichas atribuciones, establecerá los diagnósticos clínicos asociados a las patologías incorporadas, las especificaciones o características técnicas de las prestaciones, los profesionales requeridos para la atención de las prestaciones cuando corresponda, así como los procedimientos de evaluación del cumplimiento de dichas normas, entre otras materias.

- Que, dicha facultad reafirma lo dispuesto en el artículo 4 N°2 del D. F. L. N° 1 de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763 de 1979 y de las Leyes Nº 18.469 y Nº 18.933, que expresa que corresponde a esta Cartera de Estado: "Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas".
- Que, por lo antes expuesto, dicto el siguiente:

D E C R E T O

1º. APRUÉBANSE las siguientes Normas Técnico Médico y Administrativo, para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud de la Ley N° 19.966, que regirán para las Garantías Explícitas en Salud, aprobadas en el Decreto Supremo N° 4, de 5 de Febrero de 2013, del Ministerio de Salud:

1. DEFINICIONES GENERALES.

a. **Régimen General:** el Régimen General de Garantías en Salud establecido en la Ley N° 19.966.
b. **Decreto Supremo N° 4:** Decreto Supremo N° 4, de 5 de Febrero de 2013, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, de la ley N° 19.966.
c. **Garantías:** las Garantías Explícitas en Salud, establecidas en el Decreto Supremo N° 4. Dicho Decreto Supremo las define en su artículo 2°, letra d) como 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 1° del referido Decreto Supremo Nº 4 y que están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

   Se entenderá formar parte del artículo 1º del Decreto Supremo Nº 4, el Anexo titulado "Listado de Prestaciones Específico".

   Garantía Explícita de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de los Libros II y III del D.F.L. Nº 1 de 2005, de Salud, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo N° 4.El otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas se entenderá como el grupo de prestaciones incluidas en la intervención sanitaria.

Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo al D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo N° 4.

Garantía Explícita de Oportunidad: plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el Decreto Supremo N° 4, en su artículo 11. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor o caso fortuito de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45 del Código Civil[1] y en aquellos casos que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el FONASA o la ISAPRE.

Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen, establecido para estos efectos en el Decreto Supremo N° 4.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 160 del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 161 del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud.

d. **Arancel de Referencia:** Arancel de Referencia del Régimen: Corresponde al valor en pesos, establecido en el Decreto Supremo N° 4, para las prestaciones unitarias o grupos de prestaciones determinadas por el mismo Decreto Supremo para cada problema de salud y cuyos valores han sido establecidos para efecto de la determinación de la contribución (copago) del 20% del valor determinado en el Arancel, que deben efectuar los beneficiarios que acceden a las Garantías Explícitas en Salud. Los valores totales de las prestaciones del arancel y los valores de los copagos, se expresan en pesos, moneda corriente y no tendrán recargo por concepto de horario.
e. **Listado de Prestaciones Específico:** Corresponde a la descripción taxativa de las prestaciones de salud que conforman las prestaciones unitarias o los grupos de prestaciones determinados en el Arancel de Referencia para cada problema de salud, las cuales son exigibles por el beneficiario, de acuerdo a la prescripción del profesional competente. Conforme a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 4 de 2013, de Salud, este Anexo se entiende formar parte de él.
f. **Evento:** Para los efectos del presente Decreto, se entenderá por evento la ocurrencia, a un beneficiario del Libro II ó III del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud, de un problema de salud que se encuentre incorporado en el Decreto Supremo N° 4.
g. **Beneficiarios:** Personas que sean beneficiarias del Libro II y III del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud.
h. **FONASA:** Fondo Nacional de Salud regulado en el D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud.

---

[1] Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir como un naufragio, un terremoto, los actos de autoridad ejercidos por funcionarios públicos, etc. De esta manera, el caso fortuito o fuerza mayor debe ser inimputable, vale decir, que provenga de una causa enteramente ajena a la voluntad de las partes; imprevisible, esto es, que no se haya podido prever dentro de los cálculos ordinarios y corrientes; e irresistible, es decir, que no se haya podido evitar, ni aun en el evento de oponerse las defensas idóneas para lograr tal objetivo.

i. **ISAPRE:** Institución de Salud Previsional regulada en Libro III del D.F.L. Nº 1 de 2005, de Salud.
j. **Superintendencia:** Superintendencia de Salud regulada en el D.F.L. Nº 1 de 2005, de Salud.
k. **D.F.L. Nº 1 de 2005, de Salud:** Decreto con fuerza de ley Nº 1, del año 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763 de 1979 y de las Leyes Nº 18.469 y Nº 18.933.

2. DEFINICIONES TÉCNICO MÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE APLICACIÓN GENERAL.

a. **Atención Kinésica Integral:** Prestación de salud que incluye por sesión, la evaluación y todos los procedimientos de medicina física, rehabilitación o kinesiterapia, que realiza el kinesiólogo a un paciente con prescripción médica para este tipo de tratamientos. Esta puede ser ambulatoria o cerrada.
b. **Atención integral por Terapeuta Ocupacional:** Prestación de salud que incluye por sesión, la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria y los procedimientos terapéuticos en el ámbito de la rehabilitación funcional física y mental que realiza el terapeuta ocupacional a un paciente con prescripción médica para este tipo de tratamiento.
c. **Atención integral por Tecnólogo médico con mención en oftalmología:** Prestación de salud que incluye la detección de los vicios de refracción ocular a través de su medida instrumental mediante la ejecución, análisis, interpretación y evaluación de pruebas y exámenes destinados a ese fin. Quienes cuenten con el título de optometrista obtenido en el extranjero podrán desarrollar dichas actividades, siempre que convaliden su título ante la Universidad de Chile.
d. **Consulta Integral de Especialidad:** Es la atención profesional otorgada por el médico especialista que corresponda, a un paciente en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, fondo de ojo, medición de peso y talla. Esta misma definición se aplicará cuando se trate de consulta o control médico integral otorgada por un médico general.
e. **Atención odontológica integral:** prestación de salud realizada por un cirujano dentista de todos los procedimientos necesarios para mantener, proteger y/o recuperar la salud bucal de una persona. Esta atención incluye acciones relacionadas con el diagnóstico, prevención y tratamiento de las patologías bucales de acuerdo a las necesidades de cada persona, integrando la educación en salud bucal durante todo el proceso clínico.
f. **Atención integral por Fonoaudiólogo:** Prestación de salud que se centra en la prevención, evaluación y rehabilitación de los procesos comunicativos, desórdenes del lenguaje, el habla, la voz, la deglución y la audición.
g. **Día Cama de Hospitalización Integral:** Es la prestación de salud referida a la ocupación de una cama de un establecimiento asistencial, por parte de un paciente que estando, ya sea, en etapa diagnóstica, tratamiento o seguimiento de un problema de salud con garantía explícita, requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias. La prestación incluye:
   - El uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama, la alimentación oral y/o enteral diaria, la atención de todos los profesionales de la salud y personal paramédico, en particular atención completa y procedimientos de enfermería

tales como tomas de muestras para exámenes, curaciones, administración de terapias, colocación de sondas, inyectables, enemas, administración de fleboclisis y transfusiones.

- Además los medicamentos y dispositivos médicos de uso habitual, los materiales y elementos de enfermería no desechables, insumos de uso general tales como gasa, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares, guantes quirúrgicos y de procedimientos, antisépticos y desinfectantes de todo tipo, oxígeno y aire comprimido.
- En términos generales, y aun teniendo presente la especificidad de las instalaciones y personal que en cada caso se requiera, se entenderá que la definición de Día cama de Hospitalización Integral, es aplicable a los diferentes tipos de días de hospitalización según niveles de cuidado, tales como cuidados básicos, medios y críticos.

h. **Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.) Adulto, Pediátrico o Neonatal:** Es la prestación de salud, definida para la internación y atención de pacientes críticos. Además de lo señalado para el Día Cama de Hospitalización Integral, la prestación incluye:

- Ocupación de una cama de internación en una Unidad de Cuidado Intensivo, ubicada en dependencias ad hoc, de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales asegura una atención permanente las 24 horas del día.
- Todas las acciones de salud que el enfermo reciba en la Unidad, otorgadas por el personal profesional residente y de colaboración competentes, para atención de paciente crítico.
- Uso de instalaciones y equipos que caracterizan a las U.C.I., tales como equipos de monitores invasivos y no invasivos, ventilación mecánica invasiva, ventilación mecánica no invasiva, desfibriladores, bombas de infusión continua.
- Los procedimientos en esta unidad pueden incluir entre otros: monitorización no invasiva, electrocardiogramas, control de presión arterial, oximetría de pulso, capnografía, nutrición oral o enteral, sonda vesical, oxigenoterapia, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, terapia inhalatoria, hidratación, administración de drogas vasoactivas, sedación y analgesia, punción venosa central, punción arteria central, catéter Swan Ganz, tonometría, instalación catéter de presión intracraneana, nutrición parenteral, otras punciones o drenajes: punción lumbar, punción pleural, abdominal, traqueotomía, diálisis aguda.
- Insumos, gases y aire comprimido, en lo que sea pertinente, según se explicita en materia de derecho de pabellón.
- Cuando se trate de Unidades Especializadas, tales como, Unidades de Hematología intensiva y Trasplante de médula alogénico Pediátrico o de Adulto que cumplan con las definiciones y exigencias técnicas descritas en este numeral, que posean presión positiva y aire filtrado (filtros Hepa), utilizarán la misma nomenclatura y codificación de Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.).

i. **Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I.) Adulto, Pediátrico o Neonatal:** Es la prestación de salud, definida para la internación o derivación de pacientes cuyo estado clínico tiene características de mediana gravedad. Además de lo señalado para el Día Cama de Hospitalización Integral, la prestación incluye:

- Ocupación de una cama de internación en una Unidad de Tratamiento Intermedio que dispone de organización técnica y administrativa propia dentro de las instalaciones de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales asegura una atención permanente las 24 horas del día.

- Todas las acciones de salud que el enfermo reciba en la Unidad, otorgadas por el personal profesional residente y de colaboración, con competencia técnica para U.T.I.
- Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios durante la permanencia del paciente en la Unidad, detallados en la letra g) de este punto 2.
- Insumos, gases y aire comprimido, en lo que sea pertinente.
- Cuando se trate de Unidades Especializadas, tales como, Unidades Coronarias, Respiratorias, Cirugía, Hematoncología, Aislamiento oncológico u otras, que cumplan con las definiciones y exigencias técnicas descritas en este numeral, utilizarán la misma nomenclatura y codificación de Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I.).

j. **Día Cama Integral Psiquiátrico Diurno:** Es la prestación de salud referida a la ocupación de una plaza de hospitalización parcial, como mínimo 6 horas diarias y sin pernoctar en el establecimiento de salud. Incluye todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación psiquiátrica que se le efectúen al paciente durante su permanencia en el establecimiento además de lo señalado para la prestación Día Cama de Hospitalización Integral.

k. **Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Corta Estadía:** Es la prestación de salud referida a la ocupación de una plaza de hospitalización en un régimen de hospitalización completa. El valor de la prestación incluye, todo lo señalado en la letra g) de este punto 2, además de consulta psiquiátrica, consulta psicológica, psicometría, psicoeducación, psicoterapia y procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales.

l. **Día Cama de Observación:** Corresponde el cobro del Día Cama de Observación, cuando el beneficiario permanezca como mínimo 4 horas utilizando una cama en el establecimiento y sin pernoctar en él.

m. **Intervención quirúrgica:** Corresponde al conjunto de acciones de salud efectuadas a un paciente en un Quirófano (Pabellón Quirúrgico), bajo anestesia, para un tratamiento determinado, por uno o más equipos de cirujanos, médico anestesiólogo, perfusionista si corresponde. Esta definición se aplicará a todos los problemas de salud que involucren cirugía.

   Representa un acto médico quirúrgico integral, desde el control preanestésico hasta el alta quirúrgico del paciente, (incluyendo los controles que sean necesarios), y que además de los actos anestésicos y las técnicas específicas para el tipo de cirugía de que se trate, incluye los honorarios de la totalidad del Equipo médico señalado en el párrafo anterior, arsenalera, derecho de pabellón con las instalaciones, sala de recuperación post-anestésica, equipos, instrumental, insumos y medicamentos utilizados en dicha intervención.

n. **Atención Médica de Emergencia o Urgencia:** Para los efectos de la presente resolución se aplicarán los conceptos de Atención Médica de Emergencia o Urgencia; Certificación de Estado de Emergencia o Urgencia, y Paciente Estabilizado, y Secuela Funcional Grave en los términos en que se definen en el artículo 3° del Decreto Supremo N° 369 de 1985 y sus modificaciones.

o. **Criterios de inclusión:** Son las condiciones clínicas y no clínicas que, para un determinado problema de salud, permiten el acceso a los beneficiarios a una determinada intervención sanitaria, de acuerdo a lo definido en el Decreto Supremo N° 4 y al conocimiento científico disponible.

p. **Derecho de Pabellón Quirúrgico:** Corresponde al derecho de uso de recintos autorizados para su funcionamiento que cumplen con los requisitos establecidos en las Normas Técnicas Básicas aprobadas mediante Decreto Supremo N° 58 de 2008, del Ministerio de Salud, que cuentan con instalaciones y anexos,

equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas. Los anexos están referidos a sectores, salas y unidades, que complementan y facilitan el funcionamiento del recinto quirúrgico, tales como áreas de lavado quirúrgico, vestuario de pacientes y personal, sectores para almacenamiento de equipos, ropa e instrumental estéril, sala de recuperación post anestésica, y que cuenta con servicios de apoyo de acuerdo a su complejidad.

Esta prestación incluye en su valor el uso de este tipo de recintos, la atención de todos los profesionales de la salud y personal paramédico, insumos y elementos, tales como, guantes quirúrgicos, agujas, jeringas, catéteres corrientes o similares, cánulas y sondas desechables, todo tipo de drenajes, todo tipo de materiales de sutura, ropa, jabones para lavado quirúrgico, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares. Asimismo, incluirá el uso de gases (oxígeno y aire comprimido), anestesia, neurolépticos, analgésicos, y relajantes musculares de cualquier tipo.

Toda vez que, para la resolución de determinados problemas de salud, el Listado de Prestaciones Específicas, que forma parte del Decreto Supremo N° 4, incluye uso de pabellón quirúrgico, el valor total de la prestación tiene incorporados los respectivos derechos de pabellón quirúrgico, por tanto no corresponde efectuar cobros adicionales por este concepto.

q. **Ficha o Historia Clínica:** Ficha clínica es el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente.
Las fichas clínicas podrán llevarse en soporte de papel, electrónico, u otro, y su contenido se registrará por el profesional que efectúa la prestación de salud, en el acto de otorgarla o inmediatamente después de ello.
La información contenida en las fichas clínicas será considerada dato sensible, de conformidad con lo establecido en el artículo 2°, letra g) de la ley N° 19.628.

r. **Tipo de Intervención sanitaria.** Los problemas de salud incluidos en el Decreto Supremo N° 4 fueron definidos técnicamente de manera genérica, sin perjuicio de lo cual pueden identificarse para ellos distintos tipos de intervención sanitaria que se asocian a las etapas del proceso de atención del paciente, que se detallan a continuación:

- **Diagnóstico:** Proceso mediante el cual, a través del análisis de los síntomas presentados por el beneficiario junto a la historia clínica, a los signos clínicos observados, junto a las acciones de salud y/o tecnología que correspondan, el profesional de la salud lleva a establecer o descartar la existencia de una determinada enfermedad o condición de salud. Este proceso se inicia al momento de la sospecha de una determinada enfermedad o condición de salud y finaliza con la confirmación o el descarte de ésta.
  En aquellos problemas de salud en que la sospecha es realizada por un profesional no médico (ej.: diabetes, hipertensión, displasia de caderas, estrabismo), este podrá incorporar al usuario al proceso AUGE para realizar su diagnóstico. Incluye el tamizaje en población sana, en algunos problemas de salud.
- **Tratamiento:** Proceso mediante el cual uno o más profesionales de salud realizan una o más prestaciones a un paciente, con el objeto de mejorar su condición de salud.

- **Seguimiento:** Corresponde al conjunto de prestaciones de la fase de vigilancia a que se somete un enfermo ya tratado por un problema de salud y en un determinado período.

s. **Medicamentos:** En materia del Listado de Prestaciones Específico, toda vez que las prestaciones o grupos de prestaciones incluyan medicamentos genéricos, se entenderá que están garantizados, aun cuando sean prescritos con nombre comercial. De la misma forma, cuando se trata de medicamentos en que se describe el efecto farmacológico, se entenderá que están garantizados tanto en forma de genéricos como por nombre comercial. Los medicamentos combinados que incluyan dos o más principios activos, incluidos por separado en el listado de prestaciones específico se entenderá que también están garantizados.

t. **Patologías incorporadas:** Corresponden a las enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual, que se asocian a cada problema de salud con garantías explícitas.

u. **Periodicidad:** Lapso considerado para efectos de aplicar el valor determinado por el arancel en relación con 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 artículo 1° del Decreto Supremo N° 4, con la cobertura financiera señalada en el mismo artículo. Puede ser cada vez, por ciclo, mensual, anual, por tratamiento completo, por evaluación o evaluación completa, por seguimiento completo, por esquema completo de quimioterapia y por tratamiento trimestral.

h.1. Cada vez: Se realiza cada vez que se entregan las prestaciones que componen el grupo correspondiente, entendiendo que la cantidad de prestaciones que se entreguen dependerán de la indicación médica. Por lo tanto no se deben realizar cobros adicionales de lo que corresponde al grupo de prestaciones (canasta).

h.2. Por ciclo: Se realiza por cada ciclo de quimioterapia.

h.3. Mensual: Se otorga de manera mensual, contando 30 días desde el día que se inicia el caso.

h.4. Anual: Se otorga de manera anual, contando 365 días desde el día que se inicia el caso.

h.5. Tratamiento completo: Se entiende desde la indicación de tratamiento hasta el alta del paciente.

h.6. Por evaluación o evaluación completa: Se entiende como la evaluación postquirúrgica que abarca desde el alta hospitalaria hasta el último control médico recibido por el paciente.

h.7. Por seguimiento completo: Se entiende desde el término de tratamiento hasta el último control médico recibido por el paciente.

h.8. Por esquema completo de quimioterapia: Corresponde a las prestaciones que se realizan durante el período de un esquema de quimioterapia completa de un cáncer, por lo tanto no deberían haber cobros aparte de estas prestaciones durante los ciclos.

h.9. Por tratamiento trimestral: Se realiza de manera trimestral, contando 90 días desde el día que se inicia el caso.

v. **Prestaciones:** Acciones de salud, tecnología 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 garantizadas para cada uno de los

problemas de salud se encuentran taxativamente señaladas en el Decreto Supremo N° 4, de acuerdo a la etapa en que se encuentre el beneficiario.

w. **Prestador o prestadores de salud:** Personas naturales (profesionales y técnicos de la salud) o jurídicas (farmacias, consultorios, consultas, centros médicos, hospitales o clínicas), que ejecutan acciones de salud y que formen parte de la Red de Prestadores, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto Supremo N°4.

x. **Red de Prestadores:** Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o el contrato, entregan las prestaciones establecidas en el Decreto Supremo N° 4, a los beneficiarios del FONASA o las ISAPRE.

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 dichos organismos. Las ISAPRE otorgarán las prestaciones a través de los prestadores que para tales efectos determinen dichas Instituciones.

y. **Problema de Salud:** Enfermedad, condición de salud determinado en el artículo 1 del Decreto Supremo N° 4.

z. **Procedimientos Médicos:** Corresponden a acciones de salud, identificadas por prestaciones unitarias o grupos de prestaciones, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos o terapéuticos, para lo cual, utilizan equipos, instrumental, instalaciones o salas de procedimientos según la patología que se esté tratando. Su valor incluye honorarios médicos, de anestesiólogo y derecho de sala de procedimientos.

aa. **Prótesis:** Sustitutos artificiales de partes del cuerpo y/o materiales insertos en tejidos, utilizados con fines terapéuticos o funcionales, entre otras, manos, brazos o piernas artificiales, válvulas cardíacas, prótesis en reconstrucción mamaria, dentales removibles de acrílico y de metal, caderas.

bb. **Órtesis:** Es un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

cc. **Ayudas técnicas:** Elementos que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad; son dispositivos muy diversos que incrementan el nivel de independencia funcional de los usuarios (bastones, andadores, sillas de rueda, cojín antiescaras y colchón antiescaras).

dd. **Derecho de Sala de Procedimientos:** Corresponde al derecho de uso de una sala (lugar o recinto de instalación independiente o anexa) que en condiciones de asepsia y seguridad permite a un profesional de la salud, efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos. Esta prestación incluye en su valor el uso de la sala, la atención del personal paramédico, el uso de instrumental o equipo específico para el procedimiento a efectuar, los insumos y elementos de uso general, tales como, guantes quirúrgicos, agujas, jeringas, catéteres corrientes, sondas desechables, materiales de sutura, ropa, jabones para lavado quirúrgico, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares. En caso de procedimientos complejos, con uso de anestesia o analgesia, están incluidos los gases y medicamentos que este acto implique.

Toda vez que, para la resolución de determinados problemas de salud, el Listado de Prestaciones Específicas, que forma parte del dictado Decreto Supremo N° 4 incluye procedimientos diagnósticos o procedimientos terapéuticos, el valor total de la prestación tiene incorporados los respectivos derechos de sala de procedimientos, por tanto no corresponde efectuar cobros adicionales por este concepto.

ee. **Consultoría de Salud Mental:** La consultoría de salud mental por psiquiatra, tiene por objeto apoyar al médico general y al equipo de salud, en la confirmación diagnóstica, la definición del programa de tratamiento y/o en la decisión de derivación para atención por especialista cuando corresponda. Incluye actividades como, la evaluación y/o atención conjunta de pacientes, la revisión de fichas clínicas y la discusión de los casos. La información generada de la actividad de "consultoría" deberá quedar registrada en la ficha clínica de cada paciente.

ff. **Capacidad Resolutiva:** Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad de una patología. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

gg. **Intervención Psicosocial Grupal:** Atención profesional otorgada por integrantes del equipo de salud general capacitado o integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, a un grupo no menor de cuatro ni mayor de doce pacientes, familiares o cuidadores. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo a las organizaciones de usuarios y grupos de autoayuda, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral. Puede ser realizada en establecimientos de salud de atención ambulatoria, en unidades de hospitalización, en dispositivos comunitarios (centros diurnos, casas club, clubes de integración social, otros), en espacios propios de la comunidad o donde la autoridad sanitaria determine.

hh. **Visita Integral de Salud Mental:** Actividad realizada en terreno por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental. Se realiza en el domicilio, lugar de trabajo, establecimiento educacional, dispositivo comunitario o cualquier otro espacio natural del usuario e incluye tanto al usuario como a sus familiares, cuidadores, jefes y compañeros de trabajo, profesores, etc.

ii. **Cierre de casos:** Los casos AUGE pueden ser cerrados por diferentes causales como:

- Fallecimiento.
- Cambio de previsión del sistema de atención de salud. Ahora bien, aquellos beneficiarios que a la fecha de realizarse el cambio de previsión se encontraren recibiendo prestaciones, tendrán derecho a seguir recibiéndolas de acuerdo al tipo de intervención sanitaria en que se encuentre y por parte del seguro el cual haya realizado el copago. En el caso de los pacientes con patologías crónicas recibirán las prestaciones del primer asegurador hasta el término de la periodicidad en que se encuentre.
- Término de tratamiento: Causal atribuible al profesional tratante ya sea porque el paciente ha mejorado, porque ya no requiere ser tratado o porque el tratamiento correspondiente al problema de salud ya se ha proporcionado en su totalidad.
- No cumple criterios de inclusión: En aquellos casos que la pertinencia de la sospecha ingresada por otro establecimiento no corresponda o sea inadecuada
- Exclusión por protocolo o guías clínicas.
- Término de tratamiento garantizado.

- Por rechazo al prestador o al tratamiento: Solo en el caso que el rechazo sea para todas las prestaciones incluidas en el problema de salud.
- Otra causa expresada por el paciente.
- 3 inasistencias a citaciones efectivas, y registradas.

  Citación efectiva: Es aquella situación en que se tomó contacto directo con el Paciente/usuario, utilizando cualquiera de los mecanismos siguientes:
  - Llamada telefónica con contacto efectivo: corresponde al llamado recibido por la persona o a su representante o tutor legal. Se deberá registrar la realización de la llamada y su resultado.
  - Visita domiciliaria: En este se entregará en el domicilio establecido por el usuario una citación en sobre cerrado dirigida al usuario, la que se entregará al usuario o a su representante legal o tutor. Se deberá registrar la visita, el resultado y el nombre y firma de la persona que recibió la citación.
  - Carta Certificada: Deberá ser enviada a la dirección del paciente/usuario. Se deberá tener registro del envío y del resultado del procedimiento.

  En caso en que el usuario hubiera autorizado por escrito la entrega de la información a otra persona, se considerará contacto efectivo la entrega de la información, por los mismos mecanismos a la persona que haya sido definida formalmente por el usuario.

3. DEFINICIONES TÉCNICO MÉDICO Y ADMINISTRATIVO POR PROBLEMA DE SALUD.

Para la aplicación de prestaciones por cada problema de salud, debe tenerse presente, el detalle de prestaciones unitarias o grupo de prestaciones que se establece en el Arancel de Referencia de las Garantías y el Listado de Prestaciones Específico, definidos en el numeral 1, letra d) y e) de esta normativa.

3.1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5

Algunas de las garantías definidas para este problema de salud, están relacionadas con las prestaciones siguientes:

a. Acceso vascular (AV)

Es la manera de conectar la sangre circulante del paciente con el dializador en pacientes con indicación de hemodiálisis (HD), como tratamiento de sustitución renal. El AV debe permitir un flujo de sangre suficiente y conexiones cada vez que sea necesario, habitualmente tres veces a la semana. El AV debe estar disponible funcionalmente en el momento en que los parámetros de función renal de un paciente requieran el inicio de HD. Con este propósito el médico especialista debe derivar al paciente con una enfermedad renal crónica progresiva e irreversible para la creación del acceso vascular al menos 2 a 4 meses antes de la fecha estimada de inicio de la hemodiálisis.

Los tipos de acceso vascular garantizados corresponden a la fístula arteriovenosa y catéter tunelizado, según la indicación médica correspondiente.

b. **Hemodiálisis Tratamiento Mensual**

- Es la aplicación de la técnica de diálisis a pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal en centros de diálisis o unidades de diálisis de un hospital o clínica, autorizados para funcionar como tales.
- Esta prestación incluye la aplicación de la técnica de diálisis, incluidas las ultrafiltraciones, la atención de todos los profesionales de la salud y el equipo paramédico, que el paciente requiera durante la realización del procedimiento, insumos tales como concentrados, aguja de fístula, sueros, equipos de fleboclisis, filtros, líneas, heparinas, agujas corrientes, jeringas, guantes de procedimientos y los exámenes de laboratorio que este tipo de pacientes requieren para su control.
- Administración de tratamientos orales, endovenosos (fierro, eritropoyetina, transfusiones, otros) o intramusculares que el paciente tenga prescrito y que sean factible de ser administrados durante el procedimiento de diálisis.
- El tratamiento mensual, ha sido calculado con 13,5 sesiones a fin de cubrir los meses de 14 hemodiálisis y aquellas adicionales que deban efectuarse. Constituyen excepción los casos de tratamientos trisemanales completos, en los cuales resulten 12 hemodiálisis mensuales por el número de días del mes.
- Se incluyen en el valor de esta prestación los exámenes mensuales que siguen: Nitrógeno Ureico pre y post (03-02-057 x2), Creatinina en plasma (03-02-023), Potasemia (03-02-032), Calcemia (03-02-015), Fosfemia (03-02-042), Hemoglobina (03-01-037), Transaminasas (GOT o GPT) (03-02-063 x 2), y en pacientes de alto riesgo los Anticuerpos virales Determinación de H.I.V. (03-06-169).
- También están incluidos los exámenes trimestrales siguientes: Albuminemia (03-02-060), Fosfatasas Alcalinas (03-02-040), Bicarbonato (03-02-011), Cuociente NU prediálisis y NU post diálisis (03-02-057 x 2).
- De la misma forma, la prestación incluye los exámenes semestrales Parathormona (03-03-018), Antígeno Hepatitis B, (03-06-077), anticuerpos anti Hepatitis C, (03-06-081), Anticuerpo anti H.I.V. (03-06-169) y la Ferritina (03-01-026). Los marcadores virales códigos 03-06-169, 03-06-077 y 03-06-081, deberán determinarse en todos los pacientes al inicio del tratamiento, en cuanto a su determinación posterior, esta puede ser variable, dependiendo de las necesidades de cada paciente.

  Para la prestación de hemodiálisis, los centros o unidades que las otorguen, deberán asegurar el acceso a banco de sangre o servicio de transfusiones, acceso a unidades de rescate para traslados en casos de descompensaciones. En caso de entrega de alimentación y traslado al paciente, por parte del centro o unidad, este servicio no podrá ser cobrado en forma separada.

c. **Peritoneodiálisis Continua.**

- El catéter está garantizado en el grupo de prestaciones denominado "instalación de catéter de peritoneodialisis".
- La implantación del catéter debe ser realizada por un médico-cirujano con experiencia. Por ser un procedimiento invasivo deberá ser realizado en un pabellón quirúrgico de baja complejidad.

- Prestación destinada al tratamiento mensual de pacientes con enfermedad renal crónica terminal, que dispongan de prescripción médica para acceder al uso de esta técnica, la cual está contraindicada en el caso de enfermedad abdómino – peritoneal, resecciones intestinales, diverticulitis, hernias no tratables, abscesos abdominales, enfermedad intestinal isquémica, cuerpos extraños (prótesis valvulares, válvulas derivativas).
- La prestación incluye la solución para la peritoneodiálisis, los medicamentos y los exámenes de laboratorio que el paciente requiera, las sesiones de educación necesarias para la aplicación de la técnica por parte del paciente y/o su familia, administración de tratamientos orales, endovenosos e intramusculares (fierro, eritropoyetina, otros) que el paciente tenga prescrito y sean factibles de ser administrados en los controles efectuados por médico o enfermera.
- La peritoneodiálisis continua incluye los exámenes mínimos mensuales siguientes: Hematocrito (03-01-036), Creatinina (03-02-023), Nitrógeno Ureico (03-02-057), Fosfemia (03-02-042), Calcemia(03-02-015), Glicemia (03-02-047), Potasemia (03-02-032), Bicarbonato (03-02-011), Fosfatasas Alcalinas (03-02-040), Transaminasas (GOT o GPT) (03-02-063 x 2).

De la misma forma incluye en forma trimestral la ejecución de Albuminemia (03-02-060), creatinina y nitrógeno en líquido peritoneal; en forma semestral los exámenes de Colesterol total (03-02-067), Triglicéridos (03-02-064), ferritina (03-01-026), porcentaje de saturación de la transferrina (03-01-082); anualmente los exámenes de Parathormona (03-03-018), Antígeno Hepatitis B, (03-06-077), anticuerpos (anti HVC) Hepatitis C, (03-06-081), Anticuerpo anti H.I.V. (03-06-169).

- Todos estos exámenes deberán realizarse también al ingreso de cada paciente al tratamiento.

d. Estudio Pre-Trasplante:

La prestación incluye los exámenes y procedimientos que han sido individualizados en la prestación "estudio pre-trasplante", del Listado de Prestaciones Específico (consultas de especialidad, exámenes de laboratorio, estudios de histocompatibilidad, exámenes de imagenología, procedimientos cardiológicos, estudios urodinámicos, estudios de banco de sangre).

- Le corresponderá al establecimiento responsable de la red definida solicitar la repetición de los estudios que los protocolos de Enfermedad Renal Crónica Terminal (E.R.C.T.) recomienden y en los plazos que corresponda.
- Le corresponderá al establecimiento responsable de la red definida cautelar la ejecución de los estudios de histocompatibilidad que permitan la incorporación del paciente a la lista nacional de trasplantes, en el plazo que la garantía de oportunidad establece para ese efecto en el Decreto Supremo Nº 4.

e. Trasplante Renal:

En materia de "Protección Financiera", el trasplante renal se ajusta estrictamente a lo señalado en el Decreto Supremo Nº 4.

El trasplante renal anticipado es la forma preferida de reemplazo renal y de ser

posible debe incentivarse.

Indicación de trasplante

1. Todo paciente con Enfermedad Renal Crónica etapa 5, sin contraindicaciones absolutas.
2. Todo paciente con velocidad de filtración glomerular (VFG) menor a 20 ml/min y con la evidencia de un deterioro irreversible, sin contraindicaciones absolutas.

Contraindicaciones Absolutas:

1. Pacientes con cáncer activo.
2. Pacientes con infección sistémica activa.

f. Tratamiento y Profilaxis de Infección por CMV Alto Riesgo:

Cuando se efectúa el estudio Serológico IgG para CMV al Receptor y Donante del Trasplante, resultando el donante POSITIVO para CMV y el receptor NEGATIVO para el CMV y en todo receptor > 15 años (IgG NEGATIVO o POSITIVO para CMV) pero que se encuentre en tratamiento inmunosupresor con Timoglobulina. El tratamiento considera los siguientes medicamentos: Ganciclovir E.V. 5mg/kg/12 horas EV por 14 días y valganciclovir 900 mg por día en comprimido desde el día 15 al 100, o sea por 85 días.

g. Tratamiento y Profilaxis de Infección por CMV Bajo Riesgo:

Cuando se realiza el estudio Serológico IgG para CMV al Receptor del Trasplante, resultando POSITIVO para el CMV. El tratamiento considera los siguientes medicamentos: Ganciclovir 5 mg/KG/12 horas por 21 días, lo que requiere hospitalización por 21 días del paciente, y Valganciclovir 900 mg por día en comprimidos por 21 días.

3.2. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS

Para efecto de esta normativa, se entenderá lo siguiente:

a. Clasificación de cirugía con Circulación Extracorpórea, Cardiopatías Congénitas:

Complejidad Menor: Incluye comunicación interauricular simple, estenosis pulmonar valvular, estenosis mitral o similar.

Complejidad Mediana: incluye comunicación interventricular, reemplazo univalvular, corrección de Wolf-Parkinson White y otras arritmias.

Complejidad Mayor: Incluye toda otra patología incorporada en el Decreto Supremo N°4 y aquellas cardiocirugías practicadas a lactantes menores de dos años.

Se excluye la patología de ductus arterial.

b. Angioplastía:

Esta prestación corresponde a la angioplastía de arteria pulmonar o vena cava.

Su valor incluye honorarios de la totalidad del equipo médico (cirujanos, anestesista), arsenalera, insumos, prótesis (stent, entre otros) y derecho de pabellón.

c. Valvuloplastía:

Esta prestación corresponde a la valvuloplastía mitral, tricúspide, aórtica o pulmonar. Su valor incluye la totalidad del equipo médico (cirujanos, anestesista), arsenalera, e insumos y derecho de pabellón.

d. Exámenes Electrofisiológicos:

Esta prestación incluye honorarios médicos, anestesista, catéteres y otros insumos, medicamentos, derecho a pabellón, correspondiente a los procedimientos cardiológicos de ablación con corriente continua o radiofrecuencia de nódulo aurículo-ventricular y ablación con corriente continua o radiofrecuencia de vías accesorias y otras.

Para efectos de Protección Financiera, se entenderá que corresponde copago según lo señalado en el Decreto Supremo Nº 4.

e. Reintervenciones:

Se entenderá como reintervenciones aquellas cirugías que requiera un niño/a ya operado, las que se pueden subdividir en:

- Del post operatorio inmediato: para solucionar situaciones médicas tales como hemorragias post operatorias o taponamiento cardiaco.
- Reintervenciones precoces: se realizan durante el post operatorio inmediato: presencia de defecto residual significativo desde el punto de vista hemodinámica que no admite demora. Mala adaptación a la técnica quirúrgica como por ejemplo en el caso de patologías univentriculares (que requiere varias intervenciones).
- Reintervenciones tardías: se realizan en pacientes que encontrándose en seguimiento de este problema de salud, requieren de cirugías en distintas etapas (Por ejemplo: Tetralogía de Fallot y transposición de los grandes vasos).

Para efectos de Protección Financiera, se entenderá que corresponde copago sólo en las reintervenciones tardías.

3.3. CÁNCER (todos los Cánceres con Garantías Explícitas en Salud)

Serán de aplicación general en todo tipo de cánceres, los conceptos y definiciones, que a continuación se detallan:

a. Tamizaje:

Estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad. La intención es identificar enfermedades de manera temprana dentro de una comunidad.

b. **Diagnóstico:**
Intervención sanitaria efectuada por médico especialista con apoyo de equipamiento especifico que incluye procedimientos diagnósticos básicos y complejos entre ellos citológicos, histológicos, imagenológicos, de laboratorio y de biología molecular para confirmar o descartar la existencia de cáncer.

c. **Etapificación/Estudio:**
Intervención sanitaria que consiste en un conjunto de prestaciones efectuadas por médicos y otros profesionales no médicos con apoyo de equipamiento especifico que incluye procedimientos imagenológicos, histopatológicos (inmuno histoquímica), moleculares y genéticos para determinar; la clasificación, el estadio y/o grado de diseminación de un cáncer confirmado. También se utiliza en todos los casos de recidiva o recaída. Esta intervención permitirá realizar el proceso de etapificación correspondiente y determinar la indicación terapéutica.

d. **Tratamiento:**
Los tratamientos consideran, entre otras prestaciones, Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia (Teleterapia y Braquiterapia), Hormonoterapia, terapias biológicas u otras terapias de apoyo, pudiendo indicarse, según el tipo y estadio, como tratamiento único, tratamientos combinados, secuenciales o bien en forma concomitante.
Tratamiento primario: Primer tratamiento que se administra para una enfermedad, con frecuencia, forma parte de un conjunto estándar de terapias, como cirugía seguida de quimioterapia o radioterapia. Cuando se usa en forma separada, el tratamiento primario es el tratamiento que se acepta como el mejor. Si no sana la enfermedad o produce efectos secundarios graves se puede agregar otro tratamiento o reemplazarlo con otro. También se llama terapia de inducción, terapia de primera línea y terapia primaria.
Tratamiento Neoadyuvante: Tratamiento que se administra como primer paso para reducir el tamaño del tumor antes del tratamiento principal. Es un tipo de terapia de inducción. Entre los ejemplos de terapia neoadyuvante están la quimioterapia, la radioterapia y la terapia hormonal.

Tratamiento Adyuvante: Tratamiento adicional para el cáncer que se administra después del tratamiento primario para favorecer el control del cáncer. La terapia adyuvante puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia dirigida o terapia biológica.

Tratamiento coadyuvante: Habitualmente farmacológico, los que contribuyen o ayudan a la solución de síntomas o problemas derivados sea de la enfermedad o bien del tratamiento que recibió o recibe; por ejemplo: antieméticos, corticoides, analgésicos, antibióticos, anestésicos, crioterapia, antihistamínicos y otros. También se denomina así cuando un tratamiento contribuye con el otro tratamiento.

Tratamiento concomitante o concurrente: Tratamiento que se aplica al mismo tiempo que otro. Ej. Radio quimioterapia en cáncer cervicouterino, cisplatino y manitol en cáncer de testículo.

Los valores establecidos para los tratamientos definidos en el Listado de Prestaciones Específicos (L.P.E.), incluye en general: atención de profesionales de salud y de personal paramédico; las drogas su preparación y administración; los medicamentos, antibióticos, hormonas, sueros, sustancias radioactivas, otros; los

insumos, tales como bombas, conexiones, catéteres, sondas; los procedimientos de instalación, retiro o reinstalaciones de catéteres; la planificación, simulación e irradiación.

Para efectos de esta normativa, se entenderá que el tratamiento ha sido efectuado y da derecho a su cobro, cuando se ha completado la terapia planificada para cada paciente de acuerdo a la indicación del médico especialista tratante.

e. **Cirugía: (Niños y Adultos)**

Es el tratamiento principal en la mayoría de los tumores sólidos.

Esta Intervención sanitaria puede ser diagnóstica (ej.: biopsia), diagnóstica y terapéutica (ej.: orquidectomía, polipectomía, conización en cuello uterino) y terapéutica.

Las intervenciones diagnósticas que sean además terapéuticas, deberán ser cobradas solo en una de las intervenciones, ya sea la diagnóstica o la terapéutica.

Los valores establecidos para los tratamientos definidos en el *Listado de Prestaciones Específicos* (L.P.E.), incluye en general: la consulta integral de especialidad (atención de profesionales de salud y de personal paramédico), día cama hospitalización integral, UTI, UCI, cama observación y el derecho a pabellón según corresponda.

f. **Radioterapia (Niños y adultos)**

Corresponde a Teleterapia, Radioterapia Externa, Radioyodo y Braquiterapia (radioterapia interna o radioterapia intersticial). Su indicación puede ser como terapia Neoadyuvante, Adyuvante o bien concomitante.

Esta prestación incluye: Planificación médica, Simulación, Aplicación del tratamiento y los controles del tratamiento. Para efectos de la garantía de oportunidad, se consideran los plazos desde la aplicación de tratamiento.

La radioterapia externa puede ser con acelerador lineal de electrones, acelerador de alta Intensidad o con máquina de Cobalto.

La Braquiterapia puede ser de alta, mediana o baja tasa. Considera cuando es pertinente pabellón, anestesia y cama hospitalización en salas especiales (blindadas).

En los menores de 15 años habitualmente requiere de anestesia y cama de hospitalización transitoria y para braquiterapia de hospitalización en salas especiales (blindadas).

Para efectos de esta normativa, se entenderá que el tratamiento ha sido efectuado y da derecho a su cobro, cuando se ha completado la terapia planificada para cada paciente de acuerdo a la indicación del médico especialista tratante.

g. **Quimioterapia (Niños y Adultos)**

Puede ser administrada como terapia Neoadyuvante, (Primer Tratamiento), Adyuvante, (Segundo Tratamiento), o bien concomitante (dos tratamiento juntos y simultáneos). En hematologías oncológicas es el tratamiento principal.

Para efectos de protección financiera el valor de la prestación de salud incluye el procedimiento completo de quimioterapia:

- Drogas antineoplásicas: la/s droga/s, su preparación y la administración.
- Tratamiento de Neutropenia Febril: Considera hospitalización en salas de aislamiento las 24 horas del día, atención por equipo multidisciplinario de médicos (especialistas), enfermeras y técnicos paramédicos capacitados, diferentes líneas de antibióticos y factor estimulante de colonias en todos los casos de pacientes con esta complicación.
- Coadyuvantes específicos/ soporte: medicamentos de uso endovenoso y oral: tales como, antieméticos, corticoides, antihistamínicos, inhibidores de la bomba de protones y otros.
- Insumos: elementos indispensables para preparación y administración del tratamiento quimioterapia.
- Acceso venoso central o periférico: implemento externo instalado en un vaso sanguíneo para la administración de quimioterapia evitando riesgos de extravasación. Incluye procedimiento de instalación, radiografía de control, retiro e instalación de un segundo catéter, en caso de salida accidental, retiro por infección y otros.

La cobertura de instalación y retiro del acceso venoso central o periférico y el día cama hospitalización está incorporado en las prestaciones "Consultas y Exámenes de Tratamiento por Quimioterapia, y/o Hospitalización por Quimioterapia".

h. Seguimiento:

Se encuentra definido en el numeral 2, letra r) de esta norma.

3.4. CÁNCER CERVICOUTERINO

La etapificación del cáncer cervicouterino se inicia desde la confirmación diagnóstica y debe ser completada dentro de 20 días.

Los esquemas de tratamiento con quimioterapia son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suelen mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Resumen	Total estimado de ciclos	Secuencia	Duración
Quimioterapia Curativa Cáncer Cervicouterino Invasor	6	cada 7 días	1 día
Quimioterapia Paliativa Recidiva del Cáncer Cervicouterino Invasor	6	cada 21 días	2 día

3.5. ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO

Las prestaciones garantizadas en este problema de salud pueden ser entregadas en forma simultánea al problema de salud que originó la situación terminal. Estas atenciones podrán ser entregadas independientemente de si el paciente está hospitalizado, postrado o siendo atendido de forma ambulatoria.

3.6. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Los pacientes con angioplastia y/o by-pass, también tendrán acceso a prevención secundaria.

El fármaco clopidogrel está indicado en las intervenciones sanitarias de tratamiento y prevención secundaria.

3.7. DIABETES MELLITUS TIPO 1

El grupo de prestaciones identificado en "Protección Financiera" en el Decreto Supremo Nº 4 como:

a. Tratamiento 1º año (incluye descompensaciones): corresponde al primer año del inicio de tratamiento del paciente.
b. Tratamiento a partir de 2º año (incluye descompensaciones): corresponde al tratamiento de pacientes a partir del segundo año en adelante, esta incluye el manejo de descompensaciones de su diabetes. No incluye tratamiento de complicaciones que pudieran provocarla u otras.

Curaciones avanzadas

En los casos de pacientes diabéticos que presenten lesiones secundarias en las extremidades inferiores, cuyo tratamiento médico implique la realización de curaciones avanzadas, se entenderá que estos procedimientos serán efectuados por profesional de salud capacitado, quién aplicará la técnica e insumos que corresponda, según resultados de la Valoración de la Ulcera de Pie Diabético.

Para efecto de aplicación de prestaciones de curaciones avanzadas, se entenderá lo siguiente:

- Corresponde a la curación especializada realizada con insumos como: apósito interactivo, bioactivo o mixto. La frecuencia de la curación dependerá de las condiciones de la úlcera y del apósito que se utilice.
- Las prestaciones de curación avanzada de herida pie diabético infectado o no infectado, incluyen los procedimientos referidos, la atención profesional y los insumos detallados en el Listado de Prestaciones Específico. El cobro de la curación avanzada debe ser realizado por el tratamiento completo.

3.8. DIABETES MELLITUS TIPO 2

a. Beneficiario en tratamiento con indicación de monitoreo de glicemia capilar:

Aquellos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 insulinorequiriente, recibirán medidor de glicemia, lancetas y cintas reactivas por un periodo de tiempo delimitado, en los siguientes casos:

- Inicio de tratamiento.
- Descompensación por enfermedades intercurrentes.
- Ajustes de dosis.

b. Curaciones avanzadas:

Se aplicará lo descrito al respecto en el numeral anterior sobre diabetes mellitus tipo 1.

c. Ayudas técnicas pie diabético:

La bota corta de descarga estará indicada para todo paciente diabético con ulcera plantar con indicación de marcha.

La bota de descarga de la marcha debe:

- Lograr descarga parcial o total de la zona ulcerada.
- Permitir apoyar adecuadamente el pie lesionado.
- Abordar locamente la severidad de la lesión.
- Descarga absoluta del lugar de la lesión.

Debe al menos:

- Ser elaborada con materiales transparentes para rayos X.
- Poseer forma ambidiestra.
- Incorporar elementos adaptables de protección del pie y el tobillo.
- Poseer pala alta reforzada en su parte trasera y rígida termodeformada, lavable, respirable en la parte superior.
- Fondo rígido anti-torsión y anti- flexión con control de movimiento y redistribución de la carga de presión.
- La sujeción al pie y tobillo debe ser mediante sistema no removible Plantillas que rellenen la zona correspondiente a los arcos plantares interno y externo, para conseguir un aumento de la superficie de apoyo y por tanto una disminución de la presión parcial soportada por cada centímetro cuadrado de la piel plantar.
- Disponibilidad de diferentes tallas.
- El diseño del piso debe permitir el control de movimiento y deambulación y favorecer absorción anti-impacto y antideslizante.
- Inclinación del balancín.

3.9. CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Para la Garantía de Oportunidad de confirmación diagnóstica, se define la sospecha de probable patología maligna a partir de un resultado de mamografía y/o ecografía

mamaria alterada o por una evidencia clínica de cáncer.

La etapificación del cáncer de mama se inicia desde la confirmación diagnóstica y debe ser completada dentro de 45 días.

En la canasta donde se menciona "atención integral a mujeres con cáncer de mama", el alcance de esta canasta incluye a todas las personas independientemente de su sexo.

El tratamiento quirúrgico de Cáncer de Mama considera la intervención Quirúrgica sin reconstrucción y la intervención quirúrgica con reconstrucción mamaria inmediata o diferida según las distintas técnicas (implante o colgajos).

El médico especialista indica la Reconstrucción Mamaria a toda mujer que haya sido sometida a Mastectomía Total por cáncer de mama que cumpla con los criterios definidos y que no tenga contraindicaciones médicas u oncológicas para ello.

Los esquemas de tratamiento con quimioterapia son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suelen mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Resumen **Quimioterapia Cáncer de Mama etapa I y II**	**Total estimado de ciclos**	**Secuencia**	**Duración**
Esquema 4 AC + 4Taxano Etapa I y II	4 ó 12	21 días	1 día
Esquema 4AC + 4CMF Etapa I y II	8	21 días	1 y 2 días
Esquema 4 AC Etapa I y II	4	21 días	1 día
Esquema 6 FAC Etapa I - II	6	21 días	1 día
Resumen **Quimioterapia Cáncer de Mama etapa III**	**Total estimado de ciclos**	**Secuencia**	**Duración**
Esquema 6 FAC Etapa III	6	21 días	1 día
Esquema Etapa III 4 TAXANO	4 ó 12	21 días	1 ó 3 días
Esquema Etapa III 4 AC Etapa	4	21 días	1 día
Resumen **Quimioterapia Cáncer de Mama etapa IV**	**total estimado de ciclos**	**secuencia**	**duración**
Esquema 6 FAC-4-6 ciclos sin QT previa	6	21 días	1 día
RECIDIVAS desde cualquier etapa	**total estimado de ciclos**	**secuencia**	**duración**
Esquema TAXANO Etapa IV recidivas	4 ó 12	21 días	1 ó 3 días
Esquema CAPECITABINA Etapa IV recidivas	6	21 días	14 días
Esquema GEMCITABINA Etapa IV recidivas	6	21 días	2 días
Quimioterapia Cáncer de Mama etapa IV, metástasis óseas	**total estimado de ciclos**	**secuencia**	**duración**

Bifosfonatos	12 cajas	Mensual	1 día
Calcio con Vitamina D Oral	12 cajas	Diario	365 días
Hormonoterapia	**total estimado de ciclos**	**secuencia**	**duración**
Tamoxifeno	12	Diario	365 días
Inhibidor aromatasa	12	Diario	365 días
Calcio con Vitamina D Oral	12	Diario	365 días
Bifosfonatos	2	semestral	1 día

3.10. DISRAFIAS ESPINALES

Para toda definición de garantías, disrafia oculta se refiere al mismo concepto que la disrafia cerrada.

Para la garantía financiera de Rehabilitación 1° y 2° año en paciente con espina bífida abierta, esta se encuentra garantizada solamente para el 1° y 2° año de rehabilitación a contar del momento de la cirugía.

3.11. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN PERSONAS MENORES DE 25 AÑOS

Criterios para indicación de cirugía en escoliosis idiopática del adolescente

1. Curvas >40° en niñas pre-menárquicas de baja madurez esquelética y postmenárquicas inmaduras esqueléticamente, cuya curva progresa, pese al uso de corset.
2. Curvas >30° asociadas a lordosis dorsal severa con disminución de volumen torácico.
3. *Curvas mayores de 50° en esqueleto maduro.*
4. *Curvas >40° en varones menores a 16 años.*
5. *Curvas entre 40-50° en esqueleto maduro, asociado a severa deformidad de tronco.*

Las tres últimas situaciones son una indicación relativa de cirugía y la decisión está basada en una evaluación del riesgo de progresión y grado de deformidad del tronco.

Criterios para indicación de cirugía en escoliosis del adulto menor (20-25 Años)

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

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

El traumatólogo del nivel secundario evaluará funcionalidad de cadera aplicando el Test de Merle D´Aubigné y confirmará, de acuerdo a examen clínico, estudio radiológico y/o

imagenológico complementario, la condición de artrosis de cadera con limitación severa.

En el Decreto Supremo N° 4, para efectos de la garantía de protección financiera, se identifican en forma separada la intervención quirúrgica integral con prótesis de cadera y el Recambio de prótesis de cadera.

3.13. CÁNCER EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

En el grupo de prestaciones identificado en la "Protección Financiera" bajo el nombre de Tratamiento Cáncer menores de 15 años; el Listado de Prestaciones Específico incorpora las prestaciones asociadas a "Tratamiento Tumores Sólidos", "Tratamiento Leucemia Infantil" y "Tratamiento Linfoma Infantil".

Cada uno de estos grupos de prestaciones, contiene las consultas de especialidad, hospitalizaciones, exámenes, imágenes, estudios de anatomía patológica, entre otros; que se requieren para el diagnóstico y tratamiento completo de Tumores Sólidos, Leucemia Infantil y Linfoma Infantil. En cuanto a las imágenes la resonancia magnética garantizada corresponderá a aquella que sea indicada por el médico de acuerdo a la localización del cáncer sospechado.

En esta categoría también se incluye trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénicos y autólogos según situación específica.

En el grupo de prestaciones identificados en la "Protección Financiera" bajo el nombre de Seguimiento Cáncer menores de 15 años Tumores sólidos, leucemia y linfoma, el listado de prestaciones incorpora el tratamiento hormonal para los casos necesarios, asimismo incluye prótesis oculares y otras.

La prestación Radioyodo Cáncer de Tiroides en menores de 15 años, el pago de la prestación se efectuará por el tratamiento completo.

En quimioterapia, los esquemas de tratamiento con quimioterapia son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suelen mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Quimioterapia Cáncer en memores de 15 años			
Protocolo de Quimioterapia	**Total estimado de ciclos**	**Duración promedio**	**Secuencia**
Linfoma de Hodgkin	6	14 días	28
Linfoma B y LLA-B	5	8 días	21
Linfoma Linfoblástico	12	30 días	28
Linfoma No Hodgkin Anaplásico a Células Grandes	6	8 días	21

Leucemia linfoblástica aguda	12	30 días	mensual
Leucemia linfoblástica Lactante < 1 año	12	30 días	mensual
Leucemia Mieloide Aguda	12	5 días	21
Leucemia Promielocítica	12	2 días	21
Neuroblastoma	12	8 días	21
Osteosarcoma	8	4 días	21
Sarcoma partes blandas	12	5 días	21
Sarcoma de Ewing (PNET)	12	5 días	21
Tumores germinales Extra Sistema Nervioso Central (Extra SNC)	4	8 días	21
Tumor de Wilms	12	3 días	15
Retinoblastoma	8	3 días	21
Histiocitosis	12	2 días	21
Linfohistiocitosis Hemofagocítica	12	2 días	15
Recaída tumores sólidos	8	8 días	21
Hepatoblastomas	5	3 días	21
Hepatocarcinoma	12	3 días	21
Leucemias mieloide crónica	12	30 días	mensual
Recaídas de leucemias Linfoblásticas	12	7 días	21
Recaída de Leucemia Mieloide	5	7 días	21
Tu SNC alto Grado	8	3 días	21
Tumores de < de 3 años	12	4 días	21
Tu SNC de Bajo Grado	12	5 días	21
Tumor Germinal SNC	4	8 días	21

3.14. ESQUIZOFRENIA

Durante la etapa de diagnóstico y confirmación comienza el tratamiento farmacológico, psicológico y psicosocial. Una vez, confirmado el diagnóstico de esquizofrenia, el tratamiento se mantiene, adecuando la intensidad y énfasis de las intervenciones según se manifiesten las distintas etapas de la enfermedad.

Dado el curso crónico de la enfermedad, el tratamiento debe mantenerse en forma continua durante toda la vida, a partir del primer episodio.

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

Este problema de salud incluye a los tumores germinales con ubicación gonadal o extragonadal En el grupo de prestaciones, identificado en la "Protección Financiera" como Hospitalización por Quimioterapia, el Listado de Prestaciones Específico incorpora, bajo el nombre de Hospitalización por Quimioterapia, las prestaciones asociadas al tratamiento completo de Quimioterapia, consultas de especialidad, hospitalizaciones, transfusiones, exámenes, imágenes, entre otros.

Los esquemas de tratamiento con quimioterapia son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suele mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Quimioterapia Cáncer de testículo y germinales extragonadales			
Esquema de Quimioterapia	**Total estimado de ciclos**	**Duración**	**secuencia**
Quimioterapia E I	1	1día	0
Quimioterapia EP	4	5 días	21 días
Quimioterapia PEB (riesgo bajo, medio y alto)	4	5 días	21 días
Quimioterapia EIP- VelP	4	5 días	21 días
GEMOX	6	2 días	21 días

Respecto de la criopreservación de espermatozoides (Banco de espermios) los criterios de inclusión para su indicación son: consentimiento informado, exámenes de espermiograma (código 0308029), virus hepatitis C (código 0306081) y anticuerpos virales (código 0306169) previo a los tratamientos de radioterapia, quimioterapia o bien la orquidectomía bilateral (inicial o en caso de recidiva), en hombres jóvenes menores de 40 años, sin hijos o con paridad incompleta.

3.16. LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

En el grupo de prestaciones identificado en la "Protección Financiera" como Consultas y exámenes por Tratamiento Quimioterapia, el Listado de Prestaciones Específico incorpora bajo el nombre Consultas y Exámenes por Quimioterapia, las prestaciones asociadas al tratamiento **completo de cada esquema de Quimioterapia**, de especialidad, hospitalizaciones, exámenes, imágenes, transfusiones, estudios de anatomía patológica, entre otros.

Los esquemas de tratamiento con quimioterapia son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suelen mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más, Primera Línea			
Protocolos	**Total estimado de ciclos**	**Duración**	**secuencia**
Quimioterapia Linfoma Hodgkin Protocolo ABVD	6	2 días	21
Linfoma No Hodgkin indolente formas localizadas (etapas I y II). Esquema COP	6	1día	21
Linfoma No Hodgkin indolente formas avanzadas (etapas III y IV) principalmente foliculares, menores de 80 años. Esquema R-COP	8	1día	21
Quimioterapia Linfoma No Hodgkin indolente todas las etapas. Esquema CHOP	6-8	1día	21
Quimioterapia Linfoma No Hodgkin indolente formas avanzadas (etapas III y IV). Mayores de 75 años. Esquema Clorambucil	24	1día	21
Quimioterapia Linfoma No Hodgkin indolente formas avanzadas de zona marginal, células vellosas. Esquema Espelectomía+Clorambucil	24	1día	21
Quimioterapia Linfoma No Hodgkin de zona marginal, células vellosas. Esquema Cladribina 2CDA	1	7 días	única
Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin de células grandes B, menores de 80 años. Protocolo R-CHOP	6	1día	21
Quimioterapia Linfoma No Hodgkin agresivo incluido Burkitt. Esquema de Block	7	1día	21
Tratamiento Helicobacter Pylori	1	14 días	única
Sindromes Linfoproliferativos, Protocolo R	4	1 día	21
Linfomas cutáneos, Protocolo Retinoides	0	4 días	semanal /mensual

Resumen Quimioterapia de Segunda Línea	Total estimado de ciclos	Duración	secuencia
Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin, Protocolo ESHAP - MINE	6	9	21
Rescate de Linfoma Indolente, Protocolo Fludarabina	6	3	21
Resumen Quimioterapia de Tercera Línea	**Total estimado de ciclos**	**Duración**	**secuencia**
Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin, Protocolo ESHAP - ICE	6	3	21

3.17. SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

El examen de diagnóstico se realiza a personas que reúnen criterios de riesgo o a personas que lo solicitan.

En el listado de prestaciones específico se detallan los principios activos de los antiretrovirales garantizados, por lo tanto se pueden indicar las diferentes co-formulaciones que incluyan dichos principios activos.

Criterios de inicio de tratamiento antirretroviral para personas con sospecha fundada o diagnóstico confirmado de VIH/SIDA:

En personas de 18 años y más:

- Pacientes con manifestaciones de etapa B de la Clasificación CDC 1993, independiente de los CD4.
- Enfermedad oportunista de etapa C de la Clasificación CDC 1993, independiente de los CD4.
- Coinfección VHB con HBsAg (+), independiente de los CD4.
- Coinfección VHC, independiente de los CD4.
- Cáncer que requiera tratamiento oncológico inmunosupresor, independiente de los CD4.
- Deterioro neurocognitivo clínicamente significativo, independiente de los CD4.
- Nefropatías asociadas a VIH, independiente de los CD4.
- Riesgo cardiovascular elevado, independiente de los CD4.
- Mayores de 50 años, independiente de los CD4.
- En pacientes asintomáticos que tengan recuentos de linfocitos CD4 iguales o menores de 350 células/ mm3.
- Inicio de TAR a la persona con VIH con el objeto de reducir el riesgo de transmisión a su pareja serodiscordante.
- Continuar con TAR en Mujeres VIH (+) que recibieron Antiretrovirales durante la gestación para Prevención de Transmisión Vertical.

En embarazadas para la prevención de transmisión vertical:

- Sin tratamiento previo, iniciar TAR a las 20 semanas de gestación.
- Si tiene Carga Viral mayor a 100.000 copias, iniciar TAR en semana 14.
- Si tiene criterios clínicos e inmunológicos para iniciar TAR, por su propia patología, indicar inicio precoz de TAR.
- Si se produce la seroconversión durante la gestación, indicar inicio precoz de TAR.
- En caso de parto por cesárea, debe indicarse tratamiento antirretroviral 4 horas antes de la intervención, independientemente de la condición previa de tratamiento.
- En caso de parto vaginal, debe indicarse tratamiento antirretroviral desde el inicio del trabajo de parto, independientemente de la condición previa de tratamiento.

En personas menores de 18 años:

- Todo menor de 12 meses independiente de clínica, de los CD4 y de la CV.
- Mayores de un año que presenten manifestaciones clínicas de enfermedad en etapa A o B (episodio único de infección bacteriana grave) y que tengan evidencias de deterioro inmunológico moderado, etapa 2, CD4 <20%, según edad, o CV > 100.000 copias/ml.
- En recién nacidos hijos de madres VIH (+) iniciar prevención de la transmisión vertical con antiretrovirales entre las 6 y 12 horas de vida.

El tratamiento antiretroviral puede ser de forma precoz o no precoz, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Inicio precoz de tratamiento: se indica a las personas adultas que tienen CD4 < de 100 cél/ mm3, y a los niños que tienen CD4 < de 15%, de acuerdo a su edad.
- Cambio precoz de tratamiento Se indica a las personas que presentan toxicidad grado 3 y 4.
- Inicio no precoz de tratamiento: Se indica a las personas adultas que tienen CD4 superior a 100 cél/ mm3, y a los niños que tienen CD4 > 15% de acuerdo a su edad.
- Cambio no precoz de tratamiento: Se indica a las personas que presentan toxicidad grado 1 y 2.

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

La evaluación por especialista considerará las siguientes especialidades:

- Medicina Interna
- Cardiología
- Nefrología

Los criterios de derivación son:

- Hipertensión arterial refractaria; no se logra presión arterial bajo 160/100 mmHg con 3 ó más medicamentos antihipertensivos en dosis máximas toleradas, siendo uno de ellos un diurético.
- Sospecha de hipertensión secundaria.
- Enfermedad renal crónica: velocidad de filtración glomerular (VFG) bajo 30 ml/min o proteinuria (albuminuria igual o mayor a 300 mg/g creatinina urinaria).
- Hipertensión arterial y embarazo.

El monitoreo continuo de presión arterial corresponde a la intervención sanitaria de tratamiento.

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

El especialista tiene un plazo de hasta 180 días para confirmar/descartar la refractariedad al tratamiento de la epilepsia.

3.20. SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS

El alta a niños y niñas se otorga una vez erupcionados los 4 primeros molares definitivos. Los menores deben haber sido evaluados según criterio de riesgo y/o presencia de daño, recibiendo el tratamiento preventivo y/o recuperativo acorde al diagnóstico realizado.

Dado que la edad de erupción de los primeros molares es variable, los menores deben mantenerse en control hasta que finalice la erupción, aunque tengan más de 6 años de edad.

Todos los eventos que sucedan en el período en el que el paciente continúa en control en espera de la erupción de los 4 primeros molares definitivos y requieran prestaciones incluidas en el Listado de Prestaciones Específico se encuentran cubiertos por las garantías GES.

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

El estudio electrofisiológico que se realiza a pacientes portadores de este problema de salud, incluye los honorarios médicos y del anestesista, los insumos y medicamentos, el derecho de pabellón correspondiente a los procedimientos cardiológicos de ablación con corriente continua o radiofrecuencia de nódulo aurículo-ventricular y ablación con corriente continua o radiofrecuencia de vías accesorias y otras.

3.22. CÁNCER GÁSTRICO

Conforme a lo señalado en el Decreto Supremo N° 4, se establece para los beneficiarios de 40 años y más los siguientes criterios de inclusión:

Tendrá acceso a atención con médico especialista, todo beneficiario con dolor epigástrico persistente o recurrente de más de cuatro semanas.

La erradicación de helicobacter Pylori se mantiene para todo paciente de 40 años y más, la cual deberá ser realizada a través del problema de salud N° 80, del Decreto Supremo N° 4: Tratamiento de Erradicación del Helicobacter Pylori.

3.23. VICIOS DE REFRACCIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

Especificaciones técnicas de los lentes:

- Específicos para la edad del paciente.
- Marco de Acetato o celuloide inyectado de diferentes presentaciones y modelos.
- Dioptrías: todas las dioptrías.
- Envase: el anteojo debe entregarse con cartuchera y paño de limpieza.
- Se deberán mostrar los modelos para su selección.
- Livianos.
- No deben ser modelos dados de baja.
- Garantía del trabajo.

3.24. RETINOPATÍA DIABÉTICA

La consulta oftalmológica incluye Fondo de Ojo.

La prestación Panfotocoagulación, considera el tratamiento completo de cada ojo, independiente del número de sesiones que requiera dicho tratamiento.

3.25. DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El tratamiento de la depresión leve, moderada y grave es realizado por médico general o médico de familia en conjunto con otros profesionales del equipo de salud general.

El equipo de salud general deberá ser asesorado por un equipo de especialidad consultor (psiquiatra y psicólogo) cada vez que sea pertinente (interconsulta o consultoría de salud mental).

La derivación a equipo de especialidad en psiquiatría y salud mental se realiza cuando se presentan los siguientes diagnósticos:

- Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos.
- Depresión Refractaria o Resistente a Tratamiento, es decir, cuando no se logra una disminución importante en la intensidad de los síntomas depresivos, a pesar de haberse cumplido, con buena adherencia, con alguna de las siguientes condiciones:
  - Tratamiento secuencial con dosis terapéuticas de 2 antidepresivos diferentes por un mínimo de 4 semanas cada uno, además de consejería individual e intervención psicosocial grupal por un mínimo de 4 sesiones cada una.
  - Tratamiento secuencial con altas dosis de 2 antidepresivos diferentes por un mínimo de 4 semanas cada uno, además de psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal por un mínimo de 8 sesiones.
- Episodio Depresivo con Riesgo Suicida grave o extremo.

El tratamiento de toda Depresión debe incluir intervenciones psicosociales y farmacológicas, estructuradas en un programa de atención que se aplica a cada paciente a través de un plan individual de tratamiento integral, el que deberá quedar registrado en la ficha o historia clínica.

Si durante el proceso de tratamiento se diagnostica a un paciente con trastorno bipolar, se deberá garantizar la derivación expedita al GES correspondiente.

3.26. TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICAS

Indicación de tratamiento médico:

- Pacientes con síntomas moderados en puntuación internacional de síntomas prostáticos (IPSS). Puntaje entre 8 y 19.
- Pacientes con síntomas severos en puntuación internacional de síntomas prostáticos (IPSS) con contraindicación quirúrgica.

3.27. ÓRTESIS (O AYUDAS TÉCNICAS) PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

Especificaciones técnicas de las ayudas técnicas:

Bastones con Puño

- Mango de madera o material sintético, material de alta resistencia.
- Sin codera.
- Estructura de aluminio alta resistencia.
- Tamaño adulto.
- Regatón de goma dura antideslizante.
- Alto total regulable.

Bastones con Codera Móvil

- Codera móvil, material de alta resistencia.
- Empuñadura anatómica fija.
- Estructura tubular de aluminio alta resistencia.
- Regatón de goma dura antideslizante con plata metal interior.
- Largo de antebrazo regulable.
- Alto total regulable.

Bastones Cuatro Apoyos

- Empuñadura anatómica.
- Estructura tubular de aluminio alta resistencia.
- Cuatro Regatones de base de goma dura antideslizante con plata metal interior.
- Alto total regulable.
- Anillo de bloqueo para mayor seguridad.

Andador sin Ruedas

- Estructura tubular de aluminio de alta resistencia.
- Plegable.
- Liviano.
- Puños Antitranspirante.
- Altura regulable.
- Cuatro regatones antideslizantes.

Andador de Dos Ruedas

- Estructura de aluminio.
- Plegable.
- Liviano.
- Puños Antitranspirante.
- Altura regulable.
- Dos ruedas giratorias.

Andador de Paseo

- Estructura tubular de aluminio de alta resistencia.
- Altura regulable.
- Asiento acolchado con goma de alta densidad lavable.
- Cuatro ruedas macizas o inflables (en terreno asfaltado o liso maciza, en terreno de tierra o piedras inflable).
- Frenos de ruedas traseras independientes con eje fijo macizas.
- Plegable.
- Empuñadura ergométrica de goma suave de alta densidad, antideslizantes.
- Canasta metálica desmontable para llevar objetos bajo el asiento.

Colchón Antiescaras

- Colchón de flotación seca.
- Sistema de compresión pasiva.
- No eléctrico.
- Material lavable.
- Antimicrobiano.
- Material antitranspirante.
- Con cubierta protectora, desmontable.
- Funda antideslizante.
- Hipoalergénico.
- Anti-inflamable.
- Set de reparación.

Cojín Antiescaras

- Lavable.
- Sistema de compresión pasiva.
- Flotación seca.
- Funda antideslizante.
- Hipoalergénico.

- Anti-inflamable.
- Antitranspirante.
- Resistencia entre 100 a 140 kg de peso.

Silla de Ruedas

- Plegable.
- Liviana.
- Respaldo y asientos acolchados, antideslizante y antitranspirante.
- Respaldo y asientos de material lavable.
- Apoya brazo batiente.
- Piernera batiente y desmontable.
- Apoya pie regulable en altura.
- Ancho de asiento a medida.
- Rueda delantera maciza o inflable (en terreno asfaltado o liso maciza, en terreno de tierra o piedras inflable).
- Rueda trasera maciza.
- Eje de la rueda de acero resistente a la corrosión íntegramente cromada.
- Con frenos bilaterales.
- Manilla ergométrica de goma suave de alta densidad, antideslizantes para mayor seguridad.

Sillas de Ruedas Neurológicas

- Plegable.
- Liviana.
- Respaldo y asientos acolchados, antideslizante y antitranspirante.
- Respaldo y asientos de material lavable.
- Apoya brazo desmontable a medida.
- Ancho de asiento a medida.
- Rueda delantera maciza o inflable (en terreno asfaltado o liso maciza, en terreno de tierra o piedras inflable).
- Rueda trasera maciza.
- Eje de la rueda de acero resistente a la corrosión íntegramente cromada.
- Con frenos bilaterales.
- Manilla ergométrica de goma suave de alta densidad, antideslizantes para mayor seguridad.
- Cabezal desmontable.
- Respaldo reclinable.
- Pierneras desmontable, elevables, abatibles.
- Posa pies abatibles y regulables en altura y en ángulo.
- Completa sujeción con correas, arnés, peto o pechera, cinturón pélvico y torácico, calzón de sujeción.

Observaciones:

- El tipo de bastón, andador o silla de ruedas dependerá de la necesidad del usuario, según indicación del profesional.
- Las sillas de ruedas deben solicitarse a medida según el usuario, principalmente el ancho del asiento.

- Las sillas de ruedas neurológicas deben ser completamente a medida.

3.28. SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO

Para la indicación de tratamiento con Óxido Nítrico, se deben cumplir todos los criterios de inclusión que a continuación se señalan: recién nacido de término, con hipertensión pulmonar persistente confirmada con ecocardiografía, conectado a ventilación mecánica y con índice de oxigenación mayor de 25.

3.29. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR

El tratamiento quirúrgico de la HNP está indicado en pacientes con ciática radicular compresiva que no responden a tratamiento conservador después de un plazo de 6 semanas o presentan compromiso progresivo.

3.30. LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Los esquemas de tratamiento con quimioterapia para leucemias del adulto son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suele mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Resumen Leucemias Crónicas			
Quimioterapia Leucemia Linfática Crónica	**Total de ciclos**	**Duración**	**Secuencia**
Binet A (Rai 0- I- II), Binet B (Rai I ó II) asintomáticos	Observar sin quimioterapia	Observar sin quimioterapia	Observar sin quimioterapia
Quimioterapia Leucemia linfática crónica: Grupo clínico Binet B (Rai I ó II) sintomáticos y Binet C (Rai III y IV) Clorambucil oral + Prednisona	18 ciclos	5 días al mes	28 días
Quimioterapia Leucemia Linfática Crónica: Menores de 50 años refractarios a 1° línea o en recaida: Fludarabina EV u oral	6 ciclos	5 días por mes	28 días
Quimioterapia Leucemia Linfática Crónica: Grupo Clínico BINET C, RAI III y IV ó refractarios y anemia hemolítica secundaria (CHOP+COP) EV	12 ciclos	5 días por mes	28 días
Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica	**Total de ciclos**	**Duración**	**Secuencia**
Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Leucorreducción Hidroxicarbamida VO	1	15 días	única

Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica en >75 años: Tratamiento Hidroxicarbamida VO	12 ciclos	30 días	mensual
Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: 1° línea Imatinib 400 mg VO	12 ciclos	30 días	mensual
Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: 2° línea Nilotinib 600 mg VO	12 ciclos	30 días	mensual
Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: 3° línea Dasatinib 100 mg VO	12 ciclos	30 días	mensual
Quimioterapia leucemia linfoblástica aguda	**Total de ciclos**	**Duración**	**Secuencia**
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 15 a 30 años. LLA 15-30 Inducción	1	mensual	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 15 a 30 años. LLA 15-30 Reinducción, en pacientes que alcanzan respuesta parcial	1	8 días	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 15 a 30 años. LLA 15-30 Consolidación	1	47 días	única
Quimioterapia Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 15 a 30 años. LLA 15-30 Mantención Interina I	1	56 días	única
Quimioterapia Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 15 a 30 años. LLA 15-30 Intensificación tardía I	1	50 días	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 15 a 30 años. LLA 15-30 Mantención Interina II, solo respondedores lentos	1	41 días	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 15 a 30 años. LLA 15-30 Intensificación tardía II, solo respondedores lentos	1	50 días	única

Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 15 a 30 años. LLA 15-30 Mantención 1° y 2° año	24	30 días	mensual
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 15 a 30 años. LLA 15-30 Mantención 3° año, solo para varones	12	30 días	mensual
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 30 a 60 años. BFM modificado. Protocolo I Fase I y Fase II	1	64 días	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 30 a 60 años. BFM modificado. Protocolo M	1	57 días	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 30 a 60 años. BFM modificado. Protocolo II Fase I y II	1	52 días	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia Linfoblástica aguda estirpe B Philadelphia negativo entre 30 a 60 años, BFM Modificado. Mantención 1° y 2° año	24	30 días	mensual
Quimioterapia 1° línea Leucemia linfoblástica aguda estirpe T, linfoma linfoblástico agudo estirpe T y Quimioterapia 2° línea en Leucemia Linfoblástica aguda B philadelphia negativo en recaída. Rescate LLA Pre fase	1	5	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia linfoblástica aguda estirpe T, linfoma linfoblástico agudo estirpe T y Quimioterapia 2° línea en Leucemia Linfoblástica aguda B philadelphia negativo en recaída. Rescate LLA Block F1	1	6	única

Quimioterapia 1° línea Leucemia linfoblástica aguda estirpe T, linfoma linfoblástico agudo estirpe T y Quimioterapia 2° línea en Leucemia Linfoblástica aguda B philadelphia negativo en recaída. Rescate LLA Block F2	1	6	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia linfoblástica aguda estirpe T, linfoma linfoblástico agudo estirpe T, Leucemia linfoblástica aguda Philadelphia positivo y Quimioterapia 2° línea en Leucemia Linfoblástica aguda B philadelphia negativo en recaída. Rescate LLA Block R1	4	6	42 días
Quimioterapia 1° línea Leucemia linfoblástica aguda estirpe T, linfoma linfoblástico agudo estirpe T, Leucemia linfoblástica aguda Philadelphia positivo y Quimioterapia 2° línea en Leucemia Linfoblástica aguda B philadelphia negativo en recaída. Rescate LLA Block R2	4	6	42 días
Quimioterapia 1° línea Leucemia linfoblástica aguda estirpe T, linfoma linfoblástico agudo estirpe T, Leucemia linfoblástica aguda Philadelphia positivo y Quimioterapia 2° línea en Leucemia Linfoblástica aguda B philadelphia negativo en recaída. Rescate LLA Mantención por 2 años.	1	30	mensual
Quimioterapia leucemia Mieloblástica aguda	**Total de ciclos**	**Duración**	**Secuencia**
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda no Promielocítica entre 15 y 60 años, LMA HDC Inducción	1	7	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda no Promielocítica entre 15 y 60 años, LMA HDC Reinducción en respuesta parcial	1	7	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda no Promielocítica entre 15 y 60 años, LMA HDC Consolidación Citarabina altas dosis	3	6	21 días

Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda Promielocítica t(15;17), IC-APL protocolo internacional Inducción	1	30	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda Promielocítica t(15;17), IC-APL protocolo internacional. Primera consolidación pacientes de alto riesgo	1	15	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda Promielocítica t(15;17), IC-APL protocolo internacional. 2°consolidación pacientes de alto riesgo	1	15	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda Promielocítica t(15;17), IC-APL protocolo internacional. 3°consolidación pacientes de alto riesgo	1	15	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda Promielocítica t(15;17), IC-APL protocolo internacional. Primera consolidación pacientes de riesgo bajo e intermedio y alto riesgo > 60 años.	1	15	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda Promielocítica t(15;17), IC-APL protocolo internacional. 2°consolidación pacientes de riesgo bajo e intermedio y alto riesgo > 60 años.	1	15	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda Promielocítica t(15;17), IC-APL protocolo internacional. 3°consolidación pacientes de riesgo bajo e intermedio y Alto riesgo > 60 años	1	15	única
Quimioterapia 1° línea Leucemia mieloide Aguda Promielocítica t(15;17), IC-APL protocolo internacional. Mantención dos años para todos	24	30	mensual
Quimioterapia 2° línea Leucemia Mieloide Aguda no promielocítica en recaída, solo entre 15-40 años con posibilidad de Trasplante de médula ósea donante familiar idéntico. Ida-Flag	2	4	mensual

3.31. URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA

En los casos de sospecha de absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales y de flegmón oro-faríngeo de origen odontogénico, el tratamiento inicial en urgencia corresponde a la confirmación diagnóstica por parte de un cirujano dentista o médico de urgencias y la derivación inmediata.

La confirmación diagnóstica de las otras patologías incorporadas en esta garantía sólo puede realizarla un cirujano-dentista.

En los casos con confirmación diagnóstica de pulpitis, abscesos submucoso o subperióstico de origen odontogénico, pericoronaritis aguda, gingivitis úlcero necrótica, complicaciones post exodoncia (hemorragia y alveolitis de los maxilares) y traumatismo dentoalveolar, el tratamiento corresponde al control del dolor, de la hemorragia y de la infección local; así como también la restauración del diente en casos de pulpitis reversible.

3.32. CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE RIESGO BAJO A MODERADO DE ALCOHOL Y DROGAS EN PERSONAS MENORES DE 20 AÑOS

El tratamiento incluye 3 fases:

- **Tratamiento intensivo y motivación (inicial)**
  Consiste en un conjunto de intervenciones individuales, familiares, grupales y comunitarias, que según la evidencia resultan efectivas para la abstinencia o reducción del consumo de él o la consultante y para mejorar su funcionamiento y bienestar psicosocial. Incluye la evaluación integral y tratamiento intensivo sobre objetivos concretos y acotados, con énfasis en las intervenciones motivacionales, el manejo de contingencias y otras que refuercen la adherencia al tratamiento.

  La duración estimada de esta fase de tratamiento es de 3 meses. La frecuencia e intensidad de las intervenciones debe responder a las necesidades específicas y contexto de los consultantes, quedando estructurado en un plan de tratamiento individual.

  Esta fase de tratamiento está indicada en personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia, que comienzan un plan terapéutico y requieren un trabajo especial dirigido a fortalecer la motivación y adherencia al tratamiento.

- **Refuerzo del tratamiento y preparación al alta**
  Consiste en un conjunto de intervenciones individuales, familiares, grupales y comunitarias, que según la evidencia resultan efectivas para la abstinencia o reducción del consumo de él o la consultante y para mejorar su funcionamiento y bienestar psicosocial. Incluye el tratamiento intensivo sobre objetivos concretos y acotados, manteniendo las intervenciones motivacionales y de manejo de contingencias, así como otras de preparación para el egreso.

  La duración estimada de esta fase de tratamiento es de 3 meses, sumados a la fase anterior. La frecuencia e intensidad de las intervenciones debe responder a las necesidades específicas y contexto de los consultantes, tomando en consideración la evaluación intermedia y los logros alcanzados durante la fase previa, quedando

estructurado en un plan de tratamiento individual.

Esta fase de tratamiento está indicada para personas que requieren intervenciones más prolongadas, intensivas y/o especializadas.

- **Seguimiento**

  Consiste en un conjunto de intervenciones individuales, familiares, grupales y comunitarias, que según la evidencia resultan efectivas para la abstinencia o reducción del consumo de él o la consultante y para mejorar su funcionamiento y bienestar psicosocial. Incluye intervenciones motivacionales, de manejo de contingencias y prevención de recaídas, e incorporando las intervenciones realizadas en los contextos de vida de los consultantes.

  La duración estimada del seguimiento es de 12 meses. La frecuencia e intensidad de las intervenciones debe responder a las necesidades específicas y contexto de los consultantes.

  El seguimiento está indicado para todos los consultantes que han realizado un tratamiento, cualquiera de las fases antes definidas.

  La recaída, definida como un retomar o intensificar el consumo de alcohol y/o otras drogas, después de lograr la abstinencia o la disminución del uso, es común en estos cuadros. A los consultantes en esta situación se les garantiza el reingreso a cualquier fase del tratamiento necesaria para su proceso terapéutico.

3.33. ANALGESIA DEL PARTO

La prestación de salud Analgesia del Parto, será entregada a toda mujer que este indicado y acepte, una vez informada del procedimiento por el equipo profesional que la asiste: matrona / médico gineco-obstetra o médico cirujano. Las alternativas farmacológicas ofrecidas son: analgesia epidural continua y analgesia inhalatoria con Óxido nitroso.

El procedimiento de analgesia-anestesia peridural debe ser realizado por un profesional médico-cirujano con especialidad en anestesiología o con competencia en dicha técnica, debidamente certificada.

La analgesia inhalatoria es instalada y monitorizada por el equipo profesional encargado de la asistencia profesional del parto: matrona / médico obstetra o médico cirujano y su administración es regulada por la propia parturienta de acuerdo a su necesidad.

Para efecto de protección financiera, el valor de la prestación incluye el procedimiento de la administración de analgesia, los medicamentos, insumos y material utilizados en la aplicación del procedimiento; la mantención de vías permeables y sueros respectivos; los controles efectuados por médico, matrona y personal paramédico; la atención de complicaciones. En los casos de aplicación de técnica de analgesia con epidural continua, se entenderá que la prestación incluye todas las nuevas dosificaciones que sean necesarias para mantener el efecto del manejo de dolor.

3.34. GRAN QUEMADO

- **Criterios de inclusión:**
  - Persona con quemaduras tipo B o AB con más del 15 % del área corporal en menores de 12 años, o más del 20% en mayores de 12 años.
  - Persona con quemaduras que lesionan las vías respiratorias, o quemaduras eléctricas de alto voltaje, asociadas a politraumatismo, traumatismo encefalocraneano o shock.
  - Persona con quemaduras profundas y extensas de cara, de manos, pies que potencialmente produzcan secuelas invalidantes (Limiten severamente la función).

3.35. RETINOPATÍA DEL PREMATURO

A los beneficiarios de menos de 1.500 grs. al nacer y/o menores de 32 semanas de gestación, tendrán acceso a examen de Fondo de ojo para descartar o diagnosticar Retinopatía del Prematuro.

Para efectos de Protección Financiera de estas prestaciones, se entiende que:

- Todo fondo de ojo corresponde al examen de ambos ojos.
- Fotocoagulación corresponde a la intervención de un ojo.
- Cirugía Vitreoretinal corresponde a la intervención de ambos ojos.

3.36. DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO

Cada beneficiario prematuro de menos de 1.500 grs. al nacer y/o menor de 32 semanas de gestación, en tratamiento por displasia broncopulmonar, antes de su alta contará con una saturometría continua de 12 a 24 horas, según este resultado tendrá acceso a oxigenoterapia domiciliaria.

3.37. EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

En relación al medicamento ácido valproico de liberación prolongada, lo que se comercializa es el divalproato ácido de sodio.

3.38. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

El criterio de acceso es para personas menores de 17 años, una vez confirmado el diagnóstico el tratamiento deberá mantenerse mientras exista la indicación médica.

3.39. PREVENCIÓN SECUNDARIA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

La enfermedad renal crónica (ERC), se define por la presencia de daño renal o

disminución de la función renal (según VFG), según los siguientes criterios:

- Valores persistentes (3 o más meses) de VFG <60 mL/min
- Valores de VFG > o = 60 mL/min (3 ó más meses) en presencia de alteraciones en el examen de orina, indican enfermedad renal, ya sea como condición aislada o como manifestación de una enfermedad sistémica.

Este problema de salud se ha definido para personas de 15 años y más.

Para aquellos pacientes que no logren controlar el avance de la enfermedad, llegando a etapa 4, está indicado que deberán ser ingresados al problema de salud del Decreto Supremo N°4: Enfermedad Renal Crónica etapa 4 y 5.

3.40. DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS

Se debe tomar Rx Pelvis a todos los lactantes de 3 meses.

El tratamiento ortopédico considera las correas de pavlik y/o cojín de abducción. En situaciones especiales se utilizará tratamiento ortopédico complementario que considera la bota de yeso con yugo y férula de abducción.

3.41. SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA

La mujer tendrá acceso a *tratamiento dental integral* cada vez que se confirme la condición de embarazo.

La duración del tratamiento odontológico hasta el alta integral dependerá de la indicación del profesional no debiendo sobrepasar el noveno mes postparto.

3.42. ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE REMITENTE

Criterios de sospecha:
Episodios recurrentes y remitentes que no poseen una causa que los explique de:
- Parestesias.
- Dolor focal.
- Ataxia.
- Debilidad de miembros superiores o inferiores.
- Temblor.
- Problemas visuales.
- Disfunción sexual.
- Disfunción vesical.
- Espasticidad.

Los criterios diagnósticos para la Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente (EMRR) se basan en los criterios de "Mc Donald" cuyo fundamento es la evidencia de que existen, al menos, dos lesiones que puedan ser identificadas, diseminadas en el tiempo y en el espacio.

Presentación Clínica	Datos adicionales para el diagnóstico de EM
1. Dos o más ataques (brotes) Dos o más lesiones	-Ningún dato clínico adicional a excepción de diagnóstico diferencial en busca de condición que explique mejor la situación clínica del paciente. Ello deberá determinarlo cada tratante en particular.
2. Dos o más ataques (brotes) y Evidencia clínica objetiva de una lesión	Diseminación en el espacio demostrada por: 1) Al menos tres de los siguientes criterios: • Una lesión que se realce con gadolinio o nueve lesiones hiperintensas en T2 si ninguna lesión capta contraste. • Al menos una lesión infratentorial. • Al menos una lesión yuxtacortical. • Al menos tres lesiones periventriculares. 2) Dos o más lesiones sugestivas de EM en la RM más LCR positivo con bandas oligoclonales. 3) Esperar otro brote que implique una topografía diferente
3. Un ataque (brote) con evidencia clínica objetiva de dos o más lesiones	Diseminación en el tiempo demostrado por: - RM de control rutinario realizada no antes de 3 meses. - Esperar un segundo ataque clínico

La definición de un ataque o brote es generalmente aceptado como el desarrollo de síntomas neurológicos, probablemente causados por una lesión desmielinizante inflamatoria, que duran al menos 24 horas y que son comprobables objetivamente en pacientes que cursan una EMRR.

3.43. CÁNCER COLORECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Los esquemas de tratamiento con quimioterapia para cáncer colorectal son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suele mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Quimioterapia para Cáncer Colorectal		**Total estimado de ciclos**	**Duración**	**Secuencia**
Bajo riesgo	5 FU	6	5	21
	Capecitabina	6	14	14
Alto Riesgo	FOLFOX	12	2	15
	XELOX	8	14	15
Quimioterapia para Cáncer rectal		**Total estimado de ciclos**	**Duración**	**Secuencia**
Neoadyuvancia	5 Fu	2	5	1ª y 5ª semana
	Capecitabina	1	25	única
	5 Fu	1	25	única
Adyuvancia	5 FU	6	5	21
	Capecitabina	6	14	15

3.44. CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL

La garantía de sospecha, se inicia desde que el especialista (ginecólogo) funda la sospecha de cáncer epitelial de ovario.

El especialista ginecólogo deberá crear el caso GES una vez que exista una sospecha fundada.

Criterios de sospecha para derivación a confirmación diagnóstica por especialista (uno de los siguientes):

- Dolor y distensión abdominal recurrente no explicada por otras causas.
- Polaquiuria recurrente no explicada por otras causas.
- Presencia de ascitis.
- Tumor anexial nodular o fijo al examen físico.
- Evidencia de metástasis abdominales o a distancia.
- Marcador tumoral CA 125 elevado.
- Ecografía abdominal y pélvica con masa anexial compleja o sólida.

Los esquemas de tratamiento con quimioterapia son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suele mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Quimioterapia para Cáncer Ovario epitelial		**Total estimado de ciclos**	**Duración**	**Secuencia**
Quimioterapia Post Cirugía Estadio Precoz, 1ª Línea		6	2	21 días
Quimioterapia Neoadyuvante Estadio Avanzados E III -IV		6	1	21 días
Quimioterapia Adyuvante Estadio Avanzados		6	1	21 días
Quimioterapia Enfermedad Recurrente de ovario (sensible a platino)		6	1	21 días
Quimioterapia Enfermedad Recurrente de ovario (resistente a platino)		**Total estimado de ciclos**	**Duración**	**Secuencia**
Gemcitabina	Mono droga = sólo una de ellas para tratar	6	2	por ciclo
Paclitaxcel		6	1	por ciclo
Docetaxel		12	1	semanal
Doxo pegilada		6	1	21
Topotecan		6	3	21
Tamoxifeno		12	365	mensual

3.45. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRÓNICAS DE LA VÁLVULA AÓRTICA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Se entenderá como tratamiento quirúrgico complicado a:

- Requerimiento de remplazo o plastia bi o tri valvular, reemplazo uni valvular con cirugía asociada: cirugía coronaria, reemplazo aorta ascendente, miectomía, cirugía de la Fibrilación Auricular (FA), disfunción sistólica preoperatoria Fracción de Eyección (FE<40%), re-operaciones y cirugías de raíz de aorta.
- Paciente con falla renal, accidente cerebrovascular previo, insuficiencia cardiaca, falla hepática, ventilación mecánica.

- Pacientes con endocarditis y daño valvular que requieren cirugía.

3.46. CÁNCER VESICAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Se entiende que la patología incorporada: lesiones de sitios contiguos de la vejiga, se refiere a un cáncer vesical con lesiones en sitios contiguos.

El tratamiento primario para el cáncer vesical profundo está indicado en todo paciente con compromiso del músculo detrusor confirmado por anatomía patológica.

Después de la resección completa (RTU) de todo tumor vesical, presumiblemente no invasor, confirmado por anatomía patológica y considerados de bajo riesgo o intermedio se recomienda la instilación vesical de una droga antineoplásica (DA) quimioterápico, en el período post operatorio (dentro de 24 horas), para reducir el riesgo de recurrencia.

Los pacientes después de la resección completa (RTU), presumiblemente no invasor, confirmado por anatomía patológica, considerados de alto riesgo de recurrencia y o progresión deben recibir BCG intravesical por 6 dosis y luego mantención al menos por 2 años.

Los esquemas de tratamiento con quimioterapia para cáncer vesical músculo invasor son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suele mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Quimioterapia para Cáncer vesical no musculo invasor	**Total estimado de ciclos**	**Duración**	**Secuencia**
Prevención recurrencia Cáncer Vesical Inmunoterapia (BCG instilación)	6	1	cada dos semana y luego instilaciones mensual
Quimioterapia Neoadyuvante Vesical musculo invasor	3	1	21 días
Quimioterapia Adyuvante Vesical musculo invasor	6	2	21 días
Quimioterapia con RT Concomitante Cáncer Vesical Músculo invasor, Sin Cirugía	2	10	1ª y 5ª semana

3.47. OSTEOSARCOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

En quimioterapia, los esquemas de tratamiento con quimioterapia son variados y están conformados por un conjunto de ciclos, a su vez cada ciclo está formado por un número de sesiones. El esquema de quimioterapia a administrar depende entre otros de la etapificación. Entre cada ciclo de quimioterapia suele mediar 21 días, por cuanto se debe tener presente que en un mes calendario pueden aparecer dos ciclos del mismo esquema.

Quimioterapia para Osteosarcoma	**Total estimado de ciclos**	**Duración**	**secuencia**
Quimioterapia Pre operatoria	3	4 días	21 días

Quimioterapia Post operatoria	3	4 dias	21 dias

3.48. TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Se deberá realizar un plan de tratamiento individual que incluya farmacoterapia, psicoterapia, intervenciones psicosociales y otras según necesidad (actividades de reforzamiento de autonomía, técnicas de apoyo a la familia, actividades de inserción a la comunidad) dirigidas tanto al paciente como a su familia. El plan de tratamiento deberá quedar registrado en la ficha o historia clínica.

3.49. TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA EN MENORES DE 2 AÑOS

Los criterios de confirmación diagnóstica son los siguientes:

- Potenciales evocados de corteza cerebral (PEATC) con umbrales iguales o mayores a 40 dB. + Impedanciometría Curva tipo A.

3.50. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRÓNICAS DE LA VÁLVULA MITRAL Y TRICÚSPIDE EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Se entenderá como tratamiento quirúrgico complicado a:

- Requerimiento de remplazo o plastia bi o tri valvular, remplazo uni valvular con cirugía asociada: cirugía coronaria remplazo aorta ascendente miectomía, cirugía de la Fibrilación Auricular (FA) disfunción sistólica preoperatoria Fracción de Eyección (FE<40%) re operaciones y cirugías de raíz de aorta.
- Paciente con falla renal, accidente cerebrovascular previo, insuficiencia cardiaca, falla hepática, ventilación mecánica.
- Pacientes con endocarditis y daño valvular que requieren cirugía.

3.51. TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

Los criterios de inclusión para tratamiento de erradicación son:

Toda persona con Helicobacter pylori positivo más alguna de las siguientes:

- Mayores de 40 años.
- Ulcera gástrica o duodenal confirmada (activas o no, incluidas las complicadas).
- Linfoma de MALT gástrico (MALToma).
- Gastritis atrófica.
- Familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico.
- Después de resección gástrica por cáncer gástrico.
- Dispepsia funcional.

Los criterios de derivación a especialista son:

- Ulcera gástrica o duodenal activa.
- Persistencia de síntomas luego de 4 semanas de terminado el tratamiento.

4. DE LAS PRESTACIONES Y LA APLICACIÓN DE GARANTIAS

a) Las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios, se entregarán de acuerdo a la prescripción que realice el profesional competente, 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 Decreto Supremo N° 4, de 2013, del Ministerio de Salud, o con especificaciones distintas a las exigidas.

b) 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 de este derecho, en alguno de los prestadores que formen parte de la Red correspondiente.

c) Las prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de la Red de Prestadores del Fonasa y de las Isapres según corresponda, o del prestador que designe la Superintendencia de Salud en caso de insuficiencia de dichas Redes. 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.

d) El otorgamiento de las prestaciones garantizadas en los problemas de salud Diabetes Mellitus Tipo I y II, y Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada, correspondientes a los niveles primario y de especialidad, son compatibles simultáneamente.

e) Las prestaciones unitarias o grupos de prestaciones del Arancel de Referencia y el Listado de Prestaciones Específico, han sido definidas 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. No incluye las complicaciones no consideradas en los referidos Arancel y Listado.

f) En los Problemas de Salud en cuya garantía de acceso se especifica "a partir de la entrada en vigencia de este Decreto Supremo", en referencia al Decreto Supremo N° 4, de 2013, del Ministerio de Salud, se entenderá que tienen dicha garantía los beneficiarios que constituyeron, a partir del 1° de julio de 2013 fecha de entrada en vigencia de dicho decreto, un caso nuevo de dicho Problema de Salud.

g) Las enfermedades preexistentes y exclusiones contempladas en el contrato con la Isapre respectiva, no serán aplicables respecto de los problemas de salud con garantía explícita.

2º. El presente decreto entrará en vigencia una vez publicado en el Diario Oficial, fecha a contar de la cual se entenderá derogado el Decreto Supremo N°73, de 2010, del Ministerio de Salud, referente a esta misma materia.

3º. Remítase un ejemplar de este decreto para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, al Fondo Nacional de Salud, a las Instituciones de Salud Previsionales, a la Superintendencia de Salud, a los Servicios de Salud, a los Establecimientos Experimentales de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud de todo el país.

ANÓTESE, TÓMESE RAZÓN Y PUBLÍQUESE.-

SEBASTIÁN PIÑERA ECHENIQUE

PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

JAIME MAÑALICH MUXI

MINISTRO DE SALUD