

**APRUEBA NORMAS DE CARACTER TECNICO
MEDICO Y ADMINISTRATIVO PARA EL
CUMPLIMIENTO DE LAS GARANTIAS
EXPLICITAS EN SALUD DE LA LEY 19.966.**

N° 73 /

SANTIAGO, 30 de junio de 2010

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 N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.469 y N° 18.933; lo dispuesto en el inciso final del artículo 3º del Decreto Supremo N° 1, de 2010, 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 Explícitas 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 3º del Decreto Supremo N°1 de 2010, 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 del D. F. L. N° 1 de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.469 y N° 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

DECRETO

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° 1, de 6 de enero de 2010, 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° 1:** Decreto Supremo N° 1, de 6 de Enero de 2010, 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° 1. 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 N° 1 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 1° del Decreto Supremo N° 1, 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. N° 1 de 2005, de Salud, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo N° 1.

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° 1. De acuerdo al artículo transitorio del Decreto Supremo N° 1, esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud.

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° 1, en su artículo 11. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el Fonasa o la Isapre.

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° 1.

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° 1, 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° 1 de 2010, 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 o 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° 1.
- 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 Libro I del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud.
- i) **Isapre:** Institución de Salud Previsional regulada en Libro III del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud.
- j) **Superintendencia:** Superintendencia de Salud regulada en Libro I del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud.
- k) **D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud:** Decreto con fuerza de ley N° 1, del año 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.469 y N° 18.933.

2. DEFINICIONES TECNICO MEDICO Y ADMINISTRATIVO.

2.1. Atenciones Integrales.

Corresponden a la ejecución de acciones de salud que a través de dispositivos médicos y tecnología sanitaria, persiguen como resultado final, confirmar un diagnóstico, efectuar un tratamiento y realizar el seguimiento, de un determinado problema de salud.

- a) **Atención Kinésica Integral:** Prestación de salud que incluye por sesión, la evaluación y todos los procedimientos de medicina física, rehabilitación o kinesiología, que realiza el kinesiólogo a un paciente con prescripción médica para este tipo de tratamientos.
- 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 Fonoaudiólogo en Hipoacusia:** Prestación de salud que incluye todas las atenciones que el fonoaudiólogo otorgue durante el tratamiento y seguimiento del paciente con hipoacusia que requiere uso de audífono. Considera actividades de rehabilitación auditiva, tales como, verificación de funcionamiento del dispositivo, programación del audífono, pruebas de verificación de ganancias, orientaciones sobre uso y cuidados de audífono, informes de evaluación al equipo, registros de ficha clínica respectiva. La prestación también podrá ser otorgada por Tecnólogo Médico capacitado.

- 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, 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) 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 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 aún 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 de especialidad existentes, tales como, medicina, pediatría, obstetricia y ginecología, traumatología, cirugía, psiquiatría.
- f) 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, cuyo estado clínico tiene características de extrema 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 Cuidado Intensivo, ubicada en dependencias únicas y centralizadas, 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.

- 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 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.)

g) 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.
- Uso de las instalaciones y equipos que caracterizan a las U.T.I., las que sin alcanzar la complejidad organizativa de una U.C.I. serán los mismos aunque en menor proporción de acuerdo a la dotación de camas.
- Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios durante la permanencia del paciente en la Unidad, detallados en la letra e) de este punto 2.1.
- 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 Coronarias, Respiratorias, Cirugía, Hematología, 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.)

h) 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.

i) 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 e) de este punto 2.1, además de consulta psiquiátrica, consulta psicológica, psicometría, psicoeducación, psicoterapia y procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales como terapia electroconvulsivante bajo anestesia.

j) Intervención quirúrgica: Corresponde al conjunto de acciones de salud efectuadas a un paciente en un Quirófano (Pabellón Quirúrgico), bajo anestesia, para un tratamiento determinado, y efectuadas por uno o más equipos de cirujanos, médico anestesiólogo, cardiólogo, 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.

2.2. Definiciones Técnico Médico y Administrativo de aplicación general.

a) **Atención Médica de Emergencia o Urgencia:** Para los efectos de la presente resolución se aplicarán los conceptos de Atención Médica de Emergencia o Urgencia; 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.

b) **Criterios de inclusión:** Son las condiciones 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° 1 y al conocimiento científico disponible.

c) **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° 1, 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.

d) **Ficha o Historia Clínica:** Documento en que se registran los datos del paciente, que debe contener al menos los datos de número de ficha, nombre completo del paciente, domicilio, incluyendo ciudad y comuna, cédula nacional de identidad, situación previsional en materia de salud, motivo de consulta, diagnóstico probable, fecha y hora de la atención y donde el o los profesionales tratantes registran todas las atenciones efectuadas (tales como consultas, interconsultas, procedimientos diagnóstico terapéuticos, intervenciones quirúrgicas), además del diagnóstico, exámenes solicitados y realizados, resultados de anatomía patológica, imágenes y exámenes de laboratorio, tratamiento, evolución, protocolo operatorio y epicrisis.

e) **Tipo de Intervención sanitaria.**

Los problemas de salud incluidos en el Decreto Supremo N° 1 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:

- **Confirmación diagnóstica:** 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 esta.
 - **Tratamiento:** Etapa de intervención sanitaria que le realiza a un paciente, un profesional de salud ante una confirmación diagnóstica para un determinado problema de salud, con el objeto de mejorar su condición.
 - **Seguimiento:** Corresponde a las acciones clínicas y tecnológicas de la fase de vigilancia a que se somete un enfermo tratado por un problema de salud y en un determinado período.
- f) **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 aún cuando sean prescritos con nombre de fantasía. 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 nombres de fantasía.
- g) **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.
- h) **Periodicidad:** Lapso considerado para efectos de aplicar el valor determinado por el arancel en relación a una prestación o un grupo de prestaciones comprendidas en dicho período, prescritas por un profesional de la salud, en relación a cada enfermedad o condición de salud establecida en artículo 1° del Decreto Supremo N° 1, con la cobertura financiera señalada en el mismo artículo. Puede ser cada vez, por control, por ciclo, mensual, anual, tratamiento completo. .
- i) **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 asociadas a cada uno de los problemas de salud se encuentran taxativamente señaladas en el artículo 1° del Decreto Supremo N° 1, de acuerdo a la etapa en que se encuentre el beneficiario.
- j) **Prestador o prestadores de salud:** Personas naturales o jurídicas, tales como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales o clínicas, farmacias, que ejecutan acciones de salud y que formen parte de la Red de Prestadores, sin perjuicio de las facultades de la Superintendencia de Salud en la materia.
- k) **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° 1, a los beneficiarios del Fonasa o las Isapres.

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

- l) Problema de salud:** Enfermedad, condición de salud o programa determinado en el artículo 1° del Decreto Supremo N° 1.
- m) 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, que según de que se trate, utilizan equipos, instrumental, instalaciones o salas de procedimientos. Su valor incluye honorarios médicos, de anestesiólogo y derecho de sala de procedimientos.
- n) 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.
- o) 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° 1, 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.

3. DEFINICIONES TECNICO MEDICO 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 párrafo 1°, numeral 1, letra d) y e) de esta normativa.

3.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (I.R.C.T.)

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

a) Hemodiálisis Tratamiento Mensual

- Es la aplicación de la técnica de diálisis a pacientes con diagnóstico de insuficiencia 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), Hematocrito (03-02-036), 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 como examen anual 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.

b) Peritoneodiálisis Continua.

- Prestación destinada al tratamiento mensual de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, y que dispongan de prescripción médica para acceder al uso de esta técnica.
- La prestación incluye el catéter, 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), en forma semestral los exámenes de Colesterol total (03-02-067), Triglicéridos (03-02-064), 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.

c) Estudio Pre-Trasplante:

Para todos los enfermos que, encontrándose en tratamiento de diálisis y los menores de 15 años con compromiso óseo e insuficiencia renal crónica terminal en etapa IV, que cumplan con criterios de inclusión para acceso a trasplante renal, el Fonasa y las Isapres deberán asegurar que el prestador que esté efectuando la diálisis garantice que el paciente esté controlándose en el centro de especialidad definido por Fonasa o la Isapre correspondiente, para cumplir con las siguientes disposiciones:

- d)** 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).
- Se responsabilizará de solicitar la repetición de los estudios que los protocolos de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (I.R.C.T.) recomienden y en los plazos que corresponda.
 - 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 N° 1.

e) Trasplante Renal:

- a. En materia de “Protección Financiera”, el trasplante renal se ajusta estrictamente a lo señalado en el Decreto Supremo N° 1

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°1 y aquellas cardiocirugías practicadas a lactantes menores de dos años.

- b) Angioplastia:** Esta prestación corresponde a la angioplastia 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) Valvuloplastia:** Esta prestación corresponde a la valvuloplastia 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.

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) Diagnóstico: Intervención sanitaria efectuada por médico especialista con apoyo de equipamiento específico 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.

b) Etapificación/Estudio: Intervención sanitaria efectuada por médico especialista y/o subespecialista y otros profesionales no médicos con apoyo de equipamiento específico que incluye procedimientos imagenológicos, histopatológicos (inmuno histoquímica) 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.

c) Tratamiento: Los tratamientos consideran, entre otras prestaciones, Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia (Teleterapia y Braquiterapia), Hormonoterapia, u otras terapias de apoyo, pudiendo indicarse, según el tipo y estadio, como tratamiento único, tratamientos combinados, secuenciales o bien en forma concomitante.

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 disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva. La terapia adyuvante puede incluir quimioterapia, radioterapia, terapia con hormonas, terapia dirigida o terapia biológica.

Tratamiento coadyuvante: Contribuye o ayudar 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 por ejemplo quimioterapia como radiosensibilizante, habitualmente al menos un día de cada ciclo son concomitantes y el resto de los días del ciclo son secuenciales.

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.

d) 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), y 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

e) Radioterapia (Niños y adultos)

Corresponde a Teleterapia, Radioterapia Externa, Radioiodo 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 maquina de Cobalto

La Braquiterapia puede ser de alta, mediana o baja tasa. Considera 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.

f) 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 entre otros.
- Coadyuvantes específicos/ soporte: medicamentos de uso endovenoso y oral: tales como, antieméticos, corticoides, antihistamínicos, inhibidores de la bomba de protones, 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”

g) Hormonoterapia y Terapia hormonal de reemplazo: para efectos de protección financiera corresponde el cobro de esta prestación de salud cuando sea indicado por médico especialista tratante, independiente de la etapa de intervención sanitaria en la que se encuentre el paciente, sea esta de tratamiento o seguimiento.

Su valor incluye lo señalado en la letra a) del punto 3.3 de esta normativa y su cobro se hará por cada mes de tratamiento efectuado.

h) Seguimiento: Se encuentra definida en el numeral 2.2 letra e) de esta norma.

El Listado de Prestaciones Específico, considera la prestación seguimiento en los problemas de salud cuando corresponde. Su valor incluye la atención profesional respectiva, junto a exámenes e imágenes específicas.

3.4 **CANCER CERVICOUTERINO**

Se incorpora el acceso al examen citológico Papanicolaou (PAP) para prevenir el cáncer cervicouterino en todas mujeres de riesgo cada 3 años, lo que corresponde a la toma, procesamiento e informe de un PAP cada 3 años en mujeres entre los 25 y 64 años.

La garantía de acceso consiste en que con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica y para estos efectos se entenderá como caso sospechoso (caso GES):

1. PAP positivo: es aquel PAP que presente alguna de las siguientes situaciones:

- a) PAP sugerente de cáncer invasor
- b) PAP sugerente de Neoplasia Intraepitelial (NIE I, II y III o Ca in Situ)
- c) Primer PAP Atípico que no pueda descartar lesión de alto grado o mayor
- d) Primer PAP Atípico glandular
- e) Segundo PAP Atípico inespecífico

2. Sospecha Clínica:

Visualización a la especuloscopia de lesión exocervical proliferativa, sangrante y/o friable.

La garantía de confirmación diagnóstica, se deberá contabilizar desde que se deriva al especialista un caso con examen de PAP alterado o con sospecha clínica de cáncer cervicouterino hasta el informe de la biopsia.

3.5 **ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS.**

Corresponde a la atención, cuidados y educación otorgada por un equipo interdisciplinario a personas que presentan enfermedad oncológica avanzada y en progresión, sin evidencia clínica de respuesta, asociada a numerosos y variados síntomas. Considera la atención cerrada, ambulatoria y domiciliaria. Intenta, con la participación activa de la familia, aliviar los síntomas, entre ellos el dolor por cáncer, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Para efectos de “Protección Financiera” el valor de esta prestación: incluye la atención por un equipo interdisciplinario de especialistas capacitados en alivio del dolor y cuidados paliativos y el control del dolor y otros síntomas a través de tratamientos no farmacológicos y farmacológicos junto a la educación para el autocuidado del paciente y su familia o acompañante.

El valor de la prestación se entiende como tratamiento completo mensual.

La administración de radioterapia o quimioterapia paliativa (en niños y adultos), no excluye la entrega de la prestación alivio del dolor y cuidados paliativos, entendiéndose que ambas prestaciones son complementarias en la asistencia del enfermo con cáncer avanzado en progresión.

3.6 DIABETES MELLITUS TIPO 1.

El grupo de prestaciones identificado en “Protección Financiera” en el Decreto Supremo N° 1 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): se refiere al 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 Úlcera de Pie Diabético.

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

- Corresponde a la curación especializada, que se efectúa limpiando la úlcera con suero fisiológico, dejando como cobertura, un apósito interactivo, bioactivo o mixto. La frecuencia de la curación dependerá de las condiciones de la úlcera y del apósito que se utilice (apósitos, tales como, hiperosmótico, de carbón activado y plata, carboximetilcelulosa y plata, alginato, tradicionales).
- 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 valor de las prestaciones se entiende como tratamiento completo.

3.7 DIABETES MELLITUS TIPO 2.

a) Beneficiario en tratamiento con indicación de Autocontrol.

Aquellos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 insulino-requiere, recibirán medidor de glicemia, lancetas y cintas reactivas, siempre que la indicación de Autocontrol sea efectuada por médico tratante especialista.

b) El grupo de prestaciones identificado en “Protección Financiera” en el Decreto Supremo N° 1 como:

- Tratamiento 1º año pacientes con DM tipo 2;
- Tratamiento a partir de 2º año pacientes con DM tipo 2;

Se refiere a 1º y 2º año medido desde inicio de la enfermedad y no desde el momento de ingreso a GES.

c) Curaciones avanzadas. Se aplicará lo descrito al respecto en el numeral anterior sobre Diabetes Mellitus Tipo 1.

3.8 CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

Para la Garantía de Oportunidad de confirmación diagnóstica, se define la sospecha de probable patología maligna a partir de un resultado de mamografía alterada o por una evidencia clínica de cáncer. 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)

La indicación de Reconstrucción Mamaria corresponde a toda mujer que deba ser sometida a Mastectomía Total por Cáncer de mama y que no tenga contraindicaciones médicas u oncológicas para ello

3.9 ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACION FUNCIONAL SEVERA

En el Decreto Supremo N° 1, 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.

3.10 CÁNCER EN 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 tratamiento completo de Tumores Sólidos (incluye cirugía correspondiente), Leucemia Infantil: Quimioterapia (todos los ciclos necesarios), Linfoma Infantil: Cirugía y Quimioterapia (todos los Ciclos necesarios).

.En el grupo de prestaciones identificado 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.

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

3.11 ESQUIZOFRENIA.

Las Intervenciones sanitarias de la especialidad incluyen procedimientos, tales como, psicodiagnóstico -cualquier test-, psicoterapias, intervenciones psicosociales dirigidas al paciente y a su familia, actividades de reforzamiento de autonomía, técnicas de apoyo a la familia, consultoría de salud mental, actividades de inserción a la comunidad.

La etapa de confirmación diagnóstica se divide en un período de evaluación inicial donde se concentran la mayoría de los procedimientos diagnósticos y que puede durar hasta 30 días, y un periodo de evaluación en sospecha con una duración de hasta 150 días o hasta un máximo de 11 meses en personas menores de 20 años con una presentación clínica muy difusa. Durante toda esta etapa la persona recibe tratamiento de prueba. Una vez confirmado el diagnóstico de esquizofrenia, el tratamiento se mantiene en tanto persista el diagnóstico, adecuando la intensidad y énfasis de las intervenciones según se manifiesten las distintas etapas de la enfermedad. El tratamiento debe

incluir intervenciones psicosociales, farmacoterapia, servicios de apoyo y evaluación permanente.

3.12 CANCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

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 (todos los ciclos que sean necesarios): consultas de especialidad, hospitalizaciones, transfusiones, exámenes, imágenes, entre otros.

Respecto de la criopreservación de espermatozoides (Banco de espermios) los criterios de inclusión para su indicación son: consentimiento informado previo a orquidectomía bilateral (inicial o en caso de recidiva), radioterapia, en hombres jóvenes menores de 40 años, sin hijos o paridad incompleta. La duración actual es por 2 años, la que puede extenderse en casos especiales.

3.13 LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

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 Quimioterapia (todos los ciclos que sean necesarios): consultas de especialidad, hospitalizaciones, exámenes, imágenes, transfusiones, estudios de anatomía patológica , entre otros.

3.14 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA.

Patologías incorporadas, de acuerdo a etapificación clínica e inmunológica:

Clasificación de la Infección por VIH/SIDA en ADULTOS.

Linfocitos CD4	Etapa A	Etapa B	Etapa C
	Infección primaria y/o asintomático y/o LGP	Infecciones y tumores no definatorios	Infecciones y tumores definatorios
1 (>499)			x
2 (200-499)			x
3 (<200)	x	X	x

Etapa SIDA corresponde a las etapas A3, B3, C1, C2 Y C3.

Etapas clínicas en ADULTOS.

A. Infección asintomática

Infección aguda

Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)

B. Infección crónica sintomática, sin condiciones definatorias de SIDA, incluye:

- Candidiasis orofaríngea o vaginal > 1 mes
- Síndrome diarreico crónico > 1 mes
- Síndrome febril prolongado > 1 mes
- Baja de peso > 10 Kgs.
- Leucoplaquia oral vellosa
- Herpes Zoster > 1 episodio o > 1 dermatoma
- Listerosis
- Nocardiosis
- Angiomatosis bacilar
- Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis

- Proceso inflamatorio pelviano
 - Polineuropatía periférica
 - Púrpura trombocitopénico idiopático
 - Displasia cervical
- C. Condiciones clínicas indicadoras de SIDA, incluye:**
- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar
 - Neumonía por *Pneumocystis carinii*
 - Criptococosis meníngea o extrapulmonar
 - Toxoplasmosis cerebral
 - Enfermedad por micobacterias atípicas
 - Retinitis por CMV
 - Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial
 - Encefalopatía VIH
 - Leucoencefalopatía multifocal progresiva
 - Criptosporidiasis crónica > 1 mes
 - Isosporosis crónica > 1 mes
 - Úlceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas >1 mes
 - Neumonía recurrente
 - Bacteremia recurrente por *Salmonella* spp
 - Sarcoma de Kaposi
 - Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central
 - Cáncer cervicouterino invasor
 - Síndrome consuntivo

**CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN NIÑOS.
Parámetros Inmunológicos y Viroológicos decisivos en inicio TAR en Niños, en Chile, 2009**

Edad (años)		% CD4	CV alta*	Observar y monitorear**
< 1 a	0 - < 3 ms	< 30 %	> 1 millón	Entre 300 000- 1 millón
	3 - < 6 ms	< 25 %		
	+ 6 - < 12ms	< 20%		
1 a 3 años		< 20%	> 300 000	Entre 100-000 – 300 000
3 a 5 años		< 15%	> 250 000	Entre 100 000 - 250 000
≥ 5 años		<15% o < 200 cels CD4		

CV* copias / mL ** Monitoreo más frecuente

Porcentajes de <5% equivalen a recuentos absolutos de CD4/mm³ de < 250-300 en < 1 año, de <150-200 entre 1 a 5 años y 0 a <100 en ≥ 6 años de edad.

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS EN NIÑOS

Categoría inmunológica	< 12 meses		1 – 5 años		6 – 12 años	
	CD4	%	CD4	%	CD4	%
1. Sin supresión inmune	≥ 1.500	≥ 25	≥ 1.000	≥ 25	≥ 500	≥ 25
2. Supresión moderada	750 – 1.499	15 - 24	500 – 999	15 – 24	200 - 499	15 – 24
3. Supresión severa	< 750	< 15	< 500	< 15	< 200	< 15

ETAPAS CLINICAS EN NIÑOS CON INFECCION POR VIH

Categoría inmunológica	Categoría N: Asintomático	Categoría A: Síntomas Leves	Categoría B: Síntomas moderados	Categoría C: Síntomas severos
1. Sin supresión inmune	N1	A1	B1	C1
2. Supresión moderada	N2	A2	B2	C2
3. Supresión severa	N3	A3	B3	C3

CATEGORIA N: SIN SINTOMAS

Niños sin síntomas o signos, o que tienen sólo una de las condiciones de la Categoría A.

CATEGORIA A: LEVEMENTE SINTOMATICOS

Niños con 2 o más de las siguientes condiciones (pero ninguna de las condiciones de las Categorías B y C), presentes en forma persistente o recurrente

- Linfadenopatía ($\geq 0,5$ cm en más de 2 sitios; bilateral = 1 sitio)
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatitis
- Parotiditis
- Infección aguda: respiratoria alta, sinusitis u otitis media

CATEGORIA B: MODERADAMENTE SINTOMATICOS

Niños que tienen algunas de las siguientes condiciones:

- Anemia (< 8 gr/dl), neutropenia ($< 1000/ \text{mm}^3$) o trombocitopenia ($< 100.000/ \text{mm}^3$) persistente (≥ 30 días)
- Fiebre persistente (duración > 1 mes)
- Meningitis, neumonía o sepsis bacteriana (un episodio)
- Candidiasis orofaríngea (algorra) persistente (> 2 meses), en niños $>$ de 6 meses de edad
- Diarrea recurrente o crónica
- Infección por citomegalovirus (CMV), inicio antes 1 mes de edad
- Estomatitis por virus herpes simple (VHS), recurrente (más de 2 episodios por año)
- Bronquitis, neumonitis, o esofagitis por VHS, inicio antes 1 mes de edad
- Varicela diseminada (varicela complicada)
- Herpes zoster: 2 o más episodios o más de un dermatoma
- Toxoplasmosis, inicio antes 1 mes de edad
- Nocardiosis
- Neumonitis intersticial linfoide (NIL) o hiperplasia linfoide pulmonar
- Hepatitis, cardiomiopatía, neuropatía

CATEGORIA C: SEVERAMENTE SINTOMATICOS

Niños con cualquiera de las condiciones enumeradas en la definición de caso de SIDA de 1987, con excepción de NIL

- Infecciones bacterianas confirmadas, serias (septicemias, neumonías, meningitis, infecciones óseas o articulares, abscesos profundos), múltiples o recurrentes (< 2 en 2 años)
- Candidiasis, esofágica o pulmonar (bronquio, tráquea, pulmones)
- Criptococosis, extrapulmonar
- Enfermedad por CMV (en sitios distintos a hígado, bazo o ganglios linfáticos), inicio > 1 mes de edad

- Infección por VHS: úlceras mucocutáneas > 1 mes de duración, o bronquitis, neumonitis, o esofagitis de cualquiera duración, inicio > 1 mes de edad
- Neumonía por P. Carinii
- Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea duración > 1 mes
- Toxoplasmosis cerebral, inicio > 1 mes de edad
- Septicemias por Salmonellas no tíficas, recurrentes
- Mycobacterium tuberculosis, infección diseminada o extrapulmonar
- Infecciones diseminadas por otros mycobacterium
- Infecciones por otros agentes oportunistas
- Linfoma, primario, en el cerebro
- Otros linfomas
- Sarcoma de Kaposi
- Encefalopatía progresiva por VIH, presente por más de 2 meses: falla para alcanzar o pérdida de los logros del desarrollo o de la habilidad intelectual; daño del crecimiento cerebral o microcefalia; déficit motor simétrico
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Síndrome de emaciación: a) pérdida de peso persistente, más b) diarrea crónica (≥ 2 deposiciones blandas/día por ≥ 30 días), ó c) fiebre documentada (por ≥ 30 días, intermitente o constante).

Garantía Acceso

Las personas que se encuentran recibiendo tratamiento antiretroviral que ingresan por primera vez al GES, estando fuera de la Red, tendrá acceso a continuarlo.

El estudio de genotipificación debe realizarse sin suspender la terapia y con dos Cargas Virales en meses consecutivos superiores a 1.000 copias/ ml., y corresponde su realización una vez cumplidas las siguientes condiciones:

- Habiendo descartado previamente problemas de adherencia al tratamiento
- Falla virológica primaria o secundaria en TAR

Garantía de Oportunidad

TOXICIDADES GRADO 4 DE LOS ANTIRETROVIRALES EN ADULTOS

Para efectos del cumplimiento de la garantía de oportunidad, derivada de las reacciones adversas a medicamentos, se considerará reacciones adversas grado 4 para los adultos, las especificadas en la siguiente tabla:

Graduación de las principales toxicidades	Grado 4
Hematocrito (%)	< 19.5
Hemoglobina (grs/100 ml)	< 6.5
Glóbulos blancos (/mm ³)	< 800
Recuento neutrófilos (/mm ³)	< 500
Recuento plaquetas (/mm ³)	< 20.000 o petequias
Hiperglicemia (mgs/100 ml)	> 500 o cetoacidosis
Hipertrigliceridemia (mgs/100 ml)	> 1250
Acidosis metabólica (HCO ₃ :mEq/l)	< 10
Creatinina (x límite máx normal)	> 6 o diálisis
Bilirrubina (x límite máx normal)	> 5
GOT (x límite máx normal)	> 10
GPT (x límite máx normal)	> 10
GGT (x límite máx normal)	> 10
Fosfatasas alcalinas (x lím máx n)	> 10
Lipasa (x límite máx normal)	> 5 o pancreatitis
Amilasa (x límite máx normal)	> 5 o pancreatitis
Vómitos	Hipotensión severa y/o hospitalización
Diarrea	Hipotensión severa y/o hospitalización
Litiasis renal	Hematuria severa y/o insuficiencia renal obstructiva
Polineuropatía	Limita la marcha
Alteración del SNC	Psicosis aguda y/o hospitalización
Alergia	Anafilaxis, Stevens Johnson o exfoliación
Hipersensibilidad a Abacavir	Rash con fiebre y/o síntomas digestivos o respiratorios

TOXICIDADES GRADO 3 Y 4 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Para efectos del cumplimiento de la garantía de oportunidad, derivada de las reacciones adversas a medicamentos, se considerará reacciones adversas grado 3 y 4 para los niños y adolescentes, las especificadas en las siguientes tablas:

TOXICIDADES ESPECIFICAS	Grado 3	Grado 4
Hematocrito (%)	20-24%	≤ 19%
Hemoglobina (grs/dl)	8-8.9	6-7.9
Hemoglobina (grs/dl): niños > 60 días, o > 3 ms a < 2 años	6.5 - <7 a <7.5	< 6.5 o síntomas clínicos severos atribuibles a anemia (ej. falla cardíaca), refractaria a terapia de soporte
Hemoglobina (grs/dl) - niños ≥ 2 años	< 6.5 a < 7.0	Insuficiencia cardíaca secundaria a anemia
Glóbulos blancos (/mm ³)	500 – 999	< 500
Recuento neutrófilos (/mm ³)	250 a 399 a 500 a 749	< 250 a < 500
Recuento plaquetas (/mm ³)	10000 – 25 000 a 30 000 a < 50 000	< 10000 - < 25 000 o petequias o hemorragias
Glicemia (mgs/dl), nivel alto, NO en ayunas,	251-500	> 500 o ceto-acedosis
Glicemia (mgs/dl), nivel alto, en ayunas	251-500	> 500
Colesterol total (mg/dl)	> 300	No aplica
Colesterol LDL (mg/dl)	> 130	No aplica
Triglicéridos (mgs/dl)	300-400	> 400-500
Acidosis metabólica (HCO ₃ :mEq/lt)	10 – 14	< 10
Creatinina (x límite máx normal)	3.1 – 6.0	> 6 o diálisis
Creatinin 2 ms- 2años	1,2-1,5	>1,5
Creatinin 2 años-adolescentes	1,7-2,0	> 2,0
Creatinin Adolescentes	2,5-3,5	> 3,5
Clerance Creatinina cc/min/1,73m2	35-49	<35
Bilirrubina (x límite máx norm)	2.6 – 5.0	> 5
GOT o AST (x límite máx norm)	5.1 – 10.0	> 10
GPT o ALT (x límite máx norm)	5.1 – 10.0	> 10
GGT (x límite máx normal)	5.1 – 10.0	> 10
Fosfatasas alcalinas (x lím máx norm)	5.1 – 10.0	> 10
Lipasa (x límite máx normal)	2.1 – 5.0	> 5 o pancreatitis
Amilasa (x límite máx normal)	2.1 – 5.0	> 5 o pancreatitis
Ac. Láctico en sangre	5 a 10 mmol /l	> 10 mmol / L
Lactato	Lactato aumentado con pH < 7.3 sin consecuencias que pongan en peligro la vida o condiciones relacionadas presentes	Lactato aumentado con pH < 7.3 con consecuencias que ponen en peligro la vida (ej. hechos neurológicos, coma) o condición relacionada presente

TOXICIDADES ESPECIFICAS	Grado 3	Grado 4
Nauseas	Nauseas persistentes → ingesta oral mínima por > 48 hrs o necesidad de rehidratación agresiva (ej. iv)	Nauseas persistentes → no o mínima ingesta oral resultando en deshidratación con necesidad rehidratación agresiva iv.

Vómitos	6 a 10 en 24 hr o persistentes o hipotensión o requiere de hidratación iv	> 10 en 24 hr o hipotensión severa (shock) o requiere de hospitalización
Diarrea	Deposiciones sanguinolentas o de menor consistencia, líquidas, y/o de mayor frecuencia 7-9 x día, con deshidratación moderada, y/o hipotensión, requiere de hidratación iv	Muy frecuentes, > 10 x día, con consecuencias que ponen en peligro la vida (deshidratación severa, hipotensión severa, shock) requiriendo de hospitalización
Litiasis renal		Hematuria severa y/o insuficiencia renal obstructiva
Polineuropatía	Interfiere con el sueño	Limita la marcha
Neuropatía y Miopatía (debilidad neuromuscular)	Debilidad muscular causando inhabilidad para lograr actividades sociales y de funcionamiento usuales	Debilidad muscular causando inhabilidad para lograr funciones de auto-cuidado básico O debilidad de músculos respiratorios causando daño de ventilación
Neuropatías dolorosas (alteración neurosensorial)	Alteración sensorial o parestesias causando inhabilidad para lograr actividades sociales y de funcionamiento usuales	Alteraciones sensoriales discapacitantes o parestesias causando inhabilidad para lograr funciones de auto-cuidado básico.
Alteraciones psíquicas (humor, conducta, personalidad)	Causan inhabilidad para logro de actividades sociales y de funcionamiento usuales	Conducta potencialmente dañina para si mismo o para otros o que ponen en peligro la vida
Alteraciones del estado mental	Inicio de confusión, daño de la memoria, letargia, o somnolencia causando inhabilidad para lograr actividades usuales sociales y de funcionamiento usuales	Inicio de delirio, obtundación o coma
Alteración del SNC	Severa, requiere asistencia	Psicosis aguda y/o hospitalización
Rash / Alergia	Generalizadas: macular, máculo papular o morbiliforme con vesículas o un número limitado de bulas o ulceraciones superficiales de mucosas limitadas a un sitio	- Lesiones bulosas extensas o generalizadas o S. Stevens Johnson o ulceraciones de mucosas en 2 o mas sitios distintos o exfoliación (necrolisis epidérmica tóxica) - Cualquier tipo de rash con fiebre alta y síntomas constitucionales
	Urticaria generalizada o angioedema que requiere de medicación o broncoespasmo suave sintomático	Anafilaxia aguda, o broncoespasmo o edema laríngeo que ponen en riesgo la vida
Hipersensibilidad a Abacavir: Grado 4:		Rash con fiebre y/o síntomas digestivos o respiratorios

Esquemas de tratamiento explicitados en “Protección Financiera” del Decreto Supremo N° 1 y su aplicación:

- **Esquemas primera línea personas de 18 años y más:** Se aplica en personas sin tratamientos previos y/o sin fracaso virológico.
- **Esquemas de Rescate personas de 18 años y más:** Se aplica en personas que han presentado fracaso virológico a esquemas anteriores, y que requiere estudio de genotipificación.
- **Prevención de Transmisión Vertical:** En las embarazadas que se realizan el examen de VIH posterior a la semana 24 de gestación o en el pre-parto y resulta reactivo en nivel local, se debe realizar consejería explicando que, aunque no se cuenta con el diagnóstico definitivo, deben iniciar tratamiento para evitar posible transmisión del VIH al

recién nacido. Si resultado del ISP es negativo, se debe suspender los antiretrovirales.

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

El alta se otorga una vez erupcionados los 4 primeros molares definitivos, los que deben haber sido evaluados, según criterio de riesgo, y/o presencia de daño, recibiendo el tratamiento acorde al diagnóstico realizado. Todos los eventos que sucedan en el período en el que el paciente no ha finalizado su garantía (cierre de caso) se encuentran cubiertos por la misma, e incluidos en las canastas del LEP.

3.16 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.

3.17 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.

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

El estudio electrofisiológico que se realiza a pacientes portadores de este problema de salud, incluye los honorarios médicos y del anestesta, 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.

3.19 CANCER GASTRICO.

Conforme a lo señalado en el Decreto Supremo N° 1 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 dispepsia persistente o recurrente de más de cuatro semanas.

La garantía de oportunidad para acceso a especialista, comienza cuando médico general ha aplicado la Pauta de Solicitud de Endoscopía incluida en la Guía Clínica Cáncer Gástrico del Ministerio de Salud. Será el especialista el que defina que pacientes ingresan a grupo de prestaciones descritas en Listado de Prestaciones Específico bajo el nombre de Confirmación Cáncer Gástrico Nivel Secundario (especialidad) y la prioridad para la realización de la Endoscopía (que puede ser desde 1 a 30 días desde la solicitud por el especialista) y quienes requieren sólo tratamiento médico sin otros estudios.

3.20 RETINOPATIA DIABETICA.

La prestación Fondo de Ojo incluye ambos ojos

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

3.21 ORTESIS O AYUDAS TECNICAS PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

a) Bastón (tipo canadiense):

- Con dificultad permanente o transitoria de desplazamiento, con capacidad funcional conservada de extremidades superiores, tales como, post cirugía, alteración de la marcha con riesgo de caídas.

b) Colchón antiescaras (El diseño del colchón antiescara debe considerar estructura de mosaico en su superficie de contacto con el usuario, de 1 plaza, con control de inflado alternante, superficie lavable):

- Pacientes en posición de decúbito obligada permanentemente
- Alteración de conciencia, percepción táctil o del dolor
- Restricción severa de la movilidad, acompañada o no de alteración de la comunicación, tal como, lesión medular.
- Patologías terminales, tales como cáncer, demencia, artropatía degenerativa grave.

c) Cojín antiescaras

- Beneficiario con uso de silla de ruedas por mas de 8 hrs. diarias.
- Beneficiario con alteración de la sensibilidad al dolor y/o daño motor con impedimento de comunicación severo.

d) Silla de ruedas

- Por discapacidad neurológica, tal como accidente cerebrovascular, o en casos de amputado de miembros inferiores.
- Por discapacidad de origen traumatológica, tales como, fractura de miembros inferiores, implante de caderas y rodillas, fractura de L5 con paraplejía.
- Por discapacidad reumática severa, tal como, Osteoartritis de ambas rodillas.
- Por discapacidad senil.

e) Andador y Andador de paseo

- Alteración del equilibrio asociado a patología o por envejecimiento.
- Estados de convalecencia con debilidad muscular.
- Personas con problemas de equilibrio con fractura de caderas, piernas o pie.
- Discapacidad para la marcha por parálisis o paresias de los miembros inferiores
- Indicado en etapa inicial de proceso de reeducación para la marcha del paciente hemipléjico (mal equilibrio lateral)
- Fracturas de miembros inferiores.
- Polineuropatías.

3.22 SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN RECIEN NACIDO.

Para la indicación de tratamiento con Oxido 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.

3.23 ANALGESIA DEL PARTO.

La prestación de salud Analgesia del Parto, será entregada a toda mujer que lo solicite, 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 por el Director del Servicio de Salud en cuyo territorio operacional se desempeña.

La analgesia inhalatoria es aplicada por la propia parturienta y monitorizada por el equipo profesional encargado de la asistencia profesional del parto: matrona / médico obstetra o médico cirujano.

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.

3.24 URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA

- La atención de urgencia en el caso de los pacientes con sospecha de abscesos de espacios anatómicos del territorio buco máxilo facial y del flegmón oro cérico facial se refiere a la confirmación diagnóstica, esto es la primera atención por parte de un cirujano dentista o médico de urgencias y en caso de ser necesario la derivación inmediata a un centro secundario.
- La confirmación diagnóstica de las otras patologías incorporadas en esta garantía sólo puede realizarla un cirujano-dentista.

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.

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 y Episodio Depresivo Actual en Trastorno Bipolar, según criterios CIE10;
- Episodio Depresivo con Alto Riesgo Suicida, es decir, puntaje igual o mayor a 5 en la tabla *“Evaluación del Riesgo de Suicidio en personas con Depresión: identificación, valoración y plan de acción”*; y
- 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 una de las siguientes condiciones:
 - Tratamiento secuencial con altas dosis 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.

El tratamiento de la 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.

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

- Las Intervenciones sanitarias de la especialidad incluyen procedimientos, tales como entrevistas motivacionales, terapias individuales, familiares y grupales, actividades de autoayuda e intervenciones comunitarias.
- Procedimientos diagnósticos específicos para la especialidad cuando esté indicado (por ejemplo, psicodiagnóstico (cualquier test), screening de drogas, niveles plasmáticos de medicamentos, electroencefalograma, TAC cerebro).

A continuación se describen aspectos conceptuales fundamentales para el tratamiento:

a) Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico:

Constituye un conjunto de prestaciones individuales, familiares, grupales y comunitarias, con evidencia de efectividad para lograr abstinencia y mejorar funcionamiento psicosocial.

Este plan es realizado por un equipo multi profesional, conformado por médico general, psicólogo, asistente social y técnico en rehabilitación, y que cuenta con la consultoría de un médico psiquiatra.

La duración de este plan y la frecuencia de las intervenciones entregadas deben responder a las necesidades particulares de cada menor de 20 años y deben estructurarse en un plan personalizado de tratamiento.

La duración óptima para la mayoría de los menores de 20 años es de 6 meses, con una frecuencia de asistencia de 2 a 3 días por semana y en intervenciones de 3 a 4 horas de duración cada vez.

Está indicado para menores de 20 años que tienen un consumo perjudicial o dependiente de alcohol y drogas y un compromiso biopsicosocial moderado, donde resalta la mantención de actividad ocupacional (laboral, educacional) parcial o total y mantienen un soporte familiar.

b) Criterios de inclusión Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico:

- Consumo perjudicial o dependiente de riesgo moderado.
- Compromiso biopsicosocial moderado.
- Sin enfermedad mental severa
- Desempeña una actividad educacional parcial o total
- Cuenta con red de apoyo familiar.

c) Recaída: Consumo de alcohol o drogas después de inicio de abstinencia que retoma o intensifica patrón de consumo previo al tratamiento.

d) Seguimiento: Consiste en un conjunto de acciones que implican la continuidad del tratamiento que tienen como fin apoyar, por un período

determinado, la mantención de los logros alcanzados por el usuario en el proceso terapéutico, fortaleciendo estrategias que contribuyan a la prevención de recaídas y a una progresiva autonomía.

3.27 ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE REMITENTE:

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: <ul style="list-style-type: none"> • 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.

3.28 HEPATITIS B

El criterio de inclusión será la infección crónica por virus B confirmada. Estos pacientes tendrán acceso a evaluación, para determinar la necesidad de 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°1 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°1 de 2010, se entenderá que tienen dicha garantía los beneficiarios que constituyeron, a partir del 1 de julio de 2010 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.
- h) Tratándose de garantía de calidad, será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud.

2º. El presente decreto entrará en vigencia una vez publicado en el Diario Oficial, fecha a contar de la cual se entenderá derogada el Decreto Supremo N°34, de 2009, 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 RAZON Y PUBLÍQUESE.-

**SEBASTIAN PIÑERA ECHENIQUE
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA**

**JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD**