

Ministerio de Salud

(IdDO 1002905)

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

Núm. 3.- Santiago, 27 de enero de 2016.

Visto:

Lo dispuesto en los Párrafos 3 y 4 del Título I, y en los artículos 23 y 2° transitorio, todos de la ley N° 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud; lo establecido en el decreto supremo N° 69 de 2005, de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para el funcionamiento del Consejo Consultivo a que se refiere la ley N° 19.966 y en el decreto supremo N° 121 de 2005, de Salud, aprueba reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud de la ley N° 19.966, y

Considerando:

- Que, el Régimen General de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Debe establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud debe cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469;
- Que, el referido Régimen debe contener las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, debiendo el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios;
- Que, las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan;
- Que, las garantías señaladas deben ser las mismas para los beneficiarios de los Libros II y III del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, pero pueden ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.
- Que, las Instituciones de Salud Previsional están también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de la ley N° 19.966.
- Que, las Garantías Explícitas en Salud deben ser elaboradas de conformidad con el procedimiento establecido en la ley N° 19.966 y en el decreto supremo N° 121, de 2005, del Ministerio de Salud, y deben ser aprobadas por decreto supremo de dicha Secretaría de Estado suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.
- Que, el procedimiento de elaboración de las Garantías Explícitas en Salud 2016-2019 tuvo como finalidad revisar las prestaciones de los 80 problemas de salud vigentes, mejorando la integralidad de aquellas.
- Que por lo expuesto, vengo en dictar el siguiente:

Decreto:

TÍTULO I

De las Garantías Explícitas en Salud

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

- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5

Definición : La Enfermedad Renal Crónica etapa 4 y 5, corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida progresiva y permanente de la función renal a la que

se puede llegar por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito, hereditario o adquirido y, en etapa 5 requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante. Patologías Incorporadas: Quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Toda Enfermedad Renal Crónica en etapa 4 y 5.

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, conforme a lo dispuesto en la Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Con Enfermedad Renal Crónica de curso progresivo e irreversible, tendrá acceso a confección de fistula arteriovenosa o instalación de catéter peritoneal según indicación del especialista e independiente de su velocidad de filtración glomerular.
- Trasplantado tendrá acceso a nuevo trasplante, según indicación médica.
- Trasplantado tendrá acceso a profilaxis y tratamiento de citomegalovirus, según indicación médica.
- Trasplantado tendrá acceso a terapia de rechazo, según indicación médica.
- Con Enfermedad Renal Crónica etapa 4, según indicación médica tendrá acceso a estudio pre-trasplante e ingreso a lista de espera de trasplante, si cumple con criterios de inclusión definidos en la Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo, aunque no haya requerido diálisis.

b. Oportunidad:

□ Tratamiento

Desde confirmación Diagnóstica:

- Acceso vascular para Hemodiálisis: Dentro de 90 días desde indicación médica.
- Inicio de Peritoneodiálisis: Dentro de 21 días desde indicación médica.
- Inicio de Hemodiálisis: Dentro de 7 días desde indicación médica.

Los beneficiarios que cumplan con los criterios de inclusión, según la Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo ya citada, tendrán acceso a:

- Estudio pre-trasplante completo para acceder a Lista de Espera: Dentro de 10 meses desde indicación del especialista.
- Trasplante Renal: Finalizado el estudio pre-trasplante ingresan a lista de espera de trasplante, el que se efectúa de acuerdo a disponibilidad de órgano.
- Drogas inmunosupresoras: En donante cadáver, desde el trasplante y en donante vivo desde 48 horas antes del trasplante.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
1.-	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5	Diagnóstico	Confirmación retardo crecimiento óseo	cada vez	176.210	20%	35.240
		Tratamiento	Tratamiento con hormona de crecimiento en menores de 15 años	mensual	244.040	20%	48.810
			Tratamiento citomegalovirus alto riesgo	cada vez	1.622.650	20%	324.530
			Tratamiento citomegalovirus bajo riesgo	cada vez	546.570	20%	109.310
			Estudio pre trasplante receptor	cada vez	952.600	20%	190.520
			Estudio donante vivo	cada vez	1.995.360	20%	399.070
			Nefrectomía donante vivo	cada vez	1.774.020	20%	354.800
			Estudio y Evaluación donante cadáver	cada vez	1.573.010	20%	314.600
			Nefrectomía donante cadáver	cada vez	2.935.080	20%	587.020
			Trasplante renal	cada vez	6.855.190	20%	1.371.040
			Rechazo trasplante renal	cada vez	8.472.830	20%	1.694.570
			Droga inmunosupresora protocolo 0	mensual	7.540	20%	1.510
			Droga inmunosupresora protocolo 1A	mensual	357.870	20%	71.570
			Droga inmunosupresora protocolo 1B	mensual	253.020	20%	50.600
			Droga inmunosupresora protocolo 1C	mensual	494.910	20%	98.980
			Droga inmunosupresora protocolo 1D	mensual	562.220	20%	112.440
			Droga inmunosupresora protocolo 1E	mensual	437.410	20%	87.480
			Droga inmunosupresora protocolo 2A	mensual	301.340	20%	60.270
			Acceso vascular autólogo en brazo o antebrazo	cada vez	1.058.010	20%	211.600
			Acceso vascular con prótesis en extremidad superior	cada vez	1.278.410	20%	255.680
			Acceso vascular autólogo de alta complejidad	cada vez	1.413.480	20%	282.700
			Reparación de fistula disfuncionante u ocluida	cada vez	1.505.730	20%	301.150
			Instalación catéter tunelizado	cada vez	575.480	20%	115.100

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
			Hemodiálisis mensual	mensual	703.310	20%	140.660
			Instalación catéter para peritoneodiálisis	cada vez	569.450	20%	113.890
			Peritoneodiálisis	mensual	863.910	20%	172.780
			Hierro endovenoso pacientes en diálisis	mensual	25.830	20%	5.170
			Eritropoyetina pacientes en diálisis	mensual	29.380	20%	5.880
		Seguimiento	Seguimiento trasplante renal 1° año	mensual	170.380	20%	34.080
			Seguimiento trasplante renal a partir del 2° año	mensual	70.760	20%	14.150

2. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS

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

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

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

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

- Dilatación congénita de la aorta
- Discordancia de la conexión aurículoventricular
- Discordancia de la conexión ventrículoarterial
- Divertículo congénito del ventrículo izquierdo
- Enfermedad congénita del corazón
- Estenosis aórtica congénita
- Estenosis aórtica supraavicular
- Estenosis congénita de la válvula aórtica
- Estenosis congénita de la válvula pulmonar
- Estenosis congénita de la válvula tricúspide
- Estenosis congénita de la vena cava
- Estenosis congénita de la vena cava (inferior) (superior)
- Estenosis de la aorta
- Estenosis de la arteria pulmonar
- Estenosis del infundíbulo pulmonar
- Estenosis mitral congénita
- Estenosis subaórtica congénita
- Hipoplasia de la aorta
- Hipoplasia de la arteria pulmonar
- Insuficiencia aórtica congénita
- Insuficiencia congénita de la válvula aórtica
- Insuficiencia congénita de la válvula pulmonar
- Insuficiencia mitral congénita
- Malformación congénita de la válvula pulmonar
- Malformación congénita de la válvula tricúspide, no especificada
- Malformación congénita de las cámaras cardíacas y de sus conexiones
- Malformación congénita de las grandes arterias, no especificada
- Malformación congénita de las grandes venas, no especificada
- Malformación congénita de las válvulas aórtica y mitral, no especificada
- Malformación congénita del corazón, no especificada
- Malformación congénita del miocardio
- Malformación congénita del pericardio
- Malformación congénita del tabique cardíaco, no especificada
- Malformación de los vasos coronarios
- Ostium secundum (tipo II) abierto o persistente
- Otra malformación congénita de las cámaras cardíacas y de sus conexiones
- Otra malformación congénita de la válvula pulmonar
- Otras malformaciones congénitas de la aorta
- Otras malformaciones congénitas de la arteria pulmonar
- Otras malformaciones congénitas de la válvula tricúspide
- Otras malformaciones congénitas de las grandes arterias
- Otras malformaciones congénitas de las grandes venas
- Otras malformaciones congénitas de las válvulas aórticas y mitral
- Otras malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos
- Otras malformaciones congénitas del corazón, especificadas
- Pentalogía de Fallot
- Persistencia de la vena cava superior izquierda
- Persistencia de las asas del arco aórtico
- Persistencia del conducto arterioso
- Persistencia del tronco arterioso
- Posición anómala del corazón
- Regurgitación congénita de la válvula pulmonar
- Síndrome de hipoplasia del corazón derecho
- Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo
- Síndrome de la cimitarra
- Síndrome de Taussig-Bing
- Tetralogía de Fallot
- Transposición (completa) de los grandes vasos
- Transposición de los grandes vasos en ventrículo derecho
- Transposición de los grandes vasos en ventrículo izquierdo
- Tronco arterioso común
- Ventana aortopulmonar
- Ventrículo común
- Ventrículo con doble entrada
- Ventrículo único
- Wolff Parkinson White

a. Acceso:

Todo Beneficiario menor de 15 años

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones (se incluyen casos de personas mayores de 15 años).
- Con requerimiento de recambio de Marcapaso o cambio de generador y/o electrodo, según corresponda, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

Se excluye Trasplante cardíaco.

b. Oportunidad:

□ Diagnóstico

- Pre-natal: Desde las 20 semanas de gestación, dentro de 30 días desde indicación médica.
- Entre 0 a 7 días desde el nacimiento: Dentro de 48 horas desde sospecha.
- Entre 8 días y menor de 2 años: Dentro de 21 días desde la sospecha.
- Entre 2 años y menor de 15 años: Dentro de 180 días desde la sospecha.

□ Tratamiento

Desde confirmación diagnóstica

- Cardiopatía congénita grave operable: Ingreso a prestador con capacidad de resolución quirúrgica, dentro de 48 horas desde la estabilización del paciente, para evaluación e indicación de tratamiento y/o procedimiento que corresponda.
- Otras cardiopatías congénitas operables: Tratamiento quirúrgico o procedimiento, según indicación médica.
- Control: Dentro del primer año desde alta por cirugía.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
2.-	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES en menores de 15 años	Diagnóstico	Confirmación cardiopatía congénita operable pre natal	cada vez	147.970	20%	29.590
			Confirmación cardiopatía congénita operable post natal	cada vez	134.630	20%	26.930
			Estudio hemodinámico	cada vez	813.020	20%	162.600
		Tratamiento	Cirugía CEC mayor	cada vez	12.781.670	20%	2.556.330
			Cirugía CEC mediana	cada vez	6.265.960	20%	1.253.190
			Cirugía CEC menor	cada vez	5.180.310	20%	1.036.060
			Cierre percutáneo de defectos septales intracardiacos con dispositivo	cada vez	7.616.450	20%	1.523.290
			Valvuloplastia	cada vez	1.966.810	20%	393.360
			Angioplastia	cada vez	2.614.680	20%	522.940
			Estudio electrofisiológico de arritmias	cada vez	913.710	20%	182.740
			Estudio electrofisiológico y ablación de arritmias	cada vez	1.824.780	20%	364.960
			Cierre percutáneo de ductos arteriales persistentes	cada vez	2.921.890	20%	584.380
			Cierre de ductos por cirugía	cada vez	1.273.010	20%	254.600
			Otras cirugías cardíacas sin CEC	cada vez	1.387.650	20%	277.530
			Implantación de marcapaso unicameral VM	cada vez	2.263.200	20%	452.640
			Implantación de marcapaso bicameral DDD	cada vez	2.924.760	20%	584.950
			Recambio marcapaso	cada vez	2.452.740	20%	490.550
Evaluación post quirúrgica cardiopatía congénita operables	por evaluación completa	149.160	20%	29.830			

3. CÁNCER CERVICOUTERINO

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

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

- Cáncer de glándula endocervical
- Cáncer de la unión escamocolumnar del cuello uterino
- Cáncer del canal cervical
- Cáncer del canal endocervical
- Cáncer del cérvix

- Cáncer del cérvix uterino
- Cáncer del cuello uterino
- Cáncer del muñón cervical
- Carcinoma basal adenoide de cuello de útero
- Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero
- Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada
- Carcinoma in situ del endocervix
- Carcinoma in situ del exocervix
- Neoplasia intraepitelial cervical [NIC]
- Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado I
- Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado II
- Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado III, con o sin mención de displasia severa
- Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación
- Tumor maligno del endocervix
- Tumor maligno del exocervix

a. Acceso:

- Todo beneficiario mayor de 25 y menor de 65 años, tendrá acceso a realización de PAP cada 3 años.
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:

□ Tamizaje:

- Resultado con informe de examen de PAP para beneficiarios de 25 y menor de 65 años dentro de 30 días desde la indicación.

□ Diagnóstico

- Confirmación diagnóstica dentro de 40 días desde la sospecha.
- Etapificación: Dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.

□ Tratamiento

- Lesión pre-invasora: Dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Cáncer invasor: Dentro de 20 días desde etapificación.
- Tratamientos adyuvantes: Dentro de 20 días desde la indicación médica.

□ Seguimiento

- Primer control dentro de 90 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
3.-	CÁNCER CERVICOUTERINO	Tamizaje	Screening Cáncer Cervicouterino	cada vez	9.860	20%	1.970
			Sospecha Cáncer Cervicouterino	cada vez	2.250	20%	450
		Diagnóstico	Procesamiento papanicolau	cada vez	8.310	20%	1.660
			Confirmación cáncer cervicouterino pre invasor	cada vez	183.590	20%	36.720
			Confirmación cáncer cervicouterino invasor	cada vez	202.040	20%	40.410
			Etapificación cáncer cervicouterino invasor	cada vez	294.510	20%	58.900
			Atención integral para mujeres con cáncer	por tratamiento completo	70.180	20%	14.040
		Tratamiento	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE I	cada vez	87.100	20%	17.420
			Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE II y NIE III o CIS	cada vez	330.760	20%	66.150
			Tratamiento quirúrgico cáncer cervicouterino invasor	cada vez	1.714.220	20%	342.840
			Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	por tratamiento completo	907.500	20%	181.500
			Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	por tratamiento completo	973.710	20%	194.740
			Quimioterapia cáncer cervicouterino invasor (incluye hospitalización)	por ciclo	97.030	20%	19.410
			Quimioterapia recidiva cáncer cervicouterino invasor (incluye hospitalización)	por ciclo	179.410	20%	35.880
			Seguimiento cáncer cervicouterino pre invasor	por control	73.480	20%	14.700
		Seguimiento cáncer cervicouterino invasor	por control	66.630	20%	13.330	

4. ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO

Definición:

Consiste en la asistencia integral y activa al paciente y a su entorno, por un equipo multiprofesional, siendo el objetivo esencial del tratamiento asegurar la máxima calidad de vida posible tanto al paciente como a su familia, ya sea en cáncer progresivo o no progresivo.

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

- Todo cáncer

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

b. Oportunidad:

Tratamiento

- Inicio dentro de 5 días desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
4.-	ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO	Tratamiento	Tratamiento integral y cuidados paliativos por cáncer avanzado	mensual	94.450	20%	18.890
			Tratamiento integral por Alivio del Dolor sin cáncer progresivo	mensual	39.180	20%	7.840

5. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

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

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

- Infarto (agudo) del miocardio con elevación del segmento ST
- Infarto (agudo) del miocardio no Q
- Infarto (agudo) del miocardio Q
- Infarto (agudo) del miocardio sin supradesnivel ST
- Infarto agudo del miocardio de la pared inferior
- Infarto agudo del miocardio sin otra especificación
- Infarto agudo del ventrículo derecho
- Infarto agudo transmural del miocardio de otros sitios
- Infarto con infradesnivel ST
- Infarto con supradesnivel ST
- Infarto del miocardio no transmural sin otra especificación
- Infarto recurrente del miocardio
- Infarto subendocárdico agudo del miocardio
- Infarto transmural (agudo) alto lateral
- Infarto transmural (agudo) anteroapical
- Infarto transmural (agudo) anterolateral
- Infarto transmural (agudo) anteroseptal
- Infarto transmural (agudo) apicolateral
- Infarto transmural (agudo) de (pared) anterior sin otra especificación
- Infarto transmural (agudo) de (pared) lateral sin otra especificación
- Infarto transmural (agudo) de pared diafragmática
- Infarto transmural (agudo) inferolateral

- Infarto transmural (agudo) íferoposterior
- Infarto transmural (agudo) laterobasal
- Infarto transmural (agudo) posterior (verdadero)
- Infarto transmural (agudo) posterobasal
- Infarto transmural (agudo) posterolateral
- Infarto transmural (agudo) posteroseptal
- Infarto transmural (agudo) septal sin otra especificación
- Infarto transmural agudo del miocardio de la pared anterior
- Infarto transmural agudo del miocardio de la pared inferior
- Infarto transmural agudo del miocardio, de sitio no especificado
- Infarto transmural del miocardio
- Isquemia del miocardio recurrente
- Reinfarto (agudo) anteroapical
- Reinfarto (agudo) anterolateral
- Reinfarto (agudo) anteroseptal
- Reinfarto (agudo) de (pared) anterior sin otra especificación
- Reinfarto (agudo) de (pared) inferior del miocardio
- Reinfarto (agudo) de (pared) lateral del miocardio
- Reinfarto (agudo) de pared diafragmática del miocardio
- Reinfarto (agudo) del miocardio alto lateral
- Reinfarto (agudo) del miocardio apicolateral
- Reinfarto (agudo) del miocardio basolateral
- Reinfarto (agudo) del miocardio inferolateral
- Reinfarto (agudo) del miocardio íferoposterior
- Reinfarto (agudo) del miocardio posterior (verdadero)
- Reinfarto (agudo) del miocardio posterobasal
- Reinfarto (agudo) del miocardio posterolateral
- Reinfarto (agudo) del miocardio posteroseptal
- Reinfarto (agudo) del miocardio septal
- Reinfarto del miocardio
- Reinfarto del miocardio de la pared anterior
- Reinfarto del miocardio de la pared inferior
- Reinfarto del miocardio de otros sitios
- Reinfarto del miocardio, de parte no especificada.

a. Acceso:

Todo beneficiario, que desde el 1 de julio de 2005, presente:

- Dolor torácico no traumático y/o síntomas de Infarto Agudo del Miocardio, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica de Infarto Agudo del Miocardio, tendrá acceso a tratamiento médico y prevención secundaria.
- By-pass coronario o angioplastia coronaria percutánea, tendrá acceso a prevención secundaria.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico

Con sospecha:

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

- Tratamiento

Con Confirmación diagnóstica:

- Con supradesnivel ST: Trombolisis dentro de 30 minutos desde confirmación diagnóstica con electrocardiograma, según indicación médica.
- Primer control para prevención secundaria, dentro de 30 días desde alta de hospitalización por:
 - Tratamiento médico de cualquier tipo de Infarto Agudo del Miocardio.
 - By-pass coronario
 - Angioplastia coronaria percutánea.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
5.-	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO IAM	Diagnóstico	Sospecha infarto agudo del miocardio	cada vez	9.830	20%	1.970
		Diagnóstico y Tratamiento	Confirmación y tratamiento infarto agudo del miocardio urgencia sin trombolisis	cada vez	38.420	20%	7.680
			Confirmación y tratamiento infarto agudo del miocardio urgencia con trombolisis	cada vez	419.210	20%	83.840
			Tratamiento médico del infarto agudo del miocardio	cada vez	409.140	20%	81.830
		Seguimiento	Prevención secundaria del infarto agudo del miocardio	mensual	9.990	20%	2.000

6. DIABETES MELLITUS TIPO 1

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

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

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

- Diabetes (mellitus) juvenil con cetoacidosis
- Diabetes (mellitus) juvenil con coma
- Diabetes (mellitus) juvenil con coma diabético con o sin cetoacidosis
- Diabetes (mellitus) juvenil con coma diabético hiperosmolar
- Diabetes (mellitus) juvenil con coma diabético hipoglicémico
- Diabetes (mellitus) juvenil con coma hiperglicémico
- Diabetes (mellitus) juvenil sin mención de complicación
- Diabetes insulino dependiente
- Diabetes mellitus con propensión a la cetosis
- Diabetes mellitus insulino dependiente con acidosis diabética sin mención de coma
- Diabetes mellitus insulino dependiente con cetoacidosis
- Diabetes mellitus insulino dependiente con cetoacidosis diabética sin mención de coma
- Diabetes mellitus insulino dependiente con coma
- Diabetes mellitus insulino dependiente con coma diabético con o sin cetoacidosis
- Diabetes mellitus insulino dependiente con coma diabético hiperosmolar
- Diabetes mellitus insulino dependiente con coma diabético hipoglicémico
- Diabetes mellitus insulino dependiente con coma hiperglicémico
- Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación
- Diabetes mellitus tipo I con acidosis diabética sin mención de coma
- Diabetes mellitus tipo I con cetoacidosis.
- Diabetes mellitus tipo I con cetoacidosis diabética sin mención de coma.
- Diabetes mellitus tipo I con coma.
- Diabetes mellitus tipo I con coma diabético con o sin cetoacidosis.
- Diabetes mellitus tipo I con coma diabético hiperosmolar.
- Diabetes mellitus tipo I con coma diabético hipoglicémico.
- Diabetes mellitus tipo I con coma hiperglicémico.
- Diabetes mellitus tipo I sin mención de complicación.
- Diabetes autoinmune del adulto (L.A.D.A).

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- Incluye tratamiento de pie diabético
- Con descompensación, tendrá acceso a tratamiento de urgencia y hospitalización según indicación médica.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico:
 - Con sospecha por exámenes alterados: Consulta con especialista en 7 días.

- Con sospecha de descompensación: Glicemia dentro de 30 minutos desde atención médica en Servicio de Urgencia.

□ Tratamiento:

- Inicio dentro de 24 horas, desde confirmación diagnóstica
- En tratamiento, que presenta descompensación: Glicemia dentro de 30 minutos desde atención médica en Servicio de Urgencia.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
6.-	DIABETES MELLITUS TIPO 1	Diagnóstico	Confirmación pacientes con DM tipo 1	cada vez	24.530	20%	4.910
			Evaluación inicial: pacientes sin cetoacidosis DM tipo 1	cada vez	259.870	20%	51.970
		Tratamiento	Evaluación inicial: pacientes con cetoacidosis DM tipo 1	cada vez	403.160	20%	80.630
			Tratamiento 1° año pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	mensual	48.730	20%	9.750
			Tratamiento a partir del 2° año pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	mensual	42.060	20%	8.410
			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 1	por tratamiento completo	203.730	20%	40.750
			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 1	por tratamiento completo	353.700	20%	70.740

7. DIABETES MELLITUS TIPO 2

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

La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por resistencia insulínica, que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina.

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

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

a. Acceso:

Todo beneficiario

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye tratamiento de pie diabético.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Dentro de 45 días desde primera consulta con glicemia elevada.

- Tratamiento:
 - Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.
 - Atención por especialista dentro de 90 días desde la derivación, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
7.-	DIABETES MELLITUS TIPO 2	Diagnóstico	Confirmación Pacientes con DM tipo 2	cada vez	7.390	20%	1.480
			Evaluación Inicial Paciente con DM tipo 2	cada vez	29.410	20%	5.880
		Tratamiento	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2	mensual	4.660	20%	930
			Tratamiento a partir del 2° año Pacientes con DM tipo 2	mensual	6.280	20%	1.260
			Control paciente dm tipo 2 nivel especialidad	mensual	28.370	20%	5.670
			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 2	por tratamiento completo	203.730	20%	40.750
			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 2	por tratamiento completo	353.700	20%	70.740
			Ayudas técnicas - pie diabético	cada vez	20.490	20%	4.100

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

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

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

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

a. Acceso:

Toda(o) Beneficiaria(o) de 15 años y más

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.

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

b. Oportunidad:

- Diagnóstico:
 - Dentro de 45 días desde sospecha con resultado de mamografía. En caso de evidencia clínica de cáncer, no será exigible la mamografía y el plazo máximo para esta prestación igualmente será de 45 días desde la sospecha.
 - Etapificación dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

□ Tratamiento:

Primario: Dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
Tratamientos adyuvantes: Dentro de 20 días desde la indicación médica.

□ Seguimiento:

- Primer control dentro de 90 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$	
8.-	CÁNCER DE MAMA en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación cáncer de mama nivel especialidad	cada vez	424.220	20%	84.840	
			Confirmación cáncer de mama por biopsia estereotáxica	cada vez	980.730	20%	196.150	
			Etapificación cáncer de mama	cada vez	204.310	20%	40.860	
		Tratamiento	Atención integral para mujeres con cáncer de mama	por tratamiento completo	70.820	20%	14.160	
			Intervención quirúrgica cáncer de mama sin reconstrucción mamaria inmediata	cada vez	1.248.120	20%	249.620	
			Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)	cada vez	2.954.280	20%	590.860	
			Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción mamaria, 2° cirugía reconstructiva	cada vez	1.375.150	20%	275.030	
			Radioterapia Cáncer de Mama	por tratamiento completo	932.650	20%	186.530	
			Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama	por tratamiento completo	518.290	20%	103.660	
			Quimioterapia cáncer mama, etapa I y II	por ciclo	214.760	20%	42.950	
			Quimioterapia cáncer mama, etapa III	por ciclo	162.630	20%	32.530	
			Quimioterapia cáncer mama, etapa IV	por ciclo	335.930	20%	67.190	
			Quimioterapia cáncer mama etapa IV metástasis óseas	mensual	123.300	20%	24.660	
			Hormonoterapia para cáncer de mama	mensual	95.570	20%	19.110	
			Controles y exámenes asociados a Quimioterapia Cáncer de Mama	por tratamiento completo de quimioterapia	1.370.230	20%	274.050	
			Seguimiento	Seguimiento cáncer de mama paciente asintomática	por control	32.630	20%	6.530
				Seguimiento cáncer de mama paciente sintomática	por control	120.630	20%	24.130

9. DISRAFAS ESPINALES

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

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

- Encefalocele de cualquier sitio
- Encefalocele frontal
- Encefalocele nasofrontal
- Encefalocele occipital
- Encefalocele
- Encefalomielocele
- Espina bífida (abierto) (quística)

- Espina bífida cervical con hidrocefalia
- Espina bífida cervical sin hidrocefalia
- Espina bífida con hidrocefalia
- Espina bífida dorsal
- Espina bífida dorsal con hidrocefalia
- Espina bífida lumbar con hidrocefalia
- Espina bífida lumbar sin hidrocefalia
- Espina bífida lumbosacra
- Espina bífida lumbosacra con hidrocefalia
- Espina bífida oculta
- Espina bífida sacra con hidrocefalia
- Espina bífida sacra sin hidrocefalia
- Espina bífida torácica con hidrocefalia
- Espina bífida torácica sin hidrocefalia
- Espina bífida toracolumbar
- Espina bífida toracolumbar con hidrocefalia
- Espina bífida, no especificada
- Hidroencefalocele
- Hidromeningocele (raquídeo)
- Hidromeningocele craneano
- Meningocele (raquídeo)
- Meningocele cerebral
- Meningoencefalocele
- Meningomielocele
- Mielocele
- Mielomeningocele
- Raquisquis
- Siringomielocele
- Diastematomyelia
- Quiste Neuroentérico
- Sinus Dermal
- Quiste Dermoide o Epidermoide Raquídeo
- Filum Corto
- Médula Anclada
- Lipoma Cono Medular
- Lipoma D Efilum
- Lipomeningocele
- Lipoma Extradural
- Mielocistocele
- Mielomeningocistocele

a. Acceso:

Todo Beneficiario nacido a contar del 1 de julio de 2005:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones.
- Con tratamiento, tendrá acceso a seguimiento.

Todo Beneficiario independiente de fecha de nacimiento:

- Con confirmación diagnóstica de disrafia oculta, y médula anclada o meningitis a repetición, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico

Disrafia Abierta:

- Dentro de las primeras 12 horas desde el nacimiento.

Disrafia Cerrada:

- Consulta con Neurocirujano: Dentro de 90 días desde la sospecha.

- Tratamiento

Disrafia Abierta:

- Cirugía: Dentro de 72 horas desde el nacimiento.
- Válvula derivativa: Dentro de 90 días desde la indicación médica.
- Control con Neurocirujano: Dentro de 15 días desde el alta hospitalaria.

Disrafia Cerrada:

- Cirugía: Dentro de 60 días desde la indicación médica.
- Control con Neurocirujano: Dentro de 15 días desde el alta hospitalaria.

- Seguimiento Con tratamiento de disrafia abierta, tendrá acceso a rehabilitación dentro de 6 meses desde la indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
9.-	DISRAFIAS ESPINALES	Diagnóstico	Confirmación disrafia espinal abierta	cada vez	119.560	20%	23.910
			Confirmación disrafia espinal cerrada	cada vez	306.060	20%	61.210
		Tratamiento	Intervención quirúrgica integral disrafia espinal abierta	cada vez	4.214.670	20%	842.930
			Intervención quirúrgica integral disrafia espinal cerrada	cada vez	1.874.480	20%	374.900
			Evaluación post quirúrgica disrafia espinal abierta	por control	45.230	20%	9.050
			Evaluación post quirúrgica disrafia espinal cerrada	por control	60.530	20%	12.110
			Recambio valvular espina bífida abierta	cada vez	1.399.150	20%	279.830
		Seguimiento	Rehabilitación 1° y 2° año paciente con espina bífida abierta	por control	59.290	20%	11.860

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

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

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

- Escoliosis congénita
- Escoliosis idiopática infantil
- Escoliosis idiopática juvenil
- Escoliosis de la adolescencia
- Escoliosis toracogénica
- Escoliosis neuromuscular
- Otras escoliosis secundarias
- Cifo escoliosis
- Escoliosis asociada a displasia ósea
- Escoliosis asociada a cualquier síndrome

a. Acceso:

Todo Beneficiario menor de 25 años con confirmación diagnóstica e indicación de tratamiento quirúrgico de Escoliosis tendrá acceso a tratamiento, siempre que cumpla los criterios de inclusión definidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.

b. Oportunidad:

Tratamiento

- Dentro de 270 días desde confirmación diagnóstica.
- Primer Control: Dentro de 10 días después de alta hospitalaria.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
10.-	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS en personas menores de 25 años	Tratamiento	Intervención quirúrgica integral escoliosis idiopática	cada vez	10.209.320	20%	2.041.860
			Intervención quirúrgica integral escoliosis neuromuscular	cada vez	17.334.630	20%	3.466.930
			Intervención quirúrgica integral escoliosis mielomeningocele	cada vez	14.539.230	20%	2.907.850
			Evaluación post quirúrgica escoliosis	por control	27.110	20%	5.420

11. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS

Definición: Opacidad del cristalino que disminuye o perturba la visión.

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

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

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, siempre que cumpla con el siguiente criterio de inclusión: - Agudeza visual igual o inferior a 0,3 con corrección óptica.

b. Oportunidad:

Diagnóstico:

- Dentro de 180 días desde la sospecha. Incluye ambos ojos.

Tratamiento:

- Agudeza visual igual o inferior a 0,1 con corrección óptica en el mejor ojo, dentro de 90 días desde la confirmación.
- Agudeza visual igual o inferior a 0,3 con corrección óptica dentro de 180 días desde la confirmación.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
11.-	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS	Tratamiento	Confirmación cataratas	cada vez	81.320	20%	16.260
			Intervención quirúrgica integral cataratas	cada vez	789.720	20%	157.940
			Intervención quirúrgica integral cataratas menor de 3 años	cada vez	1.151.480	20%	230.300

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

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

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

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

a. Acceso:

Todo beneficiario de 65 años y más:

- Con confirmación diagnóstica de artrosis de cadera con limitación funcional severa según lo establecido en la Norma de carácter Técnico, Médico y administrativo, que requiera endoprótesis total, tendrá acceso a tratamiento.
- Con indicación médica, tendrá acceso a recambio de endoprótesis total.

b. Oportunidad:

Tratamiento:

- Dentro de 240 días desde confirmación diagnóstica (incluye atención kinesiológica intrahospitalaria).
- Primer control por especialista dentro de 40 días después de cirugía.
- Atención Kinesiológica integral desde el primer día del alta quirúrgica, según indicación médica.
- Recambio de prótesis de cadera dentro de 240 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
12.-	ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CADERA en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa		Intervención quirúrgica integral con prótesis de cadera total	cada vez	5.690.700	20%	1.138.140
			Recambio de prótesis de cadera	cada vez	13.301.730	20%	2.660.350
			Control y kinesioterapia post quirúrgica	por control	31.800	20%	6.360

13. FISURA LABIOPALATINA

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

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

- Disostosis mandibulofacial
- Displasia cleidocraneal
- Fisura del paladar blando con labio leporino
- Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral
- Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral
- Fisura del paladar con labio leporino
- Fisura del paladar con labio leporino bilateral, sin otra especificación
- Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación
- Fisura del paladar duro con labio leporino
- Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral
- Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral
- Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino
- Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral
- Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral
- Fisura congénita de labio
- Fisura del paladar
- Fisura del paladar blando
- Fisura del paladar duro
- Fisura del paladar duro y del paladar blando
- Fisura del paladar, sin otra especificación
- Hendidura labial congénita
- Labio hendido
- Labio leporino
- Labio leporino, bilateral
- Labio leporino, línea media
- Labio leporino, unilateral
- Palatosquisis
- Queilosquisis
- Síndrome de Apert
- Síndrome de Crozon

- Síndrome de Pierre-Robin
- Síndrome de Van der Woude
- Síndrome velocardiofacial

a. Acceso:

Todo beneficiario nacido, a contar del 1° de julio 2005, con fisura labiopalatina, esté o no asociada a malformaciones craneofaciales, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento, incluyendo rehabilitación oral en menores de 15 años.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Dentro de 15 días desde la sospecha.
- Tratamiento
 - Ortopedia Pre-quirúrgica: Para casos con indicación, dentro de 45 días desde el nacimiento.
 - Cirugía Primaria: Primera Intervención y Segunda Intervención: Dentro de 30 días desde la indicación médica.
 - Cirugía Secundaria: Dentro de 60 días desde la indicación médica.

c. Protección Financiera

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
13.-	FISURA LABIOPALATINA	Diagnóstico	Confirmación fisura labiopalatina	cada vez	11.860	20%	2.370
			Ortopedia prequirúrgica	cada vez	196.330	20%	39.270
		Tratamiento	Cirugía primaria: 1° intervención	cada vez	1.019.780	20%	203.960
			Cirugía primaria: 2° intervención	cada vez	396.360	20%	79.270
			Cirugía secundaria	cada vez	1.547.670	20%	309.530
			Rehabilitación fisura labiopalatina 1° año	anual	127.460	20%	25.490
		Seguimiento	Rehabilitación fisura labiopalatina 2° año	anual	146.140	20%	29.230
			Rehabilitación fisura labiopalatina preescolar (3° año al 6° año)	anual	256.660	20%	51.330
			Rehabilitación fisura labiopalatina escolar (7° año al 10° año)	anual	265.900	20%	53.180
			Rehabilitación fisura labiopalatina Escolar año 11°	anual	199.490	20%	39.900

14. CÁNCER EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

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

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

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

- Todo Cáncer.
- Tumores del Sistema Nervioso Central de crecimiento rápido (que requieren tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia)

a. Acceso:

Todo persona beneficiaria menor de 15 años.

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. En los casos de Leucemias y Linfomas incluye trasplante de médula ósea según indicación médica.
- Igual acceso tendrá aquel al que se le haya sospechado antes de los 15 años, aun cuando la confirmación se produzca después de esta edad.
- Los beneficiarios menores de 25 años que recidiven, y que hayan tenido sospecha antes de los 15 años, tendrán acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico (incluye Etapificación)
 - Leucemia: Confirmación, dentro de 14 días desde sospecha.
 - Linfomas y Tumores Sólidos: Confirmación, dentro de 37 días desde sospecha.
- Tratamiento

Desde confirmación diagnóstica

 - Leucemias:

Quimioterapia dentro de 24 horas.
 - Tumores sólidos y linfomas:

Quimioterapia dentro de 24 horas.

Radioterapia dentro de 10 días desde indicación médica.
- Seguimiento:

Primer control una vez finalizado el tratamiento, dentro de:

 - 7 días en Leucemia.
 - 30 días en Linfomas y Tumores sólidos.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
14.-	CÁNCER en personas menores de 15 años	Diagnóstico	Confirmación y etapificación cáncer en menores de 15 años	cada vez	1.686.090	20%	337.220
			Tratamiento tumores solidos cáncer en menores de 15 años	por tratamiento completo	6.357.160	20%	1.271.430
		Tratamiento	Tratamiento leucemia cáncer en menores de 15 años	por tratamiento completo	7.312.830	20%	1.462.570
			Tratamiento linfoma cáncer en menores de 15 años	por tratamiento completo	5.628.910	20%	1.125.780
			Trasplante de médula autólogo	cada vez	33.517.400	20%	6.703.480
			Trasplante de médula alógeno	cada vez	67.789.590	20%	13.557.920
			Quimioterapia cáncer en menores de 15 años	mensual	746.280	20%	149.260
			Radioterapia Cáncer en menores de 15 años	por tratamiento completo	958.750	20%	191.750
			Tratamiento radioyodo	por tratamiento completo	196.560	20%	39.310
			Seguimiento	Seguimiento cáncer en menores de 15 años	por control	91.230	20%

15. ESQUIZOFRENIA

Definición: Se denomina esquizofrenia a un conjunto de trastornos mentales caracterizados por alteraciones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal, la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y también la de sus familiares y amigos. Se caracteriza por la aparición de alucinaciones auditivas, distorsiones y trastornos del pensamiento y síntomas negativos de desmotivación, negación de sí mismo y reducción de la emoción.

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

- Esquizofrenia paranoide: incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffée delirante con síntomas de esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide.
- Esquizofrenia hebefrénica: Incluye además los términos Esquizofrenia desorganizada, Hebefrenia.
- Esquizofrenia catatónica: Incluye además los términos catatonía esquizofrénica.
- Esquizofrenia indiferenciada: Incluye además los términos Esquizofrenia aguda, Esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico.
- Esquizofrenia residual: Incluye además los términos depresión post-esquizofrénica, estado esquizofrénico residual.
- Esquizofrenia simple.

- Otra Esquizofrenia: Incluye además los términos Esquizofrenia atípica, Esquizofrenia latente, Esquizofrenia pseudoneurótica, Esquizofrenia pseudopsicopática, trastorno de ideas delirantes inducidas con síntomas de esquizofrenia, Folie a deux con síntomas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme, trastorno esquizofreniforme, reacción esquizofrénica, trastorno esquizotípico, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia.
- Esquizofrenia sin especificación.

a. Acceso:

- Todo Beneficiario con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas a partir del 1° de julio de 2005:
- Con sospecha, tendrá acceso a evaluación diagnóstica, confirmación diagnóstica y tratamiento inicial por 180 días.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Atención por especialista dentro de 20 días desde derivación.
- Tratamiento:
 - Inicio desde indicación del especialista.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
15.-	ESQUIZOFRENI A	Diagnóstico	Evaluación inicial de primer episodio esquizofrenia	cada vez	117.810	20%	23.560
			Evaluación en sospecha de primer episodio esquizofrenia	mensual	54.930	20%	10.990
		Tratamiento	Tratamiento esquizofrenia primer año	mensual	93.290	20%	18.660
			Tratamiento esquizofrenia a partir del segundo año	mensual	78.660	20%	15.730

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

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

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

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

a. Acceso:

Todo Beneficiario de 15 años y más:

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

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Dentro de 30 días desde sospecha
 - Etapificación dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica
- Tratamiento
 - Quirúrgico: dentro de 15 días desde la indicación
 - Tratamientos adyuvantes: dentro de 30 días desde la indicación médica
- Seguimiento
 - Primer control dentro de 30 días de finalizado el tratamiento.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
16.-	CÁNCER DE TESTÍCULO en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación cáncer testículo	cada vez	74.250	20%	14.850
			Etapificación cáncer testículo	cada vez	325.410	20%	65.080
		Tratamiento	Intervención quirúrgica cáncer testículo: orquidectomía	cada vez	702.600	20%	140.520
			Intervención quirúrgica de testículo: vaciamiento ganglionar (LALA)	cada vez	1.373.480	20%	274.700
			Intervención quirúrgica de testículo: mediastínico-retroperitoneal	cada vez	1.799.030	20%	359.810
			Radioterapia Cáncer de Testículo	por tratamiento completo	958.750	20%	191.750
			Radioterapia Paliativa Cáncer de Testículo	por tratamiento completo	518.300	20%	103.660
			Quimioterapia cáncer testículo	por ciclo	320.320	20%	64.060
			Quimioterapia Protocolo Seminoma E1	por ciclo	118.180	20%	23.640
			Terapia de reemplazo hormonal	mensual	18.320	20%	3.660
			Banco de espermios	anual	360.870	20%	72.170
			Hospitalización asociada a Quimioterapia Cáncer Testículo	por tratamiento completo de quimioterapia	2.500.480	20%	500.090
		Seguimiento	Seguimiento cáncer testículo	por control	148.230	20%	29.650

17. LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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

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

- Linfoma de Hodgkin
- Linfoma de Hodgkin predominio linfocítico nodular
- Linfoma de Hodgkin clásico
- Linfoma de Hodgkin Clásico esclerosis nodular
- Linfoma de Hodgkin Clásico celularidad mixta
- Linfoma de Hodgkin Clásico rico en linfocitos
- Linfoma de Hodgkin Clásico depleción linfocitaria
- Linfoma no Hodgkin
- Linfoma no Hodgkin Neoplasias de precursores linfoides
- Linfoma no Hodgkin Leucemia/Linfoma linfoblástico de precursores B
- Linfoma no Hodgkin/Linfoma linfoblástico T
- Neoplasias de células maduras
- Neoplasias B maduras
- Leucemia linfática crónica/linfoma linfocítico
- Leucemia prolinfocítica B
- Linfoma esplénico zona marginal
- Leucemia de células vellosas
- Linfoma/leucemia, inclasificable:
- Linfoma/leucemia, inclasificable: Esplénico difuso pulpa roja células B pequeñas
- Linfoma/leucemia, inclasificable: Variante leucemia de células vellosas
- Linfoma linfoplasmocítico
- Linfoma extranodal de zona marginal de tejido asociado a mucosas (MALT)
- Linfoma de zona marginal nodal
- Linfoma folicular
- Linfoma del manto
- Linfoma células grandes rico células T
- Linfoma difuso células grandes B, no especificado
- Linfoma primario SNC
- Linfoma Primario Cutáneo B
- Linfoma EBV positivo del anciano

- Linfoma difuso células grandes asociado a inflamación crónica
- Granulomatosis linfomatoide
- Linfoma primario del mediastino células grandes B
- Linfoma intravascular células grandes B
- Linfoma células grandes B, ALK positivo
- Linfoma plasmablastico
- Linfoma células grandes B en Enfermedad de Castelman asociado a HHV8
- Linfoma 1° derrames
- Linfoma B, inclasificable, intermedio entre difuso células grandes B y Burkitt
- Linfoma B, inclasificable, intermedio entre difuso células grandes B y linfoma de Hodgkin clásico.
- Neoplasias T y NK maduras
- Leucemia prolinfocítica T
- Leucemia linfocitos T grandes granulares
- Desorden linfoproliferativo crónico NK
- Leucemia NK agresiva
- Enfermedades linfoproliferativas del niño virus Epstein Barr positivo
- Leucemia/Linfoma T del adulto
- Linfoma extranodal T/NK tipo nasal
- Linfoma T tipo enteropatía
- Linfoma T hepatoesplénico
- Paniculitis subcutánea, tipo linfoma T
- Micosis fungoide
- Síndrome de Sezary
- Linfoma primario cutáneo T, CD30+, subtipos raros
- Linfoma periférico T, no especificado
- Linfoma angioinmunoblástico T
- Linfoma anaplástico células grandes, ALK positivo
- Linfoma anaplástico células grandes, ALK negativo
- Desórdenes linfoproliferativos asociados a inmunodeficiencia
- Enfermedades linfoproliferativas asociadas a inmunodeficiencia primaria
- Linfomas relacionados al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Desórdenes linfoproliferativos post trasplante
- Desórdenes linfoproliferativos asociados a inmunodeficiencia iatrogénica

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más

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

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica dentro de 35 días desde sospecha
 - Etapificación dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica
- Tratamiento
 - Quimioterapia: dentro de 10 días desde etapificación
 - Radioterapia: dentro de 25 días desde indicación médica.
- Seguimiento
 - Primer control dentro de 30 días de finalizado el tratamiento.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
17.-	LINFOMAS en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación linfoma en personas de 15 años y más	cada vez	465.120	20%	93.020
			Etapificación linfoma en personas de 15 años y más	cada vez	1.345.840	20%	269.170
		Tratamiento	Controles y exámenes asociados a Quimioterapia Linfoma	por tratamiento completo de quimioterapia	1.370.230	20%	274.050
			Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	por tratamiento completo	654.670	20%	130.930
			Quimioterapia linfoma en personas de 15 años y más	por ciclo	1.018.330	20%	203.670
			Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE	por ciclo	605.530	20%	121.110
		Seguimiento	Seguimiento linfoma en personas de 15 años y más	por control	65.800	20%	13.180

18. SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

Definición: La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de tiempo debido al equilibrio que se produce entre replicación viral y respuesta inmunológica del paciente. En etapas avanzadas de la infección se rompe este equilibrio aumentando la Carga Viral (CV) y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a la etapa de SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida)

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

- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Con sospecha clínica tendrá acceso a confirmación diagnóstica
- Con confirmación diagnóstica y/o indicación médica, tendrá acceso a exámenes, tratamiento y seguimiento
- Embarazada VIH (+) y Recién Nacido hijo de madre VIH (+), tendrán acceso a protocolo para Prevención de Transmisión Vertical
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo en la medida que haya cumplido con los criterios de inicio o cambio de terapia antiretroviral vigente.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Dentro de 60 días desde la sospecha
- Tratamiento
 - Inicio o cambio precoz, dentro de 7 días desde indicación médica, según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.
 - Inicio y cambio no precoz, dentro de 35 días desde indicación médica, según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.
- Tratamiento en embarazadas VIH (+) y recién nacido hijo de madre VIH (+):
 - Embarazadas: Dentro de 7 días desde indicación médica, según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.
 - Recién nacido: Dentro de 24 horas de nacido (inmediato)
 - Parto: Inicio de tratamiento antirretroviral desde indicación médica (inmediato)
 - Suspensión de lactancia en puérperas: Dentro de 24 horas del nacimiento (inmediato)

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
18.-	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA	Diagnóstico	Sospecha infección por VIH	cada vez	5.580	20%	1.120
			Exámenes de Determinación Carga Viral	cada vez	29.520	20%	5.900
			Exámenes Linfocitos T y CD4	cada vez	40.320	20%	8.060
			Exámenes Genotipificación	cada vez	295.560	20%	59.110
			Antiretrovirales esquemas primera línea personas de 18 años y más	mensual	163.060	20%	32.610
			Antiretrovirales esquemas rescate personas de 18 años y más	mensual	309.440	20%	61.890
		Tratamiento	TARV prevención transmisión vertical	por tratamiento completo	1.168.500	20%	233.700
			Antiretrovirales personas menores de 18 años	mensual	268.220	20%	53.640
			Seguimiento recién nacidos y niños expuestos al VIH (hijos de madres con VIH(+))	por tratamiento completo	76.590	20%	15.320
			Seguimiento personas VIH (+) sin tratamiento antiretroviral	por control	15.650	20%	3.130
			Seguimiento personas VIH adultos (+) con tratamiento antiretroviral	por control	14.440	20%	2.890
			Seguimiento personas VIH menores de 18 años (+) con tratamiento antiretroviral	por control	11.420	20%	2.280

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

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

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

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

a. Acceso:

- Todo Beneficiario menor de 5 años, con confirmación diagnóstica de IRA de manejo ambulatorio tendrá acceso a tratamiento.

b. Oportunidad:

- Tratamiento
 - Inicio de tratamiento farmacológico dentro de 24 horas desde el diagnóstico.
 - Inicio de tratamiento kinesiológico dentro de las 24 horas, desde indicación médica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
19.-	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) DE MANEJO AMBULATORIO EN MENORES DE 5 AÑOS	Tratamiento	Tratamiento IRA	cada vez	14.050	20%	2.810

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

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

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

- Bronconeumonía (Todas las de manejo ambulatorio)
- Neumonía (Todas las de manejo ambulatorio)
- Neumopatía aguda (Todas las de manejo ambulatorio)
- Pleuroneumonía (Todas las de manejo ambulatorio)
- Neumonitis infecciosa (Todas las de manejo ambulatorio)

a. Acceso:

Todo Beneficiario de 65 años y más:

- Con sospecha de Neumonía adquirida en la comunidad tendrá acceso a confirmación diagnóstica clínico-radiológico y tratamiento farmacológico durante las primeras 48 horas

- Tratamiento kinesiológico, según indicación médica
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica: dentro de 48 horas desde la sospecha.
- Tratamiento
 - Inicio de tratamiento farmacológico desde sospecha.
 - Inicio de tratamiento kinesiológico dentro de las 24 horas, desde indicación médica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
20.-	NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	Diagnóstico	Confirmación Neumonía	cada vez	20.920	20%	4.180
		Tratamiento	Tratamiento Neumonía	cada vez	16.030	20%	3.210

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

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

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

- Hipertensión Arterial Primaria o Esencial

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más.

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
- Acceso a monitoreo continuo de presión arterial, según indicación médica.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica: dentro de 45 días desde sospecha
- Tratamiento
 - Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.
 - Atención con especialista: dentro de 45 días desde la derivación, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
21.-	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Diagnóstico	Confirmación Hipertensión arterial	cada vez	7.440	20%	1.490
			Monitoreo Continuo de Presión Arterial	cada vez	23.670	20%	4.730
		Tratamiento	Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario	mensual	38.090	20%	7.620

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

Definición: La epilepsia corresponde a un grupo de trastornos que producen una alteración de la función de las neuronas de la corteza cerebral, que se manifiesta

en un proceso discontinuo de eventos clínicos denominados “crisis epilépticas”. Es una afección neurológica crónica, de manifestación episódica, de diversa etiología. La epilepsia no refractaria se caracteriza por tener una buena respuesta al tratamiento médico.

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

- Crisis parciales simples no refractarias
- Crisis parciales complejas no refractarias
- Crisis parciales simples secundariamente generalizadas no refractarias
- Crisis generalizadas no refractarias
- Crisis no clasificables no refractaria (ej: provocadas por estímulo táctil, ruido)
- Epilepsia Idiopática no refractaria
- Epilepsia sintomática no refractaria
- Epilepsia criptogenética no refractaria

a. Acceso:

Todo Beneficiario desde un año y menor de 15 años:

- Con sospecha a partir del 1 Julio de 2013, tendrá acceso a evaluación inicial durante 180 días y confirmación diagnóstica
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Evaluación por especialista dentro de 60 días desde la derivación
- Tratamiento
 - Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
22.-	22 EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS	Tratamiento	Evaluación Inicial Epilepsia en Nivel Secundario	por control	39.440	20%	7.890
			Tratamiento año 1 nivel especialidad epilepsia no refractaria	por control	45.740	20%	9.150
			Tratamiento año 2 nivel especialidad epilepsia no refractaria	por control	16.460	20%	3.290
			Tratamiento Integral a contar del 2° año Nivel Primario Epilepsia No Refractaria	mensual	71.860	20%	14.370
			Tratamiento Integral año 1 Nivel Primario Epilepsia No Refractaria	mensual	99.050	20%	19.810

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

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

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

- Caries limitada al esmalte. (caries incipiente)
- Caries de la dentina
- Caries dentaria detenida
- Otras caries dentales
- Película pigmentada
- Otros depósitos blandos densos: materia alba
- Cálculo dentario Supragingival
- Placa bacteriana
- Otros depósitos especificados sobre los dientes

- Depósitos sobre los dientes, sin especificar
- Pulpitis
- Necrosis de la pulpa. (gangrena de la pulpa)
- Periodontitis apical aguda originada en la pulpa
- Periodontitis apical crónica, granuloma apical
- Absceso periapical con fístula.
- Absceso periapical sin fístula
- Gingivitis marginal simple
- Gingivitis hiperplásica
- Pericoronaritis aguda
- Hipoplasia del esmalte

a. Acceso:

- Beneficiario de 6 años. El acceso a tratamiento debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años, el alta se otorga una vez erupcionado 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.

b. Oportunidad

- Tratamiento
 - Inicio dentro de 90 días desde solicitud de atención de la persona beneficiaria o su representante.

c. Protección Financiera

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
23.-	SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS	Tratamiento	Diagnóstico y Tratamiento Preventivo Salud Oral	por tratamiento completo	35.410	20%	7.080
			Tratamiento Salud Oral 6 Años	por tratamiento completo	30.820	20%	6.160

24. PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO

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

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

- Toda embarazada con factores de riesgo de parto prematuro o síntomas de parto prematuro.

a. Acceso:

Toda Beneficiaria embarazada:

- Con sospecha tendrá a acceso a confirmación diagnóstica
- Con confirmación tendrá acceso a tratamiento y control posterior

b. Oportunidad:

- Diagnóstico:
 - Embarazadas con síntomas de Parto Prematuro: Evaluación por médico dentro de 6 horas desde la derivación.
- Tratamiento
 - Embarazadas con factores de riesgo de Parto Prematuro: Consulta con especialista dentro de 14 días, desde derivación.
 - Inicio dentro de 2 horas desde confirmación diagnóstica. Incluye corticoides en síntomas de parto prematuro antes de las 35 semanas de gestación.

c. Protección Financiera

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
24.-	PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO	Diagnóstico	Confirmación síntomas parto prematuro	cada vez	85.280	20%	17.060
		Tratamiento	Tratamiento síntomas parto prematuro	cada vez	298.400	20%	59.680
			Control de embarazadas con factores de riesgo y/o síntomas de Parto Prematuro	cada vez	22.780	20%	4.560

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

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

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

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

- Bloqueo Av 2° Grado: Tipos Mobitz I y II
- Bloqueo Auriculoventricular Tercer Grado (Completo)
- Bloqueo Bifascicular y Bloqueo Trifascicular
- Síndrome de Stokes-Adams
- Bradiarritmia secundaria a complicación de ablación con radiofrecuencia
- Síncope por bradiarritmia
- Síncope neurocardiogénico maligno
- Síndrome Taquicardia-Bradicardia
- Fibrilación y/o aleteo auricular con conducción A-V acelerada refractaria
- Síndrome del Seno Enfermo o Enfermedad del Nódulo Sinusal (Ens)
- Disfunción del Nódulo Sinusal.
- Hipersensibilidad del Seno Carotídeo
- Trastorno de ritmo después de la fase aguda del Infarto Agudo del Miocardio

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más.

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con requerimiento de recambio de Marcapaso o cambio de generador y/o electrodo, según corresponda, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad

- Diagnóstico
 - Dentro de 30 días desde sospecha.
- Tratamiento
 - Dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Seguimiento
 - Primer control dentro de 15 días post alta de instalación de Marcapaso o cambio de generador.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
25.-	TRASTORNO DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso	Diagnóstico	Confirmación trastorno de conducción	cada vez	127.730	20%	25.550
			Estudio electrofisiológico de arritmias	cada vez	1.525.170	20%	305.030
		Tratamiento	Implantación marcapasos unicameral VI	cada vez	1.432.810	20%	286.560
			Recambio marcapasos unicameral VI	cada vez	773.530	20%	154.710
			Implantación marcapasos bicameral DDD	cada vez	1.644.820	20%	328.960
		Seguimiento	Recambio marcapasos bicameral DDD	cada vez	1.149.940	20%	229.990
			Seguimiento trastorno de conducción 1° año	por control	18.780	20%	3.760
	Seguimiento trastorno de conducción a contar del segundo año	por control	11.240	20%	2.250		

26. COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS

Definición: La colecistectomía es la extirpación de la vesícula en personas con cálculos vesiculares y de vías biliares, principal factor de riesgo del cáncer vesicular en Chile, la cual realizada en forma preventiva disminuye la mortalidad por esta causa.

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

- Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda
- Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis
- Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis
- Cálculo (impactado) del conducto cístico, no especificado o sin colecistitis
- Cálculo (impactado) de la vesícula biliar no especificado o sin colecistitis
- Colecistolitiasis no especificada o sin colecistitis
- Colelitiasis no especificada o sin colecistitis
- Cólico (recurrente) de vesícula biliar no especificado o sin colecistitis
- Cálculo de conducto biliar con colangitis
- Cálculo de conducto biliar con colecistitis
- Cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis
- Cálculo biliar (impactado) del colédoco, no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- Cálculo biliar (impactado) de conducto biliar sai, no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- Cálculo biliar (impactado) del conducto hepático, no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- Colédocolitiasis no especificada o sin colangitis o sin colecistitis
- Colelitiasis hepática no especificada o sin colangitis o sin colecistitis
- Cólico hepático (recurrente) no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- Pólipos mayor o igual de 1 cm.

a. Acceso:

Todo Beneficiario entre 35 y 49 años:

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

b. Oportunidad

- Diagnóstico
 - Confirmación: dentro de 30 días desde la sospecha.
- Tratamiento
 - Intervención Quirúrgica: dentro de 90 días desde confirmación diagnóstica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
26.-	COLECISTECTOMIA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA en personas de 35 a 49 años	Diagnóstico	Confirmación colelitiasis	cada vez	36.100	20%	7.220
		Tratamiento	Colecistectomía vía laparoscópica	cada vez	817.520	20%	163.500
			Colecistectomía abierta	cada vez	936.560	20%	187.310

27. CÁNCER GÁSTRICO

Definición: Enfermedad de características malignas (adenocarcinoma) que se desarrolla en la mucosa gástrica.

El pronóstico tiene relación directa con el estadio en que se encuentre al momento de la confirmación diagnóstica, etapificación y tratamiento.

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

- Tumor maligno del cardias
- Tumor maligno de orificio del cardias

- Tumor maligno de la unión cardioesofágica
- Tumor maligno de la unión gastroesofágica
- Tumor maligno del fundus gástrico
- Tumor maligno del cuerpo del estómago
- Tumor maligno del antro pilórico
- Tumor maligno del antro gástrico
- Tumor maligno del píloro
- Tumor maligno del conducto pilórico
- Tumor maligno del prepíloro
- Tumor maligno de la curvatura menor del estómago, sin otra especificación
- Tumor maligno de la curvatura mayor del estómago, sin otra especificación
- Carcinoma in situ del estómago

a. Acceso

- Beneficiario menor de 40 años:
Con confirmación diagnóstica de Cáncer, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Beneficiario de 40 años y más:
Que cumpla con criterios de inclusión contenidos en las Normas Técnico Médico y Administrativo:
 - Con sospecha, tendrá acceso a atención por especialista.
 - Con indicación de especialista, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
 - Con diagnóstico confirmado, tendrá acceso a tratamiento.

b. Oportunidad

- Diagnóstico
 - Evaluación por especialista: dentro de 30 días desde la sospecha
 - Confirmación Diagnóstica (incluye etapificación): dentro de 30 días desde solicitud por especialista.
- Tratamiento:
 - Intervención Quirúrgica: dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
 - Tratamiento adyuvante: dentro de 30 días desde la indicación médica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
27.-	CÁNCER GÁSTRICO	Diagnóstico	Sospecha Cáncer Gástrico personas mayores de 40 años y más Nivel Especialidad	cada vez	11.320	20%	2.260
			Confirmación cáncer gástrico nivel especialidad	cada vez	145.670	20%	29.130
			Etapificación Cáncer Gástrico personas mayores de 40 años y más Nivel Especialidad	cada vez	222.390	20%	44.480
		Tratamiento	Intervención quirúrgica cáncer gástrico avanzado	cada vez	3.199.720	20%	639.940
			Intervención quirúrgica Resección Endoscópica Cáncer Gástrico incipiente	cada vez	1.106.870	20%	221.370
			Tratamiento Intervención Quirúrgica Gastrectomía Subtotal Cáncer Gástrico Incipiente Laparoscopia	cada vez	2.673.580	20%	534.720
			Tratamiento Intervención Quirúrgica Gastrectomía Total Cáncer Gástrico Incipiente Laparoscopia	cada vez	2.820.190	20%	564.040
			Tratamiento Intervención Quirúrgica Gastrectomía Total Cáncer Gástrico Incipiente Laparotomía	cada vez	2.096.550	20%	419.310
			Tratamiento Intervención Quirúrgica Gastrectomía Subtotal Cáncer Gástrico Incipiente	cada vez	1.424.750	20%	284.950
			Evaluación post quirúrgica cáncer gástrico	por evaluación completa	61.820	20%	12.360
			Exámenes durante quimioterapia pre operatoria	por tratamiento completo de quimioterapia	756.290	20%	151.260
			Exámenes durante quimioterapia post operatoria	por tratamiento completo de quimioterapia	611.050	20%	122.210
			Quimioterapia pre operatoria para T4 y O N+	por ciclo	485.650	20%	97.130
			Quimioterapia post operatoria para T4, O N+	por ciclo	106.590	20%	21.320
			Quimioterapia post operatoria Mac Donald	por ciclo	72.590	20%	14.520
			Quimioterapia post operatoria Ccap	por ciclo	225.170	20%	45.030
			Radioterapia Externa Cáncer Gástrico	por tratamiento completo	958.750	20%	191.750

28. CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: El carcinoma de próstata es un tumor que generalmente se presenta en hombres mayores de 50 años, de lenta evolución. La prostatectomía radical es, junto a la radioterapia, la única intervención potencialmente curativa

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

- Tumor maligno de la próstata

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

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

b. Oportunidad

□ Etapificación:

- Dentro de 60 días desde confirmación diagnóstica.

□ Tratamiento:

- Tratamiento primario: dentro de 60 días desde la etapificación
- Tratamiento adyuvante: dentro de 30 días desde la indicación médica

□ Seguimiento

- Primer control dentro de 45 días desde indicación médica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
28.-	28. CÁNCER DE PRÓSTATA en personas de 15 años y más	Tratamiento	Etapificación cáncer de próstata	cada vez	129.870	20%	25.970
			Intervención quirúrgica tumores malignos de próstata	cada vez	2.402.030	20%	480.410
			Intervención quirúrgica orquidectomía	cada vez	532.350	20%	106.470
			Radioterapia Cáncer de Próstata	por tratamiento completo	958.750	20%	191.750
			Radioterapia Paliativa Cáncer de Próstata	por tratamiento completo	518.300	20%	103.660
			Hormonoterapia	por tratamiento trimestral	148.090	20%	29.620
			Hospitalización asociada a quimioterapia cáncer de próstata	por tratamiento completo de quimioterapia	1.313.510	20%	262.700
			Braquiterapia Cáncer de Próstata	por tratamiento completo	1.157.010	20%	231.400
			Quimioterapia para hormonorefractarios	por ciclo	467.880	20%	93.580
			Seguimiento	Seguimiento cáncer de próstata	por control	126.630	20%

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

Definición: Un vicio de refracción es la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos (córnea y cristalino) y el largo axial del ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de acomodación.

Se denomina ametropía a los vicios de refracción que pueden corregirse con lentes correctores y corresponden a hipermetropía, miopía y astigmatismo.

La presbicia es la disminución de la capacidad de ver nítido de cerca y, se corrige con lentes.

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

- Presbicia
- Miopía
- Astigmatismo
- Hipermetropía

a. Acceso:

Todo beneficiario de 65 años y más:

- Con presbicia tendrá acceso a lentes (sin confirmación diagnóstica)
- Con sospecha de miopía, astigmatismo o hipermetropía, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a lentes.

b. Oportunidad

- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica: dentro de 180 días desde la sospecha.

Tratamiento

Entrega de lentes:

- Presbicia, dentro de 30 días desde la solicitud
- Miopía, astigmatismo o hipermetropía, dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica

c. Protección Financiera

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
29.-	VICIOS DE REFRACCIÓN en personas de 65 años y más	Diagnóstico	Confirmación vicio refracción (miopía, astigmatismo, hipermetropía)	cada vez	11.320	20%	2.260
		Tratamiento	Tratamiento Presbicia Pura (entrega de lentes)	cada vez	4.420	20%	880
			Tratamiento vicio refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)	cada vez	33.600	20%	6.720

30. ESTRABISMO EN PERSONAS MENORES DE 9 AÑOS

Definición: El estrabismo es una desviación ocular manifiesta. Su diagnóstico precoz y manejo oportuno, asegura el mejor desarrollo de la visión de ambos ojos, aumentando la probabilidad de una “visión binocular normal”, evitando la ambliopía.

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

- Endotropía precoz
- Endotropía esencial o infantil
- Endotropía acomodativa y parcialmente acomodativa
- Endotropía comitante adquirida
- Endotropía no clasificada
- Exotropía intermitente
- Exotropía permanente
- Exotropía precoz
- Exotropía no clasificada
- Secuelas de estrabismos paralíticos restrictivos o sensoriales
- Estrabismos residuales o evolutivos en pacientes ya tratados de estrabismo
- Estrabismos verticales
- Estrabismos paralíticos, restrictivos o sensoriales

a. Acceso:

Todo beneficiario menor de 9 años:

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

Los beneficiarios mayores de 9 años y que hayan tenido sospecha a partir del 1 de Julio de 2006 siendo menor de 9 años, tendrán acceso a confirmación y tratamiento.

b. Oportunidad

- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica: dentro de 90 días desde sospecha.

Tratamiento

- Tratamiento médico: dentro de 30 días desde confirmación.
- Tratamiento quirúrgico: dentro de 90 días desde indicación médica.
- Control médico dentro de 30 días desde alta médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
30.-	ESTRABISMO en personas menores de 9 años	Diagnóstico	Confirmación estrabismo en menores de 9 años	cada vez	72.980	20%	14.600
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico ambulatorio estrabismo menores de 9 años	cada vez	399.230	20%	79.850
			Tratamiento médico estrabismo menores de 9 años	cada vez	122.480	20%	24.500

31. RETINOPATÍA DIABÉTICA

Definición: Es una complicación de la diabetes, que consiste en un daño progresivo de la retina, asociada a la duración de la diabetes y a un mal control metabólico. Se puede presentar en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 ó tipo 2. En su grado máximo puede llevar a un desprendimiento de retina. Es la primera causa de ceguera en edad laboral.

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

- Retinopatía diabética
- Diabetes mellitus insulino dependiente con retinopatía diabética
- Diabetes mellitus no insulino dependiente con retinopatía diabética
- Diabetes mellitus asociada c/desnutrición con retinopatía diabética
- Otra diabetes mellitus especificada con retinopatía diabética
- Diabetes mellitus no especificada con retinopatía diabética

a. Acceso:

Todo beneficiario diabético:

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

b. Oportunidad

- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica: dentro de 90 días desde sospecha.
- Tratamiento:
 - Tratamiento: fotocoagulación o vitrectomía según indicación médica, dentro de 60 días desde confirmación

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
31.-	RETINOPATÍA DIABÉTICA	Diagnóstico	Confirmación retinopatía diabética	cada vez	18.040	20%	3.610
		Tratamiento	Tratamiento fotocoagulación retinopatía diabética	cada vez	322.270	20%	64.450
			Tratamiento vitrectomía retinopatía diabética	cada vez	2.048.860	20%	409.770

32. DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO

Definición: Consiste en la separación de la retina neurosensorial del epitelio pigmentario, que produce una rápida pérdida de la agudeza visual sin presencia de dolor.

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

- Desprendimiento de la retina con ruptura
- Desprendimiento de la retina con y sin desgarro
- Retinosquiasis y quistes de la retina
- Desprendimiento de la retina sin otra especificación

a. Acceso:

Todo beneficiario:

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

- b. Oportunidad
- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica: dentro de 5 días desde sospecha.
 - Tratamiento:
 - Vitrectomía o cirugía convencional, según indicación médica: dentro de 7 días desde confirmación diagnóstica.
- c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
32.-	DESprendimiento de retina REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO	Diagnóstico	Confirmación desprendimiento retina	cada vez	11.320	20%	2.260
		Tratamiento	Tratamiento Vitrectomía Desprendimiento de Retina	cada vez	2.305.700	20%	461.140
			Cirugía desprendimiento retina	cada vez	320.140	20%	64.030

33. HEMOFILIA

Definición: Enfermedad hereditaria con déficit de factor VIII o IX, caracterizada por sangrado excesivo con tendencia a lo incoercible, en cualquier sitio del organismo, a menos que reciba en forma oportuna, en cantidad y calidad, el o los factores deficientes por vía intravenosa, a lo largo de toda su vida.

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

- Hemofilia A
- Hemofilia B

a. Acceso:

Todo beneficiario:

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

b. Oportunidad

- Diagnóstico
 - Dentro de 15 días desde sospecha.
- Tratamiento:
 - Inicio desde la sospecha, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
33.-	HEMOFILIA	Diagnóstico	Confirmación de hemofilia en la sospecha o primer episodio hemorrágico	cada vez	112.940	20%	22.590
			Profilaxis en menores de 15 años	mensual	1.810.270	20%	362.050
		Tratamiento	Tratamiento de eventos graves para personas de 15 años y más	cada vez	11.112.600	20%	2.222.520
			Tratamiento de eventos graves para personas menores de 15 años	cada vez	6.289.820	20%	1.257.960
			Tratamiento de eventos no graves para personas de 15 años y más	mensual	1.033.630	20%	206.730
			Tratamiento de eventos no graves para personas menores de 15 años	mensual	371.430	20%	74.290
			Exámenes anuales de control hematológico para todo paciente hemofílico	anual	27.080	20%	5.420
			Exámenes anuales de control microbiológico e imagenológico para todo paciente hemofílico	anual	81.630	20%	16.330
			Tratamiento artropatía hemofílica dolorosa	cada vez	162.460	20%	32.490

34. DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.

Definición: Alteración patológica del estado de ánimo en la cual la persona enferma presenta un descenso del humor que termina en tristeza, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Se presenta en cualquier etapa del ciclo vital y tiende a manifestarse con aparición de varios episodios en el curso de la vida.

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

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas sicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas sicóticos
- Otros episodios depresivos
- Episodio depresivo sin especificación
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas sicóticos
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas sicóticos
- Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- Otros trastornos depresivos recurrentes
- Trastorno depresivo recurrente sin especificación

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica: tendrá acceso a tratamiento.

b. Oportunidad

- Tratamiento
 - Inicio desde confirmación diagnóstica.
 - Consulta con especialista dentro de 30 días desde la derivación, según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
34.-	DEPRESIÓN en personas de 15 años y más	Tratamiento	Tratamiento Depresión Leve	mensual	35.770	20%	7.150
			Tratamiento depresión Moderada	mensual	80.220	20%	16.040
			Tratamiento depresión grave año 1	mensual	10.210	20%	2.040
			Tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida, o refractariedad año 1	mensual	31.840	20%	6.370
			Tratamiento depresión grave y tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida, o refractariedad año 2	mensual	7.480	20%	1.500

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

Definición: Es un aumento de volumen prostático benigno debido a un crecimiento glandular, que produce síntomas y/o complicaciones.

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

- Hiperplasia de la próstata
- Adenoma (benigno) de la próstata
- Aumento (benigno) de la próstata
- Fibroadenoma de la próstata
- Fibroma de la próstata
- Hipertrofia adenofibromatosa de la próstata
- Hipertrofia (benigna) de la próstata
- Mioma de la próstata
- Barra mediana prostática

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento

b. Oportunidad

Tratamiento médico:
Dentro de 7 días desde la indicación médica, según criterios establecidos en Norma Técnico Médico y Administrativo.

- Tratamiento quirúrgico:
 - Dentro de 180 días desde indicación médica en pacientes con retención urinaria aguda repetida y hematuria macroscópica recurrente o persistente.
 - Dentro de 90 días desde indicación médica en pacientes con retención urinaria crónica, cálculos vesicales, infecciones urinarias recurrentes e insuficiencia renal aguda o crónica secundaria a obstrucción urinaria a nivel prostático.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
35.-	TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICAS	Tratamiento	Tratamiento farmacológico hiperplasia próstata	mensual	23.440	20%	4.690
			Tratamiento quirúrgico hiperplasia próstata	cada vez	1.075.230	20%	215.050
			Evaluación post quirúrgica hiperplasia próstata	por control	11.860	20%	2.370

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

Definición: Las órtesis o ayudas técnicas se definen como elementos que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad.

Patologías Incorporadas:

Toda patología que produzca limitaciones en que se requiera de órtesis

a. Acceso:

Todo beneficiario de 65 años y más, que cumpla con criterios de inclusión contenidos en las Normas de carácter Técnico, Médico y Administrativo, tendrá acceso a órtesis correspondiente y sesiones de kinesiología según indicación médica.

b. Oportunidad

□ Tratamiento: Entrega de Órtesis:

- Bastón, colchón antiescaras, cojín antiescaras: dentro de 20 días desde indicación médica.
- Silla de ruedas, andador, andador de paseo: dentro de 30 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
36.-	ÓRTESIS (O AYUDAS TÉCNICAS) para personas de 65 años y más	Tratamiento	Atención kinesiológica	cada vez	4.170	20%	830
			Órtesis (bastón)	cada vez	16.680	20%	3.340
			Órtesis (silla de ruedas)	cada vez	338.990	20%	67.800
			Órtesis (andador)	cada vez	47.460	20%	9.490
			Órtesis (andador de paseo)	cada vez	123.690	20%	24.740
			Órtesis (cojín antiescara)	cada vez	45.360	20%	9.070
			Órtesis (colchón antiescara)	cada vez	201.180	20%	40.240

37. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Es la ocurrencia de un déficit neurológico focal, y en ocasiones global, de inicio brusco, causado por la obstrucción de un vaso sanguíneo de la circulación cerebral.

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

- Infarto cerebral debido a trombosis de arterias precerebrales
- Infarto cerebral debido a embolia de arterias precerebrales
- Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias precerebrales
- Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales
- Infarto cerebral debido a embolia de arterias cerebrales
- Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias cerebrales
- Infarto cerebral debido a trombosis de venas cerebrales, no piógeno
- Otros infartos cerebrales

- Infarto cerebral, no especificado
- Oclusión y estenosis de arterias cerebrales y precerebrales que ocasionan infarto cerebral
- Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico
- Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines
- Síndrome arterial vértebro-basilar
- Síndrome de arteria carótida (hemisférico)
- Síndromes arteriales precerebrales bilaterales y múltiples
- Amaurosis fugaz
- Amnesia global transitoria
- Otras isquemias cerebrales transitorias y síndromes afines
- Isquemia cerebral transitoria, sin otra especificación

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años o más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, incluye Hospitalización, según indicación médica, en prestador con capacidad resolutive.
- Con tratamiento, tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento

b. Oportunidad

□ Diagnóstico:

- Confirmación diagnóstica: dentro de 72 horas desde la sospecha.

□ Tratamiento:

- Inicio dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica
- Hospitalización, según indicación médica, en prestador con capacidad resolutive: dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.

□ Seguimiento

- Atención con especialista: dentro de 10 días desde alta hospitalaria.
- Rehabilitación: dentro de 10 días desde la indicación médica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
37.-	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación accidente cerebro vascular isquémico	cada vez	101.220	20%	20.240
		Tratamiento	Tratamiento accidente cerebro vascular isquémico	cada vez	1.163.530	20%	232.710
		Seguimiento	Seguimiento accidente cerebro vascular isquémico	por control	27.440	20%	5.490

38. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

Definición: Es la limitación crónica al flujo aéreo con grados variables de ensanchamiento de los alvéolos, inflamación de las vías respiratorias y destrucción del tejido pulmonar, usualmente progresiva, de carácter irreversible.

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

- Enfisema panlobular
- Enfisema panacinar
- Enfisema centrolobular
- Otros tipos de enfisema
- Enfisema, no especificado
- Enfisema buloso del pulmón
- Enfisema vesicular del pulmón
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
- Bronquitis crónica con enfisema
- Bronquitis crónica enfisematosa
- Bronquitis crónica con obstrucción de las vías aéreas
- Bronquitis obstructiva crónica
- Traqueobronquitis obstructiva crónica

a. Acceso:

Todo beneficiario con síntomas obstructivos:

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

b. Oportunidad

□ Diagnóstico:

- Confirmación diagnóstica: dentro de 30 días desde la sospecha.

□ Tratamiento:

- Inicio: desde la confirmación diagnóstica, según indicación.
- En pacientes con sospecha de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de alto riesgo tendrán acceso a atención con especialista dentro de 45 días desde la derivación, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
38.-	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO	Diagnóstico	Confirmación EPOC	cada vez	27.990	20%	5.600
		Tratamiento	Tratamiento EPOC bajo riesgo nivel primario	mensual	48.390	20%	9.680
			Tratamiento EPOC alto riesgo nivel terciario	por control	82.040	20%	16.410
			Tratamiento EPOC Exacerbaciones	cada vez	17.000	20%	3.400

39. ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

Definición: Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por obstrucción bronquial a distintos estímulos, total o parcialmente reversible, cuya evolución puede conducir a una modificación estructural de dichas vías (remodelación), provocando una obstrucción bronquial no reversible

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

- Asma predominantemente alérgica
- Asma alérgica extrínseca
- Asma atópica
- Asma no alérgica
- Asma idiosincrásica
- Asma intrínseca no alérgica
- Asma mixta
- Combinación de diagnósticos de Asma predominantemente alérgica y Asma no alérgica
- Asma, no especificado
- Asma de aparición tardía
- Estado asmático
- Asma aguda severa
- Síndrome bronquial obstructivo recurrente del lactante y preescolar

a. Acceso:

Todo beneficiario, sintomático:

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

- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.

b. Oportunidad

□ Diagnóstico:

- Confirmación diagnóstica dentro de 20 días desde la sospecha.

□ Tratamiento:

- Inicio desde la confirmación diagnóstica, según indicación
- Si requiere atención con especialista, por indicación médica: dentro de 30 días desde la derivación.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
39.-	ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE en menores de 15 años	Diagnóstico	Confirmación Asma Bronquial en menores de 15 años nivel primario	cada vez	29.730	20%	5.950
			Tratamiento asma moderado estable nivel primario en menores de 15 años	mensual	106.230	20%	21.250
		Tratamiento	Tratamiento asma moderado y grave estable nivel especialidad en menores de 15 años	por control	25.500	20%	5.100
			Tratamiento Exacerbaciones nivel primario en menores de 15 años	cada vez	14.360	20%	2.870
			Tratamiento exacerbaciones nivel especialidad en menores de 15 años	cada vez	18.200	20%	3.640

40. SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO

Definición: Cuadro de dificultad respiratoria del recién nacido que habitualmente se inicia en las primeras horas de vida, caracterizado por signos tales como taquipnea, aleteo nasal, cianosis, quejido y retracción subcostal.

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

- Enfermedad de la membrana hialina del recién nacido
- Bronconeumonía connatal
- Bronconeumonía no connatal
- Aspiración neonatal de meconio
- Hernia diafragmática congénita
- Hipertensión pulmonar persistente

a. Acceso:

Todo beneficiario recién nacido:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a continuar tratamiento.

b. Oportunidad

□ Diagnóstico y Tratamiento:

- Inicio de tratamiento, desde la sospecha.
- Ingreso a prestador con capacidad de resolución integral: dentro de 72 horas, desde la sospecha.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
40.-	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO	Diagnóstico y Tratamiento	Enfermedad de la membrana hialina: confirmación y tratamiento	por tratamiento completo	6.764.100	20%	1.352.820
			Hernia diafragmática: confirmación y tratamiento	por tratamiento completo	4.723.140	20%	944.630
			Hernia diafragmática: tratamiento especializado con óxido nítrico	por tratamiento completo	6.147.710	20%	1.229.540
			Hipertensión pulmonar persistente: confirmación y tratamiento	por tratamiento completo	4.879.570	20%	975.910
			Hipertensión pulmonar persistente, aspiración de meconio y bronconeumonía: tratamiento especializado con óxido nítrico	por tratamiento completo	4.495.430	20%	899.090
			Aspiración de meconio: confirmación y tratamiento	por tratamiento completo	2.800.830	20%	560.170
			Bronconeumonía: confirmación y tratamiento	por tratamiento completo	1.747.110	20%	349.420

41. TRATAMIENTO MÉDICO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA

Definición: Corresponde a un grupo de enfermedades distintas que tienen diferentes etiologías, pero con un pronóstico biológico, morfológico y clínico común. El proceso de la enfermedad afecta al cartílago articular y la articulación completa, incluyendo el hueso subcondral, ligamentos, cápsula, membrana sinovial y músculos periarticulares. Finalmente degenera el cartílago articular con fibrilación, fisuras y ulceraciones en toda la superficie articular.

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

Los términos artrosis de (la) cadera o coxartrosis pueden ir acompañados de calificativos como: primaria, displásica, debida a displasia, secundaria o postraumática.

- Artrosis de (la) cadera
- Artrosis de (la) cadera bilateral
- Artrosis de (la) cadera izquierda
- Artrosis de (la) cadera derecha
- Artrosis de (la) cadera leve
- Artrosis de (la) cadera moderada
- Artrosis de (la) cadera bilateral leve
- Artrosis de (la) cadera bilateral moderada
- Artrosis de (la) cadera izquierda leve
- Artrosis de (la) cadera izquierda moderada
- Artrosis de (la) cadera derecha leve
- Artrosis de (la) cadera derecha moderada
- Coxartrosis
- Coxartrosis bilateral
- Coxartrosis izquierda
- Coxartrosis derecha
- Coxartrosis leve
- Coxartrosis moderada
- Coxartrosis bilateral leve
- Coxartrosis bilateral moderada
- Coxartrosis izquierda leve
- Coxartrosis izquierda moderada
- Coxartrosis derecha leve
- Coxartrosis derecha moderada

Los términos artrosis de (la) rodilla o gonartrosis pueden ir acompañados de calificativos como: primaria, secundaria, o postraumática.

- Artrosis de (la) rodilla
- Artrosis de (la) rodilla bilateral
- Artrosis de (la) rodilla izquierda
- Artrosis de (la) rodilla derecha
- Artrosis de (la) rodilla leve
- Artrosis de (la) rodilla moderada
- Artrosis de (la) rodilla bilateral leve
- Artrosis de (la) rodilla bilateral moderada
- Artrosis de (la) rodilla izquierda leve
- Artrosis de (la) rodilla izquierda moderada
- Artrosis de (la) rodilla derecha leve
- Artrosis de (la) rodilla derecha moderada
- Gonartrosis
- Gonartrosis bilateral
- Gonartrosis izquierda
- Gonartrosis derecha
- Gonartrosis leve
- Gonartrosis moderada
- Gonartrosis bilateral leve
- Gonartrosis bilateral moderada
- Gonartrosis izquierda leve
- Gonartrosis izquierda moderada

- Gonartrosis derecha leve
- Gonartrosis derecha moderada

a. Acceso:

Todo Beneficiario de 55 años o más:

- Con confirmación diagnóstica de Artrosis de Rodilla leve o moderada, tendrá acceso a tratamiento médico.
- Con confirmación diagnóstica de Artrosis de Cadera leve o moderada, tendrá acceso a tratamiento médico.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

Tratamiento:

- Inicio dentro de 24 hrs. desde la confirmación diagnóstica.
- Atención por especialista: dentro de 120 días desde la derivación según indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
41.-	TRATAMIENTO MÉDICO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA	Tratamiento	Tratamiento médico	mensual	40.490	20%	8.100
			Tratamiento de infiltración	cada vez	85.070	20%	17.010

42. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES

Definición: Sangramiento intracraneano secundario a la ruptura de un aneurisma. Un aneurisma es una dilatación sacular o fusiforme de la pared del vaso arterial que afecta al Sistema Nervioso Central con alto riesgo de mortalidad o morbilidad.

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

Los nombres de las arterias cerebrales pueden variar, según la ubicación anatómica del aneurisma

- Hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma cerebral
- Hemorragia subaracnoidea de arteria cerebral media, por ruptura de aneurisma
- Hemorragia subaracnoidea de arteria comunicante anterior, por ruptura de aneurisma
- Hemorragia subaracnoidea de arteria comunicante posterior, por ruptura de aneurisma
- Hemorragia subaracnoidea de arteria basilar, por ruptura de aneurisma
- Hemorragia subaracnoidea de arteria intracraneal por ruptura de aneurisma
- Hemorragia de múltiples arterias intracraneales por ruptura de aneurismas
- Hemorragia por ruptura de aneurisma del polígono de Willis
- Hemorragia subaracnoidea de arteria cerebral, por ruptura de aneurisma
- Hemorragia subaracnoidea de arteria comunicante, por ruptura de aneurisma
- Hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma
- Ruptura de aneurisma cerebral
- Ruptura de aneurisma cerebral congénito

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

- Con sospecha de hemorragia subaracnoidea por aneurisma cerebral roto, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Con tratamiento, tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento

b. Oportunidad:

Diagnóstico:

- Confirmación diagnóstica de hemorragia subaracnoidea con Tomografía Computarizada (TAC) dentro de 24 hrs. desde la sospecha.

- Confirmación diagnóstica de aneurisma roto por Angiografía TAC multicorte o angiografía digital dentro de 48 horas desde la confirmación diagnóstica de Hemorragia Subaracnoidea.
- Tratamiento:
 - Dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica de aneurisma roto, según indicación médica en establecimiento con capacidad resolutive.
- Seguimiento:
 - Primer control con especialista dentro de 30 días desde el alta, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
42.-	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES	Diagnóstico	Confirmación Ruptura Aneurisma Cerebral	cada vez	966.210	20%	193.240
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico Ruptura Aneurisma Cerebral	cada vez	6.262.660	20%	1.252.530
			Tratamiento vía vascular coil de Ruptura Aneurisma Cerebral	cada vez	18.288.070	20%	3.657.610
			Tratamiento de complicaciones: drenaje ventricular	cada vez	782.690	20%	156.540
Seguimiento	Seguimiento Ruptura Aneurisma Cerebral	por control	185.020	20%	37.000		

43. TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Son lesiones expansivas primarias de naturaleza tumoral, que afectan la cavidad craneana y/o el canal raquídeo produciendo compresión de estructuras nerviosas en forma progresiva con lesión secundaria de éstas.

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

- Craneofaringioma
- Meningioma encefálico
- Tumor benigno de la hipófisis
- Hemangioblastoma encefálico

a. Acceso:

Todo Beneficiario de 15 años o más:

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

b. Oportunidad:

- Diagnóstico:
 - Confirmación Diagnóstica: Dentro de 25 días desde la sospecha.
- Tratamiento:
 - Dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
- Seguimiento:
 - Control por especialista dentro de 30 días, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
43.-	TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS	Diagnóstico	Confirmación Tumores Primarios Sistema Nervioso Central	cada vez	2.183.300	20%	436.660
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico Tumores Primarios Sistema Nervioso Central	cada vez	4.308.080	20%	861.620
			Tratamiento con Radioterapia Tumores Primarios Sistema Nervioso Central	por tratamiento completo	959.310	20%	191.860
			Tratamiento Medicamentoso indefinido Tumores Hipofisarios no funcionantes	mensual	59.770	20%	11.950
			Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento Prolactinomas	mensual	101.470	20%	20.290
			Tratamiento medicamentoso y seguimiento Acromegalia	mensual	986.400	20%	197.280
			Tratamiento y seguimiento Diabetes Insípida	mensual	159.460	20%	31.890
			Tratamiento y seguimiento Enfermedad de Cushing	mensual	178.330	20%	35.670

44. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR

Definición: Corresponde a la salida del material gelatinoso central (núcleo pulposos) de un disco intervertebral a través de una fisura del anillo fibroso externo que la rodea, que produce conflicto de espacio dentro del canal raquídeo con las estructuras nerviosas y que determina un cuadro de dolor refractario a tratamiento médico y/o déficit neurológico motor y/o sensitivo.

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

- Ciática por trastorno de disco intervertebral lumbar
- Desplazamiento de disco intervertebral lumbar
- Disco lumbar luxado
- Estenosis del canal neural por disco intervertebral
- Hernia discal lumbar
- Hernia Núcleo Pulposos lumbar
- Luxación disco (intervertebral) lumbar
- Mielopatía por desplazamiento o hernia de disco vertebral lumbar
- Radiculopatía por desplazamiento o hernia de disco intervertebral lumbar

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Con confirmación de indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía, si cumple con los criterios de inclusión establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.

b. Oportunidad:

- Tratamiento
 - Dentro de 45 días desde la confirmación de indicación quirúrgica, según criterios de inclusión.
- Seguimiento:
 - Control por especialista dentro de 30 días del alta.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
44.-	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HERNIA NÚCLEO PULPOSO LUMBAR	Tratamiento	Tratamiento quirúrgico Hernia Núcleo Pulposos Lumbar	cada vez	1.201.600	20%	240.320
		Seguimiento	Seguimiento Hernia Núcleo Pulposos Lumbar	por seguimiento completo	90.500	20%	18.100

45. LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Proliferación neoplásica de células hematopoyéticas inmaduras (leucemias agudas) o maduras (leucemias crónicas), que afectan a las líneas celulares mieloide o linfoide. Se caracterizan por síntomas de insuficiencia medular como anemia, infecciones o hemorragia y por síntomas tumorales.

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

- Cloroma
- Enfermedad de Di Guglielmo
- Eritremia aguda
- Eritroleucemia
- Leucemia
- Leucemia aguda
- Leucemia aguda, células de tipo no especificado
- Leucemia aleucémica
- Leucemia Basofílica
- Leucemia Blástica
- Leucemia crónica

- Leucemia crónica, células de tipo no especificado
- Leucemia de hemocitoblastos
- Leucemia de células de Burkitt
- Leucemia eosinofílica
- Leucemia granulocítica (crónica)
- Leucemia linfoblástica aguda
- Leucemia linfocítica crónica
- Leucemia linfoide
- Leucemia linfoide aleucémica
- Leucemia megacarioblástica
- Leucemia megacarioblástica aguda
- Leucemia megacariocítica (aguda)
- Leucemia mielógena
- Leucemia mieloide
- Leucemia mieloide aguda
- Leucemia mieloide aleucémica
- Leucemia mieloide crónica
- Leucemia mielomonocítica aguda
- Leucemia monocítica
- Leucemia monocítica aguda
- Leucemia monocitoide
- Leucemia prolinfocítica
- Leucemia promielocítica aguda
- Sarcoma granulocítica
- Sarcoma mieloide

a. Acceso:

Todo Beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y estudio de Leucemia.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:

I.- LEUCEMIA AGUDA

- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica y estudio completo dentro de 21 días desde la sospecha
- Tratamiento
 - Inicio de Quimioterapia: Dentro de 72 horas desde indicación médica.
- Seguimiento
 - Primer control dentro de 14 días, desde indicación médica

II.- LEUCEMIA CRÓNICA

- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica y estudio completo dentro de 60 días desde la sospecha.
- Tratamiento
 - Inicio de Quimioterapia: Dentro de 10 días desde indicación médica.
- Seguimiento
 - Primer control dentro de 30 días, desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
45.-	LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Diagnóstico	Confirmación Leucemia Aguda	cada vez	809.800	20%	161.960
			Estudio Leucemia Aguda	cada vez	2.203.620	20%	440.720
			Confirmación Leucemia Mieloide Crónica y Linfática Crónica	cada vez	162.500	20%	32.500
			Estudio Leucemia Crónica	cada vez	875.380	20%	175.080
		Tratamiento	Tratamiento Leucemia Aguda por quimioterapia	por tratamiento completo	10.008.730	20%	2.001.750
			Tratamiento Leucemia Crónica por quimioterapia	por tratamiento completo	535.210	20%	107.040
			Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica eosinofílica y recombinación del gen FIP1L1-PDGFR	mensual	429.050	20%	85.810
			Quimioterapia Leucemia Linfática Crónica	mensual	420.440	20%	84.090
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica	mensual	228.670	20%	45.730
			Quimioterapia Leucemia Aguda: recaída de Leucemias Linfoblásticas	mensual	1.165.210	20%	233.040
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	mensual	775.550	20%	155.110
			Quimioterapia Leucemia Aguda: recaída de Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	por ciclo	658.680	20%	131.740
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Promielocítica Aguda	mensual	305.430	20%	61.090
			Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: tratamiento Hidrocarbámidas	mensual	45.180	20%	9.040
		Seguimiento	Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: tratamiento Inhibidor tirosin kinasa	mensual	2.809.990	20%	562.000
			Seguimiento Leucemia Aguda	por control	38.560	20%	7.710
			Seguimiento Leucemia Mieloide Crónica	por control	66.570	20%	13.310
			Seguimiento Leucemia Linfática Crónica	por control	21.880	20%	4.380

46. URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA

Definición: Son un conjunto de patologías buco máxilo faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención.

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

- Pulpitis
- Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico
- Absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales
- Pericoronaritis Aguda
- Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico
- Gingivitis úlcero necrótica
- Complicaciones Post Exodoncia: Hemorragia y Alveolitis de los maxilares
- Traumatismo dento alveolar

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

- En los casos de sospecha de Abscesos de espacios anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial y Flegmón Oro Cérvico facial de origen odontológico, tendrá acceso a tratamiento inicial en urgencia.
- En los demás casos con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

b. Oportunidad:

- Confirmación diagnóstica: dentro de 24 horas desde la sospecha
- Tratamiento

- Inmediato desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
46.-	URGENCIAS ODONTOLÓGICAS AMBULATORIAS	Tratamiento	Absceso submucoso o subperióstico de origen odontológico	cada vez	17.400	20%	3.480
			Absceso de Espacios Anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial: Nivel Primario	cada vez	4.720	20%	940
			Flegmón Oro Cérvico Facial de Origen Odontogénico: Nivel Primario	cada vez	4.720	20%	940
			Gingivitis úlcero necrótica	cada vez	15.810	20%	3.160
			Complicaciones post exodoncia	cada vez	11.380	20%	2.280
			Traumatismo Dento Alveolar	cada vez	30.100	20%	6.020
			Pericoronaritis	cada vez	17.960	20%	3.590
			Pulpitis	cada vez	12.500	20%	2.500

47. SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS

Definición: La Salud Oral Integral del Adulto de 60 años, consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar,

prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años.

Patologías incorporadas: en la resolución de la salud oral integral quedan incorporadas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Caries limitada al esmalte (caries incipiente)
- Caries de la dentina
- Caries del cemento
- Otras caries dentales
- Película pigmentada
- Otros depósitos blandos densos: materia alba
- Cálculo dentario supragingival
- Cálculo dentario subgingival
- Placa bacteriana
- Otros depósitos sobre los dientes sin especificar
- Depósitos especificados sobre los dientes
- Gingivitis aguda
- Gingivitis crónica
- Retracción gingival
- Periodontitis aguda
- Periodontitis crónica
- Candidiasis
- Leucoplasia
- Leucoplasia pilosa
- Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local o edentulismos total o parcial.

a. Acceso:

Todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento. La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras la persona tenga 60 años. El alta se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo.

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Inicio dentro de 90 días desde la solicitud de atención.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
47.-	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS	Tratamiento	Atención odontológica del adulto de 60 años	cada vez	380.910	20%	76.180

48. POLITRAUMATIZADO GRAVE

Definición: Se entiende por politraumatizado grave a todo aquel paciente que presenta lesiones de origen traumático, que afectan a dos o más de los siguientes sistemas: Nervioso, Respiratorio, Circulatorio, Musculoesquelético, Digestivo o Urinario, de las cuales al menos una de ellas puede comprometer la vida.

Patologías incorporadas:

- Traumatismo cervical contuso complicado
- Traumatismo cervical penetrante complicado
- Traumatismo torácico contuso complicado
- Traumatismo torácico penetrante complicado
- Traumatismo abdominal contuso complicado
- Traumatismo abdominal penetrante complicado
- Traumatismo pelviano contuso complicado
- Traumatismo pelviano penetrante complicado
- Cualquier politraumatizado con compromiso raquímedular
- Cualquier politraumatizado con lesión vascular grave

a. Acceso:

Todo Beneficiario

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento si cumple con los siguientes criterios de inclusión:
 - Paciente con lesiones de origen traumático, que abarquen dos o más de los siguientes sistemas: nervioso, respiratorio, circulatorio, musculoesquelético, digestivo o urinario y, que al menos uno de ellos implique riesgo de muerte.

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Acceso a prestador con capacidad resolutoria -de acuerdo a la patología predominante- antes de 24 hrs. desde el rescate.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
48.-	POLITRAUMATIZADO GRAVE	Tratamiento	Tratamiento politraumatizado sin lesión medular	por tratamiento completo	8.984.220	20%	1.796.840
			Tratamiento politraumatizado con lesión medular	por tratamiento completo	17.508.540	20%	3.501.710

49. TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE

Definición: Es la consecuencia de la exposición del cráneo y/o su contenido a energía mecánica o cinética que determinan la producción de lesiones primarias y secundarias, resultando en un aumento de la presión intracraneana que altera gravemente la función del encéfalo.

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

- Fractura de la bóveda del cráneo con traumatismo intracraneal
- Fractura cerrada de la bóveda del cráneo, con traumatismo intracraneal
- Fractura expuesta de la bóveda del cráneo, con traumatismo intracraneal
- Fractura del hueso frontal con traumatismo intracraneal
- Fractura del hueso parietal con traumatismo intracraneal
- Fractura de la base del cráneo con traumatismo intracraneal
- Fractura cerrada de la base del cráneo, con traumatismo intracraneal
- Fractura expuesta de la base del cráneo, con traumatismo intracraneal
- Fractura del esfenoides
- Fractura de la fosa anterior
- Fractura de la fosa media
- Fractura de la fosa posterior
- Fractura del hueso temporal, con traumatismo intracraneal
- Fractura del occipucio, con traumatismo intracraneal
- Fractura del seno etmoidal
- Fractura del seno frontal, con traumatismo intracraneal
- Fractura del techo orbitario, con traumatismo intracraneal
- Fracturas múltiples del cráneo (y de la cara), con traumatismo intracraneal
- Fractura de huesos del cráneo y de la cara, con TEC
- Fractura cerrada de huesos del cráneo y de la cara
- Fractura expuesta de huesos del cráneo y de la cara
- Traumatismo del nervio óptico (II par) y de las vías ópticas
- Traumatismo de la corteza visual
- Traumatismo del quiasma óptico
- Traumatismo del segundo par craneal
- Traumatismo del nervio motor ocular común (III par)
- Traumatismo del tercer par craneal
- Traumatismo del nervio patético (IV par)
- Traumatismo del cuarto par craneal
- Traumatismo del nervio trigémino (V par)
- Traumatismo del quinto par craneal
- Traumatismo del nervio motor ocular externo (VI par)
- Traumatismo del sexto par craneal
- Traumatismo del nervio facial (VII par)
- Traumatismo del séptimo par craneal
- Traumatismo del nervio acústico (VIII par)

- Traumatismo del nervio auditivo
- Traumatismo del octavo par craneal
- Traumatismo del nervio espinal (XI par)
- Traumatismo del undécimo par craneal
- Traumatismo de otros nervios craneales
- Traumatismo del nervio glossofaríngeo (XI par)
- Traumatismo del nervio hipogloso (XII par)
- Traumatismo del nervio glossofaríngeo [noveno par craneal] [IX par]
- Traumatismo del nervio hipogloso [duodécimo par craneal] [XII par]
- Traumatismo del nervio neumogástrico [décimo par craneal] [X par]
- Traumatismo del nervio olfatorio [primer par craneal] [I par]
- Traumatismo de varios nervios craneales
- Edema cerebral traumático
- Traumatismo cerebral difuso
- Traumatismo cerebral difuso, sin herida intracraneal
- Traumatismo cerebral difuso, con herida intracraneal
- Compresión traumática del cerebro
- Laceración del cerebro sin otra especificación
- Laceración cerebral focal
- Hemorragia intracerebral focal traumática
- Hemorragia epidural traumática
- Hemorragia epidural traumática, sin herida intracraneal
- Hemorragia epidural traumática, con herida intracraneal
- Hemorragia extradural (traumática)
- Hemorragia subdural traumática
- Hemorragia subdural traumática, sin herida intracraneal
- Hemorragia subdural traumática, con herida intracraneal
- Hemorragia subaracnoidea traumática
- Hemorragia subaracnoidea traumática, sin herida intracraneal
- Hemorragia subaracnoidea traumática, con herida intracraneal
- Traumatismo intracraneal con coma prolongado
- Hemorragia cerebelosa traumática
- Traumatismo intracraneal, con herida intracraneal
- Traumatismo por aplastamiento de la cara
- Traumatismo por aplastamiento del cráneo
- Traumatismo por aplastamiento de la cabeza
- Traumatismo del encéfalo y de nervios craneales con traumatismo de nervios y médula espinal a nivel del cuello

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

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

b. Oportunidad:

- Diagnóstico:
 - Dentro de 12 horas desde la sospecha
- Tratamiento
 - Dentro de 24 horas desde la confirmación

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
49.-	TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE	Diagnóstico	Confirmación TEC moderado y grave	cada vez	134.200	20%	26.840
		Tratamiento	Tratamiento TEC moderado y grave	por tratamiento completo	3.405.870	20%	681.170

50. TRAUMA OCULAR GRAVE

Definición: El trauma ocular grave se define como una lesión aguda sobre el globo ocular y sus estructuras anexas que ocasiona un daño tisular grave con riesgo de compromiso de la función visual, originada por diversos mecanismos; contusos, penetrantes u otros.

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

- Herida penetrante de globo ocular sin cuerpo extraño
- Herida perforante ocular
- Herida penetrante del globo ocular con cuerpo extraño
- Rotura y estallido ocular
- Contusión grave del globo ocular y del tejido orbitario:
 - Hifema traumático
 - Desprendimiento de Retina traumático
 - Agujero macular traumático
 - Causticación grave (grado 3 y 4)
 - Laceración conjuntival > 10 mm
 - Laceración corneal
 - Catarata traumática
 - Úlcera corneal de origen traumático
 - Fractura orbitaria con hipo o enoftalmo
 - Herida palpebral con compromiso Vía lagrimal y/o borde libre
 - Endoftalmitis traumática
 - Neuropatía óptica traumática
 - Otras lesiones traumáticas severas del globo ocular

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

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

b. Oportunidad:

- Diagnóstico
 - Dentro de 12 horas desde la sospecha
- Tratamiento.
 - Por especialista dentro de 60 hrs. desde la confirmación diagnóstica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
50.-	TRAUMA OCULAR GRAVE	Diagnóstico	Confirmación Trauma Ocular Grave	cada vez	73.110	20%	14.620
		Tratamiento	Tratamiento médico Trauma Ocular Grave	cada vez	415.990	20%	83.200
			Tratamiento quirúrgico Trauma Ocular Grave	cada vez	1.345.380	20%	269.080
		Seguimiento	Seguimiento Trauma Ocular Grave	cada vez	14.720	20%	2.940

51. FIBROSIS QUÍSTICA

Definición: La fibrosis quística es una enfermedad genética, multisistémica, de evolución crónica, progresiva y letal cuyas principales manifestaciones incluyen: enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia pancreática.

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

- Fibrosis Quística
- Mucoviscidosis
- Íleo Meconial (en recién nacidos).

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

- Tratamiento.
 - Inicio inmediato desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
51.-	FIBROSIS QUÍSTICA	Etapificación	Etapificación pancreática y genética	cada vez	70.930	20%	14.190
			Inmunización de pacientes con fibrosis quística	anual	59.490	20%	11.900
		Tratamiento	Tratamiento fibrosis quística leve	mensual	325.490	20%	65.100
			Tratamiento fibrosis quística moderada	mensual	1.156.560	20%	231.310
			Tratamiento fibrosis quística grave	mensual	1.482.770	20%	296.550
			Tratamiento farmacológico con tobramicina para pacientes con fibrosis quística grave y moderada	anual	9.953.250	20%	1.990.650

52. ARTRITIS REUMATOIDEA

Definición: Es una enfermedad articular inflamatoria crónica, autoinmune, multifactorial y sistémica, de etiología desconocida que puede evolucionar hacia la destrucción y deformidad articular causando grados variables de discapacidad. También puede comprometer a órganos y tejidos extraarticulares.

Patologías incorporadas: quedan incluidas las siguientes definiciones y sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

Los términos que siguen podrán aparecer sin calificativos o con especificación de localización anatómica (hombro, brazo, antebrazo, mano, región pelviana, muslo, pierna, tobillo, pie u otro lugar anatómico)

- Artritis reumatoidea seropositiva
- Artritis reumatoidea seronegativa
- Poliartrosis inflamatoria
- Artritis reumatoidea
- Poliartropatía inflamatoria

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más

- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Inicio desde la confirmación diagnóstica por especialista.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
52.-	ARTRITIS REUMATOIDEA	Tratamiento	Tratamiento farmacológico tradicional Artritis Reumatoidea	mensual	32.170	20%	6.430

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

Definición: El Consumo Perjudicial corresponde a una forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico y/o mental.

El Síndrome de Dependencia es un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras un consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga, dificultades para controlar el consumo, persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas, mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física.

Patologías Incorporadas: quedan incluidos los Trastornos Mentales y Conductuales debido al consumo de las siguientes sustancias. Incluye los diagnósticos de adicción, dependencia, consumo perjudicial y abuso.

- Alcohol
- Opioides
- Cannabinoides

- Sedantes o hipnóticos
- Cocaína
- Otras sustancias adictivas (excluyendo la cafeína y nicotina)
- Alucinógenos
- Disolventes volátiles
- Múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas

a. Acceso:

Todo Beneficiario menor de 20 años:

- Con confirmación diagnóstica de consumo perjudicial o dependiente de riesgo bajo a moderado, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
- En caso de recaída, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Inicio dentro de 10 días desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
53.-	CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS EN MENORES DE 20 AÑOS	Tratamiento	Fase 1: Tratamiento Intensivo y Motivación (3 meses)	mensual	58.900	20%	11.780
			Fase 2: Refuerzo del tratamiento y preparación al alta (3 meses)	mensual	67.600	20%	13.520
		Seguimiento	Plan de seguimiento (1 año)	mensual	8.590	20%	1.720

54. ANALGESIA DEL PARTO

Definición: Consiste en el adecuado manejo del dolor con apoyo farmacológico, para mejorar la calidad de atención de la mujer durante el trabajo de parto y en el parto. Las técnicas de analgesia regional constituyen la mejor alternativa actual para el alivio farmacológico del dolor en el trabajo de parto y en el parto vaginal.

Patologías Incorporadas: incluye todo trabajo de parto y todo parto vaginal que ocurre en un embarazo de cualquier edad gestacional.

a. Acceso:

Toda beneficiaria en trabajo de parto que, una vez informada acepte y con indicación médica:

- Tendrá acceso a analgesia farmacológica.

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Inicio durante el trabajo de parto y en el parto, según indicación.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
54.-	ANALGESIA DEL PARTO	Tratamiento	Analgesia del parto	cada vez	27.030	20%	5.410

55. GRAN QUEMADO

Definición: Persona que sufre quemaduras que pueden comprometer su vida, o dejar secuelas funcionales graves permanentes.

Patologías incorporadas: quedan incluidas las quemaduras graves especificadas en los diagnósticos de:

- Quemado grave adulto
- Quemado crítico adulto
- Quemado adulto de probabilidad de supervivencia excepcional
- Quemado respiratorio adulto o infantil
- Quemado grave infantil

- Quemado crítico infantil
- Quemado infantil de probabilidad de sobrevida excepcional
- Quemado digestivo adulto (esófago, otras partes)
- Quemado digestivo infantil (esófago, otras partes)

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Tendrá acceso a tratamiento y seguimiento siempre que cumpla con los criterios de inclusión definidos en la Norma Técnico Médico y Administrativo.

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Ingreso a prestador con capacidad resolutoria: Dentro de 72 hrs. desde la confirmación diagnóstica.
- Seguimiento:
 - Primer control dentro de 15 días, desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
55.-	GRAN QUEMADO	Tratamiento	Tratamiento paciente quemado grave menor de 15 años	por tratamiento completo	11.241.500	20%	2.248.300
			Tratamiento paciente quemado crítico menor de 15 años	por tratamiento completo	22.391.450	20%	4.478.290
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	por tratamiento completo	89.838.100	20%	17.967.620
			Tratamiento paciente quemado grave de 15 años y más	por tratamiento completo	21.597.180	20%	4.319.440
			Tratamiento paciente quemado crítico de 15 años y más	por tratamiento completo	27.759.550	20%	5.551.910
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	por tratamiento completo	33.946.080	20%	6.789.220
			Cirugía reparadora paciente quemado grave menor de 15 años	cada vez	1.052.280	20%	210.460
			Cirugía reparadora paciente quemado crítico menor de 15 años	cada vez	1.052.290	20%	210.460
			Cirugía reparadora paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	cada vez	1.052.290	20%	210.460
			Cirugía reparadora paciente quemado grave de 15 años y más	cada vez	1.052.290	20%	210.460
			Cirugía reparadora paciente quemado crítico de 15 años y más	cada vez	1.052.280	20%	210.460
			Cirugía reparadora paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	cada vez	1.052.280	20%	210.460
		Seguimiento	Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave menor de 15 años	mensual	212.990	20%	42.600
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado grave menor de 15 años	mensual	82.290	20%	16.460
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico menor de 15 años	mensual	212.990	20%	42.600
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado crítico menor de 15 años	mensual	82.290	20%	16.460
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	mensual	212.990	20%	42.600
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	mensual	82.290	20%	16.460
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado grave de 15 años y más	mensual	212.990	20%	42.600
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado grave de 15 años y más	mensual	82.290	20%	16.460
			Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado crítico de 15 años y más	mensual	212.990	20%	42.600
			Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado crítico de 15 años y más	mensual	82.290	20%	16.460
Seguimiento y rehabilitación 1° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	mensual	212.990	20%	42.600			
Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	mensual	82.290	20%	16.460			

56. HIPOACUSIA BILATERAL EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REQUIEREN USO DE AUDÍFONO

Definición: Es la pérdida de audición bilateral permanente, que se origina en disfunción conductiva y/o sensorial de cualquier componente del sistema auditivo normal, que puede ser corregida con el uso de audífono.

Patologías incorporadas: Comprende las hipoacusias o sorderas calificadas como conductivas, neurosensoriales, perceptivas, neurales, ototóxicas y mixtas, de alta o baja frecuencia y la presbiacusia.

a. Acceso:

Todo beneficiario de 65 años y más:

- Con confirmación diagnóstica e indicación médica de audífono, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Dentro de 45 días desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
56.-	HIPOACUSIA BILATERAL EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REQUIEREN USO DE	Tratamiento	Implementación audífonos	cada vez	440.050	20%	88.010
		Seguimiento	Seguimiento a partir del primer año	por control	15.430	20%	3.090

57. RETINOPATÍA DEL PREMATURO

Definición: Es un trastorno retinal que se presenta con mayor frecuencia en prematuros de menos de 1.500 gramos o menores de 32 semanas al nacer, que puede provocar ceguera.

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

- Retinopatía del prematuro

a. Acceso:

Todo Beneficiario Prematuro, de menos de 1.500 gramos o menor de 32 semanas de gestación al nacer:

- Tendrán acceso a screening con fondo de ojo.
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento según indicación médica

b. Oportunidad:

- Sospecha:
 - Primer examen con fondo de ojo por oftalmólogo dentro de las 6 semanas desde el nacimiento.
 - Control con oftalmólogo (fondo de ojo) hasta alcanzar la madurez retinal
- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica dentro de 48 horas desde la sospecha
- Tratamiento
 - Dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.
- Seguimiento
 - Inicio dentro de 30 días desde la indicación médica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
57.-	RETINOPATÍA DEL PREMATURO	Diagnóstico	Sospecha y confirmación de Retinopatía del Prematuro	cada vez	58.850	20%	11.770
		Tratamiento	Retinopatía del prematuro: Fotocoagulación	cada vez	739.910	20%	147.980
			Retinopatía del prematuro: Cirugía vítreoretinal	cada vez	5.861.350	20%	1.172.270
		Seguimiento	Seguimiento paciente quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1° año	por control	70.400	20%	14.080
			Seguimiento paciente quirúrgico Retinopatía del Prematuro 2° año	por control	11.320	20%	2.260
		Seguimiento pacientes no quirúrgico Retinopatía del Prematuro	por control	19.950	20%	3.990	

58. DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO

Definición: Corresponde a un daño pulmonar crónico secundario a inmadurez pulmonar. Se considera portador de Displasia Broncopulmonar a un prematuro con requerimientos de oxígeno mayor de 21% durante 28 o más días.

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

- Displasia broncopulmonar originada en el período perinatal

a. Acceso:

Todo Beneficiario Prematuro, de menos de 1.500 gramos al nacer o menores de 32 semanas de gestación:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Acceso a Oxigenoterapia domiciliaria según resultado de Saturometría continua.

b. Oportunidad

- Tratamiento
 - Dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- Seguimiento
 - Primer control dentro de 14 días después del alta hospitalaria.

c. Protección Financiera

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
58.-	DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO	Tratamiento	Tratamiento displasia broncopulmonar	por tratamiento completo	230.830	20%	46.170
		Seguimiento	Seguimiento displasia broncopulmonar 1° año	por control	29.620	20%	5.920
			Seguimiento displasia broncopulmonar 2° año	por control	19.160	20%	3.830

59. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO

Definición: Corresponde a un déficit auditivo igual o mayor a 35 decibeles, secundario a daño histológico del oído interno, asociado a prematuridad.

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

- Hipoacusia neurosensorial, bilateral del prematuro

a. Acceso:

Todo Beneficiario Prematuro nacido a contar del 1° de julio de 2005 con menos de 1.500 gramos al nacer o menor de 32 semanas de gestación:

- Tendrá acceso a screening auditivo.
- Con screening alterado, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con Implante Coclear, tendrá acceso a cambio de procesador.

b. Oportunidad:

- Sospecha:
 - Screening auditivo automatizado, previo al alta de la unidad de neonatología.
- Diagnóstico
 - Confirmación diagnóstica dentro de 3 meses con screening alterado.
- Tratamiento
 - Audífonos: dentro de 3 meses desde la confirmación diagnóstica.
 - Implante Coclear: dentro de 180 días desde indicación médica.
 - Cambio de procesador: dentro de 90 días desde indicación médica

Seguimiento

- Primer control dentro de 14 días desde implementación de audífonos o implante coclear.

c. Protección Financiera

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
59.-	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO	Diagnóstico	Screening auditivo automatizado del prematuro	cada vez	23.310	20%	4.660
			Confirmación hipoacusia del prematuro	cada vez	86.950	20%	17.390
			Implementación bilateral audífono	cada vez	2.879.990	20%	576.000
		Tratamiento	Implante coclear	cada vez	28.777.040	20%	5.755.410
			Cambio de Procesador del Implante Coclear	cada vez	10.078.290	20%	2.015.660
			Rehabilitación hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) 1° año	mensual	16.110	20%	3.220
		Seguimiento	Rehabilitación hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) 2° año	mensual	11.300	20%	2.260
			Seguimiento en hipoacusia confirmada del prematuro tercer año	por seguimiento completo	80.600	20%	16.120

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

Definición: La epilepsia se define como una alteración que afecta al Sistema Nervioso Central, específicamente la corteza cerebral y que se manifiesta clínicamente como eventos discontinuos denominados “crisis epilépticas”. Es una afección neurológica crónica, de alta frecuencia, de manifestación episódica y de diversa etiología. La epilepsia no refractaria se caracteriza por tener una buena respuesta al tratamiento médico.

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

- Epilepsia no refractaria

a. Acceso:

Todo Beneficiario de 15 años y más:

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

b. Oportunidad:

- Tratamiento
 - Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.
 - Evaluación por especialista dentro de 60 días desde la derivación.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
60.-	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Primario	mensual	433.120	20%	86.620
			Tratamiento Epilepsia no refractaria nivel especialidad	por control	27.530	20%	5.510

61. ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Se considerará como clínicamente asmáticos a sujetos portadores de alteraciones bronquiales obstructivas crónicas con más de 6 meses de evolución, con síntomas respiratorios obstructivos (disnea sibilante o tos irritativa) frente a estímulos como hiperventilación, ejercicio, risa, irritantes ambientales, cambios de temperatura y algunos aeroalergenos o fármacos (Beta bloqueadores, AINES) y cuyos síntomas se alivian rápidamente con Broncodilatadores (BD) o espontáneamente.

Los pacientes suelen poseer antecedentes familiares de la enfermedad o de afecciones de origen alérgico.

Patologías incorporadas

- Asma predominantemente alérgica
- Asma alérgica extrínseca

- Asma atópica
- Asma no alérgica
- Asma idiosincrásica
- Asma intrínseca no alérgica
- Asma mixta
- Combinación de diagnósticos de Asma predominantemente alérgica y Asma no alérgica
- Asma, no especificado
- Asma de aparición tardía
- Estado asmático
- Asma aguda severa

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

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

b. Oportunidad

- Diagnóstico:
 - Confirmación diagnóstica dentro de 20 días desde la sospecha.
- Tratamiento:
 - Inicio desde la confirmación diagnóstica, según indicación
 - Atención con especialista dentro de 60 días desde la derivación, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
61.-	ASMA BRONQUIAL EN MAYORES DE 15 AÑOS	Diagnóstico	Confirmación Asma Bronquial adulto ambulatorio	cada vez	61.750	20%	12.350
			Confirmación Asma Bronquial adulto atípico en Nivel Secundario	cada vez	12.210	20%	2.440
		Tratamiento	Tratamiento Asma Bronquial adulto Nivel Primario	mensual	51.350	20%	10.270
			Tratamiento Asma Bronquial Nivel Secundario	por control	43.450	20%	8.690
			Tratamiento Exacerbaciones	cada vez	12.250	20%	2.450

62. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Definición: La Enfermedad de Parkinson se inicia generalmente en las personas entre los 50 y 60 años, aunque se puede presentar en personas de menor edad; es crónica y progresiva, causando una pérdida paulatina de la capacidad física y mental, hasta llegar a la discapacidad total.

El Parkinson se caracteriza por temblores con oscilaciones de amplitud limitada, hipertonia muscular (rigidez muscular), lentitud de los movimientos voluntarios, inmovilidad, acinesia con pérdida de los movimientos automáticos y asociados e inexpresividad de las facciones de la cara. Su evolución es lenta y progresiva.

Patologías incorporadas

- Enfermedad de Parkinson

a. Acceso:

Todo Beneficiario:
Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

- Tratamiento
 - Dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.
 - Atención con especialista dentro de 60 días desde la derivación

c. Protección Financiera

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
62.-	ENFERMEDAD DE PARKINSON	Tratamiento	Evaluación especialista	cada vez	14.720	20%	2.940
			Consultoría neurólogo	cada vez	6.210	20%	1.240
			Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en menores de 60 años	mensual	605.280	20%	121.060
			Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más	mensual	343.780	20%	68.760

63. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Definición: Corresponde a un conjunto de síndromes inflamatorios crónicos, de etiología desconocida, que se expresan por artritis de 1 o más articulaciones, en menores de 17 años. Puede acompañarse o no de manifestaciones extraarticulares. La cronicidad está dada por un tiempo de duración, mayor a 6 semanas, pudiendo acompañar al paciente por largos períodos o por toda la vida. En su debut pueden predominar las manifestaciones sistémicas o expresarse con compromiso articular puro ya sea de pocas (oligoarticular) o muchas articulaciones (poliarticular).

Patologías incorporadas

- Artritis Sistémica
- Oligoartritis Poliartrosis (FR +)
- Poliartrosis FR (-)
- Artritis Psoriática
- Artritis Indiferenciada

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

- Con inicio de síntomas antes de los 17 años, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

- Tratamiento
 - Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
63.-	ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL	Tratamiento	Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil	cada vez	68.170	20%	13.630
			Tratamiento biológico Artritis Idiopática Juvenil	cada vez	1.553.020	20%	310.600

64. PREVENCIÓN SECUNDARIA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

Definición: La evidencia disponible indica que las consecuencias asociadas a la Enfermedad Renal Crónica (ERC) pueden ser prevenidas o postergadas a través de intervenciones en etapas más precoces de la enfermedad, independientemente de la causa de ésta. En la mayor parte del mundo industrializado se ha constatado que la ERC está sub-diagnosticada e insuficientemente tratada. Esto lleva a la pérdida de oportunidades para la prevención de las complicaciones y de otros efectos adversos en estos pacientes.

Patologías incorporadas:

- Insuficiencia Renal Crónica

a. Acceso:

Todo Beneficiario de 15 años y más:

- Que cumpla con los criterios de inclusión de clearance de creatinina < 60 ml/min y/o microalbuminuria, con o sin alteraciones del sedimento urinario, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

 Tratamiento

- Dentro de 24 horas desde la confirmación.
- Consulta de especialista dentro de 30 días desde la derivación.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
64.-	PREVENCIÓN SECUNDARIA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL	Tratamiento	Consulta especialista	cada vez	14.720	20%	2.940
			Tratamiento Nefropatía	mensual	41.260	20%	8.250

65. DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS

Definición: La displasia luxante de caderas (DLC), corresponde a una alteración en el desarrollo de la cadera, que afecta, en mayor o menor grado, a todos los componentes mesodérmicos de esta articulación. Hay retardo en la osificación endocondral del hueso ilíaco y fémur y alteración del cartílago articular, y posteriormente, de músculos, tendones y ligamentos.

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

- Displasia del desarrollo de la cadera
- Enfermedad luxante de cadera
- Displasia evolutiva de caderas.
- Displasia luxante de caderas leve, moderada y/o severa
- Subluxación de cadera

a. Acceso:

- Todo beneficiario durante el tercer mes de vida, tendrá acceso a radiografía de caderas.
- Todo Beneficiario Recién Nacido o lactante menor de 1 año
 - Con sospecha de radiografía de caderas o ecotomografía alterada tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
 - Con confirmación diagnóstica de displasia luxante de cadera tendrá acceso a tratamiento ortopédico.
 - En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

 Screening de radiografía de caderas:

- Dentro de 30 días desde la indicación.

 Confirmación diagnóstica:

- Confirmación diagnóstica por especialista dentro de 30 días desde la indicación médica.

 Tratamiento:

- Dentro de 15 días desde la confirmación diagnóstica por especialista.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
65.-	DISPLASIA LUXANTE DE CADERA	Diagnóstico	Screening Displasia Luxante de Caderas	cada vez	13.510	20%	2.700
			Confirmación Displasia Luxante de Caderas	cada vez	18.060	20%	3.610
		Tratamiento	Tratamiento ortopédico Displasia Luxante de Caderas	por tratamiento completo	109.010	20%	21.800

66. SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA

Definición: La Salud Oral Integral de la embarazada, consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante.

Patologías incorporadas: en la resolución de la salud oral integral quedan incorporadas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Caries limitada al esmalte (caries incipiente)
- Caries de la dentina
- Caries del cemento
- Otras caries dentales
- Película pigmentada
- Otros depósitos blandos densos: materia alba
- Cálculo dentario supragingival
- Cálculo dentario subgingival
- Placa bacteriana
- Otros depósitos sobre los dientes sin especificar
- Depósitos especificados sobre los dientes
- Gingivitis aguda
- Gingivitis crónica
- Retracción gingival
- Periodontitis aguda
- Periodontitis crónica
- Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local o edentulismo total o parcial
- Pulpitis
- Necrosis de la pulpa
- Degeneración de la pulpa
- Formación anormal de tejido duro en la pulpa
- Periodontitis apical aguda originada en la pulpa
- Periodontitis apical crónica
- Absceso periapical con fistula
- Absceso periapical sin fistula
- Quiste radicular

a. Acceso:

Toda mujer:

- Con confirmación de su condición de embarazo, tendrá acceso a tratamiento dental integral.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

 Tratamiento:

- Inicio dentro de 21 días desde la solicitud de atención.
- Fin de tratamiento, alta integral hasta 15 meses desde la primera atención

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
66.-	SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA	Tratamiento	Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada: Atención general	cada vez	126.760	20%	25.350
			Tratamiento salud oral integral de la embarazada: Atención Especialidades nivel secundario	cada vez	131.290	20%	26.260

67. ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

Definición: La Esclerosis Múltiple (EM) corresponde a una enfermedad inflamatoria autoinmune desmielinizante crónica del Sistema Nervioso Central (SNC), caracterizada por episodios recurrentes, remitentes y habitualmente progresivos de fatiga, parestesia, dolor focal, ataxia, temblor, problemas visuales, disfunción sexual, disfunción vesical, espasticidad (entre otros según territorio del SNC comprometido).

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

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.

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

- Esclerosis múltiple remitente recurrente

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Con sospecha que cumpla con los criterios de inclusión señalados en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento, según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo. Incluye exacerbaciones o reanudaciones

b. Oportunidad:

- Diagnóstico:
 - Confirmación dentro de 60 días desde la sospecha.
- Tratamiento:
 - Inicio del tratamiento dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
67.-	ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE	Diagnóstico	Confirmación Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	cada vez	700.990	20%	140.200
			Tratamiento No Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	mensual	32.450	20%	6.490
		Tratamiento	Tratamiento Farmacológico de primera línea Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	mensual	701.540	20%	140.310
			Tratamiento de rehabilitación Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	mensual	36.930	20%	7.390
			Tratamiento brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	cada vez	1.302.720	20%	260.540

68. HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS HEPATITIS B

Definición: Enfermedad hepática causada por el Virus Hepatitis B, cuya principal vía de transmisión es por contacto sexual o por contacto con fluidos contaminados. La mayoría de las personas que adquieren el Virus Hepatitis B se recupera sin consecuencias en un período menor a 6 meses. Si la infección perdura por más tiempo, se considera una infección crónica.

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

- Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a evaluación inicial y tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad

- Evaluación inicial:
 - Dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Tratamiento:
 - Dentro de 30 días desde la indicación

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
68.-	HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS HEPATITIS B	Diagnóstico	Evaluación inicial pacientes con Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B	cada vez	403.960	20%	80.790
			Tratamiento farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más	mensual	319.770	20%	63.950
		Tratamiento	Tratamiento farmacológico VHB crónica en menores de 15 años	mensual	98.170	20%	19.630
			Evaluación paciente hepatitis crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento antiviral	por control	326.080	20%	65.220
			Evaluación paciente hepatitis crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento con peginterferón	por control	80.470	20%	16.090
			Controles a pacientes VHB sin tratamiento farmacológico	anual	299.900	20%	59.980

69. HEPATITIS C

Definición: Enfermedad crónica, viral, vía transmisión por vía parenteral (transfusión de sangre, procedimientos médicos, inyección de drogas, etc.), transplacentaria y sexual, también se ha descrito la vía intranasal (uso de cocaína). El período de incubación varía entre 6 semanas a 6 meses. Sólo un 25 a 30% de las infecciones son sintomáticas y el resto de las personas infectadas no están conscientes de su infección hasta que aparecen signos de daño hepático, décadas después.

Aproximadamente el 70% de los cánceres hepáticos están asociados a la infección crónica por el virus de la Hepatitis

a. Acceso:

Todo beneficiario:

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

b. Oportunidad

- Diagnóstico:
 - Confirmación diagnóstica: dentro de 45 días desde sospecha.
- Evaluación pre tratamiento:
 - Dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Tratamiento:
 - Dentro de 30 días desde la indicación

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
69.-	VIRUS HEPATITIS C	Diagnóstico	Confirmación del Virus de Hepatitis C	cada vez	69.180	20%	13.840
			Evaluación paciente VHC pre tratamiento	cada vez	403.970	20%	80.790
		Tratamiento	Tratamiento farmacológico del VHC	mensual	470.440	20%	94.090
			Controles a pacientes VHC sin tratamiento farmacológico	por control	49.440	20%	9.890

70. CÁNCER COLORECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso.

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

- Tumor maligno del colon
- Tumor maligno del ciego
- Tumor maligno del apéndice
- Tumor maligno del colon ascendente
- Tumor maligno del ángulo hepático
- Tumor maligno del colon transversal
- Tumor maligno del ángulo esplénico
- Tumor maligno del colon descendente
- Tumor maligno del colon sigmoideo
- Tumor maligno de la unión
- Tumor maligno del recto

- a. Acceso:
- Todo beneficiario de 15 años y más:
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica
 - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación y tratamiento
 - Con tratamiento, tendrá acceso a seguimiento
 - En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo
- b. Oportunidad:
- Diagnóstico:
 - Confirmación: dentro de 45 días desde la sospecha diagnóstica
 - Etapificación dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica
 - Tratamiento:
 - Primario y adyuvante: Dentro de 30 días desde la indicación médica.
 - Seguimiento:
 - Primer control dentro de 90 días desde indicación médica.
- c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
70.-	CÁNCER COLORECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Diagnóstico	Confirmación Cáncer de Colon o Colorectal	cada vez	144.430	20%	28.890
		Confirmación y etapificación	Etapificación Cáncer Colorectal	cada vez	439.480	20%	87.900
		Tratamiento	Etapificación y exámenes pre operatorios Cáncer Colorectal	cada vez	394.490	20%	78.900
			Cirugía cáncer Colon o Colorectal	cada vez	3.360.210	20%	672.040
			Reconstitución del Tránsito	cada vez	890.890	20%	178.180
			Quimioterapia Adyuvante: Bajo riesgo y Estadios II (alto riesgo)	por ciclo	339.820	20%	67.960
			Quimioterapia Adyuvante: Alto riesgo	por ciclo	864.480	20%	172.900
			Quimioterapia paliativa: Estadio IV, Cualquier T, Cualquier N Y M1. Colon Metastásico	por ciclo	650.150	20%	130.030
			Quimioterapia paliativa: Esquema IFL FOLFIRI	por ciclo	277.000	20%	55.400
			Exámenes e imágenes durante Quimioterapia	por tratamiento completo de quimioterapia	2.194.710	20%	438.940
			Radioterapia Externa adyuvancia	cada vez	958.750	20%	191.750
			Quimioterapia adyuvante Cáncer Rectal: Post cirugía	por ciclo	265.480	20%	53.100
			Quimioterapia adyuvante Cáncer Rectal metastásico: FOLFOX	por ciclo	141.850	20%	28.370
			Quimioterapia - Radioterapia concomitante Cáncer Rectal 1° Y 5° semana (Quimioterapia)	por tratamiento completo	623.550	20%	124.710
			Quimioterapia - Radioterapia concomitante Cáncer Rectal 1° Y 5° semana (Radioterapia)	cada vez	958.750	20%	191.750
		Seguimiento	Seguimiento Cáncer de Colon o Colorectal años 1 y 2	por control	80.700	20%	16.140
			Seguimiento Cáncer de Colon o Colorectal años 3, 4 y 5	por control	106.300	20%	21.260

71. CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL

Definición: El cáncer epitelial del ovario es una alteración celular que se origina en el tejido proveniente del epitelio celómico de este órgano. La transformación neoplásica puede ocurrir cuando las células están genéticamente predispuestas a la oncogénesis y/o expuestas a un agente oncogénico.

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

- Tumor maligno del ovario
- Tumor maligno de la trompa de Falopio

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación, tratamiento y seguimiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

- Diagnóstico:
 - Intervención quirúrgica dentro de 30 días desde la sospecha

- Confirmación diagnóstica dentro de 30 días desde la intervención quirúrgica
 - Tratamiento:
 - Tratamiento adyuvante: Dentro de 30 días desde la indicación médica
 - Seguimiento:
 - Primer control dentro de 60 días según indicación médica
- c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
71.-	CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL	Diagnóstico	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cáncer de Ovario Epitelial	cada vez	2.582.250	20%	516.450
			Quimioterapia Post Cirugía Estadio Precoz. 1a Línea	por ciclo	103.240	20%	20.650
			Quimioterapia Neoadyuvante Estadios III-IV	por ciclo	100.250	20%	20.050
		Tratamiento	Quimioterapia Adyuvante Estadios IIB, IIC, III y IV	por ciclo	265.080	20%	53.020
			Exámenes e imágenes asociado el Tratamiento con Quimioterapia Cáncer de Ovario Epitelial	por tratamiento completo de quimioterapia	1.204.500	20%	240.900
			Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario. Sensible a Platino	por ciclo	753.690	20%	150.740
			Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario. Resistente a Platino	por ciclo	1.162.740	20%	232.550
			Seguimiento Cáncer de Ovario Epitelial Primer año	anual	256.040	20%	51.210
Seguimiento	Seguimiento Cáncer de Ovario Epitelial desde el año 2 al año 5	anual	90.320	20%	18.060		

72. CÁNCER VESICAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Corresponde a un tumor maligno cuyo origen está en la vejiga.

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

- Tumor maligno de la vejiga urinaria
- Tumor maligno del trigono vesical
- Tumor maligno de la cúpula vesical
- Tumor maligno de la pared lateral de la vejiga
- Tumor maligno de la pared anterior de la vejiga
- Tumor maligno de la pared posterior de la vejiga
- Tumor maligno del cuello de la vejiga
- Tumor maligno del orificio ureteral
- Tumor maligno del uraco
- Lesión de sitios contiguos de la vejiga
- Tumor maligno de la vejiga urinaria, parte no especificada

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y etapificación
- Con tratamiento, tendrá acceso a seguimiento
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Tratamiento primario: Dentro de 30 días desde indicación médica con criterios de inclusión definidos en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo.
 - Adyuvante: Dentro de 30 días desde la indicación médica.
- Seguimiento:
 - Primer control dentro de 30 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
			Etapificación Cáncer Vesical	cada vez	152.640	20%	30.530
			Cirugía Cáncer Vesical Profundo	cada vez	2.235.480	20%	447.100
			Prevención Recurrencia Cáncer Vesical Superficial año 1	mensual	92.470	20%	18.490
			Prevención Recurrencia Cáncer Vesical Superficial año 2 y 3	mensual	35.090	20%	7.020

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
72.-	CÁNCER VESICAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Cáncer Vesical Superficial Tis - Ta - T1	por tratamiento completo de quimioterapia	936.850	20%	187.370
			Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Cáncer Vesical Profundo	por tratamiento completo de quimioterapia	2.054.760	20%	410.950
			Quimioterapia Neoadyuvante Cáncer Vesical Profundo, con cirugía	por ciclo	338.480	20%	67.700
			Tratamiento paliativo: Quimioterapia Adyuvante Cáncer Vesical Profundo, post Cirugía	por ciclo	769.770	20%	153.950
			Quimioterapia-Radioterapia Concomitante Cáncer Vesical Profundo, sin Cirugía	por ciclo	204.440	20%	40.890
			Radioterapia Externa Intención Curativa	por tratamiento completo	2.381.670	20%	476.330
		Seguimiento	Seguimiento Cáncer Vesical Superficial año 1 Tis - Ta - T1	anual	702.830	20%	140.570
			Seguimiento Cáncer Vesical Superficial desde año 2 al año 5	anual	307.600	20%	61.520
			Seguimiento Cáncer Vesical Profundo Primer Año	anual	315.250	20%	63.050
			Seguimiento Cáncer Vesical Profundo desde año 2 al año 5	anual	247.770	20%	49.550

73. OSTEOSARCOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: El Osteosarcoma (OS) es un tumor óseo maligno de origen mesenquimatoso que tiene como característica principal la producción de material osteoide.

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

- Osteosarcoma

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación, tratamiento y seguimiento
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

- Diagnóstico:
 - Confirmación diagnóstica y etapificación, dentro de 60 días desde la sospecha
- Tratamiento:
 - Quirúrgico: Dentro de 30 días desde la indicación médica
 - Adyuvante: Dentro de 30 días desde la indicación médica
- Seguimiento:
 - Primer control dentro de 30 días desde indicación médica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
73.-	OSTEOSARCOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Diagnóstico	Confirmación y Etapificación Osteosarcoma	cada vez	838.450	20%	167.690
			Cirugía para Osteosarcoma	cada vez	7.689.100	20%	1.537.820
		Tratamiento	Quimioterapia Pre Operatoria Osteosarcoma	por ciclo	676.920	20%	135.380
			Quimioterapia Post Operatoria Osteosarcoma	por ciclo	595.600	20%	119.120
			Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia con intención curativa	por tratamiento completo de quimioterapia	2.866.810	20%	573.360
			Seguimiento Osteosarcoma	anual	662.250	20%	132.450

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

Definición: Las valvulopatías son las enfermedades propias de las válvulas del corazón. La válvula aórtica puede dañarse por infecciones, traumatismos y trastorno degenerativo, siendo este último la causa más frecuente. La alteración resultante se puede manifestar en una disminución de la apertura de la misma (estenosis), el cierre insuficiente (insuficiencia) o una combinación de ambas.

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

- Insuficiencia aórtica
- Estenosis aórtica

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación de indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía, seguimiento y tratamiento anticoagulante según indicación médica
- En tratamiento anticoagulante, tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Dentro de 45 días desde la confirmación de indicación quirúrgica
- Seguimiento:
 - Dentro de 15 días desde indicación médica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
74.-	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRÓNICAS DE LA VÁLVULA AÓRTICA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Tratamiento Quirúrgico No Complicados	cada vez	11.716.980	20%	2.343.400
			Tratamiento Quirúrgico Complicados	cada vez	18.046.810	20%	3.609.360
			Control anticoagulación	anual	39.780	20%	7.960
		Seguimiento	Seguimiento Primer Año	anual	294.510	20%	58.900
			Seguimiento Segundo Año	por control	41.300	20%	8.260

75. TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Es una enfermedad de curso crónico que se manifiesta en episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad se alteran en forma fluctuante entre periodos de exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía), y periodos de disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y actividad (depresión). Las fluctuaciones en el estado de ánimo entre manía y depresión pueden ser muy rápidas.

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

- Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco
- Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual mixto
- Trastorno bipolar, actualmente en remisión
- Otros trastornos bipolares
- Trastorno bipolar sin especificación

a. Acceso:

Todo beneficiario

- Con confirmación diagnóstica por especialista, tendrá acceso a tratamiento
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

- Tratamiento:
 - Inicio dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica
 - Hospitalización: Dentro de 24 horas desde la indicación médica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
75.-	TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Tratamiento Trastorno Bipolar Año 1	mensual	33.330	20%	6.670
			Tratamiento Trastorno Bipolar a partir del Año 2	mensual	18.990	20%	3.800
			Hospitalización Trastorno Bipolar año 1	cada vez	1.679.800	20%	335.960
			Hospitalización Trastorno Bipolar a partir año 2	cada vez	1.679.800	20%	335.960

76. HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: El Hipotiroidismo se debe a la alteración funcional o ausencia de la glándula tiroidea que condiciona un déficit de hormonas tiroideas.

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

- Hipotiroidismo

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más.

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

- Tratamiento:

- Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
76.-	HIPOTIROIDISMO MAYORES DE 15 AÑOS	Tratamiento	Tratamiento Hipotiroidismo 1° Año Nivel Primario	mensual	31.880	20%	6.380
			Tratamiento Hipotiroidismo a Partir del 2° Año en Nivel Primario	mensual	21.730	20%	4.350

77. TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA EN PERSONAS MENORES DE 4 AÑOS

Definición: Corresponde a un déficit auditivo igual o mayor a 40 decibeles, secundario a daño histológico del oído interno

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

- Hipoacusia neurosensorial moderada
- Hipoacusia neurosensorial severa
- Hipoacusia neurosensorial profunda

a. Acceso:

Todo beneficiario nacido a contar del 1 de enero de 2013:

- Con confirmación diagnóstica por especialista según criterios establecidos en la Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo, tendrá acceso a tratamiento.
- Con Implante Coclear, tendrá acceso a cambio de procesador.

b. Oportunidad:

- Tratamiento:

- Audífonos: dentro de 3 meses desde la confirmación diagnóstica.
- Implante Coclear, dentro de 180 días desde indicación médica.
- Cambio procesador en implante coclear, dentro de 90 días desde indicación médica

□ Seguimiento:

- Primer control dentro de 14 días desde implementación de audífonos o implante coclear.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
77.-	TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA EN MENORES DE 4 AÑOS	Tratamiento	Implementación bilateral audífono	cada vez	2.879.990	20%	576.000
			Implante coclear	cada vez	28.777.040	20%	5.755.410
			Cambio de Procesador del Implante Coclear	cada vez	10.078.290	20%	2.015.660
		Seguimiento	Rehabilitación (audífono e implante coclear) primer año	anual	113.260	20%	22.650
			Rehabilitación (audífono e implante coclear) segundo año	anual	61.240	20%	12.250
			Rehabilitación (audífono e implante coclear) tercer año	anual	48.840	20%	9.770

78. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Definición: Es una enfermedad autoinmune, inflamatoria sistémica, crónica, caracterizada por un curso cíclico con remisiones y recaídas

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

- Lupus Eritematoso Sistémico.

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

- Tratamiento:

- Inicio desde la confirmación diagnóstica por especialista.

c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$	
78.-	LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	Tratamiento	Tratamiento Lupus Leve Primer Año	anual	198.970	20%	39.790	
			Tratamiento Lupus Leve a partir 2° Año	anual	160.170	20%	32.030	
			Tratamiento Lupus Grave Primer Año	anual	1.390.670	20%	278.130	
			Tratamiento Lupus Grave a partir 2° año	anual	663.820	20%	132.760	
			Hospitalización Lupus Grave	cada vez	1.169.540	20%	233.910	
			Lupus Grave Hospitalizado Refractario a Tratamiento: Rescate Farmacológico	cada vez	5.939.930	20%	1.187.990	
			Lupus Grave Hospitalizado Refractario a Tratamiento: Rescate por Plasmaféresis	por tratamiento completo	19.183.490	20%	3.836.700	

79. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRÓNICAS DE LAS VÁLVULAS MITRAL Y TRICÚSPIDE EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Las valvulopatías son las enfermedades propias de las válvulas del corazón. Las válvulas pueden dañarse por infecciones, traumatismos, trastorno degenerativo u otras causas. La enfermedad de la válvula mitral está relacionada con mayor frecuencia a enfermedad reumática en el caso de la estenosis y a enfermedad mixomatosa en el caso de la insuficiencia mitral. El compromiso de la válvula tricúspide, generalmente, corresponde a la insuficiencia valvular y ésta, en un 75% de los casos se debe a una causa secundaria.

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

- Insuficiencia mitral
- Insuficiencia Tricuspídea
- Estenosis mitral
- Estenosis Tricuspídea

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con confirmación de indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía, seguimiento y tratamiento anticoagulante según indicación médica

- En tratamiento anticoagulante, tendrá acceso a continuarlo
- b. Oportunidad:
- Tratamiento:
 - Dentro de 45 días desde la confirmación de indicación quirúrgica
 - Seguimiento:
 - Dentro de 15 días desde indicación médica
- c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
79.-	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES CRÓNICAS DE LAS VÁLVULAS MITRAL Y TRICUSPIDE EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Tratamiento Quirúrgico No Complicados	cada vez	11.716.970	20%	2.343.390
			Tratamiento Quirúrgico Complicados	cada vez	18.046.810	20%	3.609.360
			Control anticoagulación	anual	39.780	20%	7.960
			Seguimiento Primer Año	anual	294.510	20%	58.900
			Seguimiento Segundo Año	por control	41.300	20%	8.260

80. TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

Definición: El *Helicobacter pylori* es una bacteria que coloniza en forma casi exclusiva la superficie apical del epitelio gástrico, desencadenando una respuesta inflamatoria local (gastritis) de intensidad y extensión variables. En algunas personas esta bacteria produce el desarrollo de úlcera péptica (gástrica o duodenal).

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

- Colonización por *Helicobacter Pylori*
- a. Acceso:
- Todo beneficiario que cumpla con los criterios de inclusión incorporados en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo, tendrá acceso a tratamiento.
- b. Oportunidad:
- Tratamiento:
 - Dentro de 7 días de la confirmación diagnóstica
 - Atención con especialista dentro de 60 días desde derivación
- c. Protección Financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
80.-	TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI	Tratamiento	Tratamiento de Erradicación <i>Helicobacter Pylori</i>	cada vez	15.060	20%	3.010
		Seguimiento	Evaluación del Tratamiento de Erradicación <i>Helicobacter Pylori</i>	cada vez	63.830	20%	12.770

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

- a) Beneficiarios: Personas que sean beneficiarios del Libro II o que sean afiliados o beneficiarios del Libro III, ambos del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.
- b) Confirmación diagnóstica: Proceso mediante el cual se comprueba o descarta la existencia de una enfermedad o condición de salud específica en un beneficiario, mediante las correspondientes acciones de salud y/o tecnología que corresponda.
- c) FONASA: Fondo Nacional de Salud, regulado en el Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.
- d) Garantías: Garantías explícitas en salud, es decir aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud determinados en el artículo precedente y que están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.
- e) ISAPRE: Institución de Salud Previsional, regulada en el Libro III del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

- f) 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 el artículo 1°, con la cobertura financiera señalada en el mismo artículo. Pueden ser por cada vez, por ciclo, mensual, anual, por control, por tratamiento completo o tratamiento trimestral.
- g) 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 precedente, de acuerdo a la etapa de diagnóstico, tratamiento o seguimiento en que se encuentre el beneficiario.
- h) Telemedicina: Otorgamiento de prestaciones de salud a distancia utilizando tecnologías de la información y las comunicaciones.
- h) Prestador o prestadores de salud: Personas naturales o jurídicas, tales como 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.
- i) Problema de salud: Enfermedad, condición de salud o programa determinado en el artículo precedente.
- j) Red de prestadores: Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o el contrato entregan las prestaciones señaladas en la letra g) precedente, a los beneficiarios del FONASA o las ISAPRES.
El FONASA otorgará dichas prestaciones a través de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y con los demás prestadores que hubieren celebrado convenio para estos efectos con dicho organismo. Las ISAPRES otorgarán las prestaciones a través de los prestadores que para tales efectos determinen dichas Instituciones de acuerdo al plan contratado para estos efectos.
- k) Sospecha: Etapa en que los síntomas presentados por un beneficiario, junto con su historia médica y los signos clínicos observados en la evaluación que hace el profesional de salud, llevan a establecer una alta probabilidad de existencia de una determinada enfermedad o condición de salud, que da origen a derivación a la prestación que corresponda.
- l) Superintendencia: Superintendencia de Salud, regulada en el Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

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

Las prestaciones se agrupan de dos formas:

- a. Por tipo de intervención sanitaria: de acuerdo a la etapa en que se encuentre el beneficiario: diagnóstico, tratamiento o seguimiento. La oportunidad se asocia a dicha agrupación.
- b. Por prestaciones unitarias o grupos de prestaciones: de esta forma se determinó el “Arancel de Referencia de las Garantías”, asignándose el valor de acuerdo a la periodicidad de entrega. Tanto los valores de las prestaciones contenidas en el arancel como el copago establecido se expresan en pesos, moneda corriente y no tendrán recargo por concepto de horario, independiente del día u hora en que se efectúen.

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

El Ministerio de Salud podrá establecer las normas de carácter técnico médico y administrativo que se requieran para el debido cumplimiento de las Garantías, 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.

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

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

1. Que se trate de un problema de salud incluido en el artículo 1° de este decreto;
2. Que el beneficiario sea de aquellos a quienes dicho artículo 1° haya considerado para el acceso a las prestaciones de la patología que se trate;
3. Que se sospeche o confirme el diagnóstico de uno o más de los problemas de salud, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo siguiente, por el profesional que corresponda en la Red de Prestadores. En caso que la confirmación diagnóstica de un beneficiario del Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud se produzca fuera de la señalada Red, los beneficiarios podrán ingresar a ella para hacer efectivas las Garantías que les corresponda, conforme a lo dispuesto en el artículo 28 y siguientes del decreto supremo N° 136, de 2005, del Ministerio de Salud.
4. Que las prestaciones se otorguen en la Red de Prestadores, salvo lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 11, y
5. Que se trate de las prestaciones incluidas en el mencionado artículo 1°, y que hayan sido debidamente prescritas por el profesional que corresponda. Tratándose de la sospecha y siempre que el problema de salud incluya una prestación asociada a esa etapa, el beneficiario tendrá derecho a la(s) garantía(s) correspondientes tanto si se confirma la sospecha como si se descarta.

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

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

Fundado en razones de carácter clínico o sanitario, el profesional de la salud tratante podrá no prescribir una o más de las prestaciones cuando, atendida la situación de salud del beneficiario y el estado de la medicina en el país, las perspectivas de éxito o sobrevida no hagan aconsejable la prestación correspondiente. Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, los beneficiarios tendrán derecho a solicitar una segunda opinión profesional, a la que se estará en definitiva. Este mismo derecho tendrán los beneficiarios a los que se les ha diagnosticado un problema de salud por un profesional que no integra la Red de Prestadores, en el caso que dicho diagnóstico no sea confirmado por el correspondiente profesional de la Red. El FONASA y las ISAPRES deberán contemplar los mecanismos para el ejercicio del derecho contemplado en este inciso, en alguno de los prestadores que formen parte de la Red correspondiente.

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

Artículo 7°.- No obstante lo señalado en el artículo 1° precedente sobre la garantía de protección financiera, el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 160 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el citado artículo 1° a las personas pertenecientes a los grupos C y D del señalado artículo 160, de acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 161 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

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

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

Artículo 9°.- Para tener derecho a las Garantías, los beneficiarios contemplados en el Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán atenderse en la Red de Prestadores que les corresponda. Asimismo, deberán acceder a ésta a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, y las demás situaciones indicadas en los artículos 28 y siguientes del decreto supremo N° 136, de 2005, de Salud, que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las garantías explícitas en salud.

Se aplicarán, asimismo, las normas de dicho reglamento respecto de la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio

para estos efectos con el FONASA, podrán derivar a la Red de Prestadores, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios del citado Libro II a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades contenidas en el artículo 1°. Dichos beneficiarios, para acogerse a las Garantías, deberán atenderse en la Red de Prestadores respectiva.

Los beneficiarios señalados en el Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud podrán optar por atenderse conforme a la Modalidad de Libre Elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 142 y 143 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no registrarán las Garantías.

En todo caso, aquellos beneficiarios a los cuales se les ha confirmado un problema de salud, con antelación a la incorporación de dicho problema al régimen de garantías explícitas en salud, no requieren confirmación diagnóstica para ingresar a las correspondientes etapas de tratamiento o seguimiento establecidas para ese problema, en la medida que se acredite el referido diagnóstico.

Artículo 10°.- Para tener derecho a las Garantías, los beneficiarios contemplados en el Libro III del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, a quienes se les haya diagnosticado alguno de los problemas de salud cubiertos por dichas Garantías, deberán atenderse en la Red de Prestadores de la ISAPRE.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, los beneficiarios podrán optar, en forma parcial o total, por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no registrarán las Garantías en aquella parte que sea cubierta por dicho plan. Para estos efectos, la ISAPRE deberá informar al beneficiario las alternativas de realizar la prestación o grupo de prestaciones por GES o por plan complementario, de acuerdo al valor relativo de cada uno. Además, la renuncia está sujeta a las siguientes reglas:

1. La de carácter parcial debe manifestarse expresamente.
2. Sólo puede estar referida a prestaciones determinadas, contempladas en Listado de Prestaciones Específico, las que deben estar previamente prescritas por el prestador de la Red de la ISAPRE.
3. El beneficiario puede retractarse, mientras esté pendiente la ejecución de alguna etapa sanitaria, retractación que nunca tendrá efecto retroactivo. Desde el momento en que el beneficiario se reincorpora, la ISAPRE volverá a estar obligada al cumplimiento de las GES, respecto de las prestaciones que se encuentren sin realizar; y si la renuncia se ejerció antes que el prestador de la Red hubiera evaluado y prescrito las prestaciones, la ISAPRE sólo será responsable de las etapas sanitarias que procedan.

En todo caso, aquellos beneficiarios a los cuales se les ha confirmado un problema de salud, con antelación a la incorporación de dicho problema al régimen de garantías explícitas en salud, no requieren confirmación diagnóstica para ingresar a las correspondientes etapas de tratamiento o seguimiento establecidas para ese problema, en la medida que se acredite el referido diagnóstico.

La facultad de las Isapres para determinar la Red de Prestadores deberá ejercerse teniendo en consideración su obligación de asegurar, efectivamente, el cumplimiento de la Garantía de Acceso.

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

En los casos en que el prestador designado por el FONASA o la ISAPRE no esté en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad por cualquier causa, o bien en caso de no cumplimiento de alguna de las otras garantías, se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El beneficiario deberá concurrir, por sí o por tercero, ante el FONASA o la ISAPRE, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta treinta días de vencido el plazo que corresponda de acuerdo al artículo 1° precedente, para que se le designe un nuevo prestador. En caso de que el paciente no haya sido notificado de su condición de paciente GES y de las garantías, no se aplicará el plazo máximo definido para recepcionar su reclamo.
2. La designación antes indicada se deberá efectuar dentro de segundo día, y el nuevo prestador deberá cumplir con similares características a las del prestador designado originalmente.
3. Para efectos de la nueva designación, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de diez días, plazo que se contará desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1° fuese inferior, caso en el cual este nuevo término será el que allí se establece.
4. Si el FONASA o la ISAPRE no designare un nuevo prestador o si éste no estuviera en condiciones de cumplir con las garantías del problema de salud respectivo, el beneficiario, por sí o por tercero, deberá concurrir a la Superintendencia, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el décimo quinto día posterior al plazo señalado en los N°s 2 o 3 precedentes, según corresponda.

5. En el caso expuesto en el numeral anterior, la Superintendencia procederá a designar un nuevo prestador dentro de segundo día, plazo que se contará desde la comparecencia del beneficiario.
6. Una vez designado el prestador por la Superintendencia, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de cinco días, contados desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1° fuese inferior, caso en el que este nuevo plazo será el que allí se establece.

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

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

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

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

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

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

Artículo 14.- Para los efectos de la Garantía de Calidad, las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 1°, sólo podrán ser otorgadas por aquellos prestadores inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, de la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud y demás normativa vigente.

A partir del 1 de julio del año 2016, cuando las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 1° del presente decreto requieran ser otorgadas por prestadores de atención cerrada de alta complejidad, éstos deberán encontrarse acreditados en la Superintendencia de Salud.

Adicionalmente a lo señalado en el inciso precedente, la acreditación, como requisito para el otorgamiento de las prestaciones individualizadas en el artículo 1° del presente decreto, será exigible respecto de los tipos de prestadores institucionales que a continuación se señalan, a partir de las siguientes fechas:

- a. Respecto de los prestadores institucionales de atención cerrada de mediana complejidad, a contar del 1 de enero de 2018;
- b. Respecto de los prestadores institucionales de atención cerrada de baja complejidad, a contar del 1 de enero de 2019;
- c. Respecto de los Centros de Diálisis, a contar del 1 de julio de 2018;
- d. Respecto de los Prestadores Institucionales de Servicios de Imagenología de Alta Complejidad, a contar del 30 de junio de 2019;
- e. Respecto de los Laboratorios Clínicos de Alta Complejidad, a contar del 30 de junio de 2019;
- f. Respecto de los prestadores institucionales de atención abierta de alta complejidad, a contar del 1 de julio de 2018, y
- g. Respecto de los prestadores institucionales de atención abierta de mediana complejidad, a contar del 30 de junio de 2019.

Durante la vigencia del presente decreto los prestadores institucionales de atención abierta de baja complejidad deberán someterse al procedimiento de acreditación.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos segundo y tercero precedentes, tales prestadores institucionales podrán otorgar las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 1° del presente decreto, si se encontraran en alguna de las siguientes situaciones:

- 1° Si el prestador institucional se encontrare dentro de los dos primeros años desde el otorgamiento de su autorización sanitaria de funcionamiento como

establecimiento de salud por parte de la autoridad sanitaria regional respectiva, caso en el cual, para el otorgamiento de tales prestaciones garantizadas, deberá obtener su acreditación dentro de los dos años contados desde el otorgamiento de su autorización sanitaria de funcionamiento como establecimiento de salud por parte de la autoridad sanitaria regional respectiva;

- 2° Si el prestador institucional estuviere situado en territorios que, en los últimos dos años anteriores a la fecha de exigibilidad de su acreditación señalada en los incisos segundo o tercero precedentes, hubieren estado afectos a decretos de alerta o emergencia sanitaria, dictados conforme lo dispuesto en el Artículo 36 del Código Sanitario, caso en el cual les será exigible la acreditación para el otorgamiento de dichas prestaciones garantizadas a partir del primer día del sexto mes posterior a dicha fecha;
- 3° Si a la fecha de exigibilidad de su acreditación señalada en los incisos segundo y tercero precedentes, el procedimiento de acreditación del prestador hubiere sido solicitado y se encontrare pendiente;
- 4° Si, habiéndose sometido al procedimiento de acreditación dentro de los seis meses anteriores la fecha de exigibilidad de su acreditación señalada en los incisos primero o segundo de este artículo, hubieren sido declarados como no acreditados por no haber dado debido cumplimiento a no más del 10% de las características obligatorias que le hubieren sido aplicables en dicho procedimiento conforme a las normas del Estándar de Acreditación en función del cual hubiere sido evaluado. En este caso el prestador deberá estar acreditado antes del primer día del octavo mes posterior a la notificación del resultado del primer procedimiento;
- 5° Si, habiéndose encontrado acreditado, no obtuviere su reacreditación, caso en el cual, y por solo una vez, deberá solicitar y obtener su nueva acreditación en el plazo máximo de 8 meses, contados desde la resolución de la Superintendencia de Salud que declaró el término del antedicho procedimiento de reacreditación; y
- 6° En el caso de un prestador institucional de atención cerrada de alta complejidad, siempre que en el territorio del Servicio de Salud correspondiente en que se encuentre ubicado, no exista ningún otro prestador acreditado de su misma naturaleza, poniendo con ello en riesgo la continuidad del otorgamiento de las prestaciones en condiciones adecuadas de oportunidad y accesibilidad, situación que deberá ser certificada por la Superintendencia de Salud.

La certificación señalada en el párrafo anterior deberá ser solicitada dentro de los treinta días previos a la entrada en vigencia del presente decreto y el prestador deberá dar inicio al proceso de acreditación dentro de los treinta días siguiente a la notificación de la certificación de la Superintendencia, debiendo obtenerse la acreditación antes del 1 de julio de 2017.

TÍTULO II

De las Metas de Cobertura para el Examen de Medicina Preventiva

Artículo 15.- El examen de medicina preventiva establecido por resolución exenta N° 1.236, de 31 de diciembre de 2009, del Ministerio de Salud, a que tienen derecho los beneficiarios del Libro II o que sean afiliados o beneficiarios del Libro III, ambos del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, está constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Sin perjuicio del derecho del beneficiario para solicitar la realización de este examen, las metas de cobertura del examen de medicina preventiva que señala el artículo 33 de la ley N° 19.966, que deberán cumplirse por el FONASA y las ISAPRE, anualmente durante la vigencia de este decreto, serán las siguientes:

METAS DE COBERTURA PARA POBLACIÓN BENEFICIARIA POR GRUPOS ETARIOS Y CICLO VITAL

1. EMBARAZADAS
Meta de Cobertura: 100% de las embarazadas beneficiarias
 - a) Diabetes en el embarazo
Examen: Glicemia en ayunas.
 - b) Infección por virus de inmunodeficiencia humana
Examen diagnóstico de Infección por VIH en sangre, previa información sobre la prevención y tratamiento del VIH y con consejería post test.
 - c) Sífilis
Examen: VDRL o RPR en sangre

- d) Infección urinaria
Examen: Urocultivo.
 - e) Sobrepeso y Obesidad
Examen: Medición de peso y talla.
 - f) Hipertensión arterial
Examen: Medición estandarizada de presión arterial.
 - g) Beber problema
Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada
 - h) Tabaquismo
Examen: Aplicación del instrumento Estrategia 5A's.
2. RECIÉN NACIDOS
Meta de Cobertura: 100% de los recién nacidos beneficiarios
- a) Fenilcetonuria
Examen: Determinación de fenilalanina en sangre.
 - b) Hipotiroidismo congénito
Examen: Determinación de TSH en sangre.
 - c) Displasia del desarrollo de caderas
Examen: Maniobra de Ortolani o Barlow.
3. LACTANTES
Meta de cobertura: 60% lactantes beneficiarios a los 3 meses de edad.
- a) Displasia del desarrollo de caderas
Examen: Radiografía de pelvis.
4. NIÑOS Y NIÑAS A LOS 4 AÑOS
Meta de cobertura: 60% de la población beneficiaria
- a) Sobrepeso y Obesidad
Examen: Medición de peso y talla.
 - b) Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual
Examen: Aplicación de cartilla LEA.
 - c) Detección de malos hábitos bucales
Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales.
5. PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS
Meta de cobertura: 25% población beneficiaria
- a) Beber problema
Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) y/o versión acortada.
 - b) Tabaquismo
Examen: Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's.
 - c) Sobrepeso y Obesidad
Examen: Medición de peso y talla y circunferencia de cintura.
 - d) Hipertensión arterial
Examen: Medición estandarizada de presión arterial.
 - e) Diabetes mellitus
Examen: Glicemia en ayunas.
 - f) Sífilis
Examen: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) en sangre.
 - g) Tuberculosis
Examen: Baciloscopia a personas con tos productiva por 15 días o más
6. MUJERES DE 25 A 64 AÑOS
Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 80% de beneficiarias con Papanicolaou vigente (realizado en los últimos 3 años)

- a) Cáncer cervicouterino
Examen: Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical.

7. PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 15% de población beneficiaria.

- a) Dislipidemia
Examen: Medición de colesterol total.

8. MUJERES DE 50 A 59 AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 25% de la población beneficiaria

- a) Cáncer de mama
Examen: Mamografía cada 3 años

9. ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 50% anual

- a) Autonomía funcional
Examen: Cuestionario estandarizado, Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

Artículo 16.- Las referidas metas serán obligatorias para el FONASA y las ISAPRE y deberán cumplirse, a más tardar, transcurrido un año desde la entrada en vigencia de este decreto.

El FONASA y las ISAPRE, deberán informar a sus cotizantes de las prestaciones comprendidas en este examen, de su frecuencia, periodicidad y de la red de atención.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas así como la entrega de la información referida precedentemente.

Artículo 17.- El presente decreto entrará en vigencia el primer día del mes de julio de 2016 por el plazo de tres años, el que se entenderá prorrogado automáticamente hasta que entre en vigencia el decreto que determine las Garantías Explícitas en Salud conforme a las disposiciones contenidas en la ley N° 19.966.

Lo anterior se funda en la necesidad que las modificaciones a los 80 problemas de salud actualmente garantizados entren en vigencia en la misma fecha que los anteriores decretos han hecho exigibles las garantías explícitas en salud, permitiendo así una adecuada implementación en las Redes de Salud pública y privada.

Artículo 18.- Derógase el decreto supremo N° 4, de 2013, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, pasando los beneficiarios a regirse por lo dispuesto en este decreto.

Sin perjuicio de lo anterior, aquellos beneficiarios que, a la fecha de vigencia del presente decreto, se encontraran recibiendo prestaciones en conformidad al referido decreto supremo N° 4, tendrán derecho a seguir recibiendo las Garantías Explícitas en Salud en los mismos términos contemplados en el decreto que se deroga, de acuerdo al tipo de intervención sanitaria en que se encuentre y la periodicidad correspondiente. Una vez terminada dicha intervención sanitaria (GPP) los pacientes se regirán por el presente decreto. Con todo, los pacientes con patología crónica se regirán por el presente decreto desde el día que entre en vigor conforme a lo dispuesto en el inciso primero del artículo anterior.

Anótese, tómesese razón y publíquese.- MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República.- Carmen Castillo Taucher, Ministra de Salud.- Rodrigo Valdés Pulido, Ministro de Hacienda.

Transcribo para su conocimiento decreto afecto N° 3 de 27-01-2016.- Saluda atentamente a Ud., Eduardo Álvarez Reyes, Subsecretario de Salud Pública (S).