Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Legislación chilena

Tipo Norma :Decreto 4
Fecha Publicación :22-02-2013
Fecha Promulgación :05-02-2013
Organismo :MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Título :APRUEBA GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD
Tipo Versión :Última Versión De : 01-07-2016
Inicio Vigencia :01-07-2016
Derogación :01-07-2016
Id Norma :1049111
Texto derogado :01-JUL-2016;Decreto-3
Ultima Modificación :03-MAR-2016 Decreto 3
URL :https://www.leychile.cl/N?i=1049111&f=2016-07-01&p=

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

Núm. 4.- Santiago, 5 de febrero de 2013.- Visto: Lo dispuesto en los Párrafos 3 y 4 del Título I, y en los artículos 23 y 2º transitorio, todos de la ley Nº 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud; lo establecido en el decreto supremo Nº 69 de 2005, de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para el funcionamiento del Consejo Consultivo a que se refiere la ley Nº 19.966 y en el decreto supremo Nº 121 de 2005, de Salud, aprueba reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud de la ley Nº 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 4º de la ley Nº 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 Nº 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 Nº 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 Nº 19.966;
- Que, las Garantías Explícitas en Salud deben ser elaboradas de conformidad con el procedimiento establecido en la ley Nº 19.966 y en el decreto supremo Nº 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 2013-2016 tuvo como finalidad revisar las prestaciones de los 69 problemas de salud vigentes e incorporar once nuevas patologías;
- Que, por lo expuesto, vengo en dictar el siguiente:

Decreto:

TÍTULO I

De las Garantías Explícitas en Salud

Artículo 1º.- Apruébense los siguientes Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley Nº 19.966:

1. 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 fístula 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:

0 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

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
1.-	ENFERMEDAD RENAL CRONICA ETAPA 4 Y 5	Diagnóstico	Confirmación Retardo Crecimiento Óseo	cada vez	127.840	20%	25.570
		Tratamiento	Peritoneodiálisis	mensual	815.140	20%	163.030
			Hemodiálisis	mensual	644.940	20%	128.990
			Acceso Vascular Autólogo en Brazo o Antebrazo	cada vez	960.760	20%	192.150
			Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior	cada vez	1.160.910	20%	232.180
			Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad	cada vez	1.283.560	20%	256.710
			Reparación de Fistula Disfuncionante u Ocluida	cada vez	1.367.360	20%	273.470
			Instalación Catéter Tunelizado	cada vez	522.580	20%	104.520
			Hierro Endovenoso pacientes en Diálisis	mensual	23.460	20%	4.690
			Eritropoyetina pacientes en Diálisis	mensual	26.680	20%	5.340
			Estudio Pre Trasplante receptor	cada vez	691.100	20%	138.220
			Estudio Donante Vivo	cada vez	1.447.590	20%	289.520
			Nefrectomia Donante Vivo	cada vez	1.287.000	20%	257.400
			Estudio, Evaluación y Nefrectomia Donante Cadaver	cada vez	1.141.190	20%	228.240
			Trasplante Renal	cada vez	4.973.290	20%	994.660
			Rechazo Trasplante Renal	cada vez	6.146.850	20%	1.229.370
			Droga Inmunosupresora Protocolo 0	mensual	6.840	20%	1.370
			Droga Inmunosupresora protocolo 1A	mensual	324.980	20%	65.000
Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
			Droga Inmunosupresora protocolo 1B	mensual	229.770	20%	45.950
			Droga Inmunosupresora protocolo 1C	mensual	449.420	20%	89.880
			Droga Inmunosupresora protocolo 1D	mensual	510.550	20%	102.110
			Droga Inmunosupresora protocolo 1E	mensual	397.210	20%	79.440
			Droga Inmunosupresora protocolo 2A	mensual	273.640	20%	54.730
			Tratamiento con Hormona de Crecimiento en menores de 15 años	mensual	221.610	20%	44.320
			Profilaxis Citomegalovirus Alto Riesgo	cada vez	1.473.510	20%	294.700
			Profilaxis Citomegalovirus Bajo Riesgo	cada vez	496.330	20%	99.270
			Instalación Cateter Peritoneodialisis	cada vez	537.060	20%	107.410
		Seguimiento	Seguimiento Trasplante Renal 1° año	mensual	123.600	20%	24.720
			Seguimiento Trasplante Renal a partir del 2° año	mensual	51.330	20%	10.270

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 auriculoventricular 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 trilocular 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 auriculoventricular
§ 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 auriculoventricular
§ Discordancia de la conexión ventriculoarterial
§ Divertículo congénito del ventrículo izquierdo
§ Enfermedad congénita del corazón
§ Estenosis aórtica congénita
§ Estenosis aórtica supravalvular
§ Estenosis congénita de la válvula aórtica
§ Estenosis congénita de la válvula pulmonar
§ Estenosis congénita de la válvula tricúspide
§ Estenosis congénita de la vena cava
§ Estenosis congénita de la vena cava (inferior) (superior)
§ Estenosis de la aorta
§ Estenosis de la arteria pulmonar
§ Estenosis del infundíbulo pulmonar
§ Estenosis mitral congénita
§ Estenosis subaórtica congénita
§ Hipoplasia de la aorta
§ Hipoplasia de la arteria pulmonar
§ Insuficiencia aórtica congénita
§ Insuficiencia congénita de la válvula aórtica
§ Insuficiencia congénita de la válvula pulmonar

§ Insuficiencia mitral congénita
§ Malformación congénita de la válvula pulmonar
§ Malformación congénita de la válvula tricúspide, no especificada
§ Malformación congénita de las cámaras cardíacas y de sus conexiones
§ Malformación congénita de las grandes arterias, no especificada
§ Malformación congénita de las grandes venas, no especificada
§ Malformación congénita de las válvulas aórtica y mitral, no especificada
§ Malformación congénita del corazón, no especificada
§ Malformación congénita del miocardio
§ Malformación congénita del pericardio
§ Malformación congénita del tabique cardíaco, no especificada
§ Malformación de los vasos coronarios
§ Ostium secundum (tipo II) abierto o persistente
§ Otra malformación congénita de las cámaras cardíacas y de sus conexiones
§ Otra malformación 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

a. Acceso:
Todo Beneficiario menor de 15 años

§ Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
§ Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones.
§ 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:

0 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.

0 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:

Nº	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	Estudio Hemodinámico	cada vez	589.820	20%	117.960
			Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Pre Natal	cada vez	107.350	20%	21.470
			Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Post Natal	cada vez	97.650	20%	19.530
		Tratamiento	Cirugía CEC mayor	cada vez	5.724.330	20%	1.144.870
			Cirugía CEC mediana	cada vez	3.758.840	20%	751.770
			Cirugía CEC menor	cada vez	2.515.840	20%	503.170
			Valvuloplastía	cada vez	1.426.870	20%	285.370
			Angioplastía	cada vez	1.896.900	20%	379.380
			Examenes electrofisiológicos	cada vez	1.064.810	20%	212.960
			Cierre Percutaneo del Ductus Arterioso Persistente	cada vez	1.152.070	20%	230.410
			Cierre de Ductus por cirugía	cada vez	923.550	20%	184.710
			Otras cirugías cardíacas sin CEC	cada vez	1.006.700	20%	201.340
			Cierre Percutaneo de Defectos Septales Intracardiacos con Dispositivo	cada vez	5.525.580	20%	1.105.120
			Implantación de Marcapaso Unicameral VVI	cada vez	1.641.920	20%	328.380
			Implantación de Marcapaso Bicameral DDD	cada vez	2.121.860	20%	424.370
			Recambio Marcapaso	cada vez	1.779.410	20%	355.880
			Evaluación Post Quirúrgica Cardiopatía Congénita Operables	por evaluación completa	108.190	20%	21.640

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:
Toda mujer beneficiaria:

§ 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 mujeres de 25 y menor de 65 años dentro de 30 días desde la indicación

0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica dentro de 40 días desde la sospecha.
§ Etapificación: Dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.

0 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.

0 Seguimiento
§ Primer control dentro de 90 días desde indicación médica.

.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
3.-	CÁNCER CERVICOUTERINO	Diagnóstico	Screening Cáncer Cervicouterino	cada vez	7.190	20%	1.440
			Sospecha Cáncer Cervicouterino	cada vez	2.050	20%	410
			Confirmación Cáncer Cervicouterino Pre Invasor	cada vez	133.190	20%	26.640
			Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor	cada vez	146.570	20%	29.310
			Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor	cada vez	213.660	20%	42.730
		Tratamiento	Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE I	cada vez	53.570	20%	10.710
			Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor: NIE II y NIE III o CIS	cada vez	239.970	20%	47.990
			Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor	cada vez	1.243.630	20%	248.730
			Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	por tratamiento completo	884.220	20%	176.840
			Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor	por tratamiento completo	740.060	20%	148.010
			Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)	por ciclo	70.400	20%	14.080
			Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor (incluye hospitalización)	por ciclo	130.160	20%	26.030
			Atención integral para mujeres con cáncer	por tratamiento completo	66.190	20%	13.240
		Seguimiento	Seguimiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor	mensual	11.100	20%	2.220
			Seguimiento Cáncer Cervicouterino Invasor	mensual	16.110	20%	3.220

4. ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO

Definición: Consisten en la asistencia integral y activa al paciente y a su entorno, por un equipo multiprofesional, cuando no hay posibilidad de curación del cáncer y en que el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida, sino en asegurar la máxima calidad de vida posible tanto al paciente como a su familia.

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

§ Todo cáncer avanzado o terminal.

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:

Nº	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	85.770	20%	17.150

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 ateroesclerótica, 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) inferoposterior
§ 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 inferoposterior
§ 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 angioplastía coronaria percutánea, tendrá acceso a prevención secundaria.

b. Oportunidad:
0 Diagnóstico
Con sospecha:

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

0 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
- Angioplastía 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	Diagnóstico	Sospecha Infarto Agudo del Miocardio	cada vez	7.130	20%	1.430
		Diagnóstico y Tratamiento	Confirmación y Tratamiento Infarto Agudo del Miocardio Urgencia sin Trombolisis	cada vez	27.870	20%	5.570
			Confirmación y Tratamiento Infarto Agudo del Miocardio Urgencia con Trombolisis	cada vez	380.680	20%	76.140
			Tratamiento Médico del Infarto Agudo del Miocardio	cada vez	296.820	20%	59.360
		Seguimiento	Prevención Secundaria del Infarto Agudo del Miocardio	mensual	7.240	20%	1.450

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 insulinodependiente
§ Diabetes mellitus con propensión a la cetosis
§ Diabetes mellitus insulinodependiente con acidosis diabética sin mención de coma
§ Diabetes mellitus insulinodependiente con cetoacidosis
§ Diabetes mellitus insulinodependiente con cetoacidosis diabética sin mención de coma
§ Diabetes mellitus insulinodependiente con coma
§ Diabetes mellitus insulinodependiente con coma diabético con o sin cetoacidosis
§ Diabetes mellitus insulinodependiente con coma diabético hiperosmolar
§ Diabetes mellitus insulinodependiente con coma diabético hipoglicémico
§ Diabetes mellitus insulinodependiente con coma hiperglicémico
§ Diabetes mellitus insulinodependiente 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 hiperglicéimico
§ 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:
0 Diagnóstico

§ Con sospecha por exámenes alterados: Consulta con especialistas en 7 días.
§ Con sospecha de descompensación: Glicemia dentro de 30 minutos desde atención médica en Servicio de Urgencia.

0 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	17.790	20%	3.560
		Tratamiento	Evaluación Inicial: Pacientes sin Cetoacidosis DM tipo 1	cada vez	188.530	20%	37.710
			Evaluación Inicial: Pacientes con Cetoacidosis DM tipo 1	cada vez	292.480	20%	58.500
			Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	mensual	44.250	20%	8.850
			Tratamiento a partir del 2° año Pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	mensual	38.190	20%	7.640
			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 1	por tratamiento completo	185.000	20%	37.000
			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 1	por tratamiento completo	321.190	20%	64.240

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 insulinodependiente sin cetoacidosis
§ Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación
§ Diabetes no insulinodependiente juvenil sin mención de complicación
§ Diabetes, comienzo en la edad adulta (obeso) (no obeso)
§ Diabetes gestacional
§ Diabetes post pancreatectomía
§ 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:
0 Diagnóstico
§ Dentro de 45 días desde primera consulta con glicemia elevada.

0 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	6.610	20%	1.320
			Evaluación Inicial Paciente con DM tipo 2	cada vez	26.700	20%	5.340
		Tratamiento	Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2	mensual	4.230	20%	850
			Tratamiento a partir del 2° año Pacientes con DM tipo 2	mensual	5.360	20%	1.070
			Control Paciente DM tipo 2 Nivel Especialidad	mensual	20.580	20%	4.120
			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 2	por tratamiento completo	185.000	20%	37.000
			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 2	por tratamiento completo	321.190	20%	64.240
			Ayudas Tecnicas - Pie Diabético	cada vez	14.310	20%	2.860

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:
0 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.

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

0 Seguimiento
§ Primer control dentro de 90 días desde indicación Médica

.

c. Protección Financiera:

Nº	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 MAS	Diagnóstico	Confirmación Cáncer de Mama Nivel Especialidad	cada vez	307.750	20%	61.550
			Etapificación Cáncer de Mama	cada vez	148.230	20%	29.650
		Tratamiento	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama sin reconstrucción mamaria inmediata	cada vez	905.480	20%	181.100
			Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata)	cada vez	2.143.260	20%	428.650
			Radioterapia Cáncer de Mama	por tratamiento completo	846.920	20%	169.380
			Radioterapia Paliativa Cáncer de Mama	por tratamiento completo	470.660	20%	94.130
			Controles y Exámenes asociados a Quimioterapia Cáncer de Mama	por esquema completo de quimioterapia	994.070	20%	198.810
			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II	por ciclo	155.800	20%	31.160
			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III	por ciclo	118.000	20%	23.600
			Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV	por ciclo	243.710	20%	48.740
			Quimioterapia Cáncer Mama etapa IV metástasis óseas	mensual	89.450	20%	17.890
			Hormonoterapia para Cáncer de Mama	mensual	69.330	20%	13.870
			Atención integral para mujeres con cáncer de mama	por tratamiento completo	66.790	20%	13.360
		Seguimiento	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática	mensual	5.930	20%	1.190
			Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática	mensual	21.870	20%	4.370

9. DISRAFIAS 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 (abierta) (quística)
§ Espina bífida cervical con hidrocefalia
§ Espina bífida cervical sin hidrocefalia
§ Espina bífida con hidrocefalia
§ Espina bífida dorsal
§ Espina bífida dorsal con hidrocefalia
§ Espina bífida lumbar con hidrocefalia
§ Espina bífida lumbar sin hidrocefalia
§ Espina bífida lumbosacra
§ Espina bífida lumbosacra con hidrocefalia
§ Espina bífida oculta
§ Espina bífida sacra con hidrocefalia
§ Espina bífida sacra sin hidrocefalia
§ Espina bífida torácica con hidrocefalia
§ Espina bífida torácica sin hidrocefalia
§ Espina bífida toracolumbar
§ Espina bífida toracolumbar con hidrocefalia
§ Espina bífida, no especificada
§ Hidroencefalocele
§ Hidromeningocele (raquídeo)
§ Hidromeningocele craneano

§ Meningocele (raquídeo)
§ Meningocele cerebral
§ Meningoencefalocele
§ Meningomielocele
§ Mielocele
§ Mielomeningocele
§ Raquisquisis
§ Siringomielocele
§ Diastematomiela
§ 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:
0 Diagnóstico
Disrafia Abierta:
§ Dentro de las primeras 12 horas desde el nacimiento.
Disrafia Cerrada:
§ Consulta con Neurocirujano: Dentro de 90 días desde la sospecha.

0 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.

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

.

c. Protección Financiera:

Nº	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	86.740	20%	17.350
			Confirmación Disrafia Espinal Cerrada	cada vez	222.030	20%	44.410
		Tratamiento	Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta	cada vez	3.057.650	20%	611.530
			Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada	cada vez	1.359.890	20%	271.980
			Evaluación post Quirúrgica Disrafia Espinal Abierta	por evaluación completa	98.430	20%	19.690
			Evaluación post Quirúrgica Disrafia Espinal Cerrada	por evaluación completa	131.740	20%	26.350
			Recambio Valvular Espina Bifida Abierta	cada vez	1.015.050	20%	203.010
		Seguimiento	Rehabilitacion 1 er y 2° Año Paciente con Espina Bifida Abierta	mensual	46.590	20%	9.320

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
§ Cifoescoliosis
§ 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:
0 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 MENORES DE 25 AÑOS	Tratamiento	Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Idiopática	cada vez	7.406.630	20%	1.481.330
			Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Neuromuscular	cada vez	12.575.900	20%	2.515.180
			Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis Mielomeningocele	cada vez	10.547.900	20%	2.109.580
			Evaluación post Quirúrgica Escoliosis	por evaluación	78.690	20%	15.740

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:
0 Diagnóstico
§ Dentro de 180 días desde la sospecha. Incluye ambos ojos.

0 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	Diagnóstico	Confirmación Cataratas	cada vez	58.990	20%	11.800
		Tratamiento	Intervención Quirúrgica Integral Cataratas	cada vez	717.130	20%	143.430

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:
0 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

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
12.-	ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA	Tratamiento	Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total	cada vez	4.128.490	20%	825.700
			Recambio de Prótesis de Cadera	cada vez	9.650.110	20%	1.930.020
			Control y Kinesioterapia post Quirúrgica	por tratamiento completo	69.160	20%	13.830

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 Crouzon
§ 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:
0 Diagnóstico
§ Dentro de 15 días desde la sospecha.
0 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

Nº	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	8.600	20%	1.720
		Tratamiento	Ortopedia Prequirúrgica	cada vez	142.440	20%	28.490
			Cirugía Primaria: 1° Intervención	cada vez	739.830	20%	147.970
			Cirugía Primaria: 2° Intervención	cada vez	287.540	20%	57.510
			Cirugía Secundaria	cada vez	1.122.800	20%	224.560
		Seguimiento	Rehabilitación Fisura Labiopalatina 1° año	anual	92.460	20%	18.490
			Rehabilitación Fisura Labiopalatina 2° año	anual	106.030	20%	21.210
			Rehabilitación Fisura Labiopalatina Preescolar (3° año al 6° año)	anual	186.190	20%	37.240
			Rehabilitación Fisura Labiopalatina Escolar (7° año al 10° año)	anual	192.910	20%	38.580
			Rehabilitación Fisura Labiopalatina Escolar año 11	anual	192.310	20%	38.460

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.

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

de 37 días desde sospecha.

0 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.

0 Seguimiento
Primer control una vez finalizado el tratamiento, dentro de:
§ 7 días en Leucemia
§ 30 días en Linfomas y Tumores sólidos

.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
14.-	CÁNCER EN MENORES DE 15 AÑOS	Diagnóstico	Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años	cada vez	1.223.230	20%	244.650
		Tratamiento	Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años	mensual	541.410	20%	108.280
			Trasplante de Médula Autólogo	cada vez	24.316.140	20%	4.863.230
			Trasplante de Médula Alógeno	cada vez	49.179.890	20%	9.835.980
			Tratamiento Cáncer menores de 15 años	cada vez	3.725.930	20%	745.190
			Tratamiento Radioterapia Cáncer en menores de 15 años	por tratamiento completo	870.640	20%	174.130
			Tratamiento Radioyodo	por tratamiento completo	178.490	20%	35.700
		Seguimiento	Seguimiento Cáncer en menores de 15 años	mensual	26.460	20%	5.290

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 catatonia 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 1º 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:
0 Diagnóstico
§ Atención por especialista dentro de 20 días desde derivación.

0 Tratamiento
§ Inicio desde indicación del especialista.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
15.-	ESQUIZOFRENIA	Diagnóstico	Evaluación inicial de primer episodio Esquizofrenia	cada vez	85.470	20%	17.090
			Evaluación en sospecha de primer episodio Esquizofrenia	mensual	39.840	20%	7.970
		Tratamiento	Tratamiento Esquizofrenia Primer Año	mensual	67.680	20%	13.540
			Tratamiento Esquizofrenia a partir del Segundo Año	mensual	57.070	20%	11.410

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:
0 Diagnóstico
§ Dentro de 30 días desde sospecha
§ Etapificación dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica

0 Tratamiento
§ Quirúrgico: Dentro de 15 días desde la

indicación
§ Tratamientos adyuvantes: Dentro de 30 días desde la indicación médica

0 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	53.870	20%	10.770
			Etapificación Cáncer Testículo	cada vez	236.090	20%	47.220
		Tratamiento	Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento Ganglionar (LALA) Post Quimioterapia	cada vez	1.533.000	20%	306.600
			Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo: Orquidectomía	cada vez	509.720	20%	101.940
			Intervención Quirúrgica de Testículo: Vaciamiento ganglionar (LALA)	cada vez	996.430	20%	199.290
			Intervención Quirúrgica de Testículo: Mediastínico - Retroperitoneal	cada vez	1.003.960	20%	200.790
			Tratamiento Radioterapia Cáncer Testículo	por tratamiento completo	519.270	20%	103.850
			Quimioterapia Cáncer Testículo	por ciclo	232.380	20%	46.480
			Quimioterapia Protocolo Seminoma E1	por ciclo	85.740	20%	17.150
			Terapia de Reemplazo Hormonal	mensual	16.640	20%	3.330
			Banco de espermios	anual	327.710	20%	65.540
			Hospitalización asociada a Quimioterapia Cáncer Testículo	por esquema completo de quimioterapia	1.814.030	20%	362.810
		Seguimiento	Seguimiento Cáncer Testículo	mensual	26.890	20%	5.380

17. LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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

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

§ 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 plasmablástico
§ 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:
0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica dentro de 35 días desde sospecha
§ Etapificación dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica

0 Tratamiento
§ Quimioterapia: Dentro de 10 días desde confirmación diagnóstica.
§ Radioterapia: Dentro de 25 días desde indicación

médica.

0 Seguimiento
§ Primer control dentro de 30 días de finalizado el tratamiento.

c. Protección Financiera:

Nº	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	337.430	20%	67.490
			Etapificación Linfoma en personas de 15 años y más	cada vez	976.390	20%	195.280
		Tratamiento	Controles y Exámenes asociados a Quimioterapia Linfoma	por esquema completo de quimioterapia	1.072.890	20%	214.580
			Tratamiento Radioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	por tratamiento completo	594.490	20%	118.900
			Quimioterapia Linfoma en personas de 15 años y más	por ciclo	738.780	20%	147.760
			Quimioterapia Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - ICE	por ciclo	549.870	20%	109.970
		Seguimiento	Seguimiento Linfoma en personas de 15 años y más	mensual	19.890	20%	3.980

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:
0 Diagnóstico:
§ Dentro de 60 días desde la sospecha

0 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.

0 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 antiretroviral desde indicación médica (inmediato)
§ Suspensión de lactancia en puérperas: Dentro de 24 horas del nacimiento (inmediato)

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
18.-	SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA	Diagnóstico	Sospecha infección por VIH	cada vez	5.070	20%	1.010
		Tratamiento	Antiretrovirales Esquemas Primera Línea personas de 18 años y más	mensual	148.070	20%	29.610
			Antiretrovirales Esquemas Rescate personas de 18 años y más	mensual	281.000	20%	56.200
			TARV Prevención Transmisión Vertical	por tratamiento completo	1.061.100	20%	212.220
			Antiretrovirales personas menores de 18 años	mensual	243.560	20%	48.710
			Exámenes de Determinación Carga Viral	cada vez	26.810	20%	5.360
			Exámenes Linfocitos T y CD4	cada vez	36.610	20%	7.320
			Exámenes Genotipificación	cada vez	268.400	20%	53.680
		Seguimiento	Seguimiento recién nacidos y niños expuestos al VIH (hijos de madres VIH (+))	por seguimiento completo	69.550	20%	13.910
			Seguimiento personas VIH adultos (+) sin tratamiento antiretroviral	mensual	5.920	20%	1.180
			Seguimiento personas VIH adultos (+) con tratamiento antiretroviral	mensual	5.460	20%	1.090
			Seguimiento personas VIH menores de 18 años (+) con tratamiento antiretroviral	mensual	10.370	20%	2.070

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:
0 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:

Nº	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	8.720	20%	1.740

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)
§ Pleuroneumonia (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:
0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica: Dentro de 48 horas desde
la sospecha.

0 Tratamiento
§ Inicio de tratamiento farmacológico desde sospecha.
§ Inicio de tratamiento kinesiológico dentro de las

24 horas, desde indicación médica
.

c. Protección Financiera:

Nº	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	18.990	20%	3.800
		Tratamiento	Tratamiento Neumonía	cada vez	14.550	20%	2.910

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:
0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica: Dentro de 45 días desde Sospecha

0 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:

Nº	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	7.580	20%	1.520
		Tratamiento	Monitoreo Continuo de Presión Arterial	cada vez	21.470	20%	4.290
			Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario	mensual	2.750	20%	550

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:
0 Diagnóstico
§ Evaluación por especialista dentro de 60 días desde la derivación

0 Tratamiento
§ Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
22.-	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS	Tratamiento	Evaluación Inicial Epilepsia en Nivel Secundario	mensual	17.980	20%	3.600
			Tratamiento Integral año 1 Nivel Primario Epilepsia No Refractaria	mensual	11.430	20%	2.290
			Tratamiento Integral a contar del 2º año Nivel Primario Epilepsia No Refractaria	mensual	8.110	20%	1.620
			Tratamiento Año 1 Nivel Especialidad Epilepsia no Refractaria	mensual	2.760	20%	550
			Tratamiento a contar del 2º año Nivel Especialidad Epilepsia no Refractaria	mensual	2.980	20%	600

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 erupcionados los 4 primeros molares definitivos, los que deben haber sido evaluados según criterio de riesgo y/o presencia de daño, recibiendo el tratamiento acorde al diagnóstico realizado.

b. Oportunidad:
0 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 DE 6 AÑOS	Tratamiento	Diagnóstico y tratamiento preventivo Salud Oral	por tratamiento completo	32.160	20%	6.430
			Tratamiento Salud Oral 6 años	por tratamiento completo	27.990	20%	5.600

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 acceso a confirmación

diagnóstica
§ Con confirmación tendrá acceso a tratamiento y control posterior

b. Oportunidad:
0 Diagnóstico:
§ Embarazadas con síntomas de Parto Prematuro: Evaluación por médico dentro de 6 horas desde la derivación.

0 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

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
24.-	PREVENCION PARTO PREMATURO	Diagnóstico	Confirmación Síntomas Parto Prematuro	cada vez	61.870	20%	12.370
		Tratamiento	Tratamiento Síntomas Parto Prematuro	cada vez	216.490	20%	43.300
			Control de embarazadas con Factores de Riesgo y/o Síntomas de Parto Prematuro	cada vez	16.540	20%	3.310

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

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

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

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

§ Bloqueo Av 2º Grado: Tipos Mobitz I y II
§ Bloqueo Auriculoventricular Tercer Grado (Completo)
§ Bloqueo Bifascicular y Bloqueo Trifascicular
§ 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:
0 Diagnóstico
§ Dentro de 30 días desde sospecha.

0 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:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
25.-	TRASTORNOS DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO	Diagnóstico	Confirmación Trastorno de Conducción	cada vez	92.660	20%	18.530
			Estudios Electrofisiológicos	cada vez	1.106.480	20%	221.300
		Tratamiento	Implantación Marcapasos Unicameral VVI	cada vez	1.039.460	20%	207.890
			Recambio Marcapaso Unicameral VVI	cada vez	561.180	20%	112.240
			Implantación Marcapasos Bicameral DDD	cada vez	1.193.280	20%	238.660
			Recambio Marcapaso Bicameral DDD	cada vez	834.260	20%	166.850
		Seguimiento	Seguimiento Trastorno de Conducción 1° año	mensual	4.540	20%	910
			Seguimiento Transtorno de Conducción a contar del Segundo Año	mensual	2.040	20%	410

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
§ Coledocolitiasis 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

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:
0 Diagnóstico
§ Confirmación: Dentro de 30 días desde la sospecha.

0 Tratamiento
§ Intervención Quirúrgica: Dentro de 90 días desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
26.-	COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS	Diagnóstico	Confirmación Colelitiasis	cada vez	26.200	20%	5.240
		Tratamiento	Colecistectomía vía laparoscópica	cada vez	593.100	20%	118.620
			Colecistectomía abierta	cada vez	679.440	20%	135.890

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:

0 Diagnóstico

§ Evaluación por especialista: Dentro de 30 días desde la sospecha

§ Confirmación Diagnóstica (incluye etapificación): Dentro de 30 días desde solicitud por especialista.

0 Tratamiento:

§ Intervención Quirúrgica: 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 $
		Diagnóstico	Sospecha Cáncer Gástrico personas mayores de 40 años y más Nivel Especialidad	cada vez	8.210	20%	1.640
			Confirmación Cáncer Gástrico Nivel Especialidad	cada vez	105.680	20%	21.140
			Etapificación Cáncer Gástrico personas mayores de 40 años y más Nivel Especialidad	cada vez	161.340	20%	32.270
N°	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
27.-	CÁNCER GÁSTRICO	Tratamiento	Intervención Quirúrgica Resección Endoscópica Cáncer Gástrico Incipiente	cada vez	780.380	20%	156.076
			Intervención Quirúrgica Gastrectomía Cáncer Gástrico Incipiente por Laparoscopía	cada vez	2.424.120	20%	484.824
			Intervención Quirurgica Gastrectomia Cáncer Gástrico Incipiente por Laparotomía	cada vez	1.553.770	20%	310.754
			Intervención Quirurgica Cáncer Gástrico Avanzado	cada vez	2.404.840	20%	480.968
			Evaluación post quirúrgica Cáncer Gástrico	por evaluación completa	49.720	20%	9.940

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:
0 Etapificación:
§ Dentro de 60 días desde confirmación diagnóstica.

0 Tratamiento:
§ Dentro de 60 días desde la etapificación

0 Seguimiento
§ Primer control dentro de 45 días desde indicación Médica

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
28.-	CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Etapificación Cáncer de Próstata	cada vez	94.210	20%	18.840
			Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Próstata	cada vez	1.742.610	20%	348.520
			Intervención Quirúrgica Orquidectomía	cada vez	386.210	20%	77.240
			Tratamiento Radioterapia Cáncer de Próstata	por tratamiento completo	555.920	20%	111.180
			Hormonoterapia	por tratamiento trimestral	101.340	20%	20.270
			Hospitalización asociada a Quimioterapia Cáncer de Próstata	por esquema completo de quimioterapia	952.910	20%	190.580
		Seguimiento	Seguimiento Cáncer de Próstata	mensual	22.970	20%	4.590

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:
0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica: Dentro de 180 días desde

la sospecha.

0 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	8.210	20%	1.640
		Tratamiento	Tratamiento Presbicia pura (entrega de lentes)	cada vez	4.170	20%	830
			Tratamiento Vicio Refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)	cada vez	24.370	20%	4.870

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:
0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica: Dentro de 90 días desde
sospecha.

0 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 MENORES DE 9 AÑOS	Diagnóstico	Confirmación Estrabismo en menores de 9 años	cada vez	52.940	20%	10.590
		Tratamiento	Tratamiento Quirurgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años	cada vez	289.630	20%	57.930
			Tratamiento Medico Estrabismo menores de 9 años	cada vez	88.850	20%	17.770

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 o 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 insulinodependiente con retinopatía diabética
§ Diabetes mellitus no insulinodependiente 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:
0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica: Dentro de 90 días desde sospecha.

0 Tratamiento:
§ Tratamiento: Fotocoagulación o vitrectomía según indicación médica, dentro de 60 días desde confirmación.

.

c. Protección Financiera:

Nº	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	13.090	20%	2.620
		Tratamiento	Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética	cada vez	233.800	20%	46.760
			Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética	cada vez	1.486.400	20%	297.280

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
§ Retinosquisis 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:
0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica: Dentro de 5 días desde Sospecha

0 Tratamiento:
§ Vitrectomía o cirugía convencional, según indicación médica: Dentro de 7 días desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

Nº	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	8.210	20%	1.640
		Tratamiento	Tratamiento Vitrectomía Desprendimiento de Retina	cada vez	1.672.740	20%	334.550
			Cirugía Desprendimiento Retina	cada vez	232.250	20%	46.450

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:
0 Diagnóstico
§ Dentro de 15 días desde sospecha.

0 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	81.940	20%	16.390
		Tratamiento	Profilaxis en menores de 15 años	mensual	1.643.880	20%	328.780
			Tratamiento de Eventos Graves para personas de 15 años y más	cada vez	10.091.220	20%	2.018.240
			Tratamiento de Eventos Graves para personas menores de 15 años	cada vez	5.711.720	20%	1.142.340
			Tratamiento de Eventos No Graves para personas de 15 años y más	mensual	938.630	20%	187.730
			Tratamiento de Eventos No Graves para personas menores de 15 años	mensual	337.290	20%	67.460
			Exámenes anuales de Control Hematológico para todo Paciente Hemofílico	anual	19.640	20%	3.930
			Exámenes anuales de control Microbiológico e Imagenológico para todo Paciente Hemofílico	anual	59.220	20%	11.840
			Tratamiento Artropatía Hemofílica Dolorosa	cada vez	147.520	20%	29.500

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:
0 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:

Nº	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	5.270	20%	1.050
			Tratamiento Depresión Moderada	mensual	8.100	20%	1.620
			Tratamiento Depresión Grave Año 1	mensual	7.410	20%	1.480
			Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 1	mensual	23.100	20%	4.620
			Tratamiento Depresión Grave y Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 2	mensual	5.430	20%	1.090

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.

0 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 HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA	Tratamiento	Tratamiento Farmacológico Hiperplasia Próstata	mensual	21.280	20%	4.260
			Tratamiento Quirúrgico Hiperplasia Próstata	cada vez	780.050	20%	156.010
			Evaluación Post Quirúrgica Hiperplasia Próstata	por evaluación completa	17.240	20%	3.450

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 Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo, tendrá acceso a órtesis correspondiente y sesiones de kinesiología según indicación médica.

b. Oportunidad:

0 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	3.020	20%	600
			Ortesis (bastón)	cada vez	15.140	20%	3.030
			Ortesis (silla de ruedas)	cada vez	307.830	20%	61.570
			Ortesis (andador)	cada vez	43.110	20%	8.620
			Ortesis (andador de paseo)	cada vez	112.330	20%	22.470
			Ortesis (cojín antiescara)	cada vez	41.190	20%	8.240
			Ortesis (colchón antiescara)	cada vez	182.680	20%	36.540

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 resolutiva.
§ Con tratamiento, tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.

b. Oportunidad:
0 Diagnóstico:
§ Confirmación diagnóstica: Dentro de 72 horas desde la sospecha.

0 Tratamiento:
§ Inicio dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
§ Hospitalización, según indicación médica, en prestador con capacidad resolutiva: Dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.

0 Seguimiento
§ Atención con especialista: Dentro de 10 días desde alta hospitalaria.
§ Rehabilitación: Dentro de 10 días desde la indicación médica

.

c. Protección Financiera:

Nº	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	73.440	20%	14.690
		Tratamiento	Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico	cada vez	844.120	20%	168.820
		Seguimiento	Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico	mensual	14.930	20%	2.990

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:
0 Diagnóstico:
§ Confirmación diagnóstica: Dentro de 30 días desde la sospecha.

0 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:

Nº	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	25.420	20%	5.080
		Tratamiento	Tratamiento EPOC bajo riesgo	mensual	3.660	20%	730
			Tratamiento EPOC alto riesgo	mensual	19.840	20%	3.970
			Tratamiento EPOC exacerbaciones	cada vez	15.440	20%	3.090

39. ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE EN 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:
0 Diagnóstico:
§ Confirmación diagnóstica dentro de 20 días desde la sospecha.

0 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:

Nº	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	cada vez	25.160	20%	5.030
		Tratamiento	Tratamiento asma moderado estable Atención Primaria en menores de 15 años	mensual	8.040	20%	1.610
			Tratamiento asma moderado y grave estable Nivel Especialidad en menores de 15 años	mensual	18.500	20%	3.700
			Tratamiento Exacerbaciones Atención Primaria en menores de 15 años	cada vez	13.040	20%	2.610
			Tratamiento Exacerbaciones Nivel Especialidad en menores de 15 años	cada vez	13.190	20%	2.640

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
§ Bronconeumonia connatal
§ Bronconeumonia 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:
0 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:

Nº	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	4.907.210	20%	981.440
			Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento	por tratamiento completo	3.426.520	20%	685.300
			Hernia Diafragmática: Tratamiento especializado con Óxido Nitrico	por tratamiento completo	4.460.030	20%	892.010
			Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento	por tratamiento completo	3.540.020	20%	708.000
			Hipertensión Pulmonar Persistente, Aspiración de Meconio y Bronconeumonia: Tratamiento Especializado con Óxido Nitrico	por tratamiento completo	4.082.250	20%	816.450
			Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento	por tratamiento completo	2.031.950	20%	406.390
			Bronconeumonia: Confirmación y Tratamiento	por tratamiento completo	1.267.500	20%	253.500

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:
0 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 MAS CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA	Tratamiento	Tratamiento Artrosis Nivel Especialidad	cada vez	61.710	20%	12.340
			Tratamiento Artrosis Nivel Primario	mensual	3.070	20%	610

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:
0 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.

0 Tratamiento:
§ Dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica de aneurisma roto, según indicación médica en establecimiento con capacidad resolutiva.

0 Seguimiento:
§ Primer control con especialista dentro de 30 días

desde el alta, según indicación médica.

.

c. Protección Financiera:

Nº	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	700.950	20%	140.190
		Tratamiento	Tratamiento Quirúrgico Ruptura Aneurisma Cerebral	cada vez	4.543.420	20%	908.680
			Tratamiento Vía Vascular Coil de Ruptura Aneurisma Cerebral	cada vez	13.212.760	20%	2.642.550
			Tratamiento de Complicaciones: Drenaje Ventricular	cada vez	567.830	20%	113.570
		Seguimiento	Seguimiento Ruptura Aneurisma Cerebral	por seguimiento completo	402.690	20%	80.540

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
§ Tumor benigno de la hipófisis
§ Hemangioblastoma

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:
0 Diagnóstico:
§ Confirmación Diagnóstica: Dentro de 25 días desde la sospecha.

0 Tratamiento:
§ Dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

0 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 Sistema Nervioso Central	cada vez	1.583.940	20%	316.790
		Tratamiento	Tratamiento Medicamentoso indefinido Tumores Hipofisiarios no funcionantes	mensual	54.270	20%	10.850
			Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento Prolactinomas	mensual	73.610	20%	14.720
			Tratamiento Quirúrgico Tumores Sistema Nervioso Central	cada vez	3.125.420	20%	625.080
			Tratamiento Radioterapia Tumores Sistema Nervioso Central	por tratamiento completo	871.140	20%	174.230
			Tratamiento Acromegalia	mensual	895.740	20%	179.150
			Tratamiento Diabetes Insípida	mensual	144.810	20%	28.960
			Tratamiento Enfermedad de Cushing	mensual	140.160	20%	28.030

44. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR

Definición: Corresponde a la salida del material gelatinoso central (núcleo pulposo) 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 Pulposo 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:
0 Tratamiento
§ Dentro de 45 días desde la confirmación de indicación quirúrgica, según criterios de inclusión.

0 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 DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR	Tratamiento	Tratamiento Quirúrgico Hernia Nucleo Pulposo	cada vez	871.730	20%	174.350
		Seguimiento	Seguimiento Hernia Nucleo Pulposo	por seguimiento completo	65.650	20%	13.130

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
§ Mielofibrosis (con metaplasma mieloide)
§ 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

0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica y estudio completo dentro de 21 días desde la sospecha

0 Tratamiento
§ Inicio de Quimioterapia: Dentro de 72 horas desde indicación médica.

0 Seguimiento
§ Primer control dentro de 14 días, desde indicación Médica

II.- LEUCEMIA CRÓNICA

0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica y estudio completo dentro de 60 días desde la sospecha.

0 Tratamiento
§ Inicio de Quimioterapia: Dentro de 10 días desde indicación médica.

0 Seguimiento
§ Primer control dentro de 30 días, desde indicación médica.

.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
45.-	LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	Diagnóstico	Confirmación Leucemia Aguda	cada vez	587.490	20%	117.500
			Estudio Leucemia Aguda	cada vez	1.598.670	20%	319.730
			Confirmación Leucemia Mieloide Crónica y Linfática Crónica	cada vez	117.880	20%	23.580
			Estudio Leucemia Crónica	cada vez	635.090	20%	127.020
		Tratamiento	Tratamiento Leucemia Aguda por quimioterapia	por tratamiento completo	7.261.120	20%	1.452.220
			Tratamiento Leucemia Crónica por quimioterapia	por tratamiento completo	388.280	20%	77.660
			Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica eosinofilica y recombinación del gen FIP1L1-PDGFRA	mensual	389.610	20%	77.920
			Quimioterapia Leucemia Linfatica Crónica	mensual	305.030	20%	61.010
			Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento Hidroxicarbamida	mensual	32.770	20%	6.550
			Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento inhibidor tirosin kinasa	mensual	2.038.590	20%	407.720
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Linfoblástica	mensual	165.900	20%	33.180
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemias Linfoblásticas	mensual	845.330	20%	169.070
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	mensual	562.650	20%	112.530
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	por ciclo	477.870	20%	95.570
			Quimioterapia Leucemia Aguda: Leucemia Promielocitica Aguda	mensual	221.580	20%	44.320
		Seguimiento	Seguimiento Leucemia Aguda	mensual	9.320	20%	1.860
			Seguimiento Leucemia Mieloide Crónica	mensual	16.090	20%	3.220
			Seguimiento Leucemia Linfática Crónica	mensual	3.960	20%	790

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-faringeos 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:

0 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.-	URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA	Tratamiento	Absceso Submucoso o Subperióstico de Origen Odontológico	cada vez	12.620	20%	2.520
			Absceso de Espacios Anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial: Nivel Primario	cada vez	4.290	20%	860
			Flegmón Oro Cérvico Facial de Origen Odontogénico: Nivel Primario	cada vez	4.290	20%	860
			Gingivitis Úlcero Necrótica Aguda (GUNA) con Compromiso del Estado General	cada vez	11.470	20%	2.290
			Complicaciones Post Exodoncia	cada vez	8.250	20%	1.650
			Traumatismos Dento Alveolares	cada vez	21.850	20%	4.370
			Pericoronaritis	cada vez	13.030	20%	2.610
			Pulpitis	cada vez	9.070	20%	1.810

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 han completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo.

b. Oportunidad:
0 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	276.340	20%	55.270

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 toráxico contuso complicado
§ Traumatismo toráxico penetrante complicado
§ Traumatismo abdominal contuso complicado
§ Traumatismo abdominal penetrante complicado
§ Traumatismo pelviano contuso complicado
§ Traumatismo pelviano penetrante complicado
§ Cualquier politraumatizado con compromiso raquimedular
§ 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:
0 Tratamiento:
§ Acceso a prestador con capacidad resolutiva -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	6.517.860	20%	1.303.570
			Tratamiento Politraumatizado con Lesión Medular	por tratamiento completo	12.702.060	20%	2.540.410

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 glosofaríngeo (XI par)
§ Traumatismo del nervio hipogloso (XII par)
§ Traumatismo del nervio glosofaríngeo [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:
0 Diagnóstico:
§ Dentro de 12 horas desde la sospecha

0 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 CRANEO ENCEFALICO MODERADO O GRAVE	Diagnóstico	Confirmación TEC Moderado y Grave	cada vez	97.360	20%	19.470
		Tratamiento	Tratamiento TEC Moderado y Grave	por tratamiento completo	2.470.890	20%	494.180

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
- Ulcera 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:
0 Diagnóstico
§ Dentro de 12 horas desde la sospecha

0 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	53.040	20%	10.610
		Tratamiento	Tratamiento Médico Trauma Ocular Grave	cada vez	301.800	20%	60.360
			Tratamiento Quirúrgico Trauma Ocular Grave	cada vez	976.040	20%	195.210
		Seguimiento	Seguimiento Traumatismo Ocular Grave	cada vez	10.670	20%	2.130

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:
0 Tratamiento.
§ Inicio inmediato desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
51.-	FIBROSIS QUÍSTICA	Tratamiento	Etapificación pancreática	cada vez	51.450	20%	10.290
			Tratamiento Fibrosis Quística Grave	mensual	1.075.720	20%	215.140
			Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con Fibrosis Quística Grave y moderada	anual	7.220.860	20%	1.444.170
			Tratamiento Fibrosis Quística Moderada	mensual	839.060	20%	167.810
			Tratamiento Fibrosis Quística Leve	mensual	236.130	20%	47.230
			Inmunización de pacientes con Fibrosis Quística	anual	43.160	20%	8.630

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
§ Poliartritis 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:
0 Tratamiento:
§ Inicio desde la confirmación diagnóstica por especialista.

.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
52.-	ARTRITIS REUMATOIDE	Tratamiento	Tratamiento Farmacológico Tradicional Artritis Reumatoide	mensual	29.210	20%	5.840

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:
0 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 O DEPENDENCIA DE RIESGO BAJO A MODERADO DE ALCOHOL Y DROGAS EN PERSONAS MENORES DE 20 AÑOS	Tratamiento	Tratamiento Inicial	mensual	42.730	20%	8.550
			Tratamiento de Refuerzo	mensual	49.040	20%	9.810
		Seguimiento	Plan de Seguimiento	mensual	6.240	20%	1.250

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:
0 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	19.600	20%	3.920

55. GRAN QUEMADO

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

Patologías incorporadas: Quedan incluidas la quemaduras graves especificadas en los diagnósticos de:

§ Quemado grave adulto
§ Quemado crítico adulto
§ Quemado adulto de probabilidad de sobrevida 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:
0 Tratamiento:
§ Ingreso a prestador con capacidad resolutiva: Dentro de 72 hrs. desde la confirmación diagnóstica.

0 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 $
		Tratamiento	Tratamiento paciente quemado grave menor de 15 años	por tratamiento completo	8.155.460	20%	1.631.090
			Tratamiento paciente quemado critico menor de 15 años	por tratamiento completo	16.244.510	20%	3.248.900
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	por tratamiento completo	65.175.590	20%	13.035.120
			Tratamiento paciente quemado grave de 15 años y más	por tratamiento completo	15.668.280	20%	3.133.660
			Tratamiento paciente quemado critico de 15 años y más	por tratamiento completo	20.138.940	20%	4.027.790
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	por tratamiento completo	24.627.150	20%	4.925.430
			Cirugía Reparadora paciente quemado grave menor de 15 años	cada vez	763.410	20%	152.680
			Cirugía Reparadora paciente quemado critico menor de 15 años	cada vez	763.410	20%	152.680
			Cirugía Reparadora paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	cada vez	763.410	20%	152.680
			Cirugía Reparadora paciente quemado grave de 15 años y más	cada vez	763.410	20%	152.680
			Cirugía Reparadora paciente quemado critico de 15 años y más	cada vez	763.410	20%	152.680
			Cirugía Reparadora paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	cada vez	763.410	20%	152.680

N°	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
55.-	GRAN QUEMADO	Seguimiento	Seguimiento y rehabilitacion 1° año paciente quemado grave menor de 15 años	mensual	154.520	20%	30.900
			Seguimiento y rehabilitacion 1° año paciente quemado critico menor de 15 años	mensual	154.520	20%	30.900
			Seguimiento y rehabilitacion 1° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	mensual	154.520	20%	30.900
			Seguimiento y rehabilitacion 1° año paciente quemado grave de 15 años y más	mensual	154.520	20%	30.900
			Seguimiento y rehabilitacion 1° año paciente quemado critico de 15 años y más	mensual	154.520	20%	30.900
			Seguimiento y rehabilitacion 1° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	mensual	154.520	20%	30.900
			Seguimiento y rehabilitacion 2° año paciente quemado grave menor de 15 años	mensual	59.700	20%	11.940
			Seguimiento y rehabilitacion 2° año paciente quemado critico menor de 15 años	mensual	59.700	20%	11.940
			Seguimiento y rehabilitacion 2° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	mensual	59.700	20%	11.940
			Seguimiento y rehabilitacion 2° año paciente quemado grave de 15 años y más	mensual	59.700	20%	11.940
			Seguimiento y rehabilitacion 2° año paciente quemado critico de 15 años y más	mensual	59.700	20%	11.940
			Seguimiento y rehabilitacion 2° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	mensual	59.700	20%	11.940

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:
0 Tratamiento:
§ Dentro de 45 días desde confirmación diagnóstica

c. Protección Financiera:

Nº	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 AUDIFONO	Tratamiento	Implementación Audífonos	cada vez	319.260	20%	63.850
		Seguimiento	Seguimiento a partir del primer año	mensual	3.590	20%	720

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:
0 Sospecha:
§ Primer Screening 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.

0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica dentro de 48 horas desde la sospecha.

0 Tratamiento
§ Dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.

0 Seguimiento
§ Inicio dentro de 30 días desde la indicación médica.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
57.-	RETINOPATÍA DEL PREMATURO	Diagnóstico	Sospecha y Confirmación Retinopatía del Prematuro	cada vez	42.700	20%	8.540
		Tratamiento	Fotocoagulación	cada vez	536.780	20%	107.360
			Cirugía Vitreoretinal	cada vez	4.252.280	20%	850.460
		Seguimiento	Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1° año	por seguimiento completo	204.270	20%	40.850
			Seguimiento Paciente Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 2° año	por seguimiento completo	16.420	20%	3.280
			Seguimiento Pacientes No Quirúrgico Retinopatía del Prematuro	por seguimiento completo	14.480	20%	2.900

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 ó 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:
0 Tratamiento
§ Dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.

0 Seguimiento
§ Primer control dentro de 14 días después del alta hospitalaria.

c. Protección Financiera

Nº	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	167.470	20%	33.490
		Seguimiento	Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1° año	mensual	17.900	20%	3.580
			Seguimiento Displasia Broncopulmonar 2° año	mensual	11.590	20%	2.320

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 prematurez.

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 1º 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.

b. Oportunidad:
0 Sospecha:
§ Screening auditivo automatizado, previo al alta de la unidad de neonatología.

0 Diagnóstico
§ Confirmación diagnóstica dentro de 3 meses con screening alterado.

0 Tratamiento
§ Audífonos: Dentro de 3 meses desde la confirmación diagnóstica.

§ Implante Coclear, dentro de 180 días desde indicación médica.

0 Seguimiento
§ Primer control dentro de 14 días desde implementación de audífonos o implante coclear.

c. Protección Financiera

.

Decreto 39, SALUD Nº 1
D.O. 30.09.2013

60 EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Nº	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	16.910	20%	3.380
			Confirmación Hipoacusia del Prematuro	cada vez	63.070	20%	12.610
		Tratamiento	Implementación Bilateral Audífono	cada vez	2.089.380	20%	417.880
			Implante Coclear	cada vez	17.698.810	20%	3.539.760
		Seguimiento	Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audífono e implante coclear) 1° año	mensual	11.680	20%	2.340
			Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audífono e implante coclear) 2° año	mensual	8.200	20%	1.640
			Seguimiento en Hipoacusia confirmada del prematuro tercer año	por seguimiento completo	44.980	20%	9.000

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

c. Protección Financiera

Nº	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	40.490	20%	8.100
			Tratamiento Epilepsia No Refractaria Nivel Especialidad	por tratamiento completo	39.960	20%	7.990

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:
0 Diagnóstico:
§ Confirmación diagnóstica dentro de 20 días desde la sospecha.

0 Tratamiento:
§ Inicio desde la confirmación diagnóstica, según indicación
§ Atención con especialista dentro de 60 días desde la derivación, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

Nº	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 en personas de 15 años y más	cada vez	11.090	20%	2.220
			Confirmación Asma Bronquial Atípico en personas de 15 años y más	cada vez	44.800	20%	8.960
		Tratamiento	Tratamiento Asma Bronquial Nivel Primario en personas de 15 años y más	mensual	3.890	20%	780
			Tratamiento Asma Bronquial Nivel Especialidad en personas de 15 años y más	mensual	19.740	20%	3.950
			Tratamiento Exacerbaciones Nivel Primario en personas de 15 años y más	cada vez	11.130	20%	2.230

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, hipertonía 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:
0 Tratamiento
§ Dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.
§ Atención con especialista dentro de 60 días desde la derivación

.

c. Protección Financiera

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
62.-	ENFERMEDAD DE PARKINSON	Tratamiento	Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en menores de 60 años	mensual	45.800	20%	9.160
			Tratamiento Farmacológico Enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más	mensual	26.010	20%	5.200
			Evaluación Especialista	cada vez	10.670	20%	2.130
			Consultoría Neurólogo	cada vez	4.510	20%	900

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 Poliartritis (FR +)
§ Poliartritis FR (-)
§ Artropatía cc/entesitis
§ Artritis Psoriática
§ Artritis Indiferenciada

a. Acceso:
Todo Beneficiario:
§ Con confirmación diagnóstica antes de los 17 años, tendrá acceso a tratamiento.
§ En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:
0 Tratamiento
§ Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera

Decreto 39, SALUD Nº 2
D.O. 30.09.2013

.

64. PREVENCIÓN SECUNDARIA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
63.-	ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL	Tratamiento	Tratamiento Artritis Idiopática Juvenil	mensual	61.900	20%	12.380
			Tratamiento Biológico Artritis Idiopática Juvenil	mensual	745.120	20%	149.020

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:
0¨ Tratamiento
§ Dentro de 24 horas desde la confirmación.
§ Consulta de especialista dentro de 30 días desde la derivación.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
64.-	PREVENCIÓN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL	Tratamiento	Tratamiento Nefropatía	mensual	3.120	20%	620
			Consulta Especialista	cada vez	10.670	20%	2.130

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:
0 Screening de radiografía de caderas:
§ Dentro de 30 días desde la indicación.

0 Confirmación diagnóstica:

§ Confirmación diagnóstica por especialista dentro de 30 días desde la indicación medica.

0 Tratamiento:
§ Dentro de 15 días desde la confirmación diagnóstica por especialista

c. Protección Financiera:

Nº	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	9.440	20%	1.890
			Confirmación Displasia Luxante de Caderas	cada vez	13.100	20%	2.620
		Tratamiento	Tratamiento Ortopédico Displasia Luxante de Caderas	por tratamiento completo	79.100	20%	15.820

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 fístula
§ Absceso periapical sin fístula
§ 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:
0 Tratamiento:

§ Inicio dentro de 21 días desde la solicitud de atención.
§ Fin de tratamiento, alta integral hasta 9 meses de ocurrido el parto o interrupción del embarazo.

c. Protección Financiera:

Nº	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 Nivel Primario	cada vez	115.110	20%	23.020
			Tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada Nivel Secundario	cada vez	95.240	20%	19.050

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 reagudizaciones

b. Oportunidad:
0 Diagnóstico:
§ Confirmación dentro de 60 días desde la sospecha.

0 Tratamiento:
§ Inicio del tratamiento dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

.

c. Protección Financiera:

Nº	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	508.550	20%	101.710
		Tratamiento	Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	mensual	637.060	20%	127.410
			Tratamiento Brote Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	cada vez	945.090	20%	189.020
			Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	mensual	26.790	20%	5.360

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
0 Evaluación inicial:
§ Dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.

0 Tratamiento:
§ Dentro de 30 días desde la indicación

c. Protección Financiera:

Nº	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	305.720	20%	61.140
		Tratamiento	Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más	mensual	290.380	20%	58.080
			Tratamiento Farmacológico VHB crónica en menores de 15 años	mensual	89.160	20%	17.830
			Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento antiviral	mensual	39.420	20%	7.880
			Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento con Peginterferón	mensual	72.970	20%	14.590
			Controles a pacientes VHB sin tratamiento farmacológico	anual	217.580	20%	43.520

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:

0 Diagnóstico:
§ Confirmación diagnóstica: Dentro de 45 días desde sospecha.

0 Evaluación pre tratamiento:
§ Dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.

0 Tratamiento:
§ Dentro de 30 días desde la indicación

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
69.-	VIRUS HEPATITIS C CRÓNICA	Tratamiento	Confirmación del Virus de Hepatitis C	cada vez	50.190	20%	10.040
			Evaluación paciente VHC pre tratamiento	cada vez	293.060	20%	58.610
			Tratamiento Farmacológico del VHC	mensual	427.210	20%	85.440
			Controles a pacientes VHC sin tratamiento farmacológico	anual	71.730	20%	14.350

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

b. Oportunidad:
0 Diagnóstico:
§ Etapificación dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica

0 Tratamiento:
§ Primario y adyuvante: Dentro de 30 días desde la indicación médica

0 Seguimiento:
§ Primer control dentro de 90 días desde indicación Médica

c. Protección Financiera:

Nº	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	Etapificación y exámenes pre operatorios cáncer colorectal	cada vez	286.190	20%	57.240
		Tratamiento	Cirugía cáncer colorectal	cada vez	2.437.760	20%	487.550
			Reconstitución del tránsito	cada vez	840.220	20%	168.040
			Quimioterapia Adyuvante: Bajo riesgo y Estadios II (alto riesgo)	por ciclo	246.530	20%	49.310
			Quimioterapia Adyuvante: FOLFOX XELOX	por ciclo	627.170	20%	125.430
			Exámenes e Imágenes asociados a Quimioterapia Cáncer Colorectal	por esquema completo de quimioterapia	1.592.220	20%	318.440
		Seguimiento	Seguimiento cáncer colorectal años 1 y 2	mensual	17.080	20%	3.420
			Seguimiento cáncer colorectal años 3, 4 y 5	mensual	12.860	20%	2.570

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:
0 Diagnóstico:
§ Intervención quirúrgica dentro de 30 días desde la

sospecha
§ Confirmación diagnóstica dentro de 30 días desde la intervención quirúrgica

0 Tratamiento:
§ Tratamiento adyuvante: Dentro de 30 días desde la indicación médica

0 Seguimiento:
§ Primer control dentro de 60 días según indicación Médica

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
71.-	CANCER DE OVARIO EPITELIAL	Diagnóstico	Cirugía Diagnóstica y Etapificación Cáncer de Ovario Epitelial	cada vez	1.873.370	20%	374.670
		Tratamiento	Quimioterapia Post Cirugía Estadio Precoz, 1ª Línea	por ciclo	74.900	20%	14.980
			Quimioterapia Neoadyuvante Estadios III - IV	por ciclo	72.730	20%	14.550
			Quimioterapia Adyuvante Estadios IIB, IIC, III y IV	por ciclo	192.320	20%	38.460
			Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, sensible a platino	por ciclo	546.790	20%	109.360
			Quimioterapia en Enfermedad Recurrente de Ovario, resistente a platino	por ciclo	843.530	20%	168.710
			Exámenes e Imágenes asociado el Tratamiento con Quimioterapia Cáncer de Ovario Epitelial	por esquema completo de quimioterapia	873.840	20%	174.770
		Seguimiento	Seguimiento Cáncer de Ovario Epitetal Primer año	mensual	15.480	20%	3.100
			Seguimiento Cáncer de Ovario Epitetal desde año 2 al año 5	mensual	5.460	20%	1.090

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 trígono 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:

0 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.

0 Seguimiento:
§ Primer control dentro de 30 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
72.-	CANCER VESICAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Etapificación Cáncer Vesical	cada vez	143.960	20%	28.790
			Cirugía Cáncer Vesical Profundo	cada vez	1.621.790	20%	324.360
			Prevención Recurrencia Cáncer Vesical Superficial año 1	mensual	87.200	20%	17.440
			Prevención Recurrencia Cáncer Vesical Superficial año 2 y 3	mensual	33.090	20%	6.620
			Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Cáncer Vesical Superficial	por esquema completo de quimioterapia	679.670	20%	135.930
			Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Cáncer Vesical Profundo	por esquema completo de quimioterapia	1.490.680	20%	298.140
			Quimioterapia Neoadyuvante Cáncer Vesical Profundo	por ciclo	245.560	20%	49.110
			Quimioterapia Adyuvante Cáncer Vesical Profundo, Post Cirugía	por ciclo	558.450	20%	111.690
			Quimioterapia-Radioterapia Concomitante Cáncer Vesical Profundo, Sin Cirugía	por ciclo	148.320	20%	29.660
			Radioterapia Externa Intención Curativa	por tratamiento completo	1.727.850	20%	345.570
		Seguimiento	Seguimiento Cáncer Vesical Superficial Primer año	mensual	42.490	20%	8.500
			Seguimiento Cáncer Vesical Superficial desde año 2 al año 5	mensual	18.590	20%	3.720
			Seguimiento Cáncer Vesical Profundo Primer año	mensual	19.050	20%	3.810
			Seguimiento Cáncer Vesical Profundo desde año 2 al año 5	mensual	14.980	20%	3.000

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:

0 Diagnóstico:
§ Confirmación diagnóstica y etapificación, dentro de 60 días desde la sospecha

0 Tratamiento:
§ Quirúrgico: Dentro de 30 días desde la indicación médica
§ Adyuvante: Dentro de 30 días desde la indicación Médica

0 Seguimiento:
§ Primer control dentro de 30 días desde indicación Médica

c. Protección Financiera:

Nº	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	608.270	20%	121.650
		Tratamiento	Cirugia Osteosarcoma	cada vez	5.578.280	20%	1.115.660
			Quimioterapia Pre Operatoria Osteosarcoma	por ciclo	491.100	20%	98.220
			Quimioterapia Post Operatoria Osteosarcoma	por ciclo	432.100	20%	86.420
			Exámenes e Imágenes asociado al Tratamiento con Quimioterapia Osteosarcoma	por esquema completo de quimioterapia	2.079.800	20%	415.960
		Seguimiento	Seguimiento Osteosarcoma	mensual	40.040	20%	8.010

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:
0 Tratamiento:
§ Dentro de 45 días desde la confirmación de indicación quirúrgica

0 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 DE LA VÁLVULA AÓRTICA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Tratamiento Qurirúrgico No Complicados	cada vez	8.500.400	20%	1.700.080
			Tratamiento Quirúrgico Complicados	cada vez	13.092.560	20%	2.618.510
			Control anticoagulacion	mensual	2.410	20%	480
		Seguimiento	Seguimiento Primer Año	mensual	17.800	20%	3.560
			Seguimiento Segundo Año	mensual	7.490	20%	1.500

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

.

c. Protección Financiera:

Nº	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	23.500	20%	4.700
			Tratamiento Trastorno Bipolar a partir del Año 2	mensual	13.420	20%	2.680

76. HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: El Hipotiroidismo se debe a la alteración funcional o ausencia de la glándula tiroides 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:
0 Tratamiento:
§ Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
76.-	HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Tratamiento Hipotiroidismo 1° año en el nivel primario	mensual	2.410	20%	480
			Tratamiento Hipotiroidismo a partir del 2° año en el nivel primario	mensual	1.650	20%	330

77. TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA EN MENORES DE 2 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.

b. Oportunidad:
0 Tratamiento:
§ Audífonos: Dentro de 3 meses desde la

confirmación
diagnóstica.
§ Implante Coclear, dentro de 180 días desde indicación médica.

0 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 2 AÑOS	Tratamiento	Implementación Audífono	cada vez	2.089.380	20%	417.880
			Implante coclear	anual	17.698.810	20%	3.539.760
		Seguimiento	Seguimiento primer año	anual	61.430	20%	12.290
			Seguimiento segundo año	anual	33.220	20%	6.640
			Seguimiento tercer año	anual	26.490	20%	5.300

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:
0 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	mensual	12.040	20%	2.400
			Tratamiento Lupus Leve a partir 2° Año	mensual	9.700	20%	1.940
			Tratamiento Lupus Grave Primer Año	mensual	104.160	20%	20.830
			Tratamiento Lupus Grave a partir 2° año	mensual	40.160	20%	8.030
			Hospitalización Lupus Grave	cada vez	848.470	20%	169.690
			Rescate Farmacologico Lupus Grave Hospitalizado Refractario a Tratamiento	cada vez	2.154.650	20%	430.930
			Rescate por plasmaféresis Lupus Grave Hospitalizado Refractario a Tratamiento	cada vez	1.988.170	20%	397.630

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:
0 Tratamiento:
§ Dentro de 45 días desde la confirmación de indicación quirúrgica

0 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 DE LAS VÁLVULAS MITRAL Y TRICUSPIDE EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Tratamiento Qurirúrgico No Complicados	cada vez	8.500.400	20%	1.700.080
			Tratamiento Quirúrgico Complicados	cada vez	13.092.560	20%	2.618.510
			Control anticoagulacion	mensual	2.410	20%	480
		Seguimiento	Seguimiento Primer Año	mensual	17.800	20%	3.560
			Seguimiento Segundo Año	mensual	7.490	20%	1.500

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:
0 Tratamiento:

§ Dentro de 7 días de la confirmación diagnóstica

§ Atención con especialista dentro de 60 días desde Derivación

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
80.-	TRATAMIENTO ERRADICACIÓN HELICOBACTER PYLORI	Tratamiento	Tratamiento de Erradicacion Helicobacter Pylori	cada vez	13.680	20%	2.740
		Seguimiento	Evaluación del Tratamiento de Erradicacion Helicobacter Pylori	cada vez	46.310	20%	9.260

Artículo 2º.- 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 1º, 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) 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 Nº 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 sólo 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 4º.- El FONASA y las ISAPRES deberán otorgar a sus beneficiarios las prestaciones asociadas a los problemas de salud, en la forma y condiciones de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera que establece este decreto, la ley Nº 19.966 y sus reglamentos.

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

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

2. Que el beneficiario sea de aquellos a quienes dicho artículo 1º 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 Nº 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 correspondan, conforme a lo dispuesto en el artículo 28 y siguientes del decreto supremo Nº 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 1º, 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 6º.- Las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios se encuentran taxativamente señaladas en el artículo 1º 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 1º y 3º, 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 1º o con especificaciones distintas a las exigidas.

Se entenderá formar parte del artículo 1º 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 1º, 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 7º.- No obstante lo señalado en el artículo 1º 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 Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el citado artículo 1º 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 Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo 8º.- Las prestaciones señaladas en el artículo 1º 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 9º.- Para tener derecho a las Garantías, los beneficiarios contemplados en el Libro II del decreto con fuerza de ley Nº 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 Nº 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 1º. 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 Nº 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 regirán 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 Nº 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 regirán 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 1º 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 1º fuese inferior, caso en el cual este nuevo término será el que allí se establece.

4. Si el FONASA o la ISAPRE no designare un nuevo prestador o si éste no estuviera en condiciones de cumplir con 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 Nº 2 ó 3 precedentes, según corresponda.

5. En el caso expuesto en el numeral anterior, la Superintendencia procederá a designar un nuevo prestador dentro de segundo día, plazo que se contará desde la comparecencia del beneficiario.

6. Una vez designado el prestador por la Superintendencia, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de cinco días, contados desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1º fuese inferior, caso en el que este nuevo plazo será el que allí se establece.

Las prestaciones que se otorguen con ocasión de las

situaciones a que alude este artículo, deberán ser financiadas por el FONASA o las ISAPRE sin alterar la garantía de protección financiera establecida en el artículo 1º.

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

Artículo 12.- La Superintendencia podrá establecer las normas administrativas que se requieran para el debido cumplimiento de las Garantías. Especialmente establecerá los mecanismos o instrumentos que deberán implementar el FONASA y las 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, a contar del 1 de julio de 2013, las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 1º, 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 Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud y demás normativa atingente y vigente.

A partir del 30 de junio del año 2016, cuando las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 1º del presente decreto sean otorgadas por prestadores de atención cerrada de alta complejidad, éstos deberán encontrarse acreditados en la Superintendencia de Salud.

Decreto 105, SALUD
Nº 1 a), b)
D.O. 28.06.2014

TÍTULO II

De las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva

Artículo 15.- El examen de medicina preventiva establecido por resolución exenta Nº 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 Nº 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 Nº 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: Baciloscopía 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 2013 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 Nº 19.966.

Lo anterior se funda en la necesidad que las modificaciones a los 69 problemas de salud actualmente garantizados así como la incorporación de los nuevos, 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 Nº 1, de 2010, 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 encontraren recibiendo prestaciones en conformidad al referido decreto supremo Nº 1, 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. 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, tómese razón y publíquese.- SEBASTIÁN

PIÑERA ECHENIQUE, Presidente de la República.- Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud.- Julio Dittborn Cordua, Ministro de Hacienda (S).

Transcribo para su conocimiento decreto afecto Nº 4 de 05-02-2013.- Saluda atentamente a Ud., Nancy Sepúlveda Velásquez, Subsecretaria de Salud Pública (S).