

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 42.449

Sábado 7 de Septiembre de 2019

Página 1 de 93

Normas Generales

CVE 1651147

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

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

Núm. 22.- Santiago, 1 de julio de 2019.

Visto:

Lo dispuesto en el artículo 1° y 19 N° 9 de la Constitución Política de la República; en el artículo 3 de la Ley N° 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en los párrafos 3 y 4 del Título I, y en los artículos 23 y 2° transitorio, todos de la Ley N° 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud; lo establecido en el Decreto Supremo N° 69 de 2005, de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para el funcionamiento del Consejo Consultivo a que se refiere la ley N° 19.966; en el Decreto Supremo N° 121 de 2005, de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley N° 19.966; en el Decreto Supremo N° 136 de 2005, del Ministerio de Salud, que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las garantías explícitas en salud; y en la Resolución N° 7, de 2019, de Contraloría General de la República, y

Considerando:

- Que, el Régimen General de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la Ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Debe establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) debe cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la Ley N° 18.469.
- Que, el referido Régimen debe contener las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, debiendo el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.
- Que, las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.
- Que, las garantías señaladas deben ser las mismas para los beneficiarios de los Libros II y III del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, pero pueden ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.
- Que, las Instituciones de Salud Previsional están también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su Modalidad de Libre Elección (MAI), en los términos del artículo 31 de la Ley N° 19.966.
- Que, las Garantías Explícitas en Salud deben ser elaboradas de conformidad con el procedimiento establecido en la Ley N° 19.966 y en el Decreto Supremo N° 121, de 2005, del Ministerio de Salud, y deben ser aprobadas por decreto supremo de dicha Secretaría de Estado, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.
- Que, el procedimiento de elaboración de las Garantías Explícitas en Salud 2019-2022 tuvo como finalidad revisar las prestaciones de los 80 problemas de salud vigentes y evaluar la incorporación de otros nuevos.

8. Que, a la fecha de dictación del presente decreto, la Prima Universal señalada por el Ministerio de Hacienda, por medio de oficio N° 1318, fue de 3.97 UF. En dicho marco, se realizan algunos cambios y actualizaciones necesarias.
9. Que, el grupo de trabajo a que se refiere el artículo 6°, del Decreto Supremo N°121 de 2005 del Ministerio de Salud, con el conocimiento y opinión fundada del Consejo Consultivo a que se refiere el párrafo 4° de la Ley N°19.966, ha propuesto al Ministerio de Salud y al Ministerio de Hacienda hacer mejoras al Régimen de Garantías Explícitas en Salud incluyendo, en resumen, las modificaciones que en los numerales siguientes se detallan y se reflejan en el presente decreto.
10. Que, para facilitar la lectura y comprensión del documento, se modifica la distribución de los artículos referidos a definiciones, disposición general explicativa de la estructura del decreto y aquella que contiene las Garantías Explícitas en Salud, los que en el presente decreto aparecen siguiendo el orden dispuesto en este numeral.
11. Que, se realizan también las siguientes modificaciones:
 - i. Incorporación de cinco problemas de salud nuevos, a saber:
 - a. N° 81. Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más.
 - b. N° 82. Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más.
 - c. N° 83. Cáncer renal en personas de 15 años y más.
 - d. N° 84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y más.
 - e. N° 85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
 - ii. Cambio en el nombre de los siguientes problemas de salud:
 - a. N° 36. “Órtesis” se reemplaza por “Ayudas Técnicas”, puesto que en rigor los dispositivos considerados en las prestaciones sólo corresponden a la segunda categoría.
 - b. N° 37. La denominación “Accidente” se reemplaza por “Ataque”, puesto que corresponde a la utilizada actualmente por el Ministerio de Salud y releva la naturaleza evitable del problema de salud.
 - c. N° 69. “Hepatitis C” se reemplaza por “Hepatitis crónica por virus hepatitis C” para hacerlo coincidente con su definición y patologías incorporadas.
 - d. N° 77. “Tratamiento de hipoacusia moderada en personas menores de 4 años” se reemplaza por “Tratamiento de hipoacusia moderada, severa y profunda en personas menores de 4 años” para hacerlo coincidente con su definición y patologías incorporadas.
 - iii. Garantía de acceso y de protección financiera:
 - a. Cambio en la protección financiera de un grupo de prestaciones del problema de salud N° 1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5.
 - b. Nuevos esquemas de tratamiento, exámenes y cambio en algunas protecciones financieras para el problema de salud N° 18. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA.
 - c. Nuevas prestaciones y cambio en algunas protecciones financieras del problema de salud N° 51. Fibrosis quística.
 - d. Nuevos tratamientos farmacológicos, exámenes y cambio en algunas de las protecciones financieras para el problema de salud N° 69. Hepatitis crónica por virus hepatitis C.
 - e. Se redistribuyen los recursos asociados a ayudas técnicas de los problemas de salud N°9. Disrafias espinales, N°36. Ayudas técnicas para personas de 65 años y más, N°37. Ataque cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más, N° 42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales y N°62. Enfermedad de Parkinson.
 - iv. Garantía de oportunidad: se reducen los plazos establecidos y se introducen nuevas garantías de oportunidad en una serie de problemas de salud, para asegurar la atención pronta y adecuada de los beneficiarios. Sin perjuicio de ello, en el problema de salud N° 20. Neumonía adquirida en la comunidad, se ha eliminado la garantía de oportunidad para tratamiento kinesiológico, para ajustarla a la evidencia científica recogida en las guías clínicas dictadas por el Ministerio de Salud en la materia, que no recomiendan la realización de esta práctica.
 - v. Garantía de calidad: se establece fecha para la exigibilidad de la acreditación de algunos tipos de establecimientos no considerados en el decreto antecesor.
12. Que, dentro de los cambios realizados en las definiciones contenidas en el decreto, es relevante aquella de “tipo de intervención sanitaria”, dentro de la cual se distingue el tamizaje, la sospecha,

el diagnóstico y confirmación diagnóstica, la etapificación, el pretratamiento, tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación; de modo que refleje de mejor manera las etapas del proceso de atención del paciente. Esta definición además estructura la presentación de las prestaciones garantizadas en el decreto.

13. Que, dentro de lo señalado en el numeral precedente es relevante la distinción entre las intervenciones de “seguimiento” y “rehabilitación”, lo que obedece a la estrategia Rehabilitación 2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en este marco, se considera la rehabilitación como una estrategia de salud esencial para optimizar la esperanza de vida saludable, mejorar el desempeño de las personas mayores y reducir la discapacidad en personas con enfermedades crónicas, atendida su finalidad más específica, en algunos problemas de salud la intervención sanitaria que otrora fuera considerada como parte de “seguimiento”, en el presente decreto forma parte de “rehabilitación”.
14. Que, en las garantías de diversos problemas de salud, se hace referencia a la Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo (NTMA), de modo de facilitar la difusión y el conocimiento por parte de los beneficiarios y los actores en materia de salud, de esta normativa complementaria.
15. Que, en el Listado de Prestaciones Específico, que forma parte del presente decreto, se realizan cambio en glosas y nombre de prestaciones de salud, recogiendo modificaciones introducidas por FONASA en las glosas de los aranceles de Modalidad de Atención Institucional (MAI) y Modalidad de Libre Elección (MLE). Asimismo, se agregan las correspondientes a los nuevos problemas de salud.
16. Que, la presente modificación se ha trabajado coordinadamente con el FONASA y la Superintendencia de Salud. Además, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 37 bis de la Ley N° 19.880, dichos organismos han emitido informe favorable sobre la materia.
17. Que, conforme lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 1° de la Constitución Política de la República: “El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece”.
18. Que, a su vez, el artículo 19 N° 9, incisos primero y segundo, de la Constitución Política de la República, asegura a todas las personas: “El derecho a la protección de la salud”, e indica que “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”.
19. Que, en consonancia con lo expresado en los numerales precedentes y el principio de continuidad y permanencia del servicio, se ha disminuido el plazo que la ley ha establecido como regla general para la entrada en vigencia del presente decreto, en el entendido que las nuevas prestaciones favorecen a la población beneficiaria, por lo que conviene su pronta implementación.
20. Que, por lo expuesto, vengo en dictar el siguiente:

Decreto:

TÍTULO I
DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Artículo 1°.- Para efectos del presente título se entenderá por:

- a) Beneficiarios: Toda persona que sea considerada beneficiaria del Libro II o que sean afiliadas o beneficiarias del Libro III, ambos del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.
- b) FONASA: Fondo Nacional de Salud, regulado en el Libro I del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.
- c) Garantías: Corresponden a las Garantías Explícitas en Salud, las cuales constituyen 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 3 del presente decreto, y que el FONASA y las Instituciones de Salud Previsional están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios. Por cada garantía se entenderá:
 - i. Garantía de Acceso: Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N°18.469 y N°18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el presente decreto y la Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo, en adelante NTMA.

- ii. Garantía de Calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N°19.937, en la forma y condiciones que determine el presente decreto.
- iii. Garantía de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el presente decreto.
- iv. Garantía de Protección Financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser, por regla general, de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen, sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 2° de la Ley N° 19.966.

Para efectos del presente decreto, la garantía de protección financiera se presenta en una tabla, que contiene el número del problema de salud, el nombre del problema de salud, el o los tipos de intervención sanitaria que contempla el problema de salud, las prestaciones o grupos de prestaciones incluidos en cada tipo de intervención sanitaria, la periodicidad con la cual se debe entregar la prestación o grupo de prestaciones, el arancel de la prestación o grupo de prestaciones con el correspondiente porcentaje de copago y valor del copago, como se muestra a continuación:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
----	-------------------	--------------------------------	------------------------------------	--------------	---------	----------	-----------

- d) ISAPRE: Institución o Instituciones de Salud Previsional, regulada en el Libro III del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.
- e) 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 3°, con la cobertura financiera señalada en el mismo artículo. Pueden ser por cada vez, por ciclo, mensual, anual, por evaluación completa, por tratamiento completo o por seguimiento completo.
- f) Prestaciones o grupo de prestaciones: Acciones de salud, tecnologías 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, seguimiento y rehabilitación. Las prestaciones asociadas a cada uno de los problemas de salud se encuentran taxativamente señaladas en el artículo 3°, de acuerdo a la etapa del proceso de atención del paciente definida como “tipo de intervención sanitaria” en el literal k) del presente artículo.
- g) 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.

Cuando se refiera a un “prestador con capacidad resolutive” deberá entenderse un establecimiento de salud con capacidad de entregar las prestaciones para dar respuesta a los problemas sanitarios con los recursos diagnósticos y terapéuticos adecuados a la prestación a otorgar, que incluya calidad y seguridad a la atención del paciente.
- h) Problema de salud: Enfermedad, condición de salud o programa determinado en el artículo 3° del presente decreto.
- i) Red de prestadores: Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o el contrato entregan las prestaciones señaladas en el artículo 3° del presente decreto, a los beneficiarios del FONASA o ISAPRE.
- j) Superintendencia: Superintendencia de Salud, regulada en el Libro I del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.
- k) Tipo de intervención sanitaria: Denominación utilizada con el fin de asociar las prestaciones o grupo de prestaciones con una determinada etapa del proceso de atención del paciente. Cada problema de salud puede incluir más de un tipo de intervención sanitaria y cada tipo de intervención sanitaria puede incluir más de una prestación o grupo de prestaciones. Los diferentes tipos de intervenciones sanitarias se detallan a continuación:
 - i. Tamizaje: Pruebas aplicadas a población asintomática mediante las cuales se establece o descarta el riesgo de desarrollar alguna enfermedad.
 - ii. 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 la derivación para la prestación que corresponda.

- iii. Diagnóstico y confirmación diagnóstica: Proceso mediante el cual el profesional de la salud confirma o descarta la existencia de una determinada enfermedad o condición de salud, a través del análisis de signos y síntomas presentados por el beneficiario, su historia clínica y los exámenes correspondientes. Este proceso se inicia al momento de la sospecha de una determinada enfermedad o condición de salud y finaliza con la confirmación o el descarte de ésta.
- iv. Etapificación: Proceso por el que se determina el grado de diseminación de la enfermedad o la etapa de la condición de salud en la persona.
- v. Pretratamiento: Conjunto de prestaciones que permiten evaluar y determinar el tratamiento a seguir.
- vi. Tratamiento: Proceso mediante el cual uno o más profesionales de salud realizan una o más prestaciones a un paciente, con el objeto de mejorar su condición de salud.
- vii. Seguimiento: Corresponde al conjunto de prestaciones que recibe un beneficiario ya tratado por un problema de salud y en un determinado período con el objeto de evaluar su evolución.
- viii. Rehabilitación: Conjunto de intervenciones para mejorar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con condiciones de salud en interacción con su entorno.

Para otras definiciones específicas se puede revisar la NTMA.

Artículo 2°.- Los problemas de salud con relación a los cuales se establecen garantías explícitas en salud en el artículo 3° de este decreto, se definen técnicamente de manera genérica precisando las patologías que se encuentran incorporadas en dicha definición que, por tanto, están sujetas a las garantías explícitas.

Las prestaciones garantizadas conforme a este decreto se presentan ya sea unitariamente o por grupo de prestaciones a efectos de determinar el arancel de referencia en la definición de las garantías de protección financiera.

El valor del arancel de las prestaciones o grupo de prestaciones se asigna de acuerdo a la periodicidad del cobro. Los valores en el arancel y el copago se expresan en pesos, moneda corriente y no tendrán recargo por concepto de horario, independiente del día u hora en que se realice la prestación.

Asimismo, en los procedimientos de tipo ambulatorios explícitos en el Listado de Prestaciones Específico, debe entenderse que el arancel y su copago asociado incluye todos los insumos y recursos humanos necesarios para su realización, por lo que no procede recargo adicional por este concepto.

En el “Listado de Prestaciones Específico”, que se transcribe en el artículo 17 de este decreto, se describen taxativamente las prestaciones agrupadas o individualmente consideradas en el arancel de referencia.

El Ministerio de Salud podrá establecer las NTMA que se requieran para el debido cumplimiento de las garantías, las que tendrán carácter obligatorio para prestadores públicos y privados. En uso de dichas atribuciones podrá complementar los diagnósticos clínicos asociados a las patologías incorporadas, los criterios clínicos de inclusión para el acceso a las garantías, 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 3°.- Apruébense, para los problemas de salud que se indican, las siguientes garantías explícitas en salud a las que se refiere la ley N°19.966:

1 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5

La enfermedad renal crónica etapa 4 y 5 corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida progresiva, irreversible y permanente de la función renal a la que se puede llegar por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito, hereditario o adquirido que podría requerir tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Enfermedad renal crónica en etapa 4 y 5.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

- 1.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- iii. Con enfermedad renal en etapa 4 o 5 tendrá acceso a:
 - a) Fístula arteriovenosa según indicación del especialista.
 - b) Catéter peritoneal según indicación del especialista.
 - c) Tratamiento de peritoneodiálisis o hemodiálisis.
 - d) Estudio pretrasplante e ingreso a lista de espera de trasplante y a trasplante, si cumple con criterios de la NTMA y de la normativa vigente sobre trasplante de órganos, aunque no haya requerido diálisis.
 - e) Actualización de estudio pretrasplante si se encuentra en lista de espera.
- iv. Con trasplante renal tendrá acceso a:
 - a) Nuevo trasplante según indicación médica.
 - b) Profilaxis y tratamiento de citomegalovirus según indicación médica.
 - c) Terapia de rechazo según indicación médica.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

1.2 Garantía de oportunidad:

1.2.1 Tratamiento:

- i. La fístula arteriovenosa para hemodiálisis se realizará dentro de 90 días desde la confirmación diagnóstica según indicación médica.
- ii. La peritoneodiálisis se iniciará dentro de 21 días desde la indicación médica.
- iii. La hemodiálisis se iniciará dentro de 7 días desde la indicación médica.
- iv. El estudio pretrasplante completo para acceder a lista de espera se realizará dentro de 10 meses desde la indicación del especialista.
- v. El ingreso a la lista de espera de trasplante se efectuará finalizado el estudio pretrasplante, y el trasplante renal se efectuará de acuerdo a la disponibilidad del órgano.
- vi. El tratamiento con drogas inmunosupresoras se iniciará en donante cadáver desde el trasplante y en donante vivo desde 48 horas antes del trasplante.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

1.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
1	Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5	Diagnóstico	Confirmación retardo crecimiento óseo	Cada vez	191.810	20%	38.360
			Tratamiento con hormona de crecimiento en personas menores de 15 años	Mensual	265.640	20%	53.130
		Tratamiento	Tratamiento citomegalovirus alto riesgo	Cada vez	1.766.220	20%	353.240
			Tratamiento citomegalovirus bajo riesgo	Cada vez	594.940	20%	118.990
			Estudio pretrasplante receptor	Cada vez	1.036.880	20%	207.380
			Estudio donante vivo	Cada vez	704.030	20%	140.810
			Nefrectomía donante vivo	Cada vez	1.930.980	20%	386.200
			Estudio y evaluación donante cadáver	Cada vez	1.712.190	20%	342.440
			Nefrectomía donante cadáver	Cada vez	3.194.780	20%	638.960
			Trasplante renal	Cada vez	7.461.770	20%	1.492.350
			Rechazo trasplante renal	Cada vez	9.222.540	20%	1.844.510
			Droga inmunosupresora protocolo 0	Mensual	8.210	20%	1.640
			Droga inmunosupresora protocolo 1A	Mensual	389.540	20%	77.910
			Droga inmunosupresora protocolo 1B	Mensual	275.410	20%	55.080
			Droga inmunosupresora protocolo 1C	Mensual	538.700	20%	107.740
			Droga inmunosupresora protocolo 1D	Mensual	611.970	20%	122.390
			Droga inmunosupresora protocolo 1E	Mensual	476.110	20%	95.220
			Droga inmunosupresora protocolo 2A	Mensual	328.000	20%	65.600
			Acceso vascular autólogo en brazo o antebrazo	Cada vez	1.151.630	20%	230.330
			Acceso vascular con prótesis en extremidad superior	Cada vez	1.391.530	20%	278.310
			Acceso vascular autólogo de alta complejidad	Cada vez	1.538.550	20%	307.710
			Reparación de fístula disfuncionante u ocluida	Cada vez	1.638.980	20%	327.800
			Instalación catéter tunelizado	Cada vez	626.390	20%	125.280
			Hemodiálisis Mensual	Mensual	765.540	20%	153.110
			Instalación catéter peritoneodiálisis	Cada vez	619.830	20%	123.970

		Peritoneodiálisis Mensual	Mensual	940.360	20%	188.070
		Hierro endovenoso pacientes en diálisis	Mensual	28.110	20%	5.620
		Eritropoyetina pacientes en diálisis	Mensual	31.980	20%	6.400
		Tratamiento enfermedades óseo metabólicas: hiperfosfatemia	Mensual	3.370	20%	670
		Tratamiento enfermedades óseo metabólicas: hiperparatiroidismo	Mensual	70.430	20%	14.090
	Seguimiento	Seguimiento trasplante renal primer año	Mensual	185.450	20%	37.090
		Seguimiento trasplante renal a partir del segundo año	Mensual	77.010	20%	15.400

2 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Agenesia de la arteria pulmonar
- ii. Agujero oval abierto o persistente
- iii. Aneurisma (arterial) coronario congénito
- iv. Aneurisma arteriovenoso pulmonar
- v. Aneurisma congénito de la aorta
- vi. Aneurisma de la arteria pulmonar
- vii. Aneurisma del seno de Valsalva (con ruptura)
- viii. Anomalia congénita del corazón
- ix. Anomalia de Ebstein
- x. Anomalia de la arteria pulmonar
- xi. Anomalia de la vena cava (inferior) (superior)
- xii. Aplasia de la aorta
- xiii. Arco doble (anillo vascular) de la aorta
- xiv. Arteria pulmonar aberrante
- xv. Atresia aórtica congénita
- xvi. Atresia de la aorta
- xvii. Atresia de la arteria pulmonar
- xviii. Atresia de la válvula pulmonar
- xix. Atresia mitral congénita
- xx. 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)
- xxi. Atresia tricúspide
- xxii. Ausencia de la aorta
- xxiii. Ausencia de la vena cava (inferior) (superior)
- xxiv. Bloqueo cardíaco congénito
- xxv. Canal auriculoventricular común
- xxvi. Coartación de la aorta
- xxvii. Coartación de la aorta (preductal) (postductal)
- xxviii. Conducto (agujero) de botal abierto
- xxix. Conducto arterioso permeable
- xxx. Conexión anómala de las venas pulmonares, sin otra especificación

- xxx. Conexión anómala parcial de las venas pulmonares
- xxxii. Conexión anómala total de las venas pulmonares
- xxxiii. Corazón triauricular
- xxxiv. Corazón trilocular biauricular
- xxxv. Defecto de la almohadilla endocárdica
- xxxvi. Defecto de tabique (del corazón)
- xxxvii. Defecto del seno coronario
- xxxviii. Defecto del seno venoso
- xxxix. Defecto del tabique aórtico
 - xl. Defecto del tabique aortopulmonar
 - xli. Defecto del tabique auricular
 - xlii. Defecto del tabique auricular ostium primum (tipo I)
 - xliii. Defecto del tabique auriculoventricular
 - xliv. Defecto del tabique ventricular
 - xlv. Defecto del tabique ventricular con estenosis o atresia pulmonar, dextroposición de la aorta e hipertrofia del ventrículo derecho
 - xlvi. Dilatación congénita de la aorta
 - xlvii. Discordancia de la conexión auriculoventricular
 - xlviii. Discordancia de la conexión ventriculoarterial
 - xliv. Divertículo congénito del ventrículo izquierdo
 - l. Enfermedad congénita del corazón
 - li. Estenosis aórtica congénita
 - lii. Estenosis aórtica supravalvular
 - liii. Estenosis congénita de la válvula aórtica
 - liv. Estenosis congénita de la válvula pulmonar
 - lv. Estenosis congénita de la válvula tricúspide
 - lvi. Estenosis congénita de la vena cava
 - lvii. Estenosis congénita de la vena cava (inferior) (superior)
 - lviii. Estenosis de la aorta
 - lix. Estenosis de la arteria pulmonar
 - lx. Estenosis del infundíbulo pulmonar
 - lxi. Estenosis mitral congénita
 - lxii. Estenosis subaórtica congénita
 - lxiii. Hipoplasia de la aorta
 - lxiv. Hipoplasia de la arteria pulmonar
 - lxv. Insuficiencia aórtica congénita
 - lxvi. Insuficiencia congénita de la válvula aórtica
 - lxvii. Insuficiencia congénita de la válvula pulmonar
 - lxviii. Insuficiencia mitral congénita
 - lxix. Malformación congénita de la válvula pulmonar
 - lxx. Malformación congénita de la válvula tricúspide, no especificada
 - lxxi. Malformación congénita de las cámaras cardíacas y de sus conexiones
 - lxxii. Malformación congénita de las grandes arterias, no especificada
 - lxxiii. Malformación congénita de las grandes venas, no especificada

- lxxiv. Malformación congénita de las válvulas aórtica y mitral, no especificada
- lxxv. Malformación congénita del corazón, no especificada
- lxxvi. Malformación congénita del miocardio
- lxxvii. Malformación congénita del pericardio
- lxxviii. Malformación congénita del tabique cardíaco, no especificada
- lxxix. Malformación de los vasos coronarios
- lxxx. Ostium secundum (tipo II) abierto o persistente
- lxxxi. Otra malformación congénita de las cámaras cardíacas y de sus conexiones
- lxxxii. Otra malformación congénita de la válvula pulmonar
- lxxxiii. Otras malformaciones congénitas de la aorta
- lxxxiv. Otras malformaciones congénitas de la arteria pulmonar
- lxxxv. Otras malformaciones congénitas de la válvula tricúspide
- lxxxvi. Otras malformaciones congénitas de las grandes arterias
- lxxxvii. Otras malformaciones congénitas de las grandes venas
- lxxxviii. Otras malformaciones congénitas de las válvulas aórticas y mitral
- lxxxix. Otras malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos
 - xc. Otras malformaciones congénitas del corazón, especificadas
 - xc. Pentalogía de Fallot
 - xcii. Persistencia de la vena cava superior izquierda
 - xciii. Persistencia de las asas del arco aórtico
 - xciv. Persistencia del conducto arterioso
 - xcv. Persistencia del tronco arterioso
 - xcvi. Posición anómala del corazón
 - xcvii. Regurgitación congénita de la válvula pulmonar
 - xcviii. Síndrome de hipoplasia del corazón derecho
 - xcix. Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo
 - c. Síndrome de la cimitarra
 - ci. Síndrome de Taussig-Bing
 - cii. Tetralogía de Fallot
 - ciii. Transposición (completa) de los grandes vasos
 - civ. Transposición de los grandes vasos en ventrículo derecho
 - cv. Transposición de los grandes vasos en ventrículo izquierdo
 - cvi. Tronco arterioso común
 - cvii. Ventana aortopulmonar
 - cviii. Ventrículo común
 - cix. Ventrículo con doble entrada
 - cx. Ventrículo único
 - cx. Wolff Parkinson White

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

2.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario menor de 15 años:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y a las reintervenciones que correspondan, incluyendo personas mayores de 15 años para el caso de las reintervenciones.

- iii. Con requerimiento de recambio de marcapaso o cambio de generador y/o de electrodo, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

En todos los casos se excluye el trasplante cardíaco.

2.2 Garantía de oportunidad:

2.2.1 Diagnóstico:

- i. El diagnóstico prenatal desde las 20 semanas de gestación se realizará dentro de los 30 días desde la sospecha.
- ii. El diagnóstico postnatal:
 - a) Entre los 0 y 7 días se realizará dentro de 48 horas desde a la sospecha.
 - b) Entre el 8° día y antes de cumplido el 2° año de vida se realizará dentro de 21 días desde la sospecha.
 - c) Entre los 2 y hasta los 15 años de edad se realizará dentro de 180 días desde la sospecha.

2.2.2 Tratamiento:

- i. En cardiopatía congénita grave operable el ingreso al prestador con capacidad resolutive, se realizará dentro de las 48 horas siguientes a la estabilización del paciente, para evaluación e indicación de tratamiento y procedimiento que corresponda.
- ii. En otras cardiopatías congénitas operables, el tratamiento quirúrgico o procedimiento se realizará según indicación médica.
- iii. El control se realizará dentro del primer año desde el alta quirúrgica en ambos casos.

2.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
2	Cardiopatías congénitas operables en personas menores de 15 años	Diagnóstico	Confirmación cardiopatía congénita operable prenatal	Cada vez	161.060	20%	32.210
			Confirmación cardiopatía congénita operable posnatal	Cada vez	146.540	20%	29.310
			Estudio hemodinámico	Cada vez	884.960	20%	176.990
		Tratamiento	Cirugía CEC mayor	Cada vez	13.912.630	20%	2.782.530
			Cirugía CEC mediana	Cada vez	6.820.400	20%	1.364.080
			Cirugía CEC menor	Cada vez	5.638.670	20%	1.127.730
			Cierre percutáneo de defectos septales intracardiacos con dispositivo	Cada vez	8.290.370	20%	1.658.070
			Valvuloplastia	Cada vez	2.140.850	20%	428.170
			Angioplastia	Cada vez	2.846.030	20%	569.210
			Estudio electrofisiológico de arritmias	Cada vez	994.550	20%	198.910
			Estudio electrofisiológico y ablación de arritmias	Cada vez	1.986.240	20%	397.250
			Cierre percutáneo del ductus arterioso persistente	Cada vez	3.180.440	20%	636.090
			Cierre de ductus por cirugía	Cada vez	1.385.660	20%	277.130
			Otras cirugías cardíacas sin CEC	Cada vez	1.510.430	20%	302.090
			Implantación de marcapaso unicameral VVI	Cada vez	2.463.450	20%	492.690
			Implantación de marcapaso bicameral DDD	Cada vez	3.183.540	20%	636.710
			Recambio marcapaso	Cada vez	2.669.770	20%	533.950
			Evaluación postquirúrgica cardiopatías congénitas operables	Por evaluación completa	162.340	20%	32.470

3 CÁNCER CERVICOUTERINO

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) o a cáncer invasor, en que el compromiso traspasa la membrana basal.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Cáncer de glándula endocervical
- ii. Cáncer de la unión escamocolumnar del cuello uterino
- iii. Cáncer del canal cervical
- iv. Cáncer del canal endocervical
- v. Cáncer del cérvix

- vi. Cáncer del cérvix uterino
- vii. Cáncer del cuello uterino
- viii. Cáncer del muñón cervical
- ix. Carcinoma basal adenoide del cuello de útero
- x. Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero
- xi. Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada
- xii. Carcinoma in situ del endocervix
- xiii. Carcinoma in situ del exocervix
- xiv. Neoplasia intraepitelial cervical [NIC]
- xv. Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado I
- xvi. Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado II
- xvii. Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado III, con o sin mención de displasia severa
- xviii. Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación
- xix. Tumor maligno del endocervix
- xx. Tumor maligno del exocervix

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

3.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Mayor de 25 años y menor de 65 años tendrá acceso a realización de PAP cada 3 años.
- ii. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- iii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- iv. Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).

3.2 Garantía oportunidad:

3.2.1 Tamizaje:

- i. El resultado con informe de examen de PAP para beneficiarios mayores de 25 años y menor de 65 años se entregará dentro de 30 días desde la realización del examen.

3.2.2 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de los 40 días desde la sospecha.
- ii. La etapificación se realizará dentro de los 20 días desde la confirmación diagnóstica.

3.2.3 Tratamiento:

- i. Para la lesión preinvasora se iniciará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. Para cáncer invasor se iniciará dentro de 20 días desde la etapificación.
- iii. Los tratamientos adyuvantes se iniciarán dentro de 20 días desde la indicación médica.

3.2.4 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.

3.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
		Tamizaje	Tamizaje cáncer cervicouterino	Cada vez	10.720	20%	2.140
			Sospecha cáncer cervicouterino	Cada vez	2.450	20%	490
			Confirmación cáncer cervicouterino preinvasor	Cada vez	199.840	20%	39.970
		Diagnóstico	Confirmación cáncer cervicouterino invasor	Cada vez	219.910	20%	43.980
			Etapificación cáncer cervicouterino invasor	Cada vez	320.570	20%	64.110
			Atención integral para personas con cáncer	Por tratamiento completo	76.400	20%	15.280

3	Cáncer cervicouterino	Tratamiento	Tratamiento cáncer cervicouterino preinvasor: NIE I	Cada vez	94.800	20%	18.960
			Tratamiento cáncer cervicouterino preinvasor: NIE II y NIE III o CIS	Cada vez	360.020	20%	72.000
			Tratamiento quirúrgico cáncer cervicouterino invasor	Cada vez	1.865.900	20%	373.180
			Braquiterapia cáncer cervicouterino invasor	Por tratamiento completo	1.259.390	20%	251.880
			Radioterapia cáncer cervicouterino invasor	Por tratamiento completo	1.043.590	20%	208.720
			Quimioterapia cáncer cervicouterino invasor (incluye hospitalización)	Por ciclo	105.620	20%	21.120
			Quimioterapia recidiva cáncer cervicouterino invasor (incluye hospitalización)	Por ciclo	195.280	20%	39.060
		Seguimiento	Seguimiento cáncer cervicouterino preinvasor	Mensual	19.990	20%	4.000
			Seguimiento cáncer cervicouterino invasor	Mensual	24.170	20%	4.830

4 ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER AVANZADO

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

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Todos los tipos de cáncer.
Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen para este problema de salud:
- 4.1 Garantía de acceso:
Todo beneficiario:
- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).
- 4.2 Garantía de oportunidad:
- 4.2.1 Tratamiento:
- i. Se iniciará dentro de 5 días desde la confirmación diagnóstica.
- 4.3 Garantía de 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	102.800	20%	20.560
			Tratamiento integral por alivio del dolor sin cáncer progresivo	Mensual	42.650	20%	8.530

5 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

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

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST
- ii. Infarto agudo del miocardio no Q
- iii. Infarto agudo del miocardio Q
- iv. Infarto agudo del miocardio sin supradesnivel ST
- v. Infarto agudo del miocardio de la pared inferior
- vi. Infarto agudo del miocardio sin otra especificación
- vii. Infarto agudo del ventrículo derecho
- viii. Infarto agudo transmural del miocardio de otros sitios
- ix. Infarto con infradesnivel ST

- x. Infarto con supradesnivel ST
- xi. Infarto del miocardio no transmural sin otra especificación
- xii. Infarto recurrente del miocardio
- xiii. Infarto subendocárdico agudo del miocardio
- xiv. Infarto transmural agudo alto lateral
- xv. Infarto transmural agudo anteroapical
- xvi. Infarto transmural agudo anterolateral
- xvii. Infarto transmural agudo anteroseptal
- xviii. Infarto transmural agudo apicolateral
- xix. Infarto transmural agudo de (pared) anterior sin otra especificación
- xx. Infarto transmural agudo de (pared) lateral sin otra especificación
- xxi. Infarto transmural agudo de pared diafragmática
- xxii. Infarto transmural agudo inferolateral
- xxiii. Infarto transmural agudo inferoposterior
- xxiv. Infarto transmural agudo laterobasal
- xxv. Infarto transmural agudo posterior (verdadero)
- xxvi. Infarto transmural agudo posterobasal
- xxvii. Infarto transmural agudo posterolateral
- xxviii. Infarto transmural agudo posteroseptal
- xxix. Infarto transmural agudo septal sin otra especificación
- xxx. Infarto transmural agudo del miocardio de la pared anterior
- xxxi. Infarto transmural agudo del miocardio de la pared inferior
- xxxii. Infarto transmural agudo del miocardio, de sitio no especificado
- xxxiii. Infarto transmural del miocardio
- xxxiv. Isquemia del miocardio recurrente
- xxxv. Reinfarto agudo anteroapical
- xxxvi. Reinfarto agudo anterolateral
- xxxvii. Reinfarto agudo anteroseptal
- xxxviii. Reinfarto agudo de (pared) anterior sin otra especificación
- xxxix. Reinfarto agudo de (pared) inferior del miocardio
 - xl. Reinfarto agudo de (pared) lateral del miocardio
 - xli. Reinfarto agudo de pared diafragmática del miocardio
 - xl.ii. Reinfarto agudo del miocardio alto lateral
 - xl.iii. Reinfarto agudo del miocardio apicolateral
 - xl.iv. Reinfarto agudo del miocardio basolateral
 - xl.v. Reinfarto agudo del miocardio inferolateral
 - xl.vi. Reinfarto agudo del miocardio inferoposterior
 - xl.vii. Reinfarto agudo del miocardio posterior (verdadero)
 - xl.viii. Reinfarto agudo del miocardio posterobasal
 - xl.ix. Reinfarto agudo del miocardio posterolateral
 - l. Reinfarto agudo del miocardio posteroseptal
 - li. Reinfarto agudo del miocardio septal
 - lii. Reinfarto del miocardio
 - liii. Reinfarto del miocardio de la pared anterior

- liv. Reinfarto del miocardio de la pared inferior
- lv. Reinfarto del miocardio de otros sitios
- lvi. Reinfarto del miocardio, de parte no especificada

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen para este problema de salud:

5.1 Garantía de acceso:

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

- i. Con dolor torácico no traumático y/o síntomas de IAM tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica de IAM tendrá acceso a tratamiento médico y prevención secundaria.
- iii. Con revascularización cardíaca quirúrgica o percutánea de causa coronaria tendrá acceso a prevención secundaria.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

5.2 Garantía de oportunidad:

5.2.1 Diagnóstico:

- i. El electrocardiograma se realizará en la atención médica de urgencia en Servicio Médico de Urgencia, dentro de 30 minutos desde la sospecha.

5.2.2 Tratamiento:

- i. La trombólisis se realizará dentro de los 30 minutos desde la confirmación diagnóstica de supradesnivel ST en electrocardiograma según indicación médica.

5.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control para prevención secundaria se realizará dentro de 30 días desde el alta hospitalaria por:
 - a) Tratamiento médico de cualquier tipo de IAM.
 - b) Revascularización cardíaca quirúrgica o percutánea de causa coronaria.

5.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	10.690	20%	2.140
		Diagnóstico y tratamiento	Confirmación y tratamiento infarto agudo del miocardio urgencia sin trombólisis	Cada vez	41.820	20%	8.360
			Confirmación y tratamiento infarto agudo del miocardio urgencia con trombólisis	Cada vez	456.310	20%	91.260
			Tratamiento médico del infarto agudo del miocardio	Cada vez	445.340	20%	89.070
		Seguimiento	Prevención secundaria del infarto agudo del miocardio	Mensual	10.880	20%	2.180

6 DIABETES MELLITUS TIPO 1

La diabetes mellitus (DM) 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 DM tipo 1 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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Diabetes mellitus juvenil con cetoacidosis
- ii. Diabetes mellitus juvenil con coma
- iii. Diabetes mellitus juvenil con coma diabético con o sin cetoacidosis
- iv. Diabetes mellitus juvenil con coma diabético hiperosmolar
- v. Diabetes mellitus juvenil con coma diabético hipoglicémico
- vi. Diabetes mellitus juvenil con coma hiperglicémico

- vii. Diabetes mellitus juvenil sin mención de complicación
- viii. Diabetes insulín dependiente
- ix. Diabetes mellitus con propensión a la cetosis
- x. Diabetes mellitus insulín dependiente con acidosis diabética sin mención de coma
- xi. Diabetes mellitus insulín dependiente con cetoacidosis
- xii. Diabetes mellitus insulín dependiente con cetoacidosis diabética sin mención de coma
- xiii. Diabetes mellitus insulín dependiente con coma
- xiv. Diabetes mellitus insulín dependiente con coma diabético con o sin cetoacidosis
- xv. Diabetes mellitus insulín dependiente con coma diabético hiperosmolar
- xvi. Diabetes mellitus insulín dependiente con coma diabético hipoglicémico
- xvii. Diabetes mellitus insulín dependiente con coma hiperglicémico
- xviii. Diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación
- xix. Diabetes mellitus tipo I con acidosis diabética sin mención de coma
- xx. Diabetes mellitus tipo I con cetoacidosis
- xxi. Diabetes mellitus tipo I con cetoacidosis diabética sin mención de coma
- xxii. Diabetes mellitus tipo I con coma
- xxiii. Diabetes mellitus tipo I con coma diabético con o sin cetoacidosis
- xxiv. Diabetes mellitus tipo I con coma diabético hiperosmolar
- xxv. Diabetes mellitus tipo I con coma diabético hipoglicémico
- xxvi. Diabetes mellitus tipo I con coma hiperglicémico
- xxvii. Diabetes mellitus tipo I sin mención de complicación
- xxviii. Diabetes autoinmune del adulto (L.A.D.A.)

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen para este problema de salud:

6.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento, incluyendo el de pie diabético.
- iii. Con descompensación, tendrá acceso a tratamiento de urgencia y hospitalización según indicación médica. Esto sin perjuicio de la continuidad del tratamiento que corresponda.
- iv. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

6.2 Garantía de oportunidad:

6.2.1 Diagnóstico:

- i. La consulta con médico especialista se realizará dentro de 7 días desde la sospecha por exámenes alterados.
- ii. La glicemia se realizará dentro de 30 minutos desde la atención médica en Servicio de Urgencia por sospecha de descompensación.

6.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- ii. En personas en tratamiento con descompensación, la glicemia se realizará dentro de 30 minutos desde la atención médica en Servicio de Urgencia.

6.3 Garantía de 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	26.710	20%	5.340
			Evaluación inicial: pacientes sin cetoacidosis DM tipo 1	Cada vez	282.870	20%	56.570
			Evaluación inicial: pacientes con cetoacidosis DM tipo 1	Cada vez	438.830	20%	87.770
		Tratamiento	Tratamiento primer año pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	Mensual	53.030	20%	10.610
			Tratamiento a partir del segundo año pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	Mensual	45.780	20%	9.160
			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 1	Por tratamiento completo	221.760	20%	44.350
			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 1	Por tratamiento completo	384.990	20%	77.000

7 DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes mellitus (DM) 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 DM tipo 2 se caracteriza por resistencia insulínica que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Diabetes
- ii. Diabetes mellitus (sin obesidad) (con obesidad) de comienzo en el adulto sin mención de complicación
- iii. Diabetes mellitus (sin obesidad) (con obesidad) de comienzo en la madurez del adulto sin mención de complicación
- iv. Diabetes mellitus (sin obesidad) (con obesidad) estable sin mención de complicación
- v. Diabetes mellitus (sin obesidad) (con obesidad) no cetósica sin mención de complicación
- vi. Diabetes mellitus (sin obesidad) (con obesidad) tipo II sin mención de complicación
- vii. Diabetes con consulta y supervisión de la dieta
- viii. Diabetes estable
- ix. Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación
- x. Diabetes mellitus no insulín dependiente sin cetoacidosis
- xi. Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación
- xii. Diabetes no insulín dependiente juvenil sin mención de complicación
- xiii. Diabetes, comienzo en la edad adulta (obeso) (no obeso)
- xiv. Diabetes gestacional
- xv. Diabetes post pancreatometomía
- xvi. Otra diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen para este problema de salud:

7.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento, incluyendo el de pie diabético.
- iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

7.2 Garantía de oportunidad:

7.2.1 Diagnóstico:

- i. El diagnóstico se realizará dentro de 45 días desde la primera consulta con glicemia elevada.
- 7.2.2 Tratamiento:
- i. Se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
 - ii. La atención por médico especialista se realizará dentro de 90 días desde la derivación, según indicación médica.
- 7.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	8.040	20%	1.610
			Evaluación inicial pacientes con DM tipo 2	Cada vez	32.010	20%	6.400
		Tratamiento	Tratamiento primer año pacientes con DM tipo 2	Mensual	5.070	20%	1.010
			Tratamiento a partir del segundo año pacientes con DM tipo 2	Mensual	6.840	20%	1.370
			Control paciente DM tipo 2 nivel especialidad	Mensual	30.880	20%	6.180
			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 2	Por tratamiento completo	221.760	20%	44.350
			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 2	Por tratamiento completo	384.990	20%	77.000
			Ayudas técnicas - pie diabético	Cada vez	22.300	20%	4.460

8 CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Adenocarcinoma papilar infiltrante
- ii. Adenocarcinoma papilar intraductal con invasión
- iii. Adenocarcinoma papilar intraductal no infiltrante
- iv. Cáncer de (la) mama
- v. Carcinoma canalicular infiltrante
- vi. Carcinoma canalicular y lobulillar infiltrante
- vii. Carcinoma cribiforme
- viii. Carcinoma ductal in situ
- ix. Carcinoma ductal, tipo cribiforme
- x. Carcinoma ductal, tipo sólido
- xi. Carcinoma ductular infiltrante
- xii. Carcinoma hipersecretorio quístico
- xiii. Carcinoma in situ de la mama
- xiv. Carcinoma in situ intracanalicular de la mama
- xv. Carcinoma in situ lobular de la mama
- xvi. Carcinoma inflamatorio
- xvii. Carcinoma intraductal, tipo sólido
- xviii. Carcinoma juvenil de la glándula mamaria
- xix. Carcinoma lobulillar
- xx. Carcinoma medular con estroma linfoide
- xxi. Carcinoma secretorio de la mama
- xxii. Comedocarcinoma
- xxiii. Enfermedad de Paget y carcinoma infiltrante del conducto de la mama
- xxiv. Enfermedad de Paget y carcinoma intraductal de la mama

- xxv. Enfermedad de Paget, mamaria
- xxvi. Lesión neoplásica de sitios contiguos de la mama
- xxvii. Otros carcinomas in situ de la mama
- xxviii. Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama
- xxix. Tumores filoides, maligno
- xxx. Tumor maligno de la mama
- xxxi. Tumor maligno de la porción central de la mama
- xxxii. Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama
- xxxiii. Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama
- xxxiv. Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama
- xxxv. Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama
- xxxvi. Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama
- xxxvii. Tumor maligno del pezón y de la aréola mamaria
- xxxviii. Tumor maligno del tejido conjuntivo de la mama

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen para este problema de salud:

8.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).
- iii. Con recidiva, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

8.2 Garantía de oportunidad:

8.2.1 Diagnóstico:

- i. Se realizará dentro de 45 días desde la 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.
- ii. La etapificación se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

8.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento primario se iniciará dentro de 30 días desde la etapificación.
- ii. Los tratamientos adyuvantes se iniciarán dentro de 20 días desde la indicación médica.

8.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.

8.3 Garantía de 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 más	Diagnóstico	Confirmación cáncer de mama nivel especialidad	Cada vez	461.760	20%	92.350
			Confirmación cáncer de mama por biopsia estereotáxica	Cada vez	1.067.510	20%	213.500
			Etapificación cáncer de mama	Cada vez	222.380	20%	44.480
		Tratamiento	Atención integral para personas con cáncer de mama	Por tratamiento completo	77.090	20%	15.420
			Intervención quirúrgica cáncer de mama sin reconstrucción mamaria inmediata	Cada vez	1.358.550	20%	271.710
			Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata) primera cirugía reconstructiva	Cada vez	3.215.690	20%	643.140
			Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción mamaria, segunda cirugía reconstructiva	Cada vez	1.496.830	20%	299.370
			Radioterapia cáncer de mama	Por tratamiento completo	1.043.590	20%	208.720
			Radioterapia paliativa cáncer de mama	Por tratamiento completo	564.160	20%	112.830

		Quimioterapia cáncer de mama, etapa I y II	Por ciclo	233.760	20%	46.750
		Quimioterapia cáncer de mama, etapa III	Por ciclo	177.030	20%	35.410
		Quimioterapia cáncer de mama, etapa IV	Por ciclo	365.660	20%	73.130
		Quimioterapia cáncer de mama, etapa IV metastásico	Mensual	134.210	20%	26.840
		Hormonoterapia para cáncer de mama	Mensual	104.030	20%	20.810
		Controles y exámenes asociados a quimioterapia cáncer de mama	Por tratamiento completo	1.491.480	20%	298.300
	Seguimiento	Seguimiento cáncer de mama paciente asintomático	Mensual	8.890	20%	1.780
		Seguimiento cáncer de mama paciente sintomático	Mensual	32.840	20%	6.570

9 DISRAFIAS ESPINALES

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. La disrafia espinal cerrada u oculta se caracteriza por arcos vertebrales anormales, médula espinal normal y piel que cubre la lesión intacta sin exposición visible de meninges o tejido neural, debe operarse en forma precoz.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Encefalocele de cualquier sitio
- ii. Encefalocele frontal
- iii. Encefalocele nasofrontal
- iv. Encefalocele occipital
- v. Encefalocele
- vi. Encefalomieloceles
- vii. Espina bífida (abierta) (quística)
- viii. Espina bífida cervical con hidrocefalia
- ix. Espina bífida cervical sin hidrocefalia
- x. Espina bífida con hidrocefalia
- xi. Espina bífida dorsal
- xii. Espina bífida dorsal con hidrocefalia
- xiii. Espina bífida lumbar con hidrocefalia
- xiv. Espina bífida lumbar sin hidrocefalia
- xv. Espina bífida lumbosacra
- xvi. Espina bífida lumbosacra con hidrocefalia
- xvii. Espina bífida oculta
- xviii. Espina bífida sacra con hidrocefalia
- xix. Espina bífida sacra sin hidrocefalia
- xx. Espina bífida torácica con hidrocefalia
- xxi. Espina bífida torácica sin hidrocefalia
- xxii. Espina bífida toracolumbar
- xxiii. Espina bífida toracolumbar con hidrocefalia
- xxiv. Espina bífida, no especificada
- xxv. Hidroencefalocele
- xxvi. Hidromeningocele (raquídeo)
- xxvii. Hidromeningocele craneano
- xxviii. Meningocele (raquídeo)

- xxix. Meningocele cerebral
- xxx. Meningoencefalocele
- xxxi. Meningomielocele
- xxxii. Mielocele
- xxxiii. Mielomeningocele
- xxxiv. Raquisquisis
- xxxv. Siringomielocele
- xxxvi. Diastematomyela
- xxxvii. Quiste neuroentérico
- xxxviii. Sinus fermal
- xxxix. Quiste dermoide o epidermoide raquideo
- xl. Filum corto
- xli. Médula anclada
- xlii. Lipoma cono medular
- xliii. Lipoma D Efilum
- xliv. Lipomeningocele
- xlv. Lipoma extradural
- xlvi. Mielocistocele
- xlvii. Mielomeningocistocele

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen para este problema de salud:

9.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario nacido a contar del 1° de julio de 2005:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. Incluidas las reintervenciones.
- iii. Con tratamiento tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.

Todo beneficiario independiente de la fecha de nacimiento:

- i. Con confirmación diagnóstica de disrafia espinal oculta y médula anclada o meningitis a repetición, tendrá acceso a tratamiento, incluyendo las reintervenciones.
- ii. Menor de 65 años con disrafia espinal abierta tendrá acceso a ayudas técnicas y atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas, según indicación médica.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

9.2 Garantía de oportunidad:

9.2.1 Diagnóstico:

- i. Con disrafia espinal abierta dentro de las primeras 12 horas desde el nacimiento.
- ii. Con disrafia espinal cerrada la consulta con neurocirujano se realizará dentro de 90 días desde la sospecha.

9.2.2 Tratamiento:

- i. Con disrafia espinal abierta:
 - a) La cirugía se realizará dentro de 72 horas desde el nacimiento.
 - b) La válvula derivativa se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.
 - c) El control con neurocirujano se realizará dentro de 15 días desde el alta hospitalaria.
- ii. Con disrafia espinal cerrada:
 - a) La cirugía se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica.
 - b) El control con neurocirujano se realizará dentro de 15 días desde el alta hospitalaria.

9.2.3 Seguimiento:

- i. Con tratamiento de disrafia espinal abierta, se realizará seguimiento dentro de 180 días desde la indicación médica.

9.2.4 Rehabilitación:

- i. Con tratamiento de disrafia espinal abierta:
 - a) La entrega de bastones, cojines o colchón se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
 - b) La entrega de silla de ruedas o andadores, se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

9.3 Garantía de 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	130.140	20%	26.030
			Confirmación disrafia espinal cerrada	Cada vez	333.130	20%	66.630
		Tratamiento	Intervención quirúrgica integral disrafia espinal abierta	Cada vez	4.587.580	20%	917.520
			Intervención quirúrgica integral disrafia espinal cerrada	Cada vez	2.040.340	20%	408.070
			Evaluación postquirúrgica disrafia espinal abierta	Por evaluación completa	147.690	20%	29.540
			Evaluación postquirúrgica disrafia espinal cerrada	Por evaluación completa	197.650	20%	39.530
			Recambio valvular disrafia espinal abierta	Cada vez	1.522.950	20%	304.590
		Seguimiento	Seguimiento primer y segundo año a pacientes con disrafia espinal abierta	Mensual	69.910	20%	13.980
		Rehabilitación	Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	17.030	20%	3.410
			Andador con dos ruedas y apoyo antebraquial a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	90.240	20%	18.050
			Andador con dos ruedas a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	30.080	20%	6.020
			Bastones codera fija a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	22.030	20%	4.410
			Bastones codera móvil a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	27.920	20%	5.580
			Cojín antiescaras viscoelástico a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	46.030	20%	9.210
			Cojín antiescaras celdas de aire a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	148.370	20%	29.670
			Colchón antiescaras celdas de aire a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	247.030	20%	49.410
			Silla de ruedas estándar a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	327.500	20%	65.500
			Silla de ruedas neurológica a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	535.000	20%	107.000

10 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN PERSONAS MENORES DE 25 AÑOS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Escoliosis congénita
- ii. Escoliosis idiopática infantil
- iii. Escoliosis idiopática juvenil
- iv. Escoliosis de la adolescencia
- v. Escoliosis toracogénica
- vi. Escoliosis neuromuscular
- vii. Otras escoliosis secundarias

- viii. Cifoescoliosis
- ix. Escoliosis asociada a displasia ósea
- x. Escoliosis asociada a cualquier síndrome

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

10.1 Garantía de acceso:

- i. Todo beneficiario menor de 25 años con confirmación diagnóstica e indicación de tratamiento quirúrgico de escoliosis tendrá acceso a tratamiento. Lo que deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

10.2 Garantía de oportunidad:

10.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 270 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. El primer control se realizará dentro de 10 días después del alta hospitalaria.

10.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
10	Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años	Tratamiento	Intervención quirúrgica integral escoliosis idiopática	Cada vez	11.112.670	20%	2.222.530
			Intervención quirúrgica integral escoliosis neuromuscular	Cada vez	18.868.450	20%	3.773.690
			Intervención quirúrgica integral escoliosis mielomeningoceles	Cada vez	15.825.710	20%	3.165.140
			Evaluación postquirúrgica escoliosis	Por evaluación completa	118.030	20%	23.610

11 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS

Las cataratas consisten en la opacidad del cristalino que disminuye o perturba la visión.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

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

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

11.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. 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.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

11.2 Garantía de oportunidad:

11.2.1 Diagnóstico:

- i. Se realizará dentro de 180 días desde la sospecha, incluyendo ambos ojos.

11.2.2 Tratamiento:

- i. Con agudeza visual igual o inferior a 0,1 con corrección óptica en el mejor ojo, se realizará dentro de 90 días desde la confirmación.
- ii. Con agudeza visual igual o inferior a 0,3 con corrección óptica, se realizará dentro de 180 días desde la confirmación.

11.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	88.520	20%	17.700
		Tratamiento	Intervención quirúrgica integral cataratas	Cada vez	859.600	20%	171.920
			Intervención quirúrgica integral cataratas personas menores de 3 años	Cada vez	1.253.360	20%	250.670

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

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

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

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

12.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 65 años y más:

- i. Con confirmación diagnóstica de artrosis de cadera con limitación funcional severa que requiera endoprótesis total, tendrá acceso a tratamiento.
- ii. Con indicación médica tendrá acceso a recambio de endoprótesis total.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

12.2 Garantía de oportunidad:

12.2.1 Tratamiento:

- i. La intervención quirúrgica se realizará dentro de 240 días desde la confirmación diagnóstica, incluyendo la atención kinesiológica intrahospitalaria.
- ii. El primer control por médico especialista se realizará dentro de 40 días después de la cirugía.
- iii. La atención kinesiológica integral se realizará desde el primer día del alta quirúrgica, según indicación médica.
- iv. El recambio de prótesis de cadera se realizará dentro de 240 días desde la indicación médica.

12.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
12	Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa	Tratamiento	Intervención quirúrgica integral con prótesis de cadera total	Cada vez	6.194.230	20%	1.238.850
			Recambio de prótesis de cadera	Cada vez	14.478.710	20%	2.895.740
			Control y kinesioterapia postquirúrgica	Por tratamiento completo	103.840	20%	20.770

13 FISURA LABIOPALATINA

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Disostosis mandibulofacial
- ii. Displasia cleidocraneal
- iii. Fisura del paladar blando con labio leporino
- iv. Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral
- v. Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral
- vi. Fisura del paladar con labio leporino
- vii. Fisura del paladar con labio leporino bilateral, sin otra especificación
- viii. Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación
- ix. Fisura del paladar duro con labio leporino
- x. Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral
- xi. Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral

- xii. Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino
- xiii. Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral
- xiv. Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral
- xv. Fisura congénita de labio
- xvi. Fisura del paladar
- xvii. Fisura del paladar blando
- xviii. Fisura del paladar duro
- xix. Fisura del paladar duro y del paladar blando
- xx. Fisura del paladar, sin otra especificación
- xxi. Hendidura labial congénita
- xxii. Labio hendido
- xxiii. Labio leporino
- xxiv. Labio leporino, bilateral
- xxv. Labio leporino, línea media
- xxvi. Labio leporino, unilateral
- xxvii. Palatosquisis
- xxviii. Queilosquisis
- xxix. Síndrome de Apert
- xxx. Síndrome de Crouzon
- xxxi. Síndrome de Pierre-Robin
- xxxii. Síndrome de Van der Woude
- xxxiii. Síndrome velocardiofacial

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

13.1 Garantía de acceso:

- i. Todo beneficiario nacido a contar del 1° de julio del 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.

13.2 Garantía de oportunidad:

13.2.1 Diagnóstico:

- i. Se realizará dentro de 15 días desde la sospecha.

13.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento con indicación de ortopedia prequirúrgica se otorgará dentro de 45 días desde el nacimiento.
- ii. La cirugía primaria en primera intervención se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
- iii. La cirugía primaria en segunda intervención se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
- iv. La cirugía secundaria se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica.

13.3 Garantía de 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	12.900	20%	2.580
			Ortopedia prequirúrgica	Cada vez	213.710	20%	42.740
		Tratamiento	Cirugía primaria: primera intervención	Cada vez	1.110.020	20%	222.000
			Cirugía primaria: segunda intervención	Cada vez	431.440	20%	86.290
			Cirugía secundaria	Cada vez	1.684.610	20%	336.920
		Seguimiento	Rehabilitación fisura labiopalatina primer año	Anual	138.740	20%	27.750
			Rehabilitación fisura labiopalatina segundo año	Anual	159.070	20%	31.810
			Rehabilitación fisura labiopalatina preescolar (tercer año al sexto año)	Anual	279.370	20%	55.870
			Rehabilitación fisura labiopalatina escolar (séptimo año al décimo año)	Anual	289.430	20%	57.890
			Rehabilitación fisura labiopalatina escolar undécimo año	Anual	217.130	20%	43.430

14 CÁNCER EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

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

- i. Las leucemias corresponden a la proliferación clonal descontrolada de células hematopoyéticas en la médula ósea.
- ii. Los linfomas corresponden a la infiltración por células neoplásicas del tejido linfoide.
- iii. Los tumores sólidos corresponden a la presencia de una masa sólida formada por células neoplásicas, ubicada en cualquier sitio anatómico.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Todos los tipos de cáncer.
- ii. Tumores del sistema nervioso central de crecimiento rápido que requieren tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

14.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario menor de 15 años:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo). En los casos de leucemias y linfomas éste incluye trasplante de médula ósea según indicación médica.
- iii. Igual acceso tendrá todo beneficiario al que se le haya sospechado antes de los 15 años, aun cuando la confirmación se produzca después de esta edad.
- iv. Los beneficiarios menores de 25 años con recidiva, y que hayan tenido sospecha antes de los 15 años, tendrán acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

14.2 Garantía de oportunidad:

14.2.1 Diagnóstico:

- i. En personas con leucemia se realizará la confirmación dentro de 14 días desde la sospecha.
- ii. En personas con linfomas y tumores sólidos se realizará examen de confirmación diagnóstica dentro de 37 días desde la sospecha.
- iii. En los casos señalados precedentemente se incluye la etapificación.

14.2.2 Tratamiento:

- i. En personas con leucemia se otorgará quimioterapia dentro de las 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- ii. En personas con tumores sólidos y linfomas se otorgará quimioterapia dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- iii. La radioterapia se realizará dentro de 10 días desde la indicación médica.

14.2.3 Seguimiento:

- i. En personas con leucemia el primer control, una vez finalizado el tratamiento, se realizará dentro de 7 días.
- ii. En personas con linfomas y tumores sólidos el primer control, una vez finalizado el tratamiento, se realizará dentro de 30 días.

14.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
14	Cáncer en personas menores de 15 años	Diagnóstico	Confirmación y etapificación cáncer en personas menores de 15 años	Cada vez	1.835.280	20%	367.060
		Tratamiento	Tratamiento tumores sólidos cáncer en personas menores de 15 años	Por tratamiento completo	6.919.650	20%	1.383.930
			Tratamiento leucemia cáncer en personas menores de 15 años	Por tratamiento completo	7.959.890	20%	1.591.980
			Tratamiento linfoma cáncer en personas menores de 15 años	Por tratamiento completo	6.126.980	20%	1.225.400
			Trasplante de médula ósea autólogo	Cada vez	36.483.140	20%	7.296.630
			Trasplante de médula ósea alogeno	Cada vez	73.787.860	20%	14.757.570
			Quimioterapia cáncer en personas menores de 15 años	Mensual	812.320	20%	162.460
			Radioterapia cáncer en personas menores de 15 años	Por tratamiento completo	1.043.590	20%	208.720
			Tratamiento radioyodo cáncer de tiroides en personas menores de 15 años	Por tratamiento completo	213.950	20%	42.790
		Seguimiento	Seguimiento cáncer en personas menores de 15 años	Mensual	41.380	20%	8.280

15 ESQUIZOFRENIA

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 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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Esquizofrenia paranoide: incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffée delirante con síntomas de esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide
- ii. Esquizofrenia hebefrénica: incluye además los términos esquizofrenia desorganizada, hebefrenia
- iii. Esquizofrenia catatónica: incluye además los términos catatonía esquizofrénica
- iv. Esquizofrenia indiferenciada: incluye además los términos esquizofrenia aguda, esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico
- v. Esquizofrenia residual: incluye además los términos depresión posesquizofrénica, estado esquizofrénico residual
- vi. Esquizofrenia simple
- vii. 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
- viii. Esquizofrenia sin especificación

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

15.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario con sospecha de esquizofrenia que manifiesta por primera vez los síntomas a partir del 1º de julio de 2005:

- i. Con sospecha tendrá acceso a evaluación inicial, confirmación diagnóstica y tratamiento.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a continuar su tratamiento (en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

15.2 Garantía de oportunidad:

15.2.1 Diagnóstico:

- i. Se otorgará atención por médico especialista dentro de 20 días desde la derivación.

15.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará desde la indicación del especialista.

15.3 Garantía de 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	128.220	20%	25.640
			Evaluación en sospecha de primer episodio esquizofrenia	Mensual	59.790	20%	11.960
		Tratamiento	Tratamiento esquizofrenia primer año	Mensual	101.550	20%	20.310
			Tratamiento esquizofrenia a partir del segundo año	Mensual	85.620	20%	17.120

16 CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Cáncer del testículo (de los dos testículos)
- ii. Carcinoma de células de Sertoli
- iii. Seminoma
- iv. Seminoma con índice mitótico alto
- v. Seminoma espermatocítico
- vi. Seminoma tipo anaplásico
- vii. Teratoma trofoblástico maligno
- viii. Tumor de células de Leydig
- ix. Tumor de células intersticiales del testículo
- x. Tumor maligno del testículo descendido
- xi. Tumor maligno del testículo ectópico
- xii. Tumor maligno del testículo escrotal
- xiii. Tumor maligno del testículo no descendido
- xiv. Tumor maligno del testículo retenido
- xv. Tumor maligno del testículo
- xvi. Tumor del testículo derivado del mesénquima
- xvii. Tumor de testículo derivado del parénquima

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

16.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
 - ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).
 - iii. Con recidiva tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

16.2 Garantía de oportunidad:

16.2.1 Diagnóstico:

- i. El diagnóstico se realizará dentro de 30 días desde la sospecha.
- ii. La etapificación se realizará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

16.2.2 Tratamiento:

- i. Los tratamientos quirúrgicos se realizarán dentro de 15 días desde la indicación médica.
- ii. Los tratamientos adyuvantes se otorgarán dentro de 30 días desde la indicación médica.

16.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control, una vez finalizado el tratamiento, se realizará dentro de 30 días.

16.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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 de testículo	Cada vez	80.820	20%	16.160
			Etapificación cáncer de testículo	Cada vez	354.210	20%	70.840
		Tratamiento	Intervención quirúrgica cáncer de testículo: orquidectomía	Cada vez	764.750	20%	152.950
			Intervención quirúrgica cáncer de testículo: vaciamiento ganglionar (LALA)	Cada vez	1.943.500	20%	388.700
			Intervención quirúrgica cáncer de testículo: mediastínico-retroperitoneal	Cada vez	1.958.220	20%	391.640
			Intervención quirúrgica cáncer de testículo: vaciamiento ganglionar (LALA) postquimioterapia	Cada vez	1.837.550	20%	367.510
			Radioterapia cáncer de testículo	Por tratamiento completo	1.043.590	20%	208.720
			Radioterapia paliativa cáncer de testículo	Por tratamiento completo	374.790	20%	74.960
			Quimioterapia cáncer de testículo	Por ciclo	348.670	20%	69.730
			Quimioterapia protocolo seminoma E1	Por ciclo	128.640	20%	25.730
			Terapia de reemplazo hormonal	Mensual	19.940	20%	3.990
			Banco de espermios	Anual	392.800	20%	78.560
			Hospitalización asociada a quimioterapia cáncer de testículo	Por tratamiento completo	2.721.710	20%	544.340
		Seguimiento	Seguimiento cáncer de testículo	Mensual	40.340	20%	8.070

17 LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El linfoma es una infiltración del tejido linfoide por células neoplásicas, que puede originarse en los ganglios linfáticos u otro tejido del organismo.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Linfoma de Hodgkin
- ii. Linfoma de Hodgkin predominio linfocítico nodular
- iii. Linfoma de Hodgkin clásico
- iv. Linfoma de Hodgkin clásico esclerosis nodular
- v. Linfoma de Hodgkin clásico celularidad mixta
- vi. Linfoma de Hodgkin clásico rico en linfocitos
- vii. Linfoma de Hodgkin clásico depleción linfocitaria
- viii. Linfoma no Hodgkin
- ix. Linfoma no Hodgkin neoplasias de precursores linfoides
- x. Linfoma no Hodgkin leucemia/linfoma linfoblástico de precursores B
- xi. Linfoma no Hodgkin/linfoma linfoblástico T
- xii. Neoplasias de células maduras
- xiii. Neoplasias B maduras
- xiv. Leucemia linfática crónica/linfoma linfocítico
- xv. Leucemia prolinfocítica B
- xvi. Linfoma esplénico zona marginal
- xvii. Leucemia de células vellosas
- xviii. Linfoma/leucemia, inclasificable
- xix. Linfoma/leucemia, inclasificable: Esplénico difuso pulpa roja células B pequeñas
- xx. Linfoma/leucemia, inclasificable: Variante leucemia de células vellosas
- xxi. Linfoma linfoplasmocítico
- xxii. Linfoma extranodal de zona marginal de tejido asociado a mucosas (MALT)
- xxiii. Linfoma de zona marginal nodal
- xxiv. Linfoma folicular
- xxv. Linfoma del manto
- xxvi. Linfoma células grandes rico células T
- xxvii. Linfoma difuso células grandes B, no especificado
- xxviii. Linfoma primario SNC
- xxix. Linfoma Primario Cutáneo B
- xxx. Linfoma EBV positivo del anciano
- xxxi. Linfoma difuso células grandes asociado a inflamación crónica
- xxxii. Granulomatosis linfomatoide
- xxxiii. Linfoma primario del mediastino células grandes B
- xxxiv. Linfoma intravascular células grandes B
- xxxv. Linfoma células grandes B, ALK positivo
- xxxvi. Linfoma plasmablástico
- xxxvii. Linfoma células grandes B en Enfermedad de Castelman asociado a HHV8
- xxxviii. Linfoma 1° derrames
- xxxix. Linfoma B, inclasificable, intermedio entre difuso células grandes B y Burkitt
- xl. Linfoma B, inclasificable, intermedio entre difuso células grandes B y linfoma de Hodgkin clásico.
- xli. Neoplasias T y NK maduras

- xlii. Leucemia prolinfocítica T
- xliii. Leucemia linfocitos T grandes granulares
- xliv. Desorden linfoproliferativo crónico NK
- xliv. Leucemia NK agresiva
- xlvi. Enfermedades linfoproliferativas del niño virus Epstein Barr positivo
- xlvi. Leucemia/Linfoma T del adulto
- xlvi. Linfoma extranodal T/NK tipo nasal
- xlix. Linfoma T tipo enteropatía
 - l. Linfoma T hepatoesplénico
 - li. Paniculitis subcutánea, tipo linfoma T
 - lii. Micosis fungoide
 - liii. Síndrome de Sezary
 - liv. Linfoma primario cutáneo T, CD30+, subtipos raros
 - lv. Linfoma periférico T, no especificado
 - lvi. Linfoma angioinmunoblástico T
 - lvii. Linfoma anaplástico células grandes, ALK positivo
 - lviii. Linfoma anaplástico células grandes, ALK negativo
 - lix. Desórdenes linfoproliferativos asociados a inmunodeficiencia
 - lx. Enfermedades linfoproliferativas asociadas a inmunodeficiencia primaria
 - lxi. Linfomas relacionados al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
 - lxii. Desórdenes linfoproliferativos post trasplante
 - lxiii. Desórdenes linfoproliferativos asociados a inmunodeficiencia iatrogénica

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

17.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).
- iii. Con recidiva tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

17.2 Garantía de oportunidad:

17.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 35 días desde la sospecha.
- ii. La etapificación se realizará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

17.2.2 Tratamiento:

- i. La quimioterapia se realizará dentro de 10 días desde la etapificación.
- ii. La radioterapia se realizará dentro de 25 días desde la indicación médica.

17.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control, una vez finalizado el tratamiento, se realizará dentro de 30 días.

17.3 Garantía de 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	506.270	20%	101.250
			Etapificación linfoma en personas de 15 años y más	Cada vez	1.464.920	20%	292.980
		Tratamiento	Controles y exámenes asociados a quimioterapia linfoma	Por tratamiento completo	1.491.480	20%	298.300
			Radioterapia linfoma en personas de 15 años y más	Por tratamiento completo	712.610	20%	142.520
			Quimioterapia linfoma en personas de 15 años y más	Por ciclo	1.108.430	20%	221.690
			Quimioterapia rescate de linfomas Hodgkin y no Hodgkin. Esquema ESHAP - ICE	Por ciclo	659.120	20%	131.820
		Seguimiento	Seguimiento linfoma en personas de 15 años y más	Mensual	29.840	20%	5.970

18 SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

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

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- ii. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

18.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con sospecha o por solicitud del usuario, tendrá acceso a examen para el diagnóstico de la infección por VIH.
- ii. Con confirmación diagnóstica o indicación médica, tendrá acceso a exámenes y a los esquemas de tratamiento antirretroviral.
- iii. Persona embarazada VIH (+) y recién nacido hijo de madre VIH (+), tendrán acceso a protocolo para prevención de transmisión vertical.
- iv. En tratamiento con esquemas antirretrovirales, tendrá acceso a continuarlo.
- v. En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

18.2 Garantía de oportunidad:

18.2.1 Diagnóstico:

- i. El diagnóstico se realizará dentro de 45 días desde la sospecha.

18.2.2 Tratamiento:

- i. La consulta por médico con las competencias necesarias para efectuar la prestación, se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. El tratamiento se iniciará dentro de 7 días desde la indicación médica, según criterios establecidos en la NTMA.
- iii. En personas embarazadas VIH (+) se iniciará tratamiento antirretroviral dentro de 7 días desde la indicación médica.
- iv. En personas embarazadas VIH (+) se iniciará la profilaxis antirretroviral 4 horas antes de la cesárea programada o desde el inicio del trabajo de parto, si fuera vaginal.
- v. En púerperas VIH (+) se iniciará el suministro de medicamentos para la interrupción de la producción de leche materna dentro de las 6 horas siguientes al nacimiento.
- vi. En el recién nacido hijo de madre VIH (+) se iniciará la profilaxis antirretroviral dentro de las 6 horas siguientes al nacimiento.
- vii. En el recién nacido hijo de madre VIH (+) se iniciará el suministro de fórmula láctea de inicio inmediatamente después del nacimiento.

Lo anterior deberá ser precisado con lo dispuesto en la NTMA.

18.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
		Diagnóstico	Sospecha infección por VIH	Cada vez	6.080	20%	1.220
			Sospecha infección por VIH en embarazadas	Cada vez	3.530	20%	710
			Exámenes de determinación carga viral	Cada vez	32.140	20%	6.430
			Exámenes linfocitos T y CD4	Cada vez	43.890	20%	8.780
			Exámenes resistencia genética en VIH/SIDA	Cada vez	280.830	20%	56.170
			Evaluación pretratamiento con antirretrovirales	Cada vez	85.440	20%	17.090
			Esquemas terapéuticos con antirretrovirales de inicio o sin fracasos previos en personas de 18 años y más	Mensual	121.930	20%	24.390

18	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	Tratamiento	Esquemas terapéuticos con antirretrovirales de rescate en personas de 18 años y más	Mensual	351.590	20%	70.320
			Esquemas terapéuticos con antirretrovirales para prevención transmisión vertical: embarazo	Por tratamiento completo	1.069.090	20%	213.820
			Terapia antirretroviral para prevención transmisión vertical: parto	Por tratamiento completo	67.080	20%	13.420
			Terapia para prevención transmisión vertical: recién nacido	Por tratamiento completo	355.050	20%	71.010
			Terapia para prevención transmisión vertical: puerperio	Por tratamiento completo	5.670	20%	1.130
			Terapia antirretroviral en personas menores de 18 años	Mensual	291.950	20%	58.390
		Seguimiento	Seguimiento recién nacidos y niños expuestos al VIH (hijos de madres con VIH (+))	Por tratamiento completo	83.370	20%	16.670
			Seguimiento personas VIH (+) de 18 años y más con tratamiento antirretroviral	Mensual	6.880	20%	1.380
			Seguimiento personas VIH (+) menores de 18 años con tratamiento antirretroviral	Mensual	12.620	20%	2.520

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

La infección respiratoria aguda es la inflamación de origen generalmente infeccioso de uno o varios segmentos de la vía aérea.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Bronconeumonía (Todas las de manejo ambulatorio)
- ii. Bronquiolitis aguda
- iii. Bronquitis aguda
- iv. Bronquitis, no especificada como aguda o crónica
- v. Epiglotitis
- vi. Coqueluche
- vii. Gripe con manifestaciones respiratorias, virus no identificado
- viii. Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores
- ix. Influenza
- x. Laringitis aguda
- xi. Laringitis obstructiva aguda
- xii. Laringotraqueítis
- xiii. Neumonía (todas las de manejo ambulatorio)
- xiv. Síndrome bronquial obstructivo agudo
- xv. Síndrome coqueluchoideo
- xvi. Traqueítis
- xvii. Traqueobronquitis

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

19.1 Garantía de acceso:

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

19.2 Garantía de oportunidad:

19.2.1 Tratamiento:

- i. El tratamiento farmacológico se iniciará dentro de 24 horas desde el diagnóstico.
- ii. El tratamiento kinesiológico se iniciará dentro de 24 horas desde la indicación médica.

19.3 Garantía de 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 personas menores de 5 años	Tratamiento	Tratamiento IRA	Cada vez	15.290	20%	3.060

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

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

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades, que impliquen manejo ambulatorio, y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Bronconeumonía
- ii. Neumonía
- iii. Neumopatía aguda
- iv. Pleuroneumonía
- v. Neumonitis infecciosa

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

20.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 65 años y más:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con sospecha tendrá acceso a tratamiento farmacológico.
- iii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a continuar su tratamiento.

20.2 Garantía de oportunidad:

20.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de las 48 horas desde la sospecha.

20.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento farmacológico se iniciará desde la sospecha.

20.3 Garantía de 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	22.770	20%	4.550
		Tratamiento	Tratamiento neumonía	Cada vez	17.450	20%	3.490

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

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.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Hipertensión Arterial Primaria o Esencial

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

21.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

- iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
 - iv. Tendrá acceso a monitoreo continuo de presión arterial según indicación médica.
Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.
- 21.2 Garantía de oportunidad:
- 21.2.1 Diagnóstico:
- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 45 días desde la sospecha.
- 21.2.2 Tratamiento:
- i. Se iniciará dentro de las 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
 - ii. La atención por especialista se realizará dentro de 45 días según indicación médica.
- 21.3 Garantía de 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	8.100	20%	1.620
			Monitoreo continuo de presión arterial	Cada vez	25.740	20%	5.150
		Tratamiento	Tratamiento hipertensión arterial nivel primario	Mensual	3.460	20%	690

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

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y todas las edades. Se define por dos o más convulsiones no provocadas. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Las convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Este problema de salud, sólo considera las epilepsias no refractarias que se caracterizan por tener una buena respuesta al tratamiento médico.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Crisis parciales simples no refractarias
- ii. Crisis parciales complejas no refractarias
- iii. Crisis parciales simples secundariamente generalizadas no refractarias
- iv. Crisis generalizadas no refractarias
- v. Crisis no clasificables no refractaria (ejemplo: provocadas por estímulo táctil, ruido)
- vi. Epilepsia Idiopática no refractaria
- vii. Epilepsia sintomática no refractaria
- viii. Epilepsia criptogenética no refractaria

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

- 22.1 Garantía de acceso:
- Todo beneficiario desde un año de edad y menor de 15 años:
- i. Con sospecha a partir del 1° de julio de 2013 tendrá acceso a evaluación inicial durante 180 días y confirmación diagnóstica.
 - ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
 - iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.
- 22.2 Garantía de oportunidad:
- 22.2.1 Tratamiento:
- i. La evaluación por médico especialista se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica.
 - ii. El tratamiento se realizará dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.

22.3 Garantía de 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	10.730	20%	2.150
			Tratamiento año 1 nivel especialidad epilepsia no refractaria	Mensual	4.140	20%	830
			Tratamiento a contar del segundo año nivel especialidad epilepsia no refractaria	Mensual	4.480	20%	900
			Tratamiento integral año 1 nivel primario epilepsia no refractaria	Mensual	8.980	20%	1.800
			Tratamiento integral a contar del segundo año nivel primario epilepsia no refractaria	Mensual	5.020	20%	1.000

23 SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS

La salud oral integral consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente a los niños y niñas de 6 años para mantener una buena salud bucal. A los 6 años se 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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i.

Caries limitada al esmalte
- ii.

Caries de la dentina
- iii.

Caries dentaria detenida
- iv.

Otras caries dentales
- v.

Película pigmentada
- vi.

Otros depósitos blandos densos
- vii.

Cálculo dentario supragingival
- viii.

Placa bacteriana
- ix.

Otros depósitos especificados sobre los dientes
- x.

Depósitos sobre los dientes, sin especificar
- xi.

Pulpitis
- xii.

Necrosis de la pulpa
- xiii.

Periodontitis apical aguda originada en la pulpa
- xiv.

Periodontitis apical crónica, granuloma apical
- xv.

Absceso periapical con fistula
- xvi.

Absceso periapical sin fistula
- xvii.

Gingivitis marginal simple
- xviii.

Gingivitis hiperplásica
- xix.

Pericoronaritis aguda
- xx.

Hipoplasia del esmalte

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

23.1 Garantía de acceso:

- i.

Todo beneficiario podrá acceder a tratamiento mientras tenga los 6 años. El alta se otorga una vez que hayan erupcionado los 4 primeros molares definitivos, los que deben haber sido evaluados según criterio de riesgo y/o presencia de daño, recibiendo el tratamiento acorde al diagnóstico realizado.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

23.2 Garantía de oportunidad:

23.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 90 días desde la solicitud de atención.

23.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
23	Salud oral integral para niños y niñas de 6 años	Tratamiento	Diagnóstico y tratamiento preventivo salud oral	Por tratamiento completo	38.540	20%	7.710
			Tratamiento salud oral 6 años	Por tratamiento completo	33.550	20%	6.710

24 PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO

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 o inmunológicos.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

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

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

24.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

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

24.2 Garantía de oportunidad:

24.2.1 Diagnóstico:

- i. En personas embarazadas con síntomas de parto prematuro la evaluación por médico se realizará dentro de 6 horas desde la derivación.

24.2.2 Tratamiento:

- i. En personas embarazadas con factores de riesgo de parto prematuro la consulta con médico especialista se realizará dentro de 14 días desde la derivación.
- ii. El tratamiento se iniciará dentro de 2 horas desde la confirmación diagnóstica. Incluye corticoides en síntomas de parto prematuro antes de las 35 semanas de gestación.

24.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
24	Prevención de parto prematuro	Diagnóstico	Confirmación síntomas parto prematuro	Cada vez	92.830	20%	18.570
			Tratamiento síntomas parto prematuro	Cada vez	324.820	20%	64.960
		Tratamiento	Control de embarazadas con factores de riesgo y/o síntomas de parto prematuro	Cada vez	24.790	20%	4.960

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

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 el punto de vista hemodinámico, evitando la muerte súbita por asistolia y mejorando la capacidad funcional y la calidad de vida.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Bloqueo auriculoventricular 2º grado: tipos Mobitz I y II
- ii. Bloqueo auriculoventricular tercer grado (completo)
- iii. Bloqueo bifascicular y bloqueo trifascicular
- iv. Síndrome de Stokes-Adams
- v. Bradiarritmia secundaria a complicación de ablación con radiofrecuencia
- vi. Síncope por bradiarritmia
- vii. Síncope neurocardiogénico maligno
- viii. Síndrome taquicardia-bradicardia
- ix. Fibrilación y/o aleteo auricular con conducción auriculoventricular acelerada refractaria
- x. Síndrome del seno enfermo o enfermedad del nódulo sinusal
- xi. Disfunción del nódulo sinusal.
- xii. Hipersensibilidad del seno carotídeo
- xiii. Trastorno de ritmo después de la fase aguda del infarto agudo del miocardio.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

25.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

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

25.2 Garantía de oportunidad:

25.2.1 Diagnóstico:

- i. Se realizará dentro de 30 días desde la sospecha.

25.2.2 Tratamiento:

- i. Se realizará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

25.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de los 15 días posteriores al alta de instalación de marcapaso o cambio de generador.

25.3 Garantía de 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	139.050	20%	27.810
			Estudio electrofisiológico de arritmias	Cada vez	1.660.130	20%	332.030
		Tratamiento	Implantación marcapaso unicameral VVI	Cada vez	1.559.580	20%	311.920
			Recambio marcapaso unicameral VVI	Cada vez	841.960	20%	168.390
			Implantación marcapaso bicameral DDD	Cada vez	1.790.360	20%	358.070
			Recambio marcapaso bicameral DDD	Cada vez	1.251.690	20%	250.340
		Seguimiento	Seguimiento trastorno de conducción primer año	Mensual	6.820	20%	1.360
			Seguimiento trastorno de conducción a contar del segundo año	Mensual	3.060	20%	610

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

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda
- ii. Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis

- iii. Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis
- iv. Cálculo (impactado) del conducto cístico, no especificado o sin colecistitis
- v. Cálculo (impactado) de la vesícula biliar no especificado o sin colecistitis
- vi. Colecistolitiasis no especificada o sin colecistitis
- vii. Colelitiasis no especificada o sin colecistitis
- viii. Cólico (recurrente) de vesícula biliar no especificado o sin colecistitis
- ix. Cálculo de conducto biliar con colangitis
- x. Cálculo de conducto biliar con colecistitis
- xi. Cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis
- xii. Cálculo biliar (impactado) del colédoco, no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- xiii. Cálculo biliar (impactado) de conducto biliar sai, no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- xiv. Cálculo biliar (impactado) del conducto hepático, no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- xv. Colédocolitiasis no especificada o sin colangitis o sin colecistitis
- xvi. Colelitiasis hepática no especificada o sin colangitis o sin colecistitis
- xvii. Cólico hepático (recurrente) no especificado o sin colangitis o sin colecistitis
- xviii. Pólipos mayores o iguales de 1 cm.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

26.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario entre 35 y 49 años:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

26.2 Garantía de oportunidad:

26.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 30 días desde la sospecha.

26.2.2 Tratamiento:

- i. La intervención quirúrgica se realizará dentro de 90 días desde la confirmación diagnóstica.

26.3 Garantía de 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	39.290	20%	7.860
		Tratamiento	Colecistectomía vía laparoscópica	Cada vez	889.860	20%	177.970
			Colecistectomía abierta	Cada vez	1.019.420	20%	203.880

27 CÁNCER GÁSTRICO

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Tumor maligno del cardias
- ii. Tumor maligno de orificio del cardias
- iii. Tumor maligno de la unión cardioesofágica
- iv. Tumor maligno de la unión gastroesofágica
- v. Tumor maligno del fundus gástrico
- vi. Tumor maligno del cuerpo del estómago

- vii. Tumor maligno del antro pilórico
- viii. Tumor maligno del antro gástrico
- ix. Tumor maligno del píloro
- x. Tumor maligno del conducto pilórico
- xi. Tumor maligno del prepíloro
- xii. Tumor maligno de la curvatura menor del estómago, sin otra especificación
- xiii. Tumor maligno de la curvatura mayor del estómago, sin otra especificación
- xiv. Carcinoma in situ del estómago

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

27.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario menor de 40 años:

- i. Con confirmación diagnóstica de cáncer, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).

Todo beneficiario de 40 años y más:

- i. Con sospecha tendrá acceso a atención por médico especialista.
- ii. Con indicación de especialista, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- iii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

27.2 Garantía de oportunidad:

27.2.1 Diagnóstico:

- i. La evaluación por médico especialista se realizará dentro de 30 días desde la sospecha.
- ii. La confirmación diagnóstica, incluida la etapificación, se realizará dentro de 30 días desde la solicitud por el especialista.

27.2.2 Tratamiento:

- i. La intervención quirúrgica se realizará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. El tratamiento adyuvante se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

27.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
27	Cáncer gástrico	Diagnóstico	Sospecha cáncer gástrico personas de 40 años y más nivel especialidad	Cada vez	12.320	20%	2.460
			Confirmación cáncer gástrico nivel especialidad	Cada vez	158.550	20%	31.710
			Etapificación cáncer gástrico personas de 40 años y más nivel especialidad	Cada vez	242.060	20%	48.410
		Tratamiento	Intervención quirúrgica cáncer gástrico avanzado	Cada vez	3.482.830	20%	696.570
			Intervención quirúrgica resección endoscópica cáncer gástrico incipiente	Cada vez	1.204.800	20%	240.960
			Intervención quirúrgica gastrectomía subtotal cáncer gástrico incipiente por laparoscopia	Cada vez	2.910.150	20%	582.030
			Intervención quirúrgica gastrectomía total cáncer gástrico incipiente por laparoscopia	Cada vez	3.069.740	20%	613.950
			Intervención quirúrgica gastrectomía total cáncer gástrico incipiente por laparotomía	Cada vez	2.322.410	20%	464.480
			Intervención quirúrgica gastrectomía subtotal cáncer gástrico incipiente por laparotomía	Cada vez	1.550.820	20%	310.160
			Evaluación postquirúrgica cáncer gástrico	Por evaluación completa	67.290	20%	13.460
			Exámenes durante quimioterapia preoperatoria	Por tratamiento completo	824.010	20%	164.800
			Exámenes durante quimioterapia posoperatoria	Por tratamiento completo	664.900	20%	132.980
			Quimioterapia preoperatoria para T4 y O N+	Por ciclo	663.880	20%	132.780
			Quimioterapia posoperatoria para T4 y O N+	Por ciclo	85.860	20%	17.170
			Quimioterapia posoperatoria Mac Donald	Por ciclo	86.250	20%	17.250
			Quimioterapia posoperatoria CCAP	Por ciclo	292.100	20%	58.420
			Radioterapia externa cáncer gástrico	Por tratamiento completo	1.043.590	20%	208.720

28 CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El cáncer de próstata es un tumor en el que se forman células malignas en los tejidos de la próstata y que generalmente se presenta en hombres mayores de 50 años.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Tumor maligno de la próstata
Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:
28.1 Garantía de acceso:
Todo beneficiario de 15 años y más:
 - i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).
 - ii. Con recidiva tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- 28.2 Garantía de oportunidad:
28.2.1 Tratamiento:
 - i. La etapificación se realizará dentro de 60 días desde la confirmación diagnóstica.
 - ii. El tratamiento primario se realizará dentro de 60 días desde la etapificación.
 - iii. El tratamiento adyuvante se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
- 28.2.2 Seguimiento:
 - i. El primer control se realizará dentro de 45 días desde la indicación médica.
- 28.3 Garantía de protección financiera:

N°	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	141.380	20%	28.280
			Intervención quirúrgica tumores malignos de próstata	Cada vez	2.614.560	20%	522.910
			Intervención quirúrgica orquidectomía	Cada vez	579.460	20%	115.890
			Radioterapia cáncer de próstata	Por tratamiento completo	1.043.590	20%	208.720
			Radioterapia paliativa cáncer de próstata	Por tratamiento completo	564.160	20%	112.830
			Hormonoterapia	Cada vez	161.200	20%	32.240
			Hospitalización asociada a quimioterapia cáncer de próstata	Por tratamiento completo	1.429.730	20%	285.950
			Braquiterapia cáncer de próstata	Por tratamiento completo	1.259.390	20%	251.880
			Quimioterapia para hormonorefractarios	Por ciclo	509.270	20%	101.850
		Seguimiento	Seguimiento cáncer de próstata	Mensual	34.460	20%	6.890

29 VICIOS DE REFRACCIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Presbicia
 - ii. Miopía
 - iii. Astigmatismo
 - iv. Hipermetropía
- Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:
- 29.1 Garantía de acceso:
- Todo beneficiario de 65 años y más:
- i. Con presbicia tendrá acceso a lentes sin necesidad de confirmación diagnóstica.

- ii. Con sospecha de miopía, astigmatismo o hipermetropía, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- iii. Con confirmación diagnóstica de miopía, astigmatismo o hipermetropía, tendrá acceso a lentes.

29.2 Garantía de oportunidad:

29.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica de miopía, astigmatismo o hipermetropía se realizará dentro de 180 días desde la sospecha.

29.2.2 Tratamiento:

- i. La entrega de lentes, en caso de presbicia se realizará dentro de 30 días desde la solicitud.
- ii. La entrega de lentes en caso miopía, astigmatismo o hipermetropía, se realizará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

29.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	12.320	20%	2.460
		Tratamiento	Tratamiento presbicia pura (entrega de lentes)	Cada vez	4.810	20%	960
			Tratamiento vicio refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)	Cada vez	36.580	20%	7.320

30 ESTRABISMO EN PERSONAS MENORES DE 9 AÑOS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Endotropía precoz
- ii. Endotropía esencial o infantil
- iii. Endotropía acomodativa y parcialmente acomodativa
- iv. Endotropía comitante adquirida
- v. Endotropía no clasificada
- vi. Exotropía intermitente
- vii. Exotropía permanente
- viii. Exotropía precoz
- ix. Exotropía no clasificada
- x. Secuelas de estrabismos paralíticos restrictivos o sensoriales
- xi. Estrabismos residuales o evolutivos en pacientes ya tratados de estrabismo
- xii. Estrabismos verticales
- xiii. Estrabismos paralíticos, restrictivos o sensoriales

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

30.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario menor de 9 años:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).
- iii. Con sospecha a partir del 1 de julio de 2006, siendo menor de 9 años, tendrá acceso a confirmación y tratamiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

30.2 Garantía de oportunidad:

30.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 90 días desde la sospecha.

30.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento médico se realizará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. El tratamiento quirúrgico se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.
- iii. El control médico se realizará dentro de 30 días desde el alta médica.

30.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
30	Estrabismo en personas menores de 9 años	Diagnóstico	Confirmación estrabismo en personas menores de 9 años	Cada vez	79.430	20%	15.890
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico ambulatorio estrabismo en personas menores de 9 años	Cada vez	434.550	20%	86.910
			Tratamiento médico estrabismo en personas menores de 9 años	Cada vez	133.310	20%	26.660

31 RETINOPATÍA DIABÉTICA

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Retinopatía diabética
- ii. Diabetes mellitus insulín dependiente con retinopatía diabética
- iii. Diabetes mellitus no insulín dependiente con retinopatía diabética
- iv. Diabetes mellitus asociada con desnutrición con retinopatía diabética
- v. Otra diabetes mellitus especificada con retinopatía diabética
- vi. Diabetes mellitus no especificada con retinopatía diabética

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

31.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario diabético:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

31.2 Garantía de oportunidad:

31.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 90 días desde la sospecha.

31.2.2 Tratamiento:

- i. La fotocoagulación o vitrectomía se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica.

31.3 Garantía de 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	19.630	20%	3.930
		Tratamiento	Tratamiento fotocoagulación retinopatía diabética	Cada vez	350.790	20%	70.160
			Tratamiento vitrectomía retinopatía diabética	Cada vez	2.230.150	20%	446.030

32 DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO

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

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Desprendimiento de la retina con ruptura
- ii. Desprendimiento de la retina con y sin desgarro
- iii. Retinosquisis y quistes de la retina
- iv. Desprendimiento de la retina sin otra especificación

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

32.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

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

32.2 Garantía de oportunidad:

32.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 5 días desde la sospecha.

32.2.2 Tratamiento:

- i. La vitrectomía o cirugía convencional, se realizará dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.

32.3 Garantía de 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	12.320	20%	2.460
		Tratamiento	Tratamiento vitrectomía desprendimiento de retina	Cada vez	2.509.730	20%	501.950
			Cirugía desprendimiento retina	Cada vez	348.470	20%	69.690

33 HEMOFILIA

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Hemofilia A
- ii. Hemofilia B

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

33.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

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

33.2 Garantía de oportunidad:

33.2.1 Diagnóstico:

- i. Se realizará dentro de 15 días desde la sospecha.

33.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará desde la sospecha, según indicación médica.

33.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	122.930	20%	24.590
		Tratamiento	Profilaxis en personas menores de 15 años	Mensual	1.970.450	20%	394.090
			Tratamiento de eventos graves para personas de 15 años y más	Cada vez	12.095.890	20%	2.419.180
			Tratamiento de eventos graves para personas menores de 15 años	Cada vez	6.846.360	20%	1.369.270
			Tratamiento de eventos no graves para personas de 15 años y más	Mensual	1.125.090	20%	225.020
			Tratamiento de eventos no graves para personas menores de 15 años	Mensual	404.300	20%	80.860
			Exámenes anuales de control hematológico para todo paciente hemofílico	Anual	29.480	20%	5.900
			Exámenes anuales de control microbiológico e imagenológico para todo paciente hemofílico	Anual	88.860	20%	17.770
			Tratamiento artropatía hemofílica dolorosa	Cada vez	176.830	20%	35.370

34 DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Episodio depresivo leve
- ii. Episodio depresivo moderado
- iii. Episodio depresivo grave sin síntomas sicóticos
- iv. Episodio depresivo grave con síntomas sicóticos
- v. Otros episodios depresivos
- vi. Episodio depresivo sin especificación
- vii. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
- viii. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
- ix. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas sicóticos
- x. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas sicóticos
- xi. Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
- xii. Otros trastornos depresivos recurrentes
- xiii. Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

34.1 Garantía de acceso:

- i. Todo beneficiario de 15 años y más con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

34.2 Garantía de oportunidad:

34.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará desde la confirmación diagnóstica.
- ii. La consulta con médico especialista se realizará dentro de 30 días desde la derivación. Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

34.3 Garantía de 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	6.490	20%	1.300
			Tratamiento depresión moderada	Mensual	9.710	20%	1.940
			Tratamiento depresión grave	Mensual	12.050	20%	2.410
			Tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad, fase aguda	Mensual	37.170	20%	7.430
			Tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad, fase mantenimiento	Mensual	10.980	20%	2.200

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

La hiperplasia prostática benigna consiste en un aumento de volumen prostático y que se presenta en forma frecuente a medida que los hombres envejecen. Puede provocar síntomas urinarios molestos, como el bloqueo del flujo de orina de la vejiga.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Hiperplasia de la próstata
- ii. Adenoma (benigno) de la próstata
- iii. Aumento (benigno) de la próstata

- iv. Fibroadenoma de la próstata
- v. Fibroma de la próstata
- vi. Hipertrofia adenofibromatosa de la próstata
- vii. Hipertrofia (benigna) de la próstata
- viii. Mioma de la próstata
- ix. Barra mediana prostática

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

35.1 Garantía de acceso:

- i. Todo beneficiario con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

35.2 Garantía de oportunidad:

35.2.1 Tratamiento:

- i. El tratamiento médico se realizará dentro de 7 días desde la indicación médica.
- ii. El tratamiento quirúrgico se realizará dentro de 180 días desde la indicación médica en pacientes con retención urinaria aguda repetida y hematuria macroscópica recurrente o persistente.
- iii. El tratamiento quirúrgico se realizará dentro de 90 días desde la 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.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

35.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
35	Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas	Tratamiento	Tratamiento farmacológico hiperplasia próstata	Mensual	25.510	20%	5.100
			Tratamiento quirúrgico hiperplasia próstata	Cada vez	1.170.360	20%	234.070
			Evaluación postquirúrgica hiperplasia próstata	Por evaluación completa	25.820	20%	5.160

36 AYUDAS TÉCNICAS PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

Las ayudas técnicas se definen como cualquier producto externo cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Toda patología que produzca limitaciones en que se requiera de ayudas técnicas

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

36.1 Garantía de acceso:

- i. Todo beneficiario de 65 años y más tendrá acceso a ayudas técnicas y sesiones de kinesiología para su uso, según indicación médica.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

36.2 Garantía de oportunidad:

36.2.1 Rehabilitación:

- i. La entrega de bastones, cojines y colchones, se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
- ii. La entrega de sillas de ruedas o andadores se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

36.3 Garantía de protección financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
36	Ayudas técnicas para personas de 65 años y más	Rehabilitación	Atención kinesiológica	Cada vez	4.550	20%	910
			Andador sin ruedas	Cada vez	33.080	20%	6.620
			Andador con dos ruedas	Cada vez	40.810	20%	8.160
			Andador con cuatro ruedas y canasta	Cada vez	69.320	20%	13.860
			Bastón de apoyo o de mano	Cada vez	13.960	20%	2.790
			Bastón codera móvil	Cada vez	13.960	20%	2.790
			Cojín antiescaras viscoelástico	Cada vez	46.030	20%	9.210
			Cojín antiescaras celdas de aire	Cada vez	148.370	20%	29.670
			Colchón antiescaras celdas de aire	Cada vez	247.030	20%	49.410
			Colchón antiescaras viscoelástico	Cada vez	168.440	20%	33.690
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	327.500	20%	65.500
			Silla de ruedas neurológica	Cada vez	870.190	20%	174.040

37 ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Infarto cerebral debido a trombosis de arterias precerebrales
- ii. Infarto cerebral debido a embolia de arterias precerebrales
- iii. Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias precerebrales
- iv. Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales
- v. Infarto cerebral debido a embolia de arterias cerebrales
- vi. Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias cerebrales
- vii. Infarto cerebral debido a trombosis de venas cerebrales, no piógeno
- viii. Otros infartos cerebrales
- ix. Infarto cerebral, no especificado
- x. Oclusión y estenosis de arterias cerebrales y precerebrales que ocasionan infarto cerebral
- xi. Ataque vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico
- xii. Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines
- xiii. Síndrome arterial vértebro-basilar
- xiv. Síndrome de arteria carótida (hemisférico)
- xv. Síndromes arteriales precerebrales bilaterales y múltiples
- xvi. Amaurosis fugaz
- xvii. Amnesia global transitoria
- xviii. Otras isquemias cerebrales transitorias y síndromes afines
- xix. Isquemia cerebral transitoria, sin otra especificación

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

37.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años o más:

- i. Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento, incluyendo la hospitalización, según indicación médica, en prestador con capacidad resolutive.
- iii. Con tratamiento tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.
- iv. Menor de 65 años tendrá acceso a ayudas técnicas y atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas, según indicación médica.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

37.2 Garantía de oportunidad:

37.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 24 horas desde la sospecha.

37.2.2 Tratamiento:

- i. La hospitalización en prestador con capacidad resolutive, según indicación médica, se realizará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- ii. El tratamiento se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.

37.2.3 Seguimiento:

- i. La atención con médico especialista se realizará dentro de 10 días desde el alta hospitalaria.
- ii. La atención con fonoaudiólogo, kinesiólogo y/o terapeuta ocupacional se realizará dentro de 10 días desde la indicación médica.

37.2.4 Rehabilitación:

- i. La entrega de bastón, cojín o colchón para menores de 65 años, se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
- ii. La entrega de sillas de ruedas para menores de 65 años, se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

37.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
37	Ataque cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación ataque cerebrovascular isquémico	Cada vez	110.190	20%	22.040
		Tratamiento	Tratamiento ataque cerebrovascular isquémico	Cada vez	1.266.490	20%	253.300
		Seguimiento	Seguimiento ataque cerebrovascular isquémico	Mensual	22.390	20%	4.480
		Rehabilitación	Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas	Cada vez	17.030	20%	3.410
			Bastón codera móvil	Cada vez	13.960	20%	2.790
			Cojín antiescaras viscoelástico	Cada vez	46.030	20%	9.210
			Colchón antiescaras celdas de aire	Cada vez	247.030	20%	49.410
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	327.500	20%	65.500
			Silla de ruedas neurológica	Cada vez	870.190	20%	174.040

38 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio (EPOC) 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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Enfisema panlobular
- ii. Enfisema panacinar
- iii. Enfisema centrolobular
- iv. Otros tipos de enfisema
- v. Enfisema, no especificado
- vi. Enfisema buloso del pulmón
- vii. Enfisema vesicular del pulmón
- viii. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores
- ix. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada
- x. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
- xi. Bronquitis crónica con enfisema
- xii. Bronquitis crónica enfisematosa
- xiii. Bronquitis crónica con obstrucción de las vías aéreas
- xiv. Bronquitis obstructiva crónica
- xv. Traqueobronquitis obstructiva crónica

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

38.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

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

38.2 Garantía de oportunidad:

38.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 30 días desde la sospecha.

38.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará desde la confirmación diagnóstica según indicación médica.
- ii. La atención con médico especialista, según indicación médica en pacientes con sospecha de EPOC de alto riesgo, se realizará dentro de 45 días desde la derivación.

38.3 Garantía de protección financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
38	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	Diagnóstico	Confirmación EPOC	Cada vez	30.460	20%	6.090
			Tratamiento EPOC bajo riesgo nivel primario	Mensual	4.390	20%	880
		Tratamiento	Tratamiento EPOC alto riesgo nivel terciario	Mensual	29.770	20%	5.950
			Tratamiento EPOC exacerbaciones	Cada vez	18.490	20%	3.700

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

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Asma predominantemente alérgica
- ii. Asma alérgica extrínseca
- iii. Asma atópica
- iv. Asma no alérgica
- v. Asma idiosincrásica
- vi. Asma intrínseca no alérgica
- vii. Asma mixta
- viii. Combinación de diagnósticos de asma predominantemente alérgica y asma no alérgica
- ix. Asma, no especificado
- x. Asma de aparición tardía
- xi. Estado asmático
- xii. Asma aguda severa
- xiii. Síndrome bronquial obstructivo recurrente del lactante y preescolar

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

39.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

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

39.2 Garantía de oportunidad:

39.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 20 días desde la sospecha.

39.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará desde la confirmación diagnóstica, según indicación médica.
- ii. La atención con médico especialista se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

39.3 Garantía de 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 personas menores de 15 años	Diagnóstico	Confirmación asma bronquial en personas menores de 15 años nivel primario	Cada vez	32.370	20%	6.470
		Tratamiento	Tratamiento asma moderado estable nivel primario en personas menores de 15 años	Mensual	9.630	20%	1.930
			Tratamiento asma moderado y grave estable nivel especialidad en personas menores de 15 años	Mensual	27.760	20%	5.550
			Tratamiento exacerbaciones nivel primario en personas menores de 15 años	Cada vez	15.630	20%	3.130
			Tratamiento exacerbaciones nivel especialidad en personas menores de 15 años	Cada vez	19.820	20%	3.960

40 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Enfermedad de la membrana hialina del recién nacido
- ii. Bronconeumonía connatal
- iii. Bronconeumonía no connatal
- iv. Aspiración neonatal de meconio
- v. Hernia diafragmática congénita
- vi. Hipertensión pulmonar persistente

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

40.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario recién nacido:

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

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

40.2 Garantía de oportunidad:

40.2.1 Diagnóstico y tratamiento:

- i. Se iniciará desde la sospecha.
- ii. El ingreso a prestador con capacidad resolutive integral se realizará dentro de 72 horas desde la sospecha.

40.3 Garantía de 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	7.362.600	20%	1.472.520
			Hernia diafragmática: confirmación y tratamiento	Por tratamiento completo	5.141.060	20%	1.028.210
			Hernia diafragmática: tratamiento especializado con óxido nítrico	Por tratamiento completo	6.691.690	20%	1.338.340
			Hipertensión pulmonar persistente: confirmación y tratamiento	Por tratamiento completo	5.311.330	20%	1.062.270
			Hipertensión pulmonar persistente, aspiración de meconio y bronconeumonía: tratamiento especializado con óxido nítrico	Por tratamiento completo	4.893.200	20%	978.640
			Aspiración de meconio: confirmación y tratamiento	Por tratamiento completo	3.048.640	20%	609.730
			Bronconeumonía: confirmación y tratamiento	Por tratamiento completo	1.901.710	20%	380.340

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

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.

En este problema de salud 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.

- i. Artrosis de (la) cadera
- ii. Artrosis de (la) cadera bilateral
- iii. Artrosis de (la) cadera izquierda
- iv. Artrosis de (la) cadera derecha
- v. Artrosis de (la) cadera leve
- vi. Artrosis de (la) cadera moderada
- vii. Artrosis de (la) cadera bilateral leve
- viii. Artrosis de (la) cadera bilateral moderada
- ix. Artrosis de (la) cadera izquierda leve
- x. Artrosis de (la) cadera izquierda moderada
- xi. Artrosis de (la) cadera derecha leve
- xii. Artrosis de (la) cadera derecha moderada
- xiii. Coxartrosis
- xiv. Coxartrosis bilateral
- xv. Coxartrosis izquierda
- xvi. Coxartrosis derecha
- xvii. Coxartrosis leve
- xviii. Coxartrosis moderada
- xix. Coxartrosis bilateral leve
- xx. Coxartrosis bilateral moderada
- xxi. Coxartrosis izquierda leve
- xxii. Coxartrosis izquierda moderada
- xxiii. Coxartrosis derecha leve
- xxiv. Coxartrosis derecha moderada

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

- i. Artrosis de (la) rodilla
- ii. Artrosis de (la) rodilla bilateral
- iii. Artrosis de (la) rodilla izquierda
- iv. Artrosis de (la) rodilla derecha
- v. Artrosis de (la) rodilla leve
- vi. Artrosis de (la) rodilla moderada
- vii. Artrosis de (la) rodilla bilateral leve
- viii. Artrosis de (la) rodilla bilateral moderada
- ix. Artrosis de (la) rodilla izquierda leve
- x. Artrosis de (la) rodilla izquierda moderada

- xi. Artrosis de (la) rodilla derecha leve
- xii. Artrosis de (la) rodilla derecha moderada
- xiii. Gonartrosis
- xiv. Gonartrosis bilateral
- xv. Gonartrosis izquierda
- xvi. Gonartrosis derecha
- xvii. Gonartrosis leve
- xviii. Gonartrosis moderada
- xix. Gonartrosis bilateral leve
- xx. Gonartrosis bilateral moderada
- xxi. Gonartrosis izquierda leve
- xxii. Gonartrosis izquierda moderada
- xxiii. Gonartrosis derecha leve
- xxiv. Gonartrosis derecha moderada

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

41.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 55 años o más:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento médico.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

41.2 Garantía de oportunidad:

41.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- ii. La atención por médico especialista se realizará dentro de 120 días desde la indicación médica.

41.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada	Tratamiento	Tratamiento médico	Mensual	3.730	20%	750
			Tratamiento de infiltración	Cada vez	92.600	20%	18.520

42 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES

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.

En este problema de salud 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.

- i. Hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma cerebral
- ii. Hemorragia subaracnoidea de arteria cerebral media, por ruptura de aneurisma
- iii. Hemorragia subaracnoidea de arteria comunicante anterior, por ruptura de aneurisma
- iv. Hemorragia subaracnoidea de arteria comunicante posterior, por ruptura de aneurisma
- v. Hemorragia subaracnoidea de arteria basilar, por ruptura de aneurisma
- vi. Hemorragia subaracnoidea de arteria intracraneal por ruptura de aneurisma
- vii. Hemorragia de múltiples arterias intracraneales por ruptura de aneurismas
- viii. Hemorragia por ruptura de aneurisma del polígono de Willis

- ix. Hemorragia subaracnoidea de arteria cerebral por ruptura de aneurisma
- x. Hemorragia subaracnoidea de arteria comunicante por ruptura de aneurisma
- xi. Hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma
- xii. Ruptura de aneurisma cerebral
- xiii. Ruptura de aneurisma cerebral congénito

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

42.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- ii. Con tratamiento tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.
- iii. Menor de 65 años, tendrá acceso a ayudas técnicas y atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas, según indicación médica.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

42.2 Garantía de oportunidad:

42.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica de hemorragia subaracnoidea con tomografía computarizada (TAC) se realizará dentro de 24 horas desde la sospecha.
- ii. La confirmación diagnóstica de aneurisma roto por angiografía TAC multicorte o angiografía digital se realizará dentro de 48 horas desde la confirmación diagnóstica de hemorragia subaracnoidea.

42.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento en establecimiento con capacidad resolutive se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica de aneurisma roto, según indicación médica.

42.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control con médico especialista se realizará dentro de 30 días desde el alta, según indicación médica.

42.2.4 Rehabilitación:

- i. La entrega de bastón, cojín o colchón, para menores de 65 años, se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
- ii. La entrega de sillas de ruedas, para menores de 65 años, se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

42.3 Garantía de 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	1.051.700	20%	210.340
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico ruptura aneurisma cerebral	Cada vez	6.816.800	20%	1.363.360
			Tratamiento vía vascular coil de ruptura aneurisma cerebral	Cada vez	19.906.260	20%	3.981.250
			Tratamiento de complicaciones: drenaje ventricular	Cada vez	851.940	20%	170.390
		Seguimiento	Seguimiento ruptura aneurisma cerebral	Por tratamiento completo	604.160	20%	120.830
		Rehabilitación	Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas	Cada vez	17.030	20%	3.410
			Bastón codera móvil	Cada vez	13.960	20%	2.790
			Cojín antiescaras viscoelástico	Cada vez	46.030	20%	9.210
			Colchón antiescaras celdas de aire	Cada vez	247.030	20%	49.410
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	327.500	20%	65.500
			Silla de ruedas neurológica	Cada vez	870.190	20%	174.040

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

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.

En este problema de salud quedan incluidas solo aquellas enfermedades que afectan la cavidad craneana, que se detallan a continuación y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Craneofaringioma
- ii. Meningioma encefálico
- iii. Tumor benigno de la hipófisis
- iv. Hemangioblastoma encefálico

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

43.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años o más:

- i. Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

43.2 Garantía de oportunidad:

43.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 25 días desde la sospecha.

43.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. El control por médico especialista se realizará dentro de 30 días según indicación médica.

43.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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 y más	Diagnóstico	Confirmación tumores primarios sistema nervioso central	Cada vez	2.376.480	20%	475.300
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico tumores primarios sistema nervioso central	Cada vez	4.689.280	20%	937.860
			Tratamiento radioterapia tumores primarios sistema nervioso central	Por tratamiento completo	1.044.190	20%	208.840
			Tratamiento medicamentoso indefinido tumores hipofisarios no funcionantes	Mensual	65.050	20%	13.010
			Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento prolactinomas	Mensual	110.450	20%	22.090
			Tratamiento medicamentoso y seguimiento acromegalia	Mensual	1.073.680	20%	214.740
			Tratamiento y seguimiento diabetes insípida	Mensual	173.570	20%	34.710
			Tratamiento y seguimiento enfermedad de Cushing	Mensual	194.110	20%	38.820

44 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR

Corresponde a la salida del material gelatinoso central (núcleo pulpos) 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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Ciática por trastorno de disco intervertebral lumbar
- ii. Desplazamiento de disco intervertebral lumbar
- iii. Disco lumbar luxado
- iv. Estenosis del canal neural por disco intervertebral
- v. Hernia discal lumbar
- vi. Hernia Núcleo Pulposo lumbar
- vii. Luxación disco (intervertebral) lumbar
- viii. Mielopatía por desplazamiento o hernia de disco vertebral lumbar
- ix. Radiculopatía por desplazamiento o hernia de disco intervertebral lumbar

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

44.1 Garantía de acceso:

- i. Todo beneficiario con confirmación diagnóstica e indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía. Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

44.2 Garantía de oportunidad:

44.2.1 Tratamiento:

- i. Se realizará dentro de 45 días desde la indicación quirúrgica.

44.2.2 Seguimiento:

- i. El control por médico especialista se realizará dentro de 30 días del alta.

44.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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 núcleo pulposo lumbar	Cada vez	1.307.920	20%	261.580
		Seguimiento	Seguimiento hernia núcleo pulposo lumbar	Por seguimiento completo	98.510	20%	19.700

45 LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Cloroma
- ii. Enfermedad de Di Guglielmo
- iii. Eritremia aguda
- iv. Eritroleucemia
- v. Leucemia
- vi. Leucemia aguda
- vii. Leucemia aguda, células de tipo no especificado
- viii. Leucemia aleucémica
- ix. Leucemia basofílica
- x. Leucemia blástica
- xi. Leucemia crónica
- xii. Leucemia crónica, células de tipo no especificado
- xiii. Leucemia de hemocitoblastos
- xiv. Leucemia de células de Burkitt
- xv. Leucemia eosinofílica
- xvi. Leucemia granulocítica (crónica)
- xvii. Leucemia linfoblástica aguda
- xviii. Leucemia linfocítica crónica
- xix. Leucemia linfoide
- xx. Leucemia linfoide aleucémica
- xxi. Leucemia megacarioblástica
- xxii. Leucemia megacarioblástica aguda
- xxiii. Leucemia megacariocítica (aguda)
- xxiv. Leucemia mielógena
- xxv. Leucemia mieloide

- xxvi. Leucemia mieloide aguda
- xxvii. Leucemia mieloide aleucémica
- xxviii. Leucemia mieloide crónica
- xxix. Leucemia mielomonocítica aguda
- xxx. Leucemia monocítica
- xxxi. Leucemia monocítica aguda
- xxxii. Leucemia monocitoide
- xxxiii. Leucemia prolinfocítica
- xxxiv. Leucemia promielocítica aguda
- xxxv. Sarcoma granulocítica
- xxxvi. Sarcoma mieloide

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

45.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y estudio de leucemia.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- iv. Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

45.2 Garantía de oportunidad:

45.2.1 Diagnóstico:

- i. En leucemia aguda, la confirmación diagnóstica y el estudio completo se realizarán dentro de 21 días desde la sospecha.
- ii. En leucemia crónica, la confirmación diagnóstica y el estudio completo se realizarán dentro de 60 días desde la sospecha.

45.2.2 Tratamiento:

- i. En leucemia aguda, el tratamiento de quimioterapia se iniciará dentro de 72 horas desde la indicación médica.
- ii. En leucemia crónica, el tratamiento de quimioterapia se iniciará dentro de 10 días desde la indicación médica.

45.2.3 Seguimiento:

- i. En leucemia aguda, el primer control se realizará dentro de 14 días desde la indicación médica.
- ii. En leucemia crónica, el primer control se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

45.3 Garantía de 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 más	Diagnóstico	Confirmación leucemia aguda	Cada vez	881.450	20%	176.290
			Estudio leucemia aguda	Cada vez	2.398.590	20%	479.720
			Confirmación leucemia mieloide crónica y linfática crónica	Cada vez	176.880	20%	35.380
			Estudio leucemia crónica	Cada vez	952.840	20%	190.570
		Tratamiento	Tratamiento leucemia aguda por quimioterapia	Por tratamiento completo	10.894.340	20%	2.178.870
			Tratamiento leucemia crónica por quimioterapia	Por tratamiento completo	582.570	20%	116.510
			Quimioterapia leucemia mieloide crónica eosinofílica y recombinación del gen FIP1L1 - PDGFRA	Mensual	467.010	20%	93.400
			Quimioterapia leucemia linfática crónica	Mensual	457.640	20%	91.530
			Quimioterapia leucemia aguda: leucemia linfoblástica	Mensual	248.900	20%	49.780
			Quimioterapia leucemia aguda: recaída de leucemias linfoblásticas	Mensual	1.268.310	20%	253.660
			Quimioterapia leucemia aguda: leucemia no linfoblástica - leucemia mieloide (LNLA)	Mensual	844.180	20%	168.840
			Quimioterapia leucemia aguda: recaída de leucemia no linfoblástica - leucemia mieloide (LNLA)	Por ciclo	716.960	20%	143.390

		Quimioterapia leucemia aguda: leucemia promielocítica aguda	Mensual	332.450	20%	66.490
		Quimioterapia leucemia mieloide crónica: tratamiento hidroxycarbamida	Mensual	49.180	20%	9.840
		Quimioterapia leucemia mieloide crónica: tratamiento inhibidor tirosina quinasa	Mensual	3.058.630	20%	611.730
	Seguimiento	Seguimiento leucemia aguda	Mensual	13.990	20%	2.800
		Seguimiento leucemia mieloide crónica	Mensual	24.150	20%	4.830
		Seguimiento leucemia linfática crónica	Mensual	5.950	20%	1.190

46 URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA

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

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Pulpitis
- ii. Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico
- iii. Absceso de espacios anatómicos bucomaxilofaciales
- iv. Pericoronaritis aguda
- v. Flegmones orofaríngeos de origen odontogénico
- vi. Gingivitis úlcero necrótica
- vii. Complicaciones postexodoncia: hemorragia y alveolitis de los maxilares
- viii. Traumatismo dento alveolar

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

46.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con confirmación diagnóstica de abscesos de espacios anatómicos del territorio bucomaxilofacial y flegmón orocervicofacial de origen odontológico, tendrá acceso a tratamiento inicial en urgencia.
- ii. En los demás casos con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

46.2 Garantía de oportunidad:

46.2.1 Tratamiento:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 24 horas desde la sospecha.
- ii. El tratamiento se iniciará inmediatamente desde la confirmación diagnóstica.

46.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	18.940	20%	3.790
			Absceso de espacios anatómicos del territorio bucomaxilofacial: nivel primario	Cada vez	5.140	20%	1.030
			Flegmón orocervicofacial de origen odontogénico: nivel primario	Cada vez	5.140	20%	1.030
			Gingivitis úlcero necrotizante	Cada vez	17.200	20%	3.440
			Complicaciones postexodoncia	Cada vez	12.380	20%	2.480
			Traumatismo dentoalveolar	Cada vez	32.760	20%	6.550
			Pericoronaritis	Cada vez	19.550	20%	3.910
			Pulpitis	Cada vez	13.610	20%	2.720

47 SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS

La salud oral integral del adulto de 60 años, consiste en una atención odontológica realizada por el cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Caries limitada al esmalte
- ii. Caries de la dentina
- iii. Caries del cemento

- iv. Otras caries dentales
- v. Película pigmentada
- vi. Otros depósitos blandos densos
- vii. Cálculo dentario supragingival
- viii. Cálculo dentario subgingival
- ix. Placa bacteriana
- x. Otros depósitos sobre los dientes sin especificar
- xi. Depósitos especificados sobre los dientes
- xii. Gingivitis aguda
- xiii. Gingivitis crónica
- xiv. Retracción gingival
- xv. Periodontitis aguda
- xvi. Periodontitis crónica
- xvii. Candidiasis
- xviii. Leucoplasia
- xix. Leucoplasia pilosa
- xx. Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local o edentulismos total o parcial.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

47.1 Garantía de acceso:

- i. 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.

47.2 Garantía de oportunidad:

47.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 90 días desde la solicitud de atención.

47.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	414.620	20%	82.920

48 POLITRAUMATIZADO GRAVE

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Traumatismo cervical contuso complicado
- ii. Traumatismo cervical penetrante complicado
- iii. Traumatismo torácico contuso complicado
- iv. Traumatismo torácico penetrante complicado
- v. Traumatismo abdominal contuso complicado
- vi. Traumatismo abdominal penetrante complicado
- vii. Traumatismo pelviano contuso complicado
- viii. Traumatismo pelviano penetrante complicado

- ix. Cualquier politraumatizado con compromiso raquímedular
 - x. Cualquier politraumatizado con lesión vascular grave
- Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:
- 48.1 Garantía de acceso:
- i. Todo beneficiario con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.
- 48.2 Garantía de oportunidad:
- 48.2.1 Tratamiento:
- i. Se realizará en un centro con capacidad resolutive, según la patología predominante, antes de 24 horas desde el rescate.
- 48.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	9.779.190	20%	1.955.840
			Tratamiento politraumatizado con lesión medular	Por tratamiento completo	19.057.740	20%	3.811.550

49 TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Fractura de la bóveda del cráneo con traumatismo intracraneal
- ii. Fractura cerrada de la bóveda del cráneo, con traumatismo intracraneal
- iii. Fractura expuesta de la bóveda del cráneo, con traumatismo intracraneal
- iv. Fractura del hueso frontal con traumatismo intracraneal
- v. Fractura del hueso parietal con traumatismo intracraneal
- vi. Fractura de la base del cráneo con traumatismo intracraneal
- vii. Fractura cerrada de la base del cráneo, con traumatismo intracraneal
- viii. Fractura expuesta de la base del cráneo, con traumatismo intracraneal
- ix. Fractura del esfenoides
- x. Fractura de la fosa anterior
- xi. Fractura de la fosa media
- xii. Fractura de la fosa posterior
- xiii. Fractura del hueso temporal, con traumatismo intracraneal
- xiv. Fractura del occipucio, con traumatismo intracraneal
- xv. Fractura del seno etmoidal
- xvi. Fractura del seno frontal, con traumatismo intracraneal
- xvii. Fractura del techo orbitario, con traumatismo intracraneal
- xviii. Fracturas múltiples del cráneo (y de la cara), con traumatismo intracraneal
- xix. Fractura de huesos del cráneo y de la cara, con TEC
- xx. Fractura cerrada de huesos del cráneo y de la cara
- xxi. Fractura expuesta de huesos del cráneo y de la cara
- xxii. Traumatismo del nervio óptico (II par) y de las vías ópticas
- xxiii. Traumatismo de la corteza visual

- xxiv. Traumatismo del quiasma óptico
- xxv. Traumatismo del segundo par craneal
- xxvi. Traumatismo del nervio motor ocular común (III par)
- xxvii. Traumatismo del tercer par craneal
- xxviii. Traumatismo del nervio patético (IV par)
- xxix. Traumatismo del cuarto par craneal
- xxx. Traumatismo del nervio trigémino (V par)
- xxxi. Traumatismo del quinto par craneal
- xxxii. Traumatismo del nervio motor ocular externo (VI par)
- xxxiii. Traumatismo del sexto par craneal
- xxxiv. Traumatismo del nervio facial (VII par)
- xxxv. Traumatismo del séptimo par craneal
- xxxvi. Traumatismo del nervio acústico (VIII par)
- xxxvii. Traumatismo del nervio auditivo
- xxxviii. Traumatismo del octavo par craneal
- xxxix. Traumatismo del nervio espinal (XI par)
 - xl. Traumatismo del undécimo par craneal
 - xli. Traumatismo de otros nervios craneales
 - xlii. Traumatismo del nervio glosofaríngeo (XI par)
 - xliii. Traumatismo del nervio hipogloso (XII par)
 - xliv. Traumatismo del nervio glosofaríngeo (IX par)
 - xlv. Traumatismo del nervio hipogloso (XII par)
 - xlvi. Traumatismo del nervio neumogástrico (X par)
 - xlvii. Traumatismo del nervio olfatorio (I par)
 - xlviii. Traumatismo de varios nervios craneales
- xlx. Edema cerebral traumático
 - l. Traumatismo cerebral difuso
 - li. Traumatismo cerebral difuso, sin herida intracraneal
 - lii. Traumatismo cerebral difuso, con herida intracraneal
 - liii. Compresión traumática del cerebro
 - liv. Laceración del cerebro sin otra especificación
 - lv. Laceración cerebral focal
 - lvi. Hemorragia intracerebral focal traumática
 - lvii. Hemorragia epidural traumática
 - lviii. Hemorragia epidural traumática, sin herida intracraneal
 - lix. Hemorragia epidural traumática, con herida intracraneal
 - lx. Hemorragia extradural (traumática)
 - lxi. Hemorragia subdural traumática
 - lxii. Hemorragia subdural traumática, sin herida intracraneal
 - lxiii. Hemorragia subdural traumática, con herida intracraneal
 - lxiv. Hemorragia subaracnoidea traumática
 - lxv. Hemorragia subaracnoidea traumática, sin herida intracraneal
 - lxvi. Hemorragia subaracnoidea traumática, con herida intracraneal
 - lxvii. Traumatismo intracraneal con coma prolongado

- lxviii. Hemorragia cerebelosa traumática
- lxix. Traumatismo intracraneal, con herida intracraneal
- lxx. Traumatismo por aplastamiento de la cara
- lxxi. Traumatismo por aplastamiento del cráneo
- lxxii. Traumatismo por aplastamiento de la cabeza
- lxxiii. Traumatismo del encéfalo y de nervios craneales con traumatismo de nervios y médula espinal a nivel del cuello

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

49.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
 - ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

49.2 Garantía de oportunidad:

49.2.1 Diagnóstico:

- i. Se realizará dentro de 12 horas desde la sospecha.

49.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.

49.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
49	Traumatismo craneo encefálico moderado o grave	Diagnóstico	Confirmación TEC moderado y grave	Cada vez	146.070	20%	29.210
		Tratamiento	Tratamiento TEC moderado y grave	Por tratamiento completo	3.707.240	20%	741.450

50 TRAUMA OCULAR GRAVE

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Herida penetrante de globo ocular sin cuerpo extraño
- ii. Herida perforante ocular
- iii. Herida penetrante del globo ocular con cuerpo extraño
- iv. Rotura y estallido ocular
- v. Contusión grave del globo ocular y del tejido orbitario:
 - a) Hifema traumático
 - b) Desprendimiento de retina traumático
 - c) Agujero macular traumático
 - d) Causticación grave (grado 3 y 4)
 - e) Laceración conjuntival > 10 mm
 - f) Laceración corneal
 - g) Catarata traumática
 - h) Úlcera corneal de origen traumático
 - i) Fractura orbitaria con hipo o enoftalmo
 - j) Herida palpebral con compromiso vía lagrimal y/o borde libre
 - k) Endoftalmitis traumática

- l) Neuropatía óptica traumática.
- m) Otras lesiones traumáticas severas del globo ocular

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

50.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

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

50.2 Garantía de oportunidad:

50.2.1 Diagnóstico:

- i. Se realizará dentro de 12 horas desde la sospecha.

50.2.2 Tratamiento:

- i. La atención por médico especialista se realizará dentro de 60 horas desde la confirmación diagnóstica.

50.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	79.590	20%	15.920
		Tratamiento	Tratamiento médico trauma ocular grave	Cada vez	452.800	20%	90.560
			Tratamiento quirúrgico trauma ocular grave	Cada vez	1.464.420	20%	292.880
		Seguimiento	Seguimiento trauma ocular grave	Cada vez	16.020	20%	3.200

51 FIBROSIS QUÍSTICA

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Fibrosis quística
- ii. Mucoviscidosis
- iii. Íleo meconial (en recién nacidos).

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

51.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- iii. En condiciones estables y mayor de 5 años tendrá acceso a hospitalización domiciliaria, según indicación médica.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

51.2 Garantía de oportunidad:

51.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará inmediatamente desde la confirmación diagnóstica.

51.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
		Etapificación	Etapificación pancreática y genética	Cada vez	77.210	20%	15.440
			Inmunización de pacientes con fibrosis quística	Cada vez	52.090	20%	10.420
			Inmunización estacional de pacientes con fibrosis quística	Anual	12.660	20%	2.530
			Tratamiento fibrosis quística leve (consulta, exámenes y procedimientos)	Mensual	242.710	20%	48.540

51	Fibrosis quística	Tratamiento	Tratamiento fibrosis quística leve (enzimas pancreáticas y vitaminas liposolubles aqua A.D.E.K.)	Mensual	101.480	20%	20.300
			Tratamiento fibrosis quística moderada (consulta, exámenes y procedimientos)	Mensual	438.240	20%	87.650
			Tratamiento fibrosis quística moderada (enzimas pancreáticas, linezolida, nebulización Rh-Dornasa-Alfa y vitaminas liposolubles aqua A.D.E.K.)	Mensual	810.560	20%	162.110
			Tratamiento fibrosis quística grave (consulta, exámenes y procedimientos)	Mensual	752.260	20%	150.450
			Tratamiento fibrosis quística grave (enzimas pancreáticas, linezolida, nebulización Rh-Dornasa-Alfa y vitaminas liposolubles aqua A.D.E.K.)	Mensual	851.600	20%	170.320
			Tratamiento farmacológico con tobramicina para pacientes con fibrosis quística leve, moderada y grave	Mensual	819.600	20%	163.920
			Accesorios para tratamiento de nebulización pacientes con fibrosis quística	Cada vez	124.780	20%	24.960
			Hospitalización domiciliaria para pacientes mayores de 5 años en condiciones estables	Cada vez	1.332.070	20%	266.410

52 ARTRITIS REUMATOIDEA

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los 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).

- i. Artritis reumatoidea seropositiva
- ii. Artritis reumatoidea seronegativa
- iii. Poliartritis inflamatoria
- iv. Artritis reumatoidea
- v. Poliartropatía inflamatoria

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

52.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

52.2 Garantía de oportunidad:

52.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará desde la confirmación diagnóstica por médico especialista.

52.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
52	Artritis reumatoidea	Tratamiento	Tratamiento farmacológico tradicional artritis reumatoidea	Mensual	35.020	20%	7.000

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

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

Quedan incluidos los trastornos mentales y conductuales debido al consumo de las siguientes sustancias. Incluye los diagnósticos de adicción, dependencia, consumo perjudicial y abuso.

- i. Alcohol
- ii. Opioides
- iii. Cannabinoides
- iv. Sedantes o hipnóticos
- v. Cocaína
- vi. Otras sustancias adictivas (excluyendo la cafeína y nicotina)
- vii. Alucinógenos
- viii. Disolventes volátiles
- ix. Múltiples drogas u otras sustancias psicoactivas

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

53.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario menor de 20 años:

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

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

53.2 Garantía de oportunidad:

53.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 10 días desde la confirmación diagnóstica.

53.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	64.120	20%	12.820
			Tratamiento de refuerzo	Mensual	73.580	20%	14.720
		Seguimiento	Plan de seguimiento	Mensual	9.350	20%	1.870

54 ANALGESIA DEL PARTO

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Todo trabajo de parto y todo parto vaginal que ocurre en un embarazo de cualquier edad gestacional.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

54.1 Garantía de acceso:

- i. Toda persona beneficiaria en trabajo de parto con indicación médica, que una vez informada acepte el tratamiento tendrá acceso a analgesia farmacológica.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

54.2 Garantía de oportunidad:

54.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará durante el trabajo de parto y en el parto, según indicación profesional.

54.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
54	Analgésia del parto	Tratamiento	Analgésia del parto	Cada vez	29.420	20%	5.880

55 GRAN QUEMADO

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

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Quemado grave adulto
- ii. Quemado crítico adulto
- iii. Quemado adulto de probabilidad de sobrevida excepcional
- iv. Quemado respiratorio adulto o infantil
- v. Quemado grave infantil
- vi. Quemado crítico infantil
- vii. Quemado infantil de probabilidad de sobrevida excepcional
- viii. Quemado digestivo adulto (esófago, otras partes)
- ix. Quemado digestivo infantil (esófago, otras partes)

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

55.1 Garantía de acceso:

- i. Todo beneficiario tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

55.2 Garantía de oportunidad:

55.2.1 Tratamiento:

- i. Se realizará dentro de 72 horas desde la confirmación diagnóstica, en prestador con capacidad resolutive.

55.2.2 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 15 días desde indicación médica.

55.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	12.236.190	20%	2.447.240
			Tratamiento paciente quemado crítico menor de 15 años	Por tratamiento completo	24.372.730	20%	4.874.550
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	Por tratamiento completo	97.787.270	20%	19.557.450
			Tratamiento paciente quemado grave de 15 años y más	Por tratamiento completo	23.508.170	20%	4.701.630
			Tratamiento paciente quemado crítico de 15 años y más	Por tratamiento completo	30.215.820	20%	6.043.160
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	Por tratamiento completo	36.949.740	20%	7.389.950
			Cirugía reparadora paciente quemado grave menor de 15 años	Cada vez	1.145.390	20%	229.080
			Cirugía reparadora paciente quemado crítico menor de 15 años	Cada vez	1.145.390	20%	229.080

55	Gran quemado		Cirugía reparadora paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	Cada vez	1.145.390	20%	229.080
			Cirugía reparadora paciente quemado grave de 15 años y más	Cada vez	1.145.390	20%	229.080
			Cirugía reparadora paciente quemado crítico de 15 años y más	Cada vez	1.145.390	20%	229.080
			Cirugía reparadora paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	Cada vez	1.145.390	20%	229.080
		Seguimiento	Seguimiento y rehabilitación primer año paciente quemado grave menor de 15 años	Mensual	231.840	20%	46.370
			Seguimiento y rehabilitación segundo año paciente quemado grave menor de 15 años	Mensual	89.580	20%	17.920
			Seguimiento y rehabilitación primer año paciente quemado crítico menor de 15 años	Mensual	231.840	20%	46.370
			Seguimiento y rehabilitación segundo año paciente quemado crítico menor de 15 años	Mensual	89.580	20%	17.920
			Seguimiento y rehabilitación primer año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	Mensual	231.840	20%	46.370
			Seguimiento y rehabilitación segundo año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	Mensual	89.580	20%	17.920
			Seguimiento y rehabilitación primer año paciente quemado grave de 15 años y más	Mensual	231.840	20%	46.370
			Seguimiento y rehabilitación segundo año paciente quemado grave de 15 años y más	Mensual	89.580	20%	17.920
			Seguimiento y rehabilitación primer año paciente quemado crítico de 15 años y más	Mensual	231.840	20%	46.370
			Seguimiento y rehabilitación segundo año paciente quemado crítico de 15 años y más	Mensual	89.580	20%	17.920
			Seguimiento y rehabilitación primer año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	Mensual	231.840	20%	46.370
			Seguimiento y rehabilitación segundo año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	Mensual	89.580	20%	17.920

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

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Comprende las hipoacusias o sorderas calificadas como conductivas, neurosensoriales, perceptivas, neurales, ototóxicas y mixtas, de alta o baja frecuencia y la presbiacusia.
- Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:
- 56.1 Garantía de acceso:
- Todo beneficiario de 65 años y más:
- i. Con confirmación diagnóstica e indicación médica de audífono, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
 - ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.
- 56.2 Garantía de oportunidad:
- 56.2.1 Tratamiento:
- i. Se iniciará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

56.3 Garantía de 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 audífono	Tratamiento	Implementación audífonos	Cada vez	479.000	20%	95.800
		Seguimiento	Seguimiento a partir del primer año	Mensual	5.620	20%	1.120

57 RETINOPATÍA DEL PREMATURO

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.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Retinopatía del prematuro

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

57.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario prematuro, de menos de 1.500 gramos o menor de 32 semanas de gestación al nacer:

- i. Tendrá acceso a tamizaje con fondo de ojo.
- ii. Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- iii. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento según indicación médica.
- iv. Control con oftalmólogo, con fondo de ojo, una vez que alcance la madurez retinal.

57.2 Garantía de oportunidad:

57.2.1 Sospecha:

- i. El primer examen con fondo de ojo por oftalmólogo se realizará dentro de 6 semanas desde el nacimiento.

57.2.2 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 48 horas desde la sospecha.

57.2.3 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.

57.2.4 Seguimiento:

- i. Se iniciará dentro de 30 días desde la indicación médica.

57.3 Garantía de 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 de retinopatía del prematuro	Cada vez	64.060	20%	12.810
		Tratamiento	Retinopatía del prematuro: fotocoagulación	Cada vez	805.360	20%	161.070
			Retinopatía del prematuro: cirugía vitreoretinal	Cada vez	6.379.970	20%	1.275.990
		Seguimiento	Seguimiento paciente quirúrgico retinopatía del prematuro primer año	Por seguimiento completo	306.520	20%	61.300
			Seguimiento paciente quirúrgico retinopatía del prematuro segundo año	Por seguimiento completo	24.650	20%	4.930
			Seguimiento paciente no quirúrgico retinopatía del prematuro	Por seguimiento completo	21.710	20%	4.340

58 DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO

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

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Displasia broncopulmonar originada en el período perinatal

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

58.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario prematuro de menos de 1.500 gramos al nacer o menores de 32 semanas de gestación:

- i. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, seguimiento y a oxigenoterapia domiciliaria según resultado de saturimetría continua (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

58.2 Garantía de oportunidad:

58.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.

58.2.2 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 14 días después del alta hospitalaria.

Todo lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

58.3 Garantía de 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	251.260	20%	50.250
		Seguimiento	Seguimiento displasia broncopulmonar primer año	Mensual	26.860	20%	5.370
			Seguimiento displasia broncopulmonar segundo año	Mensual	17.390	20%	3.480

59 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO

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

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

59.1 Garantía de 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:

- i. Tendrá acceso a tamizaje auditivo.
- ii. Con tamizaje alterado, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- iii. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).
- iv. Con implante coclear, tendrá acceso a cambio de procesador y a cambio de accesorios según indicación médica.

59.2 Garantía de oportunidad:

59.2.1 Sospecha:

- i. El tamizaje auditivo automatizado se realizará previo al alta de la unidad de neonatología.

59.2.2 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 90 días desde el tamizaje alterado.

59.2.3 Tratamiento:

- i. Los audífonos se entregarán dentro de 90 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. El implante coclear se realizará dentro de 180 días desde la indicación médica.
- iii. El cambio de procesador del implante coclear se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.
- iv. El cambio de accesorios del procesador coclear se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

59.2.4 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 14 días desde la implementación de audífonos o del implante coclear.

Todo lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

59.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
59	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	Diagnóstico	Tamizaje auditivo automatizado del prematuro	Cada vez	25.380	20%	5.080
			Confirmación hipoacusia del prematuro	Cada vez	94.640	20%	18.930
		Tratamiento	Implementación bilateral audífono	Cada vez	3.134.830	20%	626.970
			Implante coclear	Cada vez	31.323.340	20%	6.264.670
			Cambio de procesador del implante coclear	Cada vez	10.970.050	20%	2.194.010
			Cambio de accesorios del procesador coclear	Anual	1.037.770	20%	207.550
		Seguimiento	Rehabilitación hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) primer año	Mensual	17.520	20%	3.500
			Rehabilitación hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) segundo año	Mensual	12.300	20%	2.460
			Seguimiento en hipoacusia confirmada del prematuro (audífono e implante coclear) tercer año	Por seguimiento completo	87.740	20%	17.550

60 EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y todas las edades. Se define por dos o más convulsiones no provocadas. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Las convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Este problema de salud, sólo considera las epilepsias no refractarias que se caracterizan por tener una buena respuesta al tratamiento médico.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Epilepsia no refractaria

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

60.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

60.2 Garantía de oportunidad:

60.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. La evaluación por médico especialista se realizará dentro de 60 días desde la derivación.

60.3 Garantía de 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	39.280	20%	7.860
			Tratamiento epilepsia no refractaria nivel especialidad	Por tratamiento completo	59.930	20%	11.990

61 ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El asma bronquial es una afección inflamatoria crónica de las vías respiratorias bajas, con episodios recurrentes de obstrucción de la vía aérea con variabilidad en el día y entre periodos, habitualmente reversible con síntomas respiratorios obstructivos (disnea sibilante o tos irritativa) frente a estímulos como hiperventilación, ejercicio, risa, irritantes ambientales, cambios de temperatura y algunos aeroalérgenos o fármacos (Beta bloqueadores, AINES) y cuyos síntomas se alivian rápidamente con tratamiento o espontáneamente.

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

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Asma predominantemente alérgica
- ii. Asma alérgica extrínseca
- iii. Asma atópica
- iv. Asma no alérgica
- v. Asma idiosincrásica
- vi. Asma intrínseca no alérgica
- vii. Asma mixta
- viii. Combinación de diagnósticos de asma predominantemente alérgica y asma no alérgica
- ix. Asma, no especificado
- x. Asma de aparición tardía
- xi. Estado asmático
- xii. Asma aguda severa

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

61.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

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

61.2 Garantía de oportunidad:

61.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 20 días desde la sospecha.

61.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará desde la confirmación diagnóstica, según indicación médica.
- ii. La atención con médico especialista se realizará dentro de 60 días desde la derivación, según indicación médica.

61.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación asma bronquial en personas de 15 años y más, ambulatorio	Cada vez	18.150	20%	3.630
			Confirmación asma bronquial en personas de 15 años y más, nivel especialidad	Cada vez	67.210	20%	13.440
		Tratamiento	Tratamiento asma bronquial en personas de 15 años y más, ambulatorio	Mensual	5.790	20%	1.160
			Tratamiento asma bronquial en personas de 15 años y más, nivel especialidad	Mensual	23.650	20%	4.730
			Tratamiento exacerbaciones en personas de 15 años y más	Cada vez	13.350	20%	2.670

62 ENFERMEDAD DE PARKINSON

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.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Enfermedad de Parkinson

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

62.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- iii. Con tratamiento tendrá acceso a rehabilitación.
- iv. Menor de 65 años, tendrá acceso a ayudas técnicas y atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas, según indicación médica.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

62.2 Garantía de oportunidad:

62.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. La atención con médico especialista se realizará dentro de 60 días desde la derivación.

62.2.2 Rehabilitación:

- i. La entrega de bastón, cojines, colchón u órtesis antiequino, para menores de 65 años, se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
- ii. La entrega de silla de ruedas o andadores, para menores de 65 años, se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

62.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
62	Enfermedad de Parkinson	Tratamiento	Evaluación especialista	Cada vez	16.020	20%	3.200
			Consultoría neurólogo	Cada vez	6.750	20%	1.350
			Tratamiento farmacológico enfermedad de Parkinson en personas menores de 60 años	Mensual	54.900	20%	10.980
			Tratamiento farmacológico enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más	Mensual	31.190	20%	6.240
		Rehabilitación	Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas	Cada vez	17.030	20%	3.410
			Andador con dos ruedas y asiento	Cada vez	60.090	20%	12.020
			Andador con cuatro ruedas y canasta	Cada vez	69.320	20%	13.860
			Andador sin ruedas	Cada vez	33.080	20%	6.620
			Bastón de apoyo o de mano	Cada vez	13.960	20%	2.790
			Cojín antiescaras celdas de aire	Cada vez	148.370	20%	29.670
			Cojín antiescaras viscoelástico	Cada vez	46.030	20%	9.210
			Colchón antiescaras celdas de aire	Cada vez	247.030	20%	49.410
			Órtesis antiequino	Cada vez	248.490	20%	49.700
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	327.500	20%	65.500

63 ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Corresponde a un conjunto de síndromes inflamatorios crónicos, de etiología desconocida, que se expresan por artritis de una 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).

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Artritis sistémica
- ii. Oligoartritis poliartitis factor reumatoideo (+)
- iii. Poliartitis factor reumatoideo (-)
- iv. Artropatía cc/entesitis
- v. Artritis psoriática
- vi. Artritis indiferenciada

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

63.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

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

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

63.2 Garantía de oportunidad:

63.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.

63.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
63	Artritis idiopática juvenil	Tratamiento	Tratamiento artritis idiopática juvenil	Mensual	71.050	20%	14.210
			Tratamiento biológico artritis idiopática juvenil (fármacos biológicos)	Mensual	959.700	20%	191.940
			Tratamiento biológico artritis idiopática juvenil (consultas, exámenes y otros fármacos)	Mensual	42.660	20%	8.530

64 PREVENCIÓN SECUNDARIA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

La prevención secundaria de la enfermedad renal crónica busca evitar la progresión de esta enfermedad. Se denomina enfermedad renal crónica (ERC) a la alteración de la función y/o estructura renal producida por un grupo heterogéneo de enfermedades o condiciones, que afectan distintas estructuras renales (compartimiento glomerular, intersticial o vascular), en distintos patrones temporales durante al menos 3 meses, con implicancias para la salud.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Insuficiencia Renal Crónica

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

64.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con disminución de la velocidad de filtración glomerular a menos de 60ml/min, alteración de la estructura renal o alteraciones persistentes en el examen de orina, como la presencia de microalbuminuria, por más de tres meses con implicancias para la salud independiente de la etiología, tendrá acceso a tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

64.2 Garantía de oportunidad:

64.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación.
- ii. La consulta de especialista se realizará dentro de 30 días desde la derivación.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

64.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
64	Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal	Tratamiento	Consulta especialista	Cada vez	16.020	20%	3.200
			Tratamiento nefropatía	Mensual	3.740	20%	750

65 DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

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

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

65.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Durante el tercer mes de vida, tendrá acceso a radiografía de caderas.
- ii. Recién nacido o lactante menor de 1 año:
 - a) Con sospecha por radiografía de caderas o ecotomografía alterada, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
 - b) Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento ortopédico.
 - c) En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

65.2 Garantía de oportunidad:

65.2.1 Diagnóstico:

- i. El tamizaje por radiografía de caderas se realizará dentro de 30 días desde la indicación por profesional de la salud.
- ii. La confirmación diagnóstica por médico especialista se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

65.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 15 días desde la confirmación diagnóstica por médico especialista.

65.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
65	Displasia luxante de caderas	Diagnóstico	Tamizaje displasia luxante de caderas	Cada vez	14.710	20%	2.940
			Confirmación displasia luxante de caderas	Cada vez	19.660	20%	3.930
		Tratamiento	Tratamiento ortopédico displasia luxante de caderas	Por tratamiento completo	118.680	20%	23.740

66 SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA

La salud oral integral de la embarazada consiste en la atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Caries limitada al esmalte
- ii. Caries de la dentina
- iii. Caries del cemento
- iv. Otras caries dentales
- v. Película pigmentada
- vi. Otros depósitos blandos densos
- vii. Cálculo dentario supragingival
- viii. Cálculo dentario subgingival
- ix. Placa bacteriana
- x. Otros depósitos sobre los dientes sin especificar
- xi. Depósitos especificados sobre los dientes

- xii. Gingivitis aguda
- xiii. Gingivitis crónica
- xiv. Retracción gingival
- xv. Periodontitis aguda
- xvi. Periodontitis crónica
- xvii. Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local o edentulismo total o parcial
- xviii. Pulpitis
- xix. Necrosis de la pulpa
- xx. Degeneración de la pulpa
- xxi. Formación anormal de tejido duro en la pulpa
- xxii. Periodontitis apical aguda originada en la pulpa
- xxiii. Periodontitis apical crónica
- xxiv. Absceso periapical con fístula
- xxv. Absceso periapical sin fístula
- xxvi. Quiste radicular

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

66.1 Garantía de acceso:

Toda persona beneficiaria:

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

66.2 Garantía de oportunidad:

66.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 21 días desde la solicitud de atención.
- ii. El alta integral se realizará hasta 15 meses desde la primera atención.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

66.3 Garantía de 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: atención general	Cada vez	137.980	20%	27.600
			Tratamiento salud oral integral de la embarazada: atención especialidades nivel secundario	Cada vez	142.910	20%	28.580

67 ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

La Esclerosis Múltiple (EM) corresponde a una enfermedad inflamatoria autoinmune desmielinizante crónica del sistema nervioso central, 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 aceptada 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.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Esclerosis múltiple remitente recurrente

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

67.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones o reagudizaciones.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

67.2 Garantía de oportunidad:

67.2.1 Diagnóstico:

- i. Se realizará dentro de 60 días desde la sospecha.

67.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

67.3 Garantía de 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	763.020	20%	152.600
		Tratamiento	Tratamiento no farmacológico esclerosis múltiple remitente recurrente	Mensual	35.320	20%	7.060
			Tratamiento farmacológico de primera línea esclerosis múltiple remitente recurrente	Mensual	728.290	20%	145.660
			Tratamiento de rehabilitación esclerosis múltiple remitente recurrente	Mensual	40.200	20%	8.040
			Tratamiento brote esclerosis múltiple remitente recurrente	Cada vez	1.417.990	20%	283.600

68 HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS HEPATITIS B

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.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Hepatitis crónica por virus hepatitis B

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

68.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

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

68.2 Garantía de oportunidad:

68.2.1 Diagnóstico:

- i. La evaluación inicial se realizará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

68.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 30 días desde la indicación médica.

68.3 Garantía de 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	439.700	20%	87.940
		Tratamiento	Tratamiento farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más	Mensual	348.060	20%	69.610
			Tratamiento farmacológico VHB crónica en personas menores de 15 años	Mensual	106.860	20%	21.370
			Evaluación paciente hepatitis crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento antiviral	Mensual	59.160	20%	11.830
			Evaluación paciente hepatitis crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento con peginterferón	Mensual	109.490	20%	21.900
			Controles a pacientes VHB sin tratamiento farmacológico	Anual	326.430	20%	65.290

69 HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS HEPATITIS C

Enfermedad hepática causada por el virus Hepatitis C, es transmitida principalmente por la vía parenteral, es decir por transfusiones de sangre no analizadas para detectar este virus o derivados de productos sanguíneos, uso de jeringas no desinfectadas o tatuajes y en menor medida por relaciones sexuales o de madre a hijo. La mayoría de las infecciones se presentan en estado crónico, pudiendo desarrollar en el tiempo cirrosis y cáncer hepático.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Hepatitis crónica por virus de hepatitis C.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

69.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con factores de riesgo tendrá acceso a la sospecha a través de examen de virus de hepatitis C.
- ii. Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- iii. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a evaluación pretratamiento.
- iv. Con evaluación pretratamiento, tendrá acceso a tratamiento antiviral de acción directa según criterios establecidos en la NTMA.
- v. Con tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
- vi. Con tratamiento completo tendrá acceso a control postratamiento por un año posterior al término de la terapia.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

69.2 Garantía de oportunidad:

69.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 45 días desde la sospecha.

69.2.2 Tratamiento:

- i. La evaluación pretratamiento se realizará dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- ii. El tratamiento farmacológico se iniciará dentro de 30 días desde la indicación médica.

69.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
69	Hepatitis crónica por virus hepatitis C	Diagnóstico	Sospecha del virus de hepatitis C en nivel primario	Cada vez	3.560	20%	710
			Confirmación del virus de hepatitis C	Cada vez	28.940	20%	5.790
		Tratamiento	Evaluación paciente VHC pretratamiento	Cada vez	292.620	20%	58.520
			Tratamiento farmacológico con antivirales pangenotipo	Por tratamiento completo	4.435.400	20%	887.080
			Tratamiento farmacológico con antivirales genotipo 1, 4, 5 y 6	Por tratamiento completo	7.075.960	20%	1.415.190
			Tratamiento farmacológico con antivirales genotipo 1 y 4 (con o sin insuficiencia renal)	Por tratamiento completo	4.220.190	20%	844.040
			Control a pacientes con tratamiento farmacológico del virus hepatitis C	Por tratamiento completo	150.340	20%	30.070
			Control a pacientes VHC sin tratamiento farmacológico o en control postratamiento	Anual	213.410	20%	42.680

70 CÁNCER COLORECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El cáncer colorrectal es un tumor maligno que procede de las células de la mucosa del intestino grueso y de sus glándulas. Este tumor puede crecer de tres maneras: crecimiento local, diseminación linfática o diseminación hematógena. Las neoplasias colorrectales más frecuentes son los adenomas y los carcinomas.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Tumor maligno del colon
- ii. Tumor maligno del ciego
- iii. Tumor maligno del apéndice

- iv. Tumor maligno del colon ascendente
- v. Tumor maligno del ángulo hepático
- vi. Tumor maligno del colon transverso
- vii. Tumor maligno del ángulo esplénico
- viii. Tumor maligno del colon descendente
- ix. Tumor maligno del colon sigmoideo
- x. Tumor maligno de la unión
- xi. Tumor maligno del recto

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

70.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

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

70.2 Garantía de oportunidad:

70.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 45 días desde la sospecha.
- ii. La etapificación se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

70.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento primario y adyuvante se realizarán dentro de 30 días desde la indicación médica.

70.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.

70.3 Garantía de 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	Confirmación cáncer de colon o colorectal	Cada vez	157.210	20%	31.440
		Confirmación y etapificación	Etapificación cáncer rectal	Cada vez	478.360	20%	95.670
		Tratamiento	Etapificación y exámenes preoperatorios cáncer colorectal	Cada vez	429.390	20%	85.880
			Cirugía cáncer de colon o colorectal	Cada vez	3.657.540	20%	731.510
			Reconstitución del tránsito	Cada vez	969.720	20%	193.940
			Quimioterapia adyuvante: bajo riesgo y estadios II (alto riesgo)	Por ciclo	369.880	20%	73.980
			Quimioterapia adyuvante: alto riesgo	Por ciclo	940.970	20%	188.190
			Quimioterapia paliativa: estadio IV, cualquier T, cualquier N y M1, colon metastásico	Por ciclo	707.660	20%	141.530
			Quimioterapia paliativa: esquema IFL FOLFIRI	Por ciclo	301.510	20%	60.300
			Exámenes e imágenes durante quimioterapia	Por tratamiento completo	2.388.910	20%	477.780
			Radioterapia externa adyuvancia	Cada vez	1.043.590	20%	208.720
			Quimioterapia adyuvante cáncer rectal: postcirugía	Por ciclo	288.970	20%	57.790
			Quimioterapia adyuvante cáncer rectal metastásico: FOLFOX	Por ciclo	154.410	20%	30.880
			Quimioterapia - radioterapia concomitante cáncer rectal 1ª y 5ª semana (quimioterapia)	Por tratamiento completo	678.730	20%	135.750
			Quimioterapia - radioterapia concomitante cáncer rectal 1ª y 5ª semana (radioterapia)	Cada vez	1.043.590	20%	208.720
		Seguimiento	Seguimiento cáncer de colon o colorectal años 1 y 2	Mensual	29.280	20%	5.860
			Seguimiento cáncer de colon o colorectal años 3, 4 y 5	Mensual	19.290	20%	3.860

71 CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Tumor maligno del ovario
- ii. Tumor maligno de la trompa de Falopio

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

71.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

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

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

71.2 Garantía de oportunidad:

71.2.1 Diagnóstico:

- i. La intervención quirúrgica se realizará dentro de 30 días desde la sospecha.
- ii. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 30 días desde la intervención quirúrgica.

71.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento adyuvante se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

71.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica.

71.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
71	Cáncer de ovario epitelial	Diagnóstico	Cirugía diagnóstica y etapificación cáncer de ovario epitelial	Cada vez	2.810.730	20%	562.150
		Tratamiento	Quimioterapia postcirugía estadio precoz, primera línea	Por ciclo	112.370	20%	22.470
			Quimioterapia neoadyuvante estadios III - IV	Por ciclo	109.120	20%	21.820
			Quimioterapia adyuvante estadios IIB, IIC, III y IV	Por ciclo	288.530	20%	57.710
			Exámenes e imágenes asociados al tratamiento con quimioterapia cáncer de ovario epitelial	Por tratamiento completo	1.311.080	20%	262.220
			Quimioterapia en enfermedad recurrente de ovario, sensible a platino	Por ciclo	820.370	20%	164.070
			Quimioterapia en enfermedad recurrente de ovario, resistente a platino	Por ciclo	1.265.620	20%	253.120
		Seguimiento	Seguimiento cáncer de ovario epitelial primer año	Mensual	23.220	20%	4.640
			Seguimiento cáncer de ovario epitelial desde el año 2 al año 5	Mensual	8.180	20%	1.640

72 CÁNCER VESICAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El cáncer de vejiga es un tumor maligno que comienza con mayor frecuencia en las células uroteliales que revisten el interior de la vejiga. Aunque se da con mayor frecuencia en la vejiga, este mismo tipo de cáncer puede presentarse en otras partes del sistema de drenaje de las vías urinarias. Generalmente se presenta en personas mayores de 50 años.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Tumor maligno de la vejiga urinaria
- ii. Tumor maligno del trigono vesical
- iii. Tumor maligno de la cúpula vesical
- iv. Tumor maligno de la pared lateral de la vejiga
- v. Tumor maligno de la pared anterior de la vejiga
- vi. Tumor maligno de la pared posterior de la vejiga
- vii. Tumor maligno del cuello de la vejiga
- viii. Tumor maligno del orificio ureteral

- ix. Tumor maligno del uraco
- x. Lesión de sitios contiguos de la vejiga
- xi. Tumor maligno de la vejiga urinaria, parte no especificada

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

72.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- ii. Con tratamiento tendrá a acceso a seguimiento.
- iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

72.2 Garantía de oportunidad:

72.2.1 Tratamiento:

- i. El tratamiento primario se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
- ii. El tratamiento adyuvante se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

72.2.2 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

72.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
72	Cáncer vesical en personas de 15 años y más	Tratamiento	Etapificación cáncer vesical	Cada vez	166.150	20%	33.230
			Cirugía cáncer vesical profundo	Cada vez	2.433.290	20%	486.660
			Prevención recurrencia cáncer vesical superficial año 1	Mensual	100.650	20%	20.130
			Prevención recurrencia cáncer vesical superficial año 2 y 3	Mensual	38.190	20%	7.640
			Exámenes e imágenes durante el tratamiento con quimioterapia cáncer vesical superficial Tis-Ta-T1	Por tratamiento completo	1.019.750	20%	203.950
			Exámenes e imágenes asociados al tratamiento con quimioterapia cáncer vesical profundo	Por tratamiento completo	2.236.570	20%	447.310
			Quimioterapia neoadyuvante cáncer vesical profundo	Por ciclo	368.420	20%	73.680
			Tratamiento paliativo: quimioterapia adyuvante cáncer vesical profundo, postcirugía	Por ciclo	837.870	20%	167.570
			Quimioterapia - radioterapia concomitante cáncer vesical profundo, sin cirugía	Por ciclo	222.520	20%	44.500
			Radioterapia externa intención curativa	Por tratamiento completo	2.592.410	20%	518.480
		Seguimiento	Seguimiento cáncer vesical superficial año 1 Tis-Ta-T1	Mensual	63.750	20%	12.750
			Seguimiento cáncer vesical superficial desde año 2 al año 5	Mensual	27.910	20%	5.580
			Seguimiento cáncer vesical profundo primer año	Mensual	28.600	20%	5.720
			Seguimiento cáncer vesical profundo desde año 2 al año 5	Mensual	22.480	20%	4.500

73 OSTEOSARCOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El osteosarcoma es un tumor óseo maligno de origen mesenquimatoso que tiene como característica principal la producción de material osteoide.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Osteosarcoma

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

73.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

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

73.2 Garantía de oportunidad:

73.2.1 Diagnóstico:

- i. La confirmación diagnóstica y etapificación, se realizarán dentro de 60 días desde la sospecha.

73.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento primario se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
- ii. El tratamiento adyuvante se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

73.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

73.3 Garantía de 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	912.640	20%	182.530
		Tratamiento	Cirugía para osteosarcoma	Cada vez	8.369.470	20%	1.673.890
			Quimioterapia preoperatoria osteosarcoma	Por ciclo	736.820	20%	147.360
			Quimioterapia postoperatoria osteosarcoma	Por ciclo	648.300	20%	129.660
			Exámenes e imágenes asociados al tratamiento con quimioterapia con intención curativa	Por tratamiento completo	3.120.480	20%	624.100
		Seguimiento	Seguimiento osteosarcoma	Mensual	60.070	20%	12.010

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

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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Insuficiencia aórtica
- ii. Estenosis aórtica

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

74.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía, seguimiento y tratamiento anticoagulante según indicación médica.
- ii. En tratamiento anticoagulante, tendrá acceso a continuarlo.
- iii. Con tratamiento tendrá acceso a seguimiento.

74.2 Garantía de oportunidad:

74.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 45 días desde la indicación quirúrgica.

74.2.2 Seguimiento:

- i. El seguimiento se realizará dentro de 15 días desde la indicación médica.

74.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
74	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más	Tratamiento	Tratamiento quirúrgico no complicados	Cada vez	12.753.730	20%	2.550.750
			Tratamiento quirúrgico complicados	Cada vez	19.643.640	20%	3.928.730
			Control anticoagulación	Mensual	3.620	20%	720
		Seguimiento	Seguimiento primer año	Mensual	26.730	20%	5.350
			Seguimiento segundo año	Mensual	11.230	20%	2.250

75 TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El trastorno bipolar 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.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco
- ii. Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos
- iii. Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos
- iv. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
- v. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
- vi. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
- vii. Trastorno bipolar, episodio actual mixto
- viii. Trastorno bipolar, actualmente en remisión
- ix. Otros trastornos bipolares
- x. Trastorno bipolar sin especificación

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

75.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con confirmación diagnóstica por médico especialista, tendrá acceso a tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

75.2 Garantía de oportunidad:

75.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- ii. La hospitalización se realizará dentro de 24 horas desde la indicación médica.

75.3 Garantía de 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	36.280	20%	7.260
			Tratamiento trastorno bipolar a partir del año 2	Mensual	20.670	20%	4.130
			Hospitalización trastorno bipolar año 1	Cada vez	1.828.430	20%	365.690
			Hospitalización trastorno bipolar a partir del año 2	Cada vez	1.828.430	20%	365.690

76 HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El hipotiroidismo se debe a la alteración funcional o ausencia de la glándula tiroides que condiciona un déficit de hormonas tiroideas.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Hipotiroidismo

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

76.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

76.2 Garantía de oportunidad:

76.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.

76.3 Garantía de 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 primer año ambulatorio	Mensual	2.880	20%	580
			Tratamiento hipotiroidismo a partir del segundo año ambulatorio	Mensual	1.970	20%	390

77 TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA, SEVERA Y PROFUNDA EN PERSONAS MENORES DE 4 AÑOS

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

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Hipoacusia neurosensorial moderada
- ii. Hipoacusia neurosensorial severa
- iii. Hipoacusia neurosensorial profunda

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

77.1 Garantía de acceso:

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

- i. Con confirmación diagnóstica por médico especialista tendrá acceso a tratamiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).
- ii. Con implante coclear tendrá acceso a cambio de procesador y accesorios según indicación médica, aún después de los 4 años de edad.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

77.2 Garantía de oportunidad:

77.2.1 Tratamiento:

- i. La entrega de audífonos se realizará dentro de 90 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. La implementación del implante coclear se realizará dentro de 180 días desde la indicación médica.
- iii. El cambio de procesador del implante coclear se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.
- iv. El cambio de accesorios del procesador coclear se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

77.2.2 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de 14 días desde implementación de audífonos o implante coclear.

Todo lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

77.3 Garantía de protección financiera:

N°	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
77	Tratamiento de hipoacusia moderada, severa y profunda en personas menores de 4 años	Tratamiento	Implementación bilateral audífono	Cada vez	3.134.830	20%	626.970
			Implante coclear	Cada vez	31.323.340	20%	6.264.670
			Cambio de procesador del implante coclear	Cada vez	10.970.050	20%	2.194.010
			Cambio de accesorios del procesador coclear	Anual	1.349.100	20%	269.820
		Seguimiento	Rehabilitación (audífono e implante coclear) primer año	Anual	123.270	20%	24.650
			Rehabilitación (audífono e implante coclear) segundo año	Anual	66.650	20%	13.330
			Rehabilitación (audífono e implante coclear) tercer año	Anual	53.170	20%	10.630

78 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune, inflamatoria sistémica, crónica, caracterizada por un curso cíclico con remisiones y recaídas.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Lupus eritematoso sistémico.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

78.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- 78.2 Garantía de oportunidad:
 - 78.2.1 Tratamiento:
- i. Se iniciará desde la confirmación diagnóstica por médico especialista.
- 78.3 Garantía de protección financiera:

Nº	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	18.050	20%	3.610
			Tratamiento lupus leve a partir del segundo año	Mensual	14.530	20%	2.910
			Tratamiento lupus grave primer año	Mensual	126.140	20%	25.230
			Tratamiento lupus grave a partir del segundo año	Mensual	60.210	20%	12.040
			Hospitalización lupus grave	Cada vez	1.273.030	20%	254.610
			Lupus grave hospitalizado refractario a tratamiento: rescate farmacológico	Cada vez	2.279.210	20%	455.840
			Lupus grave hospitalizado refractario a tratamiento: rescate por plasmaféresis	Cada vez	2.982.990	20%	596.600

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

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, esta última en un 75% de los casos se debe a una causa secundaria.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Insuficiencia mitral
- ii. Insuficiencia tricuspídea
- iii. Estenosis mitral
- iv. Estenosis tricuspídea

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

79.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía, seguimiento y tratamiento anticoagulante según indicación médica.
- ii. En tratamiento anticoagulante, tendrá acceso a continuarlo.
- iii. Con tratamiento tendrá acceso a seguimiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

79.2 Garantía de oportunidad:

79.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 45 días desde la indicación quirúrgica.

79.2.2 Seguimiento:

- i. Se realizará dentro de 15 días desde la indicación médica.

79.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
79	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más	Tratamiento	Tratamiento quirúrgico no complicados	Cada vez	12.753.730	20%	2.550.750
			Tratamiento quirúrgico complicados	Cada vez	19.643.640	20%	3.928.730
			Control anticoagulación	Mensual	3.620	20%	720
		Seguimiento	Seguimiento primer año	Mensual	26.730	20%	5.350
			Seguimiento segundo año	Mensual	11.230	20%	2.250

80 TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

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).

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Colonización por *Helicobacter pylori*

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

80.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con indicación médica tendrá acceso a tratamiento.
- ii. Con tratamiento tendrá acceso a seguimiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

80.2 Garantía de oportunidad:

80.2.1 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.
- ii. La atención con médico especialista se realizará dentro de 60 días desde la derivación.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

80.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
80	Tratamiento de erradicación del <i>Helicobacter pylori</i>	Tratamiento	Tratamiento de erradicación <i>Helicobacter pylori</i>	Cada vez	16.390	20%	3.280
		Seguimiento	Evaluación del tratamiento de erradicación <i>Helicobacter pylori</i>	Cada vez	69.470	20%	13.890

81 CÁNCER DE PULMÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El cáncer de pulmón es una enfermedad en la que se forman células malignas en los tejidos del pulmón y en las células que recubren las vías respiratorias. Los dos tipos más frecuentes de cáncer de pulmón son el de células pequeñas y el de células no pequeñas.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Tumor maligno del bronquio principal
- ii. Tumor maligno del lóbulo superior, bronquio o pulmón
- iii. Tumor maligno del lóbulo medio, bronquio o pulmón
- iv. Tumor maligno del lóbulo inferior, bronquio o pulmón
- v. Lesión de sitios contiguos de los bronquios y del pulmón
- vi. Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

81.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- iv. En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.
- v. Con recidiva, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

81.2 Garantía de oportunidad:

81.2.1 Diagnóstico

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 60 días desde la sospecha.
- ii. La etapificación se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

81.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento primario se realizará dentro de 45 días desde la etapificación.
- ii. Los tratamientos adyuvantes se realizarán dentro de 45 días desde la indicación médica.

81.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de los 30 días después de finalizado el tratamiento.
Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

81.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
81	Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación diagnóstica	Cada vez	335.980	20%	67.200
			Etapificación	Cada vez	687.170	20%	137.430
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico pacientes etapas I, II y III	Por tratamiento completo	3.821.680	20%	764.340
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con Linac Dual	Por tratamiento completo	2.715.260	20%	543.050
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con Linac Monoenergético	Por tratamiento completo	2.261.360	20%	452.270
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con Linac Dual	Por tratamiento completo	3.289.060	20%	657.810
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con Linac Monoenergético	Por tratamiento completo	2.721.680	20%	544.340
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con Linac Dual	Por tratamiento completo	3.856.430	20%	771.290
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con Linac Monoenergético	Por tratamiento completo	3.175.580	20%	635.120
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con Linac Dual	Por tratamiento completo	2.311.790	20%	462.360
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con Linac Monoenergético (paliativa)	Por tratamiento completo	1.959.120	20%	391.820
			Tomografía computarizada planificación radioterapia	Cada vez	50.150	20%	10.030
			Quimioterapia carcinoma células pequeñas: enfermedad limitada o localizada concomitante radioterapia	Por tratamiento completo	251.710	20%	50.340
			Quimioterapia carcinoma células pequeñas: enfermedad extendida o metastásica	Por tratamiento completo	311.800	20%	62.360
			Quimioterapia carcinoma no células pequeñas: etapas IB, e IIA y e IIB, e IIIA (resecao completo R0 y N2(-)) y e IIIA (resecao completo R0, N2+(1 ganglio))	Por tratamiento completo	790.090	20%	158.020
			Quimioterapia carcinoma no células pequeñas: etapas e IIIA y IIIB	Por tratamiento completo	1.988.710	20%	397.740
			Quimioterapia carcinoma no células pequeñas: escamoso etapas e IV	Por tratamiento completo	622.930	20%	124.590
			Quimioterapia carcinoma no células pequeñas: no escamoso etapas e IV	Por tratamiento completo	488.690	20%	97.740
		Seguimiento	Seguimiento primer año	Anual	643.890	20%	128.780
			Seguimiento segundo año	Anual	177.140	20%	35.430
			Seguimiento tercer a quinto año	Anual	88.570	20%	17.710

82 CÁNCER DE TIROIDES DIFERENCIADO Y MEDULAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El cáncer de tiroides es una enfermedad en la que se forman células malignas en los tejidos de la glándula tiroidea. Se puede presentar de la siguiente forma: cáncer de tiroides diferenciado, que incluye los subtipos papilar y folicular, los tumores pobremente diferenciados y el cáncer de tiroides medular.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Tumor maligno de la glándula de la tiroides.
- ii. Carcinoma in situ de la glándula tiroides.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

82.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- iii. En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.
- iv. Con recidiva, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

82.2 Garantía de oportunidad:

82.2.1 Diagnóstico

- i. La etapificación se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

82.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento quirúrgico se realizará según la etapificación:
 - a. Cáncer diferenciado de alto riesgo y medular de tiroides dentro de 90 días desde la indicación médica.
 - b. Cáncer diferenciado de tiroides de riesgo intermedio dentro de 6 meses desde la indicación médica.
 - c. Cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo dentro de 9 meses desde la indicación médica.
- ii. Los tratamientos adyuvantes se realizarán dentro de 90 días desde la indicación médica.

82.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de los 60 días siguientes al término del tratamiento.

82.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
82	Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Etapificación	Cada vez	267.370	20%	53.470
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico	Por tratamiento completo	525.760	20%	105.150
			Tratamiento adyuvante, radioyodo	Cada vez	289.870	20%	57.970
			Recurrencia/persistencia	Cada vez	459.620	20%	91.920
			Seguimiento del primer año	Anual	335.600	20%	67.120
		Seguimiento	Seguimiento desde el segundo año	Anual	289.420	20%	57.880

83 CÁNCER RENAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El cáncer de riñón o adenocarcinoma renal, es una enfermedad en la que se encuentran células malignas o cancerosas que se originan en el revestimiento de los túbulos del riñón, en la corteza renal. Los factores de riesgo incluyen fumar, algunas enfermedades genéticas y el mal uso de analgésicos por períodos prolongados, siendo más frecuente en la vejez.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Tumor maligno del riñón, excepto pelvis renal.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

83.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
- ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- iii. Con recidiva, tendrá acceso a tratamiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

83.2 Garantía de oportunidad:

83.2.1 Diagnóstico

- i. La etapificación se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

83.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento primario se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
- ii. Los tratamientos adyuvantes se realizarán dentro de 30 días desde la indicación médica.

83.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
83	Cáncer renal en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Etapificación	Cada vez	519.120	20%	103.820
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico	Por tratamiento completo	1.161.090	20%	232.220
			Tratamiento sistémico metastásico	Anual	18.848.700	20%	3.769.740
			Tomografía computarizada planificación radioterapia	Cada vez	50.150	20%	10.030
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con Linac Dual	Por tratamiento completo	3.856.430	20%	771.290
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con Linac Monoenergético	Por tratamiento completo	3.175.580	20%	635.120
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con Linac Dual	Por tratamiento completo	3.289.060	20%	657.810
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con Linac Monoenergético	Por tratamiento completo	2.721.680	20%	544.340
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con Linac Dual	Por tratamiento completo	2.715.260	20%	543.050
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con Linac Monoenergético	Por tratamiento completo	2.261.360	20%	452.270
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con Linac Dual	Por tratamiento completo	2.311.790	20%	462.360
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con Linac Monoenergético (paliativa)	Por tratamiento completo	1.959.120	20%	391.820

84 MIELOMA MÚLTIPLE EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El mieloma múltiple (MM) se caracteriza por la proliferación neoplásica de células plasmáticas que producen una inmunoglobulina monoclonal, estas células plasmáticas proliferan en la médula ósea y frecuentemente dan como resultado una extensa destrucción esquelética con lesiones osteolíticas, osteopenia, fracturas patológicas y/o falla renal.

En este problema de salud queda incluida la siguiente enfermedad y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas.
- Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:
- 84.1 Garantía de acceso:
- Todo beneficiario de 15 años y más:
- i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.

ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo

iii. En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.

iv. Con recidiva, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

84.2 Garantía de oportunidad:

84.2.1 Diagnóstico

- i. La etapificación se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

84.2.2 Tratamiento:

- i. El tratamiento primario se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
- ii. El tratamiento adyuvante se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

84.2.3 Seguimiento:

- i. El primer control se realizará dentro de los 30 días siguientes al término del tratamiento.

84.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
84	Mieloma múltiple en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Diagnóstico y etapificación	Cada vez	2.000.510	20%	400.100
		Tratamiento	Mieloma múltiple en mayores de 60 años. FIT. No candidatos a tph autólogo. Esquema CTD	Por ciclo	123.890	20%	24.780
			Mieloma múltiple en mayores de 60 años. No candidatos a tph autólogo. No FIT. Esquema MPT	Por ciclo	105.110	20%	21.020
			Mieloma múltiple en mayores de 60 años. No candidatos a tph autólogo. No FIT. Esquema CPT	Por ciclo	65.090	20%	13.020
			Mieloma múltiple en menores de 60 años candidatos a tph autólogo. Esquema LEN DEX	Por ciclo	151.440	20%	30.290
			Mieloma múltiple en menores de 60 años candidatos a tph autólogo. Esquema VRD	Por ciclo	2.813.250	20%	562.650
			Mieloma múltiple en menores de 60 años candidatos a tph autólogo. Cybor D	Por ciclo	1.689.740	20%	337.950

84	Mieloma múltiple en personas de 15 años y más	Tratamiento	Mieloma múltiple en menores de 60 años candidatos a tph autólogo. Esquema VTD	Por ciclo	1.697.060	20%	339.410
			Tomografía computarizada planificación radioterapia	Cada vez	50.150	20%	10.030
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con Linac Dual	Por tratamiento completo	2.311.790	20%	462.360
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con Linac Monoenergético (paliativa)	Por tratamiento completo	1.959.120	20%	391.820
		Seguimiento	Seguimiento y controles primer año	Anual	583.580	20%	116.720
			Seguimiento y controles segundo año	Anual	471.370	20%	94.270

85 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias son síndromes crónicos y progresivos caracterizados por el deterioro de las capacidades cognitivas. Dicho deterioro suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por deterioro del control emocional y conductual, interfiriendo en las actividades de la vida diaria y provocando pérdida de la independencia y la autonomía.

El manejo integral de las demencias tiene como objetivo retardar la progresión de la enfermedad, disminuir intensidad de los síntomas psicológicos y conductuales asociados y mejorar la calidad de vida de la persona que vive con demencia y su entorno.

En este problema de salud quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que la designen en la terminología médica habitual:

- i. Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- ii. Demencia vascular.
- iii. Demencia multinfarto.
- iv. Otras demencias vasculares.
- v. Demencia en la enfermedad de Pick.
- vi. Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- vii. Demencia por cuerpos de Lewy.
- viii. Demencias frontotemporales.
- ix. Demencia en la enfermedad de Huntington.
- x. Demencia en la enfermedad de Parkinson.
- xi. Demencia en la infección por VIH.
- xii. Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

85.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

- i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Lo anterior deberá ser complementado con lo dispuesto en la NTMA.

85.2 Garantía de oportunidad:

85.2.1 Diagnóstico

- i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 60 días desde la sospecha.
- ii. La confirmación diagnóstica diferencial se realizará dentro de 180 días desde la sospecha.

85.2.2 Tratamiento:

- i. Se iniciará dentro de 60 días desde la confirmación diagnóstica.

85.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
85	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	Diagnóstico	Diagnóstico	Cada vez	53.970	20%	10.790
			Diagnóstico diferencial	Cada vez	149.720	20%	29.940
		Tratamiento	Tratamiento mediana complejidad	Mensual	15.690	20%	3.140
			Tratamiento alta complejidad	Por tratamiento completo	102.260	20%	20.450

Artículo 4°.- El FONASA y las ISAPRE 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 el presente decreto, la NTMA y demás reglamentos y normativas de la ley N° 19.966.

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

1. Que se trate de un problema de salud incluido en el artículo 3° de este decreto;
2. Que el beneficiario sea de aquellos a quienes dicho artículo 3° haya considerado para el acceso a las prestaciones de la patología que se trate y, si corresponde, cumpla con los criterios de inclusión de la NTMA;
3. Que se sospeche o confirme el diagnóstico de uno o más de los problemas de salud, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo siguiente, por el profesional que corresponda en la Red de Prestadores. En caso que la confirmación diagnóstica de un beneficiario del Libro II del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud se produzca fuera de la señalada red, los beneficiarios podrán ingresar a ella para hacer efectivas las garantías que les corresponda, conforme a lo dispuesto en el artículo 28 y siguientes del Decreto Supremo N° 136 de 2005, del Ministerio de Salud, que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las garantías explícitas en 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 3°, y que hayan sido debidamente prescritas por el profesional que corresponda. Tratándose de la sospecha y siempre que el problema de salud incluya una prestación asociada a esa etapa, el beneficiario tendrá derecho a la(s) garantía(s) correspondientes tanto si se confirma la sospecha como si se descarta.

Artículo 6°.- Las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios se encuentran taxativamente señaladas en el artículo 3° precedente y en el Listado de Prestaciones Específico descrito en el artículo 17, y 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 2° y 3°, no procediendo la homologación de prestaciones. Para estos efectos se entiende por homologación de prestaciones el reemplazo de ellas por otras que no se encuentran contempladas en el referido artículo 3° o en el Listado de Prestaciones Específico, o la entrega de éstas, pero con especificaciones distintas a las definidas.

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. 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 ISAPRE 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 3°, la cobertura financiera será aquella que corresponda a la MAI, en el caso de beneficiarios del FONASA; o del plan complementario de salud, en el caso de las ISAPRE. En esta situación, la prestación deberá encontrarse contemplada en el arancel respectivo.

Artículo 7°.- No obstante lo señalado en el artículo 3° precedente sobre la garantía de protección financiera, el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 160 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el citado artículo 3° a las personas pertenecientes a los grupos C y D del señalado artículo 160, de acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 161 del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

Artículo 8°.- Las prestaciones señaladas en el artículo 3° precedente se otorgarán exclusivamente a través de la red de prestadores del FONASA y de las ISAPRE según corresponda, pudiendo hacer uso de las tecnologías de información y comunicación aplicadas en el ámbito de la salud, incluyendo salud digital, tales como las atenciones de telemedicina, teleconsultas, entre otras de acuerdo a lo señalado en la NTMA.

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

Artículo 9°.- Para tener derecho a las garantías, los beneficiarios contemplados en el Libro II del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, deberán atenderse en la red de prestadores que les corresponda. Asimismo, deberán acceder a ésta a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, y las demás situaciones indicadas en los artículos 28 y siguientes del Decreto Supremo N° 136 de 2005, del Ministerio de Salud, individualizado en el artículo 5 numeral tercero del presente decreto.

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 3°. Dichos beneficiarios, para acogerse a las garantías, deberán atenderse en la red de prestadores respectiva.

Los beneficiarios señalados en el Libro II del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud podrán optar por atenderse conforme a la MLE, 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 N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, a quienes se les haya diagnosticado alguno de los problemas de salud cubiertos por dichas garantías, deberán atenderse en la red de prestadores de la ISAPRE.

No obstante, lo dispuesto en el inciso anterior, los beneficiarios podrán optar, en forma parcial o total, por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la institución, en cuyo caso no 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 garantías, 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 ISAPRE 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 3° 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 del segundo día hábil, 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 tipo de intervención sanitaria que corresponda, será de diez días, plazo que se contará desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 3° 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 de Salud, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el décimo quinto día posterior al plazo señalado en los N° 2 o 3 precedentes, según corresponda.
5. En el caso expuesto en el numeral anterior, la Superintendencia de Salud procederá a designar un nuevo prestador dentro del segundo día hábil, plazo que se contará desde la comparecencia del beneficiario.
6. Una vez designado el prestador por la Superintendencia de Salud, la garantía de oportunidad para el tipo de intervención sanitaria que corresponda, será de cinco días, contados desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 3° 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 3°.

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 copago que corresponda hacer por parte del beneficiario;
3. Plazo dentro del cual deberá ser otorgada la prestación correspondiente;
4. Constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la razón de la negativa.

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

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

Artículo 14.- Para los efectos de la garantía de calidad, las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 3°, sólo podrán ser otorgadas por aquellos prestadores inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, de la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud y demás normativa vigente.

Cuando las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 3° del presente decreto requieran ser otorgadas por prestadores de atención cerrada, centros de diálisis, servicios de imagenología de alta complejidad, laboratorios clínicos de alta complejidad, prestadores institucionales de atención abierta de alta y mediana complejidad, éstos deberán encontrarse acreditados en la Superintendencia de Salud.

Adicionalmente a lo señalado en el inciso precedente, la acreditación, como requisito para el otorgamiento de las prestaciones individualizadas en el artículo 3° del presente decreto, será exigible respecto de los tipos de prestadores institucionales que a continuación se señalan, a partir de las siguientes fechas:

- a. Respecto de los prestadores institucionales de servicios de imagenología de mediana y baja complejidad, a contar del 1 de enero de 2021;
- b. Respecto de los prestadores institucionales de servicios de laboratorio clínico de mediana y baja complejidad, a contar del 30 de junio de 2022;

Durante la vigencia del presente decreto, no será exigible la acreditación de los prestadores institucionales de atención abierta de baja complejidad, para el otorgamiento de las prestaciones señaladas en el artículo precedente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos segundo y tercero precedentes, tales prestadores institucionales podrán otorgar las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 3° del presente decreto, si se encontraren en alguna de las siguientes situaciones:

1° Si el prestador institucional se encontrare dentro de los dos primeros años desde el otorgamiento de su autorización sanitaria de funcionamiento como establecimiento de salud por parte de la autoridad sanitaria regional respectiva, caso en el cual, para el otorgamiento de tales prestaciones garantizadas, deberá obtener su acreditación dentro de los dos años contados desde el otorgamiento de su autorización sanitaria de funcionamiento como establecimiento de salud por parte de la autoridad sanitaria regional respectiva;

2° Si el prestador institucional estuviere situado en territorios en los que se hubiere declarado alerta o emergencia sanitaria, de acuerdo al artículo 36 del Código Sanitario, en los últimos dos años anteriores a la fecha de exigibilidad de su acreditación o reacreditación, ésta les será exigible a partir del primer día del sexto mes posterior a dicha fecha de exigibilidad;

3° Si a la fecha de exigibilidad de su acreditación señalada en el inciso tercero precedente, el procedimiento de acreditación del prestador hubiere sido solicitado y se encontrare pendiente;

4° Si, habiéndose sometido al procedimiento de acreditación dentro de los seis meses anteriores a la fecha de exigibilidad de su acreditación señalada en el inciso tercero de este artículo, hubieren sido declarados como no acreditados por no haber dado debido cumplimiento a no más de 2 de las características obligatorias que le hubieren sido aplicables en dicho procedimiento conforme a las normas del estándar de acreditación en función del cual hubiere sido evaluado. En este caso el prestador deberá estar acreditado antes del primer día del octavo mes posterior a la notificación del resultado del primer procedimiento.

5° Si, habiéndose encontrado acreditado, no obtuviere su reacreditación, caso en el cual, y por solo una vez, deberá solicitar y obtener su nueva acreditación en el plazo máximo de 8 meses, contados desde la resolución de la Superintendencia de Salud que declaró el término del antedicho procedimiento de reacreditación; y

6° En el caso de un prestador institucional de atención cerrada de alta complejidad, siempre que en el territorio del Servicio de Salud correspondiente en que se encuentre ubicado, no exista ningún otro prestador acreditado de su misma naturaleza, poniendo con ello en riesgo la continuidad del otorgamiento de las prestaciones en condiciones adecuadas de oportunidad y accesibilidad, situación que deberá ser certificada por la Superintendencia de Salud. En este caso, el prestador deberá dar inicio al proceso de acreditación dentro de los treinta días siguientes a la notificación de la certificación de la Superintendencia de Salud.

7° En el caso de los centros de diálisis no acreditados, ellos podrán otorgar las prestaciones del problema de salud N°1, del artículo 3, a un beneficiario cuando no pueda acceder a otro centro acreditado con capacidad de atención disponible a una distancia que le asegure la continuidad del otorgamiento de las prestaciones en condiciones adecuadas de funcionamiento, oportunidad y accesibilidad, situación que deberá ser informada por el FONASA o la ISAPRE, según corresponda, a la Superintendencia de Salud para su aprobación. En este caso, el centro de diálisis dispondrá del plazo de un año, contado desde la aprobación antes señalada, para obtener su acreditación.

8° Si el prestador institucional estuviere en condición de normalización o reposición y cuyo avance de instalación se encuentre en al menos el 80%, con fecha de puesta en marcha dentro de los seis meses anteriores a la fecha de exigibilidad de su acreditación señalada en el inciso tercero precedente, o de la fecha de su presentación de solicitud de acreditación o reacreditación, dispondrán de hasta un año contado desde la fecha de exigibilidad de la acreditación o reacreditación para dar cumplimiento a las exigencias señaladas.

La condición mencionada deberá certificarse ante la Superintendencia de Salud, mediante un informe oficial, presentado por el representante legal del centro o establecimiento de salud, con al menos dos meses de anticipación a la fecha de exigibilidad de la acreditación o reacreditación, en el que se indique el porcentaje de instalaciones modificado, el de avance de obras y la fecha estimada de puesta en marcha. La Superintendencia de Salud podrá solicitarle al representante legal todos los antecedentes que estime necesarios para verificar los datos expresados en el informe señalado precedentemente.

TÍTULO II

DE LAS METAS DE COBERTURA PARA EL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA

Artículo 15.- El examen de medicina preventiva establecido por resolución exenta N° 1236 de 31 de diciembre de 2009, del Ministerio de Salud, a que tienen derecho los beneficiarios del Libro II o que sean afiliados o beneficiarios del Libro III, ambos del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, está constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbilidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

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

Metas de cobertura para población beneficiaria por grupos etarios y ciclo vital

1. Embarazadas

Meta de Cobertura: 100% de las embarazadas beneficiarias.

- a) Diabetes en el embarazo:
Examen: Glicemia en ayunas.
- b) Infección por virus de inmunodeficiencia humana
Examen diagnóstico de Infección por VIH en sangre, previa información sobre infección, de acuerdo a la normativa vigente.
- 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% de los 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 de edad

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 de edad
Meta de cobertura: 25% de la 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, 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 o RPR en sangre.
 - g) Tuberculosis
Examen: Baciloscopía a personas con tos productiva por 15 días o más.
6. Mujeres de 25 a 64 años de edad
Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.
Meta de cobertura: 80% de beneficiarias con Papanicolaou (PAP) vigente (realizado en los últimos 3 años).
- a) Cáncer cervicouterino
Examen: PAP o citología exfoliativa cervical.
7. Personas de 40 y más años de edad
Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.
Meta de cobertura: 15% de la población beneficiaria.
- a) Dislipidemia
Examen: Medición de colesterol total.
8. Mujeres de 50 a 59 años de edad
Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, 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 de edad
Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años de edad, 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 Listado de Prestaciones Específico a que alude el inciso primero, del artículo 6°, de este decreto, es el que a continuación se indica, debiendo mantenerse disponible permanentemente una copia del mismo en la página web del Ministerio de Salud.

Artículo 18.- El presente decreto entrará en vigencia el primer día del mes de octubre de 2019 por el plazo de tres años, el que se entenderá prorrogado automáticamente hasta que entre en vigencia el siguiente decreto que determine las Garantías Explícitas en Salud conforme a las disposiciones contenidas en la ley N° 19.966.

Artículo 19.- Derógase el Decreto Supremo N°3, de 2016 de los Ministerios de Salud y de Hacienda, y sus posteriores modificaciones, 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 N°3, tendrán derecho a seguir recibiendo las Garantías Explícitas en Salud en los mismos términos contemplados en el decreto que se deroga, de acuerdo al tipo de intervención sanitaria en que se encuentre y la periodicidad correspondiente. Una vez terminada dicha intervención sanitaria 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 artículo anterior.

Anótese, tómese razón y publíquese.- SEBASTIÁN PIÑERA ECHENIQUE, Presidente de la República.- Jaime Mañalich Muxi, Ministro de Salud.- Felipe Larraín Bascuñán, Ministro de Hacienda.

Transcribo para su conocimiento Decreto Afecto N° 22 de 01-07-2019.- Saluda atentamente a Ud., Paula Daza Narbona, Subsecretaria de Salud Pública.

