DIARIO OFICIAL
DE LA REPÚBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior

I SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 44.350 | Viernes 16 de Enero de 2026 | Página 1 de 111

Normas Generales

CVE 2748196

MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública

RECTIFICACIÓN

En la edición del Diario Oficial N° 44.311, de fecha 28 de noviembre de 2025, se publicó en extracto el decreto N° 29, de 28 de mayo de 2025, del Ministerio de Salud, tomado de razón por la Contraloría General de la República, con fecha 26 de noviembre de 2025, con el error que se salva a continuación: Se publicó únicamente su extracto, debiendo haberse efectuado su publicación íntegra, conforme a lo instruido por la Contraloría General de la República mediante oficio folio N° E209768, de 9 de diciembre de 2025; dejándose expresa constancia que la presente rectificación no altera la fecha de entrada en vigencia del decreto, correspondiente al primer día del mes de diciembre de 2025, ni el contenido del acto administrativo.

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

Núm. 29.- Santiago, 30 de mayo de 2025.

Visto:

Lo dispuesto en el artículo 1 y 19 N° 9, 32 N° 6 y 35, del decreto supremo N° 100, de 2005, de la Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República; en el artículo 3° del decreto con fuerza de ley N° 1-19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en el decreto con fuerza de ley Nº 725, de 1967, del Ministerio de Salud, que aprueba el Código Sanitario; en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N° 136, de 2004, Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en los párrafos 3 y 4 del Título I, y en los artículos 23° y segundo 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, del Ministerio 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, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley N° 19.966; en el decreto supremo N° 136, de 2005, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las Garantías Explícitas en Salud; en la resolución exenta N° 1.236, de 31 de diciembre de 2009, del Ministerio de Salud, que regula Examen de Medicina Preventiva; en el decreto supremo N° 72, de 2022, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud; en la resolución exenta N° 1.112, de 12 de agosto de 2022, del Ministerio de Salud, que modifica resolución exenta N° 176, de 1999, del Ministerio de Salud, que aprueba el arancel de prestaciones de salud del Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1/2005 del Ministerio de Salud; y en la resolución exenta N° 36, de 2024, de Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; y

Considerando:

1. Que, el artículo 1° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469 establece que al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

2. 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 134° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, 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 (MAI), conforme a lo establecido en el mencionado decreto.

3. 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 Fonasa y las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.

4. Que, las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fonasa o las Isapre, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

5. Que, las garantías señaladas deben ser las mismas para los beneficiarios de los Libros II y III del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, pero pueden ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

6. Que, las Isapre están también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fonasa confiere como mínimo en su Modalidad de Libre Elección (MLE), en los términos del artículo 31° de la ley Nº 19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud.

7. Que, las Garantías Explícitas en Salud deben ser elaboradas de conformidad con el procedimiento establecido en la ley Nº 19.966 y en el decreto supremo Nº 121, de 2005, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explicitas en Salud de la ley N° 19.966 y deben ser aprobadas por decreto supremo de dicha Secretaría de Estado suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.

8. Que, a la fecha de dictación del presente decreto, la Prima Universal señalada por el Ministerio de Hacienda, por medio de la resolución exenta N° 325, de 22 de mayo de 2025, y del ordinario N° 952, de fecha 20 de mayo de 2025, fue de 4,1534 Unidad de Fomento (UF).

9. Que, el procedimiento de elaboración de las Garantías Explícitas en Salud 2025-2028 tuvo como finalidad revisar las prestaciones de los 87 problemas de salud vigentes y evaluar la incorporación de otros nuevos.

10. Que, el grupo de trabajo a que se refiere el artículo 6º, del decreto supremo N° 121, de 2005, del Ministerio de Salud, con el conocimiento y opinión fundada del Consejo Consultivo asociado al párrafo 4º de la ley Nº 19.966, ha propuesto al Ministerio de Salud y al Ministerio de Hacienda hacer modificaciones al Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

11. Que, en la presente modificación se ha trabajado coordinadamente con Fonasa y la Superintendencia de Salud. Además, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 37 bis de la ley N° 19.880, ambos organismos han manifestado su conformidad mediante los ordinarios N° 13.098 y N° 2.496, respectivamente, ambos del mes de mayo del año 2025.

12. Que, en dicho contexto, se han priorizado cambios y actualizaciones que significan mejoras en la atención de salud garantizada.

13. Que, se realizan también las siguientes modificaciones:

a. Incorporación de tres problemas de salud nuevos, a saber:

   i. N° 88 “Tratamiento farmacológico tras alta hospitalaria por cirrosis hepática”.
   ii. N° 89 “Tratamiento hospitalario para personas menores de 15 años con depresión grave refractaria o psicótica con riesgo suicida”.
   iii. N° 90 “Cesación del consumo de tabaco en personas de 25 años y más”.

b. Cambio en el nombre de los siguientes problemas de salud:

   i. N° 2 “Cardiopatías congénitas operables en personas menores de 15 años” se reemplaza por “Cardiopatías congénitas operables”, eliminando así la restricción etaria previamente vigente como barrera de acceso.
   ii. N° 22 “Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años” se reemplaza por “Epilepsia en personas desde 1 año y menores de 15 años”, eliminando la barrera de acceso en personas con epilepsia refractaria.
   iii. N° 25 “Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso” se reemplaza por “Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapasos”, se realiza modificación corrigiendo error ortográfico.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

iv. N° 42 “Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales” se reemplaza por “Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de uno o más aneurismas cerebrales”, de modo así que se incluyan a partir de la ruptura de uno o más aneurismas.
v. N° 60 “Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más” se reemplaza por “Epilepsia en personas de 15 años y más”, eliminando la barrera de acceso en personas con epilepsia refractaria.
vi. N° 70 “Cáncer colorectal en personas de 15 años y más” se reemplaza por “Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más”. Se realiza modificación corrigiendo error ortográfico.

c. Garantía de acceso y de protección financiera:

i. Se incluyen nuevas garantías de acceso en los siguientes problemas de salud, a saber: N° 1 “Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5”; N° 2 “Cardiopatías congénitas operables”; N° 3 “Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más”; N° 6 “Diabetes Mellitus tipo 1”; N° 7 “Diabetes Mellitus tipo 2”; N° 13 “Fisura labiopalatina”; N° 22 “Epilepsia en personas desde 1 año y menores de 15 años”; N° 27 “Cáncer gástrico”; N° 30 “Estrabismo en personas menores de 9 años”; N° 37 “Ataque cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más”; N° 51 “Fibrosis quística”; N° 60 “Epilepsia en personas de 15 años y más” y N° 61 “Asma bronquial en personas de 15 años y más”.
ii. Se actualizan las protecciones financieras de cada GPP de acuerdo con la metodología establecida en conjunto con la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

d. Garantía de oportunidad: Se modifican las garantías de oportunidad en los problemas de salud, N° 7 “Diabetes mellitus tipo 2”; N° 62 “Enfermedad de Parkinson”; N° 67 “Esclerosis múltiple remitente recurrente” y N° 73 “Osteosarcoma en personas de 15 años y más” para facilitar los flujos de atención y la implementación de las garantías.
e. Modificaciones en Grupo de Prestaciones Principales (GPP): se modifican GPP en problemas de salud, para una mejor atención de las personas, en el sentido que se indica:

i. Incorporación o actualización de los Grupos de Prestaciones Principales en los siguientes problemas de salud: N° 1 “Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5”; N° 2 “Cardiopatías congénitas operables”; N° 3 “Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más”; N° 6 “Diabetes mellitus tipo 1”; N° 7 “Diabetes mellitus tipo 2”; N° 22 “Epilepsia en personas desde 1 año y menores de 15 años”; N° 43 “Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más”; N° 45 “Leucemia en personas de 15 años y más”; N° 51 “Fibrosis quística”; N° 60 “Epilepsia en personas de 15 años y más”; N° 61 “Asma bronquial en personas de 15 años y más”.
ii. Actualización de los Grupos de Prestaciones Principales de radioterapia, quimioterapia o braquiterapia, en problemas de salud oncológicos: N° 3 “Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más”; N° 8 “Cáncer de mama en personas de 15 años y más”; N° 14 “Cáncer en personas menores de 15 años”; N° 16 “Cáncer de testículo en personas de 15 años y más”; N° 17 “Linfomas en personas de 15 años y más”; N° 27 “Cáncer gástrico”; N° 28 “Cáncer de próstata en personas de 15 años y más”; N° 43 “Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más”; N° 45 “Leucemia en personas de 15 años y más”; N° 70 “Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más”; N° 72 “Cáncer vesical en personas de 15 años y más”; N° 81 “Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más”; N° 83 “Cáncer renal en personas de 15 años y más”; N° 84 “Mieloma múltiple en personas de 15 años y más”.

f. Que, adicionalmente para una mejor comprensión, se han realizado modificaciones de forma que no alteran el contenido sustantivo del decreto, tales como correcciones ortográficas, ajustes de redacción para mejorar la claridad del texto, incorporación de omisiones detectadas, y armonización de términos.

14. Que, en este decreto se establecen los límites al copago establecidos en la ley, con la finalidad de impedir que los beneficiarios del Régimen General de Garantías en Salud enfrenten gastos económicos elevados que dificulten o impidan el acceso y/o la continuidad de sus tratamientos, especialmente en problemas de salud de alto costo, tales como: N° 14 “Cáncer en personas menores de 15 años”; N° 33 “Hemofilia”; N° 45 “Leucemia en personas de 15 años y más”; N° 51 “Fibrosis quística”; N° 55 “Gran quemado”; N° 59 “Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro”; N° 74 “Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de válvula aórtica en personas de 15 años y más”; N° 77 “Hipoacusia moderada, severa y profunda en personas menores de 4 años”; N° 79 “Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más”; N° 82 “Cáncer de tiroides en personas de 15 años y más¨.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

15. Que, cabe hacer presente que los beneficiarios de las Isapre o de Fonasa, tendrán derecho a una cobertura financiera adicional de cargo de dichos organismos conforme a los términos que establece la ley N° 19.966 y el decreto supremo N° 136, de 2005, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las Garantías Explícitas en Salud.

16. Que, en el marco de la regulación de la garantía de calidad, y con el objetivo de resguardar de manera progresiva y cada vez más adecuada la seguridad de los beneficiarios, se estima necesario incorporar la exigencia de acreditación para nuevos tipos de prestadores institucionales, los cuales se señalarán expresamente, con el fin de que puedan otorgar las prestaciones indicadas en el artículo 3° del presente decreto.

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, en esta oportunidad, atendida la naturaleza técnica y el volumen de prestaciones que comprende el Listado Específico de Prestaciones, así como la necesidad de contar con un instrumento más ágil que permita su oportuna modificación frente a cambios clínicos, tecnológicos o razones de salud pública, se ha resuelto que dicho listado sea determinado mediante una norma técnica aprobada por decreto del Ministerio de Salud, en virtud de la facultad delegada al Ministro de Salud para firmar por "orden del Presidente de la República", a través del decreto supremo N° 28, de 2009, del Ministerio de Salud.

21. Que, las prestaciones establecidas taxativamente en el Listado Específico de Prestaciones constituyen derechos para los beneficiarios y que el Fonasa y las Isapre están obligados a asegurar.

22. Que, por lo señalado anteriormente, y en uso de las facultades que me confiere la ley:

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 Isapre están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios. Por cada garantía se entenderá:

    i. **Garantía explícita de acceso:** Obligación del Fonasa y de las Isapre de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes Nº 18.469 y Nº 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 explícita de calidad:** Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley Nº 19.937, en la forma y condiciones que determine el presente decreto.
    iii. **Garantía explícita 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 explícita 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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 incluido 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:

Nº	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. **Listado Específico de Prestaciones:** Descripción taxativa de las prestaciones de salud que conforman las prestaciones unitarias o los grupos de prestaciones determinados en el arancel de referencia para cada problema de salud, las cuales son exigibles por el beneficiario, de acuerdo con la prescripción del profesional competente. La norma técnica que contenga el Listado Específico de Prestaciones será aprobada mediante decreto del Ministerio de Salud.

f. **Periodicidad:** Lapso considerado para efectos de aplicar el valor determinado por el arancel en relación a una prestación o un grupo de prestaciones comprendidas en dicho período, prescritas por un profesional de la salud, en relación a cada enfermedad o condición de salud establecida en el artículo 3°, del presente decreto, 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.

g. **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 señalarán como grupo de prestaciones en el artículo 3°, del presente decreto, de acuerdo a la etapa del proceso de atención del paciente definida como "Tipo de intervención sanitaria" en el literal l) del presente artículo. El detalle taxativo de cada grupo de prestaciones se determinará en el Listado Específico de Prestaciones a que se refiere el artículo 18° de este decreto, el cual para todos los efectos se entenderá formar parte de las garantías.

h. **Prestador o prestadores de salud:** Personas naturales o jurídicas, tales como farmacias, consultorios, consultas, centros médicos, hospitales o clínicas, que ejecutan acciones de salud y que formen parte de la red de prestadores.
Cuando se refiera a un **"prestador con capacidad resolutiva"** 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.

i. **Problema de salud:** Enfermedad, condición de salud o programa determinado en el artículo 3º del presente decreto.

j. **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.

k. **Superintendencia:** Superintendencia de Salud, regulada en el Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

l. **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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 Específico de Prestaciones, 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 Específico de Prestaciones, que se transcribe en el decreto al que se refiere el artículo 18°, se describirán 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 explicitas en salud a las que se refiere la ley Nº 19.966:

1 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPAS 4 Y 5

La enfermedad renal crónica etapas 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:

1. Enfermedad renal crónica en etapas 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 etapa 4 o 5 tendrá acceso a diagnóstico del retardo del crecimiento y tratamiento con hormona del crecimiento en menores de 15 años.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

iv. Con enfermedad renal en etapas 4 o 5 tendrá acceso a estudio pretrasplante, ingreso a lista de espera de trasplante y a trasplante con donante vivo, vivo cruzado o fallecido, si cumple con criterios de la NTMA y de la normativa vigente sobre trasplante de órganos, aunque no haya requerido diálisis. El estudio pretrasplante incluye estudio del donante vivo, nefrectomía del donante vivo y seguimiento según normativa vigente.
v. Con enfermedad renal etapas 4 o 5 tendrá acceso a actualización del estudio pretrasplante si se encuentra en lista de espera.
vi. Con indicación médica tendrá acceso a terapia de desensibilización para pacientes hipersensibilizados, según lo establecido en NTMA.
vii. Con trasplante renal tendrá acceso a nuevo trasplante según indicación médica.
viii. Con trasplante renal tendrá acceso a profilaxis y tratamiento de citomegalovirus según indicación médica.
ix. Con trasplante renal tendrá acceso a terapia de rechazo según indicación médica.
x. Con trasplante renal tendrá acceso a seguimiento de trasplante.
xi. Con indicación de tratamiento de diálisis, tendrá acceso a peritoneodiálisis como primera línea de tratamiento y hemodiálisis como opción, en caso de que no se pueda realizar la peritoneodiálisis.
xii. Con indicación de Peritoneodiálisis, tendrá acceso a Catéter peritoneal.
xiii. Con indicación de Hemodiálisis, tendrá acceso a Fístula arteriovenosa.

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

1.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

i. La fístula arteriovenosa para hemodiálisis se realizará dentro de 90 días desde la 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	240.740	20%	48.150
		Tratamiento	Tratamiento con hormona de crecimiento en personas menores de 15 años	Mensual	333.410	20%	66.680
			Tratamiento citomegalovirus alto riesgo	Cada vez	2.216.780	20%	443.360
			Tratamiento citomegalovirus bajo riesgo	Cada vez	746.710	20%	149.340
			Estudio pretrasplante receptor	Cada vez	1.301.390	20%	260.280
			Estudio donante vivo	Cada vez	883.620	20%	176.720
			Nefrectomía donante vivo	Cada vez	2.423.570	20%	484.710
			Estudio y evaluación donante cadáver	Cada vez	2.148.970	20%	429.790
			Nefrectomía donante cadáver riñón derecho	Cada vez	1.180.940	20%	236.190
			Nefrectomía donante cadáver riñón izquierdo	Cada vez	1.180.940	20%	236.190
			Trasplante renal	Cada vez	9.365.260	20%	1.873.050
			Rechazo trasplante renal	Cada vez	11.575.210	20%	2.315.040
			Droga inmunosupresora protocolo 0	Mensual	10.300	20%	2.060
			Droga inmunosupresora protocolo 1A	Mensual	488.910	20%	97.780

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
			Droga inmunosupresora protocolo 1B	Mensual	345.670	20%	69.130
			Droga inmunosupresora protocolo 1C	Mensual	676.120	20%	135.220
			Droga inmunosupresora protocolo 1D	Mensual	768.080	20%	153.620
			Droga inmunosupresora protocolo 1E	Mensual	597.570	20%	119.510
			Droga inmunosupresora protocolo 2A	Mensual	411.680	20%	82.340
			Acceso vascular autólogo en brazo o antebrazo	Cada vez	1.445.420	20%	289.080
			Acceso vascular con prótesis en extremidad superior	Cada vez	1.746.500	20%	349.300
			Acceso vascular autólogo de alta complejidad	Cada vez	1.931.030	20%	386.210
			Reparación de fístula disfuncionante u ocluida	Cada vez	2.057.080	20%	411.420
			Instalación catéter tunelizado	Cada vez	786.180	20%	157.240
			Hemodiálisis mensual	Mensual	960.830	20%	192.170
			Instalación catéter peritoneodiálisis	Cada vez	777.950	20%	155.590
			Peritoneodiálisis mensual	Mensual	1.180.240	20%	236.050
			Hierro endovenoso pacientes en diálisis	Mensual	35.290	20%	7.060
			Eritropoyetina pacientes en diálisis	Mensual	40.130	20%	8.030
			Tratamiento enfermedades óseo metabólicas: hiperfosfatemia	Mensual	4.230	20%	850
			Tratamiento enfermedades óseo metabólicas: hiperparatiroidismo	Mensual	88.390	20%	17.680
			Tratamiento de desensibilización para trasplante renal	Por tratamiento completo	22.164.340	20%	4.432.870
		Seguimiento	Seguimiento trasplante renal primer año	Mensual	232.750	20%	46.550
			Seguimiento trasplante renal a partir del segundo año	Mensual	96.650	20%	19.330
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

2 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES

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. Anomalía congénita del corazón
ix. Anomalía de Ebstein
x. Anomalía de la arteria pulmonar
xi. Anomalía 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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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
xxxi. 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
xlix. 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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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
xci. 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
cxi. 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, según indicación médica.
iii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a seguimiento.
iv. Con requerimiento de recambio de marcapasos o cambio de generador y/o de electrodo, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

Todo beneficiario:

i. Con intervención quirúrgica realizada hasta los 15 años, tendrá acceso a reintervención, según indicación médica.
ii. Gestante tendrá acceso a diagnóstico prenatal de cardiopatía congénita.

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:

Diagnóstico

i. El diagnóstico prenatal desde las 20 semanas de gestación se realizará dentro de los 30 días desde la sospecha.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

ii. El diagnóstico postnatal entre los 0 y 7 días se realizará dentro de 48 horas desde la sospecha.
iii. El diagnóstico postnatal entre el 8° día y antes de cumplido el 2° año de vida se realizará dentro de 21 días desde la sospecha.
iv. El diagnóstico postnatal entre los 2 y hasta los 15 años se realizará dentro de 180 días desde la sospecha.

Tratamiento

i. En cardiopatía congénita grave operable el ingreso al prestador con capacidad resolutiva, 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**	Diagnóstico	Confirmación cardiopatía congénita operable prenatal	Cada vez	276.290	20%	55.260
			Confirmación cardiopatía congénita operable posnatal	Cada vez	287.890	20%	57.580
			Estudio hemodinámico en personas menores de 15 años	Cada vez	1.110.710	20%	222.140
		Tratamiento	Cirugía CEC mayor en personas menores de 15 años	Cada vez	17.461.730	20%	3.492.350
			Cirugía CEC mediana en personas menores de 15 años	Cada vez	8.560.280	20%	1.712.060
			Cirugía CEC menor en personas menores de 15 años	Cada vez	7.077.090	20%	1.415.420
			Cierre percutáneo de defectos septales intracardiacos con dispositivo en personas menores de 15 años	Cada vez	10.405.230	20%	2.081.050
			Valvuloplastía en personas menores de 15 años	Cada vez	2.686.980	20%	537.400
			Angioplastía en personas menores de 15 años	Cada vez	3.572.050	20%	714.410
			Angioplastía y valvuloplastía en personas mayores de 15 años	Cada vez	3.971.540	20%	794.310
			Estudio electrofisiológico de arritmias en personas menores de 15 años	Cada vez	1.248.260	20%	249.650
			Estudio electrofisiológico y ablación de arritmias en personas menores de 15 años	Cada vez	2.492.930	20%	498.590
			Cierre percutáneo del ductus arterioso persistente en personas menores de 15 años	Cada vez	3.991.770	20%	798.350

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
			Cierre percutáneo en personas mayores de 15 años	Cada vez	2.463.810	20%	492.760
			Cierre de ductus por cirugía en personas menores de 15 años	Cada vez	1.739.140	20%	347.830
			Otras cirugías cardíacas sin CEC en personas menores de 15 años	Cada Vez	1.895.740	20%	379.150
			Reintervención quirúrgica complicado cardiopatía congénita en personas mayores de 15 años	Cada vez	9.055.880	20%	1.811.180
			Reintervención quirúrgica no complicada cardiopatía congénita en personas mayores de 15 años	Cada vez	7.679.260	20%	1.535.850
			Implantación de marcapasos unicameral VVI en personas menores de 15 años	Cada vez	3.091.870	20%	618.370
			Implantación de marcapasos bicameral DDD en personas menores de 15 años	Cada vez	3.995.660	20%	799.130
			Implantación de marcapasos con desfibrilador con/sin resincronizador en personas menores de 15 años	Cada vez	8.288.280	20%	1.657.660
			Implante de válvulas percutáneas en personas mayores de 15 años	Cada vez	4.842.710	20%	968.540
			Recambio marcapasos en personas menores de 15 años	Cada vez	3.350.820	20%	670.160
			Evaluación postquirúrgica cardiopatías congénitas operables en personas menores de 15 años	Por evaluación completa	203.750	20%	40.750
			Septostomía de Rashkind en personas menores de 15 años	Cada vez	1.585.930	20%	317.190
		Seguimiento	Seguimiento primer año en personas menores de 15 años	Mensual	14.010	20%	2.800
			Seguimiento desde segundo año en personas menores de 15 años	Mensual	17.760	20%	3.550
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

3 CÁNCER CERVICOUTERINO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 del 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. Persona entre 35 y 45 años tendrá acceso a la realización de genotipificación de Virus Papiloma Humano de alto riesgo oncogénico por PCR cada 5 años.
iii. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
iv. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación, tratamiento y seguimiento.
v. Con lesión preinvasora de bajo grado, si hay progresión durante el seguimiento, tendrá acceso a tratamiento.
vi. Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento.
vii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

3.2 Garantía de oportunidad:

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.

Diagnóstico

i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de los 40 días desde la sospecha.

Etapificación

i. La etapificación se realizará dentro de los 20 días desde la confirmación diagnóstica.

Tratamiento

i. Para la lesión preinvasora de bajo grado se iniciará dentro de 180 días desde la indicación médica.
ii. Para la lesión preinvasora de alto grado se iniciará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
iii. Para cáncer invasor se iniciará dentro de 20 días desde la etapificación.
iv. Los tratamientos adyuvantes se iniciarán dentro de 20 días desde la indicación médica.

Seguimiento.

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

3.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
3	**Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más**	Tamizaje	Tamizaje cáncer cervicouterino	Cada vez	13.450	20%	2.690
			Tamizaje cáncer cervicouterino con PCR virus papiloma humano	Cada vez	43.060	20%	8.610
		Diagnóstico	Sospecha cáncer cervicouterino	Cada vez	3.070	20%	610
			Confirmación cáncer cervicouterino preinvasor	Cada vez	250.810	20%	50.160
			Confirmación cáncer cervicouterino invasor	Cada vez	276.000	20%	55.200
			Etapificación cáncer cervicouterino invasor	Cada vez	402.350	20%	80.470
		Tratamiento	Atención integral para personas con cáncer	Por tratamiento completo	95.890	20%	19.180
			Tratamiento cáncer cervicouterino preinvasor: NIE I	Cada vez	118.980	20%	23.800
			Tratamiento cáncer cervicouterino preinvasor: NIE II y NIE III o CIS	Cada vez	451.860	20%	90.370
			Tratamiento quirúrgico cáncer cervicouterino invasor	Cada vez	2.341.890	20%	468.380
			Braquiterapia cáncer cervicouterino invasor	Cada vez	1.580.650	20%	316.130
			Quimioterapia cáncer cervicouterino invasor (incluye hospitalización)	Por ciclo	132.570	20%	26.510
			Quimioterapia recidiva cáncer cervicouterino invasor (incluye hospitalización)	Por ciclo	245.100	20%	49.020
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
		Seguimiento	Seguimiento cáncer cervicouterino preinvasor	Mensual	25.090	20%	5.020
			Seguimiento cáncer cervicouterino invasor	Mensual	30.330	20%	6.070
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

4 ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER

Consiste en la asistencia activa y seguimiento integral a la persona con cáncer, por un equipo interdisciplinario, siendo el objetivo esencial del tratamiento asegurar la máxima calidad de vida posible a las personas con cáncer independiente de su estadio clínico, ya sea en cáncer progresivo o no progresivo, mediante el alivio y prevención de síntomas y del sufrimiento asociado a la enfermedad oncológica en todo el ciclo vital.

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, independiente de su estadio clínico

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

4.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario, independiente de su edad y otros tratamientos indicados:

i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
ii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

4.2 Garantía de oportunidad:

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**	Tratamiento	Tratamiento integral y cuidados paliativos por cáncer avanzado	Mensual	129.030	20%	25.810
			Tratamiento integral por alivio del dolor sin cáncer progresivo	Mensual	53.530	20%	10.710
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 ateroesclerótica, 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 ínferolateral
xxiii. Infarto transmural agudo ínferoposterior
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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

xl. Reinfarto agudo de (pared) lateral del miocardio
xli. Reinfarto agudo de pared diafragmática del miocardio
xlii. Reinfarto agudo del miocardio alto lateral
xliii. Reinfarto agudo del miocardio apicolateral
xliv. Reinfarto agudo del miocardio basolateral
xlv. Reinfarto agudo del miocardio ínferolateral
xlvi. Reinfarto agudo del miocardio ínferoposterior
xlvii. Reinfarto agudo del miocardio posterior (verdadero)
xlviii. Reinfarto agudo del miocardio posterobasal
xlix. 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 cualquier tipo de IAM tendrá acceso a prevención secundaria.

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

5.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

Tratamiento

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

Seguimiento

i. El primer control para prevención secundaria se realizará dentro de 30 días desde el alta hospitalaria por tratamiento médico de cualquier tipo de IAM.
ii. El primer control para prevención secundaria se realizará dentro de 30 días desde el alta hospitalaria por 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	13.420	20%	2.680
		Diagnóstico y tratamiento	Confirmación y tratamiento infarto agudo del miocardio urgencia sin trombólisis	Cada vez	33.420	20%	6.680
			Confirmación y tratamiento infarto agudo del miocardio urgencia con trombólisis	Cada vez	757.920	20%	151.580
			Tratamiento médico del infarto agudo del miocardio	Cada vez	465.990	20%	93.200
		Seguimiento	Prevención secundaria del infarto agudo del miocardio	Mensual	8.820	20%	1.760
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 insulinodependiente
ix. Diabetes mellitus con propensión a la cetosis
x. Diabetes mellitus insulinodependiente con acidosis diabética sin mención de coma
xi. Diabetes mellitus insulinodependiente con cetoacidosis
xii. Diabetes mellitus insulinodependiente con cetoacidosis diabética sin mención de coma
xiii. Diabetes mellitus insulinodependiente con coma
xiv. Diabetes mellitus insulinodependiente con coma diabético con o sin cetoacidosis
xv. Diabetes mellitus insulinodependiente con coma diabético hiperosmolar
xvi. Diabetes mellitus insulinodependiente con coma diabético hipoglicémico
xvii. Diabetes mellitus insulinodependiente con coma hiperglicémico
xviii. Diabetes mellitus insulinodependiente 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.

Beneficiarios menores de 18 años y personas gestantes:

i. Con confirmación diagnóstica tendrán acceso a monitoreo continuo de glucosa.

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

6.2 Garantía de oportunidad:

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Nº	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	33.520	20%	6.700
			Evaluación inicial: pacientes sin cetoacidosis DM tipo 1	Cada vez	285.970	20%	57.190
			Evaluación inicial: pacientes con cetoacidosis DM tipo 1	Cada vez	727.720	20%	145.540
		Tratamiento	Tratamiento primer año pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	Mensual	55.540	20%	11.110
			Tratamiento a partir del segundo año pacientes con DM tipo 1 (incluye descompensaciones)	Mensual	61.700	20%	12.340
			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 1	Por tratamiento completo	356.760	20%	71.350
			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 1	Por tratamiento completo	143.270	20%	28.650
			Ayudas técnicas - pie diabético	Cada vez	74.680	20%	14.940
			Monitoreo continuo de glucosa para personas menores de 18 años y personas gestantes	Mensual	68.760	20%	13.750
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 parcial 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 de comienzo en el adulto sin mención de complicación
iii. Diabetes mellitus de comienzo en la madurez del adulto sin mención de complicación
iv. Diabetes mellitus estable sin mención de complicación
v. Diabetes mellitus no cetósica sin mención de complicación
vi. Diabetes mellitus tipo 2 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 insulinodependiente sin cetoacidosis
xi. Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación
xii. Diabetes no insulinodependiente juvenil sin mención de complicación
xiii. Diabetes, comienzo en la edad adulta
xiv. Diabetes gestacional
xv. Diabetes post pancreatectomía
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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Beneficiarios con enfermedad renal etapa 3 o 4 o insuficiencia cardiaca estadio C, tendrán acceso al grupo de prestaciones principales "Tratamiento para personas con enfermedad renal crónica etapa 3 o 4 o insuficiencia cardíaca etapa C" cumpliendo los siguientes criterios:

1. Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, y
2. Enfermedad renal crónica etapa 3 con velocidad de filtración glomerular (VFG) mayor o igual a 30 mL/min/1.73² a 59 mL/min/1.73² o
3. Enfermedad renal crónica etapa 4 con velocidad de filtración glomerular (VFG) mayor o igual a 20 mL/min/1.73² a 29 mL/min/1.73² o
4. Insuficiencia cardiaca (IC) estadio C: daño estructural con síntomas actuales o previos de IC, según escala AHA/ACC

Beneficiarios de 65 años y más tendrán acceso al grupo de prestaciones principales "Tratamiento personas 65 años y más" cumpliendo los siguientes criterios:

i. Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, y
ii. Velocidad de filtración glomerular menor a 60 mL/min/1,73².

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

7.2. Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

i. El diagnóstico se realizará dentro de 30 días desde la primera consulta con glicemia elevada.

Tratamiento

i. Se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
ii. La atención por médico especialista se realizará dentro de 60 días desde la derivación, según indicación médica.
iii. El primer tamizaje de retinopatía diabética se realizará dentro de 12 meses desde la indicación del equipo tratante.
iv. Posteriormente, los siguientes tamizajes de retinopatía diabética se realizarán cada dos años a partir del segundo examen.

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	9.880	20%	1.980
			Evaluación inicial pacientes con DM tipo 2	Cada vez	40.180	20%	8.040
		Tratamiento	Tratamiento primer año pacientes con DM tipo 2	Mensual	6.360	20%	1.270
			Tratamiento a partir del segundo año pacientes con DM tipo 2	Mensual	9.110	20%	1.820
			Control paciente DM tipo 2 nivel especialidad	Mensual	31.460	20%	6.290
			Tratamiento personas 65 años y más	Anual	46.010	20%	9.200
			Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 2	Por tratamiento completo	370.770	20%	74.150
			Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 2	Por tratamiento completo	143.160	20%	28.630
			Ayudas técnicas - pie diabético	Cada vez	74.680	20%	14.940
			Tratamiento para personas con enfermedad renal crónica etapa 3 o 4 o insuficiencia cardíaca etapa C	Anual	102.310	20%	20.460
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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.
iii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
iv. 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:

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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.

Seguimiento

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

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

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	579.560	20%	115.910
			Confirmación cáncer de mama por biopsia estereotáxica	Cada vez	1.339.830	20%	267.970
			Etapificación cáncer de mama	Cada vez	279.110	20%	55.820
		Tratamiento	Atención integral para personas con cáncer de mama	Por tratamiento completo	96.760	20%	19.350
			Intervención quirúrgica cáncer de mama sin reconstrucción mamaria inmediata	Cada vez	1.705.110	20%	341.020
			Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata) primera cirugía reconstructiva	Cada vez	4.036.010	20%	807.200
			Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción mamaria, segunda cirugía reconstructiva	Cada vez	1.878.670	20%	375.730
			Quimioterapia cáncer de mama, etapa I y II	Por ciclo	293.390	20%	58.680
			Quimioterapia cáncer de mama, etapa III	Por ciclo	222.190	20%	44.440
			Quimioterapia cáncer de mama, etapa IV	Por ciclo	458.940	20%	91.790
			Quimioterapia cáncer de mama etapa IV metastásico	Mensual	168.450	20%	33.690
			Hormonoterapia para cáncer de mama	Mensual	130.560	20%	26.110
			Controles y exámenes asociados a quimioterapia cáncer de mama	Por tratamiento completo	1.871.960	20%	374.390
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
		Seguimiento	Seguimiento cáncer de mama paciente asintomático	Mensual	11.160	20%	2.230
			Seguimiento cáncer de mama paciente sintomático	Mensual	41.220	20%	8.240
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

iii. Encefalocele nasofrontal
iv. Encefalocele occipital
v. Encefalocele
vi. Encefalomielocele
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. Diastematomiela
xxxvii. Quiste neuroentérico
xxxviii. Sinus fermal
xxxix. Quiste dermoide o epidermoide raquídeo
xl. Filum corto
xli. Médula anclada
xlii. Lipoma cono medular
xliii. Lipoma de filum
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 1º 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.

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. Con tratamiento de disrafia espinal abierta tendrá acceso a rehabilitación según indicación médica.
iii. 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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

9.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

i. Con disrafia espinal abierta se realizará 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.

Tratamiento

i. Con disrafia espinal abierta la cirugía se realizará dentro de 72 horas desde el nacimiento.
ii. Con disrafia espinal abierta la válvula derivativa se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.
iii. Con disrafia espinal abierta el control con neurocirujano se realizará dentro de 15 días desde el alta hospitalaria.
iv. Con disrafia espinal cerrada la cirugía se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica.
v. Con disrafia espinal cerrada el control con neurocirujano se realizará dentro de 15 días desde el alta hospitalaria.

Rehabilitación:

i. Con tratamiento de disrafia espinal abierta la rehabilitación se iniciará dentro de 30 días desde la indicación médica.
ii. Con tratamiento de disrafia espinal abierta la entrega de bastones, cojines o colchón se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
iii. Con tratamiento de disrafia espinal abierta la entrega de silla de ruedas o andadores, se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
iv. Con tratamiento de disrafia espinal abierta la entrega de órtesis pelvipedio, corset se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica.
v. Con tratamiento de disrafia espinal abierta la entrega de órtesis tobillo pie, sitting y canaletas, 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	163.340	20%	32.670
			Confirmación disrafia espinal cerrada	Cada vez	418.110	20%	83.620
		Tratamiento	Intervención quirúrgica integral disrafia espinal abierta	Cada vez	3.909.140	20%	781.830
			Intervención quirúrgica integral disrafia espinal cerrada	Cada vez	2.560.830	20%	512.170
			Evaluación postquirúrgica disrafia espinal abierta	Por evaluación completa	185.370	20%	37.070
			Evaluación postquirúrgica disrafia espinal cerrada	Por evaluación completa	248.070	20%	49.610
			Recambio valvular disrafia espinal abierta	Cada vez	1.911.450	20%	382.290
		Rehabilitación	Rehabilitación en pacientes con disrafia espinal abierta de los 0 a los 18 meses	Mensual	104.190	20%	20.840
			Rehabilitación en pacientes con disrafia espinal abierta desde los 19 meses a menores de 3 años	Mensual	82.130	20%	16.430
			Rehabilitación en pacientes con disrafia espinal abierta de 3 años a menores de 5 años	Mensual	61.530	20%	12.310
			Rehabilitación en pacientes con disrafia espinal abierta de 5 a 15 años	Mensual	36.750	20%	7.350
			Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	21.370	20%	4.270
			Andador con apoyo antebraquial a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	502.500	20%	100.500
			Andador con dos ruedas a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	37.750	20%	7.550
			Bastones codera fija a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	27.650	20%	5.530
			Bastones codera móvil a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	35.040	20%	7.010

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
			Canaletas a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	16.530	20%	3.310
			Cojín antiescaras celdas de aire a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	186.210	20%	37.240
			Cojín antiescaras viscoelástico a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	57.770	20%	11.550
			Colchón antiescaras celdas de aire a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	310.050	20%	62.010
			Corset a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	371.210	20%	74.240
			Órtesis pelvipedio a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	2.989.870	20%	597.970
			Órtesis tobillo pie a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	38.050	20%	7.610
			Silla de ruedas estándar a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	411.050	20%	82.210
			Silla de ruedas neurológica a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	671.480	20%	134.300
			Sitting a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	422.430	20%	84.490
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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:

Todo beneficiario menor de 25 años:

i. Con confirmación diagnóstica e indicación de tratamiento quirúrgico de escoliosis tendrá acceso a tratamiento.

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

10.2 Garantía de oportunidad:

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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	13.947.510	20%	2.789.500
			Intervención quirúrgica integral escoliosis neuromuscular	Cada vez	23.681.780	20%	4.736.360
			Intervención quirúrgica integral escoliosis mielomeningocele	Cada vez	19.862.840	20%	3.972.570
			Evaluación postquirúrgica escoliosis	Por evaluación completa	148.140	20%	29.630
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

11 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS

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

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 agudeza visual.

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:

Diagnóstico

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

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	111.100	20%	22.220
		Tratamiento	Intervención quirúrgica integral cataratas	Cada vez	1.078.880	20%	215.780
			Intervención quirúrgica integral cataratas personas menores de 3 años	Cada vez	1.573.090	20%	314.620
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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. Realizada la intervención quirúrgica tendrá acceso a rehabilitación precoz hospitalaria.
iii. Luego de alta hospitalaria tendrá acceso a rehabilitación ambulatoria.
iv. 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:

Tratamiento

i. La intervención quirúrgica se realizará dentro de 240 días desde la confirmación diagnóstica.
ii. El primer control por médico especialista se realizará dentro de 40 días después de la cirugía.
iii. El recambio de prótesis de cadera se realizará dentro de 240 días desde la indicación médica.

Rehabilitación:

i. Posterior a la intervención quirúrgica, la rehabilitación precoz hospitalaria se realizará dentro de 24 horas desde la indicación médica.
ii. La rehabilitación ambulatoria se realizará dentro de los 14 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	7.774.370	20%	1.554.870
			Recambio de prótesis de cadera	Cada vez	18.172.210	20%	3.634.440
			Control postquirúrgico	Por tratamiento completo	47.910	20%	9.580
		Rehabilitación	Rehabilitación precoz hospitalaria	Por tratamiento completo	62.510	20%	12.500
			Rehabilitación ambulatoria	Por tratamiento completo	167.980	20%	33.600
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

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

i. 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.
ii. Toda persona con fisura labiopalatina mayor de 15 años e indicación de cirugía ortognática tendrá acceso a cirugía ortognática.

13.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

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.
v. La cirugía ortognática se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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	16.190	20%	3.240
		Tratamiento	Ortopedia prequirúrgica	Cada vez	268.230	20%	53.650
			Cirugía primaria: primera intervención	Cada vez	1.393.180	20%	278.640
			Cirugía primaria: segunda intervención	Cada vez	431.260	20%	86.250
			Cirugía secundaria	Cada vez	2.114.350	20%	422.870
			Cirugía ortognática	Cada vez	565.480	20%	113.100
		Seguimiento	Rehabilitación fisura labiopalatina primer año	Anual	174.130	20%	34.830
			Rehabilitación fisura labiopalatina segundo año	Anual	199.640	20%	39.930
			Rehabilitación fisura labiopalatina preescolar (tercer año al sexto año)	Anual	350.640	20%	70.130
			Rehabilitación fisura labiopalatina escolar (séptimo año al décimo año)	Anual	363.260	20%	72.650
			Rehabilitación fisura labiopalatina escolar undécimo año	Anual	272.520	20%	54.500
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

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 etapificación, tratamiento y seguimiento. En los casos de leucemias y linfomas éste incluye trasplante de médula ósea según indicación médica.
iii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
iv. 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.
v. Los beneficiarios menores de 25 años con recidiva, y que hayan tenido sospecha antes de los 15 años, tendrán acceso a confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento y seguimiento.

14.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

i. En personas con leucemia, la confirmación diagnóstica y estudio (etapificación) se realizará dentro de 14 días desde la sospecha.
ii. En personas con linfomas y tumores sólidos, la confirmación diagnóstica y etapificación se realizará dentro de 30 días desde la sospecha.

Tratamiento

i. En personas con leucemia se otorgará quimioterapia dentro de las 24 horas desde la confirmación diagnóstica.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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.
iv. El tratamiento quirúrgico se realizará dentro de 14 días, desde la indicación médica.
v. El catéter venoso central para administración de quimioterapia se instalará dentro de 30 días desde la indicación médica.

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.

Lo anterior se complementará con lo establecido en la NTMA.

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	2.303.460	20%	460.690
		Tratamiento	Tratamiento tumores sólidos en personas menores de 15 años	Por tratamiento completo	8.684.850	20%	1.736.970
			Tratamiento leucemia en personas menores de 15 años	Por tratamiento completo	9.990.450	20%	1.998.090
			Tratamiento linfoma en personas menores de 15 años	Por tratamiento completo	7.689.970	20%	1.537.990
			Trasplante de médula ósea autólogo	Cada vez	45.789.950	20%	9.157.990
			Trasplante de médula ósea alógeno	Cada vez	92.611.080	20%	18.522.220
			Quimioterapia cáncer en personas menores de 15 años	Mensual	1.019.540	20%	203.910
			Tratamiento radioyodo cáncer de tiroides en personas menores de 15 años	Por tratamiento completo	268.530	20%	53.710
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
		Seguimiento	Seguimiento cáncer en personas menores de 15 años	Mensual	51.940	20%	10.390
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

iii. Esquizofrenia catatónica: incluye además los términos catatonia 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:

ii. Con sospecha tendrá acceso a evaluación inicial, confirmación diagnóstica y tratamiento.
iii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a continuar su tratamiento.
iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

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

15.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

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	160.930	20%	32.190
			Evaluación en sospecha de primer episodio esquizofrenia	Mensual	75.040	20%	15.010
		Tratamiento	Tratamiento esquizofrenia primer año	Mensual	127.460	20%	25.490
			Tratamiento esquizofrenia a partir del segundo año	Mensual	107.460	20%	21.490
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 etapificación, tratamiento y seguimiento.
iii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
iv. Con recidiva tendrá acceso a diagnóstico (incluye etapificación), tratamiento y seguimiento.

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

16.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

i. El diagnóstico se realizará dentro de 30 días desde la sospecha.
ii. La intervención quirúrgica orquiectomía se realizará dentro de 15 días desde la indicación médica.
iii. La etapificación se realizará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

Tratamiento

i. Los tratamientos quirúrgicos en cánceres que requieran tratamientos adicionales a la orquiectomía se realizarán dentro de 45 días desde la indicación médica.
ii. La radioterapia se iniciará dentro de 45 días desde la indicación médica.
iii. Los tratamientos de quimioterapia se iniciarán dentro de 30 días desde la indicación médica.
iv. La terapia de reemplazo hormonal se iniciará dentro de 30 días desde la indicación médica.

Seguimiento

i. El primer control, una vez finalizado el tratamiento, se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica.

Todo lo anterior se complementará con lo establecido en la NTMA.

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	101.430	20%	20.290
			Etapificación cáncer de testículo	Cada vez	444.570	20%	88.910
			Intervención quirúrgica cáncer de testículo: orquiectomía	Cada vez	959.830	20%	191.970
		Tratamiento	Intervención quirúrgica cáncer de testículo: vaciamiento ganglionar (LALA)	Cada vez	2.439.280	20%	487.860
			Intervención quirúrgica cáncer de testículo: mediastínico-retroperitoneal	Cada vez	2.457.760	20%	491.550

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
			Intervención quirúrgica cáncer de testículo: vaciamiento ganglionar (LALA) postquimioterapia	Cada vez	2.306.300	20%	461.260
			Quimioterapia cáncer de testículo	Por ciclo	437.610	20%	87.520
			Quimioterapia protocolo seminoma E1	Por ciclo	161.460	20%	32.290
			Terapia de reemplazo hormonal	Mensual	25.030	20%	5.010
			Banco de espermios	Anual	493.000	20%	98.600
			Hospitalización asociada a quimioterapia cáncer de testículo	Por tratamiento completo	3.416.020	20%	683.200
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
		Seguimiento	Seguimiento cáncer de testículo	Mensual	50.630	20%	10.130
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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
xlv. Leucemia NK agresiva
xlvi. Enfermedades linfoproliferativas del niño virus Epstein Barr positivo
xlvii. Leucemia/Linfoma T del adulto
xlviii. 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.
iii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
iv. Con recidiva tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

17.2 Garantía de oportunidad:

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.

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.

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	635.420	20%	127.080
			Etapificación linfoma en personas de 15 años y más	Cada vez	1.838.620	20%	367.720

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
		Tratamiento	Controles y exámenes asociados a quimioterapia linfoma	Por tratamiento completo	1.871.960	20%	374.390
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
			Quimioterapia linfoma en personas de 15 años y más	Por ciclo	1.391.190	20%	278.240
			Quimioterapia rescate de linfomas Hodgkin y no Hodgkin. Esquema ESHAP - ICE	Por ciclo	827.260	20%	165.450
		Seguimiento	Seguimiento linfoma en personas de 15 años y más	Mensual	37.450	20%	7.490
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

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. Las personas gestantes tendrán acceso al examen para el diagnóstico de la infección por VIH durante el control prenatal.
iii. Las personas gestantes en preparto que se desconozca su serología tendrán acceso al examen para el diagnóstico de la infección por VIH.
iv. Con confirmación diagnóstica o indicación médica, tendrá acceso a exámenes y a los esquemas de tratamiento antirretroviral.
v. Persona gestante VIH (+) o con serología reactiva y su recién nacido, tendrán acceso a protocolo para prevención de transmisión vertical.
vi. En tratamiento con esquemas antirretrovirales, tendrá acceso a continuarlo.
vii. En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.

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

18.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

i. El diagnóstico se realizará dentro de 45 días desde la sospecha o solicitud del usuario.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 gestantes VIH (+) o con serología reactiva se iniciará tratamiento antirretroviral dentro de 7 días desde la indicación.
iv. En personas gestantes VIH (+) o con serología reactiva se iniciará la profilaxis antirretroviral desde el inicio del trabajo de parto vaginal o 4 horas antes de la cesárea programada.
v. En puérperas VIH (+) confirmadas 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 gestante VIH (+) o con serología reactiva de la gestante se iniciará la profilaxis antirretroviral dentro de las 4 horas siguientes al nacimiento.
vii. En el recién nacido hijo de gestante VIH (+) o con serología reactiva de la gestante 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 $
18	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA	Diagnóstico	Sospecha infección por VIH	Cada vez	7.630	20%	1.530
			Tamizaje de VIH en personas gestantes	Cada vez	2.120	20%	420
		Tratamiento	Exámenes de determinación carga viral	Cada vez	40.340	20%	8.070
			Exámenes linfocitos T y CD4	Cada vez	55.090	20%	11.020
			Exámenes resistencia genética en VIH/sida	Cada vez	509.660	20%	101.930
			Evaluación pretratamiento con antirretrovirales	Cada vez	229.030	20%	45.810
			Esquemas terapéuticos con antirretrovirales de inicio o sin fracasos previos en personas de 18 años y más	Mensual	109.150	20%	21.830
			Esquemas terapéuticos con antirretrovirales de rescate en personas de 18 años y más	Mensual	169.720	20%	33.940
			Antiretrovirales para rescate en personas de 18 años y más multiresistentes	Mensual	191.660	20%	38.330
			Terapia antirretroviral para prevención transmisión vertical: parto	Por tratamiento completo	143.770	20%	28.750
			Terapia para prevención transmisión vertical: recién nacido	Por tratamiento completo	218.070	20%	43.610
			Terapia para prevención transmisión vertical: puerperio	Por tratamiento completo	4.490	20%	900
			Terapia antirretroviral en personas menores de 18 años	Mensual	108.090	20%	21.620
		Seguimiento	Seguimiento recién nacidos y niños expuestos al VIH (hijos de persona gestante con VIH (+))	Por seguimiento completo	87.490	20%	17.500
			Seguimiento personas VIH (+) de 18 años y más con tratamiento antirretroviral	Mensual	8.070	20%	1.610
			Seguimiento personas VIH (+) menores de 18 años con tratamiento antirretroviral	Mensual	15.840	20%	3.170
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Todo beneficiario menor de 5 años:

i. Con confirmación diagnóstica de IRA de manejo ambulatorio tendrá acceso a tratamiento.

19.2 Garantía de oportunidad:

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	28.720	20%	5.740
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

20.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

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	31.210	20%	6.240
		Tratamiento	Tratamiento neumonía	Cada vez	21.900	20%	4.380
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Se considera que una persona tiene hipertensión arterial si mantiene cifras de presión arterial (PA) persistentemente elevadas iguales o superiores a 140/90 mmHg. La hipertensión arterial 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:

Diagnóstico

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

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	10.170	20%	2.030
			Monitoreo continuo de presión arterial	Cada vez	32.310	20%	6.460
		Tratamiento	Tratamiento hipertensión arterial nivel primario	Mensual	4.340	20%	870
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

22 EPILEPSIA 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 una o más crisis epilépticas no provocadas y con alta probabilidad de recurrencia espontánea. Estas crisis epilépticas son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (crisis epilépticas focales) o a su totalidad (crisis epilépticas generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Las crisis epilépticas se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cerebro.

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

i. Crisis focales sin compromiso de consciencia
ii. Crisis focales con compromiso de consciencia
iii. Crisis focales simples secundariamente generalizadas
iv. Crisis generalizadas
v. Crisis no clasificables (ejemplo: provocadas por estímulo táctil, ruido)
vi. Epilepsia de cualquier etiología

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. A partir de la sospecha tendrá acceso a una evaluación inicial y confirmación diagnóstica dentro de los 180 días.
ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
iv. En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.

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

22.2 Garantía de oportunidad:

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 en personas desde 1 año y menores de 15 años**	Tratamiento	Evaluación inicial y tratamiento primer año en nivel secundario	Mensual	30.900	20%	6.180
			Tratamiento nivel primario en menores de 15 años	Mensual	23.180	20%	4.640
		Seguimiento	Seguimiento nivel de especialidad	Por tratamiento completo	58.330	20%	11.670
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 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:

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

i. Caries dental
ii. Enfermedades gingivales
iii. Enfermedades pulpares y periapicales
iv. Defectos del desarrollo del esmalte

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

23.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

i. Tendrá acceso a tratamiento mientras tenga los 6 años. El alta se otorga una vez que hayan erupcionado completamente 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:

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	48.370	20%	9.670
			Tratamiento salud oral 6 años	Por tratamiento completo	42.100	20%	8.420
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 gestante con factores de riesgo o síntomas de parto prematuro hasta las 34 semanas y 6 días de gestación

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:

Diagnóstico

i. En personas gestantes con síntomas de parto prematuro la evaluación por médico se realizará dentro de 6 horas desde la derivación.
ii. En personas gestantes con factores de riesgo de parto prematuro la consulta con médico especialista se realizará dentro de 14 días desde la derivación.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Tratamiento

i. El tratamiento se iniciará dentro de 2 horas desde la confirmación diagnóstica. Incluye corticoides en síntomas de parto prematuro hasta las 34 semanas y 6 días 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	91.630	20%	18.330
		Tratamiento	Tratamiento síntomas parto prematuro	Cada vez	393.350	20%	78.670
			Control de persona gestante con factores de riesgo y/o síntomas de parto prematuro	Cada vez	31.110	20%	6.220
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

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 asistolía 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 marcapasos o cambio de generador y/o electrodo, según corresponda, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

25.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

Tratamiento

i. Se realizará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica o desde la indicación médica de recambio de marcapasos o cambio de generador y/o electrodo.

Seguimiento

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 marcapasos	Diagnóstico	Confirmación trastorno de conducción	Cada vez	174.520	20%	34.900
			Estudio electrofisiológico de arritmias	Cada vez	2.083.620	20%	416.720
		Tratamiento	Implantación marcapasos unicameral VVI	Cada vez	1.957.430	20%	391.490
			Recambio marcapasos unicameral VVI	Cada vez	1.056.740	20%	211.350
			Implantación marcapasos bicameral DDD	Cada vez	2.247.080	20%	449.420
			Recambio marcapasos bicameral DDD	Cada vez	1.570.990	20%	314.200
		Seguimiento	Seguimiento trastorno de conducción primer año	Mensual	8.560	20%	1.710
			Seguimiento trastorno de conducción a contar del segundo año	Mensual	3.840	20%	770
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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:

i. Diagnóstico

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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

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	49.310	20%	9.860
		Tratamiento	Colecistectomía vía laparoscópica	Cada vez	1.116.860	20%	223.370
			Colecistectomía abierta	Cada vez	1.279.470	20%	255.890
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

27 CÁNCER GÁSTRICO

Enfermedad de características malignas 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 etapificación, tratamiento y seguimiento.
ii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Todo beneficiario de 40 años y más:

i. Con sospecha fundada tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento.
iii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

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

27.2 Garantía de oportunidad:

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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.

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

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	15.460	20%	3.090
			Confirmación cáncer gástrico nivel especialidad	Cada vez	198.990	20%	39.800
			Etapificación cáncer gástrico personas de 40 años y más nivel especialidad	Cada vez	303.800	20%	60.760
		Tratamiento	Intervención quirúrgica cáncer gástrico avanzado	Cada vez	4.371.290	20%	874.260
			Intervención quirúrgica resección endoscópica cáncer gástrico incipiente	Cada vez	1.512.150	20%	302.430
			Intervención quirúrgica gastrectomía subtotal cáncer gástrico incipiente por laparoscopía	Cada vez	3.652.530	20%	730.510
			Intervención quirúrgica gastrectomía total cáncer gástrico incipiente por laparoscopía	Cada vez	3.852.830	20%	770.570
			Intervención quirúrgica gastrectomía total cáncer gástrico incipiente por laparotomía	Cada vez	2.914.850	20%	582.970
			Intervención quirúrgica gastrectomía subtotal cáncer gástrico incipiente por laparotomía	Cada vez	1.946.440	20%	389.290
			Evaluación postquirúrgica cáncer gástrico	Por evaluación completa	84.460	20%	16.890
			Exámenes durante quimioterapia preoperatoria	Por tratamiento completo	1.034.210	20%	206.840
			Exámenes durante quimioterapia posoperatoria	Por tratamiento completo	834.520	20%	166.900
			Quimioterapia preoperatoria para T4 y O N+	Por ciclo	833.230	20%	166.650
			Quimioterapia posoperatoria para T4 y O N+	Por ciclo	107.760	20%	21.550
			Quimioterapia posoperatoria Mac Donald	Por ciclo	108.250	20%	21.650
			Quimioterapia posoperatoria CCAP	Por ciclo	366.620	20%	73.320
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 etapificación, tratamiento y seguimiento.
ii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
iii. Con recidiva tendrá acceso a etapificación, tratamiento y seguimiento.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

28.2 Garantía de oportunidad:

Etapificación

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

Tratamiento

i. El tratamiento primario se realizará dentro de 60 días desde la etapificación.
ii. El tratamiento adyuvante se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

Seguimiento

i. El primer control se realizará dentro de 45 días desde la indicación médica.

Todo lo anterior se complementará con lo indicado en la NTMA.

28.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
28	**Cáncer de próstata en personas de 15 años y más**	Etapificación	Etapificación cáncer de próstata	Cada vez	177.450	20%	35.490
		Tratamiento	Intervención quirúrgica tumores malignos de próstata	Cada vez	3.281.540	20%	656.310
			Intervención quirúrgica orquidectomía	Cada vez	727.270	20%	145.450
			Hormonoterapia	Cada vez	202.330	20%	40.470
			Hospitalización asociada a quimioterapia cáncer de próstata	Por tratamiento completo	1.794.450	20%	358.890
			Braquiterapia cáncer de próstata	Cada vez	1.580.650	20%	316.130
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
			Quimioterapia para hormonorefractarios	Por ciclo	639.180	20%	127.840
		Seguimiento	Seguimiento cáncer de próstata	Mensual	43.250	20%	8.650
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

29.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

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	11.000	20%	2.200
		Tratamiento	Tratamiento presbicia pura (entrega de lentes)	Anual	6.040	20%	1.210
			Tratamiento vicio refracción (lentes para miopía, astigmatismo,hipermetropía)	Anual	45.910	20%	9.180
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 y seguimiento.
iii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
iv. Con sospecha tendrá acceso a confirmación y tratamiento.

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

30.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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.

Seguimiento

i. 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	23.360	20%	4.670
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico ambulatorio estrabismo en personas menores de 9 años	Cada vez	422.640	20%	84.530
			Tratamiento médico estrabismo en personas menores de 9 años	Cada vez	83.940	20%	16.790
		Seguimiento	Seguimiento del primer año	Mensual	5.020	20%	1.000
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 personas 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 insulinodependiente con retinopatía diabética
iii. Diabetes mellitus no insulinodependiente 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 con diabetes mellitus:

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

31.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

Tratamiento

i. La fotocoagulación o vitrectomía se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica, y dentro de 30 días en el caso de retinopatía diabética proliferativa.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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	24.640	20%	4.930
		Tratamiento	Tratamiento fotocoagulación retinopatía diabética	Cada vez	440.270	20%	88.050
			Tratamiento vitrectomía retinopatía diabética	Cada vez	2.799.060	20%	559.810
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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:

Diagnóstico

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

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	15.460	20%	3.090
		Tratamiento	Tratamiento vitrectomía desprendimiento de retina	Cada vez	3.149.960	20%	629.990
			Cirugía desprendimiento retina	Cada vez	437.360	20%	87.470
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Diagnóstico

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

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	154.290	20%	30.860
		Tratamiento	Profilaxis en personas menores de 15 años	Mensual	2.473.110	20%	494.620
			Tratamiento de eventos graves para personas de 15 años y más	Cada vez	15.181.540	20%	3.036.310
			Tratamiento de eventos graves para personas menores de 15 años	Cada vez	8.592.860	20%	1.718.570
			Tratamiento de eventos no graves para personas de 15 años y más	Mensual	1.412.100	20%	282.420
			Tratamiento de eventos no graves para personas menores de 15 años	Mensual	507.440	20%	101.490
			Exámenes anuales de control hematológico para todo paciente hemofílico	Anual	37.000	20%	7.400
			Exámenes anuales de control microbiológico e imagenológico para todo paciente hemofílico	Anual	111.530	20%	22.310
			Tratamiento artropatía hemofílica dolorosa	Cada vez	221.930	20%	44.390
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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

34.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

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

34.2 Garantía de oportunidad:

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	8.150	20%	1.630
			Tratamiento depresión moderada	Mensual	12.180	20%	2.440
			Tratamiento depresión grave	Mensual	15.130	20%	3.030
			Tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad, fase aguda	Mensual	46.650	20%	9.330
			Tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad, fase mantenimiento	Mensual	13.770	20%	2.750
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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
x. Crecimiento prostático benigno

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

35.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

35.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 médico hiperplasia próstata	Mensual	32.020	20%	6.400
			Tratamiento quirúrgico hiperplasia próstata	Cada vez	1.468.920	20%	293.780
			Evaluación postquirúrgica hiperplasia próstata	Por evaluación completa	32.410	20%	6.480
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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:

Todo beneficiario de 65 años y más:

i. 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:

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:

Nº	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	5.710	20%	1.140
			Andador con cuatro ruedas y canasta	Cada vez	87.000	20%	17.400
			Andador con dos ruedas	Cada vez	51.230	20%	10.250
			Andador sin ruedas	Cada vez	41.520	20%	8.300
			Bastón codera móvil	Cada vez	17.520	20%	3.500
			Bastón de apoyo o de mano	Cada vez	17.520	20%	3.500
			Cojín antiescaras celdas de aire	Cada vez	186.210	20%	37.240
			Cojín antiescaras viscoelástico	Cada vez	57.770	20%	11.550
			Colchón antiescaras celdas de aire	Cada vez	310.050	20%	62.010
			Colchón antiescaras viscoelástico	Cada vez	211.410	20%	42.280
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	411.050	20%	82.210
			Silla de ruedas neurológica basculante	Cada vez	1.041.120	20%	208.220

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
			Silla de ruedas neurológica inclina	Cada vez	661.050	20%	132.210
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 médico, estudio etiológico y prevención secundaria, incluyendo la hospitalización, en prestador con capacidad resolutiva.
iii. Con confirmación diagnóstica 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:

Diagnóstico

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

Tratamiento

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Seguimiento

i. La atención con médico especialista se realizará dentro de 10 días desde el alta hospitalaria.

Rehabilitación

i. La rehabilitación en tratamiento hospitalizado se iniciará dentro de 48 horas desde la indicación médica.
ii. La rehabilitación ambulatoria se iniciará dentro de 15 días desde la indicación médica.
iii. La entrega de bastón, cojín o colchón para menores de 65 años, se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
iv. 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	138.300	20%	27.660
		Tratamiento	Tratamiento ataque cerebrovascular isquémico	Cada vez	1.183.940	20%	236.790
		Seguimiento	Seguimiento ataque cerebrovascular isquémico	Mensual	10.380	20%	2.080
			Tratamiento anticoagulante oral	Anual	218.990	20%	43.800
		Rehabilitación	Rehabilitación en tratamiento hospitalizado	Por tratamiento completo	253.300	20%	50.660
			Rehabilitación ambulatoria	Mensual	17.050	20%	3.410
			Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas	Cada vez	42.210	20%	8.440
			Bastón codera móvil	Cada vez	17.520	20%	3.500
			Cojín antiescaras viscoelástico	Cada vez	57.770	20%	11.550
			Colchón antiescaras celdas de aire	Cada vez	310.050	20%	62.010
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	411.050	20%	82.210
			Silla de ruedas neurológica basculante	Cada vez	1.041.120	20%	208.220
			Silla de ruedas neurológica inclina	Cada vez	661.050	20%	132.210
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

38 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de tratamiento ambulatorio 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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Diagnóstico

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

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:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
38	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	Diagnóstico	Confirmación EPOC	Cada vez	32.840	20%	6.570
		Tratamiento	Tratamiento EPOC bajo riesgo nivel primario	Mensual	5.510	20%	1.100
			Tratamiento EPOC alto riesgo nivel terciario	Mensual	67.810	20%	13.560
			Tratamiento EPOC exacerbaciones	Cada vez	47.190	20%	9.440
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Diagnóstico

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

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	40.630	20%	8.130
		Tratamiento	Tratamiento asma moderado estable nivel primario en personas menores de 15 años	Mensual	12.090	20%	2.420
			Tratamiento asma moderado y grave estable nivel especialidad en personas menores de 15 años	Mensual	34.840	20%	6.970
			Tratamiento exacerbaciones nivel primario en personas menores de 15 años	Cada vez	19.620	20%	3.920
			Tratamiento exacerbaciones nivel especialidad en personas menores de 15 años	Cada vez	24.880	20%	4.980
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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. Bronconeumonia connatal
iii. Bronconeumonia no connatal
iv. Aspiración neonatal de meconio
v. Hernia diafragmática congénita
vi. Hipertensión pulmonar persistente

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Diagnóstico y tratamiento

i. Se iniciará desde la sospecha.
ii. El ingreso a prestador con capacidad resolutiva integral se realizará dentro de 48 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	6.618.070	20%	1.323.610
			Hernia diafragmática: confirmación y tratamiento	Por tratamiento completo	4.343.230	20%	868.650
			Hernia diafragmática: tratamiento especializado con óxido nítrico	Por tratamiento completo	8.398.740	20%	1.679.750
			Hipertensión pulmonar persistente: confirmación y tratamiento	Por tratamiento completo	4.524.530	20%	904.910
			Hipertensión pulmonar persistente, aspiración de meconio y bronconeumonía: tratamiento especializado con óxido nítrico	Por tratamiento completo	6.141.450	20%	1.228.290
			Aspiración de meconio: confirmación y tratamiento	Por tratamiento completo	2.854.700	20%	570.940
			Bronconeumonía: confirmación y tratamiento	Por tratamiento completo	1.748.180	20%	349.640
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

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	4.680	20%	940
			Tratamiento de infiltración	Cada vez	116.220	20%	23.240
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

42 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE UNO O MÁS ANEURISMAS CEREBRALES

Sangramiento intracraneano secundario a la ruptura de uno o más aneurismas. 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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

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.

Tratamiento

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

Seguimiento

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

Rehabilitación

i. La rehabilitación en tratamiento hospitalizado se iniciará dentro de 48 horas desde la indicación médica.
ii. La rehabilitación ambulatoria se iniciará dentro de 15 días desde la indicación médica.
iii. La entrega de bastón, cojín o colchón, para menores de 65 años, se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
iv. La entrega de sillas de ruedas, para menores de 65 años, se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 uno o más aneurismas cerebrales	Diagnóstico	Confirmación ruptura aneurisma cerebral	Cada vez	1.319.990	20%	264.000
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico ruptura aneurisma cerebral	Cada vez	7.434.980	20%	1.487.000
			Tratamiento vía vascular coil de ruptura aneurisma cerebral	Cada vez	13.569.510	20%	2.713.900
			Tratamiento de complicaciones: drenaje ventricular	Cada vez	1.069.260	20%	213.850
		Seguimiento	Seguimiento ruptura aneurisma cerebral	Por seguimiento completo	758.290	20%	151.660
		Rehabilitación	Rehabilitación en tratamiento hospitalizado	Por tratamiento completo	251.980	20%	50.400
			Rehabilitación ambulatoria	Cada vez	139.710	20%	27.940
			Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas	Cada vez	42.210	20%	8.440
			Bastón codera móvil	Cada vez	17.520	20%	3.500
			Cojín antiescaras viscoelástico	Cada vez	57.770	20%	11.550
			Colchón antiescaras celdas de aire	Cada vez	310.050	20%	62.010
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	411.050	20%	82.210
			Silla de ruedas neurológica basculante	Cada vez	1.041.120	20%	208.220
			Silla de ruedas neurológica inclina	Cada vez	661.050	20%	132.210
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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:

Diagnóstico

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Tratamiento

i. El tratamiento primario se iniciará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
ii. El tratamiento secundario, se iniciará dentro de 30 días desde la indicación médica.
iii. El control por médico especialista se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

Lo anterior deberá ser complementado con la NTMA.

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	2.982.720	20%	596.540
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico tumores primarios sistema nervioso central	Cada vez	5.885.510	20%	1.177.100
			Tratamiento crónico con octeotrida, lanreotida, pegvisomant o pasireotida para acromegalia	Mensual	566.740	20%	113.350
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
			Tratamiento medicamentoso indefinido tumores hipofisiarios no funcionantes	Mensual	81.640	20%	16.330
			Tratamiento medicamentoso indefinido y seguimiento prolactinomas	Mensual	138.620	20%	27.720
			Tratamiento medicamentoso y seguimiento acromegalia	Mensual	1.347.570	20%	269.510
			Tratamiento y seguimiento diabetes insípida	Mensual	217.840	20%	43.570
			Tratamiento y seguimiento enfermedad de Cushing	Mensual	243.630	20%	48.730
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

44 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR

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

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:

Todo beneficiario

i. Con confirmación diagnóstica e indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía.

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

44.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

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

Seguimiento

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

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	1.641.560	20%	328.310
		Seguimiento	Seguimiento hernia núcleo pulposo lumbar	Por seguimiento completo	123.640	20%	24.730
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

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.

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.

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	1.106.300	20%	221.260
			Estudio leucemia aguda	Cada vez	3.010.460	20%	602.090
			Confirmación leucemia mieloide crónica y linfática crónica	Cada vez	222.000	20%	44.400
			Estudio leucemia crónica	Cada vez	1.195.910	20%	239.180
		Tratamiento	Tratamiento leucemia aguda por quimioterapia	Por tratamiento completo	13.673.480	20%	2.734.700
			Tratamiento leucemia crónica por quimioterapia	Por tratamiento completo	731.180	20%	146.240
			Quimioterapia leucemia mieloide crónica eosinofílica y recombinación del gen FIP1L1-PDGFRA	Mensual	586.140	20%	117.230
			Quimioterapia leucemia linfática crónica	Mensual	574.390	20%	114.880
			Quimioterapia leucemia aguda: leucemia linfoblástica	Mensual	312.400	20%	62.480
			Quimioterapia leucemia aguda: recaída de leucemias linfoblásticas	Mensual	1.591.850	20%	318.370
			Quimioterapia leucemia aguda: leucemia no linfoblástica - leucemia mieloide (LNLA)	Mensual	1.059.530	20%	211.910
			Quimioterapia leucemia aguda: recaída leucemia no linfoblástica - leucemia mieloide (LNLA)	Por ciclo	899.850	20%	179.970
			Quimioterapia leucemia aguda: leucemia promielocítica aguda	Mensual	417.260	20%	83.450
			Quimioterapia leucemia mieloide crónica: tratamiento hidroxicarbamida	Mensual	61.720	20%	12.340

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
			Quimioterapia leucemia mieloide crónica: tratamiento inhibidor tirosina quinasa	Mensual	3.838.880	20%	767.780
			Leucemia linfática crónica con criterio para tratamiento, 1era línea , apto/ r-venetoclax	Por ciclo	2.366.230	20%	473.250
			Leucemia linfática crónica con criterio para tratamiento, 2da línea con inhibidores de tirosina quinasa de Bruton (BTKi)	Por tratamiento completo	5.573.160	20%	1.114.630
			Leucemia mieloide aguda bajo riesgo t(8;21), inv(16) ó t(16;16)(+), apto, 1era línea /gemtuzumab ozogamicina	Por tratamiento completo	44.016.770	20%	8.803.350
			Leucemia mieloide aguda, frágil, 1era línea /venetoclax más azacitidina	Por ciclo	1.391.210	20%	278.240
			Leucemia/linfoma linfoblástica aguda b, t(9;22)(-), >70 años / 1era línea , prefase, inducción y mantención	Por ciclo	109.160	20%	21.830
			Leucemia/linfoma linfoblástica aguda b, t(9;22)(-), 60-70 años / 1era línea , prefase, inducción, consolidación y mantención	Por ciclo	755.570	20%	151.110
		Seguimiento	Seguimiento leucemia aguda	Mensual	17.560	20%	3.510
			Seguimiento leucemia mieloide crónica	Mensual	30.310	20%	6.060
			Seguimiento leucemia linfática crónica	Mensual	7.470	20%	1.490
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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, subperióstico o apical de origen odontogénico
iii. Absceso de espacios anatómicos bucomaxilofaciales
iv. Pericoronaritis aguda
v. Flegmones orofaríngeos de origen odontogénico
vi. Gingivitis úlcero necrotizante
vii. Complicaciones postexodoncia
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 o 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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

46.2 Garantía de oportunidad:

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, subperióstico o apical de origen odontogénico	Cada vez	23.770	20%	4.750
			Absceso de espacios anatómicos del territorio bucomaxilofacial	Cada vez	6.450	20%	1.290
			Flegmones orofaríngeos de origen odontogénico	Cada vez	6.450	20%	1.290
			Gingivitis úlcero necrotizante	Cada vez	21.590	20%	4.320
			Complicaciones posexodoncia	Cada vez	15.540	20%	3.110
			Traumatismo dentoalveolar	Cada vez	41.120	20%	8.220
			Pericoronaritis	Cada vez	24.540	20%	4.910
			Pulpitis	Cada vez	17.080	20%	3.420
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

47 SALUD ORAL INTEGRAL DE PERSONAS DE 60 AÑOS

La salud oral integral de las personas 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 dental
ii. Enfermedades gingivales
iii. Enfermedades periodontales
iv. Lesiones de la mucosa oral
v. Edentulismo total o parcial
vi. Patologías pulpares y periapicales

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

47.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario de 60 años:

i. 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:

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 de personas de 60 años	Tratamiento	Atención odontológica de personas de 60 años	Cada vez	520.390	20%	104.080
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 toráxico contuso complicado
iv. Traumatismo toráxico 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 raquimedular
x. Cualquier politraumatizado con lesión vascular grave

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

48.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

i. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
ii. En tratamiento por el politraumatismo grave con lesión medular tendrá acceso a rehabilitación.

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

48.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

i. Se realizará en un centro con capacidad resolutiva, según la patología predominante, antes de 24 horas desde el rescate.

Rehabilitación

i. La rehabilitación en el politraumatizado grave con lesión medular se iniciará dentro de 24 horas desde la indicación médica.

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	12.273.850	20%	2.454.770
			Tratamiento politraumatizado con lesión medular	Por tratamiento completo	18.378.780	20%	3.675.760
		Rehabilitación	Rehabilitación en politraumatizado grave con lesión medular paraplejía UTI	Por tratamiento completo	128.860	20%	25.770
			Rehabilitación en politraumatizado grave con lesión medular paraplejía UCI	Por tratamiento completo	103.090	20%	20.620
			Rehabilitación en politraumatizado grave con lesión medular tetraplejia UTI	Por tratamiento completo	238.720	20%	47.740
			Rehabilitación en politraumatizado grave con lesión medular tetraplejia UCI	Por tratamiento completo	265.180	20%	53.040
			Rehabilitación en politraumatizado grave con lesión medular paraplejía camas medias	Por tratamiento completo	128.860	20%	25.770
			Rehabilitación en politraumatizado grave con lesión medular tetraplejia camas medias	Por tratamiento completo	187.770	20%	37.550
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 Traumatismo Encéfalo Craneano (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
xlix. 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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Diagnóstico

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

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 cráneo encefálico moderado o grave	Diagnóstico	Confirmación TEC moderado y grave	Cada vez	183.330	20%	36.670
		Tratamiento	Tratamiento TEC moderado y grave	Por tratamiento completo	4.652.950	20%	930.590
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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)

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Diagnóstico

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

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	99.900	20%	19.980
		Tratamiento	Tratamiento médico trauma ocular grave	Cada vez	568.310	20%	113.660
			Tratamiento quirúrgico trauma ocular grave	Cada vez	1.837.990	20%	367.600
		Seguimiento	Seguimiento trauma ocular grave	Cada vez	20.100	20%	4.020
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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. Tendrán acceso a tratamiento farmacológico con elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor todos los pacientes de 6 años y más que presenten alguna mutación F508del en el gen CFTR, según indicación del médico especialista.
iv. 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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

51.2 Garantía de oportunidad:

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 $
51	Fibrosis quística	Etapificación	Etapificación pancreática y genética	Cada vez	96.910	20%	19.380
		Tratamiento	Inmunización de pacientes con fibrosis quística	Cada vez	70.520	20%	14.100
			Inmunización estacional de pacientes con fibrosis quística	Anual	15.900	20%	3.180
			Tratamiento fibrosis quística leve (consulta, exámenes y procedimientos)	Mensual	304.630	20%	60.930
			Tratamiento fibrosis quística leve (enzimas pancreáticas y vitaminas liposolubles A, D, E y K)	Mensual	145.160	20%	29.030
			Tratamiento fibrosis quística moderada (consulta, exámenes y procedimientos)	Mensual	550.030	20%	110.010
			Tratamiento fibrosis quística moderada (enzimas pancreáticas, linezolida, nebulización Rh-Dornasa-Alfa y vitaminas liposolubles A, D, E y K)	Mensual	1.017.340	20%	203.470
			Tratamiento fibrosis quística grave (consulta, exámenes y procedimientos)	Mensual	944.170	20%	188.830
			Tratamiento fibrosis quística grave (enzimas pancreáticas, linezolida, nebulización Rh-Dornasa-Alfa y vitaminas liposolubles A, D, E y K)	Mensual	1.068.840	20%	213.770
			Tratamiento farmacológico con tobramicina para pacientes con fibrosis quística leve, moderada y grave	Mensual	1.028.680	20%	205.740
			Accesorios para tratamiento de nebulización pacientes con fibrosis quística	Cada vez	156.610	20%	31.320
			Hospitalización domiciliaria para pacientes mayores de 5 años en condiciones estables	Cada vez	1.671.880	20%	334.380
			Gastrostomía	Cada vez	444.900	20%	88.980
			Tratamiento farmacológico con elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor para personas de 6 años y más	Mensual	22.003.890	20%	4.400.780
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 sospecha, tendrá acceso a la confirmación diagnóstica.
ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
iv. En tratamiento tendrá acceso a rehabilitación.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

52.2 Garantía de oportunidad:

Confirmación diagnóstica

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

Tratamiento

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

Rehabilitación

i. La rehabilitación se iniciará dentro de 15 días desde la indicación médica.

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	Diagnóstico	Confirmación diagnóstica	Cada vez	119.930	20%	23.990
		Tratamiento	Tratamiento farmacológico tradicional artritis reumatoidea	Mensual	19.560	20%	3.910
		Rehabilitación	Rehabilitación artritis reumatoidea	Mensual	25.880	20%	5.180
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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:

Tratamiento

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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	80.470	20%	16.090
			Tratamiento de refuerzo	Mensual	92.340	20%	18.470
		Seguimiento	Plan de seguimiento	Mensual	11.740	20%	2.350
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

54 ANALGESIA DEL PARTO

Consiste en el adecuado manejo del alivio del dolor de la persona gestante durante el trabajo de parto y durante la resolución del mismo a través de métodos farmacológicos y no farmacológicos, para mejorar su experiencia y la calidad de atención en este proceso.

Tendrán acceso a todas las técnicas de alivio del dolor, farmacológico y no farmacológico, durante el trabajo de parto, parto y alumbramiento, y su uso se debe centrar en la solicitud y requerimientos de la persona gestante. Los métodos farmacológicos constituyen la mejor alternativa para el alivio del dolor.

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

i. Toda persona gestante que se encuentre en trabajo de parto, parto o alumbramiento
ii. Toda persona gestante que curse una pérdida reproductiva y se encuentre en trabajo de parto, parto o alumbramiento, independientemente de la edad gestacional

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

54.1 Garantía de acceso:

i. Toda persona gestante que se encuentre en trabajo de parto, parto o alumbramiento y toda persona gestante que curse una pérdida reproductiva, independientemente de la edad gestacional, que solicite o tenga indicación clínica tendrá acceso a técnicas de alivio del dolor, farmacológico y no farmacológico.

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

54.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

i. Se iniciará durante el trabajo de parto, parto o alumbramiento, cuando la persona gestante lo solicite o tenga indicación clínica.

54.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
54	Analgesia del parto	Tratamiento	Analgesia del parto	Cada vez	36.920	20%	7.380
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Todo beneficiario:

i. Tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
ii. En tratamiento tendrá acceso a rehabilitación.

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

55.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

i. Se realizará dentro de 72 horas desde la confirmación diagnóstica, en prestador con capacidad resolutiva.
ii. En mayores de 15 años el tratamiento inicial (estabilización) en el centro de origen se realizará dentro de 8 horas desde la confirmación diagnóstica.

Seguimiento

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

Rehabilitación

i. La rehabilitación en tratamiento hospitalizado, se realizará dentro de las 48 horas desde la indicación médica.
ii. Se realizará la primera atención de rehabilitación ambulatoria dentro de los 15 días desde el alta hospitalaria.
iii. La entrega de ayudas técnicas indicadas en el contexto de rehabilitación ambulatoria se entregarán dentro de 30 días desde la indicación.

55.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
55	Gran quemado	Tratamiento	Tratamiento inicial paciente quemado de 15 años y más	Por tratamiento completo	1.332.900	20%	266.580
			Tratamiento paciente quemado grave menor de 15 años	Por tratamiento completo	9.992.290	20%	1.998.460
			Tratamiento paciente quemado crítico menor de 15 años	Por tratamiento completo	20.524.240	20%	4.104.850
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	Por tratamiento completo	63.343.990	20%	12.668.800
			Tratamiento paciente quemado grave de 15 años y más	Por tratamiento completo	15.769.130	20%	3.153.830
			Tratamiento paciente quemado crítico de 15 años y más	Por tratamiento completo	22.691.970	20%	4.538.390
			Tratamiento paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	Por tratamiento completo	25.332.360	20%	5.066.470
			Cirugía reparadora paciente quemado menor de 15 años	Cada vez	597.500	20%	119.500
			Cirugía reparadora paciente quemado de 15 años y más	Cada vez	654.510	20%	130.900
		Seguimiento	Seguimiento primer año paciente quemado menor de 15 años	Mensual	33.810	20%	6.760
			Seguimiento segundo año paciente quemado menor de 15 años	Mensual	28.960	20%	5.790
			Seguimiento primer año paciente quemado de 15 años y más	Mensual	34.460	20%	6.890
			Seguimiento segundo año paciente quemado de 15 años y más	Mensual	26.610	20%	5.320

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
		Rehabilitación	Rehabilitación hospitalaria paciente quemado grave menor de 15 años	Por tratamiento completo	560.740	20%	112.150
			Rehabilitación hospitalaria paciente quemado crítico menor de 15 años	Por tratamiento completo	1.335.250	20%	267.050
			Rehabilitación hospitalaria paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	Por tratamiento completo	2.975.670	20%	595.130
			Rehabilitación ambulatoria primer año paciente quemado menor de 15 años	Mensual	58.390	20%	11.680
			Rehabilitación ambulatoria segundo año paciente quemado menor de 15 años	Mensual	16.670	20%	3.330
			Rehabilitación hospitalaria paciente quemado grave mayor de 15 años	Por tratamiento completo	733.850	20%	146.770
			Rehabilitación hospitalaria paciente quemado critico mayor de 15 años	Por tratamiento completo	1.461.040	20%	292.210
			Rehabilitación hospitalaria paciente quemado sobrevida excepcional mayor de 15 años	Por tratamiento completo	1.846.290	20%	369.260
			Rehabilitación ambulatoria primer año paciente quemado mayor de 15 años	Mensual	47.730	20%	9.550
			Rehabilitación ambulatoria segundo año paciente quemado mayor de 15 años	Mensual	26.280	20%	5.260
			Ayudas técnicas ambulatoria primer año paciente quemado menor de 15 años	Mensual	45.660	20%	9.130
			Ayudas técnicas ambulatoria segundo año paciente quemado menor de 15 años	Mensual	33.600	20%	6.720
			Ayudas técnicas ambulatoria primer año paciente quemado mayor de 15 años	Mensual	72.780	20%	14.560
			Ayudas técnicas ambulatoria segundo año paciente quemado mayor de 15 años	Mensual	49.810	20%	9.960
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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, seguimiento y rehabilitación.
ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

56.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

i. Se iniciará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica o desde la indicación de recambio del audífono.

Seguimiento

i. La audiometría se realizará, de manera anual, dentro de 60 días desde la indicación del examen.
ii. La atención por especialista se realizará dentro de 45 días desde la detección de necesidad de cambio de audífono, según audiólogo.

Rehabilitación

i. Se iniciará dentro de 30 días luego de la entrega de audífono.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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	364.830	20%	72.970
		Seguimiento	Seguimiento ORL a partir del primer año	Anual	10.370	20%	2.070
			Seguimiento audiología a partir del primer año	Anual	41.970	20%	8.390
		Rehabilitación	Rehabilitación en seguimiento de hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono	Anual	13.210	20%	2.640
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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:

Sospecha

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

Diagnóstico

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

Tratamiento

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

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	80.400	20%	16.080
		Tratamiento	Retinopatía del prematuro: fotocoagulación	Cada vez	1.010.810	20%	202.160
			Retinopatía del prematuro: cirugía vitreoretinal	Cada vez	8.007.490	20%	1.601.500
		Seguimiento	Seguimiento paciente quirúrgico retinopatía del prematuro primer año	Por seguimiento completo	384.710	20%	76.940
			Seguimiento paciente quirúrgico retinopatía del prematuro segundo año	Por seguimiento completo	30.940	20%	6.190
			Seguimiento paciente no quirúrgico retinopatía del prematuro	Por seguimiento completo	27.250	20%	5.450
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 saturometría continua.
ii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

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

58.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

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

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	285.500	20%	57.100
		Seguimiento	Seguimiento displasia broncopulmonar primer año	Mensual	31.290	20%	6.260
			Seguimiento displasia broncopulmonar segundo año	Mensual	16.880	20%	3.380
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 prematurez.

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 1° 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, seguimiento y rehabilitación.
iv. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
v. Con implante coclear, tendrá acceso a cambio de procesador y a cambio de accesorios según indicación médica.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

59.2 Garantía de oportunidad:

Sospecha

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

Diagnóstico

i. La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 120 días desde el tamizaje alterado.

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.

Seguimiento

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

Rehabilitación

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

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	25.790	20%	5.160
			Confirmación hipoacusia del prematuro	Cada vez	118.780	20%	23.760
		Tratamiento	Implementación bilateral audífono	Cada vez	692.730	20%	138.550
			Implante coclear	Cada vez	25.436.760	20%	5.087.350
			Cambio de procesador del implante coclear	Cada vez	10.527.970	20%	2.105.590
			Cambio de accesorios del procesador coclear	Anual	1.174.900	20%	234.980
		Seguimiento	Seguimiento hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) primer año	Anual	88.520	20%	17.700
			Seguimiento hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) segundo año	Anual	72.830	20%	14.570
			Seguimiento hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) tercer año	Anual	62.970	20%	12.590
		Rehabilitación	Rehabilitación integral en hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) primer año	Anual	278.640	20%	55.730
			Rehabilitación integral en hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) segundo año	Anual	120.170	20%	24.030
			Rehabilitación integral en hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) tercer año	Anual	26.420	20%	5.280
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

60 EPILEPSIA 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 una o más crisis epilépticas no provocadas y con alta probabilidad de recurrencia espontánea. Estas crisis epilépticas son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (crisis epilépticas parciales) o a su totalidad (crisis epilépticas generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Las crisis epilépticas se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cerebro.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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

i. Epilepsia

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.
iii. En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.

60.2 Garantía de oportunidad:

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 en personas de 15 años y más	Tratamiento	Tratamiento nivel primario	Mensual	17.790	20%	3.560
		Seguimiento	Seguimiento nivel especialidad	Por tratamiento completo	77.590	20%	15.520
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

iii. Con confirmación diagnóstica de asma bronquial grave no controlada e inflamación T2, tendrá acceso a tratamiento, según indicación del equipo tratante.
iv. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.

61.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

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, nivel ambulatorio	Cada vez	24.180	20%	4.840
			Confirmación asma bronquial en personas de 15 años y más, nivel especialidad	Cada vez	55.340	20%	11.070
		Tratamiento	Tratamiento asma bronquial en personas de 15 años y más, nivel ambulatorio	Mensual	7.270	20%	1.450
			Tratamiento asma bronquial en personas de 15 años y más, nivel especialidad	Mensual	25.220	20%	5.040
			Tratamiento exacerbaciones en personas de 15 años y más	Cada vez	22.870	20%	4.570
			Tratamiento para asma bronquial grave en personas de 15 años y más refractarios a tratamiento	Mensual	741.750	20%	148.350
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

62.2 Garantía de oportunidad:

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.

Rehabilitación

i. La entrega de bastón, cojines y colchón, para menores de 65 años, se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
ii. La entrega órtesis antiequino se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
iii. 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	20.100	20%	4.020
			Consultoría neurólogo	Cada vez	8.470	20%	1.690
			Tratamiento farmacológico enfermedad de Parkinson en personas menores de 60 años	Mensual	68.910	20%	13.780
			Tratamiento farmacológico enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más	Mensual	39.150	20%	7.830
		Rehabilitación	Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas	Cada vez	21.370	20%	4.270
			Andador con dos ruedas y asiento	Cada vez	75.420	20%	15.080
			Andador con cuatro ruedas y canasta	Cada vez	87.000	20%	17.400
			Andador sin ruedas	Cada vez	41.520	20%	8.300
			Bastón de apoyo o de mano	Cada vez	17.520	20%	3.500
			Cojín antiescaras celdas de aire	Cada vez	186.210	20%	37.240
			Cojín antiescaras viscoelástico	Cada vez	57.770	20%	11.550
			Colchón antiescaras celdas de aire	Cada vez	310.050	20%	62.010
			Órtesis antiequino	Cada vez	311.880	20%	62.380
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	411.050	20%	82.210
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 factor reumatoideo (+)
ii. Poliartritis
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 y rehabilitación.
ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

63.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

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

Rehabilitación

i. La rehabilitación se iniciará dentro de 10 días desde la indicación médica.
ii. La entrega de Férula cock-up y palmeta reposo, se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
iii. La entrega de órtesis tobillo-pie se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

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	52.850	20%	10.570
			Tratamiento biológico artritis idiopática juvenil (fármacos biológicos)	Mensual	1.204.510	20%	240.900
			Tratamiento biológico artritis idiopática juvenil (consultas, exámenes y otros fármacos)	Mensual	53.540	20%	10.710
		Rehabilitación	Rehabilitación en artritis idiopática juvenil	Mensual	17.420	20%	3.480
			Férula cock - up	Cada vez	13.330	20%	2.670
			Órtesis tobillo - pie	Cada vez	82.940	20%	16.590
			Palmeta reposo	Cada vez	39.140	20%	7.830
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 estimada a menos de 60 mL/min/1,73m², 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:

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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	9.150	20%	1.830
			Tratamiento nefropatía	Mensual	3.750	20%	750
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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. A los tres meses de edad, tendrá acceso a radiografía de caderas.

Beneficiarios con factores de riesgo o examen físico alterado:

i. Antes de los tres meses de edad, tendrá acceso a confirmación diagnóstica mediante una ecotomografía de caderas o evaluación por especialista, considerando examen físico y factores de riesgo tales como antecedentes familiares de primer grado, presentación podálica, tortícolis congénita o deformidades del pie como pie bot, polidactilia y metatarso varo.

Recién nacido o lactante menor de 1 año:

i. Con sospecha por radiografía de caderas o ecotomografía alterada, tendrá acceso a confirmación diagnóstica por especialista.
ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento ortopédico.
iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

65.2 Garantía de oportunidad:

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.

Tratamiento

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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	18.460	20%	3.690
			Confirmación displasia luxante de caderas	Cada vez	24.670	20%	4.930
		Tratamiento	Tratamiento ortopédico displasia luxante de caderas	Por tratamiento completo	148.960	20%	29.790
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

66 SALUD ORAL INTEGRAL DE LA PERSONA GESTANTE

La salud oral integral de las personas gestantes 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 dental
ii. Enfermedades gingivales
iii. Enfermedades periodontales
iv. Edentulismo total o parcial
v. Patologías pulpares y periapicales
vi. Lesiones de la mucosa oral

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:

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 persona gestante	Tratamiento	Tratamiento salud oral integral de la persona gestante: atención general	Cada vez	173.170	20%	34.630
			Tratamiento salud oral integral de la persona gestante: atención especialidades	Cada vez	179.360	20%	35.870
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 diseminación en tiempo y espacio.

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, en ausencia de fiebre o infección, y que son comprobables objetivamente en pacientes que cursan una EMRR.

Este problema considera a la población a lo largo del curso de vida.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 fundada tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
ii. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y rehabilitación.
iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo, incluyendo controles, exacerbaciones o reagudizaciones.

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

67.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

Tratamiento

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

Rehabilitación

i. El tratamiento de rehabilitación esclerosis múltiple remitente recurrente comenzará dentro de 30 días desde la indicación médica.
ii. El tratamiento de rehabilitación integral en brote según indicación médica, comenzará dentro de 48 horas desde la indicación médica.
iii. La entrega de bastones en personas menores de 65 años se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
iv. La entrega de sillas de ruedas y andadores en personas menores de 65 años se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
v. La entrega órtesis tobillo-pie se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

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	957.670	20%	191.530
		Tratamiento	Tratamiento no farmacológico esclerosis múltiple remitente recurrente	Mensual	45.060	20%	9.010
			Tratamiento farmacológico de primera línea esclerosis múltiple remitente recurrente	Mensual	583.250	20%	116.650
			Tratamiento brote esclerosis múltiple remitente recurrente	Cada vez	1.228.330	20%	245.670
		Rehabilitación	Tratamiento de rehabilitación esclerosis múltiple remitente recurrente	Mensual	43.190	20%	8.640
			Rehabilitación integral en brote esclerosis múltiple remitente recurrente	Cada vez	243.490	20%	48.700
			Andador con cuatro ruedas y canasta	Cada vez	87.000	20%	17.400
			Bastón codera móvil	Cada vez	17.520	20%	3.500
			Órtesis tobillo-pie	Cada vez	41.470	20%	8.290
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	411.050	20%	82.210
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Diagnóstico

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

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	Sospecha de VHB en persona gestante con recién nacido menor de 2 kg	Cada vez	5.820	20%	1.160
			Evaluación inicial pacientes con hepatitis crónica por VHB	Cada vez	440.760	20%	88.150
		Tratamiento	Tratamiento farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más	Mensual	72.680	20%	14.540
			Evaluación paciente hepatitis crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento antiviral	Mensual	29.860	20%	5.970
			Controles a pacientes VHB sin tratamiento farmacológico	Anual	233.720	20%	46.740
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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.
vii. Con tratamiento completo, sin curación, tendrá derecho a terapia de rescate.

69.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

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 (general y de rescate).

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 de VHC en nivel primario	Cada vez	4.470	20%	890
			Sospecha de VHC en contacto epidemiológico	Cada vez	8.810	20%	1.760
			Confirmación de VHC	Cada vez	42.570	20%	8.510
		Tratamiento	Evaluación paciente VHC pretratamiento	Cada vez	325.200	20%	65.040
			Evaluación hepática por elastografía	Cada vez	26.430	20%	5.290
			Tratamiento farmacológico con antivirales pangenotipo	Por tratamiento completo	5.006.740	20%	1.001.350
			Tratamiento farmacológico de rescate con antiviral pangenotipo	Por tratamiento completo	5.129.900	20%	1.025.980
			Control a pacientes con tratamiento farmacológico del VHC	Por tratamiento completo	69.770	20%	13.950
			Control a pacientes VHC sin tratamiento farmacológico o en control postratamiento	Anual	369.220	20%	73.840
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

70 CÁNCER COLORRECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

El cáncer colorrectal es un tumor maligno que se origina en la pared del intestino grueso. Este tumor puede crecer de cuatro maneras: crecimiento local, diseminación linfática, diseminación hematógena o diseminación transcelómica. La histología más frecuente es el adenocarcinoma, existiendo grupos menos frecuentes como sarcomas, tumores del estroma gastrointestinal, tumores neuroendocrinos, etc.

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 rectosigmoidea
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, tratamiento y seguimiento.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

iii. Con tratamiento tendrá acceso a seguimiento.
iv. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

70.2 Garantía de oportunidad:

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.

Tratamiento

i. El tratamiento primario se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
ii. El tratamiento adyuvante y/o neoadyuvante se realizarán dentro de 30 días desde la indicación médica.
iii. La reconstitución del tránsito intestinal y/o cierre de colostomía se realizará 90 días desde la indicación quirúrgica, según lo establecido en NTMA.

Seguimiento

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

Todo lo anterior se complementará con lo establecido en la NTMA.

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 colorrectal en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación cáncer colorrectal	Cada vez	184.520	20%	36.900
		Confirmación y etapificación	Etapificación cáncer colorrectal	Cada vez	559.710	20%	111.940
		Tratamiento	Cirugía cáncer colorrectal y reconstitución del tránsito intestinal	Cada vez	4.303.720	20%	860.740
			Quimioterapia FOLFOX o CAPEOX	Por tratamiento completo	558.660	20%	111.730
			Quimioterapia 5FU/LV o capecitabina monodroga	Por tratamiento completo	320.870	20%	64.170
			Quimioterapia FOLFIRI o CAPIRI	Por tratamiento completo	659.660	20%	131.930
			Neutropenia febril riesgo alto tumores sólidos	Cada vez	134.750	20%	26.950
			Neutropenia febril riesgo bajo tumores sólidos	Cada vez	68.950	20%	13.790
			Consultas, exámenes e imágenes durante quimioterapia	Por tratamiento completo	2.129.660	20%	425.930
			Quimioterapia - radioterapia concomitante cáncer rectal (quimioterapia)	Por tratamiento completo	208.420	20%	41.680
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
		Seguimiento	Seguimiento cáncer colorrectal años 1 y 2	Mensual	52.830	20%	10.570
			Seguimiento cáncer colorrectal años 3, 4 y 5	Mensual	42.360	20%	8.470
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

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.

Tratamiento

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

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	3.527.740	20%	705.550
		Tratamiento	Quimioterapia postcirugía estadio precoz, primera línea	Por ciclo	141.040	20%	28.210
			Quimioterapia neoadyuvante estadios III-IV	Por ciclo	136.960	20%	27.390
			Quimioterapia adyuvante estadios IIB, IIC, III y IV	Por ciclo	362.140	20%	72.430
			Exámenes e imágenes asociados al tratamiento con quimioterapia cáncer de ovario epitelial	Por tratamiento completo	1.645.530	20%	329.110
			Quimioterapia en enfermedad recurrente de ovario, sensible a platino	Por ciclo	1.029.650	20%	205.930
			Quimioterapia en enfermedad recurrente de ovario, resistente a platino	Por ciclo	1.588.480	20%	317.700
		Seguimiento	Seguimiento cáncer de ovario epitelial primer año	Mensual	29.140	20%	5.830
			Seguimiento cáncer de ovario epitelial desde el año 2 al año 5	Mensual	10.270	20%	2.050
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 trígono 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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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
xii. Tumor maligno de pelvis renal
xiii. Tumor maligno de uréter

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, tratamiento y seguimiento.
ii. Con tratamiento tendrá a acceso a seguimiento.
iii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

72.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

i. La etapificación se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
ii. El tratamiento primario se realizará dentro de 45 días desde la indicación médica.
iii. El tratamiento adyuvante se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.

Seguimiento

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

Todo lo anterior se complementará con la NTMA.

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	208.540	20%	41.710
			Cirugía cáncer vesical profundo	Cada vez	3.054.020	20%	610.800
			Prevención recurrencia cáncer vesical superficial año 1	Mensual	126.320	20%	25.260
			Prevención recurrencia cáncer vesical superficial año 2 y 3	Mensual	47.930	20%	9.590
			Exámenes e imágenes durante el tratamiento con quimioterapia cáncer vesical superficial Tis-Ta-T1	Por tratamiento completo	1.279.890	20%	255.980
			Exámenes e imágenes asociados al tratamiento con quimioterapia cáncer vesical profundo	Por tratamiento completo	2.807.120	20%	561.420
			Quimioterapia neoadyuvante cáncer vesical profundo	Por ciclo	462.400	20%	92.480
			Tratamiento paliativo: quimioterapia adyuvante cáncer vesical profundo, postcirugía	Por ciclo	1.051.600	20%	210.320
			Quimioterapia - radioterapia concomitante cáncer vesical profundo, sin cirugía	Por ciclo	279.280	20%	55.860
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
		Seguimiento	Seguimiento cáncer vesical superficial año 1 Tis-Ta-T1	Mensual	80.010	20%	16.000
			Seguimiento cáncer vesical superficial desde año 2 al año 5	Mensual	35.030	20%	7.010
			Seguimiento cáncer vesical profundo primer año	Mensual	35.890	20%	7.180
			Seguimiento cáncer vesical profundo desde año 2 al año 5	Mensual	28.210	20%	5.640
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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, rehabilitación, y seguimiento.
iii. En tratamiento y rehabilitación, tendrá acceso a continuarlo.

73.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

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.

Seguimiento:

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

Rehabilitación

i. La rehabilitación se iniciará dentro de 15 días desde la indicación médica.
ii. La entrega de silla de ruedas y andadores en personas menores de 65 años se realizará dentro de 30 días desde la indicación médica.
iii. La entrega de bastones en personas menores de 65 años se realizará dentro de 20 días desde la indicación médica.
iv. La entrega de vendaje para preparación de muñón se realizará dentro de 48 horas desde la indicación médica.

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

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	1.145.450	20%	229.090
		Tratamiento	Cirugía para osteosarcoma	Cada vez	6.124.520	20%	1.224.900
			Quimioterapia preoperatoria osteosarcoma	Por ciclo	924.790	20%	184.960
			Quimioterapia posoperatoria osteosarcoma	Por ciclo	813.680	20%	162.740
			Exámenes e imágenes asociados al tratamiento con quimioterapia con intención curativa	Por tratamiento completo	2.990.560	20%	598.110
		Seguimiento	Seguimiento osteosarcoma primer año	Anual	666.810	20%	133.360
			Seguimiento osteosarcoma segundo año	Anual	448.420	20%	89.680
			Seguimiento osteosarcoma tercer a quinto año	Anual	349.600	20%	69.920
		Rehabilitación	Rehabilitación en prehabilitación	Cada vez	83.700	20%	16.740
			Rehabilitación integral en fase de tratamiento activo	Cada vez	773.630	20%	154.730
			Rehabilitación integral en seguimiento	Mensual	34.430	20%	6.890
			Andador con dos ruedas y asiento	Cada vez	75.420	20%	15.080
			Andador sin ruedas articulado	Cada vez	39.580	20%	7.920
			Bastón canadiense codera móvil	Cada vez	25.660	20%	5.130
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	411.050	20%	82.210
			Vendaje para preparación de muñón	Cada vez	24.350	20%	4.870
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Tratamiento

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

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	16.007.190	20%	3.201.440
			Tratamiento quirúrgico complicados	Cada vez	24.654.710	20%	4.930.940
			Control anticoagulación	Mensual	4.540	20%	910
		Seguimiento	Seguimiento primer año	Mensual	33.540	20%	6.710
			Seguimiento segundo año	Mensual	14.100	20%	2.820
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

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	45.530	20%	9.110
			Tratamiento trastorno bipolar a partir del año 2	Mensual	25.950	20%	5.190
			Hospitalización trastorno bipolar año 1	Cada vez	2.294.870	20%	458.970
			Hospitalización trastorno bipolar a partir del año 2	Cada vez	2.294.870	20%	458.970
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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:

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	3.610	20%	720
			Tratamiento hipotiroidismo a partir del segundo año ambulatorio	Mensual	2.480	20%	500
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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

Corresponde a un déficit auditivo igual o mayor a 40 decibeles.

En este problema de salud quedan incluidos 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:

i. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
ii. Con confirmación diagnóstica por médico especialista tendrá acceso a tratamiento, seguimiento y rehabilitación.
iii. Estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
iv. Con implante coclear tendrá acceso a cambio de procesador y accesorios según indicación médica, aún después de los 4 años.

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

77.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

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

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.

Seguimiento

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

Rehabilitación

i. La rehabilitación se iniciará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

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

77.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
77	Hipoacusia moderada, severa y profunda en personas menores de 4 años	Diagnóstico	Confirmación diagnóstica hipoacusia	Cada vez	16.400	20%	3.280
		Tratamiento	Implementación bilateral audífono	Cada vez	692.730	20%	138.550
			Implante coclear	Cada vez	25.436.760	20%	5.087.350
			Cambio de procesador del implante coclear	Cada vez	10.527.970	20%	2.105.590
			Cambio de accesorios del procesador coclear	Anual	1.174.900	20%	234.980
		Seguimiento	Seguimiento (audífono e implante coclear) primer año	Anual	93.570	20%	18.710
			Seguimiento (audífono e implante coclear) segundo año	Anual	72.830	20%	14.570
			Seguimiento (audífono e implante coclear) tercer año	Anual	36.670	20%	7.330
		Rehabilitación	Rehabilitación integral (audífono e implante coclear) primer año	Anual	278.640	20%	55.730
			Rehabilitación integral (audífono e implante coclear) segundo año	Anual	120.170	20%	24.030
			Rehabilitación integral (audífono e implante coclear) tercer año	Anual	26.420	20%	5.280
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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.
iii. En sospecha de nefropatía lúpica activa por médico reumatólogo, tendrá acceso a biopsia renal y estudio histopatológico.

78.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

i. En personas con lupus confirmado, la confirmación diagnóstica de nefropatía lúpica se realizará dentro de 60 días desde la sospecha.

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**	Diagnóstico	Diagnóstico nefropatía lúpica nivel secundario-terciario	Cada vez	103.920	20%	20.780
		Tratamiento	Tratamiento lupus leve primer año	Mensual	22.660	20%	4.530
			Tratamiento lupus leve a partir del segundo año	Mensual	8.300	20%	1.660
			Tratamiento lupus grave primer año	Mensual	43.860	20%	8.770
			Tratamiento lupus grave a partir del segundo año	Mensual	20.740	20%	4.150
			Hospitalización lupus grave	Cada vez	1.140.530	20%	228.110
			Lupus grave hospitalizado refractario a tratamiento: rescate farmacológico	Cada vez	2.860.630	20%	572.130
			Lupus grave hospitalizado refractario a tratamiento: rescate por plasmaféresis	Cada vez	3.743.950	20%	748.790
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

Tratamiento

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

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	16.007.190	20%	3.201.440
			Tratamiento quirúrgico complicados	Cada vez	24.654.710	20%	4.930.940
			Control anticoagulación	Mensual	4.540	20%	910
		Seguimiento	Seguimiento primer año	Mensual	33.540	20%	6.710
			Seguimiento segundo año	Mensual	14.100	20%	2.820
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

80.2 Garantía de oportunidad:

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 Helicobacter pylori	Tratamiento	Tratamiento de erradicación Helicobacter pylori	Cada vez	20.570	20%	4.110
		Seguimiento	Evaluación del tratamiento de erradicación Helicobacter pylori	Cada vez	87.190	20%	17.440
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 etapificación, tratamiento y seguimiento.

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

81.2 Garantía de oportunidad:

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.

Tratamiento

i. El tratamiento primario se realizará dentro de 45 días desde la indicación médica.
ii. Los tratamientos adyuvantes se realizarán dentro de 30 días desde la indicación médica.

Seguimiento

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

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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	421.680	20%	84.340
			Etapificación	Cada vez	862.470	20%	172.490
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico pacientes etapas I, II y III	Por tratamiento completo	4.796.580	20%	959.320
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
			Quimioterapia carcinoma células pequeñas: enfermedad limitada o localizada concomitante radioterapia	Por tratamiento completo	315.920	20%	63.180
			Quimioterapia carcinoma células pequeñas: enfermedad extendida o metastásica	Por tratamiento completo	391.340	20%	78.270
			Quimioterapia carcinoma no células pequeñas: etapas IB, e IIA y e IIB, e IIIA (resecado completo R0 y N2(-)) y e IIIA (resecado completo R0, N2+(1 ganglio))	Por tratamiento completo	991.650	20%	198.330
			Quimioterapia carcinoma no células pequeñas: etapas e IIIA y IIIB	Por tratamiento completo	2.496.020	20%	499.200
			Quimioterapia carcinoma no células pequeñas: escamoso etapas e IV	Por tratamiento completo	781.840	20%	156.370
			Quimioterapia carcinoma no células pequeñas: no escamoso etapas e IV	Por tratamiento completo	613.350	20%	122.670
		Seguimiento	Seguimiento primer año	Anual	808.150	20%	161.630
			Seguimiento segundo año	Anual	222.320	20%	44.460
			Seguimiento tercer a quinto año	Anual	111.160	20%	22.230
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

82 CÁNCER DE TIROIDES 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.

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

i. Cáncer de tiroides diferenciado (incluye los subtipos papilar y folicular)
ii. Los tumores de tiroides pobremente diferenciados
iii. Cáncer de tiroides anaplásico
iv. Cáncer de tiroides medular

Para ser incluidas dentro de alguna de estas 4 categorías se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios de inclusión:

i. Paciente con nódulo tiroideo o adenopatía cuya punción haya sido informada como Bethesda V o VI
ii. Hallazgo histopatológico compatible con carcinoma de tiroides
iii. Paciente con nódulo tiroideo cuya punción haya sido informada como Bethesda III o IV y con concentraciones de calcitonina en plasma elevadas (≥ 50 pg/mL, en caso de haberse realizado) o estudio molecular sospechoso de malignidad (en caso de haberse realizado)
iv. Paciente con nódulo tiroideo y adenopatías sospechosas de metástasis ganglionares con resultado de medición de Tiroglobulina en el aspirado de ganglio cuya concentración sea > 100 ng/mL, independiente de resultado citológico
v. Bocio uni o multi nodular de rápido crecimiento con o sin invasión locoregional sugerente de carcinoma anaplásico de 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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

iii. En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.
iv. Con recidiva/persistencia, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
v. Con cáncer de tiroides avanzado refractario a radio yodo tendrá acceso a tratamiento farmacológico de acuerdo con criterios establecidos en NTMA.
vi. En tratamiento y seguimiento tendrá acceso a rehabilitación.

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

82.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico

i. La etapificación se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.
ii. La etapificación de cáncer anaplásico se realizará dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.

Tratamiento

i. El tratamiento quirúrgico se realizará según la etapificación: Cáncer diferenciado de alto riesgo y medular de tiroides dentro de 90 días desde la indicación médica.
ii. El tratamiento quirúrgico se realizará según la etapificación: Cáncer diferenciado de tiroides de riesgo intermedio dentro de 6 meses desde la indicación médica.
iii. El tratamiento quirúrgico se realizará según la etapificación: Cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo dentro de 9 meses desde la indicación médica.
iv. El tratamiento quirúrgico se realizará según la etapificación: Cáncer anaplásico dentro de 7 días desde la indicación médica.
v. La reestadificación se iniciará al cuarto mes posterior a la cirugía.
vi. Los tratamientos adyuvantes se realizarán dentro de 90 días desde la indicación médica.
vii. El tratamiento sistémico se realizará dentro de 60 días desde la indicación médica.

Seguimiento

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

Rehabilitación

i. La rehabilitación se iniciará dentro de 30 días desde la indicación médica.

Todo lo anterior se complementará con lo indicado en la NTMA.

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 en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Etapificación	Cada vez	293.010	20%	58.600
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico	Por tratamiento completo	745.950	20%	149.190
			Reestadificación de riesgo (3-6 meses post cirugía)	Cada vez	68.110	20%	13.620
			Tratamiento adyuvante, radioyodo	Cada vez	434.920	20%	86.980
			Tratamiento radioyodo para pacientes con contraindicación de hipotiroidismo	Cada vez	1.147.010	20%	229.400
			Tratamiento farmacológico en personas con cáncer avanzado de tiroides refractario a radioyodo	Mensual	3.547.170	20%	709.430
			Recurrencia/persistencia	Cada vez	726.750	20%	145.350
		Seguimiento	Seguimiento del primer año	Anual	232.120	20%	46.420
			Seguimiento desde el segundo año	Anual	150.370	20%	30.070
		Rehabilitación	Rehabilitación en cáncer de tiroides	Por tratamiento completo	11.000	20%	2.200
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 etapificación y tratamiento.

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

83.2 Garantía de oportunidad:

Etapificación

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

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.

Todo lo anterior se complementará con lo establecido en la NTMA.

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	Etapificación	Etapificación	Cada vez	651.550	20%	130.310
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico	Por tratamiento completo	1.457.280	20%	291.460
			Tratamiento sistémico metastásico	Anual	23.656.990	20%	4.731.400
			Tratamiento integral de radioterapia altamente compleja con linac	Por tratamiento completo	4.842.150	20%	968.430
			Tratamiento integral de radioterapia compleja con linac	Por tratamiento completo	4.129.760	20%	825.950
			Tratamiento integral de radioterapia estándar con linac	Por tratamiento completo	3.409.290	20%	681.860
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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 da 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, tratamiento y seguimiento
ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

iii. En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.
iv. Con recidiva, tendrá acceso a etapificación, tratamiento y seguimiento.

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

84.2 Garantía de oportunidad:

Etapificación:

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

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.

Seguimiento

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

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**	Etapificación	Etapificación	Cada vez	2.510.840	20%	502.170
		Tratamiento	Mieloma múltiple en mayores de 60 años. FIT. No candidatos a TPH autólogo. Esquema CTD	Por ciclo	155.490	20%	31.100
			Mieloma múltiple en mayores de 60 años. No candidatos a TPH autólogo. No FIT. Esquema MPT	Por ciclo	131.930	20%	26.390
			Mieloma múltiple en mayores de 60 años. No candidatos a TPH autólogo. No FIT. Esquema CPT	Por ciclo	81.700	20%	16.340
			Mieloma múltiple en menores de 60 años candidatos a TPH autólogo. Esquema LEN DEX	Por ciclo	190.080	20%	38.020
			Mieloma múltiple en menores de 60 años candidatos a TPH autólogo. Esquema VRD	Por ciclo	3.530.910	20%	706.180
			Mieloma múltiple en menores de 60 años candidatos a TPH autólogo. Cybor D	Por ciclo	2.120.790	20%	424.160
			Mieloma múltiple en menores de 60 años candidatos a TPH autólogo. Esquema VTD	Por ciclo	2.129.980	20%	426.000
			Tratamiento integral de radioterapia convencional con linac	Por tratamiento completo	2.902.690	20%	580.540
		Seguimiento	Seguimiento y controles primer año	Anual	732.450	20%	146.490
			Seguimiento y controles segundo año	Anual	591.610	20%	118.320
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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:

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 indicación médica.

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	67.740	20%	13.550
			Diagnóstico diferencial	Cada vez	187.910	20%	37.580
		Tratamiento	Tratamiento mediana complejidad	Mensual	19.690	20%	3.940
			Tratamiento alta complejidad	Por tratamiento completo	128.340	20%	25.670
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

86 ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN AGRESIÓN SEXUAL AGUDA

Se considera agresión sexual aguda a aquel episodio reciente (72 horas o menos de ocurrencia), en el que la persona tiene contacto directo con genitales de la persona agresora con o sin intercambio de fluidos, pudiendo presentar daños físicos y/o psicológicos y que requiere atención.

Una intervención oportuna reduce la probabilidad de adquirir una infección de transmisión sexual, concebir un embarazo, y busca proteger de forma significativa la salud mental de la persona afectada.

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

i. Toda persona afectada por violencia sexual aguda

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

86.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

i. Que consulta por una agresión sexual aguda (72 horas o menos de ocurrencia) tendrá acceso a primera respuesta en un servicio de emergencia hospitalaria.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

ii. Que accedió a la primera respuesta tendrá acceso a seguimiento en un centro de atención de especialidad ambulatoria.

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

86.2 Garantía de oportunidad:

Diagnóstico y tratamiento

i. La primera respuesta se entregará inmediatamente desde la solicitud de atención en unidad de emergencia hospitalaria.

Seguimiento

i. Se realizará dentro de los primeros 35 días desde la primera respuesta.

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

86.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
86	Atención integral de salud en agresión sexual aguda	Diagnóstico y tratamiento	Primera respuesta	Cada vez	394.240	20%	78.850
		Seguimiento	Seguimiento	Anual	72.990	20%	14.600
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

87 REHABILITACIÓN SARS COV-2

La enfermedad generada por el virus SARS CoV-2 o COVID-19 es un cuadro que produce un síndrome respiratorio agudo con signos y síntomas como fiebre, tos, fatiga y dificultad respiratoria, entre otros. Las personas pueden desarrollar complicaciones producto de esta infección y requerir, en sus distintas etapas, atenciones de rehabilitación.

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

i. Infección por SARS CoV-2
ii. Síndrome inflamatorio multisistémico asociado con SARS CoV-2

En este problema de salud se garantiza la intervención sanitaria de rehabilitación.
Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

87.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

i. Al alta hospitalaria con riesgo de secuela severo tendrá acceso a rehabilitación domiciliaria, insumos y órtesis según indicación médica.
ii. Al alta hospitalaria con riesgo de secuela severo, moderado o leve tendrá acceso a rehabilitación ambulatoria según indicación médica.
iii. Al alta hospitalaria con riesgo de secuelas grave o moderado tendrá acceso a órtesis para la rehabilitación ambulatoria según indicación médica.

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

87.2 Garantía de oportunidad:

Rehabilitación

i. El inicio de la rehabilitación ambulatoria o domiciliaria será dentro de 15 días desde el alta hospitalaria o según indicación médica.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

87.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
87	**Rehabilitación SARS CoV-2**	Rehabilitación	Rehabilitación domiciliaria post SARS CoV-2 en personas con riesgo de secuelas severo	Mensual	117.580	20%	23.520
			Insumos rehabilitación domiciliaria post SARS CoV-2 en personas con riesgo de secuelas severo	Mensual	38.640	20%	7.730
			Rehabilitación ambulatoria post SARS CoV-2 en personas con riesgo de secuelas leve	Mensual	167.800	20%	33.560
			Rehabilitación ambulatoria post SARS CoV-2 en personas con riesgo de secuelas moderado	Mensual	211.300	20%	42.260
			Rehabilitación ambulatoria post SARS CoV-2 en personas con riesgo de secuelas severo	Mensual	188.700	20%	37.740
			Órtesis para rehabilitación domiciliaria post SARS CoV-2 en personas con riesgo de secuelas severo	Cada vez	58.560	20%	11.710
			Órtesis para rehabilitación ambulatoria post SARS CoV-2 en personas con riesgo de secuelas severo o moderado	Cada vez	24.560	20%	4.910
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

88 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TRAS ALTA HOSPITALARIA POR CIRROSIS HEPÁTICA

La cirrosis hepática corresponde al estadio final de diversas enfermedades hepáticas crónicas, que conllevan a un deterioro progresivo de la función hepática. Tras una hospitalización por descompensación, el manejo clínico requiere un tratamiento farmacológico individualizado, enfocado en prevenir nuevas complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de una nueva hospitalización.

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

i. Cirrosis
ii. Cirrosis hepática

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

88.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario:

i. Tras el alta hospitalaria por cirrosis hepática, tendrá acceso a tratamiento.
ii. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

88.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

i. El tratamiento se iniciará dentro de 30 días desde la indicación médica.

88.3 Garantía de protección financiera:

Nº	Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
88	**Tratamiento farmacológico tras alta hospitalaria por cirrosis hepática**	Tratamiento	Tratamiento farmacológico ambulatorio tras alta hospitalaria por cirrosis hepática	Mensual	24.140	20%	4.830
			Tratamiento farmacológico nivel especialidad tras alta hospitalaria por cirrosis hepática	Mensual	30.690	20%	6.140
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

89 TRATAMIENTO HOSPITALARIO PARA PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS CON DEPRESIÓN GRAVE REFRACTARIA O PSICÓTICA CON RIESGO SUICIDA

Corresponde a un cuadro clínico de alta gravedad en personas menores de 15 años con diagnóstico de depresión, que cursa con un episodio depresivo mayor y presenta riesgo suicida. Se caracteriza por sintomatología persistente e intensamente significativa desde el punto de vista clínico, que provoca un deterioro severo del funcionamiento personal, familiar, escolar y/o social del beneficiario.

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

i. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
ii. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
iii. Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
iv. Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos

Estas categorías incluyen las diversas presentaciones clínicas de depresión grave, pudiendo incluir fenómenos asociados al riesgo suicida, la refractariedad o psicosis.
Las siguientes son las garantías explícitas en salud que se establecen:

89.1 Garantía de acceso:

Todo beneficiario menor de 15 años con depresión grave, refractaria o psicótica con riesgo suicida:

i. Con confirmación diagnóstica de depresión grave, refractaria o psicótica con riesgo suicida tendrá acceso a tratamiento.
ii. En tratamiento tendrá a acceso a continuarlo.

89.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

i. Se iniciará inmediatamente desde la confirmación diagnóstica.
ii. La consulta con especialista se realizará dentro de 30 días desde la fecha de derivación, conforme a la NTMA vigente.

89.3 Garantía de protección financiera:

N°	Problema de salud	Tipo de intervención sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
89	**Tratamiento hospitalario para personas menores de 15 años con depresión grave refractaria o psicótica con riesgo suicida**	Tratamiento	Tratamiento hospitalización diurna por episodio depresivo con riesgo suicida	Mensual	316.640	20%	63.330
			Tratamiento ambulatorio por episodio depresivo con riesgo suicida	Mensual	37.620	20%	7.520
			Tratamiento de episodios graves en personas menores de 15 años con riesgo suicida que incluye hospitalización	Por tratamiento completo	728.860	20%	145.770
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

90 CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN PERSONAS DE 25 AÑOS Y MÁS

El consumo de tabaco causa daño a la salud, el que puede ser físico y/o mental. Fumar tabaco, corresponde a un tipo de administración que incluye cualquier forma de tabaco fumado.

Se denomina persona fumadora a aquella que declara consumir cigarrillos actualmente.

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

i. Fumador con alta dependencia e intención de dejar de fumar.

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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

90.1 Garantía de acceso:

Todo beneciario de 25 años y más con alta dependencia y en etapa de preparación o acción para el abandono del consumo de tabaco:

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

90.2 Garantía de oportunidad:

Tratamiento

i. El tratamiento farmacológico se iniciará dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.

90.3 Garantía de protección financiera:

N°	Problema de salud	Tipo de intervención sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel ($)	Copago %	Copago $
90	**Cesación del consumo de tabaco en personas de 25 años y más**	Tratamiento	Tratamiento farmacológico para el apoyo al cese del consumo de tabaco	Por tratamiento completo	29.720	20%	5.940
			Tratamiento no farmacológico para el apoyo al cese del consumo de tabaco	Por tratamiento completo	15.800	20%	3.160
El copago total a cargo del beneficiario no podrá exceder las 122 UF en un período de 1 año, contado desde la fecha del primer copago; de superarse, la entidad aseguradora (Fonasa o Isapre) cubrirá la diferencia.							

Artículo 4º.- 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 Nº 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 3º 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 correspondan, 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° del presente decreto, 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 6º.- Las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios se encuentran señaladas en el artículo 3º precedente y en el Listado Específico de Prestaciones al que se refiere el artículo 18° del presente decreto, 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 2º y 3º del presente decreto, 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 3º o en el Listado Específico de Prestaciones, 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

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 los grupos A, B, C, y D señalados en el artículo 160° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, conforme lo dispuesto por la resolución exenta N° 1.112, de 2022, del Ministerio de Salud.

Artículo 8°.- De conformidad con lo establecido en la ley N° 19.966 y el decreto supremo N° 136, de 2005, del Ministerio de Salud, los beneficiarios de las Isapre, tendrán derecho a acceder al financiamiento del 100% de los copagos originados por las enfermedades o condiciones contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, que superen el deducible equivalente a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda por cada evento asociado a la garantía, que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan. En estos casos, dicho deducible no excederá de 122 Unidades de Fomento.

En caso de existir más de un evento en un período de 12 meses, contado desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 Unidades de Fomento.

El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzara a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.

En lo que refiere a los beneficiarios de Fonasa, se les aplicará lo referente a la resolución exenta 1.112, de 2022, del Ministerio de Salud.

Artículo 9°.- 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 10º.- 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 3º de este decreto. 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 11º.- 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 las Isapre.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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, las Isapre deberán informar al beneficiario las alternativas de realizar la prestación o grupo de prestaciones por Garantías Explícitas en Salud o por plan complementario, de acuerdo al valor relativo de cada uno. Además, la renuncia está sujeta a las siguientes condiciones:

1. La de carácter parcial debe manifestarse expresamente.
2. Sólo puede estar referida a prestaciones determinadas, contempladas en Listado Específico de Prestaciones, 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 12°.- Para los efectos de la garantía de oportunidad, los plazos de días que se establecen son de días corridos, salvo que expresamente se indique que serán de días hábiles. 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, asimismo podrá efectuar el reclamo a través de los mecanismos alternativos dispuestos, tales como la vía telefónica o la plataforma web. 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, asimismo podrá efectuar el reclamo a través de los mecanismos alternativos dispuestos, tales como la vía telefónica o la plataforma web, 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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Artículo 13°.- 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 14°.- 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 15°.- Para los efectos de la garantía de calidad, las prestaciones de salud individualizadas en el artículo 3° del presente decreto, sólo podrán ser otorgadas por aquellos prestadores inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, de la Superintendencia de Salud, de acuerdo con 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 3º del presente decreto requieran ser otorgadas por prestadores de atención cerrada, centros de diálisis, servicios de imagenología, laboratorios clínicos, prestadores institucionales de atención abierta de alta, mediana y baja complejidad, prestadores institucionales de atención psiquiátrica cerrada, prestadores institucionales de servicios de esterilización, prestadores institucionales de servicios de radioterapia, prestadores institucionales de servicios de quimioterapia, centros que otorguen tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas, éstos deberán encontrarse acreditados en la Superintendencia de Salud.

En el caso específico de los prestadores institucionales de baja complejidad de atención abierta pertenecientes a la red pública, esta exigencia se extiende a los Centros de Salud de Atención Primaria del país, determinados por el Ministerio de Salud, mediante resolución.

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

1. Respecto de los prestadores institucionales de odontología, deberán encontrarse acreditados al 1 de julio de 2028.
2. Respecto de los prestadores institucionales de laboratorios de anatomía patológica, deberán encontrarse acreditados al 1 de julio de 2028.
3. En el caso de prestadores institucionales de atención abierta de baja complejidad (Centros de Salud Familiar (Cesfam), Consultorio General Urbano y Consultorio General Rural y sus dependencias como Postas, Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), entre otros), deberá estar el 80% de la totalidad de los centros de atención primaria, deberán encontrarse acreditados a más tardar el 1 de julio de 2028, a excepción de las Postas de Salud Rural y CECOSF, y otras que no dependan técnicamente de un establecimiento de salud previamente autorizado.
4. Respecto a las Postas de Salud Rural y CECOSF, entre otras con dependencia técnica propia, que cuenten con autorización o demostración sanitaria, será exigible su acreditación en el próximo decreto.

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 3º 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 deberá obtener su acreditación dentro de ese plazo, lo que deberá certificarse ante la Superintendencia de Salud.

2° Si el prestador institucional perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud, estuviere en condición de normalización o reposición y cuyo avance de instalación se encuentre en al menos el

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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 veinticuatro meses 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.

3° Si el prestador institucional estuviere situado en territorios en los que se hubiere declarado alerta o emergencia sanitaria, en donde se impida el funcionamiento habitual que comprometa la cartera de prestaciones, debidamente certificado por la Superintendencia de Salud, de acuerdo con el artículo 36° del Código Sanitario, en los últimos veinticuatro meses anteriores a la fecha de exigibilidad de su acreditación o reacreditación, ésta les será exigible a partir del primer día del décimo segundo mes posterior al término de la emergencia sanitaria.

4° 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.

5° Si, habiéndose sometido al procedimiento de acreditación dentro de los seis meses anteriores a la fecha de exigibilidad de su acreditación y hubieren sido declarados como no acreditados. En este caso el prestador deberá solicitar su acreditación antes del primer día del sexto mes y estar acreditado antes del primer día del decimoctavo mes contado desde la fecha de la notificación del resultado del primer procedimiento.

6° Si, habiéndose encontrado acreditado, no obtuviere su reacreditación, caso en el cual, y por solo una vez, deberá solicitar su reacreditación en un plazo máximo de seis meses y estar acreditado antes del primer día del decimoctavo mes, contados desde la resolución de la Superintendencia de Salud que declaró el término del antedicho procedimiento de reacreditación.

7° En el caso de un prestador institucional de atención cerrada que no obtenga su acreditación o no obtuviere su reacreditación, y 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 solicitar su acreditación en un plazo máximo de seis meses.

8° En el caso de un prestador institucional público de atención abierta de baja complejidad, que no obtuviera su acreditación o su reacreditación, siempre que en la comuna 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 nuevo proceso de acreditación o reacreditación dentro de los ciento ochenta días siguientes a la notificación de la certificación de la Superintendencia de Salud.

9° En el caso de los centros de diálisis no acreditados, ellos podrán otorgar 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 certificación. En este caso, el centro de diálisis dispondrá del plazo de un año, contado desde la aprobación antes señalada, para obtener su acreditación.

La Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, mediante instrucciones de general aplicación, fijará el procedimiento para que los prestadores institucionales señalados en los numerales 7°, 8° y 9° precedentes, obtengan las aprobaciones y certificaciones que correspondan según el caso dispuesto en los numerales indicados.

TÍTULO II
DE LAS METAS DE COBERTURA PARA EL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA

Artículo 16°.- El examen de medicina preventiva establecido por resolución exenta N° 1.236, de 2009, del Ministerio de Salud, a que tienen derecho los beneficiarios del Libro II o que sean afiliados o beneficiarios del Libro III, ambos del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, está constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

Sin perjuicio del derecho del beneficiario para solicitar la realización de este examen, las metas de cobertura del examen de medicina preventiva que señala el artículo 33° de la ley Nº 19.966, que

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

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. Personas gestantes

Meta de Cobertura: 100% de las personas gestantes 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.

a) Displasia del desarrollo de caderas:

Examen: Radiografía de pelvis.

4. Niños y niñas a los 4 años

Meta de cobertura: 60% de la población beneficiaria.

a) Sobrepeso y obesidad:

Examen: Medición de peso y talla.

b) Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual:

Examen: Aplicación de cartilla LEA.

c) Detección de malos hábitos bucales:

Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

5. Personas de 15 y más años

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

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

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

a) Cáncer cervicouterino:

Examen: PAP o citología exfoliativa cervical.

7. Personas de 40 y más años

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

Meta de cobertura: 15% de la población beneficiaria.

a) Dislipidemia:

Examen: Medición de colesterol total.

8. Mujeres de 50 a 59 años

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

Meta de cobertura: 25% de la población beneficiaria.

a) Cáncer de mama:

Examen: Mamografía cada 3 años.

9. Adultos de 65 y más años

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

Meta de cobertura: 50% anual.

a) Autonomía funcional:

Examen: Cuestionario estandarizado Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Artículo 17°.- 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 18°.- El Listado Específico de Prestaciones a que alude el inciso quinto, del artículo 2° y el inciso primero, del artículo 6º, del presente decreto será determinado mediante norma técnica, aprobada por decreto del Ministerio de Salud.

Dicho listado podrá ser modificado mediante decreto fundado de dicho Ministerio, y únicamente en los siguientes casos:

a) Sustitución de prestaciones específicas por obsolescencia clínica o su reemplazo por nuevas tecnologías de la misma familia terapéutica, siempre que impliquen un costo igual o inferior y no afecten la continuidad del tratamiento ni el acceso a las garantías ya establecidas en este decreto, debiendo dichas sustituciones encontrarse debidamente respaldadas en estudios clínicos y evidencia científica suficientemente fundada, y siempre que la nueva prestación no implique el uso de tecnología de menor calidad que aquella que se reemplaza.
b) Sustitución de medicamentos, insumos o dispositivos por razones de desabastecimiento nacional, siempre que se mantenga un perfil terapéutico equivalente y un costo similar.
c) Ajustes de redacción o precisiones en la glosa que no alteren el contenido sustantivo de la prestación.

El decreto que apruebe el Listado Específico de Prestaciones, así como todos aquellos que dispongan sus modificaciones, deberán ser publicados en el sitio web oficial del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (www.auge.minsal.cl), y permanecer disponibles de forma permanente para su consulta.

Artículo 19°.- La norma técnica a la que hace referencia el artículo 18° deberá encontrarse disponible en el sitio web oficial del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (www.auge.minsal.cl), a más tardar el día hábil siguiente a la publicación del presente decreto en el Diario Oficial, sin perjuicio de su posterior publicación en el mismo medio.

Artículo 20°.- El presente decreto entrará en vigencia el primer día del mes de diciembre de 2025 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 Nº 19.966.

Artículo 21°.- Derógase el decreto supremo N° 72, de 2022, del Ministerio de Salud, 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° 72, de 2022, 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.

Artículo 22°.- Modifícase el decreto supremo N° 121, de 2005, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud a que se refiere la ley N° 19.966 reemplazando el literal H) del artículo 2° en el sentido que se indica:

"Prestaciones o grupo de prestaciones: Acciones de salud, tecnología sanitaria 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 señalarán como grupo de prestaciones en el decreto que establezca las garantías, de acuerdo a la etapa de diagnóstico, tratamiento o seguimiento en que se encuentre el beneficiario; el detalle taxativo de cada grupo de prestaciones se determinará en la norma técnica que contenga el Listado Específico de Prestaciones aprobado mediante decreto del Ministerio de Salud.".

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl

Anótese, tómese razón y publíquese.- GABRIEL BORIC FONT, Presidente de la República.- Ximena Aguilera Sanhueza, Ministra de Salud.- Mario Marcel Cullell, Ministro de Hacienda.

Transcribo para su conocimiento la rectificación y el texto íntegro del decreto N° 29, de fecha 30 de mayo de 2025, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.- Por orden de la Subsecretaría de Salud Pública.- Saluda atentamente a Ud., Marcelo Olivares Pacheco, Jefe de División Jurídica (S), Ministerio de Salud.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
División Jurídica

El Ministerio de Salud deberá publicar en forma íntegra en el Diario Oficial el decreto N° 29, de 2025, de ese origen

N° E209768/2025.- Santiago, 9 de diciembre de 2025.

Esta Contraloría General ha podido constatar que el día 28 de noviembre del año en curso, se publicó en el Diario Oficial un extracto del decreto N° 29, de igual año, del Ministerio de Salud, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

Al respecto, es necesario señalar que la ley N° 19.880, dispone, en su artículo 48, que es obligación publicar en el Diario Oficial, entre otros, aquellos actos que se describen en su letra b), esto es, los que interesen a un número indeterminado de personas.

A su vez, su artículo 49 establece que "Los actos publicados en el Diario Oficial se tendrán como auténticos y oficialmente notificados, obligando desde esa fecha a su íntegro y cabal cumplimiento, salvo que se establecieren reglas diferentes sobre la fecha en que haya de entrar en vigencia".

Su artículo 51, inciso segundo, dispone que los decretos y las resoluciones producirán efectos jurídicos desde su notificación o publicación, según sean de contenido individual o general.

Luego, el criterio jurisprudencial contenido en el dictamen N° 757, de 2017, de este origen, entre otros, manifiesta que las normas descritas prevén, por una parte, requisitos de publicidad y de transparencia cuya finalidad es permitir y promover el conocimiento de las decisiones que se adopten por un determinado acto administrativo y por otra, darles eficacia e imperatividad a dichos actos, cuyos efectos atañen a un cierto número de destinatarios, siendo en este último caso el Diario Oficial el medio fijado por el legislador para ello, sin que sea suficiente, en consecuencia, la publicación parcial o en extracto, de normas o su remisión a otros medios, como un sitio web, salvo que existiere una disposición legal en contrario que así lo autorice expresamente.

Pues bien, en el caso no se advierte que exista una disposición que autorice la publicación en extracto del decreto N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud, más aún cuando éste, además de aprobar las aludidas garantías explícitas en salud, modifica el decreto N° 121, de 2005, del mismo origen, que aprueba el reglamento que establece las normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud a las que se refiere la ley N° 19.996, en el sentido que indica, en circunstancias que, sin dudas, contiene regulaciones que afectan a un número indeterminado de personas, por lo que su publicación, en los términos examinados, resulta obligatoria.

En ese contexto, el Ministerio de Salud deberá regularizar a la mayor brevedad tal situación, efectuando la publicación íntegra del decreto N° 29, de 2025, de esa Secretaría de Estado, en el Diario Oficial.

Saluda atentamente a Ud., Dorothy Pérez Gutiérrez, Contralora General de la República.

A la señora
Ministra de Salud
Presente.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N°19.799 e incluye sellado de tiempo y firma electrónica avanzada. Para verificar la autenticidad de una representación impresa del mismo, ingrese este código en el sitio web www.diariooficial.cl