

Decreto Supremo N° 34, de 2009, del Ministerio de Salud¹
APRUEBA NORMAS DE CARÁCTER TÉCNICO MÉDICO Y
ADMINISTRATIVO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DE LA LEY 19.966
Publicado en el Diario Oficial el 13 de julio de 2009
FISCALÍA

Núm. 34.- Santiago, 8 de junio de 2009.- **Visto:** estos antecedentes; lo establecido en el artículo 4º, número 2, del D. F. L. N° 1 de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933; lo dispuesto en el inciso final del artículo 3º del Decreto Supremo N° 44, de 2007, del Ministerio de Salud, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud de la ley N° 19.966, y lo indicado en el Oficio N°38.965 de 2008, y en la resolución N° 1.600 de 2008, ambos de la Contraloría General de la República, y

Considerando:

- Que para lograr una correcta y efectiva aplicación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud es necesario disponer dictar los actos administrativos que contengan las herramientas necesarias para su adecuada comprensión y cumplimiento por parte de los distintos actores del sector salud del país.

- Que, en ese sentido, el artículo 3º del Decreto Supremo N°44 de 2007, de Salud, que aprueba los Problemas de Salud y las Garantías Explícitas en Salud

¹ Durante la vigencia de los 3 decreto que contenían las GES, siempre las Normas técnicas habían sido aprobadas por un simple resolución del Ministerio de Salud. Pero, la Contraloría General de la República, mediante Dictamen N° 38.965, de 19 de agosto de 2008, señaló que: "*Cumpro con remitir a Ud. copia del oficio N° 38964 , de fecha 19 de Agosto de 2008, de esta Contraloría General, recaído en la presentación de don Hans Fuentes Villablanca y que se refiere a la resolución N°60, de 2007, de la Subsecretaría de Salud, que aprueba norma "técnico médico y administrativo" para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la ley N°19.966.*

Dicha resolución fue publicada en e Diario Oficial de 13 de febrero de 2007 y emitida por esa Subsecretaría con el carácter de exenta.

En tales condiciones, es preciso señalar en esta oportunidad respecto de dicho acto administrativo que, conforme lo dispone la ley, las normas que en él se aprueban han debido serio mediante un decreto supremo, con la firma del Ministro del ramo, y no por resolución de la Subsecretaría respectiva, como ha ocurrido en la especie.

Al efecto, debe tenerse en consideración que de acuerdo a lo que establece el artículo 4º, N°2, 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°s 18.933 y 18.469-, a ese Ministerio le corresponde dictar las normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema para los fines que indica.

Ahora bien, según lo ha establecido la invariable jurisprudencia de este Organismo de Control, las normas legales que confieren una determinada potestad a un Ministerio se entienden radicadas en el Presidente de la República, por lo que las decisiones que en su ejercicio se adopten deben contenerse en un decreto supremo, suscrito por el Ministro de ramo.

Atendido lo anterior, procede que el Ministerio de Salud disponga las medidas necesarias para regularizar dicha situación, mediante la dictación del decreto supremo correspondiente."

asociadas, dispone que: "El Ministerio de Salud podrá establecer las normas de carácter técnico médico y administrativo que se requieran para el debido cumplimiento de las Garantías, las que tendrán carácter obligatorio.

En uso de dichas atribuciones, establecerá los diagnósticos clínicos asociados a las patologías incorporadas, las especificaciones o características técnicas de las prestaciones, los profesionales requeridos para la atención de las prestaciones cuando corresponda, así como los procedimientos de evaluación del cumplimiento de dichas normas, entre otras materias.

- Que, dicha facultad reafirma lo dispuesto en el artículo 4 N°2 del D. F. L. N° 1 de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, que expresa que corresponde a esta Cartera de Estado:

"Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas."

- Que, por lo antes expuesto, dicto el siguiente

D e c r e t o :

1º. Apruébanse las siguientes Normas Técnico Médico y Administrativo, para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud de la Ley N° 19.966, que regirán para las Garantías Explícitas en Salud, aprobadas en el Decreto Supremo N° 44, de 9 de enero de 2007, del Ministerio de Salud:

1. DEFINICIONES GENERALES.

a) Régimen General: el Régimen General de Garantías en Salud establecido en la Ley N° 19.966.

b) Decreto Supremo N° 44: Decreto Supremo N° 44, de 9 de enero de 2007, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, de la ley N° 19.966, y sus respectivas modificaciones.

c) Garantías: las Garantías Explícitas en Salud, establecidas en el Decreto Supremo N° 44. Dicho Decreto Supremo las define en su artículo 2º, letra d) como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud, determinados en el artículo 1º del referido Decreto Supremo N°44 y que están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios, el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.

Se entenderá formar parte del artículo 1º del Decreto Supremo N°44, el Anexo titulado "Listado de Prestaciones Específico", a que alude el Decreto Supremo N°69 de 2007, de los Ministerios de Salud y Hacienda, que se encuentra en la página Web del Ministerio de Salud (www.minsal.cl).

Garantía Explícita de Acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de los Libros II y III del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo N° 44.

Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo al D.F.L. N°1 de

2005, de Salud, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo N° 44. De acuerdo al artículo transitorio del Decreto Supremo N°44, esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud.

Garantía Explícita de Oportunidad: plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el Decreto Supremo N° 44, en su artículo 11. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen, establecido para estos efectos en el Decreto Supremo N° 44.

No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 160 del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 161 del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud.

d) Arancel de Referencia: Arancel de Referencia del Régimen: Corresponde al valor en pesos, establecido en el Decreto Supremo N° 44, para las prestaciones unitarias o grupos de prestaciones determinadas por el mismo Decreto Supremo para cada problema de salud y cuyos valores han sido establecidos para efecto de la determinación de la contribución (copago) del 20% del valor determinado en el Arancel, que deben efectuar los beneficiarios que acceden a las Garantías Explícitas en Salud. Los valores totales de las prestaciones del arancel y los valores de los copagos, se expresan en pesos, moneda corriente y no tendrán recargo por concepto de horario.

e) Listado de Prestaciones Específico: Corresponde a la descripción taxativa de las prestaciones de salud que conforman las prestaciones unitarias o los grupos de prestaciones determinados en el Arancel de Referencia para cada problema de salud, las cuales son exigibles por el beneficiario, de acuerdo a la prescripción del profesional competente. Conforme a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 44 de 2007, de Salud, este Anexo se entiende formar parte de él.

f) Evento: Para los efectos del presente decreto, se entenderá por evento la ocurrencia, a un beneficiario del Libro II o III del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud, de un problema de salud que se encuentre incorporado en el Decreto Supremo N° 44.

g) Beneficiarios: Personas que sean beneficiarias del Libro II y III del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud.

h) Fonasa: Fondo Nacional de Salud regulado en el Libro I del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud.

i) Isapre: Institución de Salud Previsional regulada en Libro III del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud.

j) Superintendencia: Superintendencia de Salud regulada en Libro I del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud.

k) D.F.L. N°1 de 2005, de Salud: Decreto con fuerza de ley N°1, del año 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933.

2. DEFINICIONES TECNICO MEDICO Y ADMINISTRATIVO.

2.1. Atenciones Integrales.

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

a) Atención Kinésica Integral: Prestación de salud que incluye por sesión, la evaluación y todos los procedimientos de medicina física, rehabilitación o kinesiterapia, que realiza el kinesiólogo a un paciente con prescripción médica para este tipo de tratamientos.

b) Atención integral por Terapeuta Ocupacional: Prestación de salud que incluye por sesión, la evaluación, actividades básicas cotidianas, procedimientos terapéuticos entre otros, que realiza el terapeuta ocupacional a un paciente con prescripción médica para este tipo de tratamientos.

c) Atención integral por Fonoaudiólogo en Hipoacusia: Prestación de salud que incluye todas las atenciones que el fonoaudiólogo otorgue durante el tratamiento y seguimiento de audífono. Considera actividades de rehabilitación auditiva, tales como, verificación de funcionamiento del dispositivo, programación del audífono, pruebas de verificación de ganancias, orientaciones sobre uso y cuidados de audífono, informes de evaluación al equipo, registros de ficha clínica respectiva. La prestación también podrá ser otorgada por Tecnólogo Médico capacitado.

d) Consulta Integral de Especialidad: Es la atención profesional otorgada por el médico especialista que corresponda, a un paciente en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopía, medición de peso y talla. Esta misma definición se aplicará cuando se trate de consulta o control médico integral otorgada por un médico general.

e) Día Cama de Hospitalización Integral: Es la prestación de salud referida a la ocupación de una cama de un establecimiento asistencial, por parte de un paciente que estando, ya sea, en etapa diagnóstica, tratamiento o seguimiento de un problema de salud con garantía explícita, requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias. La prestación incluye:

- El uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama, la alimentación oral diaria, la atención de todos los profesionales de la salud y personal paramédico, en particular atención completa y procedimientos de enfermería tales como tomas de muestras para exámenes, curaciones, administración de terapias, colocación de sondas, inyectables, enemas, administración de fleboclisis y transfusiones.

- Además los medicamentos y dispositivos médicos de uso habitual, los materiales y elementos de enfermería no desechables, insumos de uso general tales como gasa, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares, guantes quirúrgicos y de procedimientos, antisépticos y desinfectantes de todo tipo, oxígeno y aire comprimido.

- En términos generales y aun teniendo presente la especificidad de las instalaciones y personal que en cada caso se requiera, se entenderá que la definición de Día cama de Hospitalización Integral, es aplicable a los diferentes tipos de días de

hospitalización de especialidad existentes, tales como, medicina, pediatría, obstetricia y ginecología, traumatología, cirugía, psiquiatría.

f) Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.) Adulto, Pediátrico o Neonatal: Es la prestación de salud, definida para la internación y atención de pacientes críticos, cuyo estado clínico tiene características de extrema gravedad. Además de lo señalado para el Día Cama de Hospitalización Integral, la prestación incluye:

- Ocupación de una cama de internación en una Unidad de Cuidado Intensivo, ubicada en dependencias únicas y centralizadas, de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales asegura una atención permanente las 24 horas del día.

- Todas las acciones de salud que el enfermo reciba en la Unidad, otorgadas por el personal profesional residente y de colaboración competentes, para atención de paciente crítico.

- Uso de instalaciones y equipos que caracterizan a las U.C.I., tales como equipos de monitores invasivos y no invasivos, ventilación mecánica invasiva, ventilación mecánica no invasiva, desfibriladores, bombas de infusión continua.

- Los procedimientos en esta unidad pueden incluir entre otros: monitorización no invasiva, electrocardiogramas, control de presión arterial, oximetría de pulso, capnografía, nutrición oral o enteral, sonda vesical, oxigenoterapia, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, terapia inhalatoria, hidratación, administración de drogas vasoactivas, sedación y analgesia, punción venosa central, punción arteria central, catéter Swan Ganz, tonometría, instalación catéter de presión intracraneana, nutrición parenteral, otras punciones o drenajes: punción lumbar, punción pleural, abdominal, traqueotomía.

- Insumos, gases y aire comprimido, en lo que sea pertinente, según se explicita en materia de derecho de pabellón.

- Cuando se trate de Unidades Especializadas, tales como, Unidades de Trasplante de médula alogénico Pediátrico o de Adulto que cumplan con las definiciones y exigencias técnicas descritas en este numeral, que posean presión positiva y aire filtrado (filtros Hepa), utilizarán la misma nomenclatura y codificación de Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.).

g) Día Cama de Hospitalización Integral en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I.) Adulto, Pediátrico o Neonatal: Es la prestación de salud, definida para la internación o derivación de pacientes cuyo estado clínico tiene características de mediana gravedad. Además de lo señalado para el Día Cama de Hospitalización Integral, la prestación incluye:

- Ocupación de una cama de internación en una Unidad de Tratamiento Intermedio que dispone de organización técnica y administrativa propia dentro de las instalaciones de una Clínica u Hospital, cuya dotación de profesionales asegura una atención permanente las 24 horas del día.

- Todas las acciones de salud que el enfermo reciba en la Unidad, otorgadas por el personal profesional residente y de colaboración, con competencia técnica para U.T.I.

- Uso de las instalaciones y equipos que caracterizan a las U.T.I., las que sin alcanzar la complejidad organizativa de una U.C.I. serán los mismos aunque en menor proporción de acuerdo a la dotación de camas.

- Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarios durante la permanencia del paciente en la Unidad, detallados en la letra e) de este punto 2.1.
- Insumos, gases y aire comprimido, en lo que sea pertinente, según se explicita en materia de derecho de pabellón.
- Cuando se trate de Unidades Especializadas, tales como, Unidades Coronarias, Respiratorias, Cirugía, Hematología, Aislamiento oncológico u otras, que cumplan con las definiciones y exigencias técnicas descritas en este numeral, utilizarán la misma nomenclatura y codificación de Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I.).

h) Día Cama Integral Psiquiátrico Diurno: Es la prestación de salud referida a la ocupación de una plaza de hospitalización parcial, como mínimo 6 horas diarias y sin pernoctar en el establecimiento de salud. Incluye todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación psiquiátrica que se le efectúen al paciente durante su permanencia en el establecimiento, además de lo señalado para la prestación Día Cama de Hospitalización Integral.

i) Día Cama de Hospitalización Integral Psiquiatría Corta Estadía: Es la prestación de salud referida a la ocupación de una plaza de hospitalización en un régimen de hospitalización completa. El valor de la prestación incluye todo lo señalado en la letra e) de este punto 2.1 , además de consulta psiquiátrica, consulta psicológica, psicometría, educación sobre enfermedades psiquiátricas, psicoterapia y procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales.

j) Intervención quirúrgica: Corresponde al conjunto de acciones de salud efectuadas a un paciente en un Quirófano (Pabellón Quirúrgico), bajo anestesia, para un tratamiento determinado, y efectuadas por uno o más equipos de cirujanos, médico anesthesiólogo, cardiólogo, perfusionista si corresponde. Esta definición se aplicará a todos los problemas de salud que involucren cirugía.

Representa un acto médico quirúrgico integral, que además de los actos anestésicos y las técnicas específicas para el tipo de cirugía de que se trate, incluye los honorarios de la totalidad del equipo médico señalado en el párrafo anterior, arsenalera, derecho de pabellón con las instalaciones, sala de recuperación post-anestésica, equipos, instrumental, insumos y medicamentos utilizados en dicha intervención.

2.2. Definiciones Técnico Médico y Administrativo de aplicación general.

a) Atención Médica de Emergencia o Urgencia: Para los efectos de la presente resolución se aplicarán los conceptos de Atención Médica de Emergencia o Urgencia; Emergencia o Urgencia; Certificación de Estado de Emergencia o Urgencia, y Paciente Estabilizado, en los términos en que se definen en el artículo 3º del Decreto Supremo N° 369 de 1985 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

b) Criterios de inclusión: Son las condiciones clínicas que para un determinado problema de salud, permiten el acceso a los beneficiarios a una determinada intervención sanitaria, de acuerdo a lo definido en el Decreto Supremo N°44, la guía clínica correspondiente y al conocimiento científico disponible.

c) Derecho de Pabellón Quirúrgico: Corresponde al derecho de uso de recintos de acceso restringido, autorizados para su funcionamiento, que cuentan con instalaciones y anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas. Los anexos están referidos a sectores, salas y unidades que complementan y facilitan el funcionamiento del recinto quirúrgico, tales como áreas de lavado quirúrgico, vestuario de pacientes y personal, sectores para almacenamiento de

equipos, ropa e instrumental estéril, sala de recuperación post anestésica, y que cuenta con servicios de apoyo de acuerdo a su complejidad.

Esta prestación incluye en su valor el uso de este tipo de recintos, la atención de todos los profesionales de la salud y personal paramédico, insumos y elementos, tales como, guantes quirúrgicos, agujas, jeringas, catéteres corrientes o similares, cánulas y sondas desechables, todo tipo de drenajes, todo tipo de materiales de sutura, jabones para lavado quirúrgico, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares. Asimismo, incluirá el uso de gases (oxígeno y aire comprimido), anestesia, neurolépticos, analgésicos, y relajantes musculares de cualquier tipo.

Toda vez que, para la resolución de determinados problemas de salud, el Listado de Prestaciones Específicas, que forma parte del Decreto Supremo N°44, incluye procedimientos diagnósticos o procedimientos terapéuticos, el valor total de la prestación tiene incorporados los respectivos derechos de sala de procedimientos, por tanto no corresponde efectuar cobros adicionales por este concepto.

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

e) Tipo de Intervención sanitaria.

Los problemas de salud incluidos en el Decreto Supremo N° 44 fueron definidos técnicamente de manera genérica, sin perjuicio de lo cual pueden identificarse para ellos distintos tipos de intervención sanitaria que se asocian a las etapas del proceso de atención del paciente, que se detallan a continuación:

- **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 enfermedad o condición de salud, que da origen a derivación a la prestación que corresponda.

- **Confirmación diagnóstica:** Comprobación de la existencia de una enfermedad o condición de salud específica en un beneficiario, mediante las correspondientes acciones de salud y/o tecnología que corresponda.

- **Tratamiento:** Etapa de intervención sanitaria que le realiza a un paciente un profesional de salud ante una confirmación diagnóstica para un determinado problema de salud, con el objeto de mejorar su condición.

- **Seguimiento:** Corresponde a las acciones clínicas y tecnológicas de la fase de vigilancia a que se somete un enfermo tratado por un problema de salud y en un determinado período.

f) Medicamentos: En materia del Listado de Prestaciones Específico, toda vez que las prestaciones o grupos de prestaciones describan el uso de medicamentos, se entenderá que están garantizados cuando se prescriban en forma de genéricos, nombres de fantasía, o por efecto farmacológico.

g) Patologías incorporadas: Corresponden a la nómina de enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual, que se asocian a cada problema de salud con garantías explícitas.

h) Periodicidad: Lapso considerado para efectos de aplicar el valor determinado por el arancel en relación a una prestación o un grupo de prestaciones comprendidas en dicho período, prescritas por un profesional de la salud, en relación a cada enfermedad o condición de salud establecida en artículo 1º del Decreto Supremo N°44, con la cobertura financiera señalada en el mismo artículo. Puede ser cada vez, por control, por ciclo, mensual, tratamiento completo, anual, seguimiento completo.

i) Prestaciones: Acciones de salud, tecnología o dispositivos médicos, tales como: consultas médicas, exámenes y procedimientos; medicamentos; artículos farmacéuticos y de laboratorio; material quirúrgico, instrumental y demás elementos o insumos que se requieran para el diagnóstico de un problema de salud y su tratamiento o seguimiento. Las prestaciones asociadas a cada uno de los problemas de salud se encuentran taxativamente señaladas en el artículo 1º del Decreto Supremo N° 44, de acuerdo a la etapa en que se encuentre el beneficiario.

j) Prestador o prestadores de salud: Personas naturales o jurídicas, tales como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales o clínicas, que ejecutan acciones de salud y que formen parte de la Red de Prestadores, sin perjuicio de las facultades de la Superintendencia de Salud en la materia.

k) Red de Prestadores: Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o el contrato entregan las prestaciones establecidas en el Decreto Supremo N° 44 a los beneficiarios del Fonasa o las Isapre.

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

l) Problema de salud: Enfermedad, condición de salud o programa determinado en el artículo 1º del Decreto Supremo N° 44.

m) Procedimientos Médicos: Corresponden a acciones de salud, identificadas por prestaciones unitarias o grupos de prestaciones, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos o terapéuticos, que según de que se trate, utilizan equipos, instrumental, instalaciones o salas de procedimientos. Su valor incluye honorarios médicos, de anestesiólogo y derecho de sala de procedimientos.

n) Prótesis: Sustitutos artificiales de partes del cuerpo y/o materiales insertos en tejidos, utilizados con fines terapéuticos o funcionales, tales como manos, brazos o piernas artificiales, válvulas cardíacas, prótesis en reconstrucción mamaria.

La calidad de las prótesis utilizadas en estos pacientes debe encontrarse avalada por evidencia clínica sobre su efectividad y seguridad.

La evidencia antes mencionada debe derivar a lo menos de ensayos clínicos controlados y/o estudios observacionales bien conducidos, es decir, datos de 10 o más años de seguimiento, preferentemente de varios centros, tamaño muestral adecuado, pacientes consecutivos no seleccionados. En ausencia de los criterios anteriores, podrán considerarse elegibles dispositivos médicos con evaluaciones de mínimo 5 años, siempre que la evidencia a la fecha sea consistente con el objetivo de largo plazo.

o) Derecho de Sala de Procedimientos: Corresponde al derecho de uso de una sala (lugar o recinto de instalación independiente o anexa) que en condiciones de asepsia y seguridad permite a un profesional de la salud efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos. Esta prestación incluye en su valor el uso de la sala, la atención del personal paramédico, el uso de instrumental o equipo específico para el procedimiento a efectuar, los insumos y elementos de uso general, tales como guantes quirúrgicos, agujas, jeringas, catéteres corrientes, sondas desechables, materiales de sutura, jabones para lavado quirúrgico, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares. En caso de procedimientos complejos, con uso de anestesia o analgesia, están incluidos los gases y medicamentos que este acto implique.

Toda vez que, para la resolución de determinados problemas de salud, el Listado de Prestaciones Específicas, que forma parte del dictado Decreto Supremo N°44, incluye procedimientos diagnósticos o procedimientos terapéuticos, el valor total de la prestación tiene incorporados los respectivos derechos de sala de procedimientos, por tanto no corresponde efectuar cobros adicionales por este concepto.

3. DEFINICIONES TÉCNICO MÉDICO Y ADMINISTRATIVO POR PROBLEMA DE SALUD.

Para la aplicación de prestaciones por cada problema de salud, debe tenerse presente el detalle de prestaciones unitarias o grupo de prestaciones que se explicita en el Arancel de Referencia de las Garantías y el Listado de Prestaciones Específico, definidos en párrafo 1º, numeral 1, letras d) y e) de esta normativa.

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

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

a) Hemodiálisis Tratamiento Mensual

- Es la aplicación de la técnica de diálisis a pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal en centros de diálisis o unidades de diálisis de un hospital o clínica, autorizados para funcionar como tales.

- Esta prestación incluye la aplicación de la técnica de diálisis, incluidas las ultrafiltraciones, la atención de todos los profesionales de la salud y el equipo paramédico, insumos tales como concentrados, aguja de fístula, sueros, equipos de fleboclisis, filtros, líneas, heparinas, agujas corrientes, jeringas, guantes de procedimientos y los exámenes de laboratorio que este tipo de pacientes requieren para su control.

- El tratamiento mensual ha sido calculado con 13,5 sesiones a fin de cubrir los meses de 14 hemodiálisis y aquellas adicionales que deban efectuarse. Constituyen excepción los casos de tratamientos trisemanales completos, en los cuales resulten 12 hemodiálisis mensuales por el número de días del mes.

- Se incluyen en el valor de esta prestación los exámenes mensuales que siguen: Nitrógeno Ureico (03-02-057), Creatinina en plasma (03-02-023), Potasemia (03-02-032), Calcemia (03-02-015), Fosfemia (03-02-042), Hematocrito (03-02-036), Transaminasas (GOT o GPT) (03-02-063 x 2), y en pacientes de alto riesgo los Anticuerpos virales Determinación de H.I.V. (03-06-169).

- También están incluidos los exámenes trimestrales siguientes: Albuminemia (03-02-060), Fosfatasas Alcalinas (03-02-040), Bicarbonato (03-02-011), Cuociente NU prediálisis y NU post diálisis (03-02-057 x 2).

- De la misma forma, la prestación incluye los exámenes semestrales Parathormona (03-03-018), Virus Hepatitis B, antígeno (03-06-077), Virus Hepatitis C, anticuerpos (anti HCV) (03-06-081), Anticuerpo anti H.I.V. (03-06-169), y como examen anual la Ferritina (03-01-026). Los marcadores virales códigos 03-06-169, 03-06-077 y 03-06-081, deberán determinarse en todos los pacientes al inicio del tratamiento.

- Para la prestación de hemodiálisis, los centros o unidades que las otorguen deberán asegurar el acceso a banco de sangre o servicio de transfusiones, acceso a unidades de rescate para traslados en casos de descompensaciones. En caso de entrega de alimentación al paciente, por parte del centro o unidad, este servicio no podrá ser cobrado en forma separada.

b) Peritoneodiálisis Continua.

- Prestación destinada al tratamiento mensual de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, y que dispongan de prescripción médica para acceder al uso de esta técnica.

- La prestación incluye el catéter, la solución para la peritoneodiálisis, los medicamentos y los exámenes de laboratorio que el paciente requiera.

- La peritoneodiálisis continua incluye los exámenes mínimos mensuales siguientes: Hematocrito (03-01-036), Creatinina (03-02-023), Nitrógeno Ureico (03-02-057), Fosfemia (03-02-042), Calcemia (03-02-015), Glicemia (03-02-047), Potasemia (03-02-032), Bicarbonato (03-02-011), Fosfatasas Alcalinas (03-02-040), Transaminasas (GOT o GPT) (03-02-063 x 2).

- De la misma forma incluye en forma trimestral la ejecución de Albuminemia (03-02-060), en forma semestral los exámenes de Colesterol total (03-02-067), Triglicéridos (03-02-064), anualmente los exámenes de Parathormona (03-03-018), Virus Hepatitis B, antígeno (03-06-077), Virus Hepatitis C, anticuerpos (anti HVC) (03-06-081), Anticuerpo anti H.I.V. (03-06-169).

- Todos estos exámenes deberán realizarse también al ingreso de cada paciente al tratamiento.

c) Estudio Pre-Trasplante:

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

- La prestación incluye los exámenes y procedimientos que han sido individualizados en la prestación "estudio pre-trasplante", del Listado de Prestaciones Específico (consultas de especialidad, exámenes de laboratorio, estudios de histocompatibilidad, exámenes de imagenología, procedimientos cardiológicos, estudios urodinámicos, estudios de banco de sangre).

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

- Cautelar la ejecución de los estudios de histocompatibilidad que permitan la incorporación del paciente a la lista nacional de trasplantes, en el plazo que la garantía de oportunidad establece para ese efecto en el Decreto Supremo N°44.

d) Trasplante Renal:

El grupo de prestaciones denominado en "Protección Financiera" en el Decreto Supremo N°44 como:

a. Trasplante Renal; incluye el listado de prestaciones definido en el Listado de Prestaciones Específico bajo el nombre de "Trasplante Renal" (1.1.2) y bajo el nombre "Nefrectomía Donante" (1.1.3), además del estudio y tratamiento de Citomegalovirus.

b. En "Nefrectomía Donante" está incluido el estudio completo del donante efectivo.

3.2 CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS.

Para efecto de esta normativa, se entenderá lo siguiente:

a) Clasificación de cirugía con Circulación Extracorpórea, Cardiopatías Congénitas:

Complejidad Menor: Incluye comunicación interauricular simple, estenosis pulmonar valvular, estenosis mitral o similar.

Complejidad Mediana: incluye comunicación interventricular, reemplazo univalvular, corrección de Wolf-Parkinson White y otras arritmias.

Complejidad Mayor: Incluye toda otra patología incorporada en el Decreto Supremo N°44 y aquellas cardiocirugías practicadas a lactantes menores de dos años.

b) Angioplastia: Esta prestación corresponde a la angioplastia de arteria pulmonar o vena cava. Su valor incluye honorarios de la totalidad del equipo médico (cirujanos, anestesista), arsenalera, insumos, prótesis (stent, entre otros) y derecho de pabellón.

c) Valvuloplastia: Esta prestación corresponde a la valvuloplastia mitral, tricúspide, aórtica o pulmonar. Su valor incluye la totalidad del equipo médico (cirujanos, anestesista), arsenalera, e insumos y derecho de pabellón.

d) Exámenes Electrofisiológicos: Esta prestación incluye honorarios médicos, anestesista, catéteres y otros insumos, medicamentos, derecho a pabellón, correspondiente a los procedimientos cardiológicos de ablación con corriente continua o radiofrecuencia de nódulo aurículo-ventricular y ablación con corriente continua o radiofrecuencia de vías accesorias y otras.

3.3 CÁNCER (todos los Cánceres con Garantías Explícitas en Salud)

Serán de aplicación general en todo tipo de cánceres los conceptos y definiciones que a continuación se detallan:

a) Tratamiento: Entendido como procedimiento terapéutico indicado por un médico especialista, de acuerdo a la etapificación de la enfermedad en que se encuentre un paciente con diagnóstico confirmado de cáncer. Los tratamientos consideran, entre otras prestaciones, cirugías, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, tratamiento de neutropenia febril, hormonoterapia u otras terapias medicamentosas, pudiendo indicarse en forma individual o combinada, según corresponda.

Los valores establecidos para los tratamientos definidos en el Listado de Prestaciones Específicos (L.P.E.) incluye en general: atención de profesionales de salud y de personal paramédico; las drogas su preparación y administración; los medicamentos, antibióticos, hormonas, sueros, sustancias radiactivas, otros; los

insumos, tales como bombas, conexiones, catéteres, sondas; los procedimientos de instalación, retiro o reinstalaciones de catéteres; la planificación, simulación e irradiación.

Para efectos de esta normativa, se entenderá que el tratamiento ha sido efectuado y da derecho a su cobro cuando se ha completado la terapia planificada para cada paciente de acuerdo a la indicación del médico especialista tratante.

b) Tratamiento de Quimioterapia (niños y adultos): Para efectos de protección financiera el valor de la prestación de salud incluye el procedimiento completo de quimioterapia:

- Las definiciones generales señaladas en letra a) punto 3.3 de esta normativa.
- Drogas antineoplásicas: la droga, su preparación y la administración.
- Tratamiento de Neutropenia Febril: Considera hospitalización en salas de aislamiento las 24 horas del día, atención por equipo interdisciplinario de médicos (especialistas), enfermeras y técnicos paramédicos capacitados, diferentes líneas de antibióticos y factor estimulante de colonias, entre otros.
- Medicamentos de uso endovenoso y oral: Tales como antieméticos, corticoides, otros coadyuvantes específicos.
- Insumos: Para preparación y administración del tratamiento.
- Acceso venoso central o periférico: Procedimientos de instalación, retiro o reinstalaciones.

Corresponde el cobro de esta prestación de salud, por cada ciclo de quimioterapia otorgada, la que se efectuará de acuerdo a la periodicidad que prescriba el médico tratante según normativa ministerial correspondiente.

c) Tratamiento por Radioterapia (niño y adulto): Esta prestación de salud considera tratamientos efectuados con acelerador lineal o cobalto, sean éstos con intención curativa o paliativa. Su valor incluye:

- Las definiciones generales señaladas en letra a) punto 3.3 de esta normativa.
- Controles médicos durante el tratamiento (a lo menos 1 por semana) y controles post tratamiento (a lo menos 2 por semana), informe de alta.

Corresponde el cobro de esta prestación de salud una vez que se ha completado el tratamiento de radioterapia de acuerdo a la planificación de irradiaciones indicadas por el médico especialista tratante.

d) Radioterapia paliativa: Para efectos de protección financiera corresponde el cobro de esta prestación de salud cuando la irradiación ha sido indicada por médico especialista tratante, para controlar síntomas específicos presentados por pacientes niños o adultos con cáncer, para quienes se requiere mejorar la calidad de vida.

e) Tratamiento Braquiterapia: Prestación de salud definida para tratamiento de pacientes con cáncer cervicouterino invasor y algunos cánceres infantiles. Su valor incluye:

- Las definiciones generales señaladas en letra a) punto 3.3 de esta normativa.
- Controles médicos durante el tratamiento (a lo menos 1 diario) y controles post tratamiento (a lo menos 2, uno de ellos antes de 30 días de finalizado el tratamiento), informe de alta y detalle tratamiento efectuado.

- Tratamiento de los efectos agudos de manejo ambulatorio derivado de las irradiaciones, hasta 30 días después de finalizado el tratamiento.

- En caso de hospitalización de pacientes en tratamiento de braquiterapia, el valor de la prestación considera incluido el Día Cama hospitalización integral intermedio adulto.

Corresponde el cobro de esta prestación de salud cada vez que se efectúe el tratamiento de Braquiterapia indicada por el médico especialista tratante.

f) Hormonoterapia y Terapia hormonal de reemplazo: Para efectos de protección financiera corresponde el cobro de esta prestación de salud cuando sea indicado por médico especialista tratante, independiente de la etapa de intervención sanitaria en la que se encuentre el paciente, sea ésta de tratamiento o seguimiento. Su valor incluye lo señalado en la letra a) del punto 3.3 de esta normativa y su cobro se hará por cada mes de tratamiento efectuado.

g) Seguimiento: Entendida como la intervención sanitaria que se efectúa en forma concomitante con algunas de las terapias indicadas en el tratamiento o una vez que el tratamiento ha terminado. El Listado de Prestaciones Específico considera la prestación seguimiento en los problemas de salud cuando corresponde. Su valor incluye la atención profesional respectiva y será cobrada cada vez que se realice esta prestación.

h) Para el caso específico del cáncer cervicouterino, la definición de cada vez significa tratamiento completo por radioterapia (5,5 semanas en promedio)

3.4 ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS.

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

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

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

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

3.5 DIABETES MELLITUS TIPO 1.

El grupo de prestaciones identificado en "Protección Financiera" en el Decreto Supremo N°44 como:

a. Tratamiento 1º año (incluye descompensaciones): corresponde al primer año del inicio de tratamiento del paciente.

b. Tratamiento a partir de 2º año (incluye descompensaciones): se refiere al manejo de descompensaciones de su diabetes. No incluye tratamiento de complicaciones que pudieran provocarla u otras.

3.6 DIABETES MELLITUS TIPO 2.

a) Beneficiario en tratamiento con indicación de Autocontrol.

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

b) El grupo de prestaciones identificado en "Protección Financiera" en el Decreto Supremo N°44 como:

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

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

c) Curaciones avanzadas.

En los casos de pacientes diabéticos que presenten lesiones secundarias en las extremidades inferiores, cuyo tratamiento médico implique la realización de curaciones avanzadas, se entenderá que estos procedimientos serán efectuados por profesional de salud capacitado, quien aplicará la técnica e insumos que corresponda, según resultados de la Valoración de la Úlcera de Pie Diabético.

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

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

- Se utilizará la Pauta de Evaluación de Úlcera de Pie Diabético, establecida en la correspondiente Guía Clínica del Ministerio de Salud.

- Las prestaciones de curación avanzada de herida pie diabético infectado o no infectado, incluyen los procedimientos referidos, la atención profesional y los insumos detallados en el Listado de Prestaciones Específico. El valor de las prestaciones se entiende como tratamiento completo.

3.7 CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

En la Garantía de Oportunidad para este problema de salud se especifica en el Decreto Supremo N°44:

"Atención por especialista: Dentro de 30 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 30 días desde la sospecha."

Se debe propender a que las personas que sean derivadas a la Unidad de Patología Mamaria (UPM) en el sistema público o especialidad en el sistema privado, sean aquellas con un informe de mamografía sospechosa de cáncer. En aquellos casos en que no se pueda disponer en forma oportuna de mamografía en el Nivel Primario de atención y que clínicamente corresponda a "Probable Patología Maligna" (PPM), según

definición del Programa Nacional de Cáncer de Mama, la persona puede derivarse sin mamografía, la cual deberá ser solicitada en la UPM o Nivel de Especialidad.

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

Las garantías incluyen a los pacientes de 65 años y más que requieren cirugía de recambio de prótesis.

3.9 CÁNCER EN MENORES DE 15 AÑOS

En el grupo de prestaciones identificado en la "Protección Financiera" bajo el nombre de Tratamiento Cáncer menores de 15 años; el Listado de Prestaciones Específico incorpora las prestaciones asociadas a "Tratamiento Tumores Sólidos" (14.2.1), "Tratamiento Leucemia Infantil" (14.2.2) y "Tratamiento Linfoma Infantil" (14.2.3).

Cada uno de estos grupos de prestaciones, contiene las consultas de especialidad, hospitalizaciones, exámenes, imágenes, estudios de anatomía patológica, entre otros; que se requieren para el tratamiento completo de Tumores Sólidos (incluye cirugía correspondiente), Leucemia Infantil: Quimioterapia (todos los ciclos necesarios), Linfoma Infantil: Cirugía y Quimioterapia (todos los Ciclos necesarios).

El valor de las prestaciones se entiende como tratamiento completo anual.

En el grupo de prestaciones identificado en la "Protección Financiera" bajo el nombre de Seguimiento Cáncer menores de 15 años Tumores sólidos, leucemia y linfoma, el listado de prestaciones incorpora el tratamiento hormonal para los casos necesarios. El valor de la prestación se entiende como atención completa mensual.

3.10 ESQUIZOFRENIA.

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

La etapa de confirmación diagnóstica puede durar hasta 180 días, durante los cuales la persona recibe tratamiento de prueba.

3.11 CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

En el grupo de prestaciones identificado en la "Protección Financiera" como Hospitalización por Quimioterapia, el Listado de Prestaciones Específico incorpora, bajo el nombre de Hospitalización por Quimioterapia (16.2.7) las prestaciones asociadas al tratamiento completo de Quimioterapia (todos los ciclos que sean necesarios): consultas de especialidad, hospitalizaciones, transfusiones, exámenes, imágenes, entre otros.

3.12 LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

En el grupo de prestaciones identificado en la "Protección Financiera" como Consultas y exámenes por Tratamiento Quimioterapia, el Listado de Prestaciones Específico incorpora bajo el nombre Consultas y Exámenes por Quimioterapia (17.2.1), las prestaciones asociadas al tratamiento completo de Quimioterapia (todos los ciclos que sean necesarios): consultas de especialidad, hospitalizaciones, exámenes, imágenes, transfusiones, estudios de anatomía patológica , entre otros.

3.13 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA.

a) Esquemas de tratamiento explicitados en "Protección Financiera" del Decreto Supremo N°44 y su aplicación:

- **TAR Esquemas primera línea personas de 18 años y más:** Se aplica a aquellas personas que inician TAR por primera vez en el sistema público o privado.

- **TAR Esquema segunda línea personas de 18 años y más:** Se aplica a aquellas personas que habiendo iniciado TAR de 1ª línea en el sistema público o privado, requieran antiretrovirales de primera línea.

- **TAR Esquemas de tercera línea y Rescate personas de 18 años y más:** se aplica a las personas que han fracasado con los esquemas anteriores, en el sistema público o privado, con o sin estudio de genotipificación. Nuevos cambios por fracaso continúan siendo diferentes mezclas de los antiretrovirales contenidos en tercera línea.

- **Continuidad TAR en uso por adultos:** Se aplica a las personas de 18 años y más que comenzaron antiretrovirales antes de la entrada en vigencia del Decreto Supremo N°44 y que cumplieron con los criterios de inicio de TAR que contiene la Guía Clínica VIH/SIDA vigente. Esto fundamentalmente mantiene tratamientos comenzados antes del GES o durante vigencia de los Decretos Supremos N°170 de 2004 o N°228 de 2005, de Salud, que han obtenido buenos resultados clínicos y que pueden o no corresponder a alguna de las líneas actualmente en uso. Puede también tratarse de pacientes que ingresan por primera vez al GES pero que se han tratado previamente con autofinanciamiento u otro sistema previsional.

- **TAR en personas menores de 18 años:** Se aplica a todo menor de 18 años que requiera antiretrovirales. Si por dosificación conviene más utilizar cápsulas o comprimidos, igualmente corresponde la protección financiera definida en el Decreto Supremo N°44.

- **Prevención de Transmisión Vertical, incluye TAR durante el embarazo, parto y en el recién nacido:**

Embarazada con diagnóstico de VIH/SIDA, que no requiera TAR, tendrá acceso a terapia preventiva de transmisión vertical, a partir de la semana 24 de gestación o desde el momento del diagnóstico, si éste es posterior. Las embarazadas que reúnen los criterios de inicio de TAR, lo podrán iniciar antes de la semana 24 de gestación, de acuerdo a los criterios generales de inicio precoz en adultos. Las mujeres que estén en TAR y se embaracen, tendrán acceso a continuarlo.

Tendrán acceso a cambio precoz de TAR, las embarazadas que presenten reacciones adversas o estuvieran previamente recibiendo antiretrovirales no recomendados durante el embarazo. En este caso deben aplicarse los criterios generales de cambio precoz en adultos.

- b) Inicio Precoz de tratamiento:** Corresponde realizarlo cuando Recuento de CD4 sea igual o menor de 100 células/mm³ y que el médico tratante haya certificado que está descartada Enfermedad Oportunista activa que pudiera generar reacción de reconstitución inmunológica grave con el inicio de Tratamiento anti retroviral (TAR).

- c) Cambio Precoz de tratamiento:** Corresponde realizarlo cuando el paciente presenta reacción adversa o toxicidad Grado 4.

TOXICIDADES GRADO 4 DE LOS ANTIRETROVIRALES EN ADULTOS

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

TOXICIDADES GRADO 4 DE LOS ANTIRETROVIRALES EN NIÑOS

Graduación de las principales toxicidades	Grado 4
Hematocrito (%)	< 19%
Hemoglobina (grs/100 ml)	6-7.9
Glóbulos blancos (mm ³)	< 500
Recuento neutrófilos (mm ³)	< 500
Recuento plaquetas (mm ³)	< 10.000 o petequias
Hiperglicemia (mgs/100 ml)	> 500 o cetoacidosis
Hipertrigliceridemia (mgs/100 ml)	> 400-500
Acidosis metabólica (HCO ₃ :mEq/l)	< 10
Creatinina (x límite máx normal)	> 6 o diálisis
Bilirrubina (x límite máx normal)	> 5
GOT (x límite máx normal)	> 10
GPT (x límite máx normal)	> 10
GGT (x límite máx normal)	> 10
Fosfatasas alcalinas (x lím máx n)	> 10
Lipasa (x límite máx normal)	> 5 o pancreatitis
Amilasa (x límite máx normal)	> 5 o pancreatitis
Ac. Láctico en sangre	> 10 mmol/ L
Vómitos	> 10 en 24 hrs o Hipotensión severa

	y/o hospitalización
Diarrea	> 10 x día, y/o Hipotensión severa y/o hospitalización
Litiasis renal	Hematuria severa y/o insuficiencia renal obstructiva
Polineuropatía	Limita la marcha
Alteración del SNC	Psicosis aguda y/o hospitalización
Alergia	Anafilaxis, Stevens Johnson, exfoliación, Rash con fiebre alta y sínt.constitucionales
Hipersensibilidad a Abacavir	Rash con fiebre y/o síntomas digestivos o respiratorios

Cuando se trate de inicio o cambio precoz de esquema terapéutico, se tendrá presente lo que sigue:

- La definición de inicio precoz indica que se deberá comenzar la terapia con esquema primera línea y dentro de 7 días desde indicación médica.
- La definición de cambio precoz indica que se deberá comenzar la terapia dentro de 7 días desde indicación médica.

Cuando se trate de inicio o cambio no precoz de esquema terapéutico, se tendrá presente lo que sigue:

- La definición de inicio y cambio no precoz debe basarse en una exhaustiva evaluación clínica, inmunológica, virológica y de laboratorio general que considere tanto los aspectos relativos a eficacia como a seguridad. En ocasiones se requiere además de estudios de sensibilidad del virus a drogas (genotipificación). La incorporación de estas variables ha demostrado alto impacto en la sobrevida libre de enfermedad y en la duración en el tiempo de los tratamientos. Es por ello que las solicitudes de inicios o cambio de TAR requiere tiempos previos que incluyan las evaluaciones de clínicas y de laboratorio descritas. Luego de cumplidos estos procedimientos se deberá proceder a la indicación médica.

d) PATOLOGÍAS INCORPORADAS:

d.1. Clasificación de la Infección por VIH/SIDA en ADULTOS.

Linfocitos CD4	Etapas A Infección primaria y/o asintomática o y/o LGP	Etapas B Infecciones y tumores no definitivos	Etapas C Infecciones y tumores definitivos
1 (>499)			X
2 (200-499)			X
3 (<200)	X	X	X

x: Diagnóstico de SIDA

d.2. Etapas clínicas en ADULTOS.

A. Infección asintomática

Infección aguda

Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)

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

- Candidiasis orofaríngea o vaginal > 1 mes
- Síndrome diarreico crónico > 1 mes
- Síndrome febril prolongado > 1 mes
- Baja de peso > 10 Kgs.
- Leucoplaquia oral vellosa
- Herpes Zoster > 1 episodio o > 1 dermatoma
- Listerosis
- Nocardiosis
- Angiomatosis bacilar
- Endocarditis, meningitis, neumonía, sepsis
- Proceso inflamatorio pelviano
- Polineuropatía periférica
- Púrpura trombocitopénico idiopático
- Displasia cervical

C. Condiciones clínicas indicadoras de SIDA, incluye:

- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Criptococosis meníngea o extrapulmonar
- Toxoplasmosis cerebral
- Enfermedad por micobacterias atípicas
- Retinitis por CMV
- Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial
- Encefalopatía VIH
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Criptosporidiasis crónica > 1 mes
- Isosporosis crónica > 1 mes
- Ulceras mucosas o cutáneas herpéticas crónicas >1 mes
- Neumonía recurrente
- Bacteremia recurrente por *Salmonella* spp
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no Hodgkin y/o linfoma de Sistema Nervioso Central
- Cáncer cervicouterino invasor
- Síndrome consuntivo

d.3. Clasificación de la Infección por VIH/SIDA en NIÑOS.

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS EN NIÑOS

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

d.4. ETAPAS CLÍNICAS EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR VIH

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

d.4.1. CATEGORÍA N: SIN SÍNTOMAS

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

d.4.2. CATEGORÍA A: LEVEMENTE SINTOMÁTICOS

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

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

d.4.3. CATEGORÍA B: MODERADAMENTE SINTOMÁTICOS

Niños que tienen algunas de las siguientes condiciones:

- Anemia (< 8 gr/dl), neutropenia (< 1000/ mm³) o trombocitopenia (< 100.000/ mm³) persistente (> 30 días)
- Fiebre persistente (duración > 1 mes)
- Meningitis, neumonía o sepsis bacteriana (un episodio)
- Candidiasis orofaríngea (algorra) persistente (> 2 meses), en niños > de 6 meses de edad
- Diarrea recurrente o crónica
- Infección por citomegalovirus (CMV), inicio antes 1 mes de edad

año)

- Estomatitis por virus herpes simple (VHS), recurrente (más de 2 episodios por

- Bronquitis, neumonitis, o esofagitis por VHS, inicio antes 1 mes de edad

- Varicela diseminada (varicela complicada)

- Herpes zoster: 2 o más episodios o más de un dermatoma

- Toxoplasmosis, inicio antes 1 mes de edad

- Nocardiosis

- Neumonitis intersticial linfoide (NIL) o hiperplasia linfoide pulmonar

- Hepatitis, cardiomiopatía, neuropatía

d.4.4. CATEGORÍA C: SEVERAMENTE SINTOMÁTICOS

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

- Infecciones bacterianas confirmadas, serias (septicemias, neumonías, meningitis, infecciones óseas o articulares, abscesos profundos), múltiples o recurrentes (< 2 en 2 años)

- Candidiasis, esofágica o pulmonar (bronquio, tráquea, pulmones)

- Criptococosis, extrapulmonar

- Enfermedad por CMV (en sitios distintos a hígado, bazo o ganglios linfáticos), inicio > 1 mes de edad

- Infección por VHS: úlceras mucocutáneas > 1 mes de duración, o bronquitis, neumonitis, o esofagitis de cualquiera duración, inicio > 1 mes de edad

- Neumonía por P. Carinii

- Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea duración > 1 mes

- Toxoplasmosis cerebral, inicio > 1 mes de edad

- Septicemias por Salmonellas no tíficas, recurrentes

- Mycobacterium tuberculosis, infección diseminada o extrapulmonar

- Infecciones diseminadas por otros mycobacterium

- Infecciones por otros agentes oportunistas

- Linfoma, primario, en el cerebro

- Otros linfomas

- Sarcoma de Kaposi

- Encefalopatía progresiva por VIH, presente por más de 2 meses: falla para alcanzar o pérdida de los logros del desarrollo o de la habilidad intelectual; daño del crecimiento cerebral o microcefalia; déficit motor simétrico

- Leucoencefalopatía multifocal progresiva

- Síndrome de emaciación: a) pérdida de peso persistente, más b) diarrea crónica (> 2 deposiciones blandas/día por > 30 días), o c) fiebre documentada (por > 30 días, intermitente o constante).

3.14 PREMATUREZ.

a) RETINOPATÍA DEL PREMATURO

A los beneficiarios de menos de 1.500 grs. al nacer y/o menores de 32 semanas de gestación, con diagnóstico de Retinopatía del Prematuro, la cirugía Vitreoretinal procederá cuando haya fracasado el tratamiento con Fotocoagulación. Se entienden incorporados los controles post-operatorios dentro del tratamiento, hasta la madurez retinal.

Para efectos de Protección Financiera de estas prestaciones, se entiende que:

- La Cirugía Vitreoretinal corresponde a la intervención de ambos ojos.
- La Fotocoagulación corresponde a la intervención de un ojo.

b) DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO.

Cada beneficiario prematuro de menos de 1.500 grs. al nacer y/o menor de 32 semanas de gestación, en tratamiento por displasia broncopulmonar, antes de su alta contará con una saturometría continua de 12 a 24 horas, medición que a través de un software de análisis permite determinar el grado de dependencia al oxígeno y su necesidad de esta terapia al momento del alta.

El grupo de prestaciones identificado en "Protección Financiera" bajo el nombre Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Tratamiento Displasia Broncopulmonar, identificado en el Listado de Prestaciones Específico bajo el mismo nombre, corresponde al tratamiento completo durante hospitalización por esta causa, con cobertura de todas las prestaciones ahí especificadas.

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

El estudio electrofisiológico que se realiza a pacientes portadores de este problema de salud, incluye los honorarios médicos y del anestesista, los insumos y medicamentos, el derecho de pabellón correspondiente a los procedimientos cardiológicos de ablación con corriente continua o radiofrecuencia de nódulo aurículo-ventricular y ablación con corriente continua o radiofrecuencia de vías accesorias y otras.

3.16 COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS, SINTOMÁTICOS.

Se entenderá por sintomático toda persona que presente dolor en hipocondrio derecho tipo cólico biliar o dolor similar, que haga que el médico sospeche una colelitiasis.

3.17 CÁNCER GÁSTRICO.

Conforme a lo señalado en el Decreto Supremo N° 44 se establece para los beneficiarios de 40 años y más los siguientes criterios de inclusión:

Con sospecha:

Tendrá acceso a atención con médico especialista, todo beneficiario con dispepsia persistente o recurrente de más de cuatro semanas. La garantía de oportunidad para acceso a especialista, comienza cuando médico general ha aplicado la Pauta de Solicitud de Endoscopia incluida en la Guía Clínica Cáncer Gástrico del Ministerio de Salud. Será el especialista el que defina que pacientes ingresan a grupo de prestaciones descritas en Listado de Prestaciones Específico bajo el nombre de Confirmación Cáncer Gástrico Nivel Secundario (especialidad) y la prioridad para la

realización de la Endoscopia (que puede ser desde 1 a 30 días desde la solicitud por el especialista) y quienes requieren sólo tratamiento médico sin otros estudios.

3.18 RETINOPATÍA DIABÉTICA.

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

3.19 ORTESIS O AYUDAS TÉCNICAS PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

a) Bastón (tipo canadiense):

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

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

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

c) Cojín antiescaras

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

d) Silla de ruedas

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

e) Andador y Andador de paseo

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

- Fracturas de miembros inferiores.
- Polineuropatías.

3.20 SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDO.

Para la indicación de tratamiento con Óxido Nítrico, se deben cumplir todos los criterios de inclusión que a continuación se señalan: recién nacido de término, con hipertensión pulmonar persistente severa confirmada con ecocardiografía, conectado a ventilación mecánica y con índice de oxigenación mayor de 25.

3.21 ANALGESIA DEL PARTO.

La prestación de salud Analgesia del Parto, será entregada a toda mujer que lo solicite, una vez informada del procedimiento por el equipo profesional que la asiste: matrona / médico gineco-obstetra o médico cirujano. Las alternativas farmacológicas ofrecidas son: analgesia epidural continua y analgesia inhalatoria con Óxido nítrico.

El procedimiento de analgesia-anestesia peridural debe ser realizado por un profesional médico-cirujano con especialidad en anestesiología o con competencia en dicha técnica, debidamente certificada por el Director del Servicio de Salud en cuyo territorio operacional se desempeña.

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

Para efecto de protección financiera, el valor de la prestación incluye el procedimiento de la administración de analgesia, los medicamentos, insumos y material utilizados en la aplicación del procedimiento; la mantención de vías permeables y sueros respectivos; los controles efectuados por médico, matrona y personal paramédico; la atención de complicaciones. En los casos de aplicación de técnica de analgesia con epidural continua, se entenderá que la prestación incluye todas las nuevas dosificaciones que sean necesarias para mantener el efecto del manejo de dolor.

3.22 URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA

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

- La confirmación diagnóstica de las otras patologías incorporadas en esta garantía sólo puede realizarla un cirujano-dentista.

3.23 DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.

Para la Depresión Severa el tratamiento integral garantizado incluye:

- Las intervenciones sanitarias de la especialidad incluyen procedimientos, tales como: psicodiagnóstico (cualquier test), psicoterapias, intervenciones psicosociales, técnicas de apoyo a la familia, consultoría de salud mental, actividades de inserción a la comunidad, grupo de autoayuda.

3.24 CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA A ALCOHOL Y DROGAS PARA MENORES DE 20 AÑOS.

- Las Intervenciones sanitarias de la especialidad incluyen procedimientos, tales como entrevistas motivacionales, terapias individuales, familiares y grupales, actividades de autoayuda e intervenciones comunitarias.

- Procedimientos diagnósticos específicos para la especialidad cuando esté indicado (por ejemplo, psicodiagnóstico (cualquier test), screening de drogas, niveles plasmáticos de medicamentos, electroencefalograma, TAC cerebro).

A continuación se describen aspectos conceptuales fundamentales para el tratamiento:

a) Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico:

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

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

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

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

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

b) Criterios de inclusión Plan de Tratamiento Ambulatorio Básico:

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

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

d) Seguimiento: Consiste en un conjunto de acciones que implican la continuidad del tratamiento que tienen como fin apoyar, por un período determinado, la mantención de los logros alcanzados por el usuario en el proceso terapéutico, fortaleciendo estrategias que contribuyan a la prevención de recaídas y a una progresiva autonomía.

4. DE LAS PRESTACIONES Y LA APLICACIÓN DE GARANTÍAS

a) Las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios, se entregarán de acuerdo a la prescripción que realice el profesional competente, no procediendo la homologación de prestaciones. Para estos efectos se entiende por homologación de

prestaciones el reemplazo de ellas por otras que no se encuentran contempladas en el Decreto Supremo N°44 o con especificaciones distintas a las exigidas.

b) Fundado en razones de carácter clínico o sanitario, el profesional de la salud tratante podrá no prescribir una o más de las prestaciones cuando, atendida la situación de salud del beneficiario y el estado de la medicina en el país, las perspectivas de éxito o sobrevida no hagan aconsejable la prestación correspondiente. Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, los beneficiarios tendrán derecho a solicitar una segunda opinión profesional, a la que se estará en definitiva. El Fonasa y las Isapres deberán contemplar los mecanismos para el ejercicio de este derecho, en alguno de los prestadores que formen parte de la Red correspondiente.

c) Si se otorgare una prestación no contemplada en el decreto supremo N° 44, la cobertura financiera será aquella que corresponda a la Modalidad de Atención Institucional, en el caso de beneficiarios del Fonasa; o del plan complementario de salud, en el caso de las Isapres. En esta situación, la prestación deberá encontrarse contemplada en el arancel respectivo.

d) Las prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de la Red de Prestadores del Fonasa y de las Isapres según corresponda o del prestador que designe la Superintendencia de Salud, en caso de insuficiencia de dichas Redes. Los prestadores deberán estar ubicados en el territorio nacional, sin perjuicio de lo que se estipule en el contrato de salud previsual. Los contratos que contemplen la ejecución de prestaciones en el extranjero, deberán ajustarse a las instrucciones que dicte la Superintendencia de Salud.

e) El otorgamiento de las prestaciones garantizadas en los problemas de salud Diabetes Mellitus Tipo I y II, y Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada, correspondientes a los niveles primario y de especialidad, son compatibles simultáneamente.

f) Las prestaciones unitarias o grupos de prestaciones del Arancel de Referencia y el Listado de Prestaciones Específico, han sido definidas por tipo de intervención sanitaria de acuerdo a la etapa en que se encuentre el beneficiario: diagnóstico, tratamiento o seguimiento. La oportunidad se asocia a dicha agrupación. No incluye las complicaciones no consideradas en los referidos Arancel y Listado.

g) En los Problemas de Salud en cuya garantía de acceso se especifica "a partir de la entrada en vigencia de este Decreto Supremo", en referencia al decreto supremo N°44 de 2007, se entenderá que tienen dicha garantía los beneficiarios que constituyeron, a partir del 1 de julio de 2007 fecha de entrada en vigencia de dicho decreto, un caso nuevo de dicho Problema de Salud.

h) Las enfermedades preexistentes y exclusiones contempladas en el contrato con la Isapre respectiva, no serán aplicables respecto de los problemas de salud con garantía explícita.

i) Tratándose de garantía de calidad, será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en el D.F.L. N°1 de 2005, de Salud.

2º. El presente decreto entrará en vigencia una vez publicado en el Diario Oficial, fecha a contar de la cual se entenderá derogada la resolución exenta N° 60, de 2007, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de 13 de febrero de 2007, referente a esta misma materia.

3º. Remítase un ejemplar de este decreto para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, al Fondo Nacional de Salud, a las Instituciones de Salud

Previsionales, a la Superintendencia de Salud, a los Servicios de Salud, a los Establecimientos Experimentales de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud de todo el país.

Anótese, tómese razón y publíquese.- MICHELLE BACHELET JERIA, Presidente de la Republica.- Álvaro Erazo Latorre, Ministro de Salud.

Lo que transcribo para su conocimiento.- Saluda atentamente a Ud., Jeanette Vega Morales, Subsecretaria de Salud Pública