

SEGUNDO REGIMEN DE GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

Documentos que definen el segundo Régimen de Garantías

- 1. Decreto N° 228 de 2005 del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, publicado en el Diario Oficial el 30 de enero de 2006.**
- 2. Listado de Prestaciones Específico (Anexo a Decreto N° 228 de 2005).**
- 3. Resolución Exenta N° 58, de fecha 30 de enero 2006 del Ministerio de Salud, aprueba Normas Técnico Médico y Administrativas para el cumplimiento de las Garantías de la Ley N° 19.966.**

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

N° 228

SANTIAGO, 23 de diciembre de 2005

VISTO: lo dispuesto en el artículo 11 y siguientes, en el N° 2 del artículo primero transitorio y en los N° 2 y 4 del artículo tercero 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 Salud, que aprueba reglamento que establece normas para el funcionamiento del Consejo Consultivo a que se refiere la ley N° 19.966 y en el Decreto Supremo N° 121, de Salud, aprueba reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las garantías explícitas en salud de la ley N° 19.966, y

CONSIDERANDO:

- Que nuestro país vive un proceso de transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población, como consecuencia del progresivo envejecimiento de ésta, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo;
- Que Chile presenta un perfil epidemiológico donde coexisten, por una parte, enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo; y por otra, enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada;
- Que el Gobierno de Chile ha formulado Objetivos Sanitarios Nacionales, para la década 2000-2010, como un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, siendo el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población;
- Que los objetivos planteados para la década 2000 - 2010, se orientan a:
 - a) Mejorar los logros sanitarios alcanzados;
 - b) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad;
 - c) Corregir las inequidades en salud; y
 - d) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.
- Que se hace necesario resguardar las condiciones de acceso, la cobertura financiera y la oportunidad, con que deben ser cubiertas las prestaciones asociadas a la atención de las enfermedades que causan mayor cantidad de muertes en el país o que generan mayor cantidad de años de vida perdidos, y que cuentan con tratamientos efectivos para su atención.

DECRETO**TÍTULO I****DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD**

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

1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

Definición : La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario como adquiridas. En su etapa terminal, definida por Síndrome Urémico y Ecografía que demuestre daño parenquimatoso, requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante.

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

- ✓ Toda Insuficiencia Renal Crónica Terminal

a. Acceso:

- Beneficiario con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- Beneficiario en tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Beneficiario trasplantado tendrá acceso a nuevo trasplante, según indicación médica.
- Beneficiario menor de 15 años con compromiso óseo e Insuficiencia Renal Crónica en etapa IV, tendrá acceso a estudio pre-trasplante e ingreso a lista de espera de trasplante, si cumple con criterios de inclusión, aunque no haya requerido diálisis.

b. Oportunidad Tratamiento

Desde confirmación Diagnóstica:

- Menores de 15 años:

Inicio de Peritoneodiálisis: dentro de 21 días

Inicio de Hemodiálisis: según indicación médica

- 15 años y más:

Inicio de Hemodiálisis: dentro de 7 días

Los beneficiarios que cumplan con los criterios de inclusión:

- Estudio pre-trasplante completo para acceder a Lista de Espera: dentro de 10 meses desde indicación del especialista.
- Trasplante Renal: finalizado el estudio pre-trasplante ingresan a lista de espera de trasplante, el que se efectúa de acuerdo a disponibilidad de órgano.
- Drogas inmunosupresoras: desde el trasplante en donante cadáver. Desde 48 horas antes de trasplante, en casos de donantes vivos.

c. **Protección Financiera**

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|---|-----------------|------------|----------|-----------|
| INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL | Tratamiento | <i>Peritoneodiálisis en menores de 15 años</i> | <i>mensual</i> | 642.840 | 20% | 128.570 |
| | | <i>Hemodiálisis</i> | <i>mensual</i> | 478.570 | 20% | 95.710 |
| | | <i>Acceso Vascular Simple (mediante FAV) para Hemodiálisis</i> | <i>cada vez</i> | 311.050 | 20% | 62.210 |
| | | <i>Acceso Vascular Complejo (mediante FAV) para Hemodiálisis</i> | <i>cada vez</i> | 585.990 | 20% | 117.200 |
| | | <i>Instalación Catéter Transitorio para Hemodiálisis</i> | <i>cada vez</i> | 67.820 | 20% | 13.560 |
| | | <i>Instalación Catéter Transitorio Tunelizado o de larga Duración para Hemodiálisis</i> | <i>cada vez</i> | 379.780 | 20% | 75.960 |
| | | <i>Hierro Endovenoso pacientes en diálisis</i> | <i>mensual</i> | 20.580 | 20% | 4.120 |
| | | <i>Eritropoyetina en menores de 15 años en diálisis</i> | <i>mensual</i> | 83.650 | 20% | 16.730 |
| | | <i>Estudio Pre Trasplante receptor</i> | <i>cada vez</i> | 352.500 | 20% | 70.500 |
| | | <i>Trasplante Renal</i> | <i>cada vez</i> | 4.140.590 | 20% | 828.120 |
| | | <i>Droga Inmunosupresora protocolo 1</i> | <i>mensual</i> | 15.820 | 20% | 3.160 |
| | | <i>Droga Inmunosupresora protocolo 2</i> | <i>mensual</i> | 237.110 | 20% | 47.420 |
| | | <i>Droga Inmunosupresora protocolo 3</i> | <i>mensual</i> | 603.650 | 20% | 120.730 |

2. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS

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

Alrededor de 2/3 de ellas requieren de tratamiento quirúrgico en algún momento de su evolución, el que efectuado oportunamente mejora en forma significativa su pronóstico.

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

- ✓ Agenesia de la arteria pulmonar
- ✓ Agujero oval abierto o persistente
- ✓ Aneurisma (arterial) coronario congénito
- ✓ Aneurisma arteriovenoso pulmonar
- ✓ Aneurisma congénito de la aorta
- ✓ Aneurisma de la arteria pulmonar
- ✓ Aneurisma del seno de Valsalva (con ruptura)
- ✓ Anomalía congénita del corazón
- ✓ Anomalía de Ebstein
- ✓ Anomalía de la arteria pulmonar
- ✓ Anomalía de la vena cava (inferior) (superior)
- ✓ Aplasia de la aorta
- ✓ Arco doble [anillo vascular] de la aorta
- ✓ Arteria pulmonar aberrante
- ✓ Atresia aórtica congénita

- ✓ Atresia de la aorta
- ✓ Atresia de la arteria pulmonar
- ✓ Atresia de la válvula pulmonar
- ✓ Atresia mitral congénita
- ✓ Atresia o hipoplasia acentuada del orificio o de la válvula aórtica, con hipoplasia de la aorta ascendente y defecto del desarrollo del ventrículo izquierdo (con atresia o estenosis de la válvula mitral)
- ✓ Atresia tricúspide
- ✓ Ausencia de la aorta
- ✓ Ausencia de la vena cava (inferior) (superior)
- ✓ Bloqueo cardíaco congénito
- ✓ Canal aurículoventricular común
- ✓ Coartación de la aorta
- ✓ Coartación de la aorta (preductal) (postductal)
- ✓ Conducto [agujero] de Botal abierto
- ✓ Conducto arterioso permeable
- ✓ Conexión anómala de las venas pulmonares, sin otra especificación
- ✓ Conexión anómala parcial de las venas pulmonares
- ✓ Conexión anómala total de las venas pulmonares
- ✓ Corazón triauricular
- ✓ Corazón trilocular biauricular
- ✓ Defecto de la almohadilla endocárdica
- ✓ Defecto de tabique (del corazón)
- ✓ Defecto del seno coronario
- ✓ Defecto del seno venoso
- ✓ Defecto del tabique aórtico
- ✓ Defecto del tabique aortopulmonar
- ✓ Defecto del tabique auricular
- ✓ Defecto del tabique auricular ostium primum (tipo I)
- ✓ Defecto del tabique aurículoventricular
- ✓ Defecto del tabique ventricular
- ✓ Defecto del tabique ventricular con estenosis o atresia pulmonar, dextroposición de la aorta e hipertrofia del ventrículo derecho
- ✓ Dilatación congénita de la aorta
- ✓ Discordancia de la conexión aurículoventricular
- ✓ Discordancia de la conexión ventrículoarterial
- ✓ Divertículo congénito del ventrículo izquierdo
- ✓ Enfermedad congénita del corazón
- ✓ Enfermedad de Uhl
- ✓ Estenosis aórtica congénita
- ✓ Estenosis aórtica supravalvular
- ✓ Estenosis congénita de la válvula aórtica
- ✓ Estenosis congénita de la válvula pulmonar
- ✓ Estenosis congénita de la válvula tricúspide
- ✓ Estenosis congénita de la vena cava
- ✓ Estenosis congénita de la vena cava (inferior) (superior)
- ✓ Estenosis de la aorta
- ✓ Estenosis de la arteria pulmonar
- ✓ Estenosis del infundíbulo pulmonar
- ✓ Estenosis mitral congénita
- ✓ Estenosis subaórtica congénita
- ✓ Hipoplasia de la aorta
- ✓ Hipoplasia de la arteria pulmonar
- ✓ Insuficiencia aórtica congénita
- ✓ Insuficiencia congénita de la válvula aórtica
- ✓ Insuficiencia congénita de la válvula pulmonar
- ✓ Insuficiencia mitral congénita
- ✓ Malformación congénita de la válvula pulmonar

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

a. **Acceso:**

Beneficiario menor de 15 años

- Con sospecha, tendrá acceso a Diagnóstico.
- Con Diagnóstico confirmado, tendrá acceso a tratamiento.
Se excluye Trasplante cardíaco.

b. **Oportunidad:**

Diagnóstico

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

□ **Tratamiento**

Desde confirmación diagnóstica

- Cardiopatía congénita grave operable: Ingreso a prestador con capacidad de resolución quirúrgica, dentro de 48 horas, para evaluación e indicación de tratamiento y/o procedimiento que corresponda.
- Otras Cardiopatías Congénitas Operables: Tratamiento quirúrgico o procedimiento, según indicación médica.
- Control: dentro del primer año desde alta por Cirugía.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|--|--------------|------------|----------|-----------|
| CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES en menores de 15 años | Diagnóstico | Estudio Hemodinámico | cada vez | 461.470 | 20% | 92.294 |
| | | Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Pre Natal | cada vez | 81.370 | 20% | 16.274 |
| | | Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Post Natal | cada vez | 74.650 | 20% | 14.930 |
| | Tratamiento | Cirugía CEC mayor | cada vez | 4.274.370 | 20% | 854.874 |
| | | Cirugía CEC mediana | cada vez | 2.863.870 | 20% | 572.774 |
| | | Cirugía CEC menor | cada vez | 1.913.540 | 20% | 382.708 |
| | | Valvuloplastía | cada vez | 1.090.540 | 20% | 218.108 |
| | | Angioplastía | cada vez | 1.124.320 | 20% | 224.864 |
| | | Exámenes electrofisiológicos | cada vez | 813.810 | 20% | 162.762 |
| | | Cierre de Ductos por coils | cada vez | 775.930 | 20% | 155.186 |
| | | Cierre de Ductos por cirugía | cada vez | 705.780 | 20% | 141.156 |
| | | Otras cirugías cardíacas sin CEC | cada vez | 769.310 | 20% | 153.862 |
| | | Implantación de marcapaso | cada vez | 1.864.800 | 20% | 372.960 |
| | Seguimiento | Seguimiento cardiopatías congénitas operables | por control | 41.340 | 20% | 8.268 |

3. CÁNCER CERVICOUTERINO

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

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

- ✓ Cáncer de glándula de Naboth
- ✓ Cáncer de glándula endocervical
- ✓ Cáncer de la unión escamocolumnar del cuello uterino
- ✓ Cáncer del canal cervical
- ✓ Cáncer del canal endocervical
- ✓ Cáncer del cervix
- ✓ Cáncer del cérvix uterino
- ✓ Cáncer del cuello uterino
- ✓ Cáncer del muñón cervical
- ✓ Carcinoma basal adenoide de cuello de útero
- ✓ Carcinoma in situ de otras partes especificadas del cuello del útero
- ✓ Carcinoma in situ del cuello del útero, parte no especificada
- ✓ Carcinoma in situ del endocérvix
- ✓ Carcinoma in situ del exocérvix
- ✓ Displasia cervical leve
- ✓ Displasia cervical moderada
- ✓ Displasia cervical severa, no clasificada en otra parte
- ✓ Displasia del cuello del útero,

- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical [NIC]
- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado I
- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado II
- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical [NIC], grado III, con o sin mención de displasia severa
- ✓ Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación
- ✓ Tumor maligno del endocérnix
- ✓ Tumor maligno del exocérnix

a. Acceso:

Toda mujer beneficiaria:

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

b. Oportunidad:

Diagnóstico

- Atención con especialista dentro de 30 días desde la sospecha.
- Confirmación diagnóstica, incluye etapificación: dentro de 30 días desde la consulta de especialista.

Tratamiento

- Lesión pre-invasora: dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Cáncer invasor: dentro de 20 días desde confirmación diagnóstica.

Seguimiento

- Primer control dentro de 90 días de terminado el tratamiento.

Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------|------------|----------|-----------|
| CANCER CERVICOUTERINO | Diagnóstico | <i>Sospecha Cáncer Cervicouterino</i> | <i>cada vez</i> | 6.590 | 20% | 1.320 |
| | | <i>Confirmación cáncer cervicouterino Pre Invasor</i> | <i>cada vez</i> | 100.370 | 20% | 20.070 |
| | | <i>Confirmación cáncer cervicouterino Invasor</i> | <i>cada vez</i> | 108.000 | 20% | 21.600 |
| | | <i>Etapificación cáncer cervicouterino Invasor</i> | <i>cada vez</i> | 163.610 | 20% | 32.720 |
| | Tratamiento | <i>Tratamiento cáncer cervicouterino Pre Invasor</i> | <i>cada vez</i> | 185.500 | 20% | 37.100 |
| | | <i>Tratamiento Quirúrgico cáncer cervicouterino Invasor</i> | <i>cada vez</i> | 993.550 | 20% | 198.710 |
| | | <i>Radioterapia cáncer cervicouterino Invasor</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 665.410 | 20% | 133.080 |
| | | <i>Braquiterapia cáncer cervicouterino Invasor</i> | <i>cada vez</i> | 292.330 | 20% | 58.470 |
| | | <i>Tratamiento Quimioterapia cáncer cervicouterino Invasor</i> | <i>por ciclo</i> | 39.380 | 20% | 7.880 |
| | Seguimiento | <i>Seguimiento cáncer cervicouterino Pre Invasor</i> | <i>por control</i> | 24.300 | 20% | 4.860 |
| <i>Seguimiento cáncer cervicouterino Invasor</i> | | <i>por control</i> | 18.460 | 20% | 3.690 | |

4. ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS

Definición: El cáncer avanzado o terminal corresponde a la enfermedad oncológica avanzada y en progresión, sin evidencia clínica de respuesta hacia la remisión completa -curación o mejoría-, asociada a numerosos síntomas. Los cuidados paliativos consisten en la asistencia al paciente y a su entorno por un equipo multiprofesional, cuyo objetivo esencial es controlar los síntomas, entre ellos el dolor por cáncer, para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

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

✓ Todo cáncer avanzado o terminal

a. Acceso:

Beneficiario con confirmación diagnóstica de cáncer avanzado o terminal.

b. Oportunidad:

Tratamiento

Inicio de tratamiento: Dentro de 5 días desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|--|--------------|------------|----------|-----------|
| ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS | Tratamiento | Tratamiento Integral por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos | mensual | 46.890 | 20% | 9.380 |

5. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

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

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

- ✓ Infarto (agudo) del miocardio con elevación del segmento ST
- ✓ Infarto (agudo) del miocardio no Q
- ✓ Infarto (agudo) del miocardio Q
- ✓ Infarto (agudo) del miocardio sin supradesnivel ST
- ✓ Infarto agudo del miocardio de la pared inferior
- ✓ Infarto agudo del miocardio sin otra especificación
- ✓ Infarto agudo del ventrículo derecho
- ✓ Infarto agudo transmural del miocardio de otros sitios
- ✓ Infarto con infradesnivel ST
- ✓ Infarto con supradesnivel ST
- ✓ Infarto del miocardio no transmural sin otra especificación
- ✓ Infarto recurrente del miocardio
- ✓ Infarto subendocárdico agudo del miocardio

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

a. **Acceso:**

Beneficiario, que desde el 1 de julio de 2005, presente:

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

b. **Oportunidad:**

Diagnóstico

Con sospecha:

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

□ **Tratamiento**

Con Confirmación diagnóstica:

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

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|--|-----------------|------------|----------|-----------|
| INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO IAM | Diagnóstico | <i>Sospecha IAM</i> | <i>cada vez</i> | 3.920 | 20% | 784 |
| | Diagnóstico y Tratamiento | <i>Confirmacion y Tratamiento IAM Urgencia</i> | <i>cada vez</i> | 91.430 | 20% | 18.286 |
| | Tratamiento | <i>Tratamiento Médico del IAM</i> | <i>cada vez</i> | 226.290 | 20% | 45.258 |
| | | <i>Prevención secundaria del IAM</i> | <i>mensual</i> | 2.780 | 20% | 556 |

6. DIABETES MELLITUS TIPO 1

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

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

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

- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con cetoacidosis
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma diabético con o sin cetoacidosis
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma diabético hiperosmolar
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma diabético hipoglicémico
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil con coma hiperglicémico
- ✓ Diabetes (mellitus) juvenil sin mención de complicación
- ✓ Diabetes insulino dependiente
- ✓ Diabetes mellitus con propensión a la cetosis
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con acidosis diabética sin mención de coma
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con cetoacidosis diabética sin mención de coma
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma diabético con o sin cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma diabético hiperosmolar
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma diabético hipoglicémico
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente con coma hiperglicémico
- ✓ Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con acidosis diabética sin mención de coma
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con cetoacidosis diabética sin mención de coma
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma diabético con o sin cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma diabético hiperosmolar

- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma diabético hipoglicémico
- ✓ Diabetes mellitus tipo I con coma hiperglicémico
- ✓ Diabetes mellitus tipo I sin mención de complicación

a. Acceso:

Todo Beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con Confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- Con descompensación, tendrá acceso a tratamiento de urgencia y hospitalización.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad:

Diagnóstico:

- Con sospecha: consulta con especialista en 3 días.
- Con descompensación: Glicemia dentro de 30 minutos desde atención médica de urgencia en Servicio Médico de Urgencia.

Tratamiento:

Inicio dentro de 24 horas, desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|----------------------------|--------------------------------|--|--------------|------------|----------|-----------|
| DIABETES MELLITUS 1 | Diagnóstico | Confirmación Pacientes con DM tipo 1 | cada vez | 8.790 | 20% | 1.760 |
| | | EVALUACION INICIAL HOSPITALIZADO: Pacientes Nuevos sin Cetoacidosis DM tipo 1 | cada vez | 146.120 | 20% | 29.220 |
| | | EVALUACION INICIAL HOSPITALIZADO: Pacientes Nuevos con Cetoacidosis DM tipo 1 | cada vez | 226.570 | 20% | 45.310 |
| | Tratamiento | Tratamiento 1° año (incluye descompensaciones) | mensual | 51.320 | 20% | 10.260 |
| | | Tratamiento a partir del 2° año (incluye descompensaciones) | mensual | 57.830 | 20% | 11.570 |

7. DIABETES MELLITUS TIPO 2

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

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

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

- ✓ Diabetes
- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) de comienzo en el adulto sin mención de complicación
- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) de comienzo en la madurez del adulto sin mención de complicación
- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) estable sin mención de complicación

- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) no cetósica sin mención de complicación
- ✓ Diabetes (mellitus) (sin obesidad) (con obesidad) tipo II sin mención de complicación
- ✓ Diabetes con consulta y supervisión de la dieta
- ✓ Diabetes estable
- ✓ Diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación
- ✓ Diabetes mellitus no insulino dependiente sin cetoacidosis
- ✓ Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación
- ✓ Diabetes no insulino dependiente juvenil sin mención de complicación
- ✓ Diabetes, comienzo en la edad adulta (obeso) (no obeso)
- ✓ Otra diabetes mellitus no especificada, sin mención de complicación

a. Acceso:

Todo beneficiario

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con Confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye pie diabético.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo

b. Oportunidad:

Diagnóstico

Dentro de 45 días desde primera consulta con glicemia elevada.

Tratamiento:

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

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|----------------------------|--------------------------------|--|--------------------------|------------|----------|-----------|
| DIABETES MELLITUS 2 | Diagnóstico | Confirmación Pacientes con DM tipo 2 | cada vez | 5.040 | 20% | 1.008 |
| | | Evaluación Inicial Paciente con DM tipo 2 | cada vez | 20.410 | 20% | 4.082 |
| | Tratamiento | Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2 | mensual | 5.190 | 20% | 1.038 |
| | | Tratamiento a partir del 2° año Pacientes con DM tipo 2 | mensual | 8.460 | 20% | 1.692 |
| | | Control Paciente DM tipo 2 Nivel Especialidad | mensual | 7.060 | 20% | 1.412 |
| | | Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 2 | por tratamiento completo | 94.080 | 20% | 18.816 |
| | | Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 2 | por tratamiento completo | 205.150 | 20% | 41.030 |

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

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

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

- ✓ Adenocarcinoma papilar infiltrante
- ✓ Adenocarcinoma papilar intraductal con invasión
- ✓ Adenocarcinoma papilar intraductal no infiltrante
- ✓ Cáncer de (la) mama
- ✓ Carcinoma canalicular infiltrante
- ✓ Carcinoma canalicular y lobulillar infiltrante

- ✓ Carcinoma cribiforme
- ✓ Carcinoma ductal in situ
- ✓ Carcinoma ductal, tipo cribiforme
- ✓ Carcinoma ductal, tipo sólido
- ✓ Carcinoma ductular infiltrante
- ✓ Carcinoma hipersecretorio quístico
- ✓ Carcinoma in situ de la mama
- ✓ Carcinoma in situ intracanalicular de la mama
- ✓ Carcinoma in situ lobular de la mama
- ✓ Carcinoma inflamatorio
- ✓ Carcinoma intraductal, tipo sólido
- ✓ Carcinoma juvenil de la glándula mamaria
- ✓ Carcinoma lobulillar
- ✓ Carcinoma medular con estroma linfoide
- ✓ Carcinoma secretorio de la mama
- ✓ Comedocarcinoma
- ✓ Enfermedad de Paget y carcinoma infiltrante del conducto de la mama
- ✓ Enfermedad de Paget y carcinoma intraductal de la mama
- ✓ Enfermedad de Paget, mamaria
- ✓ Lesión neoplásica de sitios contiguos de la mama
- ✓ Otros carcinomas in situ de la mama
- ✓ Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama
- ✓ Tumor filoides, maligno
- ✓ Tumor maligno de la mama
- ✓ Tumor maligno de la porción central de la mama
- ✓ Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama
- ✓ Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama
- ✓ Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama
- ✓ Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama
- ✓ Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama
- ✓ Tumor maligno del pezón y de la aréola mamaria
- ✓ Tumor maligno del tejido conjuntivo de la mama

a. **Acceso:**

Beneficiaria(o) de 15 años y más

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con Confirmación Diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

a. **Oportunidad:**

Diagnóstico:

• **Atención por especialista:**

Dentro de 30 días desde sospecha con resultado de mamografía. En caso de evidencia clínica de cáncer, no será exigible la mamografía y el plazo máximo para esta prestación igualmente será de 30 días desde la sospecha.

• **Confirmación Diagnóstica (incluye Etapificación):**

Dentro de 45 días desde atención por especialista.

Tratamiento

Inicio dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.

Seguimiento

Primer control dentro de 90 días de finalizado el tratamiento.

a. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------|------------|----------|-----------|
| CANCER DE MAMA en personas de 15 años y más | Diagnóstico | <i>Confirmación Cáncer de Mama Nivel Secundario</i> | <i>cada vez</i> | 111.620 | 20% | 22.320 |
| | Tratamiento | <i>Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama</i> | <i>cada vez</i> | 864.050 | 20% | 172.810 |
| | | <i>Radioterapia Cáncer de Mama</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 665.410 | 20% | 133.080 |
| | | <i>Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II</i> | <i>por ciclo</i> | 97.770 | 20% | 19.550 |
| | | <i>Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III</i> | <i>por ciclo</i> | 96.270 | 20% | 19.250 |
| | | <i>Quimioterapia Cáncer Mama, etapa IV</i> | <i>por ciclo</i> | 146.350 | 20% | 29.270 |
| | | <i>Quimioterapia Cáncer Mama etapa IV metastasis oseas</i> | <i>por ciclo</i> | 38.520 | 20% | 7.700 |
| | | <i>Hormonoterapia para Cáncer de Mama</i> | <i>mensual</i> | 16.780 | 20% | 3.360 |
| | Seguimiento | <i>Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática</i> | <i>por control</i> | 13.310 | 20% | 2.660 |
| | | <i>Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática</i> | <i>por control</i> | 44.360 | 20% | 8.870 |

9. DISRAFIAS ESPINALES

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

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

- ✓ Encefalocele de cualquier sitio
- ✓ Encefalocele frontal
- ✓ Encefalocele nasofrontal
- ✓ Encefalocele occipital
- ✓ Encefalocele
- ✓ Encefalomielocele
- ✓ Espina bífida (abierta) (quística)
- ✓ Espina bífida cervical con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida cervical sin hidrocefalia
- ✓ Espina bífida con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida dorsal
- ✓ Espina bífida dorsal con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida lumbar con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida lumbar sin hidrocefalia

- ✓ Espina bífida lumbosacra
- ✓ Espina bífida lumbosacra con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida occulta
- ✓ Espina bífida sacra con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida sacra sin hidrocefalia
- ✓ Espina bífida torácica con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida torácica sin hidrocefalia
- ✓ Espina bífida toracolumbar
- ✓ Espina bífida toracolumbar con hidrocefalia
- ✓ Espina bífida, no especificada
- ✓ Hidroencefalocele
- ✓ Hidromeningocele (raquídeo)
- ✓ Hidromeningocele craneano
- ✓ Meningocele (raquídeo)
- ✓ Meningocele cerebral
- ✓ Meningoencefalocele
- ✓ Meningomielocelo
- ✓ Mielocelo
- ✓ Mielomeningocele
- ✓ Raquisquisis
- ✓ Siringomielocelo
- ✓ Diastematomyelia
- ✓ Quiste Neuroenterico
- ✓ Sinus Dermal
- ✓ Quiste Dermoide o Epidermode Raquídeo
- ✓ Filum Corto
- ✓ Médula Anclada
- ✓ Lipoma Cono Medular
- ✓ Lipoma D Efilum
- ✓ Lipomeningocele
- ✓ Lipoma Extradural
- ✓ Mielocistocele
- ✓ Mielomeningocistocele

a. **Acceso:**

Beneficiario nacido a contar del 1 de julio de 2005:

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

Todo Beneficiario, independiente de fecha de nacimiento:

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

b. **Oportunidad:**

□ **Diagnóstico**

Disrafia Abierta:

- Dentro de las primeras 12 horas desde el nacimiento.

Disrafia Cerrada:

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

□ **Tratamiento**

Disrafia Abierta:

- Cirugía: dentro de 72 horas desde el nacimiento.
- Válvula derivativa: dentro de 90 días desde el nacimiento.
- Control con Neurocirujano: dentro de 15 días desde el alta

Disrafia Cerrada:

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

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---------------------|--------------------------------|--|--------------|------------|----------|-----------|
| DISRAFÍAS ESPINALES | Diagnóstico | Confirmación Disrafía Espinal Abierta | cada vez | 13.610 | 20% | 2.720 |
| | | Confirmación Disrafía Espinal Cerrada | cada vez | 282.890 | 20% | 56.580 |
| | Tratamiento | Intervención Quir. Integral Disrafía Espinal Abierta | cada vez | 2.336.530 | 20% | 467.310 |
| | | Intervención Quir. Integral Disrafía Espinal Cerrada | cada vez | 1.006.250 | 20% | 201.250 |
| | | Evaluación Post-quirurgico Disrafía Espinal Abierta | por control | 22.300 | 20% | 4.460 |
| | | Evaluación Post-quirurgico Disrafía Espinal Cerrada | por control | 30.520 | 20% | 6.100 |

10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS

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

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

- ✓ Escoliosis congénita
- ✓ Escoliosis idiopática infantil
- ✓ Escoliosis Idiopática Juvenil
- ✓ Escoliosis de la Adolescencia
- ✓ Escoliosis toracogénica
- ✓ Escoliosis Neuromuscular
- ✓ Otras Escoliosis Secundarias
- ✓ Cifo escoliosis
- ✓ Escoliosis asociada a displasia ósea
- ✓ Escoliosis asociada a cualquier Síndrome

a. Acceso:

Beneficiario menor de 25 años con confirmación diagnóstica de Escoliosis que cumple los siguientes criterios de inclusión para tratamiento quirúrgico:

Criterios de inclusión en menores de 15 años:

1. Pacientes con curvatura mayor de 40°.
2. Pacientes entre 25° y 40° cuando no hay respuesta al tratamiento ortopédico y hay progresión de la curva.

Criterios de inclusión entre 15 y 19 años:

1. Curvas mayores de 40° en niñas pre-menárquicas de baja madurez esquelética y post-menárquicas inmaduras esqueléticamente cuya curva progresa pese al uso de corset.
2. Curvas mayores de 30° asociadas a lordosis dorsal severa con disminución de volumen torácico.
3. Dependiendo del riesgo de progresión y grado de deformidad del tronco: a) curvas mayores de 50° en esqueleto maduro; b) curvas mayores de 40° en varones menores a 16 años; y c) curvas entre 40-50° en esqueleto maduro, asociado a severa deformidad de tronco.

Criterios de inclusión entre 20 y 24 años:

1. Curva mayor de 50° que demuestre progresión.
2. Curva mayor de 50° con alto riesgo de progresión (rotación vértebra apical mayor de 30%, traslación lateral, ángulo costovertebral de Mehta mayor de 30%) y deformidad significativa del tronco.

b. Oportunidad: **Tratamiento**

Dentro de 365 días desde confirmación diagnóstica.

Primer Control: dentro de 10 días después de alta hospitalaria.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|--|--------------------|------------|----------|-----------|
| TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS en menores de 25 años | Tratamiento | <i>Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis</i> | <i>cada vez</i> | 4.114.100 | 20% | 822.820 |
| | | <i>Evaluación post Quirúrgica Escoliosis</i> | <i>por control</i> | 15.030 | 20% | 3.006 |

11. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS

Definición: Opacidad del cristalino que disminuya o perturbe la visión.

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

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

a. Acceso:

Todo beneficiario:

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

b. Oportunidad: **Diagnóstico**

- Dentro de 180 días desde la sospecha.

 Tratamiento

- **Unilateral:** dentro de 180 días desde confirmación diagnóstica.
- **Bilateral:** 1° ojo dentro de 180 días desde confirmación diagnóstica ; 2° ojo dentro de 180 días después de primera cirugía, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|-----------------|------------|----------|-----------|
| TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS | Diagnóstico | <i>Confirmación Cataratas</i> | <i>cada vez</i> | 44.880 | 20% | 8.976 |
| | Tratamiento | <i>Intervención Quir. Integral Cataratas</i> | <i>cada vez</i> | 638.960 | 20% | 127.792 |

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

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

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

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

a. **Acceso:**

Todo beneficiario de 65 años y más, con diagnóstico confirmado de artrosis de cadera con limitación funcional severa, que requiere endoprótesis total.

b. **Oportunidad:**

Tratamiento

- Dentro de 240 días desde confirmación diagnóstica.
- Primer control por especialista dentro de 40 días después de cirugía.
- Atención Kinesiológica integral desde el primer día después de alta quirúrgica.

c. **Protección Financiera:**

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------|------------|----------|-----------|
| ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA | Tratamiento | <i>Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera Total</i> | <i>cada vez</i> | 2.586.120 | 20% | 517.220 |
| | | <i>Rehabilitación Integral Kinesiológica</i> | <i>por seguimiento completo</i> | 32.140 | 20% | 6.430 |

13. FISURA LABIOPALATINA

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

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

- ✓ Disostosis mandibulofacial
- ✓ Displasia cleidocraneal
- ✓ Fisura del paladar blando con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral
- ✓ Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral
- ✓ Fisura del paladar con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar con labio leporino bilateral, sin otra especificación
- ✓ Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación
- ✓ Fisura del paladar duro con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral

- ✓ Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, unilateral
- ✓ Fisura congénita de labio
- ✓ Fisura del paladar
- ✓ Fisura del paladar blando
- ✓ Fisura del paladar duro
- ✓ Fisura del paladar duro y del paladar blando
- ✓ Fisura del paladar, sin otra especificación
- ✓ Hendidura labial congénita
- ✓ Labio hendido
- ✓ Labio leporino
- ✓ Labio leporino, bilateral
- ✓ Labio leporino, línea media
- ✓ Labio leporino, unilateral
- ✓ Palatosquisis
- ✓ Queilosquisis
- ✓ Síndrome de Apert
- ✓ Síndrome de Crouzon
- ✓ Síndrome de Pierre-Robin
- ✓ Síndrome de Van der Woude
- ✓ Síndrome velocardiofacial

a. Acceso:

Todo beneficiario nacido, desde el 1° de julio 2005, con fisura labiopalatina, esté o no asociada a malformaciones craneofaciales.

b. Oportunidad:

Diagnóstico

Dentro de 15 días desde sospecha.

Tratamiento

- **Ortopedia Pre-quirúrgica:** para casos con indicación, dentro de 45 días desde el nacimiento.

- **Cirugía Primaria:**

- Primera Intervención: Entre 90 y 365 días desde el nacimiento.

- Segunda Intervención: Entre 365 y 547 días desde el nacimiento, según tipo de Fisura.

En prematuros se utiliza la edad corregida.

a. Protección Financiera

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ | |
|----------------------|--------------------------------|---|--------------------------|------------|----------|-----------|--------|
| FISURA LABIOPALATINA | Diagnóstico | Confirmación Fisura Labiopalatina | cada vez | 6.570 | 20% | 1.310 | |
| | Tratamiento | Ortopedia Prequirúrgica | cada vez | 105.900 | 20% | 21.180 | |
| | | Cirugía Primaria: 1° Intervención | cada vez | 731.500 | 20% | 146.300 | |
| | | Cirugía Primaria: 2° Intervención | cada vez | 219.870 | 20% | 43.970 | |
| | Seguimiento | Seguimiento Fisura Labiopalatina 1° año | por seguimiento completo | | 79.630 | 20% | 15.930 |
| | | Seguimiento Fisura Labiopalatina 2° año | por seguimiento completo | | 59.440 | 20% | 11.890 |

14. CÁNCER EN MENORES DE 15 AÑOS

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

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

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

- ✓ Todo Cáncer.

a. **Acceso:**

Beneficiario menor de 15 años.

- Con sospecha, tendrá acceso a Diagnóstico.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
Igual acceso tendrá aquel al que se le haya sospechado antes de los 15 años, aun cuando la confirmación se produzca después de esta edad.
- Los beneficiarios menores de 25 años que recidiven, y que hayan tenido confirmación diagnóstica antes de los 15 años, tendrán acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

b. **Oportunidad:**

Diagnóstico (incluye Etapificación)

- Leucemia: confirmación, dentro de 14 días desde sospecha.

Tratamiento

Desde confirmación diagnóstica

- **Leucemias:**
Quimioterapia dentro de 24 horas
- **Tumores sólidos y Linfomas:**
Quimioterapia dentro de 24 horas
Radioterapia dentro de 10 días.
- **Leucemias y Linfomas:**
Trasplante Médula Ósea dentro de 30 días, desde indicación.

Seguimiento

Primer control una vez finalizado el tratamiento, dentro de:

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

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------|------------|----------|-----------|
| CÁNCER en menores de 15 años | Diagnóstico | Confirmación y Etapificación Cáncer en menores de 15 años | cada vez | 799.810 | 20% | 159.962 |
| | Tratamiento | Quimioterapia Cáncer en menores de 15 años | mensual | 339.080 | 20% | 67.816 |
| | | Trasplante de Médula Autólogo | cada vez | 19.136.600 | 20% | 3.827.320 |
| | | Trasplante de Médula Alógeno | cada vez | 30.433.510 | 20% | 6.086.702 |
| | | Tratamiento cancer menores de 15 años | cada vez | 2.130.990 | 20% | 426.198 |
| | | Radioterapia Cáncer en menores de 15 años | por tratamiento completo | 665.410 | 20% | 133.082 |
| | Seguimiento | Seguimiento Cáncer en menores de 15 años | mensual | 40.070 | 20% | 8.014 |

15. ESQUIZOFRENIA

Definición: La esquizofrenia se caracteriza por la aparición de síntomas positivos de alucinaciones auditivas, distorsiones y trastornos del pensamiento y síntomas negativos de desmotivación, negación de si mismo y reducción de la emoción.

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

- ✓ Esquizofrenia paranoide: incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffée delirante con síntomas de esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide.
- ✓ Esquizofrenia hebefrénica: incluye además los términos Esquizofrenia desorganizada, Hebefrenia
- ✓ Esquizofrenia catatónica: incluye además los términos catatonía esquizofrénica
- ✓ Esquizofrenia indiferenciada: incluye además los términos Esquizofrenia aguda, Esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico
- ✓ Esquizofrenia residual: incluye además los términos depresión post-esquizofrénica, estado esquizofrénico residual
- ✓ Esquizofrenia simple,
- ✓ Otra Esquizofrenia: incluye además los términos Esquizofrenia atípica, Esquizofrenia latente, Esquizofrenia pseudoneurótica, Esquizofrenia pseudopsicopática, trastorno de ideas delirantes inducidas con síntomas de esquizofrenia, Folie a deux con síntomas de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia, psicosis esquizofreniforme, trastorno esquizofreniforme, reacción esquizofrénica, trastorno esquizotípico, trastorno psicótico agudo con síntomas de esquizofrenia
- ✓ Esquizofrenia sin especificación

a. Acceso:

Beneficiarios con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas a partir del 1º de Julio de 2005:

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico y tratamiento de prueba por 180 días.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

b. Oportunidad: **Diagnóstico**

Atención por especialista dentro de 20 días desde derivación.

 Tratamiento

Inicio desde primera consulta.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|-------------------|--------------------------------|--|----------------|------------|----------|-----------|
| ESQUIZOFRENIA | Diagnóstico | <i>Evaluación en sospecha de primer episodio Esquizofrenia</i> | <i>mensual</i> | 19.290 | 20% | 3.860 |
| | Tratamiento | <i>Tratamiento Esquizofrenia Primer Año</i> | <i>mensual</i> | 86.850 | 20% | 17.370 |
| | | <i>Tratamiento Esquizofrenia Segundo Año</i> | <i>mensual</i> | 55.820 | 20% | 11.160 |

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

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

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

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

a. Acceso:

Todo Beneficiario de 15 años y más:

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

b. Oportunidad:

- Diagnóstico**
Dentro de 60 días desde sospecha (incluye Etapificación)
- Tratamiento**
Inicio dentro de 15 días desde confirmación diagnóstica
- Seguimiento**
Primer control dentro de 30 días de finalizado el tratamiento.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|--|-------------------------------|------------|----------|-----------|
| CANCER TESTÍCULO en personas de 15 años y más | Diagnóstico | Confirmación Cáncer Testículo | cada vez | 30.900 | 20% | 6.180 |
| | | Etapificación Cáncer Testículo | cada vez | 211.890 | 20% | 42.380 |
| | Tratamiento | Intervención Quirúrgica Cáncer Testículo | cada vez | 312.330 | 20% | 62.470 |
| | | Radioterapia Cáncer Testículo | por tratamiento completo | 665.410 | 20% | 133.080 |
| | | Quimioterapia Cáncer Testículo | por ciclo | 457.490 | 20% | 91.500 |
| | | Terapia de reemplazo hormonal | mensual | 7.390 | 20% | 1.480 |
| | | Banco de espermios | cada vez | 159.690 | 20% | 31.940 |
| | | Hospitalización por Quimioterapia | por tratamiento quimioterapia | 1.348.910 | 20% | 269.780 |
| | Seguimiento | Seguimiento Cáncer Testículo Primer Año | por control | 112.570 | 20% | 22.510 |
| | | Seguimiento Cáncer Testículo Segundo Año | por control | 108.470 | 20% | 21.690 |

17. LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

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

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

- ✓ Enfermedad de Hodgkin fase celular del tipo esclerosis nodular
- ✓ Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular , con celularidad mixta
- ✓ Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular , con depleción linfocítica
- ✓ Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular, con predominio linfocítico
- ✓ Enfermedad de Hodgkin
- ✓ Enfermedad de Hodgkin con celularidad mixta
- ✓ Enfermedad de Hodgkin con esclerosis nodular
- ✓ Enfermedad de Hodgkin con predominio linfocítico
- ✓ Enfermedad de Hodgkin no especificada
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con depleción linfocítica
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con depleción linfocítica tipo fibrosis difusa
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con depleción linfocítica, tipo reticular
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con predominio linfocítico, difusa
- ✓ Enfermedad de Hodgkin, con predominio linfocítico, tipo nodular
- ✓ Enfermedad de Sézary
- ✓ Enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado
- ✓ Enfermedad inmunoproliferativa maligna
- ✓ Granuloma de Hodgkin
- ✓ Linfoma angiocéntrico de células T
- ✓ Linfoma de Burkitt
- ✓ Linfoma de células B, sin otra especificación
- ✓ Linfoma de células grandes (Ki-1+)
- ✓ Linfoma de células T periféricas (linfadenopatía angioinmunoblástica con disproteinemia)
- ✓ Linfoma de células T periféricas medianas y grandes, pleomórficas
- ✓ Linfoma de células T periféricas pequeñas pleomórficas
- ✓ Linfoma de células T periféricas, SAI
- ✓ Linfoma de células T periférico
- ✓ Linfoma de la zona T
- ✓ Linfoma de Lennert
- ✓ Linfoma del Mediterráneo

- ✓ Linfoma histiocítico verdadero
- ✓ Linfoma linfoepitelioide
- ✓ Linfoma maligno
- ✓ Linfoma maligno centrocítico
- ✓ Linfoma maligno difuso centroblástico
- ✓ Linfoma maligno difuso de células grandes hendidas
- ✓ Linfoma maligno difuso de células grandes, no hendidas
- ✓ Linfoma maligno difuso de células pequeñas hendidas
- ✓ Linfoma maligno difuso, centroblástico-centrocítico
- ✓ Linfoma maligno difuso, de células grandes
- ✓ Linfoma maligno difuso, de células pequeñas no hendidas
- ✓ Linfoma maligno folicular
- ✓ Linfoma maligno folicular centroblástico
- ✓ Linfoma maligno folicular de células grandes
- ✓ Linfoma maligno folicular de células pequeñas hendidas
- ✓ Linfoma maligno folicular mixto, de células pequeñas hendidas y células grandes
- ✓ Linfoma maligno folicular, centroblástico-centrocítico
- ✓ Linfoma maligno inmunoblástico
- ✓ Linfoma maligno linfoblástico
- ✓ Linfoma maligno linfocítico difuso, bien diferenciado
- ✓ Linfoma maligno linfocítico difuso, diferenciación intermedia
- ✓ Linfoma maligno linfocítico nodular bien diferenciado
- ✓ Linfoma maligno linfocítico nodular pobremente diferenciado
- ✓ Linfoma maligno linfocítico nodular, diferenciación intermedia
- ✓ Linfoma maligno linfoplasmocítico
- ✓ Linfoma maligno mixto, de células grandes y pequeñas
- ✓ Linfoma monocitoide de células B
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células grandes (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células grandes, folicular
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células pequeñas (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células pequeñas hendidas (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin de células pequeñas hendidas, folicular
- ✓ Linfoma no Hodgkin difuso, sin otra especificación
- ✓ Linfoma no Hodgkin folicular, sin otra especificación
- ✓ Linfoma no Hodgkin indiferenciado (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin inmunoblástico (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin linfoblástico (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin mixto, de células pequeñas y grandes (difuso)
- ✓ Linfoma no Hodgkin mixto, de pequeñas células hendidas y de grandes células, folicular
- ✓ Linfoma no Hodgkin, tipo no especificado
- ✓ Linfosarcoma
- ✓ Macroglobulinemia de Waldenström
- ✓ Otras enfermedades inmunoproliferativas malignas
- ✓ Otros linfomas de células T y los no especificados
- ✓ Otros tipos de enfermedad de Hodgkin
- ✓ Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin
- ✓ Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin difuso
- ✓ Otros tipos especificados de linfoma no Hodgkin folicular
- ✓ Otros tumores malignos especificados del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines
- ✓ Paragranuloma de Hodgkin
- ✓ Reticulosarcoma
- ✓ Sarcoma de Hodgkin
- ✓ Tumor de Burkitt
- ✓ Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines, sin otra especificación

a. **Acceso:**

Todo beneficiario de 15 años y más

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

b. **Oportunidad**□ **Diagnóstico**

Dentro de 65 días desde sospecha (incluye etapificación).

□ **Tratamiento**

- **Quimioterapia:** dentro de 10 días desde confirmación diagnóstica.
- **Radioterapia:** dentro de 25 días desde confirmación diagnóstica.

□ **Seguimiento**

- Primer control dentro de 30 días de finalizado el tratamiento.

c. **Protección Financiera:**

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---------------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------|------------|----------|-----------|
| LINFOMAS en personas de 15 años y más | Diagnóstico | Confirmación Linfoma Adulto | cada vez | 105.480 | 20% | 21.100 |
| | | Etapificación Linfoma Adulto | cada vez | 667.100 | 20% | 133.420 |
| | Tratamiento | Consulta y exámenes por Tratamiento Quimioterapia | cada vez | 441.030 | 20% | 88.210 |
| | | Radioterapia Linfoma Adulto | por tratamiento completo | 665.410 | 20% | 133.080 |
| | | Quimioterapia Linfoma Adulto | mensual | 576.830 | 20% | 115.370 |
| | Seguimiento | Seguimiento Linfoma Adulto Primer Año | mensual | 19.720 | 20% | 3.940 |
| | | Seguimiento Linfoma Adulto Segundo Año | mensual | 13.900 | 20% | 2.780 |

18. SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

Definición: La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 o tipo 2, se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de tiempo debido al equilibrio que se produce entre replicación viral y respuesta inmunológica del paciente. En etapas avanzadas de la infección se rompe este equilibrio aumentando la Carga Viral (CV) y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores con lo que se llega a la etapa de SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida) y eventualmente a la muerte.

Patologías Incorporadas: De acuerdo a la etapificación clínica e inmunológica, en adultos y niños, quedan incluidas las enfermedades especificadas en las Normas Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, a las que hace referencia este Decreto en su Artículo 3°.

a. **Acceso:**

- Beneficiario con diagnóstico confirmado, tendrá acceso a exámenes de CD4 y Carga Viral.
- Beneficiario con diagnóstico confirmado y que cumpla los siguientes criterios de inclusión, comenzará terapia antiretroviral con Esquema de Primera Línea, previa aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.

En personas de 18 años o más:

- ✓ VIH/SIDA con o sin manifestaciones de infecciones oportunistas, y que tengan CD4 < 200 células/mm³.
- ✓ VIH/SIDA con diagnóstico de: candidiasis orofaríngea, diarrea crónica, fiebre prolongada o baja de peso significativa (mayor de 10 kilos), con CD4 < 250 células/mm³ y que esté descartada primoinfección.

- ✓ VIH/SIDA que presente cualquiera de las manifestaciones descritas en etapa C, independiente de CD4, con excepción de la Tuberculosis pulmonar frente a la cual predomina el criterio de CD4.

En personas menores de 18 años:

- ✓ TAR en todos los niños menores de 3 meses, excepto categorías N o A con CD4 altos y CV bajas.
 - ✓ TAR en niños de 3 meses y más, que presenten alguna de las siguientes condiciones: i) Categoría clínica C; ii) Etapa B2 con CV alta y CD4 bajo.
- Beneficiario en tratamiento, tendrá acceso a continuarlo en la medida que haya cumplido con los criterios de inicio o cambio de Terapia antiretroviral (TAR).
 - Terapia antiretroviral precoz con esquema de primera línea: Beneficiarios Virgen a TARV con CD4 igual o menor de 100 células/mm3 y Enfermedad Oportunista activa descartada (que pudiera generar reacción de reconstitución inmunológica grave).
 - Cambio de terapia precoz a Beneficiario en tratamiento con Reacción Adversa Grado 4.
 - Prevención de transmisión vertical (incluye inicio o cambio de TAR durante el embarazo, parto y al o los recién nacidos).
 - Beneficiario en tratamiento, que presente fracaso, tendrá acceso a examen de Genotipificación.

b. Oportunidad:

Tratamiento

- Inicio precoz con Esquema Primera Línea: dentro de 7 días desde indicación médica.
- Cambio precoz con Esquema de Segunda Línea: dentro de 7 días desde indicación médica.
- Inicio No precoz con Esquema de Primera Línea: dentro de 7 días desde aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.
- Cambio No precoz con Esquema de Segunda o Tercera Línea, dentro de 7 días desde aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.
- Prevención transmisión vertical en Embarazada: Inicio a contar de semana 24 de gestación o al momento del diagnóstico de VIH, si éste ocurriera después.
- Prevención de transmisión vertical durante el parto: inicio de TAR 4 horas antes de cesárea programada o desde el inicio del trabajo de parto, si éste es vaginal.
- Recién nacido: Inicio a partir de las 8-12 horas desde el nacimiento.
- Cambio de esquema en embarazada que se encuentra en tratamiento, dentro de 3 días desde aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|--|--------------|------------|----------|-----------|
| SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA | Tratamiento | TARV Esquemas primera línea personas de 18 años y más | mensual | 150.420 | 20% | 30.080 |
| | | TARV Esquemas segunda línea personas de 18 años y más | mensual | 239.110 | 20% | 47.820 |
| | | TARV Esquemas tercera línea y Rescate personas de 18 años y más | mensual | 460.840 | 20% | 92.170 |
| | | Continuidad TARV en uso por Adultos | mensual | 171.190 | 20% | 34.240 |
| | | TARV Prevención Transmisión Vertical en Embarazadas (TARV embarazo, parto y recién nacido) | cada vez | 683.620 | 20% | 136.720 |
| | | TARV en personas menores de 18 años | mensual | 157.610 | 20% | 31.520 |
| | | Exámenes de determinación Carga Viral | cada vez | 25.350 | 20% | 5.070 |
| | | Exámenes Linfocitos T y CD4 | cada vez | 33.000 | 20% | 6.600 |
| | | Exámenes Genotipificación | cada vez | 238.000 | 20% | 47.600 |

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

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

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

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

a. Acceso:

Beneficiarios menores de 5 años, con confirmación diagnóstica de IRA Baja.

b. Oportunidad:

Tratamiento

Desde confirmación diagnóstica, incluyendo atención kinésica, según indicación.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|---|--------------|------------|----------|-----------|
| INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) BAJA DE MANEJO AMBULATORIO en menores de 5 años | Tratamiento | Tratamiento Ambulatorio IRA baja en menores de 5 años | cada vez | 2.850 | 20% | 570 |

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

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

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

- ✓ Bronconeumonía (Todas las de manejo ambulatorio)
- ✓ Neumonía (Todas las de manejo ambulatorio)

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

a. Acceso:

Beneficiario de 65 años y más:

- Con sospecha de NAC tendrá acceso a confirmación clínico-radiológica y tratamiento farmacológico y kinésico durante las primeras 48 horas.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

b. Oportunidad:

Diagnóstico

Confirmación diagnóstica: dentro de 48 horas desde primera consulta.

Tratamiento

Inicio desde primera consulta.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|------------------------------------|--------------|------------|----------|-----------|
| NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE MANEJO AMBULATORIO en personas de 65 años y más | Diagnóstico | Confirmación Neumonía | cada vez | 9.920 | 20% | 1.980 |
| | Tratamiento | Tratamiento Neumonía | cada vez | 9.950 | 20% | 1.990 |

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

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

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

- ✓ Hipertensión Arterial Primaria o Esencial

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más.

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

b. Oportunidad:

Diagnóstico

- Confirmación: dentro de 45 días desde 1° consulta con presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg.

Tratamiento

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

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|---|--------------------|------------|----------|-----------|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL en personas de 15 años y más | Diagnóstico | <i>Evaluación Inicial Hipertensión Arterial en Nivel Primario</i> | <i>cada vez</i> | 13.980 | 20% | 2.796 |
| | | <i>Monitoreo Continuo de Presión Arterial</i> | <i>cada vez</i> | 16.340 | 20% | 3.268 |
| | Tratamiento | <i>Tratamiento Hipertensión Arterial Nivel Primario</i> | <i>mensual</i> | 980 | 20% | 196 |
| | | <i>Control en pacientes hipertensos sin tratamiento farmacológico en Nivel Primario</i> | <i>por control</i> | 4.160 | 20% | 832 |
| | | <i>Exámenes anuales para pacientes hipertensos en control en Nivel Primario</i> | <i>anual</i> | 11.120 | 20% | 2.224 |

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

Definición: La epilepsia corresponde a un grupo de trastornos que producen una alteración de la función de las neuronas de la corteza cerebral, que se manifiesta en un proceso discontinuo de eventos clínicos denominados "crisis epilépticas". Es una afección neurológica crónica, de manifestación episódica, de diversa etiología. La epilepsia no refractaria se caracteriza por tener una buena respuesta al tratamiento médico.

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

- ✓ Crisis parciales simples no refractarias
- ✓ Crisis parciales complejas no refractarias
- ✓ Crisis parciales simples secundariamente generalizadas no refractarias
- ✓ Crisis generalizadas no refractarias
- ✓ Crisis no clasificables no refractaria (ej: provocadas por estímulo táctil, ruido)
- ✓ Epilepsia Idiopática no refractaria
- ✓ Epilepsia sintomática no refractaria (90% vista en nivel secundario)
- ✓ Epilepsia criptogenética no refractaria

a. Acceso:

- Beneficiario desde un año y menor de 15 años con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad: **Tratamiento**

Dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|--|--------------|------------|----------|-----------|
| EPILEPSIA no refractaria en niños desde 1 año y menores de 15 años | Tratamiento | Tratamiento Integral año 1 Nivel Primario Epilepsia No Refractaria | anual | 49.940 | 20% | 9.988 |
| | | Tratamiento Integral año 2 Nivel Primario Epilepsia No Refractaria | anual | 25.390 | 20% | 5.078 |
| | | Tratamiento Año 1 Nivel de especialidad Epilepsia No Refractaria | por control | 18.500 | 20% | 3.700 |
| | | Tratamiento Año 2 Nivel de especialidad Epilepsia No Refractaria | por control | 10.070 | 20% | 2.014 |
| | | Seguimiento Año 3 Epilepsia No Refractaria | por control | 6.270 | 20% | 1.254 |
| | | Seguimiento Año 4 Epilepsia No Refractaria | por control | 11.970 | 20% | 2.394 |

23. SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS

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

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

- ✓ Caries limitada al esmalte. (caries incipiente)
- ✓ Caries de la dentina
- ✓ Caries dentaria detenida
- ✓ Otras caries dentales
- ✓ Película pigmentada
- ✓ Otros depósitos blandos densos: materia alba
- ✓ Cálculo dentario Supragingival
- ✓ Placa bacteriana
- ✓ Otros depósitos especificados sobre los dientes
- ✓ Depósitos sobre los dientes, sin especificar
- ✓ Pulpitis inicial (hiperemia)
- ✓ Pulpitis Aguda
- ✓ Pulpitis Supurativa: Absceso pulpar
- ✓ Pulpitis Crónica
- ✓ Pulpitis Crónica, ulcerosa
- ✓ Pulpitis Crónica, hiperplásica (pólipo pulpar).
- ✓ Otras pulpitis, sin especificar
- ✓ Necrosis de la pulpa. (gangrena de la pulpa)
- ✓ Dentina secundaria o irregular
- ✓ Periodontitis apical aguda originada en la pulpa
- ✓ Periodontitis apical crónica, granuloma apical
- ✓ Absceso periapical con fístula.
- ✓ Absceso periapical sin fístula
- ✓ Gingivitis marginal simple
- ✓ Gingivitis hiperplásica
- ✓ Pericoronaritis aguda

- ✓ Consecuencia de los dientes
- ✓ Hipoplasia del esmalte

a. **Acceso:**

Beneficiario de 6 años. El acceso al primer control debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años, el alta se otorga una vez erupcionado los 4 primeros molares definitivos.

b. **Oportunidad**

Tratamiento

Inicio dentro de 120 días desde solicitud.

c. **Protección Financiera**

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------|------------|----------|-----------|
| SALUD ORAL INTEGRAL NIÑOS DE 6 AÑOS | Tratamiento | Prevención y Educación Salud Oral 6 años | por tratamiento completo | 16.140 | 20% | 3.228 |
| | | Tratamiento Salud Oral 6 años | por tratamiento completo | 21.200 | 20% | 4.240 |

24. **PREMATUREZ**

Definición: Pretérmino o Recién Nacido prematuro, se define como el niño nacido antes de completar las 37 semanas de Gestación. El objetivo principal del manejo de la prematurez es disminuir la mortalidad perinatal, la mortalidad neonatal y la morbilidad.

Un manejo adecuado de las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro, permite prolongar la vida intrauterina, optimizando las condiciones del feto para el nacimiento.

En caso de prematuros de menos de 1500 grs o menores de 32 semanas al nacer se debe prevenir y tratar precozmente las secuelas para mejorar su calidad de vida.

I. **Prevención del Parto Prematuro**

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

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

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

a. **Acceso:**

Beneficiarias embarazadas con:

Factores de Riesgo de Parto Prematuro:

- Gestación múltiple actual
- Dos partos pretérmino previos
- Anomalía morfológica uterina o cervical
- Polihidroamnios
- Metrorragia desde 20 semanas de gestación
- Infección Urinaria Severa o recurrente
- Rotura Prematura de Membranas
- Síndrome hipertensivo

Síntomas de Parto Prematuro

- Modificaciones cervicales antes de las 35 semanas de gestación.
- Contracciones uterinas antes de las 35 semanas de gestación.

b. Oportunidad: **Diagnóstico:**

- **Embarazadas con factores de riesgo de Parto Prematuro en antecedentes clínicos:** Consulta con especialista dentro de 14 días, desde derivación.
- **Embarazadas con síntomas de Parto Prematuro:** Evaluación por profesional de la salud dentro de 6 horas desde la derivación.

 Tratamiento

- Inicio dentro de 2 horas desde confirmación diagnóstica. Incluye corticoides según indicación profesional.

II. Retinopatía del prematuro

Definición: Es un trastorno retinal que se presenta con mayor frecuencia en prematuros de menos de 1500 grs o menores de 32 semanas al nacer, que puede provocar ceguera.

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

- ✓ Retinopatía del prematuro

a. Acceso:

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

- Todos tendrán acceso a screening con fondo de ojo.
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

b. Oportunidad: **Diagnóstico**

Primera atención por oftalmólogo entre las 4 y 6 semanas desde el nacimiento.

 Tratamiento

Dentro de 72 horas desde confirmación diagnóstica:

 Seguimiento

- **Casos con cirugía o láser:** Inicio dentro de 60 días desde la cirugía.
- **Casos sin cirugía o láser:** Inicio dentro de la semana 40 de edad corregida.

III. Displasia Broncopulmonar del Prematuro

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

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

- ✓ Displasia broncopulmonar originada en el período perinatal

a. Acceso:

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

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

b. Oportunidad **Tratamiento**

- Dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- Saturometría continua previo al alta.

Seguimiento

- Primer control dentro de 14 días después del alta hospitalaria.

IV. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del prematuro

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

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

- ✓ Hipoacusia neurosensorial, bilateral

a. Acceso:

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:

- Todos tendrán acceso a screening auditivo.
- Con Screening alterado, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

b. Oportunidad: **Diagnóstico****Sospecha:**

Screening auditivo automatizado, previo al alta.

Confirmación diagnóstica:

Dentro de 3 meses de Edad Corregida.

 Tratamiento

- Audífonos: dentro de 6 meses de Edad Corregida.
- Implante Coclear, dentro de un año desde indicación médica.

 Seguimiento

Primer control dentro de 14 días desde implementación de audífonos.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|-------------------|--------------------------------|---|--------------------------|------------|----------|-----------|
| PREMATUREZ | Diagnóstico | Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Screening Auditivo Automatizado del Prematuro | cada vez | 8.460 | 20% | 1.692 |
| | | Retinopatía del Prematuro: Sospecha y Confirmación Retinopatía | cada vez | 32.580 | 20% | 6.516 |
| | | Confirmación Síntomas Parto Prematuro | cada vez | 35.690 | 20% | 7.138 |
| | | Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Confirmación Hipoacusia del Prematuro | cada vez | 47.260 | 20% | 9.452 |
| | Tratamiento | Tratamiento Síntomas Parto Prematuro | cada vez | 205.240 | 20% | 41.048 |
| | | Retinopatía del Prematuro: Fotocoagulación | cada vez | 427.910 | 20% | 85.582 |
| | | Retinopatía del Prematuro: Cirugía Vitreoretinal | cada vez | 3.250.000 | 20% | 650.000 |
| | | Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Tratamiento Displasia Broncopulmonar | por tratamiento completo | 36.500 | 20% | 7.300 |
| | | Displasia Broncopulmonar: saturometría continua | cada vez | 3.220 | 20% | 644 |
| | | Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Implementación Bilateral Audifono | cada vez | 1.626.510 | 20% | 325.302 |
| | | Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Implante Coclear | cada vez | 19.972.380 | 20% | 3.994.476 |
| | | Control de embarazadas con Síntomas Parto Prematuro | cada vez | 15.260 | 20% | 3.052 |
| | Seguimiento | Seguimiento Post Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1° año | por control | 33.140 | 20% | 6.628 |
| | | Seguimiento Post Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 2° año | por control | 13.180 | 20% | 2.636 |
| | | Seguimiento Pacientes No Quirúrgico Retinopatía del Prematuro | por control | 13.180 | 20% | 2.636 |
| | | Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Seguimiento Displasia Broncopulmonar 1° año | mensual | 19.290 | 20% | 3.858 |
| | | Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Seguimiento Displasia Broncopulmonar 2° año | mensual | 7.750 | 20% | 1.550 |
| | | Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audifono e implante coclear) 1° año | mensual | 7.590 | 20% | 1.518 |
| | | Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audifono e implante coclear) 2° año | mensual | 4.630 | 20% | 926 |

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

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

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

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

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

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más.

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con requerimiento de cambio de generador de Marcapaso, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad

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

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|--|--------------|------------|----------|-----------|
| TRASTORNOS DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN en personas de 15 años y más, que requieren marcapasos | Diagnóstico | Confirmación Trastorno de Conducción | cada vez | 70.810 | 20% | 14.160 |
| | | Estudios Electrofisiológico | cada vez | 845.660 | 20% | 169.130 |
| | Tratamiento | Implantación Marcapasos Unicameral VVI | cada vez | 1.193.300 | 20% | 238.660 |
| | | Recambio Marcapaso Unicameral VVI con o sin electrodos | cada vez | 853.070 | 20% | 170.610 |
| | | Implantación Marcapasos Bicameral DDD | cada vez | 1.858.700 | 20% | 371.740 |
| | | Recambio Marcapaso Bicameral DDD con o sin electrodos | cada vez | 1.531.730 | 20% | 306.350 |
| | Seguimiento | Seguimiento Trastorno de Conducción 1º año | por control | 10.420 | 20% | 2.080 |
| | | Seguimiento Trastorno de Conducción 2º año | por control | 9.350 | 20% | 1.870 |

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

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

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

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

a. Acceso:

Beneficiario entre 35 y 49 años, sintomático:

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

b. Oportunidad

Diagnóstico

- Confirmación: dentro de 60 días desde la sospecha.

Tratamiento

- Intervención Quirúrgica: dentro de 90 días desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|---|-----------------|------------|----------|-----------|
| COLELIATIASIS PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA en personas de 35 a 49 años sintomáticos | Diagnóstico | <i>Confirmación Colecistectomía</i> | <i>cada vez</i> | 16.940 | 20% | 3.390 |
| | Tratamiento | <i>Intervención quirúrgica Colelitiasis</i> | <i>cada vez</i> | 409.360 | 20% | 81.870 |

27. CÁNCER GÁSTRICO

Definición: 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.

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

- ✓ Tumor maligno del cardias
- ✓ Tumor maligno de orificio del cardias
- ✓ Tumor maligno de la unión cardioesofágica
- ✓ Tumor maligno de la unión gastroesofágica
- ✓ Tumor maligno del fundus gástrico
- ✓ Tumor maligno del cuerpo del estómago
- ✓ Tumor maligno del antro pilórico
- ✓ Tumor maligno del antro gástrico
- ✓ Tumor maligno del píloro
- ✓ Tumor maligno del conducto pilórico
- ✓ Tumor maligno del prepíloro
- ✓ Tumor maligno de la curvatura menor del estómago, sin otra especificación
- ✓ Tumor maligno de la curvatura mayor del estómago, sin otra especificación
- ✓ Lesión (neoplásica) de sitios contiguos (superpuesta) del estómago
- ✓ Tumor maligno del estómago, parte no especificada
- ✓ Carcinoma in situ del estómago

a. Acceso

- **Beneficiario menor de 40 años:**
Con confirmación diagnóstica de Cáncer, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- **Beneficiario de 40 años y más:**
Que cumpla con criterios de inclusión contenidos en las Normas Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, a las que hace referencia este Decreto en su Artículo 3°:
 - Con sospecha, tendrá acceso a atención por especialista.
 - Con indicación de especialista, tendrá acceso a Confirmación diagnóstica.
 - Con diagnóstico confirmado, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad

- Diagnóstico**
 - Evaluación por especialista: dentro de 45 días desde la sospecha
 - Confirmación Diagnóstica: dentro de 30 días desde solicitud por especialista. Incluye tratamiento de *Helicobacter pylori*, según indicación médica.
- Tratamiento**
 - Intervención Quirúrgica: dentro de 30 días desde la confirmación diagnóstica.
- Seguimiento**
 - Primer control dentro de 30 días desde alta quirúrgica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|-------------------|--------------------------------|--|--------------|------------|----------|-----------|
| Cáncer Gástrico | Diagnóstico | Sospecha Cáncer Gástrico: <i>Sreening Nivel Especialidad</i> | cada vez | 6.270 | 20% | 1.254 |
| | | Confirmación Cáncer Gástrico <i>Nivel Especialidad</i> | cada vez | 73.980 | 20% | 14.796 |
| | Tratamiento | Tratamiento Intervención Quirúrgica Cáncer Gástrico | cada vez | 1.456.260 | 20% | 291.252 |
| | Seguimiento | Seguimiento Intervención Quirúrgica Cáncer Gástrico | por control | 15.870 | 20% | 3.174 |

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

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

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

- ✓ Tumor maligno de la próstata

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

- Con diagnóstico confirmado, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad

Tratamiento, incluye etapificación

- Dentro de 180 días desde confirmación diagnóstica.

Seguimiento

- Primer control dentro de 45 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------------|------------|----------|-----------|
| CÁNCER DE PRÓSTATA en personas de 15 años y más | Tratamiento | <i>Etapificación Cáncer de Próstata</i> | <i>cada vez</i> | 30.890 | 20% | 6.178 |
| | | <i>Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Prostata</i> | <i>cada vez</i> | 1.161.550 | 20% | 232.310 |
| | | <i>Intervención Quirúrgico Orquidectomía</i> | <i>cada vez</i> | 358.050 | 20% | 71.610 |
| | | <i>Radioterapia</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 665.410 | 20% | 133.082 |
| | | <i>Hormonoterapia</i> | <i>por tratamiento trimestral</i> | 270.000 | 20% | 54.000 |
| | Seguimiento | <i>Seguimiento Cancer de Prostata</i> | <i>por control</i> | 17.270 | 20% | 3.454 |

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, astigmatismo y presbicia.

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

- ✓ Presbicia
- ✓ Miopía
- ✓ Astigmatismo
- ✓ Hipermetropía

a. Acceso:

Todo beneficiario de 65 años y más:

- Sólo con Presbicia, tendrá acceso a lentes.
- Con sospecha de miopía, astigmatismo o hipermetropía, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con diagnóstico confirmado, tendrá acceso a lentes.

b. Oportunidad **Diagnóstico**

- ✓ Confirmación: dentro de 180 días desde la sospecha.

 Tratamiento**Entrega de lentes:**

- ✓ Presbicia, dentro de 30 días desde solicitud.
- ✓ Miopía, astigmatismo o hipermetropía, dentro de 30 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|---|--------------|------------|----------|-----------|
| Vicios de Refracción en Personas de 65 años y más | Diagnóstico | Confirmación Vicio Refracción | cada vez | 6.270 | 20% | 1.254 |
| | Tratamiento | Tratamiento Vicio de Refracción: Lentes de presbicia | cada vez | 3.900 | 20% | 780 |
| | | Tratamiento Vicio Refracción: Lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía | cada vez | 18.620 | 20% | 3.724 |

30. ESTRABISMO EN MENORES DE 9 AÑOS.

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

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

- ✓ Parálisis del nervio motor ocular común (III par)
- ✓ Parálisis del nervio patético (IV par)
- ✓ Parálisis del nervio motor ocular externo (VI par)
- ✓ Oftalmoplejia total (externa)
- ✓ Oftalmoplejia externa progresiva
- ✓ Otros estrabismos paralíticos
- ✓ Síndrome de Kearns-Sayre
- ✓ Estrabismo paralítico, no especificado
- ✓ Estrabismo concomitante convergente
- ✓ Esotropía (alternante) (monocular), excepto la intermitente
- ✓ Estrabismo concomitante divergente
- ✓ Exotropía (alternante) (monocular), excepto la intermitente
- ✓ Estrabismo vertical
- ✓ Hipotropía
- ✓ Hipertropía
- ✓ Heterotropía intermitente
- ✓ Esotropía intermitente (alternante) (monocular)
- ✓ Exotropía intermitente (alternante) (monocular)
- ✓ Otras heterotropías o las no especificadas

- ✓ Ciclotropia
- ✓ Microtropia
- ✓ Síndrome de monofijación
- ✓ Heteroforia
- ✓ Esoforia
- ✓ Exoforia
- ✓ Hiperforia alternate
- ✓ Estrabismo mecánico
- ✓ Estrabismo debido a adherencias
- ✓ Limitación traumática del músculo de la ducción del ojo
- ✓ Síndrome de la vaina de Brown
- ✓ Otros estrabismos especificados
- ✓ Síndrome de Duane
- ✓ Estrabismo, no especificado

a. Acceso:

Beneficiario menor de 9 años:

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

b. Oportunidad

Diagnóstico

- Confirmación: dentro de 90 días desde sospecha.

Tratamiento

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

Seguimiento

- Primer control dentro de 30 días desde el alta médica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|------------------------------|--------------------------------|---|--------------|------------|----------|-----------|
| ESTRABISMO en menores 9 años | Diagnóstico | Confirmación Estrabismo Menores de 9 años | cada vez | 40.330 | 20% | 8.070 |
| | Tratamiento | Tratamiento Quirúrgico Ambulatorio Estrabismo menores de 9 años | cada vez | 218.310 | 20% | 43.660 |
| | | Tratamiento Médico Estrabismo menores de 9 años | cada vez | 14.020 | 20% | 2.800 |
| | Seguimiento | Seguimiento Estrabismo menores de 9 años | por control | 12.180 | 20% | 2.440 |

31. RETINOPATÍA DIABÉTICA.

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

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

- ✓ Retinopatía diabética

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

a. Acceso:

Todo beneficiario diabético:

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

b. Oportunidad

Diagnóstico

- Confirmación diagnóstica: dentro de 90 días desde sospecha.

Tratamiento:

- Tratamiento: fotocoagulación o vitrectomía dentro de 60 días desde confirmación.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|-----------------------|--------------------------------|---|--------------|------------|----------|-----------|
| RETINOPATÍA DIABÉTICA | Diagnóstico | Confirmación Retinopatía Diabética | cada vez | 6.810 | 20% | 1.362 |
| | Tratamiento | Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética | cada vez | 181.840 | 20% | 36.368 |
| | | Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética | cada vez | 1.236.690 | 20% | 247.338 |

32. DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO.

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

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

- ✓ Desprendimiento de la retina con ruptura
- ✓ Desprendimiento retiniano con desgarro
- ✓ Retinosquiasis y quistes de la retina
- ✓ Desprendimiento de la retina sin otra especificación
- ✓ Desprendimiento de la retina sin desgarro retiniano
- ✓ Desgarro de la retina sin desprendimiento
- ✓ Desgarro en herradura de la retina, sin mención de desprendimiento
- ✓ Desgarro sin otra especificación de la retina, sin mención de desprendimiento
- ✓ Opérculo de la retina, sin mención de desprendimiento
- ✓ Otros desprendimientos de la retina

a. Acceso:

Todo beneficiario:

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

b. Oportunidad **Diagnóstico**

- Confirmación: dentro de 5 días desde sospecha.

 Tratamiento:

- Vitrectomía o cirugía convencional, según indicación médica: dentro de 7 días desde confirmación.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|--------------|------------|----------|-----------|
| DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO | Diagnóstico | Confirmación Desprendimiento Retina | cada vez | 6.270 | 20% | 1.254 |
| | Tratamiento | Vitrectomía | cada vez | 1.220.390 | 20% | 244.078 |
| | | Cirugía Desprendimiento Retina | cada vez | 177.490 | 20% | 35.498 |

33. HEMOFILIA

Definición: Enfermedad hereditaria, ligada al sexo, congénita, 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, él o los factores deficientes por vía intravenosa, a lo largo de toda su vida.

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

- ✓ Hemofilia A
- ✓ Hemofilia B

a. Acceso:

Todo beneficiario:

- Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento por 7 días, hasta confirmación o descarte.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

b. Oportunidad **Diagnóstico**

- Dentro de 7 días desde sospecha.

 Tratamiento:

- Inicio desde primera consulta, según indicación.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|-------------------|--------------------------------|--|--------------|------------|----------|-----------|
| HEMOFILIA | Diagnóstico | Confirmación Hemofilia | cada vez | 83.010 | 20% | 16.602 |
| | Tratamiento | Tratamiento Hemofilia (terapia de Reemplazo) | mensual | 338.750 | 20% | 67.750 |

34. DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Definición: Es una alteración patológica del estado de ánimo que se caracteriza por descenso del humor, acompañado de diversos síntomas, signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y del ciclo vital, que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.

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

- ✓ Episodio Depresivo Leve (F32.0)
- ✓ Episodio Depresivo Leve sin Síntomas Somáticos (F32.00)
- ✓ Episodio Depresivo Leve con Síntomas Somáticos (F32.01)
- ✓ Episodio Depresivo Moderado (F32.1)
- ✓ Episodio Depresivo Moderado sin Síntomas Somáticos (F32.10)
- ✓ Episodio Depresivo Moderado con Síntomas Somáticos (F32.11)
- ✓ Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Sicóticos (F32.2)
- ✓ Episodio Depresivo Grave con Síntomas Sicóticos (F32.3)
- ✓ Otros Episodios Depresivos (F32.8)
- ✓ Episodio Depresivo sin Especificación (F32.9)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente (F33)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Leve (F33.0)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Leve sin Síntomas Somáticos (F33.00)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Leve con Síntomas Somáticos (F33.01)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Moderado (F33.1)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Moderado sin Síntomas Somáticos (F33.10)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Moderado con Síntomas Somáticos (F33.11)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave sin Síntomas Sicóticos (F33.2)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave con Síntomas Sicóticos (F33.3)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente Actualmente en Remisión (F33.4)
- ✓ Otros Trastornos Depresivos Recurrentes (F33.8)
- ✓ Trastorno Depresivo Recurrente sin Especificación (F33.9)
- ✓ Distimia (F34.1)
- ✓ Trastorno Depresivo Breve Recurrente (F38.10)
- ✓ Trastorno Bipolar, Episodio Actual Depresivo Leve o Moderado (F31.3)
- ✓ Trastorno Bipolar, Episodio Actual Depresivo Grave sin Síntomas Sicóticos (F31.4)
- ✓ Trastorno Bipolar, Episodio Actual Depresivo Grave con Síntomas Sicóticos (F31.5)

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años y más:

Con confirmación diagnóstica: tendrá acceso a tratamiento integral.

b. Oportunidad

Tratamiento

▪ **Depresión Leve y Moderada:**

Inicio: desde confirmación diagnóstica.

▪ **Depresión Severa:**

Consulta con especialista dentro de 30 días desde derivación.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|--|-----------------------|------------|----------|-----------|
| DEPRESION en personas de 15 años y más | Tratamiento | Tratamiento Depresión Leve y Moderada Nivel Primario | por control | 5.520 | 20% | 1.104 |
| | | Tratamiento Depresión Severa Nivel Especialidad | por tratamiento anual | 194.380 | 20% | 38.876 |

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

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

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

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

a. Acceso:

Todo beneficiario con confirmación diagnóstica de hiperplasia benigna de próstata tendrá acceso a tratamiento, siempre que cumpla con alguno de los siguientes criterios de inclusión:

- Retención urinaria aguda repetida
- Retención urinaria crónica
- Cálculos vesicales
- Infecciones urinarias recurrentes
- Insuficiencia Renal Aguda o crónica secundaria a obstrucción urinaria a nivel prostático.
- Hematuria macroscópica recurrente o persistente,

b. Oportunidad **Tratamiento:**

- Dentro de 180 días desde confirmación diagnóstica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|---|--------------|------------|----------|-----------|
| TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA | Tratamiento | Tratamiento Quirúrgico Hiperplasia Próstata | cada vez | 561.470 | 20% | 112.294 |
| | | Seguimiento Hiperplasia de Prostata | por control | 6.580 | 20% | 1.316 |

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

Definición: Las órtesis o ayudas técnicas se definen como elementos que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Las ayudas técnicas se indican cuando el paciente presente las siguientes condiciones: Dolor, claudicación, alteración de la funcionalidad de la marcha, inestabilidad articular, riesgo de caídas, inmovilidad.

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

- ✓ Toda patología que produzca limitaciones en que se requiera de órtesis

a. Acceso:

Todo beneficiario de 65 años y más, que cumpla con criterios de inclusión contenidos en Normas Técnico Médico y Administrativo para cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, a las que hace referencia este Decreto en su Artículo 3°, tendrá derecho a órtesis correspondiente y 2 sesiones de kinesiología.

b. Oportunidad

Tratamiento:

Entrega de Ortesis:

- Bastón, colchón antiescaras, cojín antiescaras: dentro de 20 días desde indicación médica.
- Silla de ruedas, andador, andador de paseo: dentro de 90 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|--|--------------------------------|------------------------------------|--------------|------------|----------|-----------|
| ORTESIS PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS | Tratamiento | Atención kinesiológica | cada vez | 2.310 | 20% | 462 |
| | | Ortesis (bastón) | cada vez | 13.090 | 20% | 2.618 |
| | | Ortesis (silla de ruedas) | cada vez | 287.310 | 20% | 57.462 |
| | | Ortesis (andador) | cada vez | 66.160 | 20% | 13.232 |
| | | Ortesis (andador de paseo) | cada vez | 156.000 | 20% | 31.200 |
| | | Ortesis (cojín antiescara) | cada vez | 5.210 | 20% | 1.042 |
| | | Ortesis (colchón antiescara) | cada vez | 174.100 | 20% | 34.820 |

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

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

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

- ✓ Infarto cerebral debido a trombosis de arterias precerebrales
- ✓ Infarto cerebral debido a embolia de arterias precerebrales
- ✓ Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias precerebrales
- ✓ Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales
- ✓ Infarto cerebral debido a embolia de arterias cerebrales
- ✓ Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias cerebrales
- ✓ Infarto cerebral debido a trombosis de venas cerebrales, no piógeno
- ✓ Otros infartos cerebrales
- ✓ Infarto cerebral, no especificado
- ✓ Oclusión y estenosis de arterias cerebrales y precerebrales que ocasionan infarto cerebral
- ✓ Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico

- ✓ Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines
- ✓ Síndrome arterial vértebro-basilar
- ✓ Síndrome de arteria carótida (hemisférico)
- ✓ Síndromes arteriales precerebrales bilaterales y múltiples
- ✓ Amaurosis fugaz
- ✓ Amnesia global transitoria
- ✓ Otras isquemias cerebrales transitorias y síndromes afines
- ✓ Isquemia cerebral transitoria, sin otra especificación

a. Acceso:

Todo beneficiario de 15 años o más:

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

b. Oportunidad

Diagnóstico:

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

Tratamiento:

- Hospitalización en prestador con capacidad resolutive: dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.
- Atención con especialista: dentro de 10 días desde alta hospitalaria.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|--|-----------------|------------|----------|-----------|
| ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO en personas de 15 años y más | Diagnóstico | <i>Confirmación Accidente Cerebro Vascular Isquémico</i> | <i>cada vez</i> | 45.280 | 20% | 9.056 |
| | Tratamiento | <i>Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico</i> | <i>cada vez</i> | 686.830 | 20% | 137.366 |
| | Seguimiento | <i>Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico</i> | <i>completo</i> | 101.190 | 20% | 20.238 |

38. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO.

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

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

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

- ✓ Bronquitis crónica enfisematosa
- ✓ Bronquitis crónica con obstrucción de las vías aéreas
- ✓ Bronquitis obstructiva crónica
- ✓ Traqueobronquitis obstructiva crónica

a. Acceso:

Todo beneficiario, sintomático:

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

b. Oportunidad

Diagnóstico:

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

Tratamiento:

- Inicio: desde la sospecha, según indicación.
- Atención con especialista dentro de 45 días desde la derivación, si requiere, según indicación médica.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|---|--------------------------------|--|--------------------|------------|----------|-----------|
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE | Diagnóstico | <i>Confirmación EPOC</i> | <i>cada vez</i> | 14.820 | 20% | 2.964 |
| | | <i>Tratamiento EPOC bajo riesgo</i> | <i>por control</i> | 12.770 | 20% | 2.554 |
| | Tratamiento | <i>Tratamiento EPOC alto riesgo</i> | <i>por control</i> | 51.210 | 20% | 10.242 |
| | | <i>Tratamiento EPOC exacerbaciones</i> | <i>cada vez</i> | 8.450 | 20% | 1.690 |

39. ASMA BRONQUIAL MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 15 AÑOS

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

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

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

a. Acceso:

Todo beneficiario:

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

b. Oportunidad **Diagnóstico:**

- Confirmación diagnóstica dentro de 20 días desde la sospecha.

 Tratamiento:

- Inicio dentro de 7 días desde primera consulta.
- Si requiere atención con especialista, por indicación médica: dentro de 30 días desde la derivación.

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|----------------------------|--------------------------------|---|--------------|------------|----------|-----------|
| Asma en menores de 15 años | Tratamiento | Confirmación Asma Bronquial en menores de 15 años | cada vez | 20.230 | 20% | 4.046 |
| | | Tratamiento asma moderado estable Nivel Primario en menores de 15 años | por control | 7.490 | 20% | 1.498 |
| | | Tratamiento asma moderado y severo estable Nivel Especialidad en menores de 15 años | por control | 23.180 | 20% | 4.636 |
| | | Tratamiento Exacerbaciones Nivel Primario en menores de 15 años | cada vez | 7.400 | 20% | 1.480 |
| | | Tratamiento Exacerbaciones Nivel Especialidad en menores de 15 años | cada vez | 9.760 | 20% | 1.952 |

40. SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO.

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

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

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

a. Acceso:

Todo beneficiario recién nacido:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación y tratamiento.
- Con confirmación, continuará tratamiento.

b. Oportunidad **Confirmación Diagnóstica y Tratamiento:**

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

c. Protección Financiera:

| Problema de salud | Tipo de Intervención Sanitaria | Prestación o grupo de prestaciones | Periodicidad | Arancel \$ | Copago % | Copago \$ |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------|------------|----------|-----------|
| Síndrome de Dificultad Respiratoria | Diagnostico y Tratamiento | <i>Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 3.651.900 | 20% | 730.380 |
| | | <i>Hernia Diafragmatica: Confirmación y Tratamiento</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 2.606.600 | 20% | 521.320 |
| | | <i>Hernia Diafragmatica: Tratamiento especializado con Oxido Nitrico</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 3.900.000 | 20% | 780.000 |
| | | <i>Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 2.687.390 | 20% | 537.478 |
| | | <i>Hipertensión Pulmonar Persistente y Aspiración de Meconio: Tratamiento especializado con Oxido Nitrico</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 3.120.000 | 20% | 624.000 |
| | | <i>Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 1.237.830 | 20% | 247.566 |
| | | <i>Bronconeumonía: Confirmación y Tratamiento</i> | <i>por tratamiento completo</i> | 941.850 | 20% | 188.370 |

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

- Beneficiarios: Personas que sean beneficiarios de la ley N° 18.469 o que sean afiliados o beneficiarios de la ley N° 18.933.
- 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.
- Fonasa: Fondo Nacional de Salud regulado en el decreto ley N° 2.763 del año 1979.
- Garantías: Garantías explícitas en salud, es decir aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud determinados en el artículo precedente y que están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional.
- Isapre: Institución de Salud Previsional regulada en la ley N° 18.933.
- Periodicidad: Lapso considerado para efectos de aplicar el valor determinado por el arancel en relación a una prestación o un grupo de prestaciones comprendidas en dicho período, prescritas por un profesional de la salud, en relación a cada enfermedad o condición de salud establecida en el artículo 1°, con la cobertura financiera señalada en el mismo artículo. Pueden ser por cada vez, por ciclo, mensual, anual.
- Prestaciones: Acciones de salud, tecnología o dispositivos médicos, tales como consultas médicas, exámenes y procedimientos; medicamentos; artículos farmacéuticos y de laboratorio; material quirúrgico, instrumental y demás elementos o insumos que se requieran para el diagnóstico de un problema de salud

y su tratamiento o seguimiento. Las prestaciones asociadas a cada uno de los problemas de salud se encuentran taxativamente señaladas en el artículo precedente, de acuerdo a la etapa de diagnóstico, tratamiento o seguimiento en que se encuentre el beneficiario.

- h) Prestador o prestadores de salud: Personas naturales o jurídicas, tales como consultorios, consultas, centros médicos, hospitales o clínicas, que ejecutan acciones de salud y que formen parte de la Red de Prestadores, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 11.
- i) Problema de salud: Enfermedad, condición de salud o programa determinado en el artículo precedente.
- j) Red de prestadores: Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o el contrato entregan las prestaciones señaladas en la letra g) precedente, a los beneficiarios del Fonasa o las Isapres.

El Fonasa otorgará dichas prestaciones a través de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y con los demás prestadores que hubieren celebrado convenio para estos efectos con dicho organismo. Las Isapres otorgarán las prestaciones a través de los prestadores que para tales efectos determinen dichas Instituciones y que deberán constar en el respectivo contrato del afiliado.

- k) Sospecha: Etapa en que los síntomas presentados por un beneficiario, junto con su historia médica y los signos clínicos observados en la evaluación que hace el profesional de salud, llevan a establecer una alta probabilidad de existencia de una determinada enfermedad o condición de salud, que da origen a derivación a la prestación que corresponda.
- l) Superintendencia: Superintendencia de Salud.

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

Las prestaciones se agrupan de dos formas:

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

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

El Ministerio de Salud podrá establecer las normas de carácter técnico médico y administrativo que se requieran para el debido cumplimiento de las Garantías, las que tendrán carácter obligatorio. En uso de dichas atribuciones, establecerá los diagnósticos clínicos asociados a las patologías incorporadas, las especificaciones o características técnicas de las prestaciones, los profesionales requeridos para la atención de las prestaciones cuando corresponda, así como los procedimientos de evaluación del cumplimiento de dichas normas, entre otras materias.

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

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

1. Que se trate de un problema de salud incluido en el artículo 1° de este decreto;
2. Que el beneficiario sea de aquellos a quienes dicho artículo 1° haya considerado para el acceso a las prestaciones de la patología que se trate;
3. Que se sospeche o confirme el diagnóstico de uno o más de los problemas de salud, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo siguiente, por el profesional que corresponda en la Red de Prestadores. En caso que la confirmación diagnóstica de un beneficiario de la ley N° 18.469 se produzca fuera de la señalada Red, los beneficiarios podrán ingresar a ella para hacer efectivas las Garantías que les corresponda, conforme a lo dispuesto en el artículo 28 y siguientes del Decreto Supremo N°136 de 2005, del Ministerio de Salud.
4. Que las prestaciones se otorguen en la Red de Prestadores, salvo lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 11, y
5. Que se trate de las prestaciones incluidas en el mencionado artículo 1°, y que hayan sido debidamente prescritas por el profesional que corresponda. Tratándose de la sospecha y siempre que el problema de salud incluya una prestación asociada a esa etapa, el beneficiario tendrá derecho a la(s) garantía(s) correspondientes tanto si se confirma la sospecha diagnóstica como si se descarta.

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

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

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

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

Artículo 7°.- No obstante lo señalado en el artículo 1° precedente sobre Garantía de protección financiera, el Fonasa deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el citado artículo 1° a las personas pertenecientes a los grupos C y D del señalado artículo 29, de acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 30, Título IV, de la ley N° 18.469.

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

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

Artículo 9°.- Para tener derecho a las Garantías, los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán atenderse en la Red de Prestadores que les corresponda. Asimismo, deberán acceder a ésta a través de la atención primaria de salud, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo, y las demás situaciones indicadas en los artículos 28 y siguientes del Decreto supremo N° 136 de 2005, de Salud, que establece normas para el otorgamiento, efectividad y cobertura financiera adicional de las garantías explícitas en salud.

Se aplicarán, asimismo, las normas de dicho reglamento respecto de la forma y condiciones en que los prestadores de salud independientes, que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fonasa, podrán derivar a la Red de Prestadores, en el nivel de atención correspondiente, a aquellos beneficiarios de la ley N° 18.469 a quienes se les haya confirmado el diagnóstico de alguna de las enfermedades contenidas en el artículo 1°. Dichos beneficiarios, para acogerse a las Garantías, deberán atenderse en la Red de Prestadores respectiva.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 podrán optar por atenderse conforme a la modalidad de libre elección, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 12 y 13 de ese mismo cuerpo legal, en cuyo caso no regirán las Garantías.

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

Artículo 10.- Para tener derecho a las Garantías, los beneficiarios de la ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguno de los problemas de salud cubiertos por dichas Garantías, deberán atenderse en la Red de Prestadores de la Isapre. No obstante lo 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.

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

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

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

En los casos en que el prestador designado por el Fonasa o la Isapre no esté en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad por cualquier causa, 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 el tercer día de vencido el plazo que corresponda de acuerdo al artículo 1° precedente, para que se le designe un nuevo prestador,
2. La designación antes indicada se deberá efectuar dentro de segundo día, y el nuevo prestador deberá cumplir con similares características a las del prestador designado originalmente.
3. Para efectos de la nueva designación, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de diez días, plazo que se contará desde la designación, salvo

que el plazo establecido en el artículo 1º fuese inferior, caso en el cual este nuevo término será el que allí se establece.

4. Si el Fonasa o la Isapre no designare un nuevo prestador o si éste no estuviera en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad, el beneficiario, por sí o por tercero, deberá concurrir a la Superintendencia, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el tercer día posterior al plazo señalado en los N° 2 ó 3 precedentes, según corresponda.
5. En el caso expuesto en el numeral anterior, la Superintendencia procederá a designar un nuevo prestador dentro de segundo día, plazo que se contará desde la comparecencia del beneficiario.
6. Una vez designado el prestador por la Superintendencia, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de cinco días, contados desde la designación, salvo que el plazo establecido en el artículo 1º fuese inferior, caso en el que este nuevo plazo será el que allí se establece.

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

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

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

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

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

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

TÍTULO II

DE LAS METAS DE COBERTURA PARA EL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA

Artículo 14.- Las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la Ley N° 18.469, contenido en la resolución exenta N° 1052, de 16 de diciembre de 2005, del Ministerio de Salud, serán las siguientes, las que deberán cumplirse dentro de un año a contar de la entrada en vigencia de este decreto:

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN GRUPOS DE POBLACIÓN GENERAL

1. EMBARAZADAS

- a) Diabetes Mellitus
Intervención: Glicemia en ayunas
Meta de Cobertura: 100%
- b) Infección Por Virus De Inmunodeficiencia Humana
Intervención: Test de Elisa de tamizaje y confirmatorio con consejería pre y post examen
Meta de Cobertura: 100%
- c) Sífilis
Intervención: Examen de VDRL en sangre
Meta de Cobertura: 100%

2. RECIÉN NACIDOS

- a) Fenilcetonuria
Intervención: Determinación de fenilalanina en sangre
Meta de Cobertura: 100%
- b) Hipotiroidismo congénito
Intervención: Determinación de TSH en sangre
Meta de cobertura: 100%

3. PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS

- a) Beber Problema
Intervención: Cuestionario estandarizado, Auto-diagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol (AUDIT)
Meta de cobertura: 10%
- b) Tabaquismo
Intervención: Cuestionario Estandarizado
Meta de Cobertura: 10%
- c) Obesidad
Intervención: Medición de Peso y Talla y Circunferencia de Cintura
Meta de Cobertura: 10%
- d) Hipertensión Arterial
Intervención: Medición de Presión Arterial Estandarizada
Meta de Cobertura: 10%

- e) Diabetes Mellitus
Intervención: Glicemia en ayunas
Meta de Cobertura: 10%
- f) Sífilis
Intervención: Examen de VDRL en sangre
Meta de Cobertura: 100% de población en riesgo de infección
- g) Tuberculosis
Intervención: Baciloscopía
Población Objetivo: Personas con síntomas respiratorios por 15 días o más
Meta de Cobertura: 80%

4. MUJERES DESDE 25 A 64 AÑOS

- a. Cáncer cervicouterino
Intervención: Examen de Papanicolaou (PAP)
Meta de cobertura: 75% de beneficiarias con Papanicolaou (PAP) vigente (realizado en los últimos 3 años).

5. PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS

- a. Dislipidemia
Intervención: Examen de Colesterol Total
Meta de Cobertura: 10%

6. MUJERES DE 50 AÑOS

- a. Cáncer de mama
Intervención: Mamografía
Meta de cobertura: 10%

7. ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS

- a. Evaluación funcional del adulto mayor
Intervención: Cuestionario estandarizado
Meta de cobertura: 40%

Artículo 15.- Las referidas metas serán obligatorias para el Fonasa y las Isapres y deberán cumplirse, a más tardar, transcurrido un año desde la entrada en vigencia de este decreto.

Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas.

Artículo 16.- El presente decreto entrará en vigencia el primer día del sexto mes siguiente a su publicación en el Diario Oficial por el plazo de un año, el que se entenderá prorrogado automáticamente hasta que entre en vigencia el decreto que determine las Garantías Explícitas en Salud conforme al numeral 3 del artículo primero transitorio de la ley N° 19.966.

Artículo 17.- Derogase el Decreto Supremo N°170 de 2004, de los Ministerios de Salud y de Hacienda, publicado en el Diario Oficial el 28 de enero de 2005.

Sin perjuicio de lo anterior, aquellos beneficiarios cuyo problema de salud estaba considerado en el citado decreto supremo y se encontrasen, a la entrada en vigencia de este decreto, en alguna de las etapas

garantizadas explícitamente, tendrán derecho a continuar la atención de su problema de salud, en la etapa correspondiente, conforme a lo establecido en el artículo 1° de este Decreto.

Artículo transitorio.- La Garantía Explícita 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 la ley N° 19.937.

ANÓTESE, TÓMESE RAZON Y PUBLÍQUESE

RICARDO LAGOS ESCOBAR
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

NICOLAS EYZAGUIRRE GUZMÁN
MINISTRO DE HACIENDA

PEDRO GARCIA ASPILLAGA
MINISTRO DE SALUD

**APRUEBA NORMAS DE CARACTER TECNICO MEDICO
Y ADMINISTRATIVO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD DE LA LEY 19.966**

RESOLUCION EXENTA N° 58

SANTIAGO, 30 de enero de 2006

VISTO: estos antecedentes; lo establecido en el artículo 4°, número 2, del decreto ley N° 2.763, de 1979; lo dispuesto en el inciso final del artículo 3°, del decreto supremo N° 228, de 23 de diciembre de 2005, 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 en la resolución N° 520 de 1996, de la Contraloría General de La República, dicto la siguiente

RESOLUCIÓN:

- I. 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° 228, de 23 de diciembre de 2005, 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 N° 228:** decreto supremo N° 228, de 23 de diciembre de 2005, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, de la ley N° 19.966.
- c) **Garantías:** las Garantías Explícitas en Salud, establecidas en el decreto N° 228.
- Dicho decreto las define en su artículo 2°, 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 1° del referido decreto 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 1° del decreto N° 228, el Anexo titulado "Listado de Prestaciones Específico", que se encuentra en la página Web del Ministerio de Salud (www.minsal.cl)
- d) **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 las leyes N° 18.469 y N° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto N° 228.
- e) **Garantía Explícita de Calidad:** otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto N° 228. De acuerdo al artículo transitorio del citado decreto, esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud.
- f) **Garantía Explícita de Oportunidad:** plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el decreto N° 228, 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.

- g) 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 N° 228.

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 29 de la Ley N° 18.469, 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 inciso 2° del artículo 30 del Título IV de la Ley N° 18.469.

- h) Arancel de Referencia:** Arancel de Referencia del Régimen, que corresponde al valor en pesos, establecido en el decreto N° 228, para las prestaciones unitarias o grupos de prestaciones determinadas por el mismo decreto 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.

- i) Listado de Prestaciones Específico (L.P.E.):** 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.
- j) Beneficiarios:** Personas que sean beneficiarias de la ley N° 18.469 o que sean afiliados o beneficiarios de la ley N° 18.933.
- k) Fonasa:** Fondo Nacional de Salud regulado en el decreto ley N° 2.763 del año 1979.
- l) Isapre:** Institución de Salud Previsional regulada en la ley N° 18.933
- m) Superintendencia:** Superintendencia de Salud

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 kinesiología, 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) 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.

d) 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 aún 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.

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

f) 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 el numeral 2.1 letra c) de estas normas.
- 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, 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.)

- g) 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 anesestesiólogo, 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 3° del decreto supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud.
- b) Criterios de inclusión:** Son las condiciones clínicas que para un determinado problema de salud, permiten efectuar a los beneficiarios determinadas prestaciones, de acuerdo al conocimiento científico disponible.
- c) Criterios de exclusión:** Son las condiciones clínicas que para un determinado problema de salud, no hacen recomendable otorgar a un beneficiario una determinada prestación, de acuerdo al conocimiento científico disponible.
- d) 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.

e) Evento: Para los efectos de la presente resolución, se entenderá por evento la ocurrencia, a un beneficiario de la ley N° 18.469 o N° 18.933, de un problema de salud que se encuentre incorporado en el decreto N° 228.

f) 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, tratamiento, evolución, protocolo operatorio y epicrisis.

g) Intervención sanitaria.

Los problemas de salud incluidos en el decreto N° 228 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 Diagnóstica:** Etapa en que los síntomas presentados por un beneficiario, junto con su historia médica y los signos clínicos observados en la evaluación que hace el profesional de salud, llevan a establecer una alta probabilidad de existencia de una determinada enfermedad o condición de salud, que da origen a derivación a la prestación que corresponda.
- **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.

h) Medicamentos: Para efecto de esta normativa y en materia del Listado de Prestaciones Específico, toda vez que las prestaciones o grupos de prestaciones describan el uso de medicamentos, se entenderá que está garantizado el efecto farmacológico equivalente, aún cuando estos se prescriban tanto en forma de genéricos, o tengan nombres de fantasía.

i) 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.

j) 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 1° del decreto N° 228, con la cobertura financiera

señalada en el mismo artículo. Puede ser cada vez, por control, por ciclo, mensual, tratamiento completo, anual.

- k) 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 1° del decreto N° 228, de acuerdo a la etapa en que se encuentre el beneficiario.
- l) 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.
- m) Red de Prestadores:** Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o el contrato, entregan las prestaciones establecidas en el decreto N° 228, a los beneficiarios del Fonasa o las Isapres.
- El Fonasa otorgará dichas prestaciones a través de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y con los demás prestadores que hubieren celebrado convenio para estos efectos con dicho organismo. Las Isapres otorgarán las prestaciones a través de los prestadores que para tales efectos determinen dichas Instituciones y que deberán contar en el respectivo contrato del afiliado.
- n) Problema de salud:** Enfermedad, condición de salud o programa determinado, definido en el artículo 1° del decreto N° 228.
- o) 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.
- p) 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 estos dispositivos médicos, incluidos en el Listado de Prestaciones Específico del Anexo del decreto N° 228, 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.
- q) Sala de Procedimientos:** Corresponde a recintos que permiten a un profesional de la salud, efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos, debiendo disponer del personal capacitado y cumplir con las condiciones generales de construcción, instalación e instrumental apropiado para realizar las prestaciones de que se trate.

3. DEFINICIONES TECNICO MEDICO 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, definidas en párrafo I, numeral 1, letra h) e i) 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 y todas sus variedades, 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 extras 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, éste servicio no podrá ser cobrado en forma separada.

b) Peritoneodiálisis Continua (19-01-026).

- Prestación destinada al tratamiento mensual de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, menores de 15 años 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.
- Cautelará 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 N° 228.

d) Trasplante Renal:

El grupo de prestaciones denominado en “Protección Financiera” en el decreto N° 228 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.

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° 228 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, e insumos (incluye stent) 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, anestésista, 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.

CÁNCER (todos los Cánceres con Garantías Explícitas en Salud)

Pueden incluir:

- Quimioterapia: Procedimiento terapéutico que incluye las drogas, su preparación y la administración. Asimismo, incluye el catéter y su instalación, además de los insumos que se utilicen en la preparación y administración de las drogas.
- Hormonoterapia: El medicamento y su dosis, se ajustará a la prescripción médica.

3.3 ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS.

En aquellos pacientes que presentan enfermedad oncológica avanzada y en progresión, sin evidencia clínica de respuesta hacia la remisión completa - curación o mejoría - asociada a numerosos síntomas, un equipo multiprofesional dará asistencia al paciente y a su entorno, para aliviar los síntomas y entre ellos, el dolor por cáncer, permitiendo mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

La administración de radioterapia o quimioterapia paliativa, 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.

3.4 DIABETES MELLITUS TIPO 1.

El grupo de prestaciones identificado en "Protección Financiera" en el decreto N° 228 como:

- a. Tratamiento 1º año (incluye descompensaciones)
- 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.

3.5 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 N° 228 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 que presenten lesiones 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 Ulcera de Pié 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 Pié Diabético, establecida en la correspondiente Guía Clínica del Ministerio de Salud.
- Las prestaciones de Curación avanzada de herida pié 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.

3.6 CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

En la Garantía de Oportunidad para este problema de salud se especifica en el decreto N° 228:

“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.

3.7 ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACION FUNCIONAL SEVERA

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

3.8 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).

3.9 ESQUIZOFRENIA.

La atención integral del paciente, en sus diferentes etapas de sospecha, diagnóstico y tratamiento, incluye, entre otros:

- Consulta médica de especialidad de psiquiatría.
- Consulta de psicólogos y atención de otros profesionales de salud entrenados.

- Intervenciones sanitarias de la especialidad (Incluyen procedimientos, tales como, de psicoterapias, actividades de reforzamiento de autonomía, técnicas de apoyo a la familia, actividades de inserción a la comunidad).
- Exámenes básicos de laboratorio clínico.
- Exámenes de laboratorio y procedimientos diagnósticos, específicos para la especialidad (por ejemplo, niveles drogas, electroencefalograma).
- Medicamentos de acuerdo a detalle listado de prestaciones específico.
- Internación si corresponde: diurna de a lo menos 6 horas de estadía o con régimen de hospitalización completa o acogida en hogares protegidos.

3.10 CANCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

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, exámenes, imágenes, entre otros.

3.11 LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

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.

3.12 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA.

- a) **Esquemas de tratamiento explicitados en “Protección Financiera” del decreto N° 228 y su aplicación:**
- **TARV 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.
 - **TARV 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, requieren cambio a esquema de 2ª línea por toxicidad a uno o más de los ARV de primera línea.
 - **TARV 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 ARV contenidos en tercera línea.
 - **Continuidad TARV en uso por adultos:** Se aplica a las personas de 18 años y más que comenzaron ARV antes de la entrada en vigencia del decreto N° 228 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 decreto N°170 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.
 - **TARV en personas menores de 18 años:** Se aplica a todo menor de 18 años que requiera ARV. Si por dosificación conviene más utilizar cápsulas o

comprimidos, igualmente corresponde la protección financiera definida en el decreto N° 228.

- b) **En caso de cambio de sistema previsional de salud o entre Isapres:** El Fonasa y la Isapre respectiva solicitarán a la Subsecretaría de Salud Pública, mediante el código del beneficiario respectivo, la información respecto a su esquema de tratamiento.
- c) **Solicitud de inicio o cambio terapéutico a Subsecretaría de Salud Pública:**
La Subsecretaría de Salud Pública tendrá un plazo de 30 días corridos para responder a la solicitud de cambio terapéutico, desde el momento de su recepción.
- d) **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 (TARV).
- e) **Cambio Precoz de tratamiento:** Corresponde realizarlo cuando el paciente presenta reacción adversa o toxicidad Grado 4, situación que se describe en la siguiente tabla:

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 |
| Litiasis renal | |
| 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 |
| Hipercolesterolemia | No aplica |
| 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 sint.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:

- El inicio precoz exige comienzo de terapia con esquema primera línea.
- Los Centros de Atención de VIH/SIDA deberán informar al MINSAL de este hecho en un máximo de 10 días, no pudiendo pasar al 2º mes de tratamiento sin la validación del esquema que corresponda por la Subsecretaría de Salud Pública, la que deberá validar la propuesta en un plazo máximo de 15 días desde la recepción.

f) Prevención de Transmisión Vertical, incluye TARV durante el embarazo, parto y en el recién nacido.

Embarazada con diagnóstico de VIH/SIDA, que no requiera TARV, 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 TARV, 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 TARV y se embaracen, tendrán acceso a continuarlo.

Tendrán acceso a cambio precoz de TARV, las embarazadas que presenten reacciones adversas o estuvieran previamente recibiendo antiretrovirales no recomendados durante el embarazo.

g) PATOLOGÍAS INCORPORADAS:

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

| Linfocitos CD4 | Etapa A | Etapa B | Etapa C |
|----------------|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| | Infección primaria y/o asintomático y/o LGP | Infecciones y tumores no definitorios | Infecciones y tumores definitorios |
| 1 (>499) | | | x |
| 2 (200-499) | | | x |
| 3 (<200) | x | x | x |

X: Diagnóstico de SIDA

g.2. Etapas clínicas en ADULTOS.

A. Infección asintomática

Infección aguda

Linfadenopatía generalizada persistente (LGP)

B. Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias 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
- Úlceras 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

g.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 |

g.4. ETAPAS CLINICAS EN NIÑOS CON INFECCION 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 |

g.4.1. CATEGORIA N: SIN SINTOMAS

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

g.4.2. CATEGORIA A: LEVEMENTE SINTOMATICOS

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)
- Hépatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatitis
- Parotiditis
- Infección aguda: respiratoria alta, sinusitis u otitis media

g.4.3. CATEGORIA B: MODERADAMENTE SINTOMATICOS

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 citomégalovirus (CMV), inicio antes 1 mes de edad
- Estomatitis por virus herpes simple (VHS), recurrente (más de 2 episodios por año)
- 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

g.4.4. CATEGORIA C: SEVERAMENTE SINTOMATICOS

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 otros que 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), ó c) fiebre documentada (por ≥ 30 días, intermitente o constante).

3.13 HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONA DE 15 AÑOS Y MÁS.

La indicación médica de monitoreo continuo de presión arterial, debe cumplir con los criterios de inclusión establecidos en la Guía Clínica definida por el Ministerio de Salud.

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 Copago 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 COLECISTECTOMIA PREVENTIVA DEL CANCER DE VESICULA EN PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS, SINTOMATICOS.

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 CANCER GASTRICO.

Conforme a lo señalado en el decreto N° 228 se establece para los beneficiarios de 40 años y más los siguientes criterios de inclusión:

a) Con sospecha:

Tendrá acceso a atención con medico especialista, todo beneficiario con dispepsia persistente o recurrente de más de cuatro semanas y que cumpla con los criterios clínicos establecidos en la Pauta de Solicitud de Endoscopia incluida en la Guía Clínica Cáncer Gástrico del Ministerio de Salud. La garantía de oportunidad para acceso a especialista, comienza cuando médico general ha aplicado la pauta anteriormente descrita. 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 RETINOPATIA DIABETICA.

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

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

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- a) Bastón:** 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

- 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 mas 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 paraplejia.
- 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 RECIEN NACIDO.

Para la indicación de tratamiento con Oxido 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.

4. DE LAS PRESTACIONES Y LA APLICACIÓN DE GARANTIAS

- 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 N° 228 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 N° 228, 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 previsional. Los contratos que contemplen la ejecución de prestaciones en el extranjero, deberán ajustarse a las instrucciones que dicte la Superintendencia de Salud.
 - e) 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.
 - f) En los Problemas de Salud en cuya garantía de acceso se especifica "a partir de la entrada en vigencia de este Decreto", se entenderá que tienen garantía los beneficiarios que constituyen, a partir del 1 de julio de 2006, un caso nuevo de dicho Problema de Salud.
 - g) 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.
 - h) 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 la ley N° 19.937.
- II. La presente resolución entrará en vigencia a contar del 1 de julio de 2006, fecha a contar de la cual derógase la resolución exenta N° 344, de 16 de junio de 2005, del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de 23 de junio de 2005.

ANOTESE Y PUBLIQUESE

**PEDRO GARCIA ASPILLAGA
MINISTRO DE SALUD**

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Ministro de Salud
- Subsecretaría de Salud Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Superintendencia de Salud
- Fondo Nacional de Salud
- División de Gestión de la Red Asistencial
- División de Políticas Públicas Saludables
- División de Prevención y Control de Enfermedades
- División de Planificación Sanitaria
- Secretaría Técnica Régimen de Garantías
- Dpto. Asesoría Jurídica
- Oficina de Partes

Anexo

Listado de Prestaciones Específico

**Anexo al Decreto N° 228 de 2005,
de los Ministerios de Salud y Hacienda
Segundo Régimen de Garantías Explícitas en Salud**

Fe de erratas:

Tabla 3.2.6. – Línea 1 (se solicitará corrección a Contraloría General de la República)

Dice: Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3)
(Fluoexetina, Sertralina)

Debe decir: Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón)

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

Indice general:

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL | 13 |
| 1.1 | TRATAMIENTO | 13 |
| 1.1.1 | Estudio Pretrasplante (receptor) | 13 |
| 1.1.2 | Trasplante Renal | 15 |
| 1.1.3 | Nefrectomía Donante | 17 |
| 1.1.4 | Droga Inmunosupresora Protocolo 1 | 19 |
| 1.1.5 | Droga Inmunosupresora Protocolo 2 | 19 |
| 1.1.6 | Droga Inmunosupresora Protocolo 3 Esquema N°1 | 19 |
| 1.1.7 | Droga Inmunosupresora Protocolo 3 Esquema N°2 | 19 |
| 1.1.8 | Droga Inmunosupresora Protocolo 3 Esquema N°3 | 20 |
| 1.1.9 | Acceso Vascular Simple (Mediante FAV) para Hemodiálisis | 20 |
| 1.1.10 | Acceso Vascular Complejo (Mediante FAV) para Hemodiálisis | 20 |
| 1.1.11 | Hierro Endovenoso Pacientes en Diálisis | 21 |
| 1.1.12 | Hemodiálisis | 21 |
| 1.1.13 | Peritoneodiálisis en menores de 15 años | 22 |
| 2 | CARDIOPATIAS CONGENITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS | 23 |
| 2.1 | DIAGNOSTICO | 23 |
| 2.1.1 | Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Pre Natal | 23 |
| 2.1.2 | Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Post Natal | 23 |
| 2.1.3 | Estudio Hemodinámico | 23 |
| 2.2 | TRATAMIENTO | 23 |
| 2.2.1 | Cirugía CEC Mayor | 23 |
| 2.2.2 | Cirugía CEC Mediana | 25 |
| 2.2.3 | Cirugía CEC Menor | 26 |
| 2.2.4 | Cierre de Ductus por Coil | 27 |
| 2.2.5 | Cierre de Ductus por Cirugía | 28 |
| 2.2.6 | Tratamiento Otras Cirugías Cardíacas Coartación Aortica | 29 |
| 2.2.7 | Tratamiento Otras Cirugías Cardíacas Banding | 29 |
| 2.2.8 | Tratamiento Otras Cirugías Cardíacas Derivación Sistémico Pulmonar (Shunt) | 30 |
| 2.2.9 | Tratamiento Otras Cirugías Cardíacas Anillo Vascular | 31 |
| 2.2.10 | Implantación Marcapaso | 32 |
| 2.2.11 | Control Cardiopatía Congénita Operables 1 año post quirúrgico (estaba en seguimiento) | 32 |
| 3 | CANCER CERVICOUTERINO | 33 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.1 | DIAGNOSTICO | 33 |
| 3.1.1 | Sospecha Cáncer Cervicouterino | 33 |
| 3.1.2 | Confirmación Cáncer Cervicouterino Pre Invasor | 33 |
| 3.1.3 | Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor | 33 |
| 3.1.4 | Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor | 34 |
| 3.2 | TRATAMIENTO | 34 |
| 3.2.1 | Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor | 34 |
| 3.2.2 | Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor | 35 |
| 3.2.3 | Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor | 36 |
| 3.2.4 | Tratamiento Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor | 36 |
| 3.2.5 | Tratamiento Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor | 36 |
| 3.2.6 | Ca. Cervico Uterino (Quimioterapia) | 37 |
| 3.3 | SEGUIMIENTO | 37 |
| 3.3.1 | Seguimiento Cáncer Cervicouterino Preinvasor | 37 |
| 3.3.2 | Seguimiento Cáncer Cervicouterino Invasor | 38 |
| 4 | ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS | 39 |
| 4.1 | TRATAMIENTO | 39 |
| 4.1.1 | Tratamiento Integral por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos | 39 |
| 5 | INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO | 40 |
| 5.1 | DIAGNOSTICO | 40 |
| 5.1.1 | Sospecha Infarto Agudo del Miocardio | 40 |
| 5.2 | DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO | 40 |
| 5.2.1 | Confirmación y Tratamiento Infarto Agudo del Miocardio Urgencia | 40 |
| 5.3 | TRATAMIENTO | 40 |
| 5.3.1 | Tratamiento Médico del Infarto Agudo del Miocardio | 40 |
| 5.3.2 | Prevención Secundaria del Infarto Agudo del Miocardio | 41 |
| 6 | DIABETES MELLITUS TIPO 1 | 42 |
| 6.1 | DIAGNOSTICO | 42 |
| 6.1.1 | Confirmación Paciente con DM tipo 1 | 42 |
| 6.1.2 | Evaluación Inicial Hospitalizado: Pacientes Nuevos Sin Cetoacidosis DM tipo 1 | 42 |
| 6.1.3 | Evaluación Inicial Hospitalizado: Pacientes Nuevos Con Cetoacidosis DM tipo 1 | 42 |
| 6.2 | TRATAMIENTO | 43 |
| 6.2.1 | Tratamiento 1° año (incluye descompensaciones) | 43 |
| 6.2.2 | Tratamiento a partir 2° año (incluye descompensaciones) | 44 |
| 7 | DIABETES MELLITUS TIPO 2 | 45 |
| 7.1 | DIAGNOSTICO | 45 |
| 7.1.1 | Confirmación Paciente con DM 2 | 45 |
| 7.1.2 | Evaluación Inicial Paciente con DM 2 | 45 |
| 7.2 | TRATAMIENTO | 45 |
| 7.2.1 | Tratamiento 1° año Pacientes con DM tipo 2 | 45 |
| 7.2.2 | Tratamiento a partir del 2° año Pacientes con DM tipo 2 | 46 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 7.2.3 | Tratamiento Pacientes con DM tipo 2 en nivel secundario | 47 |
| 7.2.4 | Curación Avanzada de Herida - Pie Diabético (no infectado) | 47 |
| 7.2.5 | Curación Avanzada de Herida - Pie Diabético (infectado) | 48 |
| 8 | CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS | 49 |
| 8.1 | DIAGNOSTICO | 49 |
| 8.1.1 | Confirmación Cáncer de Mama Nivel secundario | 49 |
| 8.2 | TRATAMIENTO | 49 |
| 8.2.1 | Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama | 49 |
| 8.2.2 | Radioterapia Cáncer Mama | 50 |
| 8.2.3 | Esquema AC-Taxano Etapa I y II (AC 4 Ciclos) | 51 |
| 8.2.4 | Esquema AC-CMF Etapa I y II | 51 |
| 8.2.5 | CMF (4 Ciclos, días 1 y 8) | 52 |
| 8.2.6 | Esquema AC Etapa I y II | 52 |
| 8.2.7 | Esquema AC-CMF Etapa I y II | 53 |
| 8.2.8 | CMF (4 Ciclos, días 1 y 8) | 53 |
| 8.2.9 | Esquema FAC Etapa III | 54 |
| 8.2.10 | Esquema FAC-TAXANO Etapa IV | 54 |
| 8.2.11 | TAXANO (4 Ciclos) | 54 |
| 8.2.12 | Esquema Etapa IV Metastasis Oseas | 55 |
| 8.2.13 | Hormonoterapia Cáncer Mama | 55 |
| 8.3 | SEGUIMIENTO | 55 |
| 8.3.1 | Seguimiento Cáncer de Mama Paciente Asintomática | 55 |
| 8.3.2 | Seguimiento Cáncer de Mama Paciente Sintomáticas | 56 |
| 9 | DISRAFIAS ESPINALES | 57 |
| 9.1 | DIAGNOSTICO | 57 |
| 9.1.1 | Confirmación Disrafia Espinal Abierta | 57 |
| 9.1.2 | Confirmación Disrafia Espinal Cerrada | 57 |
| 9.2 | TRATAMIENTO | 57 |
| 9.2.1 | Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta | 57 |
| 9.2.2 | Evaluación Post-Quirúrgico Disrafia Espinal Abierta | 58 |
| 9.2.3 | Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada | 59 |
| 9.2.4 | Evaluación Post-Quirúrgico Disrafia Espinal Cerrada | 60 |
| 10 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS | 61 |
| 10.1 | TRATAMIENTO | 61 |
| 10.1.1 | Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis | 61 |
| 10.1.2 | Evaluación Post-Quirúrgico Escoliosis | 62 |
| 11 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS | 63 |
| 11.1 | DIAGNOSTICO | 63 |
| 11.1.1 | Confirmación Cataratas | 63 |
| 11.2 | TRATAMIENTO | 63 |
| 11.2.1 | Intervención Quirúrgica Integral Cataratas | 63 |
| 12 | ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA | 64 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | |
|---|-----------|
| 12.1 TRATAMIENTO | 64 |
| 12.1.1 Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera | 64 |
| 12.1.2 Rehabilitación Integral Kinesiológica | 65 |
| 13 FISURA LABIOPALATINA | 66 |
| 13.1 DIAGNOSTICO | 66 |
| 13.1.1 Confirmación Fisura Labiopalatina | 66 |
| 13.2 TRATAMIENTO | 66 |
| 13.2.1 Ortopedia Prequirúrgica | 66 |
| 13.2.2 1° Intervención Fisura Labial | 66 |
| 13.2.3 1° Intervención Fisura Palatina | 67 |
| 13.2.4 1° Intervención Fisura Labio Palatina | 67 |
| 13.2.5 1° Intervención Otras Malformaciones Craneofaciales | 68 |
| 13.2.6 2° Intervención Fisura Labial | 68 |
| 13.2.7 2° Intervención Fisura Palatina | 69 |
| 13.2.8 2° Intervención Fisura Labiopalatina | 69 |
| 13.2.9 2° Intervención Otras Malformaciones Cráneofaciales | 70 |
| 13.3 SEGUIMIENTO | 70 |
| 13.3.1 Fisura Labial Año 1 | 70 |
| 13.3.2 Fisura Palatina Año 1 | 70 |
| 13.3.3 Fisura Labio Palatina Año 1 | 71 |
| 13.3.4 Otras Malformaciones Craneofaciales Año 1 | 71 |
| 13.3.5 Fisura Labial Año 2 | 72 |
| 13.3.6 Fisura Palatina Año 2 | 72 |
| 13.3.7 Fisura Labiopalatina Año 2 | 72 |
| 13.3.8 Otras Malformaciones Craneofaciales Año 2 | 73 |
| 14 CÁNCERES EN MENORES DE 15 AÑOS | 74 |
| 14.1 DIAGNOSTICO | 74 |
| 14.1.1 Diagnostico y Etapificación Tumores Sólidos | 74 |
| 14.1.2 Diagnostico y Etapificación Leucemia Infantil | 76 |
| 14.1.3 Diagnostico y Etapificación Linfoma Infantil | 77 |
| 14.2 TRATAMIENTO | 79 |
| 14.2.1 Tratamiento Tumores Sólidos | 79 |
| 14.2.2 Tratamiento Leucemia Infantil | 80 |
| 14.2.3 Tratamiento Linfoma Infantil | 82 |
| 14.2.4 Tratamiento Linfoma Linfoblástico Infantil Primer Año | 83 |
| 14.2.5 Trasplante de Médula Ósea Autólogo: Etapa I.- Evaluación Pretransplante | 84 |
| 14.2.6 Trasplante de Médula Ósea Autólogo: Etapa II.- Transplante | 86 |
| 14.2.7 Trasplante de Médula Ósea Autólogo: Etapa III.- Post Transplante | 88 |
| 14.2.8 Trasplante de Médula Ósea Alogénico: Etapa I.- Evaluación Pretransplante | 89 |
| 14.2.9 Trasplante de Médula Ósea Alogénico: Etapa II.- Transplante | 91 |
| 14.2.10 Trasplante de Médula Ósea Alogénico: Etapa III.- Post Transplante | 92 |
| 14.2.11 Quimioterapia | 94 |
| 14.2.12 LINFOMA DE HODGKIN | 94 |
| 14.2.13 LINFOMA NO HODGKIN B Y LEUCEMIA B (Riesgo 2) | 95 |
| 14.2.14 LINFOMA NO HODGKIN B Y LEUCEMIA B (Riesgo 3) | 95 |
| 14.2.15 LINFOMA NO HODGKIN B Y LEUCEMIA B (Riesgo 4) | 95 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | | |
|-------------|--|------------|
| 14.2.16 | LINFOMA LINFOBLASTICO (Riesgo Medio) | 96 |
| 14.2.17 | LINFOMA LINFOBLASTICO (Riesgo Alto) | 96 |
| 14.2.18 | LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Bajo A) | 97 |
| 14.2.19 | LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Bajo B) | 97 |
| 14.2.20 | LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Medio A) | 98 |
| 14.2.21 | LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Medio B) | 98 |
| 14.2.22 | LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Alto A) | 99 |
| 14.2.23 | LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Alto B) | 99 |
| 14.2.24 | LEUCEMIA MIELODE AGUDA (Riesgo Alto) | 100 |
| 14.2.25 | LEUCEMIA MIELODE AGUDA (Riesgo Bajo) | 100 |
| 14.2.26 | LEUCEMIA MIELODE AGUDA (Riesgo Alto con TMO) | 100 |
| 14.2.27 | NEUROBLASTOMA (Estándar 30 Kg.) | 101 |
| 14.2.28 | NEUROBLASTOMA (Riesgo Alto) | 101 |
| 14.2.29 | OSTEOSARCOMA | 101 |
| 14.2.30 | SARCOMA PARTES BLANDAS (Régimen 45 VAC) | 102 |
| 14.2.31 | SARCOMA PARTES BLANDAS (Régimen 49) | 102 |
| 14.2.32 | SARCOMA PARTES BLANDAS (VID) | 102 |
| 14.2.33 | SARCOMA DE EWING | 103 |
| 14.2.34 | TUMORES GERMINALES EXTRA S.N.C. | 103 |
| 14.2.35 | TUMORES GERMINALES EXTRA S.N.C. (Resección Incompleta) | 103 |
| 14.2.36 | TUMOR DE WILMS (Régimen I Estadio I – IV) | 104 |
| 14.2.37 | TUMOR DE WILMS (Regimen DD-4A) | 104 |
| 14.2.38 | TUMOR DE WILMS (Regimen EE-4A) | 104 |
| 14.2.39 | TUMOR DE WILMS (Regimen RTK) | 104 |
| 14.2.40 | RETINOBLASTOMA (Retinoblastoma Intraocular) | 105 |
| 14.2.41 | RETINOBLASTOMA (Retinoblastoma Extraocular Etapa I y II) | 105 |
| 14.2.42 | RETINOBLASTOMA (Retinoblastoma Extraocular Etapa III y IV) | 105 |
| 14.2.43 | HISTIOCITOSIS | 106 |
| 14.2.44 | RECIADA TUMORES SOLIDOS (Rama A) | 106 |
| 14.2.45 | RECIADA TUMORES SOLIDOS (Rama B) | 106 |
| 14.2.46 | HEPATOBLASTOMA (Riesgo Bajo) | 106 |
| 14.2.47 | HEPATOBLASTOMA (Riesgo Alto) | 107 |
| 14.2.48 | LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA (Tipo A) | 107 |
| 14.2.49 | LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA (Tipo B) | 107 |
| 14.2.50 | RECAIDA DE LEUCEMIAS LINFOBLASTICAS (Grupo S4) | 107 |
| 14.2.51 | RECAIDA DE LEUCEMIAS LINFOBLASTICAS (Grupo S3) | 108 |
| 14.2.52 | RECAIDA DE LEUCEMIAS LINFOBLASTICAS (Grupo S2) | 108 |
| 14.2.53 | RECAIDA DE LEUCEMIAS LINFOBLASTICAS (Grupo S1) | 109 |
| 14.2.54 | RECAIDA DE LEUCEMIAS MIELOIDE | 109 |
| 14.2.55 | MEDULOBLASTOMA | 109 |
| 14.2.56 | TUMORES DE < 3 AÑOS | 110 |
| 14.2.57 | GLIOMA | 110 |
| 14.2.58 | ASTROCITOMA | 110 |
| 14.2.59 | TUMOR GERMINAL SNC | 110 |
| 14.2.60 | Radioterapia | 111 |
| 14.3 | SEGUIMIENTO | 112 |
| 14.3.1 | Seguimiento Tumores Sólidos Canasta Anual Primer Año | 112 |
| 14.3.2 | Seguimiento Leucemia Infantil Primer Año | 113 |
| 14.3.3 | Seguimiento Linfoma Infantil Canasta Anual Primer Año | 114 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | | |
|-------------|--|------------|
| 15 | ESQUIZOFRENIA | 115 |
| 15.1 | DIAGNOSTICO | 115 |
| 15.1.1 | Evaluación en sospecha de primer episodio Esquizofrenia (6 meses) | 115 |
| 15.2 | TRATAMIENTO | 116 |
| 15.2.1 | Tratamiento Esquizofrenia Primer Año | 116 |
| 15.2.2 | Tratamiento Esquizofrenia a partir de Segundo Año | 117 |
| 16 | CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS | 119 |
| 16.1 | DIAGNOSTICO | 119 |
| 16.1.1 | Confirmación Cáncer Testículo | 119 |
| 16.1.2 | Etapificación Cáncer Testículo | 119 |
| 16.2 | TRATAMIENTO | 120 |
| 16.2.1 | Intervención Quirúrgica de Testículo (1) | 120 |
| 16.2.2 | Intervención Quirúrgica de Testículo (2) | 120 |
| 16.2.3 | Intervención Quirúrgica de Testículo (3) | 120 |
| 16.2.4 | Radioterapia Cáncer Testículo | 121 |
| 16.2.5 | Banco de espermios | 121 |
| 16.2.6 | Terapia de Reemplazo Hormonal | 121 |
| 16.2.7 | Hospitalización por Quimioterapia | 121 |
| 16.2.8 | Tratamiento Protocolo PE | 122 |
| 16.2.9 | Tratamiento Protocolo PEB | 122 |
| 16.2.10 | Tratamiento Protocolo PEI | 123 |
| 16.3 | SEGUIMIENTO | 123 |
| 16.3.1 | Seguimiento Cáncer Testículo Primer Año | 123 |
| 16.3.2 | Seguimiento Cáncer Testículo Segundo Año | 124 |
| 17 | LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS | 125 |
| 17.1 | DIAGNOSTICO | 125 |
| 17.1.1 | Confirmación Linfoma Adulto | 125 |
| 17.1.2 | Etapificación Linfoma Adulto | 125 |
| 17.2 | TRATAMIENTO | 126 |
| 17.2.1 | Consultas y Exámenes por Quimioterapia | 126 |
| 17.2.2 | Radioterapia Linfoma Adulto | 127 |
| 17.2.3 | Quimioterapia: Linfoma Hodgkin Protocolo ABVD | 127 |
| 17.2.4 | Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin indolente Protocolo CHOP | 127 |
| 17.2.5 | Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin indolente Protocolo COP | 128 |
| 17.2.6 | Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin indolente Protocolo mayores de 65 años | 128 |
| 17.2.7 | Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin agresivo incluido Burkitt | 128 |
| 17.2.8 | Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin agresivo de células grandes B, Protocolo R-CHOP menores de 70 años | 129 |
| 17.2.9 | Quimioterapia: Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - MINE | 129 |
| 17.2.10 | Quimioterapia: Rescate de Linfoma Indolente Protocolo Fludarabina | 129 |
| | LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS | 130 |
| 17.3 | SEGUIMIENTO | 130 |
| 17.3.1 | Seguimiento Linfoma Adulto Primer Año | 130 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | | |
|--------------------|---|------------|
| 17.3.2 | Seguimiento Linfoma Adulto Segundo Año _____ | 130 |
| 18 | <i>SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA</i> _____ | 132 |
| 18.1 | TRATAMIENTO _____ | 132 |
| 18.1.1 | Antiretrovirales para Primera Línea Adultos _____ | 132 |
| 18.1.2 | Antiretrovirales para Segunda Línea Adultos _____ | 132 |
| 18.1.3 | Antiretrovirales para Tercera Línea y Rescates Adultos _____ | 133 |
| 18.1.4 | Continuidad de Antiretrovirales en Uso Adultos _____ | 133 |
| 18.1.5 | Prevención Transmisión Vertical en Embarazadas (ARV embarazo, parto y recién nacido) _____ | 134 |
| 18.1.6 | Antiretrovirales para niños _____ | 135 |
| 19 | <i>INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) BAJA DE MANEJO AMBULATORIO EN MENORES DE 5 AÑOS</i> _____ | 136 |
| 19.1 | TRATAMIENTO _____ | 136 |
| 19.1.1 | Tratamiento Ambulatorio IRA baja en menores de 5 años _____ | 136 |
| 20 | <i>NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS</i> _____ | 137 |
| 20.1 | DIAGNOSTICO _____ | 137 |
| 20.1.1 | Confirmación Neumonía _____ | 137 |
| 20.2 | TRATAMIENTO _____ | 137 |
| 20.2.1 | Tratamiento Neumonía _____ | 137 |
| 21 | <i>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS</i> _____ | 138 |
| 21.1 | DIAGNOSTICO _____ | 138 |
| 21.1.1 | Evaluación Inicial Hipertensión Arterial en Nivel Primario _____ | 138 |
| DIAGNOSTICO | _____ | 138 |
| 21.1.2 | Monitoreo continuo de presión arterial _____ | 138 |
| 21.2 | TRATAMIENTO _____ | 138 |
| 21.2.1 | Tratamiento Hipertensión Arterial en Nivel Primario _____ | 138 |
| 21.2.2 | Control en pacientes hipertensos sin tratamiento farmacológico en Nivel Primario _____ | 138 |
| 21.2.3 | Exámenes APS anuales para pacientes hipertensos en control _____ | 139 |
| 22 | <i>EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS</i> _____ | 140 |
| 22.1 | TRATAMIENTO _____ | 140 |
| 22.1.1 | Tratamiento Integral Año 1 Nivel Primario Epilepsia no Refractaria _____ | 140 |
| 22.1.2 | Tratamiento Año 1 Nivel Secundario Epilepsia no Refractaria _____ | 140 |
| 22.1.3 | Tratamiento Integral Año 2 Nivel Primario Epilepsia no Refractaria _____ | 140 |
| 22.1.4 | Tratamiento Año 2 Nivel Secundario Epilepsia no Refractaria _____ | 141 |
| 22.1.5 | Seguimiento Año 3 Epilepsia no Refractaria _____ | 141 |
| 22.1.6 | Seguimiento Año 4 Epilepsia no Refractaria _____ | 141 |
| 23 | <i>SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS</i> _____ | 142 |
| 23.1 | PREVENCION _____ | 142 |
| 23.1.1 | Prevención y Educación Salud Oral 6 años _____ | 142 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | |
|---|------------|
| 23.2 TRATAMIENTO | 142 |
| 23.2.1 Tratamiento Salud Oral 6 años | 142 |
| 24 PREMATUREZ | 143 |
| 24.1 DIAGNOSTICO | 143 |
| 24.1.1 Parto Prematuro: Confirmación Sintomas Parto Prematuro | 143 |
| 24.1.2 Retinopatía del Prematuro: Sospecha y Confirmación Retinopatía | 143 |
| DIAGNOSTICO | 143 |
| 24.1.3 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Screening Auditivo Automatizado del Prematuro | 143 |
| DIAGNOSTICO | 143 |
| 24.1.4 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Confirmación Hipoacusia del Prematuro | 143 |
| 24.2 TRATAMIENTO | 144 |
| 24.2.1 Parto Prematuro: Tratamiento Sintomas Parto Prematuro | 144 |
| 24.2.2 Parto Prematuro: Control de embarazadas con Síntomas Parto Prematuro | 144 |
| TRATAMIENTO | 144 |
| 24.2.3 Retinopatía del Prematuro: Cirugía Vitreoretinal | 144 |
| TRATAMIENTO | 145 |
| 24.2.4 Retinopatía del Prematuro: Fotocoagulación | 145 |
| TRATAMIENTO | 145 |
| 24.2.5 Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Tratamiento Displasia Broncopulmonar | 145 |
| TRATAMIENTO | 145 |
| 24.2.6 Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Saturometria Continua | 145 |
| 24.2.7 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Implementación Bilateral Audifono | 145 |
| 24.2.8 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Implante Coclear | 146 |
| 24.3 SEGUIMIENTO | 146 |
| 24.3.1 Retinopatía del Prematuro: Seguimiento Post Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1° año | 146 |
| 24.3.2 Retinopatía del Prematuro: Seguimiento Pacientes no Quirurgico Retinopatía del Prematuro | 146 |
| 24.3.3 Retinopatía del Prematuro: Seguimiento Post Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 2° año | 147 |
| 24.3.4 Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Seguimiento Displasia Broncopulmonar Primer Año | 147 |
| 24.3.5 Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Seguimiento Displasia Broncopulmonar Segundo Año | 147 |
| 24.3.6 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Rehabilitacion Hipoacusia del Prematuro (audifono e implante coclear) primer año | 148 |
| 24.3.7 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Rehabilitacion Hipoacusia del Prematuro (audifono e implante coclear) segundo año | 148 |
| 25 TRASTORNO DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO. | 149 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | |
|--|------------|
| 25.1 DIAGNOSTICO | 149 |
| 25.1.1 Confirmación Trastorno de Conducción | 149 |
| 25.1.2 Estudios Electrofisiologicos | 149 |
| 25.2 TRATAMIENTO | 149 |
| 25.2.1 Implantación de Marcapaso Unicameral VVI | 149 |
| 25.2.2 Recambio Marcapaso Unicameral VVI con o sin electrodos | 150 |
| 25.2.3 Implantación de Marcapaso Bicameral DDD | 150 |
| 25.2.4 Recambio Marcapaso Bicameral DDD con o sin electrodos | 151 |
| 25.3 SEGUIMIENTO | 151 |
| 25.3.1 Seguimiento Transtorno de Conducción Primer año | 151 |
| 25.3.2 Seguimiento Transtorno de Conducción Segundo Año | 152 |
| 26 COLECISTECTOMÍA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS SINTOMÁTICOS | 153 |
| 26.1 DIAGNOSTICO | 153 |
| 26.1.1 Confirmación Colectistectomía | 153 |
| 26.2 TRATAMIENTO | 153 |
| 26.2.1 Intervención quirurgica Colelitiasis | 153 |
| 27 CÁNCER GÁSTRICO EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS | 155 |
| 27.1 DIAGNOSTICO | 155 |
| 27.1.1 Sospecha Cáncer Gástrico | 155 |
| 27.1.2 Confirmación Cáncer Gástrico Nivel Secundario | 155 |
| 27.2 TRATAMIENTO | 155 |
| 27.2.1 Intervención Quirurgica Resección Endoscopica Cáncer Gástrico Incipiente | 155 |
| 27.2.2 Intervención Quirurgica Gastrectomia Subtotal Cáncer Gástrico Incipiente | 156 |
| 27.2.3 Intervención Quirurgica Gastrectomia Total Cáncer Gástrico Incipiente | 157 |
| CÁNCER GÁSTRICO EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS | 157 |
| TRATAMIENTO | 157 |
| 27.2.4 Intervención Quirurgica Cáncer Gástrico Avanzado | 157 |
| CÁNCER GÁSTRICO EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS | 158 |
| 27.3 SEGUIMIENTO | 158 |
| 27.3.1 Seguimiento Intervención Quirurgica Resección Endoscopica Cáncer Gástrico Incipiente | 158 |
| 27.3.2 Seguimiento Intervención Quirurgica Gastrectomia Subtotal Cáncer Gástrico Incipiente | 158 |
| 27.3.3 Seguimiento Intervención Quirurgica Gastrectomia Total Cáncer Gástrico Incipiente | 159 |
| 27.3.4 Seguimiento Intervención Quirurgica Cáncer Gástrico Avanzado | 159 |
| 28 CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS | 160 |
| 28.1 TRATAMIENTO | 160 |
| 28.1.1 Etapificación Cáncer de Próstata | 160 |
| 28.1.2 Intervención Quirurgica Tumores Malignos de Prostata | 160 |
| 28.1.3 Intervención Quirurgica Orquidectomía | 161 |
| 28.1.4 Radioterapia Cáncer de Próstata | 161 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | | |
|-------------|---|------------|
| 28.1.5 | Hormonoterapia | 161 |
| 28.2 | SEGUIMIENTO | 161 |
| 28.2.1 | Seguimiento Cáncer Prostata | 161 |
| 29 | VICIOS DE REFRACCIÓN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS | 162 |
| 29.1 | DIAGNOSTICO | 162 |
| 29.1.1 | Confirmación Vicio Refracción | 162 |
| 29.2 | TRATAMIENTO | 162 |
| 29.2.1 | Tratamiento Vicio Refracción: Lentes de presbicia | 162 |
| 29.2.2 | Tratamiento Vicio Refracción: Lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía | 162 |
| 30 | ESTRABISMO EN MENORES DE 9 AÑOS | 163 |
| 30.1 | DIAGNOSTICO | 163 |
| 30.1.1 | Confirmación Estrabismo menores de 9 años | 163 |
| 30.2 | TRATAMIENTO | 163 |
| 30.2.1 | Tratamiento Quirurgico Ambulatorio menores de 9 años | 163 |
| 30.2.2 | Tratamiento Medico Estrabismo menores de 9 años | 163 |
| 30.3 | SEGUIMIENTO | 163 |
| 30.3.1 | Seguimiento Estrabismo menores de 9 años | 163 |
| 31 | RETINOPTIA DIABETICA | 164 |
| 31.1 | DIAGNOSTICO | 164 |
| 31.1.1 | Confirmación Retinopatía Diabética | 164 |
| 31.2 | TRATAMIENTO | 164 |
| 31.2.1 | Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética | 164 |
| 31.2.2 | Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética | 164 |
| 32 | DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO | 165 |
| 32.1 | DIAGNOSTICO | 165 |
| 32.1.1 | Confirmación Desprendimiento Retina | 165 |
| 32.2 | TRATAMIENTO | 165 |
| 32.2.1 | Tratamiento Vitrectomía Desprendimiento de Retina | 165 |
| 32.2.2 | Cirugía Desprendimiento Retina | 165 |
| 33 | HEMOFILIA | 166 |
| 33.1 | DIAGNÓSTICO | 166 |
| 33.1.1 | Confirmación de Hemofilia en la sospecha o primer episodio hemorrágico | 166 |
| 33.2 | TRATAMIENTO | 166 |
| 33.2.1 | Terapia de Reemplazo | 166 |
| 34 | DEPRESION EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS | 167 |
| 34.1 | TRATAMIENTO | 167 |
| 34.1.1 | Tratamiento Depresión Leve y Moderada Nivel Primario | 167 |
| 34.1.2 | Tratamiento Depresión Severa Nivel Especialidad | 167 |
| 35 | TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICOS | 169 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | |
|--|------------|
| 35.1 TRATAMIENTO | 169 |
| 35.1.1 Tratamiento Quirúrgico Hiperplasia Próstata | 169 |
| 35.1.2 Seguimiento Intervención Quirúrgico Hiperplasia Próstata | 170 |
| 36 ÓRTESIS (O AYUDAS TÉCNICAS) PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS | 171 |
| 36.1 TRATAMIENTO | 171 |
| 36.1.1 Atención kinesiológica | 171 |
| 36.1.2 Ortesis Bastón | 171 |
| 36.1.3 Ortesis Silla de ruedas | 171 |
| 36.1.4 Ortesis Andador | 171 |
| 36.1.5 Ortesis Andador de paseo | 171 |
| 36.1.6 Ortesis Cojín antiescaras | 171 |
| 36.1.7 Ortesis Colchón antiescaras | 171 |
| 37 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS | 172 |
| 37.1 DIAGNOSTICO | 172 |
| 37.1.1 Confirmación Accidente Cerebro Vascular Isquémico | 172 |
| 37.2 TRATAMIENTO | 172 |
| 37.2.1 Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico | 172 |
| 37.2.2 Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico | 173 |
| 38 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO | 174 |
| 38.1 DIAGNÓSTICO | 174 |
| 38.1.1 Confirmación Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | 174 |
| 38.2 TRATAMIENTO | 174 |
| 38.2.1 Terapia EPOC bajo riesgo | 174 |
| 38.2.2 Terapia EPOC alto riesgo | 174 |
| 38.2.3 Tratamiento Exacerbaciones | 174 |
| 39 ASMA BRONQUIAL MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 15 AÑOS | 175 |
| 39.1 DIAGNÓSTICO | 175 |
| 39.1.1 Confirmación Asma Bronquial en menores de 15 años | 175 |
| 39.2 TRATAMIENTO | 175 |
| 39.2.1 Tratamiento asma moderado estable Atención Primaria en menores de 15 años | 175 |
| 39.2.2 Tratamiento asma moderado y severo estable Nivel Especialidad en menores de 15 años | 175 |
| 39.2.3 Tratamiento Exacerbaciones Atención Primaria en menores de 15 años | 175 |
| 39.2.4 Tratamiento Exacerbaciones Nivel Especialidad en menores de 15 años | 176 |
| 40 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO | 177 |
| 40.1 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO | 177 |
| 40.1.1 Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento | 177 |
| 40.1.2 Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento | 178 |
| 40.1.3 Hernia Diafragmática: Tratamiento Especializado Con Oxido Nítrico | 179 |
| 40.1.4 Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento | 179 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| | | |
|--------|--|-----|
| 40.1.5 | Hipertensión Pulmonar Persistente y Aspiración de Meconio: Tratamiento Especializado Con Oxido Nítrico _____ | 180 |
| 40.1.6 | Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento _____ | 180 |
| 40.1.7 | Bronconeumonia: Confirmación y Tratamiento _____ | 181 |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

1 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL

1.1 TRATAMIENTO

1.1.1 Estudio Pretrasplante (receptor)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|--|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Cirujano |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Fisica y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Nefrologo; Cirujano |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Psiquiatra, Cardiólogo, Oftalmólogo, Otorrinolaringólogo |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301086-GES | Velocidad de eritrosedimentación (proc. aut.) | |
| 0301091-GES | Proteína C | |
| 0301092-GES | Proteína S | |
| 0301093-GES | Resistencia Proteína C | |
| 0302005-GES | Acido úrico | |
| 0302012-GES | Bilirrubina total (proc. aut.) | |
| 0302048-GES | Glucosa, Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO), (dos determinaciones) (no incluye la glucosa que se administra) (incluye el valor de las dos tomas de muestras) | |
| 0302060-GES | Proteínas totales o albúminas, c/u | |
| 0302064-GES | Triglicéridos (proc. aut.) | |
| 0302067-GES | Colesterol total (proc. aut.) | |
| 0303014-GES | Gonadotrofina coriónica, sub-unidad beta (incluye titulación si corresponde) (Elisa, RIA o IRMA, Quimioluminiscencia u otra técnica). | |
| 0305004-GES | Tamizaje de Anticuerpos anti antígenos nucleares extractables (a-ENA: Sm, RNP, Ro, La, Scl- 70 y Jo- 1) | |
| 0305005-GES | Anticuerpos antinucleares (ANA), antimitocondriales, anti DNA (ADNA), anti músculo liso, anticentrómero, u otros, c/u. | |
| 0305012-GES | Complemento C1Q, C2, C3, C4, etc., c/u | |
| 0305027-GES | Inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM, c/u | |
| 0305041-GES | Intradermoreacción (PPD, histoplasmina, aspergilina, u otros, incluye el valor del antígeno y reacción de control), c/u. | |
| 0305070-GES | Antígeno prostático específico | |
| 0305082-GES | Anticuerpos anticitoplasma de neutrofilos (anca), c-anca y p-anca, por ifi | |
| 0306002-GES | Baciloscopia Ziehl-Neelsen, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306016-GES | Neisseria gonorrhoeae (gonococo) | |
| 0306042-GES | V.D.R.L. | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|--------------------------------|
| 0306048-GES | Coproparasitológico seriado simple (incluye diagnostico de gusanos macroscópicos y examen microscópico por concentración de 3 muestras separadas método Telemann) (proc. aut.) | |
| 0306061-GES | Elisa indirecta (Chagas, hidatidosis, toxocariasis y otras), c/u | |
| 0306064-GES | Hemaglutinación indirecta (toxoplasmosis, Chagas, hidatidosis y otras), c/u | |
| 0306065-GES | Inmunolectroforesis o contraínmunolectroforesis (hidatidosis, distomatosis, amebiasis y otras), c/u | |
| 0306066-GES | Inmunofluorescencia indirecta (toxoplasmosis, Chagas, amebiasis y otras), c/u | |
| 0306068-GES | Aislamiento de virus (adenovirus, citomegalovirus, Coxsakie, herpes, influenza, polio, sarampión y otros), c/u | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | Citomegalovirus y Epstein Barr |
| 0306070-GES | Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309028-GES | Proteína (cuantitativa) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0401010-GES | Mamografía bilateral (4 exp.) | |
| 0401031-GES | Cavidades perinasales, órbitas, articulaciones temporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar, arco cigomático, cara, c/u (2 exp.) | |
| 0401056-GES | Edad ósea: carpo y mano (1 exp.) | |
| 0403007-GES | Órbitas máxilofacial (incluye coronales) (40 cortes 2-4 mm) | |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404006-GES | Ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u obstétrica con estudio fetal | |
| 0404015-GES | Ecotomografía tiroidea | |
| 0404019-GES | Ecotomografía vascular periférica (bilateral), cervical (bilateral), abdominal o de otros órganos con Doppler color | |
| 0501105-GES | Spect cardíaco stress y reposo (no incluye honorarios médico cardiólogo) | Cintigrafía miocárdica |
| 0702003-GES | Set de Exámenes por unidad de Glóbulos Rojos transfundida (incluye clasificación ABO y Rho, VDRL, HIV, virus hepatitis B antígeno de superficie, anticuerpos de hepatitis C, HTLV - I y II, Chagas, prueba de compatibilidad eritrocitaria) | |
| 0801001-GES | Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau y similares) (por cada órgano) | |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701003-GES | Ergometría (incluye E.C.G. antes, durante y después del ejercicio con monitoreo continuo y medición de la intensidad del esfuerzo) | |
| 1701019-GES | Cinecoronariografía derecha y/o izquierda (incluye sondeo cardíaco izquierdo y ventriculografía izquierda) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 1707020-GES | Volumen residual, estudio de medición de volúmenes y capacidades pulmonares(incluye volumen residual y capacidad vital) | |
| 1801001-GES | Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia) | |
| 1901003-GES | Cistoscopia y/o uretrocistoscopia y/o uretroscopia (proc.aut.) | |
| 1901030-GES | Estudio urodinámico (incluye cistometría, EMG perineal y del esfínter uretral, perfil uretral y uroflujometría) | |
| | Biopsia renal | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL
TRATAMIENTO

1.1.2 Trasplante Renal

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| | Intervención Quirúrgica Trasplante Renal | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0203003-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. pediátrica | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0203006-GES | Día cama hospitalización integral intermedio pediátrica | |
| 0301009-GES | Auto-hemólisis test, con y sin glucosa | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301015-GES | Coombs indirecto, prueba de | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301050-GES | Isoinmunización, detección de anticuerpos irregulares (proc. aut.). | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302005-GES | Acido úrico | |
| 0302012-GES | Bilirrubina total (proc. aut.) | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302016-GES | Calcio iónico, incluye proteínas totales | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302034-GES | Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302045-GES | Gamma glutamiltranspeptidasa (GGT) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302060-GES | Proteínas totales o albúminas, c/u | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0302064-GES | Triglicéridos (proc. aut.) | |
| 0302067-GES | Colesterol total (proc. aut.) | |
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasa alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT y GPT). | |
| 0305030-GES | Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares | |
| 0305031-GES | Proteína C reactiva por técnicas nefelométricas y/o turbidimétricas | |
| 0305057-GES | Alocrossmatch con linfocitos T y B | |
| 0306002-GES | Baciloscopía Ziehl-Neelsen, c/u | |
| 0306004-GES | Examen directo al fresco, c/s tinción (incluye trichomonas) | |
| 0306005-GES | Tinción de Gram | |
| 0306007-GES | Coprocultivo, c/u | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306017-GES | Levaduras | |
| 0306026-GES | Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011) | |
| 0308006-GES | pH | |
| 0308011-GES | Directo al fresco c/s tinción, (incluye trichomonas) | |
| 0308014-GES | Físico-químico (incluye aspecto, color, pH, glucosa, proteína, Pandy y filancia) | |
| 0309008-GES | Calcio cuantitativo | |
| 0309010-GES | Creatinina cuantitativa | |
| 0309011-GES | Cuerpos cetónicos | |
| 0309012-GES | Electrolitos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0309020-GES | Nitrógeno ureico o urea cuantitativo | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0309028-GES | Proteína (cuantitativa) | |
| 0401014-GES | Abdomen simple, proyección complementaria en el mismo examen (1 exp.) | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0402014-GES | Uretro y/o cistouretrografía miccional retrógrada (5 exp.) | |
| 0404019-GES | Ecotomografía vascular periférica (bilateral), cervical (bilateral), abdominal o de otros órganos con Doppler color | |
| 0501118-GES | Estudio dinámico renal con Tc 99 - DTPA | |
| 0702006-GES | Transfusión en adulto (atención ambulatoria, atención cerrada siempre que la administración sea controlada por profesional especialista, tecnólogo médico o médico responsable) | |
| | Filtro de leucocitos | |
| 0702013-GES | Hemaféresis procedimiento manual (incluye proc. completo) | |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1901003-GES | Cistoscopia y/o uretroscopia y/o uretrosocopia (proc. Aut.) | |
| 1901028-GES | Hemodiálisis con bicarbonato con insumos (por sesión) | |
| | Biopsia Renal | |

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL
TRATAMIENTO

1.1.3 Nefrectomía Donante

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0301004-GES | Adhesividad plaquetaria | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301050-GES | Isoinmunización, detección de anticuerpos irregulares (proc. aut.). | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301064-GES | Recuento de eritrocitos, absoluto (proc. aut.) | |
| 0301065-GES | Recuento de leucocitos, absoluto (proc. aut.) | |
| 0301066-GES | Recuento de linfocitos (absoluto) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302005-GES | Acido úrico | |
| 0302012-GES | Bilirrubina total (proc. aut.) | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302016-GES | Calcio iónico, incluye proteínas totales | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302024-GES | Creatinina, depuración de (Clearance) (proc. aut.) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasa alcalinas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302045-GES | Gamma glutamiltranspeptidasa (GGT) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302056-GES | Magnesio | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0302067-GES | Colesterol total (proc. aut.) | |
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasa alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT y GPT). | |
| 0305031-GES | Proteína C reactiva por técnicas nefelométricas y/o turbidimétricas | |
| 0305070-GES | Antígeno prostático específico | |
| 0306005-GES | Tinción de Gram | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306026-GES | Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011) | |
| 0306042-GES | V.D.R.L. | |
| 0306061-GES | Elisa indirecta (Chagas, hidatidosis, toxocariasis y otras), c/u | |
| 0306064-GES | Hemaglutinación indirecta (toxoplasmosis, Chagas, hidatidosis y otras), c/u | |
| 0306066-GES | Inmunofluorescencia indirecta (toxoplasmosis, Chagas, amebiasis y otras), c/u | |
| 0306068-GES | Aislamiento de virus (adenovirus, citomegalovirus, Coxsakie, herpes, influenza, polio, sarampión y otros), c/u | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0306070-GES | Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u | |
| 0306075-GES | Virus hepatitis B, anticuerpo del antígeno E del | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306078-GES | Virus hepatitis B, antígeno E del (HBEAg) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308014-GES | Físico-químico (incluye aspecto, color, pH, glucosa, proteína, Pandy y filancia) | |
| 0309010-GES | Creatinina cuantitativa | |
| 0309012-GES | Electrolitos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0309014-GES | Embarazo, detección de (cualquier técnica) | |
| 0309020-GES | Nitrógeno ureico o urea cuantitativo | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0309028-GES | Proteína (cuantitativa) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0401026-GES | Pielografía de eliminación con control minutado (10 exp.) | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0402027-GES | Arteriografía selectiva con AOT o cineangiografía (pulmonar, renal, tronco celiaco o similar) c/u | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler Color | |
| 1707038-GES | Monitoreo o estudio de apnea durante el sueño. | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| | Intervención Quirúrgica Nefrectomía | |

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL
TRATAMIENTO

1.1.4 Droga Inmunosupresora Protocolo 1

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|----------------------------------|---------------|
| | Metilprednisona succinato sódico | |
| | Prednisona | |
| | Azatioprina | |

1.1.5 Droga Inmunosupresora Protocolo 2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|----------------------------------|---------------|
| | Metilprednisona succinato sódico | |
| | Prednisona | |
| | Azatriopina | |
| | Ciclosporina | |

1.1.6 Droga Inmunosupresora Protocolo 3 Esquema N°1

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--|---------------|
| | Metilprednisona succinato sódico | |
| | Timoglobulina | |
| | Anticuerpos monoclonales (Basiliximab, Daclizumab) | |
| | Prednisona | |
| | Azatriopina | |
| | Tacrolimus | |

1.1.7 Droga Inmunosupresora Protocolo 3 Esquema N°2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--|---------------|
| | Metilprednisona succinato sódico | |
| | Timoglobulina | |
| | Anticuerpos monoclonales (Basiliximab, Daclizumab) | |
| | Prednisona | |
| | Azatriopina | |
| | Ciclosporina | |
| | Sirolimus | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

1.1.8 Droga Inmunosupresora Protocolo 3 Esquema N°3

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--|---------------|
| | Metilprednisona succinato sódico | |
| | Timoglobulina | |
| | Anticuerpos monoclonales (Basiliximab, Daclizumab) | |
| | Prednisona | |
| | Ciclosporina | |
| | Micofenolato | |

1.1.9 Acceso Vascular Simple (Mediante FAV) para Hemodiálisis

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en cirugía, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología | |
| 0203011-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos ab0 y rho (incluye estudio de factor du en Rh negativo) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye inr, relación internacional normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (tppa, ttpk o similares) | |
| 0301086-GES | Velocidad de eritrosedimentación (proc. aut.) | |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302057-GES | Nitrogeno ureico y/o urea | en sangre |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| | Fístula arteriovenosa | |

1.1.10 Acceso Vascular Complejo (Mediante FAV) para Hemodiálisis

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en cirugía, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos ab0 y rho (incluye estudio de factor du en Rh negativo) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301086-GES | Velocidad de eritrosedimentación (proc. aut.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye inr, relacion internacional normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (tppa, ttpk o similares) | |
| 0302057-GES | Nitrogeno ureico y/o urea | en sangre |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmaticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0404019-GES | Ecotomografía vascular periférica (bilateral), cervical (bilateral), abdominal o de otros órganos con Doppler color | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0402038-GES | Flebografía extremidad inferior o superior, un lado cada extremidad. | |
| | Fístula arteriovenosa codo proximal | |
| | Transposición Basílica | |
| | Implante de Prótesis para hemodialisis | |
| | Prótesis (PTFE para hemodialisis) | |

TRATAMIENTO

1.1.11 Hierro Endovenoso Pacientes en Diálisis

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en cirugía, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología | Consulta Nefrologo |
| 0301026-GES | Ferritina | |
| 0301082-GES | Transferrina | |
| 0301029-GES | Hierro, capacidad de fijación del (incluye hierro serico) | |
| | Hierro endovenoso | |
| | Insumos para instalar hierro endovenoso | Matraz 250cc, jeringa 5 ml y bajada suero |

1.1.12 Hemodiálisis

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0302032-GES | Electrolitos Plasmaticos (Sodio, Potasio, Cloro) C/U | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302042-GES | Fosforo (Fosfatos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (Proc. Aut.) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), Pirúvica (GPT/ALT), c/u | |
| 0302060-GES | Proteínas totales o albúminas, c/u | en sangre |
| 0302040-GES | Fosfatasa Alcalinas Totales | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302011-GES | Bicarbonato (Proc. Aut.) | |
| 0302057-GES | Nitrogeno Ureico y/o Urea | en sangre |
| 0303018-GES | Parathormona, hormona Paratiroidea o PTH. | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0306169-GES | Anticuerpos Virales, Determ. de H.I.V. | |
| 0301026-GES | Ferritina | |
| 1901028-GES | Hemodialisis con Bicarbonato con Insumos (Por Sesion) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

1.1.13 Peritoneodiálisis en menores de 15 años

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0301036-GES | Hematocrito (Proc. Aut.) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302057-GES | Nitrogeno Ureico y/o Urea | en sangre |
| 0302042-GES | Fosforo (Fosfatos) | en sangre |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302032-GES | Electrolitos Plasmaticos (Sodio, Potasio, Cloro) c/u | |
| 0302011-GES | Bicarbonato (Proc. Aut.) | |
| 0302040-GES | Fosfatasas Alcalinas Totales | |
| 0302060-GES | Proteínas totales o albúminas, c/u | en sangre |
| 0302067-GES | Colesterol Total (Proc. Aut.) | |
| 0302064-GES | Trigliceridos (Proc. Aut.) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0303018-GES | Parathormona, hormona Paratiroidea o PTH. | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| | Peritoneodialisis (Incluye Insumos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

2 CARDIOPATIAS CONGENITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS

2.1 DIAGNOSTICO

2.1.1 Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Pre Natal

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidad en cirugía, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología | |
| | Ecocardiograma fetal de confirmación | |
| 0303003-GES | Cariograma de fibroblastos por cultivo de trofoblasto, líquido amniótico, piel u otros bandeos G y eventualmente Q,R,C NOR | Cariograma líquido |

2.1.2 Confirmación Cardiopatía Congénita Operable Post Natal

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701006-GES | E.C.G. continuo (test Holter o similares, por ej. variabilidad de la frecuencia cardíaca y/o alta resolución del ST y/o depolarización tardía); 20 a 24 horas de registro | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |

2.1.3 Estudio Hemodinámico

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 1701011-GES | Sondeo cardíaco izquierdo y derecho, en adultos o niños | |
| 1701021-GES | Ventriculografía izquierda, en adultos o niños (incl. proc. rad., y sondeo cardíaco izquierdo) | |

2.2 TRATAMIENTO

2.2.1 Cirugía CEC Mayor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302008-GES | Amilasa | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302056-GES | Magnesio | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | en sangre |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0302067-GES | Colesterol total (proc. aut.) | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0303026-GES | Tiroxina libre (T4L) | |
| 0305030-GES | Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306042-GES | V.D.R.L. | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17.01.008) | |
| 1701011-GES | Sondeo cardíaco izquierdo y derecho, en adultos o niños | |
| 1701019-GES | Cinecoronariografía derecha y/o izquierda (incluye sondeo cardíaco izquierdo y ventriculografía izquierda) | |
| 1701022-GES | Aortografía, en adultos o niños (Incluye proc. rad.) | |
| 1701035-GES | Colocación de sonda marcapaso transitorio (proc. completo) | |
| 1701038-GES | Septostomía de Rashkind | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 1703061-GES | De complejidad mayor: incluye reemplazo valvular múltiple, tres o más puentes aortocoronarios y/o anastomosis con arteria mamaria, corrección de cardiopatías congénitas complejas (por ejemplo: Fallot; atresia tricuspídea; doble salida del ventrículo derecho) | |

CARDIOPATIAS CONGENITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS
TRATAMIENTO

2.2.2 Cirugía CEC Mediana

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302008-GES | Amilasa | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasa alcalinas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302056-GES | Magnesio | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | en sangre |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0302067-GES | Colesterol total (proc. aut.) | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0303026-GES | Tiroxina libre (T4L) | |
| 0305030-GES | Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0306042-GES | V.D.R.L. | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01-008) | |
| 1701011-GES | Sondeo cardíaco izquierdo y derecho, en adultos o niños | |
| 1701019-GES | Cinecoronariografía derecha y/o izquierda (incluye sondeo cardíaco izquierdo y ventriculografía izquierda) | |
| 1703062-GES | De complejidad mediana: incluye comunicación interventricular, reemplazo univalvular, uno o dos puentes aortocoronarios; aneurisma ventricular, corrección de Wolf-Parkinson White y otras arritmias | |

CARDIOPATIAS CONGENITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS
TRATAMIENTO

2.2.3 Cirugía CEC Menor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302008-GES | Amilasa | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302056-GES | Magnesio | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | en sangre |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0302067-GES | Colesterol total (proc. aut.) | |
| 0305030-GES | Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306042-GES | V.D.R.L. | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01-008) | |
| 1701011-GES | Sondeo cardíaco izquierdo y derecho, en adultos o niños | |
| 1701019-GES | Cinecoronariografía derecha y/o izquierda (incluye sondeo cardíaco izquierdo y ventriculografía izquierda) | |
| 1703063-GES | De complejidad menor: incluye comunicación interauricular simple, estenosis pulmonar valvular, estenosis mitral o similar | |

CARDIOPATIAS CONGENITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS
TRATAMIENTO

2.2.4 Cierre de Ductus por Coil

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01-008) | |
| | Sondeo cardíaco izquierdo y derecho, en adultos o niños | |
| | Coil Flipper | |
| | Set Liberador | |

TRATAMIENTO

2.2.5 Cierre de Ductus por Cirugía

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203004-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. neonatal | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1703051-GES | Conducto arterioso persistente, trat. Quirúrgico | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

2.2.6 Tratamiento Otras Cirugías Cardíacas Coartación Aortica

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302005-GES | Acido úrico | |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o urea | |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01--008) | |
| 1703049-GES | Coartación aórtica infantil (preductal) trat. quirúrgico | |

TRATAMIENTO

2.2.7 Tratamiento Otras Cirugías Cardíacas Banding

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302005-GES | Acido úrico | |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01-008) | |
| 1703055-GES | Operaciones Sobre Arteria Pulmonar, Constricción por Cinta | |

TRATAMIENTO

2.2.8 Tratamiento Otras Cirugías Cardíacas Derivación Sistémico Pulmonar (Shunt)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302005-GES | Acido úrico | |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01-008) | |
| 1701011-GES | Sondeo cardíaco izquierdo y derecho, en adultos o niños | |
| 1703047-GES | Anastomosis vasculares sistémicopulmonares (Blalock-Pott-Glenn o similares) | |

TRATAMIENTO

2.2.9 Tratamiento Otras Cirugías Cardíacas Anillo Vascular

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1703054-GES | Operación sobre anillos valvulares o vasculares | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

2.2.10 Implantación Marcapaso

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701006-GES | E.C.G. continuo (test Holter o similares, por ej. variabilidad de la frecuencia cardíaca y/o alta resolución del ST y/o depolarización tardía); 20 a 24 horas de registro | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01-008) | |
| 1703153-GES | Implantación de marcapaso c/electrod. intraven. o epicárdico (incluye el valor de la prótesis) | |

TRATAMIENTO

2.2.11 Control Cardiopatía Congénita Operables 1 año post quirúrgico (estaba en seguimiento)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en cirugía, ginecología y obstetricia, ortopedia y traumatología | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1701006-GES | E.C.G. continuo (test Holter o similares, por ej. variabilidad de la frecuencia cardíaca y/o alta resolución del ST y/o depolarización tardía); 20 a 24 horas de registro | |
| 1701003-GES | Ergometría (incluye E.C.G. antes, durante y después del ejercicio con monitoreo continuo y medición de la intensidad del esfuerzo) | Test de esfuerzo con protocolo de Bruce |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

3 CANCER CERVICOUTERINO

3.1 DIAGNOSTICO

3.1.1 Sospecha Cáncer Cervicouterino

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0801001-GES | Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau y similares) (por cada órgano) | |

3.1.2 Confirmación Cáncer Cervicouterino Pre Invasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Ginecologo |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 2001002-GES | Colposcopia | |
| 2001014-GES | Biopsia endometrio, vulva, vagina, cuello, c/u (proc. aut.) | Corresponde a la toma de la muestra |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |
| 0801001-GES | Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau y similares) (por cada órgano) | |

3.1.3 Confirmación Cáncer Cervicouterino Invasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 2001002-GES | Colposcopia | |
| 2001014-GES | Biopsia endometrio, vulva, vagina, cuello, c/u (proc. aut.) | Corresponde a la toma de la muestra |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |
| 2003012-GES | Conización y/o amputación del cuello, diagnostica y/o terapéutica c/s biopsia | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CANCER CERVICOUTERINO
DIAGNÓSTICO

3.1.4 Etapificación Cáncer Cervicouterino Invasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oncologo |
| 0101009-GES | Visita por médico interconsultor (o en junta médica c/u) a enfermo hospitalizado | Comité o Junta Médica |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | |
| 1901003-GES | Cistoscopia y/o uretrocistoscopia y/o uretroscopia (proc.aut.) | |
| 1801004-GES | Ano-recto-sigmoidoscopia en adultos | |

3.2 TRATAMIENTO

3.2.1 Tratamiento Cáncer Cervicouterino Pre Invasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 2001016-GES | Electrodiatermo o criocoagulación de lesiones del cuello | |
| 2003012-GES | Conización y/o amputación del cuello, diagnostica y/o terapéutica c/s biopsia | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---|
| 2003010-GES | Total o ampliada | Histerectomía total o ampliada por vía abdominal; útero y sus elementos de sostén |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| 0203011-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| | Electrodo para coagulación | |
| | Asa Térmica | |

CANCER CERVICOUTERINO
TRATAMIENTO

3.2.2 Tratamiento Quirúrgico Cáncer Cervicouterino Invasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0702006-GES | Transfusión en adulto (atención ambulatoria, atención cerrada siempre que la administración sea controlada por profesional especialista, tecnólogo médico o médico responsable) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0702003-GES | Set de Exámenes por unidad de Glóbulos Rojos transfundida (incluye clasificación ABO y Rho, VDRL, HIV, virus hepatitis B antígeno de superficie, anticuerpos de hepatitis C, HTLV - I y II, Chagas, prueba de compatibilidad eritrocitaria) | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 2003012-GES | Conización y/o amputación del cuello, diagnostica y/o terapéutica c/s biopsia | |
| 2003015-GES | Histerectomía radical con disección pelviana completa de territorios ganglionares, incluye ganglios lumboaórticos (operación de Wertheim o similares) | |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |

TRATAMIENTO

3.2.3 Radioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--------------|---------------|
| | Radioterapia | |

TRATAMIENTO

3.2.4 Tratamiento Braquiterapia Cáncer Cervicouterino Invasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| | Braquiterapia | |

TRATAMIENTO

3.2.5 Tratamiento Quimioterapia Cáncer Cervicouterino Invasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 3002036-GES | Ca. Cervico Uterino | Quimioterapia |
| 0203011-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CANCER CERVICOUTERINO INVASOR

TRATAMIENTO

3.2.6 Ca. Cervico Uterino (Quimioterapia)

| Prestación |
|---|
| Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Fluoexetina, Sertralina) |
| Dexametasona |
| Cisplatino |
| Manitol |
| Furosemida |
| Antiemetico Oral (Clorpromazina, Domperdiona, Metoclopramida, Tietilperazina) |
| Bloqueador H2 de la Histamina (Ranitidina, Famotidina) |
| Factor Estimulante de Colonias (Filgrastin) |
| Cloxacilina |
| Amikacina |
| Ceftriaxona |
| Fluconazol |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Catéter |

3.3 SEGUIMIENTO

3.3.1 Seguimiento Cáncer Cervicouterino Preinvasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera/matrona |
| 2001002-GES | Colposcopia | |
| 2001014-GES | Biopsia endometrio, vulva, vagina, cuello, c/u (proc. Aut.) | |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| 0801001-GES | Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau y similares) (por cada órgano) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CANCER CERVICOUTERINO
SEGUIMIENTO

3.3.2 Seguimiento Cáncer Cervicouterino Invasor

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0101009-GES | Visita por médico interconsultor (o en junta médica c/u) a enfermo hospitalizado | Comité o Junta Médica |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera/matrona |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 2001002-GES | Colposcopia | |
| 0801001-GES | Citodiagnóstico corriente, exfoliativa (Papanicolau y similares) (por cada órgano) | |
| 2001014-GES | Biopsia endometrio, vulva, vagina, cuello, c/u (proc. aut.) | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0702006-GES | Transfusión en adulto (atención ambulatoria, atención cerrada siempre que la administración sea controlada por profesional especialista, tecnólogo médico o médico responsable) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

4 ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS

4.1 TRATAMIENTO

4.1.1 Tratamiento Integral por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 0903004-GES | Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores) | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0103004-GES | Educación de grupo por auxiliar de enfermería | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0104001-GES | Visita a domicilio por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0104003-GES | Visita a domicilio por auxiliar de enfermería | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0106006-GES | Oxigenoterapia domiciliaria (pacientes oxígeno dependientes) | |
| | Anestesia peridural o epidural continua | |
| 0101009-GES | Visita por médico interconsultor (o en junta médica c/u) a enfermo hospitalizado | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| | AINES +transfusión+antibioterapia | |
| | AINES +opiode debil+transfusión+antibioterapia | |
| | AINES +opiode fuerte+transfusión+antibioterapia | |
| | Antiemeticos (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondasetrón) | |
| | Laxantes según Formulario Nacional 2005 (Aceite de ricino, Fosfatos, Magnesio sulfato, Vaselina líquida) | |
| | Corticoides (Betametasona, Dexametasona, Hidrocortizona, Metilprednisolona, Prednisona) | |
| | Anticonvulsivantes orales e inyectables (Acido valproico, Carbamazepina, Clonazepam, Etosuximida, Fenitoina, Fenobarbital) / Ansiolíticos orales e inyectables (Alprazolam, Diazepam, Lorazepam) / Hipnóticos orales e inyectables (Alprazolam, Diazepam, Lorazepam, Midazolam) | |
| | Bifosfonatos (Alendronato, Pamidronato) | |
| | Insumos de enfermería | |
| | Accesorio bomba infusión | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

5 INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

5.1 DIAGNOSTICO

5.1.1 Sospecha Infarto Agudo del Miocardio

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|-----------------------------|---------------|
| | Electrocardiograma (E.C.G.) | Telemedicina |

5.2 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

5.2.1 Confirmación y Tratamiento Infarto Agudo del Miocardio Urgencia

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|-----------------------------------|---------------|
| 0302025-GES | Creatinquinasa CK - MB miocárdica | |
| 0302026-GES | Creatinquinasa CK - total | |
| | Estreptokinasa | |
| | Acido acetilsalicílico | |
| | Nitroglicerina | |
| | Morfina | |

5.3 TRATAMIENTO

5.3.1 Tratamiento Médico del Infarto Agudo del Miocardio

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301085-GES | Tiempo parcial de tromboplastina (TTPK) | |
| 0302032-GES | Electrolitos Plasmáticos | |
| 0302025-GES | Creatinquinasa CK-MB miocárdica | |
| 0302026-GES | Creatinquinasa CK-total | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0302034-GES | Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) | |
| 0302075-GES | Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| | Acido Acetilsalicilico | |
| | Betabloqueadores orales (Propranolol, Atenolol) | |
| | Morfina | |
| | Nitroglicerina | endovenosa |
| | Nitroglicerina | oral |
| | Heparina | |
| | IECA (Enalapril, Captopril) | |
| | Lidocaína clorhidrato | |
| | Amiodarona | |
| | Estatinas (Atorvastina, Lovastatina, Pravastatina) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO IAM
TRATAMIENTO

5.3.2 Prevención Secundaria del Infarto Agudo del Miocardio

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0302034-GES | Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) | |
| 1701003-GES | Ergometría (incluye E.C.G. antes, durante y después del ejercicio con monitoreo continuo y medición de la intensidad del esfuerzo) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01-008) | |
| | Estatinas (Atorvastina, Lovastatina, Pravastatina) | |
| | Acido Acetilsalicílico | |
| | Betabloqueadores orales (Propranolol, Atenolol) | |
| | IECA (Enalapril, Captopril) | |
| | Amiodarona | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

6 DIABETES MELLITUS TIPO 1

6.1 DIAGNOSTICO

6.1.1 Confirmación Paciente con DM tipo 1

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101103-GES | Consulta medica integral en servicio de urgencia | |
| 0302001-GES | Acetona cualitativa | Cetonemia |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |

DIAGNOSTICO

6.1.2 Evaluación Inicial Hospitalizado: Pacientes Nuevos Sin Cetoacidosis DM tipo 1

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301041-GES | Hemoglobina glicosilada | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302001-GES | Acetona cualitativa | Cetonemia |
| 0302034-GES | Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0309010-GES | Creatinina cuantitativa | |
| 0309011-GES | Cuerpos cetónicos | Cetonuria |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| | Glicemia capilar | |

DIAGNOSTICO

6.1.3 Evaluación Inicial Hospitalizado: Pacientes Nuevos Con Cetoacidosis DM tipo 1

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203006-GES | Día cama hospitalización integral intermedio pediátrica | |
| 0301041-GES | Hemoglobina glicosilada | |
| 0302001-GES | Acetona cualitativa | Cetonemia |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0309011-GES | Cuerpos cetónicos | Cetonuria |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401004-GES | Proyección complementaria en el mismo examen (oblicuas, selectivas u otras), c/u (1 exp.) | Rx torax |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| | Glicemia capilar | |

DIABETES MELLITUS TIPO 1

6.2 TRATAMIENTO

6.2.1 Tratamiento 1° año (incluye descompensaciones)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---|
| 0401004-GES | Tórax, proyección complementaria en el mismo examen selectivas u otras), c/u (1 exp.) | Radiografía |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309011-GES | Cuerpos cetónicos | Cetonuria |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) incluye Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301041-GES | Hemoglobina glicosilada | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Consulta enfermera y Consulta nutricionista |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Consulta medicina interna/pediatría o diabetologo o endocrinologo |
| | Glicemia capilar | |
| | Insulina humana cristalina / Insulina humana isofana (NPH) | |
| | Insulina Ultra rápida | |
| | Insulina de acción prolongada | |
| | Glucagón | |
| | Medidor de glicemia | |
| | Jeringas | |
| | Lancetas desechables | |
| | Cintas reactivas | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

6.2.2 Tratamiento a partir 2° año (incluye descompensaciones)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|---|---|
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309013-GES | Microalbuminuria cuantitativa | |
| 0309011-GES | Cuerpos cetónicos | Cetonuria |
| 0309010-GES | Creatinina cuantitativa | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302034-GES | Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) | |
| 0301041-GES | Hemoglobina glicosilada | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Consulta enfermera y Consulta nutricionista |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Consulta oftalmologo |
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| | Insulina humana cristalina / Insulina humana isofana (NPH) | |
| | Insulina Ultra rápida | |
| | Insulina de acción prolongada | |
| | Glucagón | |
| | Medidor de glicemia | |
| | Glicemia capilar | |
| | Jeringas | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

7 DIABETES MELLITUS TIPO 2

7.1 DIAGNOSTICO

7.1.1 Confirmación Paciente con DM 2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Consulta enfermera y Consulta nutricionista |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| | Glucosa | |
| 0302048-GES | Glucosa, Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO), (dos determinaciones) (no incluye la glucosa que se administra) (incluye el valor de las dos tomas de muestras) | |

DIAGNOSTICO

7.1.2 Evaluación Inicial Paciente con DM 2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera y/o nutricionista |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309013-GES | Microalbuminuria cuantitativa | |
| 0309010-GES | Creatinina cuantitativa | |
| 0302034-GES | Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Consulta oftalmologo |

7.2 TRATAMIENTO

7.2.1 Tratamiento 1º año Pacientes con DM tipo 2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|--|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera y/o nutricionista |
| 0103001-GES | Educación de grupo por médico | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera y/o nutricionista |
| 0301041-GES | Hemoglobina glicosilada | |
| | Medidor de glicemia | 1 x consulta/control para uso de los profesionales |
| | Cintas reactivas | 1 x consulta/control para uso de los profesionales |
| | Lancetas desechables | 1 x consulta/control para uso de los profesionales |
| | Insulina humana isofana (NPH) | |
| | Jeringas | |
| | Sulfonilureas (Glibenclamida, Tolbutamida) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Metformina | |
| | IECA (Enalapril, Captopril) | |
| | Antagonista del receptor angiotensina II (Losartán) | |
| | Estatinas (Atorvastina, Lovastatina, Pravastatina) | |
| | Acido acetilsalisílico | |
| | Hidroclorotiazida | |
| | Betabloqueadores orales (Propranolol, Atenolol) | |
| | Bloqueador canales de calcio (Verapamilo, Nifedipino, Nitrendipino) | |

DIABETES MELLITUS TIPO 2
TRATAMIENTO

7.2.2 Tratamiento a partir del 2º año Pacientes con DM tipo 2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera y/o nutricionista |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | |
| | Medidor de glicemia | 1 x consulta/control para uso de los profesionales |
| | Cintas reactivas | 1 x consulta/control para uso de los profesionales |
| | Lancetas desechables | 1 x consulta/control para uso de los profesionales |
| 0301041-GES | Hemoglobina glicosilada | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0309013-GES | Microalbuminuria cuantitativa | |
| 0309010-GES | Creatinina cuantitativa | |
| 0302034-GES | Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Consulta oftalmologo |
| | Insulina humana isofana (NPH) | |
| | Jeringas | |
| | Sulfonilureas (Glibenclamida, Tolbutamida) | |
| | Metformina | |
| | IECA (Enalapril, Captopril) | |
| | Antagonista del receptor angiotensina II (Losartán) | |
| | Estatinas (Atorvastina, Lovastatina, Pravastatina) | |
| | Acido acetilsalisílico | |
| | Hidroclorotiazida | |
| | Betabloqueadores orales (Propranolol, Atenolol) | |
| | Bloqueador canales de calcio (Verapamilo, Nifedipino, Nitrendipino) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

7.2.3 Tratamiento Pacientes con DM tipo 2 en nivel secundario

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Consulta Especialidad (Medicina Interna; Endocrinología; Diabetes) |
| | Medidor de glicemia | En aquellos pacientes en que el médico indica autocontrol |
| | Cintas reactivas | 1 x día en aquellos que el médico indica autocontrol |
| | Lancetas desechables | 1 x día en aquellos que el médico indica autocontrol |
| | Insulina humana cristalina | |
| | Jeringas | |

DIABETES MELLITUS TIPO 2
TRATAMIENTO

7.2.4 Curación Avanzada de Herida - Pie Diabético (no infectado)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|----------------------------|---------------|
| | Equipo Curación Desechable | |
| | Guantes de Procedimiento | |
| | Suero Fisiológico | |
| | Aguja N° 19 | |
| | Hidrocoloide | en láminas |
| | Tull | |
| | Hidrogel de 15 grs | |
| | Hidrogel | en láminas |
| | Alginato | en láminas |
| | Alginato | en mechas |
| | Espuma hidrofílica | |
| | Jeringa 20 cc | |
| | Apósito Tradicional | |
| | Rollo venda de Gasa Kling | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TARTAMIENTO

7.2.5 Curación Avanzada de Herida - Pie Diabético (infectado)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| | Equipo Curación Desechable | |
| | Guantes de Procedimiento | |
| | Suero Fisiológico 500cc. | |
| | Aguja N° 19 | |
| | Hidrogel de 15 grs. | |
| | Tull | en láminas |
| | Apósito hiperosmótico | en láminas |
| | Apósito carbón activado más plata | en láminas |
| | Apósito carboximetilcelulosa más plata | en láminas |
| | Apósito Alginato | en láminas |
| | Alginato | en mechas |
| | Apósito espuma | hidrofílica |
| | Apósito Tradicional | |
| | Rollo venda de Gasa Kling | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

8 CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

8.1 DIAGNOSTICO

8.1.1 Confirmación Cáncer de Mama Nivel secundario

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oncólogo |
| 0401010-GES | Mamografía bilateral (4 exp.) | |
| 0401130-GES | Proyección complementaria de mamas (axilar u otras), c/u | |
| 0404012-GES | Ecotomografía Mamaria Bilateral | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| | Toma de Muestra (incluye aguja Trucut) | |
| | Determinación de receptores de estrógeno y progesterona (tec. Inmunohistoquímica) | |
| | Determinación de marcadores tumorales (C-ERB - 2) (inmunohistoquímica) | |
| | Biopsia percutánea bajo ultrasonido | |
| | Biopsia Estereotáxica digital | |
| | Biopsia Radioquirúrgica | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | Resonancia Magnética de mama |

8.2 TRATAMIENTO

8.2.1 Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oncólogo |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Comité Interconsultor |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o urea | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3; Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0401011-GES | Marcación preoperatoria de lesiones de la mama (4 exp.) | |
| 0401012-GES | Radiografía de mama, pieza operatoria (1 exp.) | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404012-GES | Ecotomografía Mamaria bilateral | |
| 0501103-GES | Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 05-01-133, cuando corresponda) | |
| 0501108-GES | Linfocintigrafía isotópica (no incluye procedimiento) | |
| 0801002-GES | Citología aspirativa (por punción); por cada órgano | |
| 0801006-GES | Estudio histopatológico de biopsia contemporánea (rápida) a intervenciones quirúrgicas (por cada órgano) (no incluye biopsia diferida) | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 2002003-GES | Mastectomía radical o tumorectomía c/vaciamiento ganglionar o mastectomía total c/vaciamiento ganglionar | Mastectomía radical/mastectomía total c/vaciamiento ganglionar/tumorectomía c/vaciamiento ganglionar |
| 2002002-GES | Mastectomía parcial (cuadrantectomía o similar) o total s/vaciamiento ganglionar | Mastectomía parcial/mastectomía total |
| | Biopsia de linfonodo centinela (Tincion del linfonodo centinela se usa el colorante "azul de Isosulfan") | |
| 1703036-GES | Diseción y Extirpación ganglionar regional (proc. Aut.) Axilo-supraclavicular | Diseción axilar exclusiva |
| 1502052-GES | Reconstrucción mamaria | |
| | Protésis mamaria interna | |
| 1502018-GES | Colgajos musculares o musculocutáneos | |
| | Prótesis Mamaria Externa | |

CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
TRATAMIENTO

8.2.2 Radioterapia Cáncer Mama

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--------------|--|
| | Radioterapia | (pre y post operatorias, y exclusivas) |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
TRATAMIENTO

8.2.3 Esquema AC-Taxano Etapa I y II (AC 4 Ciclos)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Ciclofosfamida | |
| | Doxorubicina | |
| | Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Dexametasona | |
| | Catéter | |
| | Cloxacilina | |
| | Amikacina | |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion y Administracion | |

Taxano (4 Ciclos)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Taxano (Paclitaxel) | |
| | Antihistamínico inyectable (Clorfenamina) | |
| | Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Dexametasona | |
| | Cloxacilina | |
| | Amikacina | |
| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion y Administracion | |

TRATAMIENTO

8.2.4 Esquema AC-CMF Etapa I y II

AC (4 Ciclos)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Ciclofosfamida | |
| | Doxorubicina | |
| | Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Dexametasona | |
| | Cateter | |
| | Cloxacilina | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Amikacina | |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion y Administracion | |

8.2.5 CMF (4 Ciclos, días 1 y 8)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Ciclofosfamida | |
| | 5 Fluoruracilo | |
| | Metotrexato | |
| | Dexametasona | |
| | Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Cloxacilina | |
| | Amikacina | |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion y Administracion | |

TRATAMIENTO

8.2.6 Esquema AC Etapa I y II

AC (4 Ciclos)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Ciclofosfamida | |
| | Doxorubicina | |
| | Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Dexametasona | |
| | Cateter | |
| | Cloxacilina | |
| | Amikacina | |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion y Administracion | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

8.2.7 Esquema AC-CMF Etapa I y II

AC (4 Ciclos)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Ciclofosfamida | |
| | Doxorubicina | |
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidoxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Dexametasona | |
| | Cateter | |
| | Cloxacilina | |
| | Amikacina | |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion y Administracion | |

8.2.8 CMF (4 Ciclos, días 1 y 8)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Ciclofosfamida | |
| | 5 Fluoruracilo | |
| | Metotrexato | |
| | Dexametasona | |
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidoxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Cloxacilina | |
| | Amikacina | |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion y Administracion | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

TRATAMIENTO

8.2.9 Esquema FAC Etapa III

FAC (6 Ciclos)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Ciclofosfamida | |
| | 5 Fluoruracilo | |
| | Doxorubicina | |
| | Dexametasona | |
| | Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Cateter | |
| | Cloxacilina | |
| | Amikacina | |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion y Administracion | |

TRATAMIENTO

8.2.10 Esquema FAC-TAXANO Etapa IV

FAC (6 Ciclos))

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Ciclofosfamida | |
| | 5 Fluoruracilo | |
| | Doxorubicina | |
| | Dexametasona | |
| | Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Cateter | |
| | Cloxacilina | |
| | Amikacina | |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion Y Administracion | |

8.2.11 TAXANO (4 Ciclos)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Taxano (Paclitaxel) | |
| | Antihistamínico inyectable (Clorfenamina) | |
| | Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Dexametasona | |
| | Cloxacilina | |
| | Amikacina | |
| | Ceftriaxona | |
| | Fluconazol | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Insumos Preparacion y Administracion | |

CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
TRATAMIENTO

8.2.12 Esquema Etapa IV Metastasis Oseas

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Bifosfonatos (Alendronato, Pamidronato) | |
| | Calcio con Vitamina D Oral | |

8.2.13 Hormonoterapia Cáncer Mama

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Tamoxifeno | |
| | Inhibidor aromatasa (Exemestano) | |
| | Calcio carbonato | |
| | Bifosfonatos (Alendronato, Pamidronato) | |

8.3 SEGUIMIENTO

8.3.1 Seguimiento Cáncer de Mama Paciente Asintomática

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oncólogo |
| 0401010-GES | Mamografía bilateral (4 exp.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

8.3.2 Seguimiento Cáncer de Mama Paciente Sintomáticas

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|---|----------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oncólogo |
| 0401010-GES | Mamografía bilateral (4 exp.) | |
| 0501103-GES | Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 05-01-133, cuando corresponda) | |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403017-GES | Extremidades, estudio localizado (30 cortes 2-4 mm.) | TAC |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

9 DISRAFIAS ESPINALES

9.1 DIAGNOSTICO

9.1.1 Confirmación Disrafia Espinal Abierta

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Neurocirujano |
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Obstetra |

9.1.2 Confirmación Disrafia Espinal Cerrada

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Neurología |
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Ortopedia |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Fisica y Rehabilitación | Urología |
| 0401049-GES | Columna total o dorsolumbar, panorámica con folio graduado (1 proy.) (1 exp.) | |
| 0405007-GES | Columna lumbar | Resonancia Magnética |

9.2 TRATAMIENTO

9.2.1 Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Abierta

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203008-GES | Día cama hospitalización integral incubadora | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Neurocirujano |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301086-GES | Velocidad de eritrosedimentación (proc. aut.) | |
| 0302005-GES | Acido úrico | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos a cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o urea | |
| 0306007-GES | Coprocultivo, c/u | |
| 0306008-GES | Cultivo corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3; Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0309012-GES | Electrólitos (sodio, potasio, cloro) c/u, en orina | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401013-GES | Abdomen simple (1 proyección) (1 exp.) (con equipo estático o móvil) | |
| 0401032-GES | Cráneo frontal y lateral (2 exp.) | |
| 0402012-GES | Pielografía ascendente (3 exp.) | |
| 0402014-GES | Uretro y/o cistouretrografía miccional retrógrada (5 exp.) | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404010-GES | Ecotomografía renal (bilateral), o de bazo | |
| 0404011-GES | Ecotomografía cerebral (R.N. o lactante) | |
| 1103037-GES | Meningo y meningoencefalocele occipital, repar. de | |
| 1103047-GES | Disrafias espinales: meningocele, mielomeningocele, diastematomielia, lipoma, lipomeningocele, médula anclada, etc. | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1103132-GES | Instalación de derivativas de LCR (incluye valor de la válvula) | |

DISRAFIAS ESPINALES
TRATAMIENTO

9.2.2 Evaluación Post-Quirúrgico Disrafia Espinal Abierta

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación | Urología |
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Ortopedia |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Neurología |
| 1901030-GES | Estudio urodinámico (incluye cistometría, EMG perineal y del esfínter uretral, perfil uretral y uroflujometría) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

9.2.3 Intervención Quirúrgica Integral Disrafia Espinal Cerrada

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203006-GES | Día cama hospitalización integral intermedio pediátrica | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301086-GES | Velocidad de eritrosedimentación (proc. aut.) | |
| 0302005-GES | Acido úrico | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base bicarbonato), todos a cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o urea, en sangre | |
| 0306008-GES | Cultivo corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3; Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0309012-GES | Electrólitos (sodio, potasio, cloro) c/u, en orina | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401013-GES | Abdomen simple (1 proyección) (1 exp.) (con equipo estático o móvil) | |
| 0402014-GES | Uretro y/o cistouretrografía miccional retrógrada (5 exp.) | |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404010-GES | Ecotomografía renal (bilateral), o de bazo | |
| 1103047-GES | Disrafias espinales: meningocele, mielomeningocele, diastematomielia, lipoma, lipomeningocele, medula anclada, etc. | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

DISRAFIAS ESPINALES
TRATAMIENTO

9.2.4 Evaluación Post-Quirúrgico Disrafia Espinal Cerrada

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación | Urología |
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Ortopedia |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Neurología |
| 1801043-GES | Manometría anorrectal | |
| 1901030-GES | Estudio urodinámico (incluye cistometría, EMG perineal y del esfínter uretral, perfil uretral y uroflujometría) | |
| 1101011-GES | Potenciales evocados en corteza (por ej.: auditivo, ocular o corporales), c/u | Corporal |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

10 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS

10.1 TRATAMIENTO

10.1.1 Intervención Quirúrgica Integral Escoliosis

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0203003-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. pediátrica | |
| 0203006-GES | Día cama hospitalización integral intermedio pediátrica | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos a cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0306012-GES | Anaerobios (incluye cód. 03-06-008) | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401049-GES | Columna total o dorsolumbar, panorámica con folio graduado (1 proy.) (1 exp.) | |
| 0403009-GES | Columna dorsal o lumbar (3 espacios - 4 vértebras) (30 cortes 2-4 mm) | TAC |
| 0405007-GES | Columna lumbar | Resonancia Magnética |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701008-GES | Ecocardiograma bidimensional (incluye registro modo M, papel fotosensible y fotografía), en adultos o niños (proc. aut.) | |
| 4306003-GES | Espirometría | |
| 2104113-GES | Escoliosis, tratamiento quirúrgico, cualquier vía de abordaje, e instrumentación de Harring Luque, Dwyer o similares (no incluye material de fijación de columna) | |
| | Prótesis | |
| | Anti inflamatorio y/o analgesicos | |
| | Antibióterapia Amp 1 gr | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

10.1.2 Evaluación Post-Quirurgico Escoliosis

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Traumatologo |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Fisiatra |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0401049-GES | Columna total o dorsolumbar, panorámica con folio graduado (1 proy.) (1 exp.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

11 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS

11.1 DIAGNOSTICO

11.1.1 Confirmación Cataratas

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Consulta oftalmologo |
| 0404013-GES | Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos | |
| 1201020-GES | Ecobiometría con cálculo de lente intraocular, ambos ojos | |

11.2 TRATAMIENTO

11.2.1 Intervención Quirúrgica Integral Cataratas

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oftalmologo; Medicina Interna |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | en sangre |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| | Facoemulsificación (incluye valor de la prótesis) | |
| 1202164-GES | Facoéresis extracapsular con implante de lente intraocular (incluye el valor de la prótesis) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| | Lente optico | Lente cerca |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

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

12.1 TRATAMIENTO

12.1.1 Intervención Quirúrgica Integral con Prótesis de Cadera

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|--------------------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | Incluye atención kinesiológica |
| 0301015-GES | Coombs indirecto, prueba de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos ABO y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301050-GES | Isoinmunización, detección de anticuerpos irregulares (proc. aut.). | |
| 0702003-GES | Set de Exámenes por unidad de Glóbulos Rojos transfundida (incluye clasificación ABO y Rho, VDRL, HIV, virus hepatitis B antígeno de superficie, anticuerpos de hepatitis C, HTLV - I y II, Chagas, prueba de compatibilidad eritrocitaria) | |
| 0702008-GES | Transfusión en adulto o niño en pabellón (con asistencia permanente del médico o tecnólogo médico responsable) (no corresponde su cobro cuando sea controlada por médico anestesista, por estar incluida en el valor de sus honorarios) | |
| 0702001-GES | Preparación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitados (incluye entrevista, selección del donante y la preparación del respectivo hemocomponente) | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302060-GES | Proteínas totales o albúminas, c/u | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302023-GES | Creatinina en sangre | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos a cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0306008-GES | Cultivo Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306026-GES | Antibiograma Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011) | |
| 0306005-GES | Tinción de Gram | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401004-GES | Tórax, proyección complementaria en el mismo examen selectivas u otras), c/u (1 exp.) | |
| 0401051-GES | Pelvis, cadera o coxofemoral, c/u (1 exp.) | |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

**ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON
LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA**

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|---|
| 1701008-GES | Ecocardiograma bidimensional (incluye registro modo M, papel fotosensible y fotografía), en adultos o niños (proc. aut.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 2104129-GES | Endoprótesis total de cadera (no incluye prótesis) | |
| | Prótesis | Incluye dosis de cemento y set de cementación, tapón distal y centralizador |
| | Anti inflamatorios no esteroidales (Acido acetilsalicílico, diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno, tramadol) | |
| | Ranitidina | |
| | Antitrombóticos: Heparinas de bajo peso molecular | |
| | Profilaxis antibiotico | |

TRATAMIENTO

12.1.2 Rehabilitación Integral Kinesiológica

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0401051-GES | Pelvis, cadera o coxofemoral, c/u (1 exp.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

13 FISURA LABIOPALATINA

13.1 DIAGNOSTICO

13.1.1 Confirmación Fisura Labiopalatina

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Fisica y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |

13.2 TRATAMIENTO

13.2.1 Ortopedia Prequirúrgica

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| 2702018-GES | Tratamiento ortodoncia (incluye aparato) | |

TRATAMIENTO

13.2.2 1° Intervención Fisura Labial

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Fisica y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 1502032-GES | Queiloplastía primaria, un lado (proc. quir. completo por cualquier técnica) | |
| 1302052-GES | Rinoplastía y/o septoplastía, cualquier técnica | |
| 2702018-GES | Tratamiento ortodoncia (incluye aparato) | |
| 1302008-GES | Mucositis timpánica o mixiosis uni o bilateral, trat. quirúrgico | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

FISURA PALATINA
TRATAMIENTO

13.2.3 1° Intervención Fisura Palatina

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 1502033-GES | Cierre de paladar duro y/o cierre de comunicación oro-nasal | |
| 1302008-GES | Mucositis timpánica o mixiosis uni o bilateral, trat. quirúrgico | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |

TRATAMIENTO

13.2.4 1° Intervención Fisura Labio Palatina

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 1502033-GES | Cierre de paladar duro y/o cierre de comunicación oro-nasal | |
| 1502034-GES | Cierre mucoso vestíbulo oral | |
| 1502032-GES | Queiloplastía primaria, un lado (proc. quirúrgico completo por cualquier técnica) | |
| 1302052-GES | Rinoplastía y/o septoplastía, cualquier técnica | |
| 1302008-GES | Mucositis timpánica o mixiosis uni o bilateral, trat. Quirúrgico | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0403007-GES | Orbitas maxilofacial (incluye coronales) (40 cortes 2-4 mm.) | TAC |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

FISURA LABIOPALATINA
TRATAMIENTO

13.2.5 1° Intervención Otras Malformaciones Craneofaciales

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 1502042-GES | Síndrome de Apert Crouzon o similar: avance fronto-órbito-maxilar vía intracraneana, tiempo facial | |
| 1502046-GES | Movilización orbitaria intracraneana, tiempo facial | |
| 1502040-GES | Distoplasias orbitarias: movilización unilateral o vertical tiempo facial | |
| 1302052-GES | Rinoplastia y/o septoplastia, cualquier técnica | |
| 1302008-GES | Mucositis timpánica o mixiosis uni o bilateral, trat. Quirúrgico | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0304001-GES | Cariograma en sangre por cultivo de linfocitos (incluye mínimo 25 mitosis con bandeado G y eventualmente Q, R, C, NOR) (montaje de 3 metafases bandeadas) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401042-GES | Columna cervical o atlas-axis (frontal y lateral) (2 exp.) | |
| 0401049-GES | Columna total o dorsolumbar, panorámica con folio graduado (1 proy.) (1 exp.) | |
| 0403007-GES | Orbitas maxilofacial (incluye coronales) (40 cortes 2-4 mm.) | TAC |

TRATAMIENTO

13.2.6 2° Intervención Fisura Labial

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

13.2.7 2° Intervención Fisura Palatina

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 1502033-GES | Cierre de paladar duro y/o cierre de comunicación oro-nasal | |

FISURA LABIOPALATINA

TRATAMIENTO

13.2.8 2° Intervención Fisura Labiopalatina

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 1502033-GES | Cierre de paladar duro y/o cierre de comunicación oro-nasal | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

13.2.9 2° Intervención Otras Malformaciones Cráneo-faciales

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 1502033-GES | Cierre de paladar duro y/o cierre de comunicación oro-nasal | |

13.3 SEGUIMIENTO

13.3.1 Fisura Labial Año 1

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Fisica y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| 2701006-GES | Exodoncia temporal | |

FISURA LABIOPALATINA
SEGUIMIENTO

13.3.2 Fisura Palatina Año 1

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Fisica y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 1301009-GES | Impedanciometría | |
| 1301011-GES | Audiometría por potenciales evocados (adultos o niños) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|-------------------------------|---------------|
| 1301003-GES | Nasofaringolaringofibroscopía | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| 2701006-GES | Exodoncia temporal | |

SEGUIMIENTO

13.3.3 Fisura Labio Palatina Año 1

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 1301009-GES | Impedanciometría | |
| 1301011-GES | Audiometría por potenciales evocados (adultos o niños) | |
| 1301003-GES | Nasofaringolaringofibroscopía | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| 2701006-GES | Exodoncia temporal | |

SEGUIMIENTO

13.3.4 Otras Malformaciones Craneofaciales Año 1

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 1301009-GES | Impedanciometría | |
| 1301011-GES | Audiometría por potenciales evocados (adultos o niños) | |
| 1301003-GES | Nasofaringolaringofibroscopía | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| 2701006-GES | Exodoncia temporal | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

FISURA LABIOPALATINA
SEGUIMIENTO

13.3.5 Fisura Labial Año 2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0101109-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |

SEGUIMIENTO

13.3.6 Fisura Palatina Año 2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|------------------------------|
| 0101109-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Consulta otorrinolaringologo |
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 1301003-GES | Nasofaringolaringofibroscopía | |
| 1301009-GES | Impedanciometría | |
| 1301011-GES | Audiometría por potenciales evocados (adultos o niños) | |
| 2701006-GES | Exodoncia temporal | |
| 2701007-GES | Fluoración tópica | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |

SEGUIMIENTO

13.3.7 Fisura Labiopalatina Año 2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 1301003-GES | Nasofaringolaringofibroscopía | |
| 1301009-GES | Impedanciometría | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 1301011-GES | Audiometría por potenciales evocados (adultos o niños) | |
| 2701006-GES | Exodoncia temporal | |
| 2701007-GES | Fluoración tópica | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| 2701016-GES | Obturación Vidrio Ionómero | |

FISURA LABIOPALATINA
SEGUIMIENTO

13.3.8 Otras Malformaciones Craneofaciales Año 2

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------|
| 101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Ortorrinolaringologo |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 1301003-GES | Nasofaringolaringofibroscofia | |
| 1301009-GES | Impedanciometría | |
| 1301011-GES | Audiometría por potenciales evocados (adultos o niños) | |
| 2701007-GES | Fluoración tópica | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| 2701016-GES | Obturación Vidrio Ionómero | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14 CÁNCERES EN MENORES DE 15 AÑOS

14.1 DIAGNOSTICO

14.1.1 Diagnostico y Etapificación Tumores Sólidos

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Fisica y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos ABO y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0303014-GES | Gonadotrofina coriónica, sub-unidad beta (incluye titulación si corresponde) (Elisa, RIA o IRMA, Quimioluminiscencia u otra técnica). | |
| 0304002-GES | Cariograma con técnicas especiales (incluye muestra de sangre o de médula ósea, tratamiento con FUDR, bromuro de etidio, medio deficiente en ácido fólico) | |
| 0305003-GES | Alfa fetoproteínas | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0306074-GES | Virus hepatitis A, anticuerpos IgM del | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308019-GES | Proteínas, electroforesis de (incluye proteínas totales) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404004-GES | Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.) | |
| 0501103-GES | Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |
| | Cintigrafía MIBG | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| 1101011-GES | Potenciales evocados en corteza (por ej.: auditivo, ocular o corporales), c/u | |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01-008) | |
| 1701014-GES | Instalación de catéter Swan-Ganz o similar, en adultos o niños (proc. aut.) | |
| 1707002-GES | Espirometría Basal y con broncodilatador | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| | Audiometría en cámara silente | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | Resonancia Magnética (incluye medio de contraste), |
| | Estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia (por cada órgano) | |
| | PCR, biología molecular | |
| | Mielograma | |
| 2104033-GES | Biopsia ósea por punción | |
| 2104034-GES | Biopsia ósea quirúrgica | |
| 1703035-GES | Biopsia quir. ganglionar (cualquier región periférica superficial o profunda) (proc. aut.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCERES EN MENORES DE 15 AÑOS
DIAGNOSTICO

14.1.2 Diagnostico y Etapificación Leucemia Infantil

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0304002-GES | Cariograma con técnicas especiales (incluye muestra de sangre o de médula ósea, tratamiento con FUDR, bromuro de etidio, medio deficiente en ácido fólico) | |
| 0305045-GES | Linfocitos T "helper" (OKT4) o supresores (OKT8) con antisuero monoclonal, c/u | |
| 0306007-GES | Coprocultivo, c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivos, aerobio | |
| 0306010-GES | Hemocultivos, anaerobio | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306017-GES | Levaduras | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|--|
| 0306070-GES | Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u | |
| 0306074-GES | Virus hepatitis A, anticuerpos IgM del | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0306117-GES | Hongos | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308019-GES | Proteínas, electroforesis de (incluye proteínas totales) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0405001-GES | Cráneo-cerebro | Resonancia Magnética (incluye medio de contraste), |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701014-GES | Instalación de catéter Swan-Ganz o similar, en adultos o niños (proc. aut.) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 2104033-GES | Biopsia ósea por punción | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| | PCR, biología molecular | |
| | Mielograma | |

CÁNCERES EN MENORES DE 15 AÑOS
DIAGNOSTICO

14.1.3 Diagnóstico y Etapificación Linfoma Infantil

| CÓDIGO | GLOSA | |
|-------------|--|--|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203011-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0304002-GES | Cariograma con técnicas especiales (incluye muestra de sangre o de médula ósea, tratamiento con FUDR, bromuro de etidio, medio deficiente en ácido fólico) | |
| 0305045-GES | Linfocitos T "helper" (OKT4) o supresores (OKT8) con antisuero monoclonal, c/u | |
| 0306007-GES | Coprocultivo, c/u | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivos, aerobio | |
| 0306010-GES | Hemocultivos, anaerobio | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306017-GES | Levaduras | |
| 0306026-GES | Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011) | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0306074-GES | Virus hepatitis A, anticuerpos IgM del | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308019-GES | Proteínas, electroforesis de (incluye proteínas totales) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404004-GES | Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.) | |
| 0404009-GES | Ecotomografía pélvica masculina (incluye vejiga y próstata) | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | Resonancia Magnética (incluye medio de contraste), |
| 0501103-GES | Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0501127-GES | Cintigrafía con galio-67 planar infección (no incluye radioisótopo) (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |
| | Estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia (por cada órgano) | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701014-GES | Instalación de catéter Swan-Ganz o similar, en adultos o niños (proc. aut.) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 1703035-GES | Biopsia quir. ganglionar (cualquier región periférica superficial o profunda) (proc. aut.) | |
| 2104033-GES | Biopsia ósea por punción | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| | PCR, biología molecular | |
| | Mielograma | |

CÁNCERES EN MENORES DE 15 AÑOS

14.2 TRATAMIENTO

14.2.1 Tratamiento Tumores Sólidos

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0102007-GES | Atención integral por terapeuta ocupacional | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203011-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0303014-GES | Gonadotropina coriónica, sub-unidad beta (incluye titulación si corresponde) (Elisa, RIA o IRMA, Quimioluminiscencia u otra técnica). | |
| 0305003-GES | Alfa fetoproteínas | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---|
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308018-GES | Proteínas totales o albúmina (proc. aut.) c/u | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404004-GES | Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.) | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | RNM (incluye medio contraste), |
| 0501104-GES | Cintigrafía ósea trifásica (incluye mediciones fase precoz y tardía) | |
| 0501127-GES | Cintigrafía con galio-67 planar infección (no incluye radioisótopo) (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| | Punción pleural y otras | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 0304001-GES | Cariograma en sangre por cultivo de linfocitos (incluye mínimo 25 mitosis con bandeado G y eventualmente Q, R, C, NOR) (montaje de 3 metafases bandeadas) | |
| | Mielograma | |
| | Reacción de Polimerasa en Cadena | Para detectar traslocaciones cromosómicas |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| | Estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia (por cada órgano) | |
| | Intervención Quirúrgica Tumores Sólidos | |

CÁNCERES EN MENORES DE 15 AÑOS
TRATAMIENTO

14.2.2 Tratamiento Leucemia Infantil

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|------------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Hematoncólogo Pediatra |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203003-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. pediátrica | |
| 0203011-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---|
| 0301027-GES | Fibrinógeno, productos de degradación del | Dimero D |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0301085-GES | TTPK, protrombina, fibrinógeno | |
| 0302005-GES | Acido urico | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil Bioquímico(determinación automatizada de 12 parametros) | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306010-GES | Hemocultivo anaerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308018-GES | Proteínas totales o albúmina (proc. aut.) c/u | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | Rx |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404004-GES | Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.) | Tórax |
| 0404009-GES | Ecotomografía pélvica masculina (incluye vejiga y próstata) | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | RNM (incluye medio de contraste), |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| | Punción pleural y otras | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler Color | |
| | Mielograma | |
| | Reacción de Polimerasa en Cadena | Para detectar traslocaciones cromosómicas |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCERES EN MENORES DE 15 AÑOS

TRATAMIENTO

14.2.3 Tratamiento Linfoma Infantil

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0301027-GES | Fibrinógeno, productos de degradación del | Dimero D |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301086-GES | Velocidad de eritrosedimentación (proc. aut.) | |
| 0302005-GES | Acido urico | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parametros) | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306010-GES | Hemocultivos, anaerobio | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308018-GES | Proteínas totales o albúmina (proc. aut.) c/u | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | RX |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404004-GES | Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.) | Torax |
| 0404009-GES | Ecotomografía pélvica masculina (incluye vejiga y próstata) | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | RNM (incluye medio de contraste) |
| 0501104-GES | Cintigrafía ósea trifásica (incluye mediciones fase precoz y tardía) | |
| 0501127-GES | Cintigrafía con galio-67 planar infección (no incluye radioisótopo) (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---|
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| | Punción pleural y otras | |
| | Mielograma | |
| | Reacción de Polimerasa en Cadena | Para detectar traslocaciones cromosómicas |

CÁNCERES EN MENORES DE 15 AÑOS
TRATAMIENTO

14.2.4 Tratamiento Linfoma Linfoblástico Infantil Primer Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203003-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. pediátrica | |
| 0203110-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |
| 0301027-GES | Fibrinógeno, productos de degradación del | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0301085-GES | TTPK, protrombina, fibrinógeno | |
| 0302005-GES | Acido urico | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil Bioquímico completo | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306010-GES | Hemocultivo anaerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308018-GES | Proteínas totales o albúmina (proc. aut.) c/u | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | RX |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|----------------------------------|
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | RNM (incluye medio de contraste) |
| 0702001-GES | Preparación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitados (incluye entrevista, selección del donante y la preparación del respectivo hemocomponente) | |
| 0702003-GES | Set de Exámenes por unidad de Glóbulos Rojos transfundida (incluye clasificación ABO y Rho, VDRL, HIV, virus hepatitis B antígeno de superficie, anticuerpos de hepatitis C, HTLV - I y II, Chagas, prueba de compatibilidad eritrocitaria) | |
| 0702008-GES | Transfusión en adulto o niño en pabellón (con asistencia permanente del médico o tecnólogo médico responsable) (no corresponde su cobro cuando sea controlada por médico anestesista, por estar incluida en el valor de sus honorarios) | |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| | Punción pleural y otras | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| | Mielograma | |

CANCER EN MENORES DE 15 AÑOS
TRATAMIENTO

14.2.5 Trasplante de Médula Ósea Autólogo: Etapa I.- Evaluación Pretransplante

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203011-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |
| 0301003-GES | Adenograma, esplenograma, mielograma c/u | |
| 0301021-GES | Fibrinógeno | |
| 0301027-GES | Fibrinógeno, productos de degradación del | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302024-GES | Creatinina, depuración de (Clearence) (proc. aut.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302056-GES | Magnesio | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0303026-GES | Tiroxina libre (T4L) | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0304002-GES | Cariograma con técnicas especiales (incluye muestra de sangre o de médula ósea, tratamiento con FUDR, bromuro de etidio, medio deficiente en ácido fólico) | |
| 0305024-GES | Inmunolectroforesis de inmunoglobulinas IgD e IgE c/u | |
| 0305027-GES | Inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM, c/u | |
| 0305041-GES | Intradermoreacción (PPD, histoplasmina, aspergilina, u otros, incluye el valor del antígeno y reacción de control), c/u. | |
| 0305045-GES | Linfocitos T "helper" (OKT4) o supresores (OKT8) con antisuero monoclonal, c/u | |
| 0306007-GES | Coprocultivo, c/u | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306010-GES | Hemocultivo anaerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306017-GES | Levaduras | |
| 0306042-GES | V.D.R.L. | |
| 0306045-GES | Coproparasitario seriado con técnica para Cryptosporidium sp o para Diantamoeba fragilis (incluye los códigos 03-06-048 y/o 03-06-059 más aplicación de técnica de frotis con tinción tricrómica o tinción Ziehl-Neelsen en por lo menos 3 muestras, según cor | |
| 0306061-GES | Elisa indirecta (Chagas, hidatidosis, toxocariasis y otras), c/u | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0306070-GES | Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u | |
| 0306074-GES | Virus hepatitis A, anticuerpos IgM del | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308014-GES | Físico-químico (incluye aspecto, color, pH, glucosa, proteína, Pandy y filancia) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|--|
| 0401031-GES | Cavidades perinasales, órbitas, articulaciones temporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar, arco cigomático, cara, c/u (2 exp.) | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 1707002-GES | Espirometría Basal y con bronco dilatador | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| | Ciclosfosfamida | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Radioterapia corporal total (TBI) | |
| | Aferesis periférica | Aferesis para obtención de células progenitoras |
| | Criopreservación | |
| | KIT filtración medula ósea | Obtención medula ósea en pabellón (HLCM) incluye insumos |
| | Médula ósea en pabellón | |
| | Medio de cultivo | |
| | Heparina | |

TRATAMIENTO

14.2.6 Trasplante de Médula Ósea Autólogo: Etapa II.- Trasplante

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. pediátrica | |
| 0301015-GES | Coombs indirecto, prueba de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301050-GES | Isoinmunización, detección de anticuerpos irregulares (proc. aut.). | |
| 0301064-GES | Recuento de eritrocitos, absoluto (proc. aut.) | |
| 0301065-GES | Recuento de leucocitos, absoluto (proc. aut.) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302016-GES | Calcio iónico, incluye proteínas totales | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302056-GES | Magnesio | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0302067-GES | Colesterol total (proc. aut.) | |
| 0305031-GES | Proteína C reactiva por técnicas nefelométricas y/o turbidimétricas | |
| 0306004-GES | Examen directo al fresco, c/s tinción (incluye trichomonas) | |
| 0306005-GES | Tinción de Gram | |
| 0306007-GES | Coprocultivo, c/u | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306010-GES | Hemocultivo anaerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306017-GES | Levaduras | |
| 0306026-GES | Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011) | |
| 0306032-GES | Aspergilosis, candidiasis, histoplasmosis u otros hongos por inmunodiagnóstico c/u | |
| 0306045-GES | Coproparasitario seriado con técnica para Cryptosporidium sp o para Diantamoeba fragilis (incluye los códigos 03-06-048 y/o 03-06-059 más aplicación de técnica de frotis con tinción tricrómica o tinción Ziehl-Neelsen en por lo menos 3 muestras, según cor | |
| 0306061-GES | Elisa indirecta (Chagas, hidatidosis, toxocariasis y otras), c/u | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincicial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0306070-GES | Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0308005-GES | Leucocitos fecales | |
| 0309020-GES | Nitrógeno ureico o urea cuantitativo | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0702005-GES | Prueba de compatibilidad por unidad de globulos rojos (proc.aut.) | |
| | Antiginemia Viral | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

14.2.7 Trasplante de Médula Ósea Autólogo: Etapa III.- Post Trasplante

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302031-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH), con separación de isoenzimas | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasa alcalinas totales | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0303007-GES | Crecimiento, hormona de (HGH) (somatotrofina) | |
| 0303015-GES | Hormona foliculo estimulante (FSH) | |
| 0303016-GES | Hormona luteinizante (LH) | |
| 0303022-GES | Testosterona | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0303026-GES | Tiroxina libre (T4L) | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0303030-GES | Estradiol (17-Beta) | |
| 0401056-GES | Edad ósea: carpo y mano (1 exp.) | |
| 0301015-GES | Coombs indirecto, prueba de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301050-GES | Isoinmunización, detección de anticuerpos irregulares (proc. aut.). | |
| 0306061-GES | Elisa indirecta (Chagas, hidatidosis, toxocariasis y otras), c/u | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0702005-GES | Prueba de compatibilidad por unidad de globulos rojos (proc.aut.) | |
| 0305045-GES | Linfocitos T "helper" (OKT4) o supresores (OKT8) con antisuero monoclonal, c/u | |
| 0305046-GES | Linfocitos T totales (OKT3 y/o OKT11) con antisuero monoclonal o inmunofenotipificación de poblaciones y subpoblaciones celulares (antígenos o marcadores inmunocelulares) | |
| 0305049-GES | Transformación linfoblástica a drogas, análisis de transformación espontanea con estimulo inespecifico y con diferentes concentraciones de la droga en 1000 células | |
| 0305027-GES | Inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM, c/u | |
| | Antiginemia Viral | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 1707002-GES | Espirometría basal y con bronco dilatación | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Broncopulmonar; Endocrino; Oftalmólogo; Cardiólogo |
| | Aciclovir | |
| | Cotrimoxazol | |
| | Nistatina | |
| | Ganciclovir | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Plaquetas irradiadas y filtradas x UD | |
| | Globulos rojos y irradiados y filtrados (320) | |
| | Irradiación | |
| | Bolsa desechable plasma 300 ML UD | |
| | Bolsa sangre extracción triple UD | |
| | Confeción LS-4 UD | |
| | Equipo administración sangre adulto UD | |
| | Filtro leucocitos plaquetas x UD | |
| | Filtro R-500 - globulos rojos UD | |
| | Jeringa desechable | |
| | Lancetas desechables básicas x UD | |
| | Parche curita | |

| CANCER EN MENORES DE 15 AÑOS | | |
|---|--|---|
| TRATAMIENTO | | |
| 14.2.8 Trasplante de Médula Ósea Alogénico: Etapa I.- Evaluación Pretransplante | | |
| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Otorrinolaringología; Oftalmología; Nutricional; |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| | HLA CLASE I | |
| | HLA DRB Y DQB1 | |
| | HLA DRB ALTA RES | |
| | Transporte Aereo Muestras | |
| 0301003-GES | Adenograma, esplenograma, mielograma c/u | |
| 0301021-GES | Fibrinógeno | |
| 0301027-GES | Fibrinógeno, productos de degradación del | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302024-GES | Creatinina, depuración de (Clearance) (proc. aut.) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302056-GES | Magnesio | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0303026-GES | Tiroxina libre (T4L) | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0304002-GES | Cariograma con técnicas especiales (incluye muestra de sangre o de médula ósea, tratamiento con FUDR, bromuro de etidio, medio deficiente en ácido fólico) | |
| 0305024-GES | Inmunolectroforesis de inmunoglobulinas IgD e IgE c/u | |
| 0305027-GES | Inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM, c/u | |
| 0305041-GES | Intradermoreacción (PPD, histoplasmina, aspergilina, u otros, incluye el valor del antígeno y reacción de control), c/u. | |
| 0305045-GES | Linfocitos T "helper" (OKT4) o supresores (OKT8) con antisuero monoclonal, c/u | |
| 0306007-GES | Coprocultivo, c/u | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0306010-GES | Hemocultivo anaerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306017-GES | Levaduras | |
| 0306042-GES | V.D.R.L. | |
| 0306045-GES | Coproparasitario seriado con técnica para Cryptosporidium sp o para Diantamoeba fragilis (incluye los códigos 03-06-048 y/o 03-06-059 más aplicación de técnica de frotis con tinción tricrómica o tinción Ziehl-Neelsen en por lo menos 3 muestras, según cor | |
| 0306061-GES | Elisa indirecta (Chagas, hidatidosis, toxocariasis y otras), c/u | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0306070-GES | Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u | |
| 0306074-GES | Virus hepatitis A, anticuerpos IgM del | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0308014-GES | Físico-químico (incluye aspecto, color, pH, glucosa, proteína, Pandy y filancia) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0401031-GES | Cavidades perinasales, órbitas, articulaciones temporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar, arco cigomático, cara, c/u (2 exp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 1707002-GES | Espirometría basal y con bronco dilatación | |
| | Radioterapia Corporal Total (TBI) | |
| | Aferesis periferica | |
| | Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) | |
| | Criopreservación | |
| | Purificación celulas progenitoras | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| | KIT filtración medula osea | |
| | Médula ósea en pabellón | |
| | Medio de cultivo | |
| | Heparina | |

CANCER EN MENORES DE 15 AÑOS
TRATAMIENTO

14.2.9 Trasplante de Médula Ósea Alogénico: Etapa II.- Transplante

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. pediátrica | |
| 0301015-GES | Coombs indirecto, prueba de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301050-GES | Isoinmunización, detección de anticuerpos irregulares (proc. aut.). | |
| 0301064-GES | Recuento de eritrocitos, absoluto (proc. aut.) | |
| 0301065-GES | Recuento de leucocitos, absoluto (proc. aut.) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302015-GES | Calcio | |
| 0302016-GES | Calcio iónico, incluye proteínas totales | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasa alcalinas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302056-GES | Magnesio | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o urea | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0302067-GES | Colesterol total (proc. aut.) | |
| 0305031-GES | Proteína C reactiva por técnicas nefelométricas y/o turbidimétricas | |
| 0306004-GES | Examen directo al fresco, c/s tinción (incluye trichomonas) | |
| 0306005-GES | Tinción de Gram | |
| 0306007-GES | Coprocultivo, c/u | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0306010-GES | Hemocultivo anaerobio, c/u | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0306017-GES | Levaduras | |
| 0306026-GES | Corriente (mínimo 10 fármacos) (en caso de urocultivo no corresponde su cobro; incluido en el valor 03-06-011) | |
| 0306032-GES | Aspergilosis, candidiasis, histoplasmosis u otros hongos por inmunodiagnóstico c/u | |
| 0306045-GES | Coproparasitario seriado con técnica para Cryptosporidium sp o para Diantamoeba fragilis (incluye los códigos 03-06-048 y/o 03-06-059 más aplicación de técnica de frotis con tinción tricrómica o tinción Ziehl-Neelsen en por lo menos 3 muestras, según cor | |
| 0306061-GES | Elisa indirecta (Chagas, hidatidosis, toxocariasis y otras), c/u | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0306070-GES | Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0308005-GES | Leucocitos fecales | |
| 0309020-GES | Nitrógeno ureico o urea cuantitativo | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0702005-GES | Prueba de compatibilidad por unidad de globulos rojos (proc.aut.) | |
| | Antiginemia Viral | |

CANCER EN MENORES DE 15 AÑOS
TRATAMIENTO

14.2.10 Trasplante de Médula Ósea Alogénico: Etapa III.- Post Transplante

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302031-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH), con separación de isoenzimas | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), pirúvica (GPT/ALT), c/u. | |
| 0303007-GES | Crecimiento, hormona de (HGH) (somatotrofina) | |
| 0303015-GES | Hormona folículo estimulante (FSH) | |
| 0303016-GES | Hormona luteinizante (LH) | |
| 0303022-GES | Testosterona | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0303026-GES | Tiroxina libre (T4L) | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0303030-GES | Estradiol (17-Beta) | |
| 0401056-GES | Edad ósea: carpo y mano (1 exp.) | |
| 0301015-GES | Coombs indirecto, prueba de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301050-GES | Isoinmunización, detección de anticuerpos irregulares (proc. aut.). | |
| 0306061-GES | Elisa indirecta (Chagas, hidatidosis, toxocariasis y otras), c/u | |
| 0306069-GES | Anticuerpos virales, determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, Influenza A y B; virus varicela-zoster; virus sincial respiratorio; parainfluenza 1, 2 y 3, Epstein Barr y otros), c/u | |
| 0306070-GES | Antígenos virales determ. de (adenovirus, citomegalovirus, herpes simple, rubéola, influenza y otros), (por cualquier técnica ej: inmunofluorescencia), c/u | |
| 0306077-GES | Virus hepatitis B, anticuerpos de antígeno de superficie (australiano) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0702005-GES | Prueba de compatibilidad por unidad de globulos rojos (proc.aut.) | |
| 0305045-GES | Linfocitos T "helper" (OKT4) o supresores (OKT8) con antisuero monoclonal, c/u | |
| 0305046-GES | Linfocitos T totales (OKT3 y/o OKT11) con antisuero monoclonal o inmunofenotipificación de poblaciones y subpoblaciones celulares (antígenos o marcadores inmunocelulares) | |
| 0305049-GES | Transformación linfoblástica a drogas, análisis de transformación espontanea con estimulo inespecifico y con diferentes concentraciones de la droga en 1000 células | |
| 0305027-GES | Inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM, c/u | |
| | Antigenemia Viral | |
| | Cultivo Rápido | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler Color | |
| 1707002-GES | Espirometría Basal y con broncodilatador | |
| | Plaquetas irradiadas y filtradas | |
| | Globulos Rojos Irradiados y Filtrados | |
| | Irradiación | |
| | Bolsa Desechable Para Plasma 300 MI | |
| | Bolsa Sangre | |
| | Coneccion Ls-4 | |
| | Equipo Administracion Sangre Adulto | |
| | Filtro Leucocitos Plaquetas X Ud | |
| | Filtro R-500 - Globulos Rojos | |
| | Jeringa Desechable 5 Cc | |
| | Lancetas Desechables Basicas X Ud | |
| | Parche Curitas Redondos | |
| 0101113-GES | Consulta Integral de Especialidades En Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0101113-GES | Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Broncopulmonar; Endocrino; Oftalmólogo; Cardiólogo |
| | Inmunoglobulina Humana | |
| | Aciclovir | |
| | Cotrimoxazol | |
| | Nistatina | |
| | Ganciclovir | |
| | Prednisona | |
| | Ciclosporina | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CANCER EN MENORES DE 15 AÑOS

TRATAMIENTO

14.2.11 Quimioterapia

| CÓDIGO | PRESTACIÓN | OBSERVACIONES |
|---------------|--|--|
| 3002009-GES | Linfoma de Hodgkin | |
| 3002010-GES | Linfoma B y LLA-B | |
| 3002011-GES | Linfoma Linfoblástico | |
| 3002012-GES | Leucemia linfoblástica aguda | |
| 3002013-GES | Leucemia Mieloide Aguda | Leucemia mieloide aguda y mielodisplasia |
| 3002014-GES | Neuroblastoma | |
| 3002015-GES | Osteosarcoma | |
| 3002016-GES | Sarcoma partes blandas | |
| 3002017-GES | Ewing | |
| 3002107-GES | Tumores germinales Extra Sistema Nerviso Central (Extra SNC) | |
| 3002020-GES | Tumor de Wilms | |
| 3002021-GES | Retinoblastoma | |
| 3002022-GES | Histiocitosis | |
| 3002024-GES | Recaída tumores sólidos | |
| 3002025-GES | Hepatoblastomas | |
| 3002026-GES | Leucemias mieloide crónica | |
| 3002027-GES | Recaídas de leucemias Linfoblasticas | |
| 3002126-GES | Recaída de Leucemia Mieloide | |
| 3002028-GES | Méduloblastomas | |
| 3002029-GES | Tumores de < de 3 años | |
| 3002030-GES | Glioma | |
| 3002031-GES | Astrocitoma | |
| 3002032-GES | Tumor Germinal SNC | |

14.2.12 LINFOMA DE HODGKIN

| Prestación |
|---|
| Bleomicina |
| Ciclofosfamida |
| Doxorubicina |
| Mesna |
| Dacarbazina |
| Vinblastina |
| Vincristina |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.13 LINFOMA NO HODGKIN B Y LEUCEMIA B (Riesgo 2)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Ciclofosfamida |
| Citabarina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.14 LINFOMA NO HODGKIN B Y LEUCEMIA B (Riesgo 3)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.15 LINFOMA NO HODGKIN B Y LEUCEMIA B (Riesgo 4)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Vincristina |
| Vinblastina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| Prestación |
|---|
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.16 LINFOMA LINFOBLASTICO (Riesgo Medio)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Oncoaspar |
| Mercaptopurina |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos De Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.17 LINFOMA LINFOBLASTICO (Riesgo Alto)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Oncoaspar |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Mercaptopurina |
| Metotrexato |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.18 LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Bajo A)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Oncoaspar |
| Mercaptopurina |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Prednisona |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.19 LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Bajo B)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Oncoaspar |
| Mercaptopurina |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Prednisona |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.20 LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Medio A)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Oncoaspar |
| Mercaptopurina |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Prednisona |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.21 LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Medio B)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Oncoaspar |
| Mercaptopurina |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Prednisona |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.22 LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Alto A)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Oncoaspar |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Mercaptopurina |
| Metotrexato |
| Prednisona |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Vindesina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.23 LEUCEMIA LINFOBLASTICA (Riesgo Alto B)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Oncoaspar |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Mercaptopurina |
| Metotrexato |
| Prednisona |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Vindesina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.24 LEUCEMIA MIELODE AGUDA (Riesgo Alto)

| Prestación |
|--|
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Hidroxicarbamida |
| Mesna |
| Mitoxantrona |
| Tioguanina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Prednisona |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.25 LEUCEMIA MIELODE AGUDA (Riesgo Bajo)

| Prestación |
|--|
| Ac. Transretinoico |
| Ciclofosfamida |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Mesna |
| Tioguanina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Prednisona |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.26 LEUCEMIA MIELODE AGUDA (Riesgo Alto con TMO)

| Prestación |
|--|
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Idarubicina |
| Etoposido |
| Hidroxicarbamida |
| Mitoxantrona |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.27 NEUROBLASTOMA (Estándar 30 Kg.)

| Prestación |
|--|
| Cisplatino |
| Dacarbazina |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Vinblastina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.28 NEUROBLASTOMA (Riesgo Alto)

| Prestación |
|--|
| Ac.Cisretinoico |
| Ciclofosfamida |
| Cisplatino |
| Dacarbazina |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Vinblastina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.29 OSTEOSARCOMA

| Prestación |
|--|
| Doxorubicina |
| Carboplatino |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos De Preparación Y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.30 SARCOMA PARTES BLANDAS (Régimen 45 VAC)

| Prestación |
|--|
| Ciclofosfamida |
| Dactinomicina |
| Mesna |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.31 SARCOMA PARTES BLANDAS (Régimen 49)

| Prestación |
|--|
| Ciclofosfamida |
| Dactinomicina |
| Etoposido |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Irinotecan |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.32 SARCOMA PARTES BLANDAS (VID)

| Prestación |
|--|
| Doxorubicina |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.33 SARCOMA DE EWING

| Prestación |
|--|
| Ciclofosfamida |
| Doxorubicina |
| Dactinomicina |
| Etoposido |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.34 TUMORES GERMINALES EXTRA S.N.C.

| Prestación |
|--|
| Bleomicina |
| Cisplatino |
| Etoposido |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación Y Administración |
| Cateter |

14.2.35 TUMORES GERMINALES EXTRA S.N.C. (Resección Incompleta)

| Prestación |
|--|
| Cisplatino |
| Etoposido |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.36 TUMOR DE WILMS (Régimen I Estadio I – IV)

| Prestación |
|--|
| Ciclofosfamida |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Mesna |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.37 TUMOR DE WILMS (Regimen DD-4A)

| Prestación |
|--|
| Dactinomicina |
| Doxorubicina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.38 TUMOR DE WILMS (Regimen EE-4A)

| Prestación |
|--|
| Dactinomicina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.39 TUMOR DE WILMS (Regimen RTK)

| Prestación |
|--|
| Carboplatino |
| Ciclofosfamida |
| Etoposido |
| Mesna |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.40 RETINOBLASTOMA (Retinoblastoma Intraocular)

| Prestación |
|--|
| Carboplatino |
| Etoposido |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.41 RETINOBLASTOMA (Retinoblastoma Extraocular Etapa I y II)

| Prestación |
|--|
| Carboplatino |
| Etoposido |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.42 RETINOBLASTOMA (Retinoblastoma Extraocular Etapa III y IV)

| Prestación |
|--|
| Carboplatino |
| Citarabina |
| Doxorubicina |
| Etoposido |
| Dexametasona |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.43 HISTIOCITOSIS

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Vinblastina |
| Prednisona |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Metotrexato |
| Mercaptopurina |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.44 RECIADA TUMORES SOLIDOS (Rama A)

| Prestación |
|--|
| Carboplatino |
| Etoposido |
| Ifosfamida |
| Mesna |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.45 RECIADA TUMORES SOLIDOS (Rama B)

| Prestación |
|--|
| Ciclofosfamida |
| Topotecan |
| Mesna |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.46 HEPATOBLASTOMA (Riesgo Bajo)

| Prestación |
|--|
| Cisplatino |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.47 HEPATOBLASTOMA (Riesgo Alto)

| Prestación |
|--|
| Carboplatino |
| Ciclofosfamida |
| Cisplatino |
| Doxorubicina |
| Mesna |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.48 LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA (Tipo A)

| Prestación |
|---|
| Hidroxycarbamida |
| Imatinib |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.49 LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA (Tipo B)

| Prestación |
|---|
| Citarabina |
| Hidroxycarbamida |
| Idarubicina |
| Imatinib |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.50 RECAIDA DE LEUCEMIAS LINFOBLASTICAS (Grupo S4)

| Prestación |
|---|
| Asparaginasa |
| Citarabina |
| Dexametasona |
| Etoposido |
| Idarubicina |
| Metotrexato |
| Tioguanina |
| Acido Folinico |
| Vincristina |
| Dexrazoxano |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.51 RECAIDA DE LEUCEMIAS LINFOBLASTICAS (Grupo S3)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Ifosfamida |
| Mercaptopurina |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Dexrazoxano |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.52 RECAIDA DE LEUCEMIAS LINFOBLASTICAS (Grupo S2)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Oncoaspar |
| Etoposido |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Ifosfamida |
| Mercaptopurina |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Dexrazoxano |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.53 RECAIDA DE LEUCEMIAS LINFOBLASTICAS (Grupo S1)

| Prestación |
|--|
| Acido Folinico |
| Asparaginasa |
| Citarabina |
| Daunorubicina |
| Dexametasona |
| Ifosfamida |
| Mercaptopurina |
| Mesna |
| Metotrexato |
| Tioguanina |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Dexrazoxano |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.54 RECAIDA DE LEUCEMIAS MIELOIDE

| Prestación |
|--|
| Citarabina |
| Idarubicina |
| Fludarabina |
| Etoposido |
| Tioguanina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.55 MEDULOBLASTOMA

| Prestación |
|---|
| Cisplatino |
| Lomustina |
| Vincristina |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

14.2.56 TUMORES DE < 3 AÑOS

| Prestación |
|--|
| Ciclofosfamida |
| Cisplatino |
| Etoposido |
| Mesna |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.57 GLIOMA

| Prestación |
|--|
| Carboplatino |
| Vincristina |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.58 ASTROCITOMA

| Prestación |
|--|
| Cisplatino |
| Lomustina |
| Vincristina |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

14.2.59 TUMOR GERMINAL SNC

| Prestación |
|--|
| Bleomicina |
| Cisplatino |
| Etoposido |
| Bloqueador de los receptores 5 hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondansetrón) |
| Factor Estimulante de Colonias (filgrastim) |
| Tratamiento Neutropenia |
| Insumos de Preparación y Administración |
| Cateter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CANCER EN MENORES DE 15 AÑOS

TRATAMIENTO

14.2.60 Radioterapia

| CÓDIGO | GLOSA |
|--|--|
| Braquiterapia | |
| 0503001-GES | Endocavitaria o intersticial (radium, cesio o iridium) |
| 0503003-GES | Superficial (estroncio) |
| Radioterapia con Acelerador lineal de Electrones | |
| 0504001-GES | Radioterapia, cancer de esofago pre o postoperatorio |
| 0504002-GES | Radioterapia, cancer de esofago sin intervencion quir. |
| 0504003-GES | Radioterapia, cancer de mama sin intervencion quir. |
| 0504004-GES | Radioterapia, cancer de mama, trat. postoperatorio |
| 0504005-GES | Radioterapia, cancer de organos de abdomen y/o pelvis, excepto utero |
| 0504006-GES | Radioterapia, cancer de organos de cabeza y/o cuello |
| 0504007-GES | Radioterapia, cancer de piel |
| 0504008-GES | Radioterapia, cancer de pulmon o esofago toracico |
| 0504009-GES | Radioterapia, cancer de testiculo |
| 0504010-GES | Radioterapia, cancer uterino (cuello y/o endometrio) |
| 0504011-GES | Radioterapia, leucemia tratamiento de |
| 0504012-GES | Radioterapia, linfoma maligno irradiacion ganglionar total |
| 0504013-GES | Radioterapia, linfomas malignos, trat. parcial. |
| 0504014-GES | Radioterapia, paliativo en cancer metastasico (cualquier localizacion) |
| 0504015-GES | Radioterapia, sarcoma oseo o de partes blandas |
| 0504016-GES | Radioterapia, tumores del sistema nervioso central |
| Telecobaltoterapia | |
| 0505001-GES | Telecobaltoterapia, cancer de esofago pre o postoperatorio |
| 0505002-GES | Telecobaltoterapia, cancer de esofago sin intervencion quir. |
| 0505003-GES | Telecobaltoterapia, cancer de mama, trat. postoperatorio |
| 0505004-GES | Telecobaltoterapia, cancer de mama sin intervencion quir. |
| 0505005-GES | Telecobaltoterapia, cancer de organos de abdomen y/o pelvis, excepto utero |
| 0505006-GES | Telecobaltoterapia, cancer de organos de cabeza y cuello |
| 0505007-GES | Telecobaltoterapia, cancer de piel |
| 0505008-GES | Telecobaltoterapia, cancer de pulmon o esofago toracico |
| 0505009-GES | Telecobaltoterapia, cancer de testiculo |
| 0505010-GES | Telecobaltoterapia, cancer uterino (cuello y/o endometrio) |
| 0505011-GES | Telecobaltoterapia, leucemia, trat. de |
| 0505012-GES | Telecobaltoterapia, linfoma maligno irradiacion ganglionar |
| 0505013-GES | Telecobaltoterapia, linfomas malignos, trat. parcial |
| 0505014-GES | Telecobaltoterapia, paliativo en cancer metastasico (cualquier localizacion) |
| 0505015-GES | Telecobaltoterapia, sarcoma oseo o de partes blandas |
| 0505016-GES | Telecobaltoterapia, tumores del sistema nervioso central |
| Roentgenerapia | |
| 0506001-GES | Antiinflamatoria |
| 0506002-GES | Cancer de piel |
| 0506003-GES | Paliativo en cancer metastasico |
| Radioterapia con acelerador lineal de alta intensidad | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CANCER EN MENORES DE 15 AÑOS

14.3 SEGUIMIENTO

14.3.1 Seguimiento Tumores Sólidos Canasta Anual Primer Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0102007-GES | Atención integral por terapeuta ocupacional | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302075-GES | Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0303014-GES | Gonadotropina coriónica, sub-unidad beta (incluye titulación si corresponde) (Elisa, RIA o IRMA, Quimioluminiscencia u otra técnica). | |
| 0303015-GES | Hormona folículo estimulante (FSH) | |
| 0303016-GES | Hormona luteinizante (LH) | |
| 0303022-GES | Testosterona | |
| 0303026-GES | Tiroxina libre (T4L) | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0303028-GES | Triyodotironina (T3) | |
| 0303030-GES | Estradiol (17-Beta) | |
| 0305003-GES | Alfa fetoproteínas | |
| 0308018-GES | Proteínas totales o albúmina (proc. aut.) c/u | |
| 0308029-GES | Espermiograma (físico y microscópico, con o sin observación hasta 24 horas) | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | RX |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | RX |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | RNM (incluye medio de contraste) |
| 0501103-GES | Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |
| | Cintigrafía con MIBG | |
| 1707002-GES | Espirometría Basal y con broncodilatador | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| | Audiometría en cámara silente | |
| | Hormona de crecimiento | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

SEGUIMIENTO

14.3.2 Seguimiento Leucemia Infantil Primer Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|---|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parametros) | |
| 0303026-GES | Tiroxina libre (T4L) | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0303028-GES | Triyodotironina (T3) | |
| 0308010-GES | Citoquímico de líquidos | |
| 0308018-GES | Proteínas totales o albúmina (proc. aut.) c/u | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | RX |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404004-GES | Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.) | |
| 0404009-GES | Ecotomografía pélvica masculina (incluye vejiga y próstata) | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | RNM (incluye medio de contraste) |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| | Mielograma | |
| | Hormona de crecimiento | |
| | Hormona tiroidea | |
| | Hormona sexual | |
| | Reacción de Polimerasa en Cadena | Para detectar traslocaciones cromosómicas |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCERES EN MENORES DE 15 AÑOS

SEGUIMIENTO

14.3.3 Seguimiento Linfoma Infantil Canasta Anual Primer Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil Bioquímico(determinación automatizada de 12 parametros) | |
| 0303015-GES | Hormona folículo estimulante (FSH) | |
| 0303016-GES | Hormona luteinizante (LH) | |
| 0303026-GES | Tiroxina libre (T4L) | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0303028-GES | Triyodotironina (T3) | |
| 0308010-GES | Citoquímico de líquidos | |
| 0308018-GES | Proteínas totales o albúmina (proc. aut.) c/u | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | RX |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0404004-GES | Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.) | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |
| 0405006-GES | Columna dorsal | RNM (incluye medio de contraste) |
| 0501104-GES | Cintigrafía ósea trifásica (incluye mediciones fase precoz y tardía) | |
| 501127-GES | Cintigrafía con galio-67 planar infección (no incluye radioisótopo) (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| | Mielograma | |
| | Hormona de crecimiento | |
| | Hormona tiroidea | |
| | Hormona sexual | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

15 ESQUIZOFRENIA

15.1 DIAGNOSTICO

15.1.1 Evaluación en sospecha de primer episodio Esquizofrenia (6 meses)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0203010-GES | Día cama integral psiquiátrico diurno | |
| 0203109-GES | Día cama hosp. integral psiquiatría corta estadía | |
| 0903001-GES | Consulta de psiquiatría | |
| | Psicodiagnóstico | |
| 0903003-GES | Consulta de salud mental por otros profesionales | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302040-GES | Fosfatasa alcalinas totales | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | en sangre |
| 0302045-GES | Gamma glutamiltranspeptidasa (GGT) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasa alcalinas totales, GGT, Transaminasas GOT y GPT). | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0306042-GES | VDRL | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 1101006-GES | Electroencefalograma (E.E.G.) standard y/o activado "sin privación de sueño" (incluye mono y bipolares, hiperventilación, c/s reactividad auditiva, visual, lumínica, por drogas u otras). Equipo de 8 canales | |
| | Screening Drogas | |
| | Haloperidol Oral | |
| | Haloperidol Inyectable | |
| | Lorazepam | |
| | Trihexifenidilo | |
| | Clorpromazina | |
| | Carbamazepina | |
| | Risperidona | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

15.2 TRATAMIENTO

15.2.1 Tratamiento Esquizofrenia Primer Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------------|
| 0203010-GES | Día cama integral psiquiátrico diurno | |
| 0203017-GES | Día cama hogar protegido paciente psiquiátrico compensado | |
| 0203109-GES | Día cama hosp. integral psiquiatría corta estadía | |
| 0903001-GES | Consulta de psiquiatría | |
| | Consultoría de Salud Mental por Psiquiatra | |
| | Psicodiagnóstico | |
| 0903003-GES | Consulta de salud mental por otros profesionales | |
| | Consultoría de Salud Mental por otro profesional/6 | |
| 0903004-GES | Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores) | Familiares |
| 0903004-GES | Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores) | Usuario |
| 0903005-GES | Psicoterapia de grupo (por psicólogo o psiquiatra) (4 a 8 pacientes) | |
| | Psicoterapia Familiar con co-terapeuta | |
| | Psicoterapia Individual (psiquiatra o psicologo) | |
| | Día programa Rehabilitación Tipo 1 | |
| | Día programa Rehabilitación Tipo 2 | |
| | Visita Salud Mental por otro Prof. | |
| | Club Integración Social | |
| | Intervención Comunitaria | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | Para agranulosis clozapina |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o urea | en sangre |
| 0302045-GES | Gamma glutamiltranspeptidasa (GGT) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, Trasaminasas GOT y GPT). | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0306042-GES | VDRL | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0309014-GES | Embarazo, detección de (cualquier técnica) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | |
| 1101006-GES | Electroencefalograma (E.E.G.) standard y/o activado "sin privación de sueño" (incluye mono y bipolares, hiperventilación, c/s reactividad auditiva, visual, lumínica, por drogas u otras). Equipo de 8 canales | |
| | Screening Drogas | |
| | Haloperidol Oral | |
| | Haloperidol Inyectable | |
| | Lorazepam | |
| | Trihexifenidilo | |
| | Flufenazina Decanoato | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--------------------|---------------|
| | Acido Valproico | |
| | Clorpromazina | |
| | Carbamazepina | |
| | Sulpiride | |
| | Clozapina | |
| | Filgrastim | |
| | Risperidona | |
| | Olanzapina | |
| | Carbonato de litio | |
| | Amitriptilina | |
| | Fluoxetina | |
| | Ziprasidona | |
| | Quetiapina | |

TRATAMIENTO

15.2.2 Tratamiento Esquizofrenia a partir de Segundo Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------------|
| 0203010-GES | Día cama integral psiquiátrico diurno | |
| 0203017-GES | Día cama hogar protegido paciente psiquiátrico compensado | |
| 0203109-GES | Día cama hosp. integral psiquiatría corta estadia | |
| 0903001-GES | Consulta de psiquiatría | |
| | Psicodiagnóstico | |
| 0903003-GES | Consulta de salud mental por otros profesionales | |
| 0903004-GES | Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores) | Familiares |
| 0903004-GES | Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores) | Usuario |
| 0903005-GES | Psicoterapia de grupo (por psicólogo o psiquiatra) (4 a 8 pacientes) | |
| | Psicoterapia Familiar con co-terapeuta /6 | |
| | Psicoterapia Individual (psiquiatra o psicologo) | |
| | Día programa Rehabilitación Tipo 1 | |
| | Día programa Rehabilitación Tipo 2 | |
| | Visita Salud Mental por otro Prof. | |
| | Club Integración Social | |
| | Intervención Comunitaria | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | Para agranulosis clozapina |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o urea | en sangre |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302045-GES | Gamma glutamiltranspeptidasa (GGT) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasa alcalinas totales, GGT, Trasaminasas GOT y GPT). | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0306042-GES | VDRL | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0309014-GES | Embarazo, detección de (cualquier técnica) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 1101006-GES | Electroencefalograma (E.E.G.) standard y/o activado "sin privación de sueño" (incluye mono y bipolares, hiperventilación, c/s reactividad auditiva, visual, lumínica, por drogas u otras). Equipo de 8 canales | |
| | Screening Drogas | |
| | Haloperidol Oral | |
| | Haloperidol Inyectable | |
| | Lorazepam | |
| | Trihexifenidilo | |
| | Flufenazina Decanoato | |
| | Acido Valproico | |
| | Clorpromazina | |
| | Carbamazepina | |
| | Sulpiride | |
| | Clozapina | |
| | Filgrastim | |
| | Risperidona | |
| | Olanzapina | |
| | Carbonato de litio | |
| | Amitriptilina | |
| | Fluoxetina | |
| | Ziprasidona | |
| | Quetiapina | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

16 CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

16.1 DIAGNOSTICO

16.1.1 Confirmación Cáncer Testículo

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Urología |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0305003-GES | Alfa fetoproteinas | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |
| 0303014-GES | Gonadotropina coriónica, sub-unidad beta (incluye titulación si corresponde) (Elisa, RIA o IRMA, Quimioluminiscencia u otra técnica). | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |

DIAGNOSTICO

16.1.2 Etapificación Cáncer Testículo

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0101109-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Comité Urológico |
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa lactica total (LDH) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil bioquimico (determinacion automatizada de 12 parametros) | |
| 0303014-GES | Gonadotropina coriónica, sub-unidad beta (incluye titulación si corresponde) (Elisa, RIA o IRMA, Quimioluminiscencia u otra técnica). | |
| 0305003-GES | Alfa fetoproteinas | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC, alto riesgo o con síntomas neurológicos |
| 0403013-GES | Torax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

16.2 TRATAMIENTO

16.2.1 Intervención Quirúrgica de Testículo (1)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301011-GES | Coagulacion, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |
| 0801008-GES | Estudio histopatologico corriente de biopsia diferida | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1902068-GES | Tumores malignos del testículo, orquidectomía ampliada no incluye vaciamiento lumbo-aórtico | |
| | Analgesia post operatoria | |

TRATAMIENTO

16.2.2 Intervención Quirúrgica de Testículo (2)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. Adulto | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0301011-GES | Coagulacion, tiempo de | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |
| 0801008-GES | Estudio histopatologico corriente de biopsia diferida | |
| 1902069-GES | Tumores malignos del testículo, orquidectomía ampliada con vaciamiento lumbo-aórtico | |
| | Analgesia post operatoria | |

TRATAMIENTO

16.2.3 Intervención Quirúrgica de Testículo (3)

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0301011-GES | Coagulacion, tiempo de | |
| 0801008-GES | Estudio histopatologico corriente de biopsia diferida | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| | Analgesia post operatoria | |
| 1704017-GES | Tumores o quistes de mediastino (anterior o posterior) trat. quir. c/s disección ganglionar | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |

TRATAMIENTO

16.2.4 Radioterapia Cáncer Testículo

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--------------|---------------|
| | Radioterapia | |

16.2.5 Banco de espermios

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--------------------|-----------------|
| | Banco de Espermios | Duración 2 años |

16.2.6 Terapia de Reemplazo Hormonal

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|-------------------------------|---------------|
| | Terapia de reemplazo hormonal | |

16.2.7 Hospitalización por Quimioterapia

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oncología |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa lactica total (LHD) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmaticos (sodio, potasio, cloro, Mg) c/u | |
| 0303014-GES | Gonadotrofina coriónica, sub-unidad beta (incluye titulación si corresponde) (Elisa, RIA o IRMA, Quimioluminiscencia u otra técnica). | en sangre |
| 0305003-GES | Alfa fetoproteinas | |
| 0403001-GES | Cerebro, (alto riesgo o con síntomas neurológicos) | TAC |
| 0403013-GES | Torax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 1701014-GES | Instalación de catéter Swan-Ganz o similar, en adultos o niños (proc. aut.) | |
| 0403014-GES | Abdomen (higado, vias y vesicula biliar, pancreas, bazo, | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
QUIMIOTERAPIA

16.2.8 Tratamiento Protocolo PE

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Dexametasona | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Etoposido | |
| | Cisplatino | |
| | Manitol | |
| | Furosemida | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Factor estimulante de colonia (Filgrastim) | |
| | Neutropenia febril alto riesgo, leve | |
| | Cateter | |
| | Insumos preparación y administración | |

QUIMIOTERAPIA

16.2.9 Tratamiento Protocolo PEB

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Dexametasona | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Bleomicina | |
| | Etoposido | |
| | Cisplatino | |
| | Manitol | |
| | Furosemida | |
| | Factor estimulante de colonia (Filgrastim) | |
| | Neutropenia febril alto riesgo, leve | |
| | Cateter | |
| | Insumos preparación y administración | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

QUIMIOTERAPIA

16.2.10 Tratamiento Protocolo PEI

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Dexametasona | |
| | Antiemetico oral (Clorpromazina, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrón, Tietilperazina) | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Etoposido | |
| | Cisplatino | |
| | Furosemida | |
| | Manitol | |
| | Ifosfamda | |
| | Mesna | |
| | Factor estimulante de colonia (Filgrastim) | |
| | Neutropenia febril alto riesgo, severa | |
| | Cateter | |
| | Vinblastina | |
| | Insumos preparación y administración | |

16.3 SEGUIMIENTO

16.3.1 Seguimiento Cáncer Testiculo Primer Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0302031-GES | Deshidrogenasa lactica total (ldh), con separacion de isoen- | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmaticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil bioquimico (determinacion automatizada de 12 parametros) | |
| 0303014-GES | Gonadotrofina coriónica, sub-unidad beta (incluye titulación si corresponde) (Elisa, RIA o IRMA, Quimioluminiscencia u otra técnica). | |
| 0305003-GES | Alfa fetoproteinas | |
| 0403013-GES | Torax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (higado, vias y vesicula biliar, pancreas, bazo, | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0404014-GES | Ecotomografia testicular (uno o ambos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

SEGUIMIENTO

16.3.2 Seguimiento Cáncer Testículo Segundo Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0302031-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH), con separación de isoenzimas | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0303014-GES | Gonadotropina coriónica, sub-unidad beta (incluye titulación si corresponde) (Elisa, RIA o IRMA, Quimioluminiscencia u otra técnica). | |
| 0305003-GES | Alfa fetoproteínas | |
| 0403013-GES | Torax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0404014-GES | Ecotomografía testicular (uno o ambos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

17 LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

17.1 DIAGNOSTICO

17.1.1 Confirmación Linfoma Adulto

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Hematologo o Medicina Interna o Cirujano |
| 0801005-GES | Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas especiales (incluye descalcificación) (por cada órgano) | |
| 1703035-GES | Biopsia quir. ganglionar (cualquier región periférica superficial o profunda) (proc. aut.) | |

DIAGNOSTICO

17.1.2 Etapificación Linfoma Adulto

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0101009-GES | Visita por médico interconsultor (o en junta médica c/u) a enfermo hospitalizado | Comité interconsultor |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301003-GES | Adenograma, esplenograma, mielograma c/u | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301068-GES | Recuento de reticulocitos (absoluto o porcentual) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT y GPT). | |
| 0305010-GES | Beta-2-microglobulina | |
| 0305045-GES | Linfocitos T "helper" (OKT4) o supresores (OKT8) con antisuero monoclonal, c/u | Inmunofenotipo |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0308019-GES | Proteínas, electroforesis de (incluye proteínas totales) | |
| 0401060-GES | Rx. Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0405001-GES | Cráneo-cerebro | RNM |
| 0501103-GES | Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |
| | Cintigrafía con galio-67 planar y Spect, para estudio de tumores (incluye radioisótopo) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|--------------------|
| 0801004-GES | Estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica o inmunofluorescencia (por cada órgano) | Inmunohistoquímica |
| 0801005-GES | Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas especiales (incluye descalcificación) (por cada órgano) | medula ósea |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17.01.008) | |
| 1707032-GES | Biopsia pleural (con aguja) | |
| 1801001-GES | Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia) | |
| 2104033-GES | Biopsia ósea por punción | |
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| | Mielograma | |
| | Reacción de Polimerasa en cadena | |

17.2 TRATAMIENTO

17.2.1 Consultas y Exámenes por Quimioterapia

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Hematologo |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203011-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico | |
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT y GPT). | |
| 0308019-GES | Electroforesis de proteínas y cuantificación de Ig. | |
| 0403001-GES | TAC Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | |
| 0403013-GES | TAC tórax | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0501103-GES | Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |
| 0501127-GES | Cintigrafía con galio-67 planar infección (no incluye radioisótopo) (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0702003-GES | Set de Exámenes por unidad de Glóbulos Rojos transfundida (incluye clasificación ABO y Rho, VDRL, HIV, virus hepatitis B antígeno de superficie, anticuerpos de hepatitis C, HTLV - I y II, Chagas, prueba de compatibilidad eritrocitaria) | |
| 0702008-GES | Transfusión en adulto o niño en pabellón (con asistencia permanente del médico o tecnólogo médico responsable) (no corresponde su cobro cuando sea controlada por médico anestesista, por estar incluida en el valor de sus honorarios) | |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| 2104033-GES | Biopsia ósea por punción | |
| 0801005-GES | Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas especiales (incluye descalcificación) (por cada órgano) | medula ósea |
| 1701014-GES | Instalación de catéter Swan-Ganz o similar, en adultos o niños (proc. aut.) | |

LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
TRATAMIENTO

17.2.2 Radioterapia Linfoma Adulto

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--------------|---------------|
| | Radioterapia | |

17.2.3 Quimioterapia: Linfoma Hodgkin Protocolo ABVD

Protocolo ABVD

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Doxorrubicina | |
| | Vinblastina | |
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Bleomicina | |
| | Dacarbazina | |
| | Dexametasona | |
| | Catéter | |
| | Insumos Preparación y Administración | |

17.2.4 Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin indolente Protocolo CHOP

Protocolo CHOP menores de 65 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Ciclosfosfamida | |
| | Doxorrubicina | |
| | Vincristina | |
| | Prednisona | |
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Dexametasona | |
| | Catéter | |
| | Insumos Preparación y Administración | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

17.2.5 Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin indolente Protocolo COP

Protocolo COP menores de 65 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--|---------------|
| | Ciclosfosfamida | |
| | Vincristina | |
| | Prednisona | |
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Dexametasona | |
| | Insumos Preparación y Administración | |

17.2.6 Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin indolente Protocolo mayores de 65 años

Protocolo mayores de 65 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--|---------------|
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Clorambucil | |

17.2.7 Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin agresivo incluido Burkitt

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| | Ciclosfosfamida | |
| | Doxorrubicina | |
| | Prednisona | |
| | Vincristina | |
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Dexametasona | |
| | Ifosfamida | |
| | Mesna | |
| | Metrotexato | |
| | Acido fólico | |
| | Etoposido | |
| | Factor estimulante de colonias (Filgrastim) | |
| | Neutropenia febril alto riesgo moderada | |
| | Catéter | |
| | Insumos Preparación y Administración | |
| | Citarabina | |
| | Suero Fisiológico AM 10 ml | |
| 1101025-GES | Por punción lumbar, con medio de contraste gaseoso o hidrosoluble (a.c. 04-02-049 o 04-02-050 o 04-03-011 s/corresp.) | |
| | Insumos (intratecal) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

17.2.8 Quimioterapia: Linfoma No Hodgkin agresivo de celulas grandes B, Protocolo R-CHOP menores de 70 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--|---------------|
| | Ciclosfosfamida | |
| | Doxorrubicina | |
| | Prednisona | |
| | Vincristina | |
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Dexametasona | |
| | Rituximab | |
| | Catéter | |
| | Insumos Preparación y Administración | |

17.2.9 Quimioterapia: Rescate de Linfomas Hodgkin y No Hodgkin Protocolo ESHAP - MINE

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| | Metilprenisolona | |
| | Cisplatino | |
| | Etoposido | |
| | Citarabina | |
| | Mitoxantrona | |
| | Ifosfamida | |
| | Mesna | |
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Dexametasona | |
| | Catéter | |
| | Neutropenia febril alto riesgo moderada | |
| | Factor estimulante de colonias (Filgrastim) | |
| | Insumos Preparación y Administración | |

TRATAMIENTO

17.2.10 Quimioterapia: Rescate de Linfoma Indolente Protocolo Fludarabina

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--|---------------|
| | Bloqueador de los Receptores 5 - hidroxitriptamina (5-HT3) (Ondasetrón) | |
| | Dexametasona | |
| | Mitoxantrona | |
| | Fludarabina | |
| | Cotrimoxazol forte | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| | Factor estimulante de colonias (Filgrastim) | |
| | Catéter | |
| | Neutropenia febril alto riesgo leve | |
| | Insumos Preparación y Administración | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

17.3 SEGUIMIENTO

17.3.1 Seguimiento Linfoma Adulto Primer Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa láctica total (LDH) | |
| 0302057-GES | Nitrogeno ureico y/o urea | en sangre |
| 0302076-GES | Perfil hepatico (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina) | |
| 0305010-GES | Beta-2-microglobulina | |
| 0308019-GES | Proteinas, electroforesis de (incluye proteinas totales) | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | Rx |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0403013-GES | Torax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0801005-GES | Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas especiales (incluye descalcificación) (por cada órgano) | |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |
| 1703035-GES | Biopsia quir. ganglionar (cualquier región periférica superficial o profunda) (proc. aut.) | |
| 1801001-GES | Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia) | |
| 1101003-GES | Lumbar c/s manometría c/s Queckenstedt | |
| 2104033-GES | Biopsia osea por puncion | |
| | Mielograma | |
| | Reacción de Polimerasa en cadena | |

17.3.2 Seguimiento Linfoma Adulto Segundo Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302030-GES | Deshidrogenasa lactica total (LDH) | |
| 0302057-GES | Nitrogeno ureico y/o urea | en sangre |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0302076-GES | Perfil hepatico (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina) | |
| 0305010-GES | Beta-2-microglobulina | |
| 0308019-GES | Proteinas, electroforesis de (incluye proteinas totales) | |
| 0401060-GES | Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u | Rx |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0403013-GES | Torax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0403014-GES | Abdomen (higado, vias y vesicula biliar, pancreas, bazo, | TAC |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm) | TAC |
| 0801005-GES | Estudio histopatológico con técnicas histoquímicas especiales (incluye descalcificación) (por cada órgano) | |
| 0801008-GES | Estudio histopatologico corriente de biopsia diferida | |
| 1703035-GES | Biopsia quir. ganglionar (cualquier región periférica superficial o profunda) (proc. aut.) | |
| 1801001-GES | Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia) | |
| 1101003-GES | Lumbar c/s manometría c/s Queckensted | |
| 2104033-GES | Biopsia osea por puncion | |
| | Mielograma | |
| | Reacción de Polimerasa en cadena | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

18 SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

18.1 TRATAMIENTO

18.1.1 Antiretrovirales para Primera Línea Adultos

| | |
|--|---|
| ESQUEMAS TIPO PRIMERA LINEA ADULTOS | PROTOCOLO MENSUAL |
| | (ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO))+ EFAVIRENZ 600 MG |
| | DIDANOSINA 250 MG + LAMIVUDINA 150 MG + EFAVIRENZ 600 MG |
| | DIDANOSINA 400 MG + LAMIVUDINA 150 MG + EFAVIRENZ 600 MG |
| | (ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO))+ NEVIRAPINA 200 MG |
| | DIDANOSINA 250 MG + LAMIVUDINA 150 MG + NEVIRAPINA 200 MG |
| | DIDANOSINA 400 MG + LAMIVUDINA 150 MG + NEVIRAPINA 200 MG |
| | (ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO))+ LOPINAVIR 133,3 MG/ RITONAVIR 33,3 MG |
| | DIDANOSINA 250 MG + LAMIVUDINA 150 MG + LOPINAVIR 133,3 MG / RITONAVIR 33,3 MG |
| | DIDANOSINA 400 MG + LAMIVUDINA 150 MG + LOPINAVIR 133,3 MG/ RITONAVIR 33,3 MG |
| | ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO) |

TRATAMIENTO

18.1.2 Antiretrovirales para Segunda Línea Adultos

| | |
|--|---|
| ESQUEMAS TIPO SEGUNDA LINEA ADULTOS | PROTOCOLO MENSUAL |
| | ABACAVIR 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG + EFAVIRENZ 600 MG |
| | (ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO))+ NEVIRAPINA 200 MG |
| | ABACAVIR 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG + NEVIRAPINA 200 MG |
| | (ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO))+ LOPINAVIR 133,3 MG/ RITONAVIR 33,3 MG |
| | ABACAVIR 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG + LOPINAVIR 133,3 MG/ RITONAVIR 33,3 MG |
| | ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO))+ ATAZANAVIR 200 MG |
| | ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO))+ ATAZANAVIR 150 MG + RITONAVIR100 MG |
| | ABACAVIR 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG + ATAZANAVIR 150 MG + RITONAVIR100 MG |
| | ABACAVIR 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG + ATAZANAVIR 200 MG |
| | ABACAVIR 600 MG/ LAMIVUDINA 300 MG (COFORMULADO) |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

18.1.3 Antiretrovirales para Tercera Línea y Rescates Adultos

| | |
|---|--|
| FARMACOS ESQUEMAS TIPO TERCERA LINEA Y RESCATES DE ADULTOS | FARMACOS |
| | ZIDOVUDINA 300 MG |
| | LAMIVUDINA 150 MG |
| | DIDANOSINA 250 MG |
| | DIDANOSINA 400 MG |
| | ESTAVUDINA 30 MG |
| | ESTAVUDINA 40 MG |
| | ABACAVIR 300 MG |
| | EFAVIRENZ 600 MG |
| | LOPINAVIR 133,3 MG / RITONAVIR 33,3 MG |
| | RITONAVIR 100 MGS |
| | ATAZANAVIR 150 MG |
| | ATAZANAVIR 200 MG |
| | SAQUINAVIR 200 MG |
| | AMPRENAVIR 150 MGS |
| | TENOFOVIR 300 MG |

TRATAMIENTO

18.1.4 Continuidad de Antiretrovirales en Uso Adultos

| | |
|---|---|
| FARMACOS ESQUEMAS TIPO CONTINUIDAD ADULTOS | FARMACOS |
| | NEVIRAPINA 200 MG |
| | ZIDOVUDINA 300 MG |
| | LAMIVUDINA 150 MG |
| | ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO) |
| | ZIDOVUDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG/ ABACAVIR 300 MG |
| | DIDANOSINA 250 MG |
| | DIDANOSINA 400 MG |
| | ESTAVUDINA 30 MG |
| | ESTAVUDINA 40 MG |
| | ABACAVIR 300 MG |
| | EFAVIRENZ 200 MG |
| | EFAVIRENZ 600 MG |
| | LOPINAVIR 133,3 MG / RITONAVIR 33,3 MG |
| | RITONAVIR 100 MGS |
| | ATAZANAVIR 150 MG |
| | ATAZANAVIR 200 MG |
| | SAQUINAVIR 200 MG |
| | AMPRENAVIR 150 MG |
| | INDINAVIR 400 MG |
| NELFINAVIR 250 MG | |
| TENOFOVIR 300 MG | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

18.1.5 Prevención Transmisión Vertical en Embarazadas (ARV embarazo, parto y recién nacido)

| | |
|---|---|
| PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL | PROTOCOLO POR 14 SEMANAS |
| | (ZIDOVDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO))+ NELFINAVIR 250 MG + ZIDOVDINA 200 MG/20 ML SOL. INYECTABLE EV + ZIDOVDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL |
| | DIDANOSINA 250 MG + LAMIVUDINA 150 MG + NELFINAVIR 250 MG + ZIDOVDINA 200 MG/20 ML SOL. INYECTABLE EV + ZIDOVDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL |
| | DIDANOSINA 400 MG + LAMIVUDINA 150 MG + NELFINAVIR 250 MG + ZIDOVDINA 200 MG/20 ML SOL. INYECTABLE EV + ZIDOVDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL |
| | (ZIDOVDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO)) + SAQUINAVIR 200 MG + RITONAVIR 100 MG + ZIDOVDINA 200 MG/20 ML SOL. INYECTABLE EV + ZIDOVDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL |
| | DIDANOSINA 250 MG + LAMIVUDINA 150 MG + SAQUINAVIR 200 MG + RITONAVIR 100 MG + ZIDOVDINA 200 MG/20 ML SOL. INYECTABLE EV + ZIDOVDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL |
| | DIDANOSINA 400 MG + LAMIVUDINA 150 MG + SAQUINAVIR 200 MG + RITONAVIR 100 MG + ZIDOVDINA 200 MG/20 ML SOL. INYECTABLE EV + ZIDOVDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL |
| | (ZIDOVDINA 300 MG/ LAMIVUDINA 150 MG (COFORMULADO)) + NEVIRAPINA 200 MG + ZIDOVDINA 200 MG/20 ML SOL. INYECTABLE EV +ZIDOVDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL (SOLO EN CASO DE TOXICIDAD A IP) |
| | DIDANOSINA 250 MG + LAMIVUDINA 150 MG + NEVIRAPINA 200 MG + ZIDOVDINA 200 MG/20 ML SOL. INYECTABLE EV + ZIDOVDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL (SOLO EN CASO DE TOXICIDAD A IP) |
| | DIDANOSINA 400 MG + LAMIVUDINA 150 MG + NEVIRAPINA 200 MG + ZIDOVDINA 200 MG/20 ML SOL. INYECTABLE EV + ZIDOVDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL (SOLO EN CASO DE TOXICIDAD A IP) |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA
TRATAMIENTO

18.1.6 Antiretrovirales para niños

| | |
|---|---|
| ESQUEMAS PEDIÁTRICOS | PROTOCOLO MENSUAL NIÑOS |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + EFAVIRENZ 50 MG |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + EFAVIRENZ 100 MG |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + DIDANOSINA 4G SUSP. ORAL + EFAVIRENZ 50 MG |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + DIDANOSINA 4G SUSP. ORAL + EFAVIRENZ 100 MG |
| | ESTAVUDINA 15 MG + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + EFAVIRENZ 50 MG |
| | ESTAVUDINA 20 MG + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + EFAVIRENZ 100 MG |
| | ABACAIR 20MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + EFAVIRENZ 50 MG |
| | ABACAIR 20 MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + EFAVIRENZ 100 MG |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + NEVIRAPINA 10MG/ML SUSP. ORAL |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + DIDANOSINA 4G SUSP. ORAL + NEVIRAPINA 10MG/ML SUSP. ORAL |
| | ESTAVUDINA 15 MG + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + NEVIRAPINA 10MG/ML SUSP. ORAL |
| | ESTAVUDINA 20 MG + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + NEVIRAPINA 10MG/ML SUSP. ORAL |
| | ABACAIR 20 MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + NEVIRAPINA 10MG/ML SUSP. ORAL |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + NELFINAVIR 50 MG/G SUSP. ORAL + RITONAVIR 80 MG/ML SUSP. ORAL |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + DIDANOSINA 4G SUSP. ORAL + NELFINAVIR 50 MG/G SUSP. ORAL + RITONAVIR 80 MG/ML SUSP. ORAL |
| | ESTAVUDINA 15 MG + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + NELFINAVIR 50 MG/G SUSP. ORAL + RITONAVIR 80 MG/ML SUSP. ORAL |
| | ESTAVUDINA 20 MG + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + NELFINAVIR 50 MG/G SUSP. ORAL + RITONAVIR 80 MG/ML SUSP. ORAL |
| | ABACAIR 20MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + NELFINAVIR 50 MG/G SUSP. ORAL + RITONAVIR 80 MG/ML SUSP. ORAL |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + LOPINAVIR 80 MG/RITONAVIR 20 MG SUSP. ORAL |
| | ZIDOVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + DIDANOSINA 4G SUSP. ORAL + LOPINAVIR 80 MG/RITONAVIR 20 MG SUSP. ORAL |
| | ESTAVUDINA 15 MG + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + LOPINAVIR 80 MG/RITONAVIR 20 MG SUSP. ORAL |
| | ESTAVUDINA 20 MG + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + LOPINAVIR 80 MG/RITONAVIR 20 MG SUSP. ORAL |
| ABACAIR 20 MG/ML SUSP. ORAL + LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP. ORAL + LOPINAVIR 80 MG/RITONAVIR 20 MG SUSP. ORAL | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

**19 INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) BAJA DE MANEJO AMBULATORIO
 EN MENORES DE 5 AÑOS**

19.1 TRATAMIENTO

19.1.1 Tratamiento Ambulatorio IRA baja en menores de 5 años

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------|---|---------------|
| | Adrenalina | |
| | Salbutamol | |
| | Budesonida / Beclometasona | |
| | Amoxicilina | |
| | Eritromicina | |
| | Penicilina Sódica | |
| | Prednisona | |
| | Betametasona | |
| | Paracetamol | |
| 0102006 | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

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

20.1 DIAGNOSTICO

20.1.1 Confirmación Neumonia

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |

20.2 TRATAMIENTO

20.2.1 Tratamiento Neumonia

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|-----------------------|
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| | Amoxicilina + Acido clavulanico | |
| | Claritromicina | |
| | Salbutamol | |
| | Termómetro | |
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | control a las 48 hrs. |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

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

21.1 DIAGNOSTICO

21.1.1 Evaluación Inicial Hipertensión Arterial en Nivel Primario

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0302057-GES | Nitrogeno ureico y/o urea | en sangre |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cod. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmaticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302034-GES | Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) | |

DIAGNOSTICO

21.1.2 Monitoreo continuo de presión arterial

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------|
| 1701009-GES | Monitoreo continuo de presión arterial | Holter de presión |

21.2 TRATAMIENTO

21.2.1 Tratamiento Hipertensión Arterial en Nivel Primario

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Consulta enfermera; consulta nutricionista |
| | Diuretico de asa (Furosemida) | |
| | Diuretico tiazidico (Hidroclorotiazida) | |
| | Betabloqueadores orales (Propranolol, Atenolol) | |
| | Bloqueador canal CA de accion retardada (Verapamilo, Nifedipino, Nitrendipino) | |
| | IECA (Enalapril, Captopril) | |
| | Antagonista de Receptor angiotensina II (Losartán) | |

21.2.2 Control en pacientes hipertensos sin tratamiento farmacologico en Nivel Primario

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|--|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Consulta enfermera; consulta nutricionista |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

21.2.3 Exámenes APS anuales para pacientes hipertensos en control

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0302057-GES | Nitrogeno ureico y/o urea | en sangre |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cod. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmaticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302034-GES | Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

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

22.1 TRATAMIENTO

22.1.1 Tratamiento Integral Año 1 Nivel Primario Epilepsia no Refractaria

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | enfermera |
| 0104002-GES | Visita a domicilio por asistente social | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye: toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, Trasaminasas GOT y GPT). | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | |
| | Acido Valproico oral | gotas |
| | Acido Valproico oral | comprimido |
| | Carbamazepina | |
| | Clonacepam | |
| | Fenitoína | |
| | Fenobarbital | |

TRATAMIENTO

22.1.2 Tratamiento Año 1 Nivel Secundario Epilepsia no Refractaria

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Neurologo |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | enfermera |
| 1101004-GES | E.E.G. de 16 o más canales (incluye el cód. 11-01-006) | |

TRATAMIENTO

22.1.3 Tratamiento Integral Año 2 Nivel Primario Epilepsia no Refractaria

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | enfermera |
| | Acido Valproico oral | gotas |
| | Acido Valproico oral | comprimido |
| | Carbamazepina | |
| | Clonacepam | |
| | Fenitoína | |
| | Fenobarbital | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

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

22.1.4 Tratamiento Año 2 Nivel Secundario Epilepsia no Refractaria

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Neurologo |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | enfermera |
| 1101004-GES | E.E.G. de 16 o más canales (incluye el cód. 11-01-006) | |

TRATAMIENTO

22.1.5 Seguimiento Año 3 Epilepsia no Refractaria

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |

TRATAMIENTO

22.1.6 Seguimiento Año 4 Epilepsia no Refractaria

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | enfermera |
| 1101004-GES | E.E.G. de 16 o más canales (incluye el cód. 11-01-006) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

23 SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS

23.1 PREVENCIÓN

23.1.1 Prevención y Educación Salud Oral 6 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--------------------------------|---------------|
| 2701013-GES | Examen de salud oral | |
| 2701001-GES | Aplicación de sellantes | |
| 2701003-GES | Destartraje y pulido de corona | |
| 2701011-GES | Pulpotomía | |

23.2 TRATAMIENTO

23.2.1 Tratamiento Salud Oral 6 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 2701009-GES | Obturación amalgama y silicato | |
| 2701016-GES | Obturación vidrio ionomero | |
| 2701015-GES | Radiografía retroalveolar y bite-wing (por placa) | |
| 2701006-GES | Exodoncia temporal | |
| | Kit Salud Oral 6 años (cepillo y pasta dental) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

24 PREMATUREZ

24.1 DIAGNOSTICO

24.1.1 Parto Prematuro: Confirmación Sintomas Parto Prematuro

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|----------------------------|
| 0404002-GES | Ecografía obstétrica | |
| 0101108-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Ginecología y Obstetricia |
| 0404005-GES | Ecotomografía transvaginal o transrectal | Ecotomografía transvaginal |
| 0308044-GES | Flujo vaginal o secreción uretral, estudio de (incluye toma de muestra y códigos 03-06-004, 03-06-005, 03-06-008, 03-06-017, 03-06-117 y 03-06-026) | Flujo vaginal |
| 2001009-GES | Monitoreo fetal basal con informe | |

DIAGNOSTICO

24.1.2 Retinopatía del Prematuro: Sospecha y Confirmación Retinopatía

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oftalmología (incluye retinoscopia) |

DIAGNOSTICO

24.1.3 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Screening Auditivo Automatizado del Prematuro

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---|---------------|
| | Screening auditivo con potenciales auditivos de tronco cerebral | Automatizado |

DIAGNOSTICO

24.1.4 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Confirmación Hipoacusia del Prematuro

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------------|---|------------------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Fisica y Rehabilitación Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Otorrinolaringologo |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oftalmologo; Neurólogo |
| 1301009 -GES | Impedanciometría | |
| 1101011-GES | Potenciales evocados en corteza (por ej.: auditivo, ocular o corporales), c/u | |
| | Audiometría a campo libre | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

24.2 TRATAMIENTO

24.2.1 Parto Prematuro: Tratamiento Sintomas Parto Prematuro

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------------------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0308010-GES | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual) | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| 0404019-GES | Ecotomografía vascular periférica (bilateral), cervical (bilateral), abdominal o de otros órganos con Doppler color. Ecodoppler de arteria umbilical | Ecotomografía arteria umbilical |
| 2001006-GES | Amniocentesis | |
| | Metronidazol | |
| | Ampicilina | endovenosa |
| | Ampicilina | oral |
| | Cefradina | |
| | Nitrofurantoina | |
| | Betametasona | |
| | Nifedipino | |
| | Fenoterol | |

TRATAMIENTO

24.2.2 Parto Prematuro: Control de embarazadas con Síntomas Parto Prematuro

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------------------|
| 0101108-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Ginecología y Obstetricia |
| 0404002-GES | Ecografía obstétrica | |
| 0308044-GES | Flujo vaginal o secreción uretral, estudio de (incluye toma de muestra y códigos 03-06-004, 03-06-005, 03-06-008, 03-06-017, 03-06-117 y 03-06-026) | Flujo vaginal |
| | Cefradina | |
| | Nitrofurantoina | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |

TRATAMIENTO

24.2.3 Retinopatía del Prematuro: Cirugía Vitreoretinal

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|-----------------------|---------------|
| | Cirugía vitreoretinal | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

24.2.4 Retinopatía del Prematuro: Fotocoagulación

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203004-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. neonatal | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301038-GES | Hemoglobina en sangre total (proc. aut.) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| | Sedoanalgesia | |
| | Colirio mixto | |
| 1202057-GES | Retinopatía proliferativa, (diabética, hipertensiva, Eales y otras) panfotocoagulación (trat. completo) | |

TRATAMIENTO

24.2.5 Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Tratamiento Displasia Broncopulmonar

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 1707021-GES | Laringotraqueobroncoscopia con fibroscopio | |
| | Salbutamol | nebulizador |
| | Salbutamol | inhalador |
| | Bromuro de Ipatropio | nebulizador |
| | Bromuro de Ipatropio | inhalador |
| | Budesonida | inhalador |
| | Aerocámara | |
| | CPAP Nasal | |

TRATAMIENTO

24.2.6 Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Saturometría Continua

| CODIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|-----------------------|---------------|
| | Saturometría continua | |

TRATAMIENTO

24.2.7 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Implementación Bilateral Audifono

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|----------------------------|---|
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | Incluye calibración |
| | Audiometría a campo libre | |
| | Audifono digital bilateral | Incluye molde, sujetador, tubo conector, pilas. |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

24.2.8 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Implante Coclear

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------------|
| 0101109-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Otorrinolaringologo |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203003-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. pediátrica | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301083-GES | Trombina, tiempo de | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0405001-GES | Cráneo-cerebro | RNM |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | Evaluacion familiar |
| | Intervención quirúrgica Implante coclear (incluye prótesis) | |

24.3 SEGUIMIENTO

24.3.1 Retinopatía del Prematuro: Seguimiento Post Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 1° año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oftalmología |
| | Lentes de contacto | |
| 1201009-GES | Exploración sensoriomotora: estrabismo, estudio completo, ambos ojos | Estudio Estrabismo |

SEGUIMIENTO

24.3.2 Retinopatía del Prematuro: Seguimiento Pacientes no Quirúrgico Retinopatía del Prematuro

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 1201009-GES | Exploración sensoriomotora: estrabismo, estudio completo, ambos ojos | Estudio Estrabismo |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

PREMATUREZ
SEGUIMIENTO

24.3.3 Retinopatía del Prematuro: Seguimiento Post Quirúrgico Retinopatía del Prematuro 2° año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Oftalmología |
| 1201009-GES | Exploración sensoriomotora: estrabismo, estudio completo, ambos ojos | Estudio Estrabismo |

24.3.4 Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Seguimiento Displasia Broncopulmonar Primer Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Brocopulmonar, Cardiólogo, Pediatra |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 1707021-GES | Laringotraqueobroncoscopia con fibroscopio | |
| | Aero camara | |
| | Salbutamol | nebulizador |
| | Budesonida | inhalador |
| | Corticoides | Corticoides (Betametasona, Dexametasona, Hidrocortisona, Metilprednisolona, Prednisona) |
| | Oxigenoterapia domiciliaria | incluye oxigeno y equipos |

SEGUIMIENTO

24.3.5 Displasia Broncopulmonar del Prematuro: Seguimiento Displasia Broncopulmonar Segundo Año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Brocopulmonar, Cardiólogo, Pediatra |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0403013-GES | Tórax total (30 cortes 8-10 mm) | TAC |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler Color | |
| | Aero camara | |
| | Salbutamol | nebulizador |
| | Budesonida | inhalador |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

PREMATUREZ
SEGUIMIENTO

24.3.6 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audifono e implante coclear) primer año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Otorrinolaringologo |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Neurólogo |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | Incluye calibración |
| 0102007-GES | Atención integral por terapeuta ocupacional | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| | Audiometría a campo libre | |

PREMATUREZ
SEGUIMIENTO

24.3.7 Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro: Rehabilitación Hipoacusia del Prematuro (audifono e implante coclear) segundo año

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|----------------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Otorrinolaringología |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102007-GES | Atención integral por terapeuta ocupacional | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| | Audiometría a campo libre | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

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

25.1 DIAGNOSTICO

25.1.1 Confirmación Trastorno de Conducción

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|---|------------------|
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701006-GES | E.C.G. continuo (test Holter o similares, por ej. variabilidad de la frecuencia y/o alta resolución del ST y/o depolarización tardía):20 a 24 horas de registro | Holter |
| 1701007-GES | Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17-01-008) | |
| 1701003-GES | Ergometría (incluye E.C.G. antes, durante y después del ejercicio con monitoreo continuo y medición de la intensidad del esfuerzo) | Test de Esfuerzo |

DIAGNOSTICO

25.1.2 Estudios Electrofisiologicos

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| | Estudio Electrofisiologico | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |

25.2 TRATAMIENTO

25.2.1 Implantación de Marcapaso Unicameral VVI

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------------|
| 0203002-GES | Día cama hospitalización UTI o UCI Adulto | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | en sangre |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1703053-GES | Implantación de marcapaso c/electrod. intraven. o epicárdico (no incluye el valor de la prótesis) | |
| | Prótesis marcapaso Unicameral (VVI) | Protesis con electrodos |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

25.2.2 Recambio Marcapaso Unicameral VVI con o sin electrodos

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | en sangre |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1703053-GES | Implantación de marcapaso c/electrod. intraven. o epicárdico (no incluye el valor de la prótesis) | |
| 1703148-GES | Cambio de generador de marcapaso (no incluye el valor de la prótesis) | |
| | Prótesis marcapaso VVI sin electrodos | |
| | Prótesis marcapaso VVI con electrodos | |

TRATAMIENTO

25.2.3 Implantación de Marcapaso Bicameral DDD

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------------|
| 0203002-GES | Día cama hospitalización UTI o UCI Adulto | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | en sangre |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1703053-GES | Implantación de marcapaso c/electrod. intraven. o epicárdico (no incluye el valor de la prótesis) | |
| | Prótesis marcapaso Bicameral (DDD) | Protesis con electrodos |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

25.2.4 Recambio Marcapaso Bicameral DDD con o sin electrodos

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203002-GES | Día cama hospitalización UTI o UCI Adulto | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | en sangre |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1703053-GES | Implantación de marcapaso c/electrod. intraven. o epicárdico (no incluye el valor de la prótesis) | |
| 1703148-GES | Cambio de generador de marcapaso (no incluye el valor de la prótesis) | |
| | Prótesis marcapaso DDD sin electrodos | |
| | Prótesis marcapaso DDD con electrodos | |

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

25.3 SEGUIMIENTO

25.3.1 Seguimiento Trastorno de Conducción Primer año

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|---|----------------|
| 0101111-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | Cardiovascular |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Cardiólogo |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701006-GES | E.C.G. continuo (test Holter o similares, por ej. variabilidad de la frecuencia y/o alta resolución del ST y/o depolarización tardía):20 a 24 horas de registro | Holter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

SEGUIMIENTO

25.3.2 Seguimiento Trastorno de Conducción Segundo Año

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|---------------|---|----------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Cardiólogo |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701006-GES | E.C.G. continuo (test Holter o similares, por ej. variabilidad de la frecuencia y/o alta resolución del ST y/o depolarización tardía):20 a 24 horas de registro | Holter |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

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

26.1 DIAGNOSTICO

26.1.1 Confirmación Colectistectomía

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |

26.2 TRATAMIENTO

26.2.1 Intervención quirúrgica Colelitiasis

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---|
| 0101102-GES | Consulta o control médico integral en especialidades | |
| 0401070-GES | Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.) | |
| 0302013-GES | Bilirrubina total y conjugada | |
| 0302063-GES | Transaminasas, oxalacética (GOT/AST), Pirúvica (GPT/ALT), c/u | |
| 0302040-GES | Fosfatasas Alcalinas Totales | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral Intermedio adulto | |
| 1802081-GES | Colecistectomía por video laparoscopia | |
| 1802028-GES | Colecistectomía c/s colangiografía operatoria | |
| 1802029-GES | Colecistectomía y coledocostomía (sonda T y colangiografía postoperatoria) c/s colangiografía operatoria | |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |
| | Cefazolina | Profilaxis pre e intra operatoria y en caso de rotura |
| | Penicilina Sódica | |
| | Gentamicina | |
| | Cloramfenicol | |
| | Metronidazol | |
| | Amikacina | |
| | Ceftazidima | |
| | Ceftriaxona | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| | Metamizol sódico | |
| | Tramadol | |
| | Metoclorpramida | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |
| 0101108-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0106002-GES | Curación simple ambulatoria | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

27 CÁNCER GÁSTRICO EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS

27.1 DIAGNOSTICO

27.1.1 Sospecha Cáncer Gástrico

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |

DIAGNOSTICO

27.1.2 Confirmación Cáncer Gástrico Nivel Secundario

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------------------------|
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 1801001-GES | Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia) | |
| 1801037-GES | Ureasa, test de (para Helicobacter pylori) o similar | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| 0203011-GES | Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno | |
| | Claritromicina CM 500 mg | Tratamiento Helicobacter Pylori |
| | Amoxicilina CM 500 mg | |
| | Omeprazol CM 20 mg | |

27.2 TRATAMIENTO

27.2.1 Intervención Quirúrgica Resección Endoscópica Cáncer Gástrico Incipiente

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------------------|
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Endoscopista |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| | Resección endoscópica cáncer gástrico | Incluye analgesia post operatoria |
| | Asa de resección endoscópica | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0203102-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| | Bloqueador H2 de la histamina (Ranitidina, Famotidina) | |

CÁNCER GÁSTRICO EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS
TRATAMIENTO

27.2.2 Intervención Quirúrgica Gastrectomía Subtotal Cáncer Gástrico Incipiente

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------------------|
| 0101108-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0601017-GES | Ejercicios respiratorios y procedimientos de kinesiterapia torácica (ventilación pulmonar localizada, estimulación de la tos, bloqueos torácicos, vibraciones, percusiones y tapoteos) (proc.aut.) | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| | Gastrectomía sub-total (incluye disección ganglionar) | Incluye analgesia post operatoria |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico biopsia diferida | |
| 0801006-GES | Estudio histopatológico de biopsia contemporánea (rápida) a intervenciones quirúrgicas (por cada órgano) (no incluye biopsia diferida) | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| | Cefazolina | Profilaxis pre e intra Op. |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

27.2.3 Intervención Quirúrgica Gastrectomía Total Cáncer Gástrico Incipiente

| CODIGO | PRESTACIONES | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------------------|
| 0101108-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico biopsia diferida | |
| 0801006-GES | Estudio histopatológico de biopsia contemporánea (rápida) a intervenciones quirúrgicas (por cada órgano) (no incluye biopsia diferida) | |
| 1802023-GES | Gastrectomía total o sub-total ampliada (incluye esplenectomía y pancreatomectomía corporocaudal y disección ganglionar) | Incluye analgesia post operatoria |
| | Cierre mecánico Stappler | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0203101-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |

CÁNCER GÁSTRICO EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS

TRATAMIENTO

27.2.4 Intervención Quirúrgica Cáncer Gástrico Avanzado

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101108-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0103002-GES | Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0401005-GES | Proyección complementaria de corazón (oblicuas u otras) (1 exp.) c/u | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|--------------------|
| 0801006-GES | Estudio histopatológico de biopsia contemporánea (rápida) a intervenciones quirúrgicas (por cada órgano) (no incluye biopsia diferida) | |
| 1802023-GES | Gastrectomía total o sub-total ampliada (incluye esplenectomía y pancreatometomía corporocaudal y disección ganglionar) | |
| | Cierre mecánico Stappler | |
| 0203002-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. adulto | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 2201102-GES | Anestesia peridural o epidural continua | Analgesia continua |
| | Morfina | |
| | Nutrición parenteral | |
| 0702006-GES | Transfusión en adulto (atención ambulatoria, atención cerrada siempre que la administración sea controlada por profesional especialista, tecnólogo médico o médico responsable) | |
| 0702006-GES | Transfusión en adulto (atención ambulatoria, atención cerrada siempre que la administración sea controlada por profesional especialista, tecnólogo médico o médico responsable) | Glóbulos Rojos |

CÁNCER GÁSTRICO EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS

27.3 SEGUIMIENTO

27.3.1 Seguimiento Intervención Quirúrgica Resección Endoscópica Cáncer Gástrico Incipiente

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Endoscopista |
| 1801001-GES | Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia) | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |

27.3.2 Seguimiento Intervención Quirúrgica Gastrectomía Subtotal Cáncer Gástrico Incipiente

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101108-GES | Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

CÁNCER GÁSTRICO EN PERSONAS DE 40 AÑOS Y MAS
SEGUIMIENTO

27.3.3 Seguimiento Intervención Quirúrgica Gastrectomía Total Cáncer Gástrico Incipiente

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna (Gastroenterólogo endoscopista) y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |

SEGUIMIENTO

27.3.4 Seguimiento Intervención Quirúrgica Cáncer Gástrico Avanzado

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0102001-GES | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista | Enfermera |
| 0404003-GES | Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302040-GES | Fosfatasas alcalinas totales | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

28 CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

28.1 TRATAMIENTO

28.1.1 Etapificación Cáncer de Próstata

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0501103-GES | Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 05-01-133, cuando corresponda) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0301059-GES | Protombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0403016-GES | Pelvis (28 cortes, 8-10 mm.) | TAC |

TRATAMIENTO

28.1.2 Intervención Quirúrgica Tumores Malignos de Prostata

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|--|
| 1902057-GES | Tumores malignos de próstata o vesículas seminales, trat. Quirúrgico Radical | |
| 1703038-GES | Ileinguinal | Diseción y extirpación ganglionar regional |
| 0702003-GES | Set de Exámenes por unidad de Glóbulos Rojos transfundida (incluye clasificación ABO y Rho, VDRL, HIV, virus hepatitis B antígeno de superficie, anticuerpos de hepatitis C, HTLV - I y II, Chagas, prueba de compatibilidad eritrocitaria) | |
| 0702001-GES | Preparación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas o crioprecipitados (incluye entrevista, selección del donante y la preparación del respectivo hemocomponente) | |
| 0702008-GES | Transfusión en adulto o niño en pabellón (con asistencia permanente del médico o tecnólogo médico responsable) (no corresponde su cobro cuando sea controlada por médico anestesista, por estar incluida en el valor de sus honorarios) | |
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0801002-GES | Citología aspirativa (por punción); por cada órgano | |
| 0801006-GES | Estudio histopatológico de biopsia contemporánea (rápida) a intervenciones quirúrgicas (por cada órgano) (no incluye biopsia diferida) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |

CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
TRATAMIENTO

28.1.3 Intervención Quirúrgica Orquidectomía

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 1902065-GES | Orquidectomía un lado | |
| 0801008-GES | Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |

TRATAMIENTO

28.1.4 Radioterapia Cáncer de Próstata

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---------------------------------|---------------|
| | Radioterapia Cáncer de Próstata | |

TRATAMIENTO

28.1.5 Hormonoterapia

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---------------------------|---------------|
| | Hormonoterapia inyectable | |

28.2 SEGUIMIENTO

28.2.1 Seguimiento Cáncer Prostata

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|------------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Consulta urologo |
| 0305070-GES | Antígeno prostático específico | |
| 0501103-GES | Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 0501133, cuando corresponda) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

29 VICIOS DE REFRACCIÓN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS

29.1 DIAGNOSTICO

29.1.1 Confirmación Vicio Refracción

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Consulta Oftalmología |

29.2 TRATAMIENTO

29.2.1 Tratamiento Vicio Refracción: Lentes de presbicia

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|----------------|---------------|
| 3001001-GES | Lentes Opticos | |

TRATAMIENTO

29.2.2 Tratamiento Vicio Refracción: Lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|----------------|---------------|
| 3001001-GES | Lentes Opticos | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

30 ESTRABISMO EN MENORES DE 9 AÑOS

30.1 DIAGNOSTICO

30.1.1 Confirmación Estrabismo menores de 9 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 1201009-GES | Exploración sensoriomotora estrabismo estudio completo ambos ojos | |

30.2 TRATAMIENTO

30.2.1 Tratamiento Quirurgico Ambulatorio menores de 9 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------------------------|
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Fisica y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 3001001-GES | Lentes ópticos | |
| | Sello ocular | Tela micropore color piel 4 cms |
| 1202038-GES | Estrabismo, trat. quirúrgico completo (uno o ambos ojos) | |
| | Corticoides | Ungüento mixto |

TRATAMIENTO

30.2.2 Tratamiento Medico Estrabismo menores de 9 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|----------------|---------------------------------|
| 3001001-GES | Lentes opticos | |
| | Sello ocular | Tela micropore color piel 4 cms |

30.3 SEGUIMIENTO

30.3.1 Seguimiento Estrabismo menores de 9 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 3001001-GES | Lentes opticos | |
| 1201009-GES | Exploracion sensoriomotora estrabismo.estudio completo ambos ojos | |
| | Sello ocular | Tela micropore color piel 4 cms |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

31 RETINOPTIA DIABETICA

31.1 DIAGNOSTICO

31.1.1 Confirmación Retinopatía Diabética

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-----------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Incluye exploración vitreoretinal |
| 1201016-GES | Angiografía de retina o de iris, (con fluoresceína o sim.), c/ojo | |

31.2 TRATAMIENTO

31.2.1 Tratamiento Fotocoagulación Retinopatía Diabética

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 0402001-GES | Vía lagrimal (un lado) (2 exp.) | |
| 1202057-GES | Retinopatía proliferativa, (diabética, hipertensiva, Eales y otras) panfotocoagulación (trat. completo) | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |

TRATAMIENTO

31.2.2 Tratamiento Vitrectomía Retinopatía Diabética

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401030-GES | Agujeros ópticos, ambos lados (2 proy.) (2 exp.) | RX |
| 0403007-GES | Orbitas máxilofacial (incluye coronales) (40 cortes 2-4 mm) | |
| 0404013-GES | Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos | |
| 1202057-GES | Retinopatía proliferativa, (diabética, hipertensiva, Eales y otras) panfotocoagulación (trat. completo) | |
| | Vitrectomía c/retinotomía (c/s inyección de gas o silicona) | |
| | Vitrectomía con inyección de gas o silicona | |
| | Vitrectomía con vitreófago (proc. aut) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

32 DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO

32.1 DIAGNOSTICO

32.1.1 Confirmación Desprendimiento Retina

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |

32.2 TRATAMIENTO

32.2.1 Tratamiento Vitrectomia Desprendimiento de Retina

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0401030-GES | Agujeros ópticos, ambos lados (2 proy.) (2 exp.) | RX |
| 0403007-GES | Orbitas máxilofacial (incluye coronales) (40 cortes 2-4 mm) | |
| 0404013-GES | Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos | |
| 1202057-GES | Retinopatía proliferativa, (diabética, hipertensiva, Eales y otras) panfotocoagulación (trat. completo) | |
| | Vitrectomía c/retinotomía (c/s inyección de gas o silicona) | |
| | Vitrectomía con inyección de gas o silicona | |
| | Vitrectomía con vitreófago (proc. aut) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |

TRATAMIENTO

32.2.2 Cirugía Desprendimiento Retina

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 1202056-GES | Desprendimiento retinal, cirugía convencional (exoimplantes) | |
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

33 HEMOFILIA

33.1 DIAGNÓSTICO

33.1.1 Confirmación de Hemofilia en la sospecha o primer episodio hemorrágico

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|------------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Hematologo (Pediatra o Internista) |
| 0301025-GES | Factores VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, c/u | |
| | Agregación y secreción plaquetaria | |
| 0301089-GES | Von Willebrand, Ag de (factor VIII Ag.) | |
| 0301090-GES | Cofactor de Ristocetina | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301072-GES | Sangría, tiempo de (Ivy) (no incluye dispositivo asociado) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |

33.2 TRATAMIENTO

33.2.1 Terapia de Reemplazo

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| | Factor VIII Factor Antihemofilico | 250 UI |
| | Factor VIII Factor Antihemofilico | 500 UI |
| | Factor VIII Factor Antihemofilico | 1000 UI |
| | Factor IX Factor Antihemofilico | 500 UI |
| | Factor IX Factor Antihemofilico | 1000 UI |
| | Acido tranexámico | |
| | Prednisona | |
| | Estudio de inhibidores (anticuerpos antifactores antihemofílicos) | |
| 0306061-GES | Elisa indirecta (Chagas, hidatidosis, toxocariasis y otras), c/u | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0306074-GES | Virus hepatitis A, anticuerpos IgM del | |
| 0306076-GES | Virus hepatitis B, anticore total del (anti HBc total) | |
| 0306081-GES | Virus hepatitis C, anticuerpos de (anti HCV) | |
| 0404004-GES | Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.) | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

34 DEPRESION EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

34.1 TRATAMIENTO

34.1.1 Tratamiento Depresión Leve y Moderada Nivel Primario

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| 0903003-GES | Consulta de salud mental por otros profesionales | |
| 0903004-GES | Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores) | |
| | Visita salud mental por otro profesional | |
| | Intervención comunitaria (20 pac.) | |
| 0903006-GES | Consultoría de salud mental por psiquiatra (sesión 4 hrs.) (mínimo 8 pacientes) | |
| | Consultoría de salud mental por otro profesional (6 pac.) | |
| | Grupo de autoayuda (40 personas) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| | Fluoxetina | |
| | Imipramina | |
| | Amitriptilina | |
| | Diazepan | |

TRATAMIENTO

34.1.2 Tratamiento Depresión Severa Nivel Especialidad

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203010-GES | Día cama integral psiquiátrico diurno | |
| 0203109-GES | Día cama hosp. integral psiquiatría corta estadía | |
| 0903001-GES | Consulta de psiquiatría | |
| 0903006-GES | Consultoría de salud mental por psiquiatra (sesión 4 hrs.) (mínimo 8 pacientes) | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| | Psicodiagnóstico | |
| | Psicoterapia individual | |
| 0903005-GES | Psicoterapia de grupo (por psicólogo o psiquiatra) (4 a 8 pacientes) | |
| | Psicoterapia grupal con co-terapeuta (6 pac.) | |
| 0903003-GES | Consulta de salud mental por otros profesionales | |
| | Consultoría de salud mental por otro profesional (6 pac.) | |
| 0903004-GES | Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores) | |
| | Grupo de autoayuda (40 pac.) | |
| | Intervención comunitaria (20 pac.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302023-GES | Creatinina | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|------------------|
| 0302076-GES | Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT) | |
| 0303024-GES | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.) | |
| 0303028-GES | Triyodotironina (T3) | |
| 0303027-GES | Tiroxina o tetrayodotironina (T4) | |
| 0309024-GES | Orina, sedimento (proc. aut.) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302035-GES | Fármacos y/o drogas; niveles plasmáticos de (alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.) c/u | Nivel plasmático |
| 1101006-GES | Electroencefalograma (E.E.G.) standard y/o activado "sin privación de sueño" (incluye mono y bipolares, hiperventilación, c/s reactividad auditiva, visual, lumínica, por drogas u otras). Equipo de 8 canales | |
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| | Screening de drogas | |
| | Fluoxetina | |
| | Imipramina | |
| | Amitriptilina | |
| | Paroxetina | |
| | Bupropión | |
| | Venlafaxina | |
| | Carbonato de litio | |
| | Acido Valproico | |
| | Carbamazepina | |
| | Lamotrigina | |
| | Haloperidol | |
| | Risperidona | |
| | Diazepan | |
| | Alprazolam | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

35 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICOS

35.1 TRATAMIENTO

35.1.1 Tratamiento Quirúrgico Hiperplasia Próstata

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|------------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Consulta urologo |
| 1902055-GES | Adenoma o cáncer prostático, resección endoscópica | |
| 1902056-GES | Adenoma prostático, trat. quir. cualquier vía o técnica abierta | |
| | Revisión hemostasia por hemovegiga | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 0801007-GES | Estudio histopatológico con tinción corriente de biopsia diferida con estudio seriado (mínimo 10 muestras) de un órgano o parte de él (no incluye estudio con técnica habitual de otros órganos incluidos en la muestra) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 1901003-GES | Cistoscopia y/o uretrocistoscopia y/o uretroscopia (proc.aut.) | |
| 0301034-GES | Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor Du en Rh negativos) | |
| 0404009-GES | Ecotomografía pélvica masculina (incluye vejiga y próstata) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0305070-GES | Antígeno prostático específico | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |
| 0302023-GES | Creatinina | |
| 0302057-GES | Nitrógeno ureico y/o úrea | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0404010-GES | Ecotomografía renal (bilateral), o de bazo | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0306008-GES | Corriente (excepto coprocultivo, hemocultivo y urocultivo) c/u | |
| | Solución isotónica para irrigación | post quirúrgica |
| | Cefazolina | |
| | Acido pipemedico | |
| | Ketoprofeno | endovenoso |
| | Ketoprofeno | oral |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

TRATAMIENTO

35.1.2 Seguimiento Intervención Quirúrgico Hiperplasia Próstata

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Consulta urologo |
| 0309022-GES | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024) | |
| 0306011-GES | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica) (no incluye recolector pediátrico) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

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

36.1 TRATAMIENTO

36.1.1 Atención kinesiologica

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |

TRATAMIENTO

36.1.2 Ortesis Bastón

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--------|---------------|
| | Baston | |

TRATAMIENTO

36.1.3 Ortesis Silla de ruedas

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|-----------------|---------------|
| | Silla de ruedas | |

TRATAMIENTO

36.1.4 Ortesis Andador

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---------|---------------|
| | Andador | |

TRATAMIENTO

36.1.5 Ortesis Andador de paseo

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|------------------|---------------------------|
| | Andador de paseo | Con ruedas, freno y silla |

TRATAMIENTO

36.1.6 Ortesis Cojín antiescaras

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|------------------|---------------|
| | Cojin antiescara | |

TRATAMIENTO

36.1.7 Ortesis Colchón antiescaras

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--------------------|---------------|
| | Colchon antiescara | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

37 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

37.1 DIAGNOSTICO

37.1.1 Confirmación Accidente Cerebro Vascular Isquémico

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|-----------------------------|---------------|
| 0403001-GES | Cerebro (30 cortes 8-10 mm) | TAC |

37.2 TRATAMIENTO

37.2.1 Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|-------------------------------|
| 0203005-GES | Día cama hospitalización integral intermedio adulto | |
| 0203001-GES | Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) | |
| 1703014-GES | Endarterectomía carotídea, subclavia, vertebral, femoral, o similar c/s injerto (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0306042-GES | V.D.R.L. | |
| 0306169-GES | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V. | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301067-GES | Recuento de plaquetas (absoluto) | |
| 1701001-GES | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación) | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | Ecocardiograma transtoracico |
| 1701055-GES | Ecocardiograma Doppler Color Transesofágico | |
| 0404019-GES | Ecotomografía vascular periférica (bilateral), cervical (bilateral), abdominal o de otros órganos con Doppler color | Eco Doppler Carotideo |
| 1101113-GES | Angiografía cerebral digital por cateterización (incluye proc. radiológico, medio de contraste e insumos) | |
| 0405001-GES | Cráneo-cerebro | Cerebro, resonancia magnética |
| 0301011-GES | Coagulación, tiempo de | |
| | Acenocumarol | Tratamiento anticoagulante |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Consulta internista |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|--|---------------------------------|
| | Acido Acetilsalicilico | Trat. antiagregante plaquetario |
| | Estatinas (Atorvastina, Lovastatina, Pravastatina) | |
| | IECA (Enalapril, Captopril) | |
| | Heparina sodica | |

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS
TRATAMIENTO

37.2.2 Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------------------------|
| 0101113-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | Consulta neurologo |
| 0102005-GES | Consulta por fonoaudiólogo | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 0102007-GES | Atención integral por terapeuta ocupacional | |
| 0903002-GES | Consulta o control por psicólogo clínico | |
| | Acenocumarol | Tratamiento anticoagulante |
| | Acido Acetilsalicilico | Trat. antiagregante plaquetario |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

38 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

38.1 DIAGNÓSTICO

38.1.1 Confirmación Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 1707002-GES | Espirometría Basal y con broncodilatador | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |

38.2 TRATAMIENTO

38.2.1 Terapia EPOC bajo riesgo

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 1707002-GES | Espirometría Basal y con broncodilatador | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| | Salbutamol | |
| | Ipratropio Bromuro | |

38.2.2 Terapia EPOC alto riesgo

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------------------|
| 0101110-GES | Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología | |
| 1707002-GES | Espirometría Basal y con broncodilatador | |
| | Oxigenoterapia domiciliaria | Incluye oxígeno y equipos |
| | Budesonida | |
| | Salbutamol | |
| | Ipratropio Bromuro | |
| | Teofilina Anhidro liberación sostenida | |

TRATAMIENTO

38.2.3 Tratamiento Exacerbaciones

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| | Salbutamol | |
| | Prednisona | |
| | Amoxicilina | |
| | Claritromicina | |
| | Suero glucosado 5% | |
| | Cloruro de Potasio 10% | |
| | Hidrocortisona Succinato | |
| | Mascara Venturi 0,3 | |
| | Sonda p/oxígeno adulto desechable (naricera) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

39 ASMA BRONQUIAL MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 15 AÑOS

39.1 DIAGNÓSTICO

39.1.1 Confirmación Asma Bronquial en menores de 15 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 1707002-GES | Espirometría Basal y con broncodilatador | |
| 1707004-GES | Provocación con ejercicio, test de | |
| 1707050-GES | Provocación bronquial con histamina y/o metacolina abreviada, tres diluciones para reactividad bronquial (Incluye espirometría basal y tratamiento de efectos adversos). | |

39.2 TRATAMIENTO

39.2.1 Tratamiento asma moderado estable Atención Primaria en menores de 15 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 4306003-GES | Espirometría | |
| | Salbutamol | |
| | Aerocámara Pediátrica p/Inhalador aerosol | |
| | Broncodilatador (Budesonida, Beclometasona, Fluticasona) | |

TRATAMIENTO

39.2.2 Tratamiento asma moderado y severo estable Nivel Especialidad en menores de 15 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|--|
| 0101112-GES | Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades | Consulta pediatría o subespecialidades |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| 4306003-GES | Espirometría | |
| | Salbutamol | |
| | Aerocámara Pediátrica p/Inhalador aerosol | |
| | Broncodilatador (Budesonida, Beclometasona, Fluticasona) | |
| | Salmeterol + fluticasona | |

TRATAMIENTO

39.2.3 Tratamiento Exacerbaciones Atención Primaria en menores de 15 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0101101-GES | Consulta o control médico integral en atención primaria | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| | Salbutamol | |
| | Aerocámara Pediátrica p/Inhalador aerosol | |
| | Prednisona | |
| | Sonda p/oxígeno pediátrica (naricera o bigotera) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

ASMA BRONQUIAL MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 15 AÑOS
TRATAMIENTO

39.2.4 Tratamiento Exacerbaciones Nivel Especialidad en menores de 15 años

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|---------------|--|----------------------|
| 0101105-GES | Consulta médica integral en servicio de urgencia | |
| 0102006-GES | Atención kinesiológica integral ambulatoria | |
| | Salbutamol | |
| | Aerocámara Pediátrica p/Inhalador aerosol | |
| | Prednisona | |
| | Sonda p/oxígeno pediátrica (naricera o bigotera) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

40 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO

40.1 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

40.1.1 Enfermedad de la Membrana Hialina: Confirmación y Tratamiento

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203004-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. neonatal | |
| 0203007-GES | Día cama hospitalización integral intermedio neonatal | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0404011-GES | Ecotomografía cerebral (R.N. o lactante) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302016-GES | Calcio iónico, incluye proteínas totales | en sangre |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | |
| 0302056-GES | Magnesio | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | en sangre |
| 0302057-GES | Nitrogeno Ureico y/o Urea | |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0305030-GES | Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0302026-GES | Creatinquinasa CK - total | |
| 0302025-GES | Creatinquinasa CK - MB miocárdica | |
| | Surfactante | |
| | Ampicilina | |
| | Gentamicina | |
| | Amikacina | |
| | Dopamina | |
| | Dobutamina | |
| | Indometacina | |
| | Aminofilina | |
| 1701013-GES | Cateterismo en recién nacido por arteria umbilical | |
| | Nutrición Parenteral | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

40.1.2 Hernia Diafragmática: Confirmación y Tratamiento

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|---|---------------|
| 0203004-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. neonatal | |
| 0203007-GES | Día cama hospitalización integral intermedio neonatal | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0404011-GES | Ecotomografía cerebral (R.N. o lactante) | |
| 0702007-GES | Transfusión en niño (atención ambulatoria, atención cerrada siempre que la administración sea controlada por profesional especialista, tecnólogo médico o médico responsable) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302016-GES | Calcio iónico, incluye proteínas totales | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | en sangre |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302057-GES | Nitrogeno Ureico y/o Urea | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0309023-GES | Orina, físico-químico (aspecto, color, densidad, pH, proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, urobilinógeno, bilirrubina, hemoglobina y nitritos) todos o cada uno de los parámetros (proc. aut.) | |
| 0302075-GES | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) | |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0305030-GES | Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0302004-GES | Acido Láctico | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| | Ampicilina | |
| | Gentamicina | |
| | Amikacina | |
| | Dopamina | |
| | Dobutamina | |
| | Adrenalina | |
| | Vecuronio | |
| | Fentanyl | |
| 1701013-GES | Cateterismo en recién nacido por arteria umbilical | |
| 1701014-GES | Instalación de catéter Swan-Ganz o similar, en adultos o niños (proc. aut.) | |
| | Nutrición Parenteral | |
| 1701008-GES | Ecocardiograma Doppler color | |
| 1704021-GES | Hernioplastia diafragmática por vía torácica, sin prótesis | |
| 1704020-GES | Hernioplastia diafragmática por vía torácica c/ prótesis (no incluye valor de la prótesis) | |
| | Malla de Marlex (prótesis) | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO

TRATAMIENTO

40.1.3 Hernia Diafragmática: Tratamiento Especializado Con Oxido Nítrico

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---------------|---------------|
| | Oxido Nítrico | |

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

40.1.4 Hipertensión Pulmonar Persistente: Confirmación y Tratamiento

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203004-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. neonatal | |
| 0203007-GES | Día cama hospitalización integral intermedio neonatal | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0404011-GES | Ecotomografía cerebral (R.N. o lactante) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302016-GES | Calcio iónico, incluye proteínas totales | |
| 0302056-GES | Magnesio | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | en sangre |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302057-GES | Nitrogeno Ureico y/o Urea | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0305030-GES | Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0302004-GES | Acido Láctico | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302026-GES | Creatinquinasa CK - total | |
| 0302025-GES | Creatinquinasa CK - MB miocárdica | |
| | Ampicilina | |
| | Gentamicina | |
| | Amikacina | |
| | Dopamina | |
| | Dobutamina | |
| | Adrenalina | |
| | Vecuronio | |
| | Fentanyl | |
| | Morfina | |
| | Gluconato de Calcio | |
| 1701013-GES | Cateterismo en recién nacido por arteria umbilical | |
| | Nutrición Parenteral | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO

TRATAMIENTO

40.1.5 Hipertensión Pulmonar Persistente y Aspiración de Meconio: Tratamiento Especializado Con Oxido Nítrico

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|--------|---------------|---------------|
| | Oxido Nítrico | |

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

40.1.6 Aspiración de Meconio: Confirmación y Tratamiento

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203004-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. neonatal | |
| 0203007-GES | Día cama hospitalización integral intermedio neonatal | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0404011-GES | Ecotomografía cerebral (R.N. o lactante) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O ₂ , CO ₂ , exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302016-GES | Calcio iónico, incluye proteínas totales | en sangre |
| 0302056-GES | Magnesio | |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302057-GES | Nitrogeno Ureico y/o Urea | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0305030-GES | Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0302004-GES | Acido Láctico | |
| 0302026-GES | Creatinquinasa CK - total | |
| 0302025-GES | Creatinquinasa CK - MB miocárdica | |
| | Ampicilina | |
| | Gentamicina | |
| | Amikacina | |
| | Dopamina | |
| | Dobutamina | |
| 1701013-GES | Cateterismo en recién nacido por arteria umbilical | |
| | Nutrición Parenteral | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |

Listado de Prestaciones Específico
Anexo a Decreto Supremo Nro. 228 del 23 -12-2005, que aprueba las GES

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

40.1.7 Bronconeumonía: Confirmación y Tratamiento

| CÓDIGO | GLOSA | OBSERVACIONES |
|-------------|--|---------------|
| 0203004-GES | Día cama hospitalización integral U.T.I. o U.C.I. neonatal | |
| 0203007-GES | Día cama hospitalización integral intermedio neonatal | |
| 0401009-GES | Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica) | |
| 0404011-GES | Ecotomografía cerebral (R.N. o lactante) | |
| 0302046-GES | Gases y equilibrio ácido base en sangre (incluye: pH, O2, CO2, exceso de base y bicarbonato), todos o cada uno de los parámetros | |
| 0302047-GES | Glucosa | en sangre |
| 0302015-GES | Calcio | en sangre |
| 0302016-GES | Calcio iónico, incluye proteínas totales | |
| 0302056-GES | Magnesio | |
| 0302042-GES | Fósforo (fosfatos) | en sangre |
| 0302032-GES | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u | |
| 0302057-GES | Nitrogeno Ureico y/o Urea | en sangre |
| 0302023-GES | Creatinina | en sangre |
| 0301059-GES | Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada) | |
| 0301085-GES | Tromboplastina, tiempo parcial de (TTPA, TTPK o similares) | |
| 0301036-GES | Hematocrito (proc. aut.) | |
| 0301045-GES | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) | |
| 0305030-GES | Proteína C reactiva por técnica de látex u otras similares | |
| 0306009-GES | Hemocultivo aerobio, c/u | |
| 0302004-GES | Acido Láctico | |
| 0302059-GES | Proteínas fraccionadas albúmina/globulina (incluye código 03-02-060) | |
| 0302026-GES | Creatinquinasa CK - total | |
| 0302025-GES | Creatinquinasa CK - MB miocárdica | |
| | Ampicilina | |
| | Gentamicina | |
| | Amikacina | |
| | Cefotaxima | |
| | Vancomicina | |
| | Cloxacilina | |
| | Dopamina | |
| | Dobutamina | |
| 1701013-GES | Cateterismo en recién nacido por arteria umbilical | |
| | Nutrición Parenteral | |
| 1701045-GES | Ecocardiograma Doppler color | |