NORMAS DE CARÁCTER TÉCNICO MÉDICO Y ADMINISTRATIVO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DE LA LEY N°19.966.

Depto. de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud
División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

I. Definiciones generales

1. **Arancel de referencia del Régimen:** Valor en pesos de aquellas prestaciones o grupos de prestaciones determinadas para cada problema de salud, indicadas en el decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud.

   Los valores expresados en el citado texto normativo corresponden a la contribución que deben efectuar los beneficiarios(as) que acceden a las Garantías Explícitas en Salud, en el financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones en salud, las cuales corresponden al 20% del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen, de conformidad a lo dispuesto en los artículos 159 y 160 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

   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 Nº18.469, 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 las normas establecidas en el Título IV de la ley Nº18.469.

   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.

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

2. **D.F.L. N.º 1 de 2005, del Ministerio de Salud:** Decreto con fuerza de ley N.º 1, del año 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N.º 2.763 de 1979 y de las leyes N.º 18.469 y N.º 18.933.

3. **Decreto Supremo N° 29:** Decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Para efectos de la definición, se entenderán incluidos los decretos que lo modifiquen o reemplacen.

4. **Evento:** Ocurrencia, a un beneficiario(a) del Libro II o III del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, de un problema de salud que se encuentre incorporado en el decreto supremo N° 29.

5. **Garantías:** Las Garantías Explícitas en Salud que se encuentran establecidas en el decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud, las cuales constituyen derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud determinados en el artículo 3° del decreto supremo N° 29, y que el FONASA y las Instituciones de Salud Previsional están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios.

   Por cada garantía, se entenderá:

   a) 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

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO GES

beneficiarios(as) del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469 respectivamente en la forma y condiciones que determine el decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud. El otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas se entenderá como el grupo de prestaciones incluidas en la intervención sanitaria.

b) Garantía explícita de calidad: Otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo con el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469 en la forma y condiciones que determine el decreto supremo N° 29.
c) Garantía explícita de oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto supremo N° 29, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso final del artículo 11 del mismo.
d) Garantía explícita de protección financiera: La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser, por regla general, de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen, sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 2° de la ley N° 19.966.

No obstante lo señalado, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de todos sus beneficiarios, esto es, los grupos A, B, C, y D señalados en el artículo 160 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, conforme lo dispuesto por la resolución exenta N° 1.112, de 2022, del Ministerio de Salud.

6. **Listado de Prestaciones Específico (LPE):** Descripción taxativa de las prestaciones de salud que conforman las prestaciones unitarias o los grupos de prestaciones determinados en el Arancel de Referencia para cada problema de salud, las cuales son exigibles por el beneficiario, de acuerdo con la prescripción del profesional competente, según lo establecido en el artículo 17, del decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud.

7. **Régimen General:** Régimen General de Garantías en Salud establecido en la ley N° 19.966.

8. **Superintendencia:** Superintendencia de Salud regulada en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469.

II. Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud

1. **Atención integral por fonoaudiólogo(a):** Es la atención otorgada por profesional fonoaudiólogo(a) que se centra en la prevención, evaluación y rehabilitación de los procesos comunicativos, alteraciones del lenguaje, habla, voz, deglución, motricidad orofacial, sistema vestibular y audición.

2. **Atención integral por tecnólogo(a) médico(a) con mención en oftalmología:** Es la atención otorgada por profesional tecnólogo(a) médico(a) con mención en oftalmología que incluye procedimientos, técnicas y exámenes destinados al fomento, protección y rehabilitación de la salud en el ámbito de la oftalmología, como la detección de los vicios de refracción ocular o retinopatía diabética, a través de su medida instrumental mediante la ejecución, análisis, interpretación y evaluación de pruebas y exámenes destinados a ese fin.

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO GES

Quienes cuenten con el título de optometrista obtenido en el extranjero podrán desarrollar dichas actividades, siempre que convaliden su título de acuerdo con el artículo 113 bis del Código Sanitario.

3. **Atención integral por terapeuta ocupacional:** Es la atención otorgada por profesional terapeuta ocupacional de salud que incluye por sesión la evaluación y procedimientos terapéuticos en el ámbito de las actividades básicas de la vida diaria, la rehabilitación funcional física y mental, y el entrenamiento y seguimiento en uso de ayudas técnicas a una persona con indicación médica para este tipo de tratamiento.

4. **Atención integral por kinesiólogo(a):** Es la atención otorgada por profesional kinesiólogo(a) que incluye la evaluación, los procedimientos e intervenciones terapéuticas de rehabilitación o kinesioterapia junto con el entrenamiento y seguimiento en uso de ayudas técnicas que deba realizar el kinesiólogo a una persona con indicación médica.

5. **Atención médica de emergencia o urgencia:** Para los efectos de la presente norma se aplicarán los conceptos de atención médica de emergencia o urgencia; certificación de estado de emergencia o urgencia, paciente estabilizado, y secuela grave en los términos en que se definen en el artículo 3° del decreto supremo N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud y sus modificaciones, tanto en salud física como en salud mental.

6. **Atención odontológica integral:** Atención de salud realizada por un(a) cirujano(a) dentista que incluye todos los procedimientos necesarios para mantener, proteger y/o recuperar la salud bucal de una persona. Esta atención incluye acciones relacionadas con el diagnóstico, prevención y tratamiento de las patologías bucales de acuerdo con las necesidades de cada persona, integrando la educación en salud bucal durante todo el proceso clínico.

7. **Ayudas técnicas:** Cualquier producto externo cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias.

8. **Cierre de garantía:** Término del vínculo del beneficiario(a) con una o más garantías incluidas en un determinado problema de salud. En caso de que un beneficiario(a) presente varias garantías al mismo tiempo, el cierre de una garantía no implica el cierre del caso o de otra garantía abierta. De esta manera, el caso puede permanecer abierto, pudiendo el beneficiario(a) recibir otras prestaciones garantizadas del mismo problema de salud.

   El cierre de una o más garantías no modifica el estado de cumplimiento en que se encuentra en ese momento, debiendo consignar su condición en el registro correspondiente.

   Las garantías pueden ser cerradas por las siguientes causales:

   a) Fallecimiento del beneficiario.
   b) Cambio de sistema previsional: Ocurre cuando el beneficiario(a) cambia de sistema previsional de salud. En aquellos(as) beneficiarios(as) que a la fecha de realizarse el cambio de previsión se encontraren recibiendo prestaciones, tendrán derecho a seguir recibiéndolas de acuerdo con el tipo de intervención sanitaria en que se encuentren y a la periodicidad correspondiente, por parte del FONASA o Instituciones de Salud Previsional ("ISAPRE") según corresponda. En el caso de

SECRETARIA TÉCNICA VISADO GES

pacientes portadores de patologías crónicas recibirán las prestaciones por parte del sistema previsional de origen hasta el término de la periodicidad del grupo de prestaciones, que está siendo utilizado por el beneficiario, y que se encuentra establecida en el decreto vigente.

c) No cumple criterios de inclusión: Ocurre en aquellos casos en que el beneficiario(a) ha ingresado a un problema de salud garantizado sin cumplir los criterios definidos, en el decreto supremo N° 29 vigente y debe cerrarse el caso.
d) Cumple con criterios de exclusión: Decisión médica que se utiliza para determinar que hay ciertos criterios que impiden o no hacen aconsejable el tratamiento de un paciente, de acuerdo con los correspondientes protocolos o guías clínicas.
e) Inasistencia: Ocurre en aquellos casos que el beneficiario(a) no acude a tres citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada. Cada inasistencia deberá consignarse en el registro de citaciones y/o control de asistencia y deberá ser suscrita por el personal encargado del registro, en conformidad con normativa vigente de la Superintendencia de Salud.
f) Contacto no corresponde: Ocurre en aquellos casos cuando no es posible efectuar la citación efectiva al beneficiario, porque los datos de contacto entregados por el paciente a través de los distintos registros habilitados para este fin no corresponden. Califica como "contacto no corresponde" un paciente al cual se ha intentado ubicar utilizando todas las modalidades descritas para lograr una citación efectiva.
g) Rechazo al prestador asignado: Ocurren en aquellos casos en que el beneficiario(a) manifiesta su rechazo a atenderse en el prestador asignado, para las prestaciones de la garantía correspondiente, incluidas en el problema de salud.
h) Rechazo del tratamiento: Ocurren en aquellos casos en que el beneficiario(a) no desea continuar sus atenciones o bien no desea realizarse el tratamiento indicado, para la garantía correspondiente.
i) Indicación médica definitiva: Aplica cuando existe una definición justificada del o la profesional tratante basada en condiciones clínicas del paciente, que no permitan cumplir la garantía correspondiente. Esta justificación debe registrarse en la ficha clínica.

9. **Citación efectiva:** Es aquella situación en que se tomó contacto directo con el paciente o su representante, utilizando cualquiera de los siguientes mecanismos con sus respectivos respaldos:

a) Citación presencial: Registro de la entrega de la citación a la atención clínica en el establecimiento, cuando proceda, suscrito por el beneficiario/a o su representante al tomar conocimiento de esta.
b) Llamada telefónica: Registro de la llamada telefónica con contacto efectivo con el beneficiario(a) o su representante, con indicación de su resultado. La llamada debe efectuarse en días y horarios diferentes; registrando todos los intentos de contacto. En caso de disponer de sistema de grabación de llamada, éste deberá conservarse, como respaldo, en conformidad con normativa vigente de la Superintendencia de Salud.
c) Visita domiciliaria: Registro de la visita domiciliaria, con indicación del nombre y la firma de quien recibió la citación, que podrá corresponder al beneficiario(a) u otra persona en su nombre, y del resultado de dicha visita. Se debe registrar el nombre del funcionario que efectuó la visita. La citación deberá entregarse en sobre cerrado, dirigida al beneficiario, en conformidad con normativa vigente de la Superintendencia de Salud.
d) Carta certificada: Nómina del correo en la que conste la fecha del envío al domicilio informado por el beneficiario(a) o su representante. Deberá contarse con registro del resultado del procedimiento, en conformidad con normativa vigente de la Superintendencia de Salud.
e) Correo electrónico: Registro de envío de correo electrónico a cuenta declarada por el beneficiario(a) o su representante, si la tuviere. La citación se realizará desde cuenta institucional, se respaldará

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO GES

tanto el envío como el acuso de recibo del beneficiario, o similar, si se produjere, en conformidad con normativa vigente de la Superintendencia de Salud.

f) Otros medios electrónicos de citación: Se podrá acreditar el contacto efectivo con la persona beneficiaria o su representante mediante otros medios electrónicos, como aplicaciones móviles o de mensajería instantánea, siempre y cuando se pueda verificar que los datos de contacto utilizados pertenecen al beneficiario/a o su representante.

10. **Cierre de caso:** corresponde al término del vínculo del beneficiario(a) con el problema de salud que contempla garantías de oportunidad. Cabe señalar que de cerrar un caso este se cierra en el estado en que se encuentra en ese momento.

    El cierre del caso no aplica sobre las garantías que se encuentran fuera del plazo de vigencia definido en el decreto.

    Los casos pueden ser cerrados por las siguientes causales:

    a) Fallecimiento del beneficiario.
    b) Cambio de sistema previsional: Ocurre cuando el beneficiario(a) cambia de sistema previsional de salud. En aquellos beneficiarios(as) que a la fecha de realizarse el cambio de previsión se encontraren recibiendo prestaciones, tendrán derecho a seguir recibiéndolas de acuerdo con el tipo de intervención sanitaria en que se encuentren y a la periodicidad correspondiente, por parte del FONASA o ISAPRE según corresponda. En el caso de pacientes portadores de patologías crónicas recibirán las prestaciones por parte del sistema previsional de origen hasta el término de la periodicidad del grupo de prestaciones, que está siendo utilizado por el beneficiario, y que se encuentra establecida en el decreto vigente.
    c) Término del tratamiento garantizado: Ocurre cuando el beneficiario(a) ha completado la entrega de la totalidad de las intervenciones sanitarias garantizadas e indicadas por el profesional tratante para ese problema de salud.
    d) No cumple criterios de inclusión: Ocurre en aquellos casos en que el beneficiario(a) ha ingresado a un problema de salud garantizado sin cumplir los criterios definidos en el decreto GES vigente y debe cerrarse el caso.
    e) Cumple con criterios de exclusión: Corresponde a una decisión médica y se utiliza al determinar que hay ciertos criterios que impiden o no hacen aconsejable el tratamiento de un paciente, de acuerdo con los correspondientes protocolos o guías clínicas.
    f) Inasistencia: Se entiende cuando el beneficiario(a) no acude a tres citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada. Cada inasistencia deberá consignarse en el registro de citaciones y/o control de asistencia y deberá ser suscrita por el profesional o administrativo encargado del registro.
    g) Contacto no corresponde: Se entiende cuando no es posible efectuar la citación efectiva al beneficiario, porque los datos de contacto entregados por el paciente a través de los distintos registros habilitados para este fin no corresponden. Califica como "contacto no corresponde" un paciente al cual se ha intentado ubicar utilizando todas las modalidades descritas para lograr una citación efectiva.
    h) Rechazo al prestador asignado: Aplica cuando el beneficiario(a) manifiesta su rechazo a atenderse en el prestador asignado, para las prestaciones de la garantía correspondiente, incluidas en el problema de salud.
    i) Rechazo del tratamiento: Aplica cuando el beneficiario(a) no desea continuar sus atenciones o bien no desea realizarse el tratamiento indicado, para la garantía correspondiente.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

j) Indicación médica definitiva: Aplica cuando existe una definición justificada del (la) profesional tratante basada en condiciones clínicas del paciente, que no permitan cumplir la garantía correspondiente. Esta justificación debe registrarse en la ficha clínica.

11. **Consulta integral de especialidad:** Atención profesional otorgada por el médico(a) especialista que corresponda, a un paciente en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación puede incluir 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, otoscopia, fondo de ojo, medición de peso y talla. Esta misma definición se aplicará cuando se trate de consulta o control médico integral otorgada por un(a) médico(a) general.

12. **Consultoría de salud mental:** Actividad realizada por psiquiatría y tiene por objeto apoyar al médico(a) general y al equipo de salud en la confirmación diagnóstica, definición del programa de tratamiento, evaluación de respuesta a tratamiento o en la decisión de derivación para atención por médico(a) especialista, cuando corresponda. Incluye actividades como, evaluación o atención conjunta de pacientes, revisión de historia clínica y discusión de casos. La información generada deberá quedar registrada en la ficha clínica de cada paciente.

13. **Criterios de inclusión:** Condiciones clínicas y no clínicas que, para un determinado problema de salud, permiten el acceso a los beneficiarios(as) a una determinada intervención sanitaria, de acuerdo con lo definido en el decreto supremo N.° 29 y al conocimiento científico disponible.

14. **Derecho de pabellón quirúrgico:** Derecho de uso de recintos autorizados para su funcionamiento que cumplen con los requisitos establecidos en el decreto supremo N.° 58, de 2008, del Ministerio de Salud, que aprueba normas técnicas básicas para la obtención de autorización sanitaria de los establecimientos asistenciales, y 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.

    Por su parte, 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 con 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, ropa, 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.

    La resolución de determinados problemas de salud y el Listado de Prestaciones Específico del decreto supremo Nº 29, de 2025, del Ministerio de Salud, incluye uso de pabellón quirúrgico, el valor total de la prestación tiene incorporados los respectivos derechos de pabellón quirúrgico, no correspondiendo efectuar cobros adicionales por este concepto.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

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

    La resolución de determinados problemas de salud y el Listado de Prestaciones Específico que forma parte del decreto supremo Nº 29, de 2025, del Ministerio de Salud, incluye los procedimientos diagnósticos o procedimientos terapéuticos, el valor total de la prestación tiene incorporados los respectivos derechos de sala de procedimientos, por tanto, no corresponde efectuar cobros adicionales por este concepto.

16. **Día cama de hospitalización integral:** 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:

    a) Uso de un catre clínico con la respectiva ropa de cama, la alimentación oral y/o enteral 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.
    b) Medicamentos y dispositivos médicos de uso habitual, los materiales y elementos de enfermería no desechables, insumos de uso general tales como gasa, algodón, apósitos de cualquier tipo, tela adhesiva y similares, guantes quirúrgicos y de procedimientos, antisépticos y desinfectantes de todo tipo, oxígeno y aire comprimido.

    En términos generales, y aun teniendo presente la especificidad de las instalaciones y personal que en cada caso se requiera, se entenderá que la definición de día cama de hospitalización integral, es aplicable a los diferentes tipos de días de hospitalización según niveles de cuidado, tales como cuidados básicos, medios y críticos.

17. **Día cama de hospitalización integral en unidad de cuidado intensivo (U.C.I.) adulto, pediátrico o neonatal:** Prestación de salud definida para la internación y atención de pacientes críticos. Además de lo señalado para el día cama de hospitalización integral, la prestación incluye:

    a) Ocupación de una cama de internación en una U.C.I., ubicada en dependencias ad hoc, de una clínica u hospital, cuya dotación de profesionales asegura una atención permanente las 24 horas del día.
    b) 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.
    c) 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 o bombas de infusión continua.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

d) Los procedimientos en esta unidad pueden incluir entre otros: monitorización no invasiva, electrocardiogramas, control de presión arterial, oximetría de pulso, capnografía, nutrición oral o enteral, sonda vesical, oxigenoterapia, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, terapia inhalatoria, hidratación, administración de drogas vasoactivas, sedación y analgesia, punción venosa central, punción arteria central, catéter Swan-Ganz, tonometría, instalación catéter de presión intracraneana, nutrición parenteral, otras punciones o drenajes: punción lumbar, punción pleural, abdominal, traqueotomía o diálisis aguda.
e) Insumos, gases y aire comprimido, en lo que sea pertinente, según se explicita en materia de derecho de pabellón.
f) Cuando se trate de unidades especializadas, tales como unidades de hematología intensiva y trasplante de médula alogénico pediátrico o de adulto que cumplan con las definiciones y exigencias técnicas descritas en este numeral, que posean presión positiva y aire filtrado (filtros Hepa), utilizarán la misma nomenclatura y codificación de Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.).

18. **Día cama de hospitalización integral en unidad de tratamiento intermedio (U.T.I.) adulto, pediátrico o neonatal:** 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:

    a) 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.
    b) 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.
    c) Insumos, gases y aire comprimido, en lo que sea pertinente.
    d) Cuando se trate de unidades especializadas, tales como, unidades coronarias, respiratorias, cirugía, hematoncológica, aislamiento oncológico u otras, que cumplan con las definiciones y exigencias técnicas descritas en este numeral, utilizarán la misma nomenclatura y codificación de unidad de tratamiento intermedio (U.T.I.).

19. **Día cama de hospitalización integral psiquiatría corta estadía:** Prestación de salud referida a la ocupación de una plaza de hospitalización en un régimen de hospitalización completa. Debe proveer cuidados de salud general y servicios especializados de salud mental y psiquiatría.

    El valor de la prestación incluye todo lo señalado en el día cama de hospitalización integral, además de consulta psiquiátrica, consulta psicológica, psicometría, educación, psicoterapia y procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales. Se extenderá hasta que la persona esté en condiciones de continuar tratamiento ambulatorio o en hospitalización psiquiátrica diurna.

20. **Día cama de observación:** Cobro del día cama de observación, cuando el beneficiario(a) permanezca como mínimo 4 horas utilizando una cama en el establecimiento y sin pernoctar en él.

21. **Día cama hogar protegido paciente psiquiátrico:** Instancia comunitaria de alojamiento y vivienda habilitada para albergar a un número no mayor de 12 personas. Esta prestación está destinada a aquellas personas que se encuentran compensadas de su patología psiquiátrica y que no pueden vivir en forma independiente. Incluye cuidado básico de personal técnico con supervisión profesional y costos de alojamiento y alimentación.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

22. **Día cama integral psiquiátrico diurno:** Prestación de salud referida a la ocupación de una plaza de hospitalización parcial, como mínimo 6 horas diarias y sin pernoctar en el establecimiento de salud. Incluye todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación psiquiátrica que se le efectúen al paciente durante su permanencia en el establecimiento, además de lo señalado para la prestación día cama de hospitalización integral que resulten pertinentes.

23. **Excepción de garantías:** Aquellos casos establecidos de conformidad con la normativa vigente de la Superintendencia de Salud en aplicación de lo dispuesto en el artículo 4° letra c) de la Ley 19.966

24. **Ficha o historia clínica:** Instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente.

    Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella, conforme a lo establecido en el artículo 12 inciso segundo de la ley N° 20.584.

    La información contenida en las fichas clínicas será considerada dato sensible, de conformidad con lo establecido en el artículo 2º, letra g) de la ley Nº 19.628 y los artículos 12° y 13° de la ley Nº 20.584.

25. **Gestión de casos con garantía exceptuada:** Aquellos casos establecidos de conformidad con normativa vigente de la Superintendencia de Salud.

26. **Intervención psicosocial grupal:** Atención profesional otorgada por integrantes del equipo de salud general capacitado o integrantes del equipo de especialidad en salud mental (psiquiatra, psicólogo(a), terapeuta ocupacional, enfermera(o)) a un grupo no menor de cuatro ni mayor de doce pacientes, familiares o cuidadores. En el proceso descrito previamente, podrán colaborar los trabajadores sociales.

    El objetivo de la intervención psicosocial grupal es realizar educación, otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo a las organizaciones de usuarios y grupos de autoayuda, apoyo para la rehabilitación psicológica y reinserción social y laboral. Puede ser realizada en establecimientos de salud de atención ambulatoria, en unidades de hospitalización, en dispositivos comunitarios (centros diurnos, casas club, clubes de integración social, otros), en espacios propios de la comunidad o donde la autoridad sanitaria determine.

27. **Intervención quirúrgica:** Conjunto de acciones de salud efectuadas a un paciente en un quirófano (pabellón quirúrgico), bajo anestesia, para un tratamiento determinado, por uno o más equipos de médicos(as) cirujanos(as), médico(a) anestesiólogos(as), perfusionistas si corresponde. Esta definición se aplicará a todos los problemas de salud que involucren cirugía.

    Representa un acto médico quirúrgico integral, desde el control preanestésico hasta el alta quirúrgica del paciente, (incluyendo los controles que sean necesarios), y 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 posanestésica, equipos, instrumental, insumos y medicamentos utilizados en dicha intervención.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

28. **Medicamentos:** Los medicamentos son sustancias naturales, sintéticas o mixtas utilizadas para prevenir, tratar, diagnosticar, curar o aliviar enfermedades. Siempre cuentan con una denominación genérica y a veces pueden tener un nombre comercial. Para efectos del Listado de Prestaciones Específico, cada vez que las prestaciones o grupos de prestaciones incluyan medicamentos genéricos, se entenderá que están garantizados, aun cuando sean prescritos con nombre comercial. De la misma forma, cuando se trata de medicamentos en que se describe el efecto farmacológico, se entenderá que están garantizados tanto en forma de genéricos como por nombre comercial. También estarán garantizados los medicamentos que combinen dos o más principios activos que se encuentren separados en el Listado de Prestaciones Específico para el mismo grupo de prestaciones.

29. **Órtesis:** Subtipo de ayudas técnicas que comprenden dispositivos que se aplican externamente y se utilizan para modificar las características estructurales y funcionales de los sistemas neuromuscular y esquelético, de acuerdo a prescripción médica. Las órtesis pueden ser personalizadas (a medida) o por tallas, de acuerdo con el tipo de órtesis y según las características, condiciones y necesidades de la persona.

30. **Patologías incorporadas:** Las enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual, que se asocian a cada problema de salud con garantías explícitas.

31. **Periodicidad:** Lapso de tiempo considerado para efectos de aplicar el valor determinado por el arancel en relación con una prestación o un grupo de prestaciones comprendidas en dicho período, prescritas por un profesional de la salud, en relación con cada enfermedad o condición de salud establecida en el artículo 3°, del decreto supremo N° 29, con la cobertura financiera señalada en el mismo artículo. Pueden ser por cada vez, por ciclo, mensual, anual, por evaluación completa, por tratamiento completo o por seguimiento completo.

    a) Cada vez: Se aplica cada vez que se entregan las prestaciones que componen el grupo correspondiente, entendiendo que la cantidad de prestaciones y la cantidad de veces que éstas se entreguen dependerán de la indicación médica. Por lo tanto, no se deben realizar cobros adicionales de lo que corresponde al grupo de prestaciones. A menos que en el problema de salud se señale lo contrario, se puede utilizar, de acuerdo con indicación médica, todas las veces que sea necesario (por ejemplo, se abre cada vez que se requiera confirmar un diagnóstico de eventos independientes).
    b) Por ciclo: Se aplica por cada ciclo de quimioterapia. Un ciclo de quimioterapia es un período de tratamiento con drogas antitumorales seguido de un período de descanso, o intervalos interciclo. El número de ciclos y la duración de cada uno de ellos con sus intervalos, dependerá de las recomendaciones clínicas existentes para cada beneficiario, según diagnóstico oncológico, condiciones clínicas particulares y la evidencia médica disponible. Los ciclos y sus intervalos pueden durar menos de un mes, por lo que puede administrarse más de un ciclo mensual.
    c) Mensual: Se aplica de manera mensual, contando 30 días desde el día que se inicia el caso.
    d) Anual: Se aplica de manera anual, contando 365 días desde el día que se inicia el caso.
    e) Por evaluación completa: Evaluación postquirúrgica que abarca desde el alta hospitalaria hasta el último control médico recibido por el paciente.
    f) Por tratamiento completo: Se entiende desde la indicación de tratamiento hasta el alta del paciente.
    g) Por seguimiento completo: Se entiende desde el término de tratamiento hasta el último control médico recibido por el paciente.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

32. **Prestación lumbar c/s manometría c/s queckensted:** Procedimiento que incluye punción lumbar.

33. **Prestaciones tomografías computarizadas y resonancias magnéticas:** Procedimiento que incluye el medio de contraste cuando sea necesario y todos los cortes o vistas necesarios.

34. **Procedimientos médicos:** Acciones de salud, identificadas por prestaciones unitarias o grupos de prestaciones, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos o terapéuticos, para lo cual, utilizan equipos, instrumental, instalaciones o salas de procedimientos según la patología que se esté tratando. Su valor incluye honorarios médicos, de anestesiólogo y derecho de sala de procedimientos.

35. **Prótesis:** Sustitutos artificiales de partes del cuerpo o materiales insertos en tejidos, utilizados con fines terapéuticos o funcionales, considerando manos, brazos o piernas artificiales, prótesis de cadera, válvulas cardíacas, prótesis en reconstrucción mamaria, dentales removibles de acrílico y de metal, entre otras.

36. **Psicodiagnóstico o evaluación diagnóstica:** Prestación otorgada por un(a) psicólogo(a), cuyo propósito es elaborar una hipótesis diagnóstica, la cual permite aportar otros elementos a la evaluación y confirmación diagnóstica realizada por un(a) médico(a) en el marco del Plan de Cuidados Integrales. El psicodiagnóstico incluye entrevista clínica a la persona en atención y entorno, como también la aplicación de test psicológicos o neuropsicológicos, que permitan evaluar aspectos cognitivos, de funcionalidad, de personalidad, e inteligencia, con su análisis respectivo y elaboración del informe correspondiente, el cual deberá ser registrado íntegramente en la ficha clínica. incluyendo los instrumentos, protocolos utilizados, y los resultados de esta prestación.

    Para el caso de Problema de Salud de Alzheimer y Otras Demencias, se incluyen las evaluaciones cognitivas y de funcionalidad realizadas por terapeutas ocupacionales u otros profesionales de la salud, que contiene la aplicación de instrumentos específicos para la demencia, tales como, Cuestionario AD8 (Alzheimer disease 8), Inventario Neuropsiquiátrico (Neuropsychiatric inventory Questionnare) (NPIQ), Calidad de vida en personas con demencia (Quality of Life in Alzheimer's Disease) (QOL-AD), ACE III, Rudas, MIS, T-ADLQ, entre otros), las cuales aportan información relevante al diagnóstico clínico y a la elaboración del Plan de Cuidado Integral. En atención primaria, el psicodiagnóstico se realiza sólo en personas con problema de Alzheimer y otras demencias.

37. **Rehabilitación**: Conjunto de intervenciones para mejorar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con condiciones de salud en interacción con su entorno. La duración de la rehabilitación será hasta que el profesional tratante determine el logro de los objetivos terapéuticos, sin un plazo determinado. El nombre del grupo de las prestaciones priorizadas "Rehabilitación segundo año" corresponde a las prestaciones que deberán ser utilizadas a partir del segundo año de la rehabilitación garantizada.

38. **Seguimiento:** Conjunto de prestaciones que recibe un beneficiario(a) ya tratado por un problema de salud y en un determinado periodo con el objeto de evaluar su evolución. La duración del seguimiento será hasta que el profesional tratante determine el cierre del caso GES, sin un plazo determinado, salvo en los problemas de salud que así lo definan. El nombre del grupo de las prestaciones priorizadas "Seguimiento segundo año" corresponde a las prestaciones que deberán ser utilizadas a partir del segundo año del seguimiento garantizado.



39. **Tratamiento:** Conjunto de prestaciones de salud otorgadas a un beneficiario(a) destinadas al manejo clínico de su problema de salud. Para efectos de las garantías, la duración del tratamiento será hasta que el profesional tratante determine el cierre del caso GES, sin un plazo determinado, salvo en los problemas de salud que así lo definan, conforme la normativa vigente. Aquellos casos que tienen tratamientos en diferentes niveles de atención, el profesional tratante indicará el grupo de prestaciones principales (GPP) correspondiente. El nombre del grupo de las prestaciones priorizadas "Tratamiento segundo año" corresponde a las prestaciones que deberán ser utilizadas a partir del segundo año del tratamiento garantizado.

40. **Telemedicina:** Provisión de servicios de salud a distancia, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación, que permite realizar diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación y cuidados de fin de la vida. Es realizada por profesionales de la salud, permitiendo intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y oportunidad, asegurando la calidad y continuidad de la atención en un sistema integrado de salud.
    Dentro de la telemedicina podemos encontrar distintos tipos de actividades o prestaciones de salud, las cuales se detallan a continuación[1]:

    a) Teleconsulta: Actividad sincrónica de interacción que ocurren entre un profesional de la salud y un paciente con el objetivo de otorgar una atención con fines diagnóstico o terapéutico a través de medios electrónicos. Durante la teleconsulta podrán participar otros miembros del equipo de salud que se encuentran físicamente al lado de la persona atendida, acompañando o facilitando la atención.
    b) Teleinterconsulta: Atención sincrónica o asincrónica que se realiza entre profesionales de la salud, con o sin la presencia o participación directa del paciente durante dicho intercambio, con el objetivo de brindar un diagnóstico y plan de tratamiento. La teleinterconsulta puede darse en dos modalidades:
        i. Teleinterconsulta sincrónica: Los antecedentes de la persona que es sujeto de intervención, son presentados por un profesional de la salud a un especialista, para la resolución de la consulta a distancia de forma sincrónica con o sin la presencia o participación directa del paciente.
        ii. Teleinterconsulta asincrónica: El paciente no se encuentra presente en el momento del intercambio de información, los antecedentes de la persona consultante los entrega un miembro del equipo de salud, quien, luego de analizar datos del paciente, requiere generar o contrastar diagnósticos y decisiones terapéuticas con otro profesional (por ejemplo, un especialista). Destacando que el sujeto de intervención es la persona que tiene el problema de salud, aun cuando no esté presente en el evento y el objetivo de la atención es el diagnóstico y plan de tratamiento.
    c) Teleinforme: Informe que un especialista hace en base a los datos otorgados a través de un examen o procedimiento diagnóstico que se ha realizado en otro lugar. En algunos casos existe la posibilidad de que el especialista guíe la adquisición de imágenes o toma de muestra para tener mejor calidad de material para informar.
    d) Telecomité: Instancias en que se tomen decisiones relacionadas con el diagnóstico y plan de tratamiento, con la concurrencia de varios profesionales de diferentes especialidades, agrupados en un comité, que utiliza tecnologías de la información y comunicación. En este caso, las decisiones son consensuadas entre varios profesionales y el sujeto de intervención sigue siendo el paciente para relevar sus características particulares. Consiste en una actividad sincrónica, porque todos están conectados en tiempo real para la discusión de los casos. Estos pueden discutirse basándose

[1] https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

en la historia clínica o agregando la evaluación de la persona de forma presencial con la figura del(la) médico(a) tratante.

e) Rehabilitación a distancia: Provisión de servicios de rehabilitación mediante tecnologías de información y comunicación digital. Esta modalidad puede considerar una amplia gama de intervenciones clínicas asociadas a rehabilitación como telerehabilitación, evaluación intermedia remota, telemedicina en rehabilitación, teleducación, etc., lo que involucra acciones de monitoreo, prevención, intervención, supervisión, educación, consulta y consejerías.

41. **Visita integral de salud mental:** Actividad realizada en terreno por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental. Se realiza en el domicilio, lugar de trabajo, establecimiento educacional, dispositivo comunitario o cualquier otro espacio natural del usuario e incluye tanto al usuario como a sus familiares, cuidadores, jefes y compañeros de trabajo, profesores, etc.

III. Definiciones o especificaciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en todo tipo de cánceres

Los conceptos y definiciones que a continuación se detallan, serán de aplicación general en todo tipo de cánceres:

1. **Cirugía:** Procedimiento para diagnosticar o tratar problemas de salud mediante una operación manual o el uso de instrumentos. Esta prestación puede ser diagnóstica (por ejemplo, una biopsia), diagnóstica y terapéutica (por ejemplo, orquiectomía, polipectomía, conización en cuello uterino) o sólo terapéutica, de cualquier rango etario.

   Las intervenciones diagnósticas que sean además terapéuticas deberán ser cobradas solo una vez, ya sea la diagnóstica o la terapéutica.

   Los valores establecidos para los tratamientos definidos en el Listado de Prestaciones Específico, incluye en general: la consulta integral de especialidad (atención de profesionales de salud y de personal paramédico), alivio del dolor, día cama hospitalización integral, UTI, UCI, cama observación y el derecho a pabellón según corresponda.

2. **Diagnóstico:** Intervención sanitaria efectuada por médico(a) especialista con apoyo de equipamiento específico que incluye procedimientos diagnósticos básicos y complejos entre ellos, citológicos, histológicos, imagenológicos, de laboratorio y de biología molecular para confirmar o descartar la existencia de cáncer.

3. **Etapificación:** Intervención sanitaria que consiste en un conjunto de prestaciones efectuadas por médicos(as) y otros(as) profesionales no médicos(as) con apoyo de equipamiento específico que puede incluir procedimientos imagenológicos, histopatológicos (inmunohistoquímica), moleculares y genéticos para determinar la clasificación, el estadio y/o grado de extensión/diseminación de un cáncer confirmado (sean tumores sólidos o neoplasias hematológicas). También se utiliza en todos los casos de recidiva o recaída.

   Esta intervención permite realizar el proceso de etapificación correspondiente y determinar por el equipo médico o comité oncológico la indicación terapéutica recomendada para cada beneficiario(a) en particular.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

4. **Quimioterapia:** Tratamiento que utiliza fármacos químicos específicos para células cancerosas, evitando su multiplicación y reduciendo los tumores en el organismo. Para efectos de las garantías, esta prestación debe ser efectuada en recintos que cuentan con la autorización sanitaria correspondiente, con personal profesional con competencias técnicas para la administración, cuidado y seguimiento de los(as) beneficiarios(as) que reciben quimioterapia y con recursos físicos adecuados para la administración de este tipo de terapia, a cualquier rango etario.

   Los esquemas de tratamiento con quimioterapia son variados y están conformados por ciclos. A su vez cada ciclo tiene una duración variable de días en los que se administra un esquema específico de drogas antineoplásicas, más otros medicamentos u otras terapias coadyuvantes.

   Una de las complicaciones asociadas a la quimioterapia es la neutropenia febril. Para su tratamiento se considera hospitalización en salas de aislamiento hematológico/inmunosuprimido, aislamiento oncológico y atención las 24 horas del día, atención por equipo multidisciplinario de médicos(as) (especialistas), enfermeros(as) y técnicos(as) paramédicos(as) capacitados.

   Para efectos de protección financiera el valor de la prestación de salud incluye el procedimiento completo de quimioterapia, esto es:

   a) Drogas antineoplásicas: La o las drogas, su preparación en recintos autorizados y la administración por enfermeras capacitadas.
   b) Tratamiento de neutropenia febril: Considera hospitalización en salas de aislamiento, atención por equipo multidisciplinario, diferentes líneas de antibióticos y factor estimulante de colonias en todos los casos de pacientes con esta complicación.
   c) Tratamientos coadyuvantes específicos/soporte.
   d) Insumos para preparación y administración del tratamiento quimioterapia.
   e) Acceso venoso central o periférico: Incluye procedimiento de instalación, radiografía de control, retiro e instalación de un nuevo catéter, en caso de salida accidental, retiro por infección y otros.

   La cobertura de instalación, mantención y retiro del acceso venoso central o periférico y el día cama hospitalización está incorporado en las prestaciones "Consultas y exámenes de tratamiento por quimioterapia, y/o hospitalización por quimioterapia".

5. **Radioterapia (cualquier rango etario):** Tratamientos integrales que incluyen dentro de su proceso la planificación médica, marcación, simulación (principalmente con tomografía computarizada (TC)) y dosimetría clínica y física, consultas médicas, educación por enfermera, controles del tratamiento, toma de imágenes para planificación y aplicación del tratamiento. Para efectos de las garantías de oportunidad, se consideran los plazos desde la aplicación de tratamiento.

   Puede ser administrada como radioterapia externa (teleterapia) o braquiterapia. Su indicación puede ser como terapia única, neoadyuvante, adyuvante, concomitante con otros tratamientos (quimioterapia u hormonoterapia) y su intención puede ser curativa o paliativa. La teleterapia se realiza con equipos de tratamiento que emiten radiación con diferentes energías (aceleradores lineales o máquina de cobalto). La braquiterapia se realiza con distintos tipos de fuente radioactiva.

   Para estos tratamientos se puede requerir pabellón, anestesia general, regional o sedación y cama de hospitalización, por ejemplo, en menores de 15 años y tratamiento de braquiterapia.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

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

Los establecimientos que otorguen estas prestaciones deben regirse por lo señalado en el decreto supremo N° 18, de 2015, del Ministerio de Salud, que "Aprueba el Reglamento Sanitario sobre Establecimientos de Radioterapia Oncológica" y la demás preceptiva vigente sobre la materia.

6. **Rehabilitación:** Intervención sanitaria que corresponde al conjunto de acciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con condiciones de salud en la interacción con su entorno, en todo el curso de vida. La rehabilitación se puede proporcionar en atención abierta y cerrada, en modalidades presencial, domiciliaria y a distancia.

7. **Seguimiento:** Intervención sanitaria que corresponde al conjunto de prestaciones entregadas a un beneficiario(a) que ha completado la fase de tratamiento durante un determinado período de tiempo. El seguimiento en oncología considera 5 años en adultos y 10 años en niños. Si durante el seguimiento se detecta recidiva, el beneficiario(a) podrá acceder a retapificación del cáncer y/o a tratamiento, según corresponda.

8. **Terapia con radioyodo:** Administración de yodo radioactivo (radiofármaco I-131), la que debe ser efectuada por un médico(a)cirujano(a) especialista en el área o en quién éste delegue, con las capacitaciones y habilidades de desempeño correspondientes. Se debe realizar en condiciones seguras, de acuerdo con la legislación de radio protección vigente.

9. **Tamizaje:** Intervención sanitaria que corresponde a estrategia aplicada a una población presuntamente sana para identificar a individuos potencialmente enfermos. El objetivo es que los individuos potencialmente enfermos se beneficien de una detección temprana y mejores resultados de tratamiento.

10. **Tratamiento del cáncer:** Intervención sanitaria que puede corresponder a prestaciones de cirugía, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, terapia con radioisótopos, terapias biológicas, entre ellas la hormonoterapia u otras terapias de apoyo que se realizan con el fin de modificar el curso natural de la enfermedad. Pudiendo indicarse, según el tipo y estadio del cáncer, como tratamiento único, tratamientos combinados, secuenciales o bien en forma concomitante. Los valores establecidos para los tratamientos definidos en el Listado de Prestaciones Específico incluyen en general: atención de profesionales de salud y de personal paramédico; las drogas, su preparación y administración; los medicamentos, antibióticos, hormonas, sueros, sustancias radioactivas, otros; los insumos, tales como bombas, conexiones, catéteres o sondas; los procedimientos de instalación, retiro o reinstalaciones de catéteres; la planificación, simulación e irradiación.

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

11. **Tratamiento primario:** Primer tratamiento que se administra para una enfermedad, que con frecuencia forma parte de un conjunto estándar de terapias, como cirugía seguida de quimioterapia o de radioterapia. Cuando se usa en forma separada, el tratamiento primario es el que se acepta como el mejor desde la perspectiva clínica para iniciar la terapia. También se llama terapia de inducción, terapia de primera línea o terapia primaria.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

12. **Tratamiento neoadyuvante:** Tratamiento que se administra para reducir el tamaño del tumor antes del tratamiento principal. Es un tipo de terapia de inducción. Entre los ejemplos de terapia neoadyuvante están la quimioterapia, la radioterapia y la terapia hormonal.

13. **Tratamiento adyuvante:** Tratamiento adicional para el cáncer que se administra después del tratamiento primario para favorecer el control del cáncer. La terapia adyuvante puede consistir en cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia con radioisótopos, hormonoterapia, terapia dirigida o terapia biológica.

14. **Tratamiento coadyuvante:** Tratamiento habitualmente farmacológico, que contribuye o ayuda a la solución de síntomas o problemas derivados de la enfermedad o del tratamiento recibido; por ejemplo: tratamiento paliativo o fármacos para el control de síntomas derivados de las terapias antineoplásicas. También se denomina así cuando un tratamiento contribuye con el otro tratamiento.

15. **Tratamiento concomitante o concurrente:** Tratamiento que se aplica al mismo tiempo que otro. Se considerarán las siguientes siglas y abreviaturas para las diferentes prestaciones:

    a) TPH: trasplante de progenitores hematopoyéticos.
    b) Paciente fit: Para efectos de las garantías se refiere a personas mayores de 60 años que está en condiciones de recibir tratamiento completo, sin disminución de dosis o cambio de drogas.
    c) CTD: ciclofosfamida, talidomida, dexametasona.
    d) CTP: ciclofosfamida, talidomida, prednisona.
    e) MPT: melfalán, prednisona, talidomida.
    f) Lendex: lenalidomida, dexametasona.
    g) VRD: bortezomib, lenalidomida, dexametasona.
    h) CyBorD: ciclofosfamida, bortezomib, dexametasona.
    i) VTD: bortezomib, talidomida, dexametasona.

IV. Definiciones o especificaciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas

Las especificaciones técnicas que se definen en este apartado son los criterios mínimos de calidad que deben de presentar las ayudas técnicas de los siguientes problemas de salud:

a) Problema de Salud N° 6: Diabetes mellitus tipo 1.
b) Problema de Salud N° 7: Diabetes mellitus tipo 2.
c) Problema de salud N° 9: Disrafias espinales.
d) Problema de salud N° 36: Ayudas técnicas para personas de 65 años y más.
e) Problema de salud N° 37: Ataque cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más.
f) Problema de salud N° 42: Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales.
g) Problema de salud N° 62: Enfermedad de Parkinson.
h) Problema de salud N° 67: Esclerosis múltiple remitente recurrente.
i) Problema de salud N° 73: Osteosarcoma en personas de 15 años y más.

1. Bastones

1.1. Características generales de los bastones:

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO GES

a) Estructura tubular de aluminio anodizado.
b) Empuñadura antideslizante y ergonómica.
c) Regatón (Taco) antideslizante en punto de apoyo según necesidad.
d) Debe incluir un regatón de repuesto en cada punto de apoyo.
e) Sistemas de regulación de altura debe disponer de medio de fijación seguro en cualquier posición prevista, ser posible de regular en incrementos que no excedan los 2,5 centímetros y manipulables sin uso de herramientas.

1.2. Características específicas de los bastones:

1.2.1. Bastón de apoyo o de mano:

a) Puede ser de 1, 3 y 4 puntos de apoyo.
b) Los de 3 y 4 puntos de apoyo deben permitir modificar la posición de la base de sustentación para su uso a lateralidad izquierda o derecha.
c) En los de 3 y 4 puntos de apoyo, la empuñadura debe permitir uso en lateralidad izquierda y derecha.
d) Considerar un soporte de carga de peso del producto de al menos 100 kilogramos.

1.2.2. Bastón Canadiense:

a) Codera de material de alta resistencia.
b) Puede ser móvil o fija.
c) Regatón debe presentar refuerzo metálico interior.
d) Regulable en altura con disponibilidad en tallas a entregar según necesidad de la persona usuaria.
e) Soporte de peso de la persona usuaria de al menos 100 kilogramos para talla S, de menos 110 kilogramos para talla M y al menos 130 kilogramos para talla L.

2. Andadores

2.1. Características generales de los andadores:

a) Plegables.
b) Regulables en altura según necesidad del usuario.
c) Empuñadura ergonómica y antideslizantes.
d) Regatón (taco) antideslizante en punto de apoyo según necesidad.
e) Debe incluir un regatón de repuesto en cada punto de apoyo.
f) Sistemas de regulación de altura debe disponer de medio de fijación seguro en cualquier posición prevista, ser posible de regular en incrementos que no excedan los 2,5 centímetros y manipulables sin uso de herramientas.
g) Soporte de peso para persona usuaria de al menos 100 kilogramos.

2.2. Características específicas de los andadores:

2.2.1. Andador sin ruedas / Andador sin ruedas articulado.

a) Estructura tubular en aluminio anodizado.
b) Intercambiable entre fijo o articulado según necesidad de la persona usuaria.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

2.2.2. Andador con dos ruedas

a) Estructura tubular en acero o aluminio recubierto.
b) Regulable en altura con disponibilidad en tallas a entregar según disponibilidad de la persona usuaria.
c) Con 2 ruedas en los puntos de apoyo anteriores de al menos 3 pulgadas.

2.2.3. Andador con dos ruedas y asiento

a) Estructura tubular en acero o aluminio recubierto.
b) Con 2 ruedas en los puntos de apoyo anteriores de al menos 4 pulgadas.
c) Asiento acolchado lavable a una altura de piso a asiento entre 50 y 65 cm.

2.2.4. Andador con apoyo antebraquial

a) Estructura tubular en acero o aluminio recubierto.
b) Con apoyo de antebrazos acolchado.

2.2.5. Andador con cuatro ruedas y canasta

a) Estructura tubular en aluminio anodizado.
b) Con 4 ruedas de al menos 5 pulgadas, una por cada punto de apoyo.
c) Frenos manuales junto a empuñadura con sistema de bloqueo en posición de estacionamiento.
d) Asiento acolchado lavable a una altura de piso a asiento entre 50 y 65 cm.
e) Canasta metálica frontal desmontable o baúl textil desmontable bajo el asiento.

3. Elementos de prevención de lesiones por presión tipo celdas de aire.

3.1. Características generales de los elementos de prevención de lesiones por presión tipo celdas de aire.

a) Superficie de celdas de aire flexibles.
b) Inflables con sistema manual (no eléctrico ni alternante).
c) Material lavable.
d) No inflamable.
e) Reparable.
f) Debe incluir: funda impermeable y desmontable, kit de reparación, bombín de inflado.

3.2. Características específicas de los elementos de prevención de lesiones por presión tipo celdas de aire.

3.2.1. Cojín antiescara celdas de aire:

a) 1 sección o superior.
b) Altura de las celdas de 5 a 7 centímetros.
c) Disponible en medidas compatibles con talla de silla de ruedas entregada según características antropométricas y necesidad de la persona usuario.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

d) Soporte de peso de al menos 110 kilogramos.

3.2.2. Colchón antiescara celda de aire tres secciones:

a) Dividido en al menos 3 zonas ajustables por separado y que se unan (broches, cierres, velcro, etc.)
b) Disponible en una medida de entre 86 a 92 cm por 197 a 210 cm.
c) Soporte de peso de al menos 120 kilogramos.

4. Elementos de prevención de lesiones por presión tipo viscoelástico.

4.1. Características generales de los elementos de prevención de lesiones por presión tipo viscoelástico.

a) Espuma de alta densidad (al menos 40 kg/m3) de bordes redondeados.
b) No inflamable.
c) Funda impermeable, lavable y desmontable.

4.2. Características específicas de los elementos de prevención de lesiones por presión tipo viscoelástico.

4.2.1. Cojín antiescara viscoelástico:

a) Superficie contorneada anatómicamente.
b) Altura de 5 a 8 cm.
c) Disponible en medidas compatibles con talla de silla de ruedas entregada según características antropométricas y necesidad de la persona usuario.
d) Peso producto no superior a 1,5 kilogramos.

4.2.2. Colchón antiescara viscoelástico:

a) Colchón de altura de 10 a 20 cm (No cobertor).
b) De una capa o combinación de espumas viscoelásticas y/o de alta resistencia (al menos 40 kg/m3).
c) Disponible en una medida de entre 86 a 92 cm por 190 a 210 cm.
d) Soporte de peso de al menos 120 kilogramos.

5. Sillas de ruedas estándar

5.1. Características generales de las sillas de ruedas estándar:

a) Chasis fabricado en duro aluminio o aluminio.
b) Chasis plegable.
c) Tapiz de respaldo y asiento, en material sintético y lavable.
d) Reposabrazos corto, batiente y desmontable.
e) Pierneras batientes y desmontables.
f) Reposapiés batientes de dos hojas, regulables en altura.
g) Reposapiés o pierneras: Deben disponer de un medio para impedir que los pies del ocupante se deslicen hacia atrás.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

h) Horquillas de rueda delantera con opciones de regulación de altura.
i) Ruedas delanteras de 4 a 7 pulgadas.
j) Frenos bilaterales, de palanca y ajustables en la horizontal.
k) Bastón de empuje con empuñadura ergonómica y antideslizante.
l) Protector lateral a ambos costados, que evite que el usuario o su ropa entren en contacto con la rueda.
m) Sistema de plegado, reposabrazos, reposapiés y pierneras: Debe disponer un medio para fijarlos(as) de manera segura en cualquier posición prevista y en caso de ser regulables debe serlo en incrementos que no excedan los 2,5 centímetros.
n) Cruceta plana o tubular, simple o reforzada. En caso de tubular redondo, la cruceta debe contar con pieza entre ambos tubulares que asegure un calce perfecto entre ellos.
o) Características del eje trasero y ruedas:
    i) Ruedas neumáticas (inflables) o macizas y ancho de asiento deben estar definidos en la indicación y ajustarse a características antropométricas y necesidades de la persona usuaria.
    ii) Todas las ruedas neumáticas (inflables) de la silla de ruedas, deben poseer el mismo tipo de válvula de llenado y deben llevar marcada la presión óptima de inflado expresada en KPa, PSI o Bar.
    iii) Ruedas traseras de desmonte rápido.
    iv) Ruedas traseras entre 20 a 24 pulgadas con un ancho no superior a 1" 3/8.
    v) Eje trasero debe incorporar aro para autopropulsión.
    vi) Par antivuelcos desmontable según necesidad.
    vii) Cruceta plana o tubular. En caso de tubular redondo, la cruceta debe contar con pieza entre ambos tubulares que asegure un calce perfecto entre ellos.

5.2. Características específicas de las sillas de rueda estándar:

5.2.1. Silla de rueda estándar adulto:

a) Con pletina que permita regulación en la vertical para modificar inclinación y/o con regulación en la horizontal para modificar el centro de gravedad de la silla según necesidad del usuario.
b) Reposabrazos cortos y abatibles con altura de 23 a 25 cm.
c) Se debe disponer de tallas definidas por el ancho del asiento, de acuerdo con las características de la persona (modelo estándar y bariátrica).
d) Cada talla debe estar disponible en dos modelos:
e) Macizas: 4 ruedas macizas.
f) Inflable: 4 ruedas inflables.
g) Modelo estándar soporte de peso máximo de al menos 120 kilogramos.
h) Modelo bariátrica debe tener un soporte de peso máximo de al menos 160 kilogramos.
i) Reposapiés ajustable en ángulo de inclinación.

5.2.2. Silla de rueda estándar pediátrica:

a) Reposabrazos cortos y desmontables.
b) El ancho del asiento es según necesidad del paciente con medidas desde 27 a 39 centímetros.
c) Pletina fija o que permita regulación en la vertical para modificar inclinación y/o con regulación en la horizontal para modificar el centro de gravedad de la silla según necesidad del usuario.
d) Soporte de peso al menos 60 kilogramos.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

6. Sillas de ruedas neurológicas

6.1. Características generales de las sillas de ruedas neurológicas:

a) Reposabrazos largo, acolchado o blando, desmontable.
b) Piernera batiente y desmontable, regulación de ángulo de posición hasta 90°.
c) Soporte de pantorrillas regulables en altura y profundidad.
d) Reposapiés de dos hojas, regulables en altura.
e) Bastón de empuje regulable en altura, con empuñadura ergonómica y antideslizante.
f) Horquillas de ruedas delanteras con opción de regular altura.
g) Ruedas delanteras de 5 a 8 pulgadas en PU o inflables.
h) Ruedas traseras de 12 a 24 pulgadas en PU o inflables.
i) Eje trasero desmontable rápido.
j) Par antivuelco abatible y/o desmontable.
k) Todas las ruedas neumáticas (inflables) de la silla de ruedas deben poseer el mismo tipo de válvula de llenado, y deben llevar marcada la presión optima de inflado expresada en KPa, PSI o Bar.
l) Protectores laterales a ambos costados.
m) Sistemas de regulación de altura deben ser posibles de regular en incrementos que no excedan los 2,5 centímetros.
n) Reposapiés o piernera debe disponer de un medio para impedir que los pies del ocupante se deslicen hacia atrás.

6.2. Características específicas de las sillas de ruedas neurológicas:

6.2.1. Silla de rueda neurológica que inclina:

a) Chasis plegable fabricado en aluminio anodizado.
b) Cabezal desmontable.
c) Tapiz de respaldo y asiento en material sintético lavable.
d) Se debe disponer de tallas definidas por el ancho del asiento. Las medidas disponibles deben ir de 37 a 53 cm.
e) Reclinación posterior del respaldo de al menos 70° respecto de la vertical (90°).
f) Frenos de palanca bilateral ajustables en la horizontal.
g) Soporte de peso máximo de al menos 110 kilogramos.

6.2.2. Silla de rueda neurológica basculante:

a) Chasis rígido fabricado en duroaluminio o aluminio y acero.
b) Cabezal ajustable (en altura y profundidad), acolchado y desmontable.
c) Reposapiés regulables en ángulo de inclinación del pie.
d) Asiento regulable en profundidad.
e) Asiento y respaldo acolchados con espuma de densidad igual o superior a 27 kg/m3.
f) Cojín de respaldo preformado con apoyo lumbar y laterales integrados.
g) Cojines de respaldo y asiento fijados mediante velcro u otro sistema que permita su extracción.
h) Piernera con acolchado a nivel de la rodilla de la persona usuaria.
i) Frenos de palanca bilateral ajustables en la horizontal y frenos de tambor; o solo frenos de tambor con sistema de bloqueo en posición de estacionamiento.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

j) Se debe disponer de tallas definidas por el ancho del asiento. Las medidas disponibles deben ir de 40 a 50 cm.
k) Basculación de al menos 20° sobre 0° y reclinación posterior del respaldo de al menos 30° desde la vertical (90°).
l) Respaldo plegable sobre asiento para transporte.
m) Soporte de peso máximo de al menos 110 kilogramos.

6.2.3. Silla de rueda neurológica pediátrica:

a) Chasis plegable, con cruceta simple o reforzada, o rígido fabricado en duro aluminio o aluminio.
b) Cabezal desmontable para silla de rueda plegable, ajustable y desmontable para sillas de chasis rígido.
c) Tapiz de respaldo y asiento en material sintético lavable y desmontable para silla de rueda plegable y en material sintético lavable para sillas de chasis rígido.
d) Se debe disponer de tallas definidas por el ancho del asiento. Las medidas disponibles deben ir de 30 a 38 cm.
e) Frenos de palanca bilateral ajustables en la horizontal y frenos de tambor; o solo frenos de tambor con sistema de bloqueo en posición de estacionamiento.
f) Basculación de al menos 20° sobre 0° y reclinación posterior del respaldo de al menos 25° y 90° desde la vertical (90°).

7. Órtesis antiequino

7.1. Características generales de las ortesis antiequino:

Estructura de espuma de alta densidad (mayor a 24 kg/m3) que, mediante vacío dentro de ella, permite que el segmento de pierna y pie establezca un ángulo de 90º en el tobillo y libere cargas a nivel de talón y maléolos.

8. Sitting

8.1. Características generales del sitting:

a) Asiento de posicionamiento con sistema de sujeción según necesidad y cojín abductor.
b) Ancho del asiento y altura del respaldo personalizado según las necesidades del usuario
c) De material impermeable y lavable.
d) Puede ser rígido o semirrígido según necesidad.

9. Ayudas técnicas en pie diabético:

Las ayudas técnicas que hace referencia el tratamiento en curaciones de pie diabético corresponden a aquellas de descarga pudiendo seleccionarse una de las que a continuación se enuncian con las siguientes características:

9.1. Botín para descarga de antepié con dorsiflexión de tobillo

a) Botín de altura supramaleolar (borde proximal del maléolo).

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO GES

b) Plantilla de altura mayor o igual a 1,5 cm, personalizable para personas con úlceras de antepié que conserven flexibilidad de tobillo, intercambiable de alta densidad mayor o igual a 40 KG/M^3, personalizable, troquelada y con elementos extraíbles (tipo lego).
c) Debe incluir plantilla de reemplazo.
d) Botín de altura supramaleolar (hasta tercio distal de pierna).
e) Suela de goma EVA rígida antideslizante en cuña, que mantiene en dorsiflexión el tobillo.
f) Caja puntera o forro anterior que debe ser removible y permitir descarga dorsal.
g) No debe presentar balancín posterior.

9.2. Botín plano para descarga

a) Botín de altura supramaleolar (hasta tercio distal de pierna).
b) Debe sostener el tobillo y no los ortejos.
c) Plantilla de altura mayor o igual a 1,5 cm, personalizable para personas con úlceras en antepié o mediopié y con pérdida de flexión dorsal del tobillo, intercambiable de material blando en capas de 2 o más densidades, troquelada y con elementos extraíbles (tipo lego).
d) Debe incluir plantilla de reemplazo.
e) Botín de altura supramaleolar (hasta tercio distal de pierna).
f) Suela gruesa de goma rígida antideslizante.
g) Balancín anterior o retrocapital curvo que no eleve ortejos (no debe presentar balancín posterior).
h) Debe sostenerse del tobillo y no de los ortejos.
i) Caja puntera o forro anterior removible.

9.3. Bota larga removible

i. Bota larga hasta el tercio proximal de la pierna, con inmovilización máxima de tobillo.
ii. Debe sostenerse de tobillo y pierna, y no de los ortejos.
iii. Caja puntera o forro anterior, removible y permitir descarga dorsal.
iv. Plantilla de material blando, de altura mayor o igual a 1,5 cm, personalizable de alta densidad mayor o igual a 40 KG/M3, troquelado, fresable y con elementos extraíbles ("tipo lego"), para personas con úlceras de mayor complejidad o un sistema de moldaje al vacío que permita la distribución uniforme de la presión en el pie generando contacto total y reduciendo la presión en la herida según anatomía del pie.
v. Debe incluir plantilla de reemplazo.
vi. Suela gruesa de goma EVA rígida antideslizante.
vii. Balancín global curvo que no eleve los ortejos ni deprima el mediopié.
viii. Debe incluir sistema de acolchados internos para zona maleolar y para cara anterior de tobillo.

10. Requisitos para las ayudas técnicas:

Cada ayuda técnica debe contar con un folleto informativo en idioma español, en que se indiquen a lo menos los siguientes aspectos:

10.1.Generales:

a) Peso máximo del usuario previsto para el uso.
b) Posibilidades de personalización.

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO GES

c) Formas correctas de manipulación, uso, mantención o cuidado y almacenamiento.

10.2. Específicos:

10.2.1. Para bastones y andadores:

a) Talla mínima y máxima del usuario previsto para su uso.
b) Dimensiones y peso total.
c) Instrucciones de armado.

10.2.2. Para sillas de ruedas:

a) Dimensiones totales de la silla de ruedas (ancho, longitud y altura) y su peso total.
b) Si la silla de ruedas está prevista para ser usada o no como asiento en un vehículo de motor.
c) Instrucciones de funcionamiento de todos los mandos, incluidos los frenos.
d) Avisos de cómo los ajustes del eje trasero o altura de las ruedas delanteras pueden afectar la estabilidad de la silla de ruedas.
e) Advertencia de que la temperatura de las superficies de la silla de ruedas puede aumentar cuando se exponen a fuentes de calor externas (ejemplo: luz solar o estufas).
f) Instrucciones de armado.

10.2.3. Para colchón y cojín antiescaras:

a) Dimensiones y peso totales.
b) Formas correctas de inflado (en caso de ser de celdas de aire), mantención y manipulación, incluyendo educación al cuidador sobre cómo conseguir una presión adecuada para el paciente.

V. Definiciones de carácter técnico médico y administrativo por problema de salud.

Para la aplicación de prestaciones por cada problema de salud, debe tenerse presente, el detalle de prestaciones unitarias o grupo de prestaciones que se establece en el Arancel de Referencia de las Garantías y el Listado de Prestaciones Específico.

1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5

La enfermedad renal crónica (ERC) es una alteración persistente de la función y/o estructura renal durante al menos 3 meses. Cabe destacar que es necesario diferenciar el diagnóstico de ERC de la Falla Renal Aguda[2], problema de salud que no está incluido en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

1.1. Especificaciones de prestaciones:

La prestación que contiene la glosa Creatinina en exudados, secreciones y otros líquidos (proc. aut.) incluye todas las creatininas para efectos de la protección financiera.

[2] http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-Enfoque-de-riesgo-para-la-prevencion-de-Enfermedades-CV-2014.pdf

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

1.2. Especificaciones del tratamiento:

Todo beneficiario(a) con enfermedad renal crónica en etapa 4 o 5 tiene acceso a las terapias de sustitución renal, considerando los criterios de inclusión y exclusión, cuyo orden de prioridad es el siguiente: trasplante renal, peritoneodiálisis y hemodiálisis.

Los criterios para que cada beneficiario(a) con enfermedad renal crónica en etapa 4 o 5 tenga acceso a los distintos tratamientos se encuentran descritos en los apartados siguientes:

1.2.1. Trasplante

1.2.1.1. Definición

Tratamiento de reemplazo renal, mediante el cual se implanta un nuevo riñón en el cuerpo del receptor. El trasplante considera el estudio y evaluación del donante (cadáver y/o vivo), la extracción y preservación del injerto, el implante del órgano y tratamiento de inmunosupresión.
El principal objetivo de esta terapia es sustituir de manera permanente las funciones renales perdidas, evitando las complicaciones de otras terapias de reemplazo renal.

1.2.1.2. Criterios de inclusión

Podrán acceder a trasplante todos aquellos pacientes portadores de enfermedad renal crónica en etapa 4 o 5. Para ello podrán acceder, según su condición clínica, a trasplante de órgano de donante cadáver y/o donante vivo.

En el caso de aquellos que optan a trasplante con donante cadáver, podrán acceder al trasplante siempre que no presenten contraindicación a esta terapia, cuenten con la evaluación y aprobación de un equipo de un establecimiento acreditado para trasplante (según ley N° 19.451, que establece normas sobre trasplante y donación de órganos), hayan completado su estudio pretrasplante, mantengan actualizados sus exámenes y se encuentren activos en el listado nacional de receptores.

En el caso de aquellos que optan a trasplante con donante vivo, podrán acceder al trasplante siempre que no presenten contraindicación a esta terapia tanto para el donante como el receptor, cuenten con la evaluación y aprobación de un equipo de un establecimiento acreditado para trasplante (según ley N° 19.451), hayan completado el estudio pretrasplante y cuenten con un donante vivo compatible.

Podrán trasplantarse todos aquellos pacientes con enfermedad renal crónica etapa 4 o 5 que hayan completado su estudio pretrasplante, se encuentren activos en lista de espera, cuenten con aprobación del equipo médico tratante especialista en trasplante, y no presenten ninguna contraindicación a esta terapia. Asimismo, deberán mantener actualizados sus exámenes de control para efectos de la lista de espera según la normativa legal vigente.

Para el procuramiento, el órgano para trasplante provendrá de un donante vivo o cadáver, sin contraindicaciones para la donación. El procuramiento corresponde al proceso que permite concretar el adecuado mantenimiento y extracción del órgano para el posterior trasplante.

1.2.1.3. Contraindicaciones absolutas

El trasplante está contraindicado clínicamente en presencia de alguna de las siguientes condiciones:

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

a) Cáncer activo con alto riesgo metastásico.
b) Infecciones sistémicas activas (no tratadas).
c) Enfermedades cuya expectativa de vida sea inferior a dos años de acuerdo con el informe del especialista.

1.2.2. Estudio pretrasplante

1.2.2.1. Definición

El estudio pretrasplante corresponde al grupo de prestaciones que tienen por objetivo evaluar las posibles contraindicaciones al trasplante y factores de riesgo que posea el paciente que puedan dificultar su acceso al tratamiento, de manera que sea posible garantizar la factibilidad técnica del procedimiento.

1.2.2.2. Criterios de inclusión

Podrán ingresar a estudio de pretrasplante todos aquellos pacientes que hayan sido diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica y se encuentren en etapas 4 o 5, independiente de si se encuentran con otra terapia de sustitución renal al momento del ingreso a programa.

El paciente debe ser informado y educado respecto de los beneficios y riesgos asociados a este tratamiento lo que debe constar en la ficha clínica.

Se deberá evaluar la capacidad cognitiva y redes de apoyo del candidato a receptor que le permitan dar continuidad a la terapia y cuidados post trasplante. En caso de no ser éstos suficientes se buscarán los mecanismos de apoyo.

En el caso de los pacientes pediátricos, el estudio pretrasplante y todas las acciones siguientes deben ser realizadas en centros acreditado en trasplante pediátrico, hasta que el receptor cumpla 15 años, momento en que debe ser trasladado a un centro especializado en pacientes adultos.

Se deberán repetir los estudios pretrasplante que los protocolos de Enfermedad Renal Crónica etapas 4 y 5 recomienden y en los plazos que corresponda.

1.2.2.3. Criterios de exclusión

No podrán ingresar a lista de espera, y, por lo tanto, no deberían realizar estudio pretrasplante, aquellos pacientes afectos a las contraindicaciones absolutas expresadas en el punto anterior.

1.2.3. La terapia de desensibilización estará indicada en personas que requieran:

a) Trasplante con donante vivo cruzado:

   i) Incompatibilidad inmunológica por antígenos HLA, evidenciada por prueba de crossmatch positiva, y/o presencia de anticuerpos donante-específicos detectados mediante ensayo de detección de anticuerpos específicos (ADES) positivo.
   ii) Incompatibilidad de grupo sanguíneo ABO.

b) Trasplante con donante fallecido:

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

i) Indicación médica prioritaria debido a agotamiento de accesos vasculares para terapia de reemplazo renal y presencia de un panel reactivo de anticuerpos (PRA) mayor al 80%; o
ii) PRA mayor al 90%, sin disponibilidad de donante vivo para ingresar al programa de donante vivo cruzado, con un tiempo en lista de espera para trasplante con donante fallecido superior a 3 años, y según criterio médico.

1.2.4. Seguimiento postrasplante y terapia de inmunosupresión

Corresponde al conjunto de prestaciones que permiten mantener la funcionalidad del órgano trasplantado. La terapia farmacológica principal de esta etapa son las drogas inmunosupresoras.

Tendrán acceso a seguimiento postrasplante y a tratamiento con drogas inmunosupresoras de manera continua e individualizada, todos los pacientes trasplantados.

En caso de existir falla del injerto, el paciente podrá acceder a otra terapia de reemplazo renal.

1.2.5. Rechazo a trasplante

1.2.5.1. Definición

Disfunción precoz o tardía del injerto por causa inmunológica mediadas por células B o células T. Existen varios tipos de severidad del rechazo contra el injerto los que son clasificados de acuerdo con el comportamiento clínico, tiempo de ocurrencia, mecanismos fisiopatológicos y hallazgos anatomopatológicos.

Tendrán derecho a terapia de rechazo a trasplante quienes presenten deterioro de la función del injerto, salvo que existan contraindicaciones médicas.

1.2.6. Profilaxis y tratamiento de citomegalovirus

El citomegalovirus (CMV) corresponde a uno de los principales agentes causantes de infecciones graves en pacientes trasplantados, debido a su alta frecuencia de presentación. Los efectos indirectos del CMV son el rechazo y la vasculopatía con reducción de la sobrevida del injerto.

Todo receptor de trasplante que curse con diagnóstico de infección por CMV se le garantizará el tratamiento. La profilaxis para la infección por CMV se garantizará en dos categorías de receptores, de bajo o alto riesgo inmunológico.

a) Para los receptores de bajo riesgo se garantizará seguimiento con PCR en tiempo real.
b) Para los receptores de alto riesgo, definido cuando el donante el CMV (+) y el receptor CMV (-) y en todo receptor que reciba tratamiento inmunosupresor con Timoglobulina, se garantizará la profilaxis.

La profilaxis es el uso del antiviral entre los pacientes con factores de riesgo de enfermedad por Citomegalovirus y se garantizará en dos categorías de receptores, de bajo o alto riesgo inmunológico mediante el uso de Ganciclovir y Valganciclovir incluidos en las respectivas GPP.

a) Para los receptores de bajo riesgo se garantizará el seguimiento con PCR en tiempo real (que se incluye en GPP tratamiento citomegalovirus bajo riesgo).

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

b) Para los receptores de alto riesgo, definido cuando el donante es citomegalovirus (+) y el receptor citomegalovirus (-) y en todo receptor que reciba tratamiento inmunosupresor con Timoglobulina, se garantizará la profilaxis (que se incluye en GPP tratamiento citomegalovirus alto riesgo).

1.2.7. Diálisis

Tipos de diálisis:

i) Peritoneodiálisis.
ii) Hemodiálisis.

El usuario (adulto o pediátrico) puede transitar entre ambas técnicas de terapia dialítica, incluso posterior a recibir un trasplante renal. Eso significa que, si el usuario inició con hemodiálisis aguda por urgencia dialítica, deberá ser considerado el inicio de peritoneodiálisis como alternativa primaria de terapia dialítica crónica.

1.2.8. Peritoneodiálisis

1.2.8.1. Definición

Método de reemplazo de la función renal que utiliza el peritoneo como membrana dialítica (membrana biológica semipermeable a líquidos y solutos). Basándose en este hecho fisiológico la peritoneodiálisis consigue eliminar sustancias tóxicas y agua del organismo y con esto reemplazar la función renal.

El tratamiento de peritoneodiálisis garantizado incluye dos tipos:

a) Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria Manual (DPCA).
b) Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA), con varias posibilidades: DP continua cíclica (DPCC), DP nocturna intermitente (DPNI), DP tidal (DPT), DP intermitente (DPI) y DP mixta.

1.2.8.2. Criterios de exclusión

La peritoneodiálisis se considerará la terapia dialítica de elección en usuarios (niños y adultos) con ERC que tengan indicación de diálisis, a menos que cumpla uno o más de los siguientes criterios de exclusión:

a) Falta o pérdida de la membrana peritoneal.
b) Alteraciones funcionales peritoneales que provoquen un aclaramiento insuficiente (por ejemplo, peritonitis esclerosante).
c) Grandes e irreparables defectos de la pared abdominal que no hagan viable la técnica (por ejemplo, onfalocele, gastrosquisis).
d) Hiperoxaluria en niños.

Es importante considerar que, las condiciones psicosociales y sanitarias inadecuadas (inexistencia de redes de apoyo o condiciones de habitabilidad insuficientes), son contraindicaciones relativas, por lo que, deben ser evaluadas de manera individualizada, si son o no corregibles, antes de descartar por completo la posibilidad de ofertar la peritoneadiálisis a los pacientes.

Cualquiera de estas exclusiones definitivas o relativas deberá ser certificada por el equipo tratante.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

1.2.8.3. Acceso a catéter peritoneal

Para efectuar la peritoneodiálisis se debe contar con un acceso que permita infundir el líquido dentro de la cavidad peritoneal y proceder a su drenaje. Este acceso se obtiene mediante un catéter que se instala en la cavidad peritoneal y que se debe mantener útil durante prolongados períodos de tiempo.

Existen tres técnicas básicas de implantación de catéter peritoneal: implantación percutánea con trocar, quirúrgica y laparoscópica, las cuales deben ser realizadas por un médico cirujano capacitado.

La prestación peritoneodiálisis incluye:

a) Todas las atenciones profesionales, insumos, equipos y exámenes necesarios para la realización del procedimiento según el listado específico de prestaciones.
b) Administración de medicamentos prescritos garantizados.

1.2.9. Hemodiálisis

1.2.9.1. Definición

Método de reemplazo de la función renal que utiliza un circuito extracorpóreo para transportar la sangre del organismo, extraída a través de un acceso vascular, hacia un dializador artificial. En este dispositivo, la sangre entra en contacto con una membrana semipermeable, que la separa del líquido de diálisis que circula por el otro lado del aparato y a través de procesos de difusión y ultrafiltración se depuran los desechos metabólicos y agua acumulados. Posteriormente, la sangre purificada regresa al paciente a través del acceso vascular.

1.2.9.2. Criterios de inclusión

a) Cuando existe contraindicación de peritoneodiálisis, debidamente certificada por el equipo tratante.

1.2.9.3. Criterios de exclusión

a) Inestabilidad cardiovascular que haga intolerable la sesión de hemodiálisis.
b) Pacientes pediátricos de menos de 5 kilos.

1.2.9.4. Instalación de acceso vascular para hemodiálisis

Con el fin de llevar a cabo el procedimiento de hemodiálisis, se requiere contar con un acceso vascular de tipo permanente o de larga duración. El acceso vascular es el punto anatómico por donde se accede al torrente sanguíneo del enfermo renal y por donde se extrae y retorna la sangre, una vez ha pasado por el circuito extracorpóreo de depuración extrarrenal.
Los usuarios deberán contar con una fístula arteriovenosa (FAV) nativa o protésica previa al inicio de la hemodiálisis.

a) Tipos de acceso vascular (FAV):
    i. Acceso vascular autólogo en brazo o antebrazo.
    ii. Acceso vascular con prótesis en extremidad superior.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

iii. Acceso vascular autólogo de alta complejidad.

b) Procedimientos relacionados con accesos vasculares:
   i. Reparación de fístulas disfuncionantes u ocluidas.

1.2.9.5. Hemodiálisis tratamiento mensual

La prestación hemodiálisis crónica incluye:
a) Todas las atenciones profesionales, insumos, equipos y exámenes necesarios para la realización del procedimiento según el listado de prestaciones específico.
b) Administración de medicamentos prescritos garantizados.

1.2.10. Tratamiento hiperparatiroidismo y tratamiento hiperfosfatemia

La enfermedad renal crónica altera la homeostasis del calcio y fósforo produciendo enfermedad osteometabólica, hiperparatiroidismo secundario, hiperfosfatemia y calcificación de tejidos blandos; las modificaciones en los niveles séricos de calcio y fósforo sólo se pueden apreciar en las etapas finales de la ERC debido a los mecanismos adaptativos que ocurren inicialmente.

1.2.10.1. Tratamiento hiperparatiroidismo

El hiperparatiroidismo secundario es una alteración reversible, producida por una secreción excesiva de paratohormona y por una disminución del transporte de iones de calcio a las células paratiroideas.

1.2.10.2. Criterios de inclusión:

Pacientes con ERC que se estén dializando y que presenten niveles de paratohormona > de 400 pg/ml podrán ser tratados con calcitriol por vía oral. Pacientes con niveles de paratohormona > de 700 pg/ml serán tratados con calcitriol inyectable (EV) y cinacalcet vía oral.

1.2.10.3. Tratamiento hiperfosfatemia

La hiperfosfatemia es la presencia de niveles elevados de fosfato por incapacidad de los riñones para eliminarlo.

1.2.10.4. Criterios de inclusión:

Pacientes que se estén dializando y que presenten un nivel fosfato inorgánico en la sangre superior a 5 mg/dl de fósforo.

2. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES

2.1. Especificaciones de garantía de oportunidad:

La garantía de oportunidad "El control se realizará dentro del primer año desde el alta quirúrgica en ambos casos" se refiere a la primera intervención quirúrgica.

2.2. Especificaciones del tratamiento y seguimiento:

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO

a) Clasificación de cardiopatías congénitas que requieren cirugía con circulación extracorpórea:
   i) Complejidad menor: Incluye comunicación interauricular simple, estenosis pulmonar valvular, estenosis mitral o similar, ductus arterial.
   ii) Complejidad mediana: incluye comunicación interventricular, reemplazo univalvular, corrección de Wolf-Parkinson White y otras arritmias.
   iii) Complejidad mayor: Incluye toda otra patología incorporada en el decreto supremo Nº 29 y aquellas cardiocirugías practicadas a lactantes menores de dos años.

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

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

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

e) Reintervenciones: Se entenderá como reintervenciones aquellas cirugías que requiera un niño, niña, adolescente o adulto que haya sido operado, las que se pueden subdividir en:
   i) Del post operatorio inmediato: Para solucionar situaciones médicas tales como hemorragias post operatorias o taponamiento cardiaco.
   ii) Reintervenciones precoces: Se realizan durante el post operatorio inmediato en caso de presencia de defecto residual significativo desde el punto de vista hemodinámica que no admite demora. Mala adaptación a la técnica quirúrgica, como, por ejemplo, en el caso de patologías univentriculares (que requiere varias intervenciones).
   iii) Reintervenciones tardías: se realizan en pacientes que, encontrándose en seguimiento de este problema de salud, requieren de cirugías en distintas etapas (por ejemplo, tetralogía de Fallot y transposición de los grandes vasos).

f) Clasificación de cardiopatías en personas adultas, que tuvieron diagnóstico antes de los 15 años es:
   i) Cardiopatía congénita leve: Pacientes con cardiopatías anatómicamente simples, que no presenten repercusión hemodinámica significativa, sin hipertensión pulmonar ni cianosis, con función ventricular normal y que se encuentren asintomáticos o con síntomas mínimos.
   ii) Cardiopatía congénita moderada: Pacientes con cardiopatías con repercusión hemodinámica moderada. Pueden existir síntomas leves o moderados (disnea leve, limitación funcional NYHA I–II), puede haber dilatación ventricular leve-moderada, generalmente no presentan cianosis ni hipertensión pulmonar grave y que hayan sido intervenidas, pero requieren seguimiento por riesgo de progresión.
   iii) Cardiopatía congénita grave: Pacientes con cardiopatías complejas, con anatomía severamente comprometida y alta repercusión hemodinámica, que presentan disfunción ventricular significativa (FE reducida), hipertensión pulmonar importante, cianosis o hipoxemia crónica, arritmias complejas o disfunción multiorgánica secundaria. Muchas veces requieren intervenciones repetidas o seguimiento estricto en centros terciarios.

2.3. Especificaciones del seguimiento

Respecto al seguimiento, al referirse a población pediátrica se considera hasta los 14 años, 11 meses, 29 días. En el caso de población mayor de 15 años, las reintervenciones corresponden a una intervención sanitaria de tratamiento.

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO

3. CÁNCER CERVICOUTERINO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Además de las definiciones establecidas en el numeral III de esta Norma Técnico Médico y Administrativo, aplicables a este problema de salud, la prestación "atención integral para personas con cáncer" comprende el conjunto de prestaciones otorgadas por profesionales médicos(as) y no médicos(as) que se entregan con el fin de complementar con un enfoque biopsicosocial el tratamiento otorgado al beneficiario.

3.1. Especificaciones del tamizaje:

El tamizaje de esta enfermedad se realiza mediante las siguientes técnicas:

a) Citología exfoliativa cervical en personas con cuello uterino desde los 25 años y menores de 65 años, cada 3 años. Para efectos de la vigencia de la citología exfoliativa cervical, no se considerarán resultados no concluyentes.
b) Detección y genotipificación de Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo oncogénico mediante técnica de PCR en personas de 35 a 45 años, cada 5 años.
En este grupo etario el tamizaje deberá realizarse mediante detección y genotipificación de VPH por PCR, en lugar de la citología exfoliativa cervical (PAP).
En este grupo etario la realización de PAP reflejo, según indicación clínica, se encuentra garantizado en el tamizaje. La forma refleja (PAP reflejo), quiere decir, que la muestra para PAP se toma en el mismo momento de la toma de muestra para la prueba de VPH, pero solo se examina cuando el resultado del VPH es positivo; esto evita una nueva visita de las mujeres con las consiguientes pérdidas de casos y de tiempo.

3.2. Especificaciones de la sospecha:

a) Sospecha clínica: a la especuloscopía visualización de lesión exocervical proliferativa, sangrante y/o friable.
b) PAP positivo:
    i) PAP sugerente de cáncer invasor.
    ii) PAP sugerente de Neoplasia Intraepitelial (NIE I, II y III o cáncer in situ).
    iii) Primer PAP atípico que no pueda descartar lesión de alto grado (ASC-H).
    iv) Primer PAP atípico glandular (AGUS).
    v) Segundo PAP atípico inespecífico (ASC-US)
c) Genotipificación de Virus del Papiloma Humano:
    i) 16 y/o 18.
    ii) Otro alto riesgo positivo con resultado de PAP ASC-US
    iii) Otro alto riesgo positivo con resultado de PAP positivo

3.3. Especificaciones del tratamiento:

a) Lesión preinvasora de bajo grado: son aquellos casos con resultado de biopsia NIE I y/o signos morfológicos de infección por Virus del Papiloma Humano. Se deberá mantener en control con PAP semestral o con test VPH y PAP anual, hasta 24 meses, según definición del médico(a) tratante.
b) Lesión preinvasora de alto grado: son aquellos casos con resultado de biopsia NIE II, NIE III y cáncer in situ.
c) El tratamiento con braquiterapia debe ser indicado por comité oncológico local e incluye la fuente radiactiva.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

4. ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS POR CÁNCER

4.1. Especificaciones del tratamiento:

El objetivo central es mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, a través de la evaluación y tratamiento integral, seguimiento clínico y control de síntomas derivados de la enfermedad, tratamiento oncológico y síntomas secundarios al tratamiento, por un equipo multi e interdisciplinario, dentro de los 5 días desde su confirmación diagnóstica, según lo dispuesto en el artículo 11, del decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud.

Los cuidados paliativos pueden ser entregados en hospitalización, atención ambulatoria y domiciliaria, y teleasistencia, y también, en forma simultánea a otras prestaciones relacionadas con el cáncer que originó la situación actual, incluyendo cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia, dependiendo cada caso.

Está constituido por dos grupos de prestaciones:

a) Tratamiento integral y cuidados paliativos por cáncer avanzado, considerado como un cáncer progresivo. En población infantil y adulta con cáncer avanzado la derivación a la unidad de alivio de dolor y cuidados paliativos debe ser efectuada por el médico(a) especialista tratante o integrante del comité oncológico, consignando la etapificación de la enfermedad oncológica según estudio realizado. Este grupo de prestaciones considera atención de un equipo multidisciplinario, así como tratamiento con fármacos para el control de síntomas.
b) Tratamiento integral por alivio del dolor sin cáncer progresivo para población infantil y adulta con cáncer no avanzado. La derivación a la unidad cuidados paliativos, debe ser efectuada por el médico(a) especialista tratante o integrante del comité oncológico.

Para acceder a este problema de salud el(la) beneficiario(a) puede estar en estudio de etapificación o en cualquier etapa del tratamiento oncológico o en seguimiento.

5. INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

5.1. Especificaciones de diagnóstico:

Para efectos de este problema de salud, el servicio médico de urgencia corresponde a la primera atención clínica realizada por un médico. Por lo tanto, la confirmación diagnóstica para los pacientes con sospecha clínica de IAM incluye electrocardiograma dentro de los 30 minutos desde la primera atención clínica y biomarcadores.

5.2. Especificaciones del tratamiento:

El tratamiento en personas con confirmación diagnóstica incluye:

a) Tratamiento médico del infarto agudo al miocardio.
b) Trombólisis dentro de 30 minutos desde la confirmación diagnóstica en el caso de IAM-ST.
c) Prevención secundaria.

La trombólisis se define como la terapia de reperfusión en que se administran un conjunto de drogas que permiten restituir el flujo sanguíneo de la(s) arteria(s) coronaria(s) infartada(s). Esta terapia se compone de tres

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

familias de fármacos: fibrinolíticos, antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes; que deben ser administrados conjuntamente.

La trombólisis se indica como respuesta a una urgencia médica, que puede tener o generar una inestabilidad hemodinámica; por lo anterior es que los requerimientos necesarios para la administración de una trombólisis son los habituales con los que cuenta una unidad de urgencia.
Entre estos:

a) Carro de paro con implementación estándar; implementos para manejo de vías venosas periféricas, vía aérea, drogas antiarrítmicas, vasoactivas y antianginosos,
b) Soluciones para administración endovenosa: fisiológica e hidrosalina,
c) Monitor para el control de signos vitales,
d) Desfibrilador,
e) Oxígeno, y
f) Drogas para trombólisis:
   i. Antiagregantes plaquetarios orales: Acido acetil salicílico y clopidogrel.
   ii. Fibrinolíticos: Tenecteplase.
   iii. Anticoagulantes o antitrombóticos: Heparina de bajo peso molecular o enoxaparina, de utilizar heparina estándar se requiere bomba de infusión continua.

La trombólisis puede ser realizada en unidades de emergencia de nivel primario o secundario, sin perjuicio que se realice en otros contextos asistenciales en que se cuente con los requerimientos enunciados.

Se consideran criterios de inclusión a la trombólisis aquellos pacientes que cursen con infarto agudo al miocardio con supradesnivel del segmento ST, con menos de 24 horas de evolución desde iniciados los síntomas, idealmente antes de las 12 horas.

Se consideran criterios de exclusión a la trombólisis:

a) Antecedente de ataque cerebral hemorrágico o de origen desconocido.
b) Ataque cerebrovascular isquémico (últimos 6 meses).
c) Malformación vascular intracraneana.
d) Tumor cerebral.
e) Diátesis hemorrágica.
f) Hemorragia digestiva (últimas 6 semanas).
g) Otra hemorragia activa (no menstrual).
h) Neurocirugía (últimos 6 meses).
i) Cirugía o traumatismo mayor reciente (últimas 3 semanas).
j) Sospecha de disección aórtica.

5.3. Especificaciones del seguimiento:

Tendrá acceso a seguimiento (prevención secundaria) cualquier paciente con antecedentes de infarto agudo al miocardio, independiente del tipo de tratamiento que haya recibido. Es decir, pacientes con confirmación diagnóstica de IAM o que hayan recibido angioplastia coronaria percutánea o trombólisis o bypass coronario. La prevención secundaria no tiene límite de tiempo para los beneficiarios.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

6. DIABETES MELLITUS TIPO 1

6.1. Especificaciones del tratamiento:

Para el uso de insulina se debe entregar la cantidad de jeringas de insulina que asegure su administración diaria sin reutilización de éstas, se recomienda mantener la misma graduación, evitando cualquier alternancia para así evitar confusiones de dosis.

6.1.1. Acceso a tratamiento pie diabético:

Tendrán acceso a tratamiento de pie diabético los pacientes que requieran curaciones avanzadas por presencia de úlceras. Se entiende por úlceras toda solución de continuidad de todo el espesor de la piel.

Se entenderá que las curaciones avanzadas serán efectuadas por profesionales de salud capacitados, quiénes aplicarán la técnica e insumos que corresponda, según resultados de la Valoración tanto de la severidad como de la carga bacteriana presente en la Úlcera de Pie Diabético[3]. La curación especializada incluye los insumos descritos en el listado de prestaciones específico. La frecuencia de la curación dependerá de las condiciones de la úlcera, recomendación según tipo de apósito utilizado y el criterio profesional. Esta prestación garantiza el tratamiento completo, incluye además bota o botín de descarga, ayuda técnica de uso transitorio que permite aliviar la presión de la zona ulcerada con el fin de realizar desplazamientos mínimos en actividades diarias básicas. La persona con úlcera activa además tiene indicación de reposo mientras se resuelve la úlcera.

Las ayudas técnicas deben ser indicadas según necesidad de la persona por evaluación profesional y estas no constituyen necesariamente productos a entregar en conjunto. Sus especificaciones se encuentran descritas en punto IV: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas".

6.1.2. Especificaciones del tratamiento en canasta monitoreo continuo de glucosa para personas menores de 18 años y personas gestantes:

a) Criterios de inclusión para indicación de sensor de monitoreo continuo de glucosa en personas con diabetes mellitus tipo 1:
   i) Persona menor de 18 años o
   ii) Persona gestante.

Para el uso de sensor de monitoreo continuo de glucosa, se debe entregar la cantidad de sensores suficientes que aseguren el monitoreo sin interrupciones. El sensor de monitoreo continuo de glucosa debe ser compatible con el lector.

En el caso de las personas gestantes, se deberán resguardar los sensores correspondientes para el monitoreo continuo de glucosa durante todo el embarazo, hasta el momento del parto.

b) Criterios de exclusión para indicación de Sensor de monitoreo continuo de glucosa:

Se excluirán de la presente garantía a aquellas personas que:

[3] https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/OT-PIE-DIABETICo-17122018.pdf

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

i) Personas sin diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1.
ii) Personas mayores de 18 años o que no se encuentren en condición de gestación.
iii) Personas que presenten contraindicaciones clínicas documentadas para el uso de sensores o dispositivos de monitoreo continuo.

6.1.3. Especificaciones técnicas del sensor de monitoreo continuo de glucosa:

Sistema de Monitoreo Continuo de Glucosa (CGM) en líquido intersticial para usuarios menores de 18 años y personas gestantes. Debe incluir sensor con transmisión inalámbrica y rango de medición que cubra, como mínimo, desde 20 mg/dL y al menos hasta 400 mg/dL, con actualización de lecturas como máximo cada 5 minutos. El sensor debe venir calibrado de fábrica, ser de un solo uso, estéril, con adhesivo hipoalergénico, resistente al agua y con vida útil mínima de 7 días, en envase individual estéril que asegure la inviolabilidad del contenido. Debe permitir transmisión en tiempo real a un dispositivo receptor compatible (teléfono inteligente, tableta u otro) y su visualización mediante aplicación móvil o plataforma digital equivalente gratuita, capaz de generar informe del comportamiento de al menos los últimos 30 días. El sistema debe contar con alertas para hipoglicemias e hiperglicemias e incluir todo lo necesario para la aplicación del sensor (dispositivo de inserción y folleto de uso).

7. DIABETES MELLITUS TIPO 2

7.1. Especificaciones del tratamiento:

a) Insulinoterapia: Para el uso de insulina se debe entregar la cantidad de jeringas que asegure su administración diaria sin reutilización de éstas. Se recomienda mantener la misma graduación, evitando cualquier alternancia para así evitar confusiones de dosis y la jeringa a utilizar debe ser máx de 50 unidades.
b) Curaciones avanzadas: Se aplicará lo descrito al respecto en el numeral anterior sobre diabetes mellitus tipo 1.
c) Ayudas técnicas pie diabético con úlcera activa: Las personas con diabetes que cursan con una úlcera del pie diabético activa de carácter neuropático, neuroisquémico o mixta, deben utilizar una ayuda técnica de descarga (botín o bota de descarga).
   El botín o bota de descarga es una ayuda técnica de uso transitorio que permite aliviar la presión de la zona ulcerada con el fin de realizar desplazamientos mínimos en actividades diarias básicas. La persona con úlcera activa además tiene indicación de reposo mientras se resuelve la úlcera. Sus especificaciones se encuentran descritas en punto IV: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas".
   Las ayudas técnicas deben ser indicadas según necesidad de la persona por evaluación profesional y estas no constituyen necesariamente productos a entregar en conjunto.
d) Monitoreo de glicemia: Toda persona en tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, con indicación médica de monitoreo de glicemia capilar, recibirá medidor de glicemia, lancetas y cintas reactivas, en cantidad suficiente para asegurar la administración.
e) Los laboratorios clínicos deben usar solo métodos certificados por el NGSP para cuantificar la HbA1c, con trazabilidad al método de referencia del DCCT.

7.2. Especificaciones del tratamiento en canasta tratamiento personas 65 años y más:

Criterios de inclusión copulativos para indicación de Vildagliptina:

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO GES

a) Persona con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
b) Persona de 65 años o más.
c) Persona con enfermedad renal crónica con VFG estimada <60 mL/min/1,73m².

No se usará Vildagliptina en personas con diabetes mellitus y VFG estimada <30ml/min/1,73m².

7.3. Especificaciones del tratamiento en canasta Tratamiento para personas con enfermedad renal crónica etapa 3 o 4 o insuficiencia cardiaca etapa C:

Toda persona que cumpla los criterios de inclusión definidos a continuación tendrá acceso a tratamiento con iSGLT2, según indicación médica.

Personas con diagnóstico de DM2 y:

a) Diagnóstico confirmado de enfermedad renal crónica etapa 3, con VFGe mayor o igual a 30 mL/min/1.73 m² a 59 mL/min/1.73 m² o
b) Diagnóstico confirmado de enfermedad renal crónica etapa 4, con VFGe mayor o igual a 20 mL/min/1.73 m² a 29 mL/min/1.73 m² o
c) Diagnóstico confirmado de Insuficiencia Cardiaca etapa C: definido como daño estructural o funcional con síntomas actuales o previos de insuficiencia cardíaca según escala de estadios del Colegio Americano de Cardiología/Asociación del Corazón ACC/AHA.

Este medicamento debe ser entregado en conjunto a IECA o ARA II

7.4. Especificaciones de la garantía de oportunidad para el tamizaje de retinopatía diabética:

El tamizaje de retinopatía diabética será realizado:

a) Si la persona nunca se ha realizado un tamizaje antes, se debe realizar dentro de los 12 meses desde la indicación del equipo tratante.
b) Si la persona ya cuenta con tamizajes previos negativos, los siguientes tamizajes deben ser cada 2 años a partir del último examen y el equipo a cargo debe dejar la indicación.
c) Si la persona tiene confirmación de retinopatía diabética, esta condición se trata a través del problema de salud N°31 retinopatía diabética y no a través de este tamizaje.

Dicho tamizaje deberá ser realizado por oftalmólogo, tecnólogo (a) médico (a) con mención en oftalmología y/o herramientas de inteligencia artificial que hayan incurrido en un proceso de validación de sensibilidad y especificidad. Si el tamizaje sale alterado, entonces el profesional deberá abrir el problema de salud N°31 Retinopatía Diabética, dispuesto en el decreto vigente, en etapa de sospecha.

Cabe precisar que para la captura de la retinografía es necesaria la presencia de cámaras retinales y profesionales capacitados. Considerando lo anterior, para el cumplimiento de lo dispuesto para la cobertura del tamizaje de la retinopatía diabética, la evaluación del paciente puede realizarse en APS, en las Unidades de Atención Oftalmológica (UAPO) o bien en la unidad que corresponda de conformidad a la definición de cada Red Asistencial. Sólo en el caso de que el resultado arroje positivo deberá ser derivado a consulta oftalmológica.

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO

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

8.1. Especificaciones del tratamiento:

La prestación "atención integral para personas con cáncer de mama" comprende el conjunto de prestaciones otorgadas por profesionales de la salud que se entregan con el fin de complementar tratamiento otorgado al beneficiario. Particularmente en este problema de salud, el objetivo es la rehabilitación precoz de los beneficiarios.

En caso de progresión o recidiva, la confirmación diagnóstica de metástasis y la etapificación pueden ser repetidas.

El tratamiento quirúrgico de cáncer de mama considera la intervención quirúrgica sin reconstrucción mamaria, o con reconstrucción mamaria inmediata o diferida según las distintas técnicas (implante o colgajos).

El médico(a) especialista indica la reconstrucción mamaria a todo beneficiario(a) que haya sido sometido a mastectomía total por cáncer de mama siguiendo las recomendaciones que aparecen en la guía de práctica clínica, y que no tenga contraindicaciones médicas u oncológicas para ello.

8.2. Especificaciones técnicas para prótesis mamaria interna:

a) Prótesis mamaria interna:
   i) Empresa certificada Norma ISO 14607:2018, FDA y/o CE.
   ii) Lisos o texturizados.
   iii) Gel de silicona con memoria, altamente cohesiva.
   iv) Disponibilidad en volúmenes de 155cc a 800 cc.
   v) Variedad de perfiles, altura, ancho y proyección extra.
   vi) Implantes embalados por unidad, caja sellada, doble esterilización.
   vii) Envase con código volumen y N° de identificación.
   viii) Probadores de silicona resterilizable y autoclavable.
   ix) Entrega de un set de prótesis y probadores esterilizados o resterilizable, según solicitud del médico(a) tratante, previo a la instalación del implante definitivo, con el fin de optimizar resultados.
b) Expansor prótesis mamaria:
   i) Empresa certificada norma ISO 14607:2018, FDA y/o CE.
   ii) Lisos o texturizados.
   iii) Volúmenes de 145cc a 685cc.
   iv) Variedad de perfiles, altura, ancho y proyección.
   v) Implantes embalados por unidad, caja sellada, doble esterilización de fábrica.
   vi) Envase con código volumen y N° de identificación.
   vii) Domo de dos tipos standard y micro.
   viii) 35% de gel silicona, 65% solución salina.
c) Expansor mamario texturizado:
   i) Válvula magnética incorporada en posición anterior de fácil acceso de localizador externo.
   ii) Empresa certificada norma ISO 14607:2018, FDA y/o CE.
   iii) Lisos o texturizados.
   iv) Volúmenes de 150cc a 850cc.

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO GES

v) Variedad de perfiles, altura, ancho y proyección.
vi) Disponibilidad de modelos con proyección extra,
vii) Implantes embalados por unidad, caja sellada y doble esterilización de fábrica.
viii) Envase con código, volumen y N° de identificación.
ix) Domo único de inyección.
x) Superficie autosellante.
xi) Al menos una lengüeta de fijación.

9. DISRAFIAS ESPINALES

9.1. Especificaciones del tratamiento y la rehabilitación:

Para niños y niñas con diagnóstico intrauterino de disrafia espinal abierta, que son intervenidos intrauterinamente para cerrar el tubo neural, se mantiene el diagnóstico inicial de disrafia espinal abierta para efectos del acceso a la intervención sanitaria de rehabilitación y todas sus prestaciones asociadas en pacientes con disrafia espinal abierta.

Para la protección financiera de rehabilitación en paciente con disrafia espinal abierta, esta se encuentra garantizada con canastas diferenciadas hasta los 15 años. Las ayudas técnicas se encuentran garantizadas hasta los 64 años de edad, y luego presentan cobertura a través del problema de salud N° 36, dispuesto en el decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud.

Las ayudas técnicas deben ser indicadas según necesidad de la persona por evaluación profesional y estas no constituyen necesariamente productos a entregar en conjunto.

Las especificaciones técnicas para las ayudas técnicas se encuentran descritas en punto V: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas".

10. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN PERSONAS MENORES DE 25 AÑOS

10.1. Criterios de inclusión y exclusión:

10.1.1. Criterios para indicación de cirugía en escoliosis idiopática en personas de 10 a 19 años:

a) Curvas mayores de 40° en niñas premenárquicas de baja madurez esquelética y postmenárquicas inmaduras esqueléticamente, cuya curva progresa, pese al uso de corsé.
b) Curvas mayores de 30° asociadas a lordosis dorsal severa con disminución de volumen torácico.
c) Curvas mayores de 50° en esqueleto maduro.
d) Curvas mayores de 40° en varones menores a 16 años.
e) Curvas entre 40°- 50° en esqueleto maduro, asociado a severa deformidad de tronco.

Las tres últimas situaciones son una indicación relativa de cirugía y la decisión está basada en una evaluación del riesgo de progresión y grado de deformidad del tronco.

10.1.2. Criterios para indicación de cirugía en escoliosis en personas de 20 a 25 años:

a) Curva mayor a 50° que demuestre progresión.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

b) Curva mayor a 50° con alto riesgo de progresión (rotación vértebra apical mayor a 30%, traslación lateral, ángulo costovertebral de Mehta mayor a 30%) y deformidad significativa del tronco (indicación relativa).
c) Intervención previa.

11. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATA

11.1. Criterio de inclusión para el tratamiento quirúrgico:

a) Agudeza visual igual o inferior a 0,3 con corrección óptica atribuible a la catarata.

11.2. Criterios de exclusión para el tratamiento quirúrgico:

a) Agudeza visual mayor de 0.3.
b) Ceguera total (no percepción luminosa) por patología oftalmológica distinta a la catarata.
c) Patología oftalmológica agregada que impida el éxito de la cirugía.

11.3. Especificaciones del tratamiento:

a) Vitrectomía con inyección de silicona considera también retiro del elemento.

11.4. Especificaciones técnicas:

Los lentes considerados en las prestaciones "intervención quirúrgica integral cataratas" e "intervención quirúrgica integral de cataratas menor de 3 años", respectivamente:

11.4.1. Lentes ópticos

a) Cristal:
   i) Cristal mineral.
   ii) Material orgánico (polímero plástico).
   iii) Policarbonato.
b) Marco o montura:
   i) Acetato o celuloide inyectado de diferentes presentaciones y modelos.
   ii) Goma.

Los lentes ópticos deben ser livianos en su conjunto, específicos para la edad del paciente, considerar todas las dioptrías e incluir cartuchera y paño de limpieza. Además, se deberán mostrar los modelos para su selección, los cuales no deben ser modelos dados de baja e incluir garantía del trabajo.

11.4.2. Lentes de contacto

a) Especificación DK mayor al 85% (de permeabilidad del lente al paso del oxígeno).
b) Blandos para pacientes sin irregularidad corneal.
c) Semirrígidos para pacientes con irregularidad corneal.

11.4.3. Lentes intraoculares

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

a) Plegable.
b) De acrílico hidrofóbico.

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

12.1. Especificaciones del tratamiento:

El traumatólogo del nivel secundario evaluará funcionalidad de cadera aplicando el Test de Merle D´Aubigné[4] y confirmará, de acuerdo con examen clínico, estudio radiológico y/o imagenológico complementario, la condición de artrosis de cadera con limitación severa.

En el decreto supremo N° 29, de 2025, para efectos de la garantía de protección financiera, se identifican en forma separada la intervención quirúrgica integral con prótesis de cadera y el recambio de prótesis de cadera.

13. FISURA LABIOPALATINA

13.1. Especificaciones del tratamiento:

La ortopedia prequirúrgica garantizada en este problema de salud debe ser realizada en un centro hospitalario por personal capacitado.

Para efectos de la garantía de protección financiera, la cirugía ortognática es aquella que permite el correcto posicionamiento de los maxilares mediante distintas técnicas de osteotomías las que posteriormente son fijadas mediarte osteosíntesis.

El objetivo de esta cirugía es recuperar las funciones pérdidas del sistema estomatognático por la malformación maxilofacial y puede realizarse antes o después de los 15 años.

14. CÁNCER EN PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

14.1 Especificaciones de sospecha:

Los tumores sólidos se sospechan por la aparición de un aumento de volumen en cualquier lugar del cuerpo, asociado o no a síntomas. Los síntomas ocasionados por éste, varían en función del tipo de tumor y de su localización.

En sospecha de leucemias, ya sea por síntomas o signos asociados a insuficiencia medular (citopenia) o a la proliferación blástica (leucocitosis, megalias, dolores óseos), se debe realizar un hemograma con frotis que permita ver las características y recuentos celulares, para orientar al diagnóstico.

En Linfoma, se debe sospechar principalmente frente a la palpación de adenopatías con algunas características especiales: ubicación cervical o supraclavicular, consistencia aumentada, adherida a planos profundos, sin

[4] http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Endopr%C3%B3tesis-para-Artr%C3%B3sis-de-Cadera-65-a%C3%B1os-y-m%C3%A1s.pdf

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

signos inflamatorios; hallazgo en radiografía de tórax de una masa mediastínica con o sin otros síntomas asociados o la presencia de una masa abdominal de rápido crecimiento.

14.2 Especificaciones del tratamiento:

Las imágenes las resonancias magnéticas garantizadas corresponderán a aquellas que sean indicadas por el(la) médico(a) de acuerdo con la localización del cáncer sospechado.

En esta categoría también se incluye trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénicos y autólogos según situación específica.

Para la prestación radioyodo cáncer de tiroides en menores de 15 años, el pago se efectuará por el tratamiento completo.

El tratamiento incluye también radioterapia y quimioterapia en diferentes esquemas, según el tipo de cáncer y la condición clínica del beneficiario.

En este problema de salud se incluyen los tumores del sistema nervioso central de crecimiento rápido, que requieran tratamiento de radioterapia y quimioterapia, con las mismas garantías de oportunidad que tienen los tumores sólidos.

15. ESQUIZOFRENIA

15.1. Especificaciones del tratamiento:

Durante la etapa de diagnóstico y confirmación comienza el tratamiento farmacológico, psicológico y psicosocial. Una vez confirmado el diagnóstico de esquizofrenia, el tratamiento se mantiene, adecuando la intensidad y énfasis de las intervenciones según se manifiesten las distintas etapas de la enfermedad.

La entrega de las prestaciones o grupo de prestaciones deberá seguir un criterio clínico y no cronológico. Es decir, el grupo de prestaciones de "tratamiento esquizofrenia primer año" corresponde al tratamiento en fase aguda y el grupo de prestaciones "tratamiento esquizofrenia segundo año" corresponde a la fase de mantenimiento y no a un período cronológico de tratamiento. Dadas las características de esta enfermedad y la multiplicidad de cursos clínicos posibles, los pacientes podrán migrar entre los diferentes grupos de prestaciones en cualquier momento de su enfermedad. La decisión de volver a activar un grupo de prestaciones anteriormente utilizado o de activar un nuevo grupo de prestaciones se realiza de forma dinámica por el(la) médico(a) tratante, utilizando como criterio principal el requerimiento clínico del paciente en un momento particular.

Dado el curso crónico de la enfermedad, el tratamiento debe mantenerse en forma continua durante toda la vida, a partir del primer episodio.

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO

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

16.1. Especificaciones del diagnóstico:

La orquiectomía es un procedimiento diagnóstico confirmatorio histológico y de etapificación y pudiese ser terapéutico.

16.2. Criterios de exclusión:

Ecografía testicular compatible con hidrocele u otra patología benigna.

16.3. Especificaciones del tratamiento:

Respecto de la criopreservación de espermatozoides (Banco de espermios), los criterios de inclusión para su indicación son:

a) Consentimiento informado.
b) Contar con exámenes de espermiograma, virus hepatitis C y anticuerpos virales anti-VIH previo a los tratamientos de radioterapia, quimioterapia o bien la orquiectomía bilateral (inicial o en caso de recidiva).
c) En hombres jóvenes menores de 40 años, sin hijos o con paridad incompleta.

17. LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

17.1. Especificaciones de prestaciones:

Los grupos de prestaciones que contienen la glosa paracetamol también consideran antiinflamatorios no esteroidales (AINES) de uso habitual para efectos de la garantía de protección financiera.

18. SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

18.1. Especificaciones del diagnóstico:

El examen para el diagnóstico de VIH puede ser realizado a través de distintas técnicas: instrumentales, visuales u otras, de acuerdo con las normativas vigentes. Con sospecha o por solicitud del usuario, se accede a las garantías explícitas en salud con:

a) La toma de muestra de un test instrumental en el centro de salud correspondiente.
b) La toma de muestra de un test visual con resultado reactivo en el centro de salud correspondiente.

En el caso de que el test visual se realice fuera de un establecimiento de salud, esto es en modalidad extramuros, y resulte reactivo, la persona debe concurrir a su centro de salud correspondiente donde se realizará una toma de muestra.

Toda muestra reactiva debe enviarse a confirmación al Instituto de Salud Pública (ISP), según la normativa vigente.

El diagnóstico de infección por VIH se realizará en un plazo máximo de 45 días desde la sospecha y/o solicitud, con la entrega del resultado de confirmación del ISP.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

18.1.1. Tamizaje de VIH en personas gestantes:

En todas las personas gestantes se deberá ofrecer el examen de detección del VIH:

a) Ingreso a control prenatal (Garantizado en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) desde el año 2005, Título II del Decreto GES vigente).
b) En control prenatal en las semanas 32-34: con un test rápido instrumental.
c) En el preparto: test rápido visual o test rápido instrumental, a todas las gestantes que se desconozca su serología de la 32-34 semana y a aquellas que no hayan tenido control del embarazo.

18.2. Especificaciones de la evaluación pretratamiento y examen de resistencia genética en VIH:

18.2.1. Evaluación pretratamiento:

Se deberán considerar las siguientes especificaciones para los exámenes de:

a) IGRA (Ensayo de liberación de interferón gamma), para el diagnóstico de la TB latente en personas con recuento de CD4 igual o menor a 350 cél/mm3 o en caso de no disponer de PPD.
b) HLA-B*5701, para la detección de la hipersensibilidad al Abacavir (ABC). Se debe solicitar previo a la indicación de ABC como parte de la TAR.
c) Anticuerpo contra antígeno de superficie VHB (anti HBs): realizar 2-3 meses después de completar la serie de vacunas contra el VHB.

18.2.2. Exámenes de resistencia genética en VIH/SIDA:

a) Resistencia genética VIH-1 Inhibidores de integrasa: genotipo para evaluar resistencia a INSTI.
b) Resistencia genética VIH-1 genotipo estándar para evaluar resistencia a inhibidores análogos de nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR), inhibidores no análogos de nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR) e inhibidores de la proteasa (IP).

18.3. Especificaciones del tratamiento:

La consulta por médico/a con las competencias necesarias se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica, cuyo resultado de confirmación es entregado por el ISP.

Accederán a tratamiento antirretroviral (TAR) dentro de 7 días desde la indicación médica, todas las personas con diagnóstico de infección por VIH confirmado por el ISP, independiente de la etapa clínica, compromiso inmunológico, nivel de carga viral y antecedentes previos de TAR.

También accederán a TAR, previa indicación médica, las personas con sospecha clínica fundada, tales como infección aguda sintomática, enfermedades asociadas o definitorias de SIDA y en embarazadas en que la confirmación diagnóstica está en proceso en el ISP.

18.3.1. Esquemas terapéuticos con antirretrovirales de inicio o sin fracasos previos en personas de 18 años y más:

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

Para inicio o continuidad de tratamiento las personas tendrán acceso a uno de los esquemas descritos en el Listado de Prestaciones Específico.

La indicación de los esquemas deberá considerar los siguientes escenarios clínicos, resguardando las condiciones de uso y restricciones de cada medicamento:

a) Para personas sin patologías concomitantes, se encuentran garantizados los siguientes esquemas:
   i) Esquemas preferentes para personas sin patologías concomitantes:
      - Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir
   ii) Esquemas alternativos para personas sin patologías concomitantes:
      - Abacavir/Lamivudina/Dolutegravir
      - Tenofovir/Emtricitabina+Darunavir/Cobicistat
      - Abacavir/Lamivudina+Darunavir/Cobicistat
      - Tenofovir/Emtricitabina/Elvitegravir/Cobicistat
      - Tenofovir/Emtricitabina+Raltegravir
      - Abacavir/Lamivudina+Raltegravir
      - Tenofovir/Emtricitabina/Rilpivirina
      - Tenofovir/Emtricitabina/Efavirenz
      -

b) Esquemas para personas con Insuficiencia renal crónica:
   i) Abacavir+Lamivudina (Lamivudina en dosis ajustada a función renal) + Dolutegravir.
   ii) Abacavir+Lamivudina (Lamivudina en dosis ajustada a función renal) + Raltegravir.
   iii) Tenofovir Alafenamida/Emtricitabina/Elvitegravir/Cobicistat, considerar en personas con clearence de creatinina > a 30 mL/min o en hemodiálisis.

c) Esquemas para personas con coinfección con virus hepatitis B (VHB):

Las personas con hepatitis B deben recibir TAR y tratamiento para hepatitis B. El esquema en estos casos es una combinación de Tenofovir/Emtricitabina o Tenofovir/Lamivudina más una tercera droga para VIH y su potenciador si corresponde.
En caso de existir contraindicación para el uso de Tenofovir se debe indicar un esquema que no lo incluya. En estos casos utilizar la combinación de Abacavir/Lamivudina más una tercera droga para VIH y su potenciador si corresponde, asociado al uso de Entecavir para hepatitis B (garantizado en el problema de salud Nº 68 "Hepatitis crónica por virus hepatitis B").

d) Esquemas garantizados para personas con coinfección con tuberculosis:

En los pacientes que presenten TB y que usen Rifampicina la recomendación es utilizar como tercera droga Efavirenz o Dolutegravir.
Los inhibidores de integrasa deberán ser usados en doble dosis y acompañado con una de las siguientes combinaciones:
   i) Tenofovir/Emtricitabina
   ii) Abacavir/Lamivudina

18.3.2. Esquemas terapéuticos con antirretrovirales de rescate en personas de 18 años y más:

Estos esquemas están indicados en:

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

a) Personas que presentan fracaso o falla virológica, por lo que deben realizar un test de resistencia genética previo al cambio de esquema.
b) Personas con fracasos previos y que requieran simplificación de TAR para actualización de esquemas, reducción del número de comprimidos, frecuencia de administración o de ARV para favorecer la adherencia.

La indicación de estos esquemas deberá considerar los siguientes escenarios clínicos:

a) Esquemas garantizados para personas con episodios de fracaso independiente de la presencia de mutación M184V:
   i) Tenofovir/Emtricitabina + Dolutegravir
   ii) Tenofovir/Emtricitabina + Darunavir/Cobicistat
   iii) Tenofovir/Emtricitabina + Darunavir+ Ritonavir
   iv) Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir + Dolutegravir, considerar en personas con mutaciones específicas a determinado inhibidores de integrasa

b) Esquemas para personas con episodios de fracasos previos y que requieren simplificación de TAR:
   i) Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir
   ii) Tenofovir/Emtricitabina/Bictegravir
   iii) Tenofovir/Emtricitabina/Elvitegravir/Cobicistat + Darunavir (sin historial de resistencia a inhibidores de integrasa)
   iv) Tenofovir/Emtricitabina/Rilpivirina + Dolutegravir.

18.3.3. Antirretrovirales de rescate para personas multirresistentes de 18 años y más:

Las personas que presenten resistencia a 2 o más familias de antirretrovirales y que no sean candidatos a los esquemas descritos en el punto 18.3.2 a), van a requerir de un esquema individualizado. El Comité de farmacia y terapéutica de cada establecimiento debe prescribir un esquema basado en las mutaciones, historia farmacológica y parámetros farmacocinéticos de los antirretrovirales.

La combinación de antirretrovirales debe estar avalada con evidencia científica.

La indicación de estos esquemas será monitoreada o supervisada por un Comité desde el nivel Central y debe incluir algunos de los siguientes ARV:

a) Tenofovir/Emtricitabina
b) Maraviroc
c) Dolutegravir
d) Etravirina
e) Darunavir/Cobicistat
f) Darunavir
g) Ritonavir
h) Tenofovir

18.3.4. Esquemas garantizados para prevención de la transmisión vertical:

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO CSES

Las mujeres en edad fértil y personas gestantes iniciarán TAR con esquemas señalados en canasta de inicio o sin fracasos previos para personas de 18 años y más.

Todas las gestantes deben iniciar TAR independiente de las semanas de gestación.

Considera antirretrovirales en el pre-parto y medicamento para la interrupción de la producción de leche materna. Para el recién nacido, antirretrovirales durante 6 semanas y sucedáneos de leche materna hasta los 5 meses y 29 días.

a) Esquemas garantizados durante el embarazo:

Las personas gestantes accederán a TAR a través de la canasta de inicio o sin fracasos previos, dado que las actuales evidencias científicas demuestran que los ARV señalados no provocan efectos teratogénicos.

b) Antirretrovirales garantizados durante el preparto y parto, de acuerdo con la normativa de la prevención de la transmisión vertical vigente:
   i) Zidovudina intravenosa: iniciar 4 horas antes de cirugía o trabajo de parto y mantener hasta la ligadura del cordón.
   ii) Nevirapina antes del parto en caso de ausencia o inicio tardío del protocolo y/o carga viral de la semana 34 mayor de 1.000 copias por mL.

c) Medicamentos garantizados para la interrupción de la producción de leche materna durante el puerperio:
   i) Cabergolina, para supresión de lactancia materna.

d) Terapia garantizada para el recién nacido:
   i) Zidovudina.
   ii) Nevirapina, de acuerdo con la normativa de la prevención de la transmisión vertical vigente.
   iii) Fórmula láctea según indicación médica hasta los 5 meses y 29 días.

18.3.5. Terapia antirretroviral garantizada para personas menores de 18 años

Criterio de inclusión: Todo menor de 18 años, independiente de la condición clínica, de recuento de CD4 y de carga viral tendrá acceso a TAR, previo test de resistencia genética.
En los casos de menores de 18 años con desarrollo pondoestatural de adulto, tendrán garantizado los esquemas de tratamiento para mayores de 18 años.

18.4. Especificaciones al seguimiento:

La periodicidad del examen PAP en mujeres VIH positivas se realiza en forma anual.

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

Este problema de salud no requiere especificaciones técnicas y/o definiciones adicionales a las señaladas en el punto II de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud".

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

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

20.1. Especificaciones del diagnóstico:

La confirmación diagnóstica de este problema de salud debe ser clínico y radiológico.

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

21.1. Especificaciones del diagnóstico:

El diagnóstico se debe realizar con técnica estandarizada de medición de la presión arterial, según orientación vigente del Ministerio de Salud.

21.2. Especificaciones del tratamiento:

Debe realizarse de acuerdo con protocolo de tratamiento estandarizado vigente del Ministerio de Salud.

21.2.1. Derivación a especialista:

Los criterios de derivación a especialista son:

a) Hipertensión arterial refractaria o si no cumple meta luego del último paso del protocolo de tratamiento estandarizado vigente del Ministerio de Salud[5].
b) Sospecha de hipertensión secundaria.

La evaluación por especialista, presencial o por telemedicina, considerará las siguientes especialidades:

a) Medicina Interna.
b) Cardiología.
c) Nefrología.

21.2.2. Monitoreo continuo de presión arterial:

Los criterios para realizar el monitoreo continuo de presión arterial se encuentran establecidos en la guía de práctica clínica vigente de hipertensión arterial en personas de 15 años y más[6].

22. EPILEPSIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS

22.1. Especificaciones del tratamiento y el seguimiento:

El especialista tiene un plazo de hasta 180 días para confirmar/descartar la refractariedad al tratamiento de la epilepsia.

---

[5] https://redcronicas.minsal.cl/temas-de-salud/hipertension/
[6] https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/hipertension-arterial-primaria-o-esencial-en-personas-de-15-anos-y-mas/recomendaciones/

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

22.2 Especificaciones del seguimiento:

El seguimiento de especialidad debe realizarse según indicación médica al menos una vez al año.

23. SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS

23.1. Especificaciones del tratamiento:

Los niños y niñas deben ser evaluados según criterio de riesgo y/o presencia de daño, recibiendo el tratamiento preventivo y/o recuperativo acorde al diagnóstico realizado. El alta a niños y niñas se otorga una vez erupcionados completamente los 4 primeros molares definitivos y cumplido el plan de tratamiento.

Dado que la edad de erupción de los primeros molares es variable, los niños y niñas deben mantenerse en control hasta que finalice la erupción, aunque hayan cumplido más de 6 años de edad.

Todos los eventos que sucedan en el período en el que el niño o niña continúa en control, en espera de la erupción completa de los 4 primeros molares definitivos, y requieran prestaciones incluidas en el Listado de Prestaciones Específico, tendrán acceso y cobertura a ellas.

Las especificaciones técnicas del kit de salud oral incluido en la prestación "Diagnóstico y tratamiento preventivo salud oral" son las siguientes:

a) Pasta dental con 1000 a 1500 ppm de flúor: al menos 90 g de pasta dental.
b) Cepillo dental con filamentos suaves adecuado para el grupo etario: al menos 2 cepillos dentales.

24. PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO

Este problema de salud no requiere especificaciones técnicas y/o definiciones adicionales a las señaladas en el numeral II de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud".

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

25.1. Especificaciones del tratamiento:

El estudio electrofisiológico que se realiza a pacientes portadores de este problema de salud incluye los honorarios médicos(as) 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 auriculoventricular y ablación con corriente continua o radiofrecuencia de vías accesorias y otras.

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

26.1. Especificaciones del diagnóstico:

La prestación ecotomografía abdominal incluida en el grupo de prestaciones identificada en la protección financiera como "Confirmación Colelitiasis" se debe realizar a todo paciente con síntomas entre 35 y 49 años, para descartar la presencia de colelitiasis, (se considera equivalente a la existencia de síntomas actuales: el

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

antecedente de cólico biliar previo, colecistitis crónica no operada, o una ecotomografía abdominal previa compatible con colelitiasis).

Los pacientes con colelitiasis en la ecotomografía deben ser derivados a un cirujano(a) para evaluación y tratamiento quirúrgico según condición clínica.

27. CÁNCER GÁSTRICO

27.1- Especificaciones de la sospecha:

Para la atención por especialista se puede considerar la realización de telemedicina.

Los criterios de inclusión para beneficiarios(as) de 40 años y más son:

a) Epigastralgia, con o sin relación con la comida, de 15 o más días de duración; o
b) Síntomas de alarma:
   i) Dolor abdominal recurrente
   ii) Vómitos
   iii) Anorexia
   iv) Hemorragia digestiva (hematemesis o melena)
   v) Anemia perniciosa
   vi) Baja de peso no aclarada, asociada a síntomas descritos
   vii) Sensación de plenitud gástrica, principalmente post prandial, asociada a síntomas descritos.
   viii) Disfagia.
   ix) Úlcera gástrica que no logre cicatrización luego de terapia correspondiente.
   x) Antecedentes de gastrectomía hace más de 15 años, con síntomas de epigastralgia.
   xi) Antecedentes familiares de primer grado con historia de Cáncer Gástrico, con síntomas de epigastralgia.

27.1. Especificaciones del diagnóstico:

Personas con diagnóstico confirmado de cáncer gástrico de cualquier edad, tiene derecho a evaluación y tratamiento.

27.2. Especificaciones del tratamiento:

En todos los pacientes, se debe considerar la educación y consulta por nutricionista (educación forma de alimentación post operatoria), kinesiólogo (rehabilitación quirúrgica de pacientes) y evaluación psicológica, antes, durante y después del tratamiento.

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

28.1. Especificaciones del tratamiento:

El tratamiento con braquiterapia debe ser indicado por comité oncológico local e incluye la fuente radiactiva.

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO GES

29. VICIOS DE REFRACCIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

29.1. Especificaciones del diagnóstico y tratamiento:

La confirmación diagnóstica de los vicios de refracción puede ser realizada por un(a) tecnólogo(a) médico(a) en conformidad a lo dispuesto en el artículo 113 bis del Código Sanitario. Quienes cuenten con el título de optometrista obtenido en el extranjero podrán desarrollar dichas actividades, siempre que convaliden su título de acuerdo con el artículo 113 bis del Código Sanitario.

Las especificaciones técnicas para los lentes ópticos incluidos en el grupo de prestaciones identificadas en la protección financiera como "Tratamiento presbicia pura (entrega de lentes)" y como "Tratamiento vicio refracción (lentes para miopía, astigmatismo, hipermetropía)", son las siguientes:

a) Cristal:
   i) Cristal mineral.
   ii) Material orgánico (polímero plástico).
   iii) Policarbonato.
b) Marco o montura:
   i) Acetato o celuloide inyectado de diferentes presentaciones y modelos.

Los lentes ópticos deben ser livianos en su conjunto, específicos para la edad del paciente, considerar todas las dioptrías e incluir cartuchera y paño de limpieza. Además, se deberán mostrar los modelos para su selección, los cuales no deben ser modelos dados de baja e incluir garantía del trabajo.
Si la persona tiene un diagnóstico de presbicia y otro vicio de refracción, deberá recibir lentes ópticos para cada condición.

30. ESTRABISMO EN PERSONAS MENORES DE 9 AÑOS

30.1. Especificaciones del tratamiento:

Aquellos pacientes que cumplan los 9 años edad durante el tratamiento tendrán derecho a mantenerlo hasta la indicación y la entrega de lentes ópticos.

Las especificaciones técnicas para los lentes ópticos incluidos en el grupo de prestaciones identificadas en la protección financiera como "Tratamiento quirúrgico ambulatorio estrabismo en personas menores de 9 años" y como "Tratamiento médico estrabismo en personas menores de 9 años", son las siguientes:

a) Cristal:
   i) Material orgánico (polímero plástico).
   ii) Policarbonato.
b) Marco o montura:
   i) Goma.

Los lentes ópticos deben ser livianos en su conjunto, específicos para la edad del paciente, considerar todas las dioptrías e incluir cartuchera, paño de limpieza y correa o banda antideslizante en caso de ser necesario. Además, se deberán mostrar los modelos para su selección, los cuales no deben ser modelos dados de baja e incluir garantía del trabajo.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

31. RETINOPATÍA DIABÉTICA

31.1. Especificaciones del tratamiento:

La consulta oftalmológica incluye evaluación del fondo de ojo.
La persona con diagnóstico de retinopatía diabética (RD) debe tratarse de acuerdo con la severidad de la patología.

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

La vitrectomía que necesite inyección de silicona en el grupo de prestaciones identificada en la protección financiera como "Tratamiento vitrectomía Retinopatía Diabética" considera también retiro del elemento.

32. DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO

32.1. Especificaciones del tratamiento:

La vitrectomía con inyección de gas o silicona incluida en el grupo de prestaciones identificada en la protección financiera como "Tratamiento vitrectomía desprendimiento de retina" considera también el retiro del elemento.

33. HEMOFILIA

Este problema de salud no requiere especificaciones técnicas y/o definiciones adicionales a las señaladas en el punto II de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud".

34. DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

34.1. Especificaciones del tratamiento:

El criterio de acceso a prestaciones o grupo de prestaciones deberá ser clínico y no cronológico. Dadas las características de esta enfermedad y la multiplicidad de cursos clínicos posibles, los pacientes podrán migrar entre los diferentes grupos de prestaciones en cualquier momento de su enfermedad.

El tratamiento de la depresión leve, moderada y grave es realizado por médico(a) en conjunto con otros profesionales del equipo de salud general, como psicólogo(a), terapeuta ocupacional, enfermero(a).

La derivación a equipo de especialidad en psiquiatría y salud mental se realiza cuando se presentan los siguientes cuadros clínicos:

a) Depresión refractaria: cuando se han realizado 2 o más ensayos terapéuticos con psicofármacos antidepresivos, cada uno utilizado durante un periodo mayor a un mes, en dosis terapéuticas adecuadas para la edad y factores de salud concomitantes de la persona en tratamiento y con adherencia adecuada, sin lograr respuesta por la persona en tratamiento.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

b) Depresión con alto riesgo suicida: cualquier individuo que manifieste ideación suicida activa, con planificación o que haya realizado un intento suicida reciente.
c) Depresión con psicosis: definida como aquella que cumple con los criterios CIE-10 para el código F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos. Incluye (1) Depresión mayor con síntomas psicóticos; (2) Psicosis depresiva psicogénica; (3) Depresión psicótica; (4) Psicosis depresiva reactiva; (5) Depresión endógena con síntomas psicóticos; (6) Tipo depresivo con síntomas psicóticos y (7) Episodios recurrentes graves de depresión mayor con síntomas psicóticos, psicosis depresiva psicogénica, depresión psicótica o psicosis depresiva reactiva.

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

35.1. Especificaciones del tratamiento:

El proceso de atención incorpora el tratamiento médico y quirúrgico de beneficiarios(as) sintomáticos, sea con tratamiento medicamentoso o quirúrgico.

a) Indicación de tratamiento farmacológico:
   i) Pacientes con síntomas moderados en puntuación internacional de síntomas prostáticos (IPSS). Puntaje entre 8 y 19.
   ii) Pacientes con síntomas severos en puntuación internacional de síntomas prostáticos (IPSS) con contraindicación quirúrgica.
b) Indicación de tratamiento quirúrgico:
   i) Pacientes con síntomas severos que no responden a tratamiento farmacológico.
   ii) Pacientes con retención urinaria repetida y hematuria macroscópica recurrente o persistente.
   iii) Pacientes con retención urinaria crónica, cálculos vesicales, infecciones urinarias recurrentes e insuficiencia renal aguda o crónica secundaria a obstrucción urinaria a nivel prostático.

36. AYUDAS TÉCNICAS PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

36.1. Criterios de inclusión:

Se indicará ayudas técnicas a aquellas personas mayores, de 65 años y más, que presenten limitación funcional para desplazarse o dificultad para realizar actividades de la vida diaria, originadas por múltiples causas y que se encuentren asociadas a dolor, claudicación, inestabilidad articular, riesgo de caída, alteración de la funcionalidad de la marcha o síndrome de inmovilidad.

36.2. Especificaciones de las ayudas técnicas:

Cada ayuda técnica (bastón, andador, silla de ruedas, cojín antiescaras y colchón antiescaras) se asocia a criterios de indicación médica. Son tipos de ayudas técnicas los siguientes:

a) Andador con cuatro ruedas y canasta.
b) Andador con dos ruedas.
c) Andador sin ruedas.
d) Bastón codera móvil.
e) Bastón de apoyo o de mano.
f) Cojín antiescaras celdas de aire.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

g) Cojín antiescaras viscoelástico.
h) Colchón antiescaras celdas de aires.
i) Colchón antiescaras viscoelástico.
j) Silla de ruedas estándar.
k) Silla de ruedas neurológica basculante.
l) Silla de ruedas neurológica inclina.

Las ayudas técnicas deben ser indicadas según necesidad de la persona por evaluación profesional y estas no constituyen necesariamente productos a entregar en conjunto.

Las especificaciones técnicas para las ayudas técnicas se encuentran descritas en punto IV: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas".

37. ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

37.1. Especificaciones del acceso:

Con estudio etiológico, se hace alusión al estudio etiopatogénico cardiovascular del ataque cerebrovascular (ACV) isquémico, con el objetivo de determinar el riesgo de recurrencia, para detectar causas cardíacas o de grandes arterias clínicamente significativas e indicar el tratamiento preventivo según corresponda[8]. El cuadro clínico, la distribución de la o las lesiones y los factores de riesgo, pueden orientar hacia la etiopatogenia más probable del ACV isquémico, pero ésta sólo puede ser establecida con exámenes cardiológicos o vasculares apropiados.

Existen condiciones como arritmias cardíacas, lesiones valvulares, de las paredes o cámaras cardíacas, lesiones vasculares aórticas, estenosis y oclusiones arteriales cervicales o intracerebrales, que determinan diferentes riesgos de recurrencias y pronóstico y que requieren tratamientos específicos.

Los métodos de diagnóstico y tratamiento de prevención secundaria, en general, se han aplicado a pacientes con buen pronóstico funcional después de un infarto cerebral. Los exámenes que se deben considerar para el estudio etiológico en todo paciente que se vaya a beneficiar del mismo, se encuentran disponibles en la Guía de Práctica Clínica, año 2013[7] La elección del tipo de examen va a depender de la condición clínica del paciente, la sospecha clínica y la disponibilidad en cada centro.

Por otro lado, se entiende por prevención secundaria (o profilaxis secundaria) al conjunto de medidas de prevención, destinadas al diagnóstico y tratamiento precoces una vez que se ha producido la enfermedad; en suma, a aliviar la gravedad y disminuir el grado de discapacidad. En el caso del ACV isquémico, la prevención secundaria se refiere a la prevención de la recurrencia luego de haber presentado un evento agudo.

Las recomendaciones específicas para la prevención secundaria del ACV isquémico dependerán del subtipo de éste. Por ello, la prevención secundaria va ligada al estudio etiológico que se realiza durante la hospitalización, que permite identificar objetivos terapéuticos para reducir el riesgo de recurrencia[8].

[7] https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Accidente-Cerebro-Vascular-Isquémico-15-años-y-más.pdf
[8] https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000375

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

Las recomendaciones de prevención secundaria son las que están señaladas en las Guías de Práctica Clínica de los años 2013 y 2018 [9]

El manejo de los factores de riesgo vascular continúa siendo el pilar principal en la prevención secundaria del ACV isquémico, incluyendo (pero no limitado a) el control de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, trastornos de los lípidos. Se considera como la mejor alternativa el manejo médico intensivo, realizado por equipos multidisciplinarios, con objetivos terapéuticos adaptados a cada paciente individual.

La rehabilitación es un proceso que, con un enfoque integral e interdisciplinario, busca evitar un aumento del déficit neurológico, disminuir la incidencia de complicaciones prevenibles disminuir tiempos de hospitalización, apoyar e integrar al paciente y su familia en el proceso de tratamiento, disminuir el grado de discapacidad y optimizar los resultados funcionales y la reintegración social.

37.2. Especificaciones del seguimiento:

La atención con médico(a) especialista al alta hospitalaria debe ser realizada por profesional de la especialidad de neurología adultos.

37.3. Especificaciones de rehabilitación:

Las ayudas técnicas definidas en el decreto se encuentran garantizadas hasta los 64 años de edad, luego presentan cobertura a través del problema de salud N°36, dispuesto en el decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud.

Las ayudas técnicas deben ser indicadas según necesidad de la persona por evaluación profesional y estas no constituyen necesariamente productos a entregar en conjunto.

Las especificaciones técnicas para las ayudas técnicas se encuentran descritas en punto IV "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas".

38. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

38.1. Especificaciones del tratamiento:

En relación con las prestaciones garantizadas en el Listado de Prestaciones Específico la aerocámara debe ser antiestática y valvulada.

La prestación de Atención kinesiológica integral ambulatoria en el LEP incluye la rehabilitación pulmonar y la consejería antitabaco en sus grupos de prestaciones: tratamiento Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) bajo riesgo nivel primario, tratamiento EPOC alto riesgo nivel terciario.

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

39.1. Especificaciones del tratamiento y el seguimiento:

[9] https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/ataque-cerebrovascular-isquemico-en-personas-de-15-anos-y-mas/resumen-ejecutivo-2/

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

Especificaciones técnicas de aerocámaras valvuladas: aerocámara pediátrica para inhalador aerosol, antiestática y/o valvulada.

40. SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO

40.1. Especificaciones del tratamiento y el seguimiento:

Para la indicación de tratamiento con óxido nítrico, se deben cumplir todos los criterios de inclusión que a continuación se señalan:

a) Recién nacido con hipertensión pulmonar persistente confirmada con ecocardiografía.
b) Conectado a ventilación mecánica.
c) Con índice de oxigenación mayor de 25.

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

Este problema de salud no requiere especificaciones técnicas y/o definiciones adicionales a las señaladas en el numeral II de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud".

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

42.1. Especificaciones de rehabilitación:

Las ayudas técnicas definidas en el decreto se encuentran garantizadas hasta los 64 años de edad, luego presentan cobertura a través del problema de salud N° 36, dispuesto en el decreto supremo N° 29. Las ayudas técnicas garantizadas en este problema de salud deben ser indicadas según necesidad de la persona por evaluación profesional y estas no constituyen necesariamente productos a entregar en conjunto.

Las especificaciones técnicas para las ayudas técnicas se encuentran descritas en el numeral IV de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas".

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

43.1. Especificaciones del tratamiento:

Este problema de salud incorpora los tumores primarios del sistema nervioso central que pueden afectar la cavidad craneana, el canal raquídeo, y el encéfalo. No incluye los Meningioma raquídeos y los Hemangioblastoma de la médula espinal.

La garantía de oportunidad de control por médico(a) especialista corresponde a la instancia en que el usuario debe mantener la continuidad de tratamiento, a cargo de un(a) médico(a) de otra especialidad relacionada, por ejemplo, endocrinología.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

El tratamiento farmacológico con octreotida, lanrotida, pegvisomant o pasireotida, está indicado en pacientes con acromegalia que presentan actividad persistente de la enfermedad a pesar de la resección quirúrgica del adenoma, así como en aquellos pacientes que no son aptos para la cirugía o que la rechazan.

Como primera línea de tratamiento se utilizan análogos de somatostatina de primera generación; octreotide o lanreotide.

Pasireotida es análogo de la somatostatina de segunda línea. Se utiliza en reemplazo de los análogos de primera línea en caso de no lograr control hormonal.

Pegvisomant es un análogo de la hormona de crecimiento (GH) que actúa como antagonista del receptor de GH. Se utiliza en caso de no lograr control hormonal con tratamiento de primera línea. Puede ser utilizado en combinación con análogos de somatostatina.

44. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR

44.1. Especificaciones del tratamiento:

El tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar está indicado en pacientes con ciática radicular compresiva que no responden a tratamiento conservador después de un plazo de 6 semanas o presentan compromiso progresivo.

45. LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

45.1. Especificaciones del tratamiento:

El tratamiento para este problema de salud debe ser realizado en centros con profesionales especializados e infraestructura adecuada a las necesidades del paciente, que especialmente requiere contar con condiciones de aislamiento protector para los casos de leucemia aguda.

46. URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA

46.1. Especificaciones del tratamiento:

En los casos de sospecha de absceso de espacios anatómicos bucos maxilofaciales y de flegmón orofaríngeo de origen odontogénico, el tratamiento inicial en urgencia corresponde a la confirmación diagnóstica por parte de un(a) cirujano(a) dentista o médico(a) de urgencias y la derivación inmediata.

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

En los casos con confirmación diagnóstica de pulpitis, abscesos submucoso, subperióstico o apical de origen odontogénico, pericoronaritis aguda, gingivitis ulcero necrótica, complicaciones post exodoncia (hemorragia y alveolitis de los maxilares) y traumatismo dentoalveolar, el tratamiento corresponde al control del dolor, de la hemorragia y de la infección local; así como también la restauración del diente en casos de pulpitis reversible.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

En los casos con confirmación diagnóstica de pulpitis, la prestación de urgencia incluye la trepanación. Su indicación dependerá de la evaluación clínica realizada por un(a) cirujano(a) dentista.

47. SALUD ORAL INTEGRAL DE PERSONAS DE 60 AÑOS

47.1. Especificaciones del tratamiento:

Atención odontológica integral que considera actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo, independiente de la edad del paciente al término del tratamiento.

Las especificaciones técnicas del kit de salud oral incluido en el grupo de prestaciones identificadas en la protección financiera como "Atención odontológica del adulto de 60 años" son las siguientes:

a) Pasta dental con 1400 a 1500 ppm de flúor: al menos 90 g de pasta dental.
b) Pasta dental con 5000 ppm de flúor: al menos 50 g de pasta dental.
c) Cepillo dental de filamentos suaves adecuado para el grupo etario: al menos 1 cepillo dental.
d) Cepillo para prótesis dental: al menos 1 cepillo.
e) Seda dental: al menos 50 metros.

48. POLITRAUMATIZADO GRAVE

48.1. Especificaciones del tratamiento:

La prestación que contiene la glosa inmunoglobulina incluye inmunoglobulina antitetánica para efectos de la protección financiera.

48.2. Especificaciones de la rehabilitación del paciente politraumatizado grave con lesión medular

La rehabilitación debe considerar las recomendaciones descritas en el documento con metodología GRADE: Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en personas con lesión medular en Unidad de Paciente Crítico[10].

Para los grupos de prestaciones principales de rehabilitación, señalados en el Listado de Prestaciones Específico, referidas en la garantía de protección financiera del decreto, se debe entender por tratamiento completo, aquel proceso que culmina con el cumplimiento de los objetivos terapéuticos de rehabilitación según el nivel de cuidado de atención cerrada.

49. TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO MODERADO O GRAVE

49.1. Especificaciones del tratamiento:

Se entiende por traumatismo cráneo encefálico moderado aquel que presenta alguna de las siguientes condiciones:

a) Escala de coma de Glasgow igual a 15 con al menos un factor de riesgo (ver factores de riesgo en guía clínica "Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave" de Ministerio de Salud, 2013).
b) Escala de coma de Glasgow 13-14.

[10]https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/orden-alfabetico/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-discapacidad-y-rehabilitacion/rehabilitacion-en-personas-con-lesion-medular-en-unidad-de-paciente-critico/recomendaciones-grade/

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

Se entiende por traumatismo cráneo encefálico grave aquel que presenta Escala de coma de Glasgow menor 13.

Dado que el TEC es un proceso evolutivo, aunque un paciente presente una escala de coma de Glasgow igual a 15 sin factores de riesgo, ellos deben mantenerse en observación.

50. TRAUMA OCULAR GRAVE

Este problema de salud no requiere especificaciones técnicas y/o definiciones adicionales a las señaladas en el punto II de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud".

51. FIBROSIS QUÍSTICA

51.1. Especificaciones del Tratamiento:

Los criterios que determinan el acceso de cada beneficiario(a) con fibrosis quística a los distintos tratamientos se establecen según parámetros de clasificación basados en el compromiso broncopulmonar:

a) Leve
   i) Test de sudor y/o estudio genético positivo sin manifestaciones clínicas de la enfermedad.
   ii) Enfermedad sin compromiso pancreático ni pulmonar.
   iii) Desordenes relacionados a disfunción del gen CFTR.
   iv) Diagnóstico de Fibrosis Quística NO Resuelto.
   v) Tamizaje positivo para Fibrosis Quística con diagnóstico inconcluso o Síndrome metabólico relacionado al gen CFTR.
b) Moderado
   i) Fibrosis Quística con compromiso respiratorio, de manejo ambulatorio.
   ii) Insuficiencia pancreática.
   iii) Compromiso hepático moderado.
c) Severo
   i) Antecedente de infección por Pseudomonas, Burkholderia sp o microorganismos multi-resistentes.
   ii) Presencia de bronquiectasias en TAC de tórax.
   iii) Diabetes asociada a fibrosis quística.
   iv) Antecedente de descompensación de la fibrosis quística que haya requerido hospitalización.
   v) Desnutrición crónica refractaria a manejo nutricional inicial.
   vi) Infección crónica confirmada
   vii) Antecedente de aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA).
   viii) Compromiso hepático severo.
   ix) Compromiso respiratorio y pancreático.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

51.2. Especificaciones para prestaciones:

51.2.1. Hospitalización domiciliaria para personas mayores de 5 años en condiciones estables:

Prestación clínica entregada en los hogares de pacientes estables que requieran terapia antibiótica, según indicación médica, por medio de visitas de un equipo interdisciplinario, con el fin de contribuir a la recuperación y fomento de la participación familiar y el autocuidado de los pacientes.

Se considera como pacientes con diagnóstico de fibrosis quística en condiciones que requieran hospitalización domiciliaria y que estén estables, quiénes cumplan los siguientes criterios:

a) Afebril
b) Persona que no presente incremento en sus requerimientos de oxígeno de uso permanente.
c) Sin deterioro en la función hepática ni renal
d) Diabéticos compensados en su rango terapéutico
e) Ausencia de reacciones adversas a antibióticos a administrar
f) Niveles séricos de aminoglucósidos dentro del rango terapéutico, en caso de que la persona vaya a recibir este medicamento.
g) Sin antecedentes de alergia a los medicamentos a ser administrados
h) Que haya mantenido o aumentado su peso
i) Ausencia de condiciones que podrían agravarse de forma brusca (ej. hemoptisis, neumotórax).

Además, se debe considerar:

a) Acceso venoso seguro
b) Evaluación social y psicológica compatible con manejo domiciliario
c) Acceso expedito en menos de 1 hora al hospital al cual pertenece el equipo de Hospitalización Domiciliaria que está otorgando la prestación.

51.2.2. Tratamiento farmacológico con elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor para personas de 6 años y más

Prestación farmacológica destinada a pacientes con diagnóstico confirmado de fibrosis quística que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

a) Persona con diagnóstico confirmado de fibrosis quística
b) Persona de 6 años o más
c) Persona con al menos una mutación F508del en el gen CFTR

El tratamiento deberá ser indicado por el médico tratante luego de contar con al menos un alelo F508del en el gen CFTR.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

52. ARTRITIS REUMATOIDEA

52.1. Especificaciones de las garantías de acceso y oportunidad

La garantía de acceso relacionada a la sospecha se entenderá exigible para los(as) beneficiarios(as) que tengan sospecha diagnóstica a partir del 1 de octubre 2022.

En cuanto a las consideraciones para las garantías de sospecha y confirmación diagnóstica de este problema de salud es importante remitirse a Guía de Práctica Clínica vigente[11].

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

53.1. Especificaciones del tratamiento:

El criterio de acceso a prestaciones o grupo de prestaciones deberá ser clínico y no cronológico. Dadas las características de esta enfermedad y la multiplicidad de cursos clínicos posibles, los pacientes podrán migrar entre los diferentes grupos de prestaciones en cualquier momento de su enfermedad.
La recaída, definida como un retomar o intensificar el consumo de alcohol y/o otras drogas, después de lograr la abstinencia o la disminución del uso, es común en estos cuadros, pudiendo el reingreso corresponder a cualquier fase del tratamiento necesaria para su proceso terapéutico.

54. ANALGESIA DEL PARTO

54.1. Especificaciones del tratamiento:

La prestación de salud analgesia del parto, será entregada a toda persona gestante, en la que esté indicada y acepte, una vez informada del procedimiento por el equipo profesional que la asiste: matrón(a), médico(a) gineco-obstetra o médico(a) cirujano(a). Las alternativas farmacológicas ofrecidas son: analgesia epidural continua y analgesia inhalatoria con óxido nitroso.

El procedimiento de analgesia-anestesia epidural debe ser realizado por un profesional médico(a)cirujano(a) con especialidad en anestesiología o con competencia en dicha técnica, debidamente certificada.

La analgesia inhalatoria es instalada y monitorizada por el equipo profesional encargado de la asistencia profesional del parto: matrón(a), médico(a) obstetra o médico cirujano(a) y su administración es regulada por la propia gestante de acuerdo con su necesidad.

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

---

[11] https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/Artritis-Reumatoidea.pdf

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

55. GRAN QUEMADO

55.1. Especificaciones del diagnóstico:

Para este Problema de Salud, las categorías de los Grupos de Prestaciones Principales se basan en la clasificación de Garcés/Artigas y serán consideradas para todos los rangos etarios, las clasificaciones en grave, crítico y sobrevida excepcional descritas en la Guía Clínica: Gran Quemado[12].

55.2. Especificaciones del tratamiento:

Todo beneficiario(a) que cumpla con alguno de los siguientes criterios de inclusión tiene acceso a tratamiento:

a) Persona con índice de gravedad mayor a 70 puntos.
b) Persona con quemaduras que lesionan las vías respiratorias, o quemaduras eléctricas de alto voltaje, asociadas a politraumatismo, traumatismo encefalocraneano o shock.
c) Persona con quemaduras profundas y extensas, o complejas de cara, de manos, pies o región perineal que potencialmente produzcan secuelas invalidantes (puedan limitar severamente la función).
d) Persona de 65 años y más con quemaduras AB o B que comprometan el 10% o más de la superficie corporal total.

55.3. Especificaciones de las ayudas técnicas:

Para la entrega de ayudas técnicas ambulatoria en este problema de salud se recomienda realizar la toma de medidas antropométricas durante la hospitalización, con el fin de disminuir los tiempos de entrega. De igual forma es posible utilizar los Grupos de Prestaciones Principales (GPP) "Ayudas Técnicas ambulatoria primer año paciente quemado menor de 15 años" y "Ayudas Técnicas ambulatoria primer año paciente quemado mayor de 15 años" para la provisión de éstas previo al alta hospitalaria con el fin de asegurar la continuidad del tratamiento.

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

56.1. Especificaciones del diagnóstico:

Para los efectos de este problema de salud se entiende que existe pérdida de audición bilateral permanente cuando:

a) Personas presentan hipoacusia bilateral moderada o severa, con promedio tonal puro de 40 o más dB.
b) Personas presentan hipoacusia entre 35 y 40 dB en el mejor oído con repercusión social cuantificada con un puntaje igual o mayor a 10 en el test HHIE-S.

56.2. Especificaciones del tratamiento:

[12] http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

El audífono incluido en el Listado de Prestaciones Específico para el grupo de prestaciones individualizadas como "implementación audífonos", considera audífonos uniaural para las personas con hipoacusia bilateral moderada o severa, con promedio tonal puro de 40 o más dB.
La evaluación y/o calibración de audífonos es parte del seguimiento clínico a pacientes con implementación de audífonos.

La audiometría corresponde al examen que permite detectar el nivel de umbral auditivo para diferentes frecuencias de tonos puros, entrega además información de la discriminación auditiva y el nivel de disconfort auditivo. Se realiza en una cámara audiométrica con un nivel de ruido de fondo que permita evaluar el estado auditivo del paciente y con un equipo audiómetro que emita los estímulos para la evaluación de las pruebas audiométricas.

Los audiólogos son aquellos profesionales tecnólogos(as) médicos(as) con mención en otorrinolaringología o fonoaudiólogos con postítulo en audiología, responsables de hacer los exámenes auditivos, la implementación de audífonos, el seguimiento en la adaptación de estos y consejería auditiva.

56.3. Especificaciones técnicas para audífonos para adultos:

a) Poseer de 4 a 6 canales (no bandas) que cuenten con regulación de la ganancia y la compresión independiente para cada canal.
b) Control on/off de fácil manipulación.
c) Indicador de batería baja.
d) Poseer registro de datos (Data logging).
e) Poseer al menos 2 programas de escucha manuales con posibilidad de activado/desactivado de fácil manipulación.
f) Sistema de supresión de feedback dinámico con posibilidad de activado/desactivado.
g) Tipo de compresión: dinámica (EDRC o WDRC) según grado de pérdida auditiva. Manual de instrucciones en español.

56.2 Especificaciones de la rehabilitación

Posterior a la entrega del audífono se deberán realizar sesiones de rehabilitación, previa indicación médica. En todos aquellos casos en que se implementa por primera vez un audífono en una persona mayor con diagnóstico de hipoacusia bilateral siempre se indicaran sesiones de rehabilitación, sin embargo, en instancias posteriores (renovación de audífono) esta se indicará de acuerdo con la necesidad de cada usuario.

56.3 Especificaciones del seguimiento

Para el seguimiento debe hacerse un control anual por audiólogo y en caso de que se determine necesidad de recambio de audífono, el audiólogo lo deriva a otorrinolaringólogo.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

57. RETINOPATÍA DEL PREMATURO

57.1. Especificaciones de la protección financiera:

Para efectos de protección financiera de estas prestaciones, se entiende que:

a) Todo fondo de ojo corresponde al examen de ambos ojos.
b) Panfotocoagulación corresponde a la intervención de ambos ojos.
c) Cirugía vitreoretinal corresponde a la intervención de un ojo.

58. DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO

58.1. Especificaciones del tratamiento y el seguimiento:

Todo niño o niña prematuro de menos de 1.500 gramos 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, según este resultado tendrá acceso a oxigenoterapia domiciliaria.

59. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO

59.1. Especificaciones del tamizaje:

a) El examen auditivo indicado es el potencial evocado auditivo automatizado de tronco cerebral AABR o PEAAT. El examen debe realizarse en ambos oídos.
b) El tamizaje auditivo indica dos resultados posibles "Pasa" (PASS) o "Refiere" (REFER). Los criterios de PASA serán determinados en función de las especificaciones técnicas del equipo de tamizaje utilizado.
c) PASA Indica que ha detectado respuesta de onda V en Tronco Cerebral a un estímulo de banda ancha en las frecuencias de 2.000 a 4.000 Hertz.
d) Se considerará "Refiere" a quienes aplicado el examen no se obtiene un resultado de "PASA" ya sea unilateral o bilateralmente.
e) En los casos que existan dificultades técnicas del operador o del paciente para la realización del examen se consignará como "Falla Técnica" y será citado para su repetición en los servicios donde se realiza el examen de tamizaje auditivo.
f) Los niños cuyo examen de tamizaje auditivo "Refiere" será citado a un nuevo control en los servicios donde se realiza el examen de tamizaje auditivo para realizar AABR o PEAAT, el cual debe repetirse en ambos oídos (retamizaje).
g) Los casos que "Refieren" nuevamente deben ser derivados al servicio de otorrinolaringología para su estudio y confirmación diagnóstica.
h) Momento de realizar el tamizaje:
    i) El examen de tamizaje auditivo debe realizarse antes del alta hospitalaria.
    ii) El tamizaje puede realizarse a partir de las 34 semanas de edad corregida o edad postconcepcional.
    iii) Profesional responsable de la realización del examen idealmente del área audiológica: fonoaudiólogo o tecnólogo(a) médico(a). En caso de no disponer profesional especializado puede ser realizado por enfermero(a) o matrón(a) capacitada.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

i) Los beneficiarios(as) tendrán derecho a mantener el tratamiento y recibir recambios de audífonos, implante coclear y cambio de procesador cada vez que se requiera y así lo indique el especialista, independiente de la edad del paciente en el futuro. El recambio de accesorios del procesador del implante coclear se realiza anualmente.
j) La evaluación y/o calibración de audífonos es parte del seguimiento clínico a pacientes con implementación de audífonos.

59.2. Especificaciones técnicas:

59.2.1. Audífonos pediátricos

a) Poseer al menos 10 canales (no bandas) que cuenten con regulación de la ganancia y la compresión independiente para cada canal.
b) Tener método prescriptivo pediátrico.
c) Posibilidad de 2 o más programas de escucha automático y dos programas manuales.
d) Controles de seguridad pediátricos: Indicadores de pila agotada, de programa, control de volumen con posibilidad de bloqueo. Compartimiento de pila anti-manipulación.
e) Sistema de supresión de feedback dinámico.
f) Entrada para tecnologías de asistencia auditiva (sistema FM dinámico u otro).
g) Poseer registro de datos (Data logging).
h) Incluir kit pediátrico (sujetador, probador de pilas, set para humedad, estetoclip para padres, pera, paño y escobilla de limpieza).
i) Resistente al agua.
j) Micrófono con direccionalidad adaptativa.
k) Compresión dinámica (EDRC o WDRC) según grado de pérdida auditiva.
l) Transposición de frecuencia.
m) Mediciones de oído real con el audífono.
n) Modelo único que cubra todas las potencias. Comportamiento bimodal.
o) Manual de instrucciones en español.
p) Servicio técnico autorizado por casa matriz. (1 año de garantía por falla de fábrica).

Molde blando para facilitar la adherencia y sujeción del audífono y a su vez evitar la retroalimentación. Se debe cambiar en forma periódica cada 3 a 6 meses, dependiendo del crecimiento. Indicación por especialista.

Se debe realizar controles con audiometría a campo libre con o sin refuerzo visual dependiendo del caso (para evaluar ganancia funcional).

El implante coclear se encuentra garantizado para niños y niñas con hipoacusia sensorioneural bilateral severa a profunda con uso mínimo de 6 meses de audífonos bilaterales y rehabilitación fonoaudiológica que presenten:

a) Baja ganancia funcional de los audífonos (Más de 30 dB para promedio tonal puro).
b) Cirugía viable desde el punto de vista anatómico.
c) Apoyo familiar, psicológico, educativo y de rehabilitación (Informe del equipo de Implante coclear).

Se recomienda, en los casos que el implante sea bilateral, se realice en el mismo acto quirúrgico.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

59.2.2. Accesorios del procesador del implante coclear

a) Pastillas del deshumidificador.
b) Cables.
c) Bobina o antena.
d) Batería recargable o pilas.
e) Otros accesorios:
   i) Deshumidificador.
   ii) Cargador de baterías.
   iii) Porta batería.
   iv) Control remoto.
   v) Aro.
   vi) Codo (Hook).
   vii) Sujetador procesador pediátrico.
   viii) Batería acorde al tipo de implante.
   ix) Funda procesador para proteger del agua y uso cotidiano.
   x) Sistema de conexión para equipos FM y conectividad en general.

59.3. Especificaciones de la rehabilitación:

Contemplará un proceso de prehabilitación auditiva, la cual se refiere a la etapa de acompañamiento durante el proceso de habilitación, que busca generar un plan integral, estableciendo expectativas terapéuticas y estrategias para favorecer la comunicación de la persona usuaria.

60. EPILEPSIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

60.1. Especificaciones del tratamiento:

En relación con el medicamento ácido valproico de liberación prolongada, lo que se comercializa es el divalproato ácido de sodio.

60.2 Especificaciones del seguimiento:

El seguimiento de especialidad debe realizarse según indicación médica al menos una vez al año.

61. ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

61.1. Especificaciones de acceso para la canasta "Tratamiento para asma bronquial grave en personas de 15 años o más refractarios a tratamiento":

Para acceder al tratamiento, deben estar presentes los siguientes criterios:

a) Se haya descartado asma de difícil control, definido como asma que persiste con mal control debido a tratamiento farmacológico y no farmacológico subóptimo, problemas de adherencia al tratamiento, técnica inhalatoria insuficiente y/o mal control de las comorbilidades que afecten el asma.
b) Diagnóstico de asma grave no controlada con fenotipo T2 diagnosticada por el médico subespecialista en enfermedades respiratorias. La definición de asma grave no controlada con fenotipo T2 es la siguiente y debe cumplirse los siguientes tres criterios:

SECRETARÍA TÉCNICA VISADO

i. Asma que persiste con mal control después de 3 a 6 meses de haber ajustado el tratamiento por parte del médico especialista. Se define mal control como el tener puntaje en escala Asthma Control Test (ACT) < 20 puntos.

ii. Antecedentes de exacerbaciones en el último año, definidas como deterioro agudo de la condición de una persona, caracterizado por aparición o empeoramiento de los síntomas de asma, pudiendo ser:
   - Una exacerbación que haya requerido hospitalización, y/o
   - Dos o más exacerbaciones que hayan sido manejadas de forma ambulatoria con uso de ciclos de corticoides orales ≥ 3 días o consultas a servicio de urgencia en las que se haya indicado corticoides sistémicos

c) Uso de dosis altas de corticoides inhalados asociado a segundo controlador (betaadrenérgico de acción larga) o antecedente de uso de corticoides orales por 6 meses o más durante el último año.

La determinación del fenotipo T2 se realiza con (cualquiera de estos criterios):

a) Recuento absoluto de eosinófilos en sangre (RAE) ≥ 150 células/μL (o un antecedente histórico de ≥ 300 células/μL).
b) Sensibilización a alérgenos ambientales (prick test positivo o Inmunoglobulina E específica (IgE) específica elevada) con una historia clínica que correlacione los síntomas con la exposición a estos.
c) Si se dispone, fracción exhalada de óxido nítrico (FENO) ≥ 20 ppb.

La indicación de la terapia biológica es de responsabilidad del médico subespecialista en enfermedades respiratorias. La decisión de indicación del tratamiento se debe discutir en una instancia de reunión formal con el equipo multidisciplinario tratante del nivel de especialidad.

Las personas que, previo a este Régimen, se encontraban utilizando medicamentos biológicos para asma grave –distintos a los garantizados- y hayan logrado el control de la enfermedad, podrán acceder al tratamiento introducido en el presente Régimen, previa evaluación e indicación por parte del médico subespecialista.

61.2. Especificaciones del tratamiento:

En relación con las prestaciones garantizadas en el Listado de Prestaciones Específico la aerocámara adulto p/inhalador aerosol, debe ser antiestática y valvulada.

62. ENFERMEDAD DE PARKINSON

62.1. Especificaciones de rehabilitación:

Las ayudas técnicas definidas en el decreto se encuentran garantizadas hasta los 64 años de edad, luego presentan cobertura a través del problema de salud N° 36, dispuesto en el decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud, con excepción de la órtesis antiequino que mantiene su cobertura a través de este problema de salud. Las ayudas técnicas deben ser indicadas según necesidad de la persona por evaluación profesional y estas no constituyen necesariamente productos a entregar en conjunto.

Las especificaciones técnicas para las ayudas técnicas se encuentran descritas en punto IV: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas".

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

63. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

63.1. Especificaciones del diagnóstico:

El criterio de acceso es para personas menores de 17 años, una vez confirmado el diagnóstico el tratamiento deberá mantenerse mientras exista la indicación médica.

64. PREVENCIÓN SECUNDARIA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

64.1. Especificaciones del tratamiento:

Las personas tienen acceso a tratamiento médico (según listado de prestaciones específicas) desde ERC etapa 1 y hasta que cumpla con criterios de inclusión para la sustitución renal.

65. DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS

65.1. Especificaciones del tratamiento y seguimiento:

El tratamiento ortopédico considera las correas de Pavlik y/o cojín de abducción, los que deben ser de uso individual, ajustándose a las necesidades terapéuticas de cada niño y niña. En situaciones especiales se utilizará tratamiento ortopédico complementario que considera la bota de yeso con yugo y férula de abducción.

La ecotomografía de caderas debe ser realizada en el nivel secundario de atención.

66. SALUD ORAL INTEGRAL DE LA PERSONA GESTANTE

66.1. Especificaciones del tratamiento:

EL tratamiento odontológico tiene una duración máxima de 15 meses desde la primera atención. La indicación del alta integral tendrá que ser dada por el(la) profesional de salud.

Las especificaciones técnicas del kit de salud oral incluido en la prestación "Tratamiento Salud Oral Integral de la persona gestante: Atención General" son las siguientes:

a) Pasta dental con 1400 a 1500 ppm de flúor: al menos 90 g de pasta dental.
b) Cepillo dental de filamentos suaves adecuado para el grupo etario: al menos 2 cepillos dentales.
c) Seda dental: al menos 50 metros.

Además, de acuerdo con la indicación del odontólogo, debe entregarse en formato individual:

a) Colutorio de clorhexidina al 0,12%: frasco individual de al menos 120 ml.
b) Colutorio de fluoruro de sodio al 0,05%: frasco individual de al menos 250 ml.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

67. ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE

67.1. Especificaciones del diagnóstico

Criterios de sospecha: Episodios recurrentes y remitentes que no poseen una causa que los explique de:

a) Parestesias.
b) Dolor focal.
c) Ataxia.
d) Debilidad de miembros superiores o inferiores.
e) Temblor.
f) Problemas visuales.
g) Disfunción sexual.
h) Disfunción vesical.
i) Espasticidad.

Los criterios diagnósticos para la Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente (EMRR) se basan en los criterios de "Mc Donald" cuyo fundamento es la evidencia de que existen, al menos, dos lesiones que puedan ser identificadas, diseminadas en el tiempo y en el espacio. Estos criterios presentan revisiones periódicas.

Presentación clínica	Adicionales para el diagnóstico de Esclerosis Múltiple (EM)
Dos o más ataques (brotes) con dos o más lesiones.	Ningún dato clínico adicional a excepción de diagnóstico diferencial en busca de condición que explique mejor la situación clínica del paciente. Ello deberá determinarlo cada tratante en particular.
Dos o más ataques (brotes) y evidencia clínica objetiva de una lesión.	Diseminación en el espacio demostrada por a) Un brote clínico en una topografía diferente o b) Resonancia magnética (1 o más lesiones en 2 o más de las localizaciones típicas: - Corticales/yuxtacorticales - Periventriculares - Infratentoriales - Medulares. c) Exclusión de otros diagnósticos diferenciales.
Un ataque (brote) con evidencia clínica objetiva de dos o más lesiones.	Diseminación en el tiempo demostrado por: a) Resonancia magnética que evidencia lesiones captantes y no captantes de gadolinio de forma concomitante, o b) Presencia de bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo, o c) Presencia de un segundo ataque clínico. d) Exclusión de otros diagnósticos diferenciales.

La definición de un ataque o brote es generalmente aceptada como el desarrollo de síntomas neurológicos, probablemente causados por una lesión desmielinizante inflamatoria, que duran al menos 24 horas, en ausencia de fiebre o infección, y que son comprobables objetivamente en pacientes que cursan una EMRR.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

67.2. Especificaciones del tratamiento:

El tratamiento inmunomodulador considera los siguientes medicamentos: interferón beta, acetato de glatiramer, teriflunomida, dimetilfumarato y fingolimod.

67.3. Especificaciones de rehabilitación:

Las ayudas técnicas definidas en el decreto se encuentran garantizadas hasta los 64 años de edad, luego presentan cobertura a través del problema de salud N° 36, dispuesto en el decreto supremo N° 29, de 2025, del Ministerio de Salud, con excepción de la órtesis tobillo-pie que mantiene su cobertura a través de este problema de salud. Las ayudas técnicas garantizadas en este problema de salud deben ser indicadas según necesidad de la persona por evaluación profesional y estas no constituyen necesariamente productos a entregar en conjunto.

Las especificaciones técnicas para las ayudas técnicas se encuentran descritas en el numeral IV de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas".

68. HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS HEPATITIS B

68.1. Especificaciones de diagnóstico:

En el grupo de prestaciones "Sospecha de VHB en persona gestante con recién nacido menor de 2 kg", tendrá acceso al examen de antígeno de superficie de Hepatitis B, la persona gestante durante el trabajo de parto con estimación de peso fetal menor a 2 kg, o durante el parto o puerperio, cuando el recién nacido pesa menos de 2 kg.

68.2. Especificaciones de tratamiento:

Tendrán acceso a tratamiento con Tenofovir Alafenamida Fumarato (TAF), aquellos pacientes que presenten uno o más de los siguientes factores de riesgo:

a) Antecedentes de insuficiencia renal.
b) Falla renal.
c) Clearence de creatinina menor a 50 mL/min.
d) Factores de riesgo de osteopenia.
e) Personas mayores de 60 años.
f) Personas gestantes.

69. HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS HEPATITIS C

69.1. Especificaciones del diagnóstico:

Tendrán acceso a la sospecha en el nivel primario de atención, a través de examen de virus de hepatitis C, aquellas personas que:

a) Sean mayores de 45 años y que tengan alguno de los siguientes factores de riesgo:
   i) Que hayan recibido en Chile una transfusión de hemoderivados (o trasplante de órganos) antes de 1996.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

ii) Con cirrosis hepática de cualquier etiología.
iii) Hemofílicos expuestos a hemoderivados.
iv) En diálisis.
v) Con elevación persistente de aminotransferasas.
vi) Coinfectados con VIH/SIDA.
vii) Que hayan usado drogas intravenosas.

b) O que sean contacto epidemiológico de personas infectadas con el virus de la Hepatitis C.

69.2. Especificaciones del tratamiento:

Con indicación médica y evaluación pretratamiento tendrán acceso a tratamiento con antivirales de acción directa todos los pacientes que lo requieran.

Se entenderá por curación a la respuesta viral sostenida frente al tratamiento farmacológico. Los pacientes no respondedores a la terapia antiviral estándar tendrán derecho a la terapia antiviral de rescate.

El control a pacientes VHC incluye tanto a las personas sin tratamiento farmacológico y a las personas tratadas con antivirales de acción directa, cuya respuesta fue la negativización del virus, hasta cumplir un año desde la negativización viral.

70. CÁNCER COLORRECTAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

70.1. Especificaciones del diagnóstico:

Para los efectos de este problema de salud, se entiende que existe sospecha para acceder a confirmación diagnóstica en toda persona que presente:

a) Anemia crónica sin causa aparente.
b) Rectorragia o hematoquezia.
c) Cambio en el hábito intestinal en últimos 6 meses.
d) Rectorragia sin síntomas anales.
e) Masa abdominal palpable.
f) Masa rectal palpable.
g) Obstrucción intestinal baja.
h) Baja de peso >10% últimos 6 meses.
i) Antecedentes familiares de CCR o pólipos colorrectales.
j) Antecedentes personales de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn).

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

70.2. Especificaciones del tratamiento:

El tratamiento del cáncer colorrectal debe definirse en forma interdisciplinaria, en un comité oncológico. En algunos casos se requiere una cirugía de urgencia del tumor primario al debut de la enfermedad, producto de una complicación (ej. obstrucción intestinal, perforación o hemorragia digestiva baja masiva), sin previa discusión en comité; dichos casos deben ser presentados en comité, post cirugía, para definir su manejo definitivo.

El tratamiento considera la cirugía, quimioterapia y en algunos casos radioterapia. Asimismo, considera los insumos y el cuidado integral de la colostomía, sea esta transitoria o definitiva.

En pacientes que debido al tratamiento de su neoplasia requieran algún tipo de ostomía está considerada la reconstitución de tránsito y/o cierre del estoma, previa evaluación e indicación por el equipo de cirugía.

Las bolsas de ostomías permanentes corresponden a set de 3 piezas (disco, bolsa y aro/clipper), con bolsas abiertas y reutilizables y un tamaño del disco apropiado al tamaño del estoma. Los (as) pacientes con ostomía deben recibir educación por parte de enfermería para el correcto manejo y prevención de complicaciones

71. CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL

71.1. Especificaciones del diagnóstico:

La garantía de sospecha se inicia desde que el especialista (ginecólogo) funda la sospecha de cáncer epitelial de ovario. El especialista ginecólogo deberá crear el caso GES una vez que exista una sospecha fundada.

Criterios de sospecha para derivación a confirmación diagnóstica por especialista (uno de los siguientes):

a) Dolor y distensión abdominal recurrente no explicada por otras causas.
b) Polaquiuria recurrente no explicada por otras causas.
c) Presencia de ascitis.
d) Tumor anexial nodular o fijo al examen físico.
e) Evidencia de metástasis abdominales o a distancia.
f) Marcador tumoral CA 125 elevado.
g) Ecografía abdominal y pélvica con masa anexial compleja o sólida.

71.2. Especificaciones del tratamiento:

La elección del tipo de cirugía o de los tratamientos dependerá de la decisión del comité oncológico multidisciplinario.

72. CÁNCER VESICAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

72.1. Especificaciones de prestaciones:

Los grupos de prestaciones que contienen la glosa vacuna BCG, consideran el procedimiento de instilación dentro de la protección financiera.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

73. OSTEOSARCOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

73.1. Criterios de inclusión para el diagnóstico:

Las manifestaciones clínicas principales que dan origen a la sospecha, que deben de tener al menos una duración promedio de 3 meses, son las siguientes:

a) Dolor local, disminución del movimiento articular.
b) Aumento de volumen del segmento afectado con limitaciones para la deambulación.
c) Afectación variable de tejidos blandos adyacentes (masa visible o palpable de tejidos blandos).
d) Neoformación vascular (circulación colateral).
e) Fractura en hueso patológicos.
f) Calor local, circulación colateral y limitación de la movilidad.
g) Fiebre y pérdida de peso (estadios avanzados).

Los signos radiológicos sugerentes de osteosarcoma incluyen:

a) Lesión ósea lítica, blástica o mixta de márgenes mal delimitados.
b) Destrucción de la cortical asociada a reacción perióstica agresiva.
c) Aumento de volumen de partes blandas adyacentes a la lesión ósea.

73.2. Especificaciones del tratamiento:

El tratamiento para osteosarcoma debe ser definido por un comité oncológico multidisciplinario.

73.3. Especificaciones de rehabilitación:

Las ayudas técnicas definidas en el decreto se encuentran garantizadas hasta los 64 años de edad, luego presentan cobertura a través del problema de salud N° 36, dispuesto en el decreto supremo N° 29, con excepción de las vendas elásticas que mantiene su cobertura a través de este problema de salud. Las ayudas técnicas garantizadas en este problema de salud deben ser indicadas según necesidad del paciente por evaluación profesional y estas no constituyen necesariamente productos a entregar en conjunto.

Las especificaciones técnicas para las ayudas técnicas se encuentran descritas en el numeral IV de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en ayudas técnicas".

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

Este problema de salud no requiere especificaciones técnicas y/o definiciones adicionales a las señaladas en el punto II de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud".

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

75. TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

75.1. Especificaciones del tratamiento:

El criterio de acceso a prestaciones o grupo de prestaciones deberá ser clínico y no cronológico. Es decir, el grupo de prestaciones "año 1" corresponde al tratamiento en fase aguda y el grupo de prestaciones "a partir año 2" corresponde a la fase de mantenimiento y no a un período cronológico de tratamiento, ya sea estando en tratamiento ambulatorio u hospitalizado. Dadas las características de esta enfermedad y la multiplicidad de cursos clínicos posibles, los pacientes podrán migrar entre los diferentes grupos de prestaciones en cualquier momento de su enfermedad.

76. HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Este problema de salud no requiere especificaciones técnicas y/o definiciones adicionales a las señaladas en el punto II de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud".

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

Para los efectos de este problema de salud, las patologías incorporadas se definen conforme a los siguientes criterios:

a) Hipoacusia neurosensorial moderada (PTP 40 a 60 dB).
b) Hipoacusia neurosensorial severa (PTP 60 a 80 dB).
c) Hipoacusia neurosensorial profunda (PTP mayor a 80 dB).

77.1. Especificaciones del diagnóstico:

Para acceder a tratamiento, la confirmación diagnóstica debe seguir los siguientes criterios:

a) Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral clínicos (PEATC) o Audiometría.
b) Impedanciometría.

La confirmación diagnóstica se realiza con potenciales auditivos de tronco cerebral clínicos, e Impedanciometría, en el caso de que los potenciales auditivos de tronco cerebral se encuentren alterados.

77.2. Especificaciones técnicas para audífonos pediátricos:

a) Poseer al menos 10 canales (no bandas) que cuenten con regulación de la ganancia y la compresión independiente para cada canal.
b) Tener método prescriptivo pediátrico.
c) Posibilidad de 2 o más programas de escucha automático y dos programas manuales.
d) Controles de seguridad pediátricos: Indicadores de pila agotada, de programa, control de volumen con posibilidad de bloqueo. Compartimiento de pila anti-manipulación.
e) Sistema de supresión de feedback dinámico.
f) Entrada para tecnologías de asistencia auditiva (sistema FM dinámico u otro).
g) Poseer registro de datos (Data logging).

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

h) Incluir kit pediátrico (sujetador, probador de pilas, set para humedad, estetoclip para padres, pera, paño y escobilla de limpieza).
i) Resistente al agua.
j) Micrófono con direccionalidad adaptativa.
k) Compresión dinámica (EDRC o WDRC) según grado de pérdida auditiva.
l) Transposición de frecuencia.
m) Mediciones de oído real con el audífono.
n) Modelo único que cubra todas las potencias. Comportamiento bimodal.
o) Manual de instrucciones en español.
p) Servicio técnico autorizado por casa matriz (1 año de garantía por falla de fábrica).

Molde blando para facilitar la adherencia y sujeción del audífono y a su vez evitar la retroalimentación. Se debe cambiar en forma periódica cada 3 a 6 meses dependiendo del crecimiento. Indicación por especialista.

77.3. Criterio de inclusión para implantación coclear:

Niños y niñas con hipoacusia sensorioneural bilateral severa a profunda con uso mínimo de 6 meses de audífonos bilaterales y rehabilitación fonoaudiológica que presenten:

a) Baja ganancia funcional de los audífonos (Más de 30 dB para promedio tonal puro).
b) Cirugía viable desde el punto de vista anatómico.

Se deberá evaluar el apoyo familiar, psicológico, educativo y de rehabilitación (Informe del equipo de Implante coclear). En caso de que ésta sea insuficiente se buscarán otros mecanismos de apoyo.

Se recomienda, en los casos que el implante sea bilateral, se realice de manera simultánea.

77.4. Especificaciones técnicas para accesorios del procesador del implante coclear:

a) Pastillas del deshumidificador.
b) Cables.
c) Bobina o antena.
d) Batería recargable o pilas.
e) Otros accesorios:
    i) Deshumidificador.
    ii) Cargador de baterías.
    iii) Porta batería.
    iv) Control remoto.
    v) Aro.
    vi) Codo (Hook).
    vii) Sujetador procesador pediátrico.
    viii) Batería acorde al tipo de implante.
    ix) Funda procesador para proteger del agua y uso cotidiano.
    x) Sistema de conexión para equipos FM y conectividad en general.

77.5. Especificaciones del tratamiento:

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

Los beneficiarios(as) tendrán derecho a mantener el tratamiento y recibir recambios de audífonos, implante coclear y cambio de procesador cada vez que se requiera y así lo indique el especialista, independiente de la edad del paciente en el futuro. El recambio de accesorios del procesador del implante coclear se realiza anualmente.

La evaluación y/o calibración de audífonos es complementario al seguimiento clínico a pacientes con implementación de audífonos.

77.6. Especificaciones de la rehabilitación:

Contemplará un proceso de prehabilitación auditiva, la cual se refiere a la etapa de acompañamiento durante el proceso de habilitación, que busca generar un plan integral, estableciendo expectativas terapéuticas y estrategias para favorecer la comunicación de la persona usuaria.

78. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Este problema de salud no requiere especificaciones técnicas y/o definiciones adicionales a las señaladas en el punto II de esta norma: "Definiciones de carácter técnico médico y administrativo de aplicación general en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud".

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

79.1. Especificaciones del tratamiento:

Se entenderá como tratamiento quirúrgico complicado a:

a) Requerimiento de remplazo o plastia bi o tri valvular, reemplazo uni valvular con cirugía asociada: cirugía coronaria, reemplazo aorta ascendente, miectomía, cirugía de la Fibrilación Auricular (FA), disfunción sistólica preoperatoria Fracción de Eyección (FE<40%), reoperaciones y cirugías de raíz de aorta.
b) Paciente con falla renal, accidente cerebrovascular previo, insuficiencia cardiaca, falla hepática, ventilación mecánica.
c) Pacientes con endocarditis y daño valvular que requieren cirugía.

80. TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

80.1. Criterios de inclusión para tratamiento de erradicación:

Toda persona con test de Helicobacter pylori positivo, más alguna de las siguientes:

a) Ulcera gástrica o duodenal confirmada (activas o no, incluidas las complicadas).
b) Linfoma de MALT gástrico (MALToma).
c) Gastritis atrófica.
d) Dispepsia funcional.
e) Familiares de primer grado con antecedentes de cáncer gástrico.
f) Antecedente de resección gástrica.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

80.2. Criterios de derivación a especialista gastroenterólogo:

a) Úlcera gástrica o duodenal activa.
b) Persistencia de síntomas luego de 4 semanas de terminado el tratamiento.

81. CÁNCER DE PULMÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Se entenderá como incluidos en este problema de salud todos los tumores malignos pulmonares incluyendo los carcinoides.

81.1. Criterios de inclusión para el diagnóstico:

En este problema de salud se garantiza la confirmación diagnóstica requerida en base a la sospecha que deberá estar fundada en:

a) Nódulo sólido de más de dos centímetros al TAC en paciente de alto riesgo, siendo los pacientes de alto riesgo aquellos:
   i) Fumadores por más de 40 años o con un "Índice Paquete Año" mayor a 20.
   ii) Edad sobre 40 años.
b) Masa pulmonar mayor de 3 cm con o sin factores de riesgo
c) Derrame pleural, que reúna las siguientes características:
   i) Unilateral.
   ii) Exudado mononuclear, ADA bajo y/o citología positiva.
   iii) Sin otra neoplasia primaria activa.

81.2. Criterios de exclusión:

Tumores toráxicos originados en órganos distintos al pulmón: mediastino, pared toráxica, tráquea y diafragma.

81.3. Especificaciones para prestaciones:

Es relevante señalar que pueden existir grupos de prestaciones abiertas simultáneas y se puede ingresar a las prestaciones de cirugía sin pasar por las prestaciones previas.

81.3.1. Radioterapia paliativa:

La radioterapia paliativa en cáncer de pulmón está indicada para el manejo de metástasis cerebrales, óseas y de partes blandas, entre otras, y puede ser entregada con técnicas de alta complejidad (radiocirugía y SBRT), complejas (IGRT, IMRT), radioterapia conformacional 3D o convencional 2D.

81.3.2. Recomendaciones para PET -CT:

Se recomienda realizar PET-CT en todo paciente con sospecha de cáncer pulmonar como parte del estudio diagnóstico o de etapificación previo a realizar cirugías para diagnóstico o con intención curativa.

Se plantea utilización de PET-CT en:

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

a) Caracterización morfológica y funcional de nódulos periféricos sospechosos (según criterios definidos en especificaciones para el diagnóstico) o centrales de más de 2, 5 cm.
b) Estudio diagnóstico de masas pulmonares. (mayores de 3 cm).
c) Evaluación de mediastino y descartar otras localizaciones secundarias como evaluación inicial en pacientes con tumores IA a IIIB potencialmente resecables.

81.3.3. Especificaciones para bupivacaina:

La prestación que contienen la glosa bupivacaina isobara considera también la forma hiperbárica para efectos de la garantía de protección financiera.

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

82.1. Especificaciones de la definición:

Considerando que este problema de salud garantiza todos los tumores malignos de la glándula tiroides, quedan incorporados:

a) Carcinoma diferenciado de tiroides se refiere al carcinoma derivado de las células foliculares de la glándula tiroides, incluido carcinoma papilar de tiroides y todas sus variedades histológicas, carcinoma folicular de tiroides, carcinoma de células de Hürthle u oncocítico, carcinoma pobremente diferenciado de tiroides, carcinoma insular de tiroides.
b) Carcinoma medular de tiroides se refiere a carcinoma derivado de las células "C" o parafoliculares de la glándula tiroides.
c) Carcinoma indiferenciado o anaplásico y otras neoplasias malignas primarias de la glándula de tiroides.

82.2. Especificaciones para la etapificación:

La garantía de este problema de salud se inicia con la etapificación por parte de un médico(a) especialista, que viene derivado por la confirmación diagnóstica de acuerdo con los siguientes criterios:

82.2.1. Criterios de inclusión

a) Paciente con nódulo tiroideo cuya punción haya dado el resultado de Bethesda V y VI. (Punción de nódulo o adenopatía)
b) Hallazgo histopatológico compatible con carcinoma de tiroides.
c) Paciente con nódulo tiroideo cuya punción haya dado el resultado de Bethesda III y IV con niveles de calcitonina en plasma elevado (≥ 50 pg/ml, en caso de haberse realizado) o estudio molecular sospechoso de malignidad (en caso de haberse realizado).
d) Paciente con nódulo tiroideo y adenopatías sospechosas de metástasis ganglionares con resultado de medición de Tiroglobulina en el aspirado de ganglio cuyo nivel sea > 100 ng/mL, independiente de resultado citológico.
e) Bocio multi nodular de rápido crecimiento con o sin invasión locoregional sugerente de carcinoma indiferenciado (anaplástico de tiroides).

82.2.2. Criterios de exclusión:

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

a) Paciente con nódulo tiroideo sin punción
b) Paciente con nódulo tiroideo con punción cuyo resultado sea Bethesda I, II, III o IV exceptuando niveles plasmáticos de calcitonina elevados (≥ 50 pg/ml en caso de haberse realizado) o estudio molecular sospechoso de malignidad (en caso de haberse realizado).

82.3. Especificaciones la garantía de oportunidad

Las garantías de oportunidad dependerán del tipo histológico principal (Carcinoma diferenciado o medular de tiroides), y de la estimación de riesgo en el caso de carcinoma diferenciado de tiroides.
El carcinoma diferenciado de tiroides se divide en los siguientes grupos de riesgo de enfermedad persistente/recurrente:

a) Riesgo alto: pacientes en los cuales el estudio de etapificación sugiera presencia de extensión extratiroidea macroscópica a tráquea, esófago o nervio laríngeo recurrente, metástasis ganglionares ≥ 30 mm, carcinoma de rápido crecimiento o presencia de metástasis a distancia. Los pacientes con variantes agresivas y cáncer medular deben considerarse de alto riesgo.
b) Riesgo intermedio: pacientes en los cuales el estudio de etapificación sugiera la presencia de metástasis ganglionares entre 5 y 30 mm, extensión extratiroidea macroscópica (que no comprometa tráquea, esófago o nervio laríngeo recurrente) y tumores ≥ 40 mm.
c) Riesgo bajo: pacientes en los cuales el estudio de etapificación no presente las alteraciones anteriormente descritas.
d) Riesgo muy bajo: pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides ≤ 10 mm, sin sospecha de extensión extratiroidea ni de metástasis ganglionares. En ellos, la indicación médica podría considerar vigilancia activa (tratamiento no quirúrgico).

El cáncer indiferenciado o anaplásico debe considerarse de muy alto riesgo.

82.4. Especificaciones para la re-estadificación:

Tras la realización de la cirugía debe realizarse la re-estadificación que tiene por objetivo evaluar si se necesitará o no indicar terapia con radioyodo, y en caso de considerarla pertinente, se define también la dosis de radioyodo a utilizar.

82.5. Especificaciones para prestaciones:

Si el equipo tratante así lo considera necesario, es posible abrir más de una canasta de manera simultánea.

82.5.1. Consideraciones para PET -CT:

El PET-CT, se puede utilizar en los siguientes casos:

a) Pacientes con enfermedad metastásica a distancia conocida, para conocer el pronóstico, el riesgo de progresión, la probabilidad de respuesta a yodo radioactivo y la detección de nuevas lesiones.
b) Etapificación inicial y seguimiento de pacientes con carcinomas pobremente diferenciados y en algunos casos de pacientes con histología desfavorable (carcinoma de células de Hürthle invasor, carcinoma folicular invasor, células altas, etc.).



c) Localización de enfermedad en pacientes tratados con cirugía con o sin ablación radioisotópica adyuvante, que durante el seguimiento presenten niveles de tiroglobulina sérica suprimida (sin estímulo de TSH) ≥ 5,0 ng/ml o > 1,0 ng/mL y en ascenso en mediciones consecutivas, en todos estos casos con exploración sistémica con I131 diagnóstica o post tratamiento negativa, especialmente en aquellos pacientes de riesgo inicial intermedio o alto.

No es necesario realizar estimulación con TSH para realizar el estudio con PET-CT.

82.5.2. Consideraciones para terapia adyuvante con radioyodo:

a) Los pacientes en los cuales se considere la terapia adyuvante con radioyodo deben ser evaluados entre 3 y 6 meses después de la cirugía para definir la necesidad y dosis de radioyodo, considerando el resultado de los siguientes exámenes: TSH, tiroglobulina, anticuerpos anti-tiroglobulina y ecografía cervical.
b) En aquellos pacientes de riesgo alto o en otras situaciones en los cuales se considere necesario, se podrá indicar y administrar radioyodo sin la evaluación comentada en el punto anterior.

82.5.3. Consideraciones para el acceso a estudio genético RET (protoncogen RET):

a) Se debe realizar este estudio en todo paciente con diagnóstico de carcinoma medular de tiroides durante la etapificación.
b) El estudio genético se debe realizar en un laboratorio certificado mediante secuenciación automática de Sanger, en ambas direcciones del ADN al menos de los exones 5, 8, 10, 11, 13, 14, 15 y 16 y sus regiones intrónicas colindantes, con confirmación mediante contramuestra.

82.5.4. Especificaciones para el uso de lenvatinib:

En personas con cáncer de tiroides con enfermedad resistente a radioyodo y que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

a) Metástasis a distancia de tamaño ≥10 o 15 mm, con progresión de ≥ 20% en un periodo ≤ 12 meses.
b) Múltiples metástasis pulmonares con patrón miliar, con importante progresión en número de al menos 50% o asociado a disnea o con alteración de la función respiratoria.
c) Metástasis en crecimiento, que amenazan estructuras de importancia tales como laringe, tráquea, bronquios mayores, esófago
d) Pacientes con síntomas asociados a sus metástasis, como disnea u otros.
e) Enfermedad local progresiva, resistente a radioyodo y no tratable con cirugía, radioterapia u otra terapia dirigida
f) Escala de calidad de vida "ECOG" (Eastern Cooperative Oncology Group) 2 o mejor.

La decisión de la indicación de lenvatinib debe ser consensuada en un comité multidisciplinario de tiroides u oncológico, donde participen endocrinólogos y oncólogos.

Se debe realizar seguimiento a los pacientes que usen lenvatinib.

82.5.5. Definición de enfermedad resistente al radioyodo

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

De acuerdo con la evidencia disponible se define como enfermedad resistente al radioyodo si está presente alguno de los siguientes criterios:

a) Las metástasis no captan radioyodo desde la primera exploración sistémica post dosis terapéutica;
b) Las metástasis captan radioyodo inicialmente, pero dejan de hacerlo en la evolución;
c) El radioyodo es captado solo en algunas lesiones pero no en otras;
d) Existe progresión significativa posterior a la administración de radioyodo, a pesar de existir captación en la exploración sistémica. (Si bien es discutible el plazo en el cual ocurra esta progresión para considerarlo como criterio de resistencia, generalmente se asume que si ocurre en el período de 12-16 meses posterior a la administración de RAI, estaríamos ante una situación de resistencia).
e) Personas con dosis acumulada de radioyodo ≥ 600 mCi. Este último criterio es materia de controversia, y se podría considerar nueva dosis de RAI en pacientes en los cuales se espere un claro beneficio de ella y no exista evidencia de toxicidad medular según parámetros hematológicos.

82.5.6. Consideraciones respecto al tratamiento con radioyodo en pacientes con contraindicación de hipotiroidismo (rhTSH).

Personas con cáncer diferenciado de tiroides que requieran recibir radioyodo deberán ser preparados usando rhTSH (TSH recombinante humana) si cumplen cualquiera de los siguientes criterios:

a) Contraindicación para suspensión de hormona tiroidea (depresión mayor, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria o insuficiencia renal).
b) Imposibilidad de aumento endógeno de TSH por hipopituitarismo.

Considere la edad del paciente de acuerdo con las recomendaciones clínicas vigentes.

82.5.7. Consideraciones del equipo quirúrgico:

a) Existe una clara relación entre las complicaciones quirúrgicas y la experiencia del Cirujano(a) en cirugía de tiroides. Esto tiene gran relevancia, ya que estas complicaciones pueden generar gran morbilidad, entre ellas, alteraciones del nervio laríngeo recurrente (pudiendo producir incluso alteraciones graves de la vía aérea) e hipoparatiroidismo severo de difícil manejo.
b) Específicamente, la cirugía de cáncer de tiroides debe ser realizada por un(a) cirujano(a) de cabeza y cuello o cirujano(a) general con competencia en la materia.

82.5.8. Especificaciones para ecografía de etapificación cervical:

Incluye evaluación de todos los compartimentos cervicales y realización de mapa donde se dibujen las adenopatías sospechosas y dudosas. En caso de adenopatías sospechosas laterocervicales, se debe realizar punción de la adenopatía y medición de tiroglobulina en el aspirado (en caso de carcinoma diferenciado de tiroides) y de calcitonina (en caso de carcinoma medular de tiroides), salvo que exista certeza (adenopatías múltiples y de gran tamaño, con aspecto ecográfico patognomónico).

82.5.9. Especificaciones para tiroglobulina sérica:

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

Se realizará mediciones durante el seguimiento, con la frecuencia que el médico(a) tratante estime necesaria. Debe cumplir las siguientes especificaciones técnicas:

a) Sensibilidad funcional o límite de cuantificación ≤ 0,1 ng/mL.
b) Sensibilidad analítica o límite de detección ≤ 0,05 ng/mL.
c)

82.5.10. Anticuerpos Anti-Tiroglobulina séricos:

Se realizará mediciones durante el seguimiento de pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides, cada vez que se mida tiroglobulina, con la frecuencia que el médico(a) tratante estime necesaria. Es preferible que se realice siempre en el mismo laboratorio.

82.5.11. Especificaciones para calcitonina sérica:

Se realizará mediciones durante el seguimiento de pacientes con carcinoma medular de tiroides, con la frecuencia que el médico(a) tratante estime necesaria. Es preferible que se realice siempre en el mismo laboratorio. Debe cumplir las siguientes especificaciones técnicas:

Técnica: Inmunoquimioluminiscencia.
Sensibilidad analítica o límite de detección ≤ 2 pg/mL

82.5.12. Medio de contraste en TC de cuello y tórax:

En aquellos pacientes con cáncer diferenciado de tiroides que requieran TC con contraste previo a la cirugía, se deberá utilizar medio de contraste yodado hidrosoluble e isotónico. Debe tenerse en consideración que la administración de yodo radioactivo no debiera realizarse antes de 6 a 8 semanas posterior a la administración de medio de contraste yodado endovenoso, ya que la sobrecarga de yodo del contraste puede reducir la efectividad del tratamiento radioisotópico.

83. CÁNCER RENAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

83.1. Especificaciones en la definición:

Los tumores renales de origen urotelial no se incluyen en este problema de salud, ya que forman parte del problema de salud PS 72 Cáncer vesical en personas de 15 años y más.

83.2. Especificaciones del diagnóstico:

Con confirmación diagnóstica el(la) paciente pasa a ser etapificado con imágenes de tórax abdomen y pelvis.

Si en cirugía o en imágenes o etapificación, el resultado no es cáncer, se cierra el caso.

83.3. Especificaciones del tratamiento:

Se reserva la terapia sistémica solamente para los pacientes en etapa metastásica.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

83.4. Especificaciones para prestaciones:

Pueden existir grupos de prestaciones abiertas simultáneas y el tratamiento quirúrgico no siempre es previo a etapificación.

83.4.1. Consideraciones para PET -CT:

El PET -CT se recomienda realizar sólo en aquellas condiciones que sea imposible definir tratamiento con otros exámenes.

83.4.2. Consideraciones para radioterapia paliativa:

La radioterapia paliativa en cáncer renal está indicada para el manejo de metástasis cerebrales, óseas y de partes blandas, entre otras, y puede ser entregada con técnicas de alta complejidad (radiocirugía y SBRT), complejas (IGR, IMRT), radioterapia conformacional 3D o convencional 2D.

84. MIELOMA MÚLTIPLE EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

En este problema de salud quedan incluidos el mieloma múltiple y los tumores malignos de células plasmáticas, correspondiendo a estos últimos los siguientes:

a) Gammapatía monoclonal de significado incierto
b) Gammapatía monoclonal de significado renal
c) Mieloma Múltiple (MM)
   i) Smoldering (o asintomático)
   ii) Sintomático (o activo)
d) Leucemia de células plasmáticas
e) Síndrome de POEMS (Polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteína M, alteraciones de piel)
f) Plasmocitomas
   i) Solitario
      - Óseo
      - Extramedular
   ii) Múltiples
      - Óseo
      - Extramedular
g) Amiloidosis Primaria por cadenas livianas (AL).

84.1. Especificaciones para prestaciones:

En este PS pueden existir grupos de prestaciones abiertas simultáneas.

84.1.1. Consideraciones para PET -CT:

Las recomendaciones para acceder al PET -CT son las siguientes:

a) Todas las personas con mieloma múltiple en etapa de diagnóstico/etapificación.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

b) Los candidatos a trasplante.
c) Pacientes con mieloma múltiple y plasmocitomas óseos o extraóseos.
d) Personas con mieloma múltiple asintomáticos.
e) Plasmocitomas solitarios.

85. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

85.1. Especificaciones de la sospecha diagnóstica:

Se refiere a queja subjetiva de problemas de memoria (es decir, deterioro de la capacidad de memoria que afectan a la persona) y pérdida de funcionalidad evidenciada en instrumentos validados con puntajes alterados: Minimental modificado menor o igual 21 puntos y test de Pffefer mayor o igual a 6 puntos. Cuando un profesional de la salud sospecha de enfermedad de Alzheimer u otras demencias debe derivar al beneficiario(a) para una confirmación diagnóstica por un(a) médico de la red del beneficiario.

85.2. Especificaciones del diagnóstico:

El diagnóstico de demencia es clínico y requiere el descarte de factores reversibles para todos los grupos de edad, tales como delirium, intoxicación por fármacos, por drogas, polifarmacia, entre otros. Esta confirmación diagnóstica puede ser realizada en el nivel primario de atención por médico(a) general o médico(a) de familia con el apoyo de evaluaciones complementarias de otros profesionales de la salud y exámenes de laboratorio, o también realizarse un diagnóstico diferencial, en el nivel secundario, por médico(a) especialista.

Se debe derivar para diagnóstico diferencial a nivel de especialidad, en las siguientes situaciones:

a) Cambio abrupto de la funcionalidad o de la función cognitiva (sospecha de demencia rápidamente progresiva) no explicada por delirium u otra alteración transitoria o reversible.
b) Sospecha fundada de demencia en menores de 60 años.
c) Presencia de síntomas psicológicos, conductuales, físicos o motores que sean refractarios al plan de cuidados integrales del nivel primario.

El diagnóstico diferencial incluye la evaluación por un equipo interdisciplinario del nivel de especialidad, que puede incorporar diferentes especialistas médicos(as) como geriatra, psiquiatra o neurólogo(a), u otros profesionales médicos(as) con formación en demencia, e integrantes del equipo como terapeutas ocupacionales, psicólogos(as), fonoaudiólogo(a), entre otros.

85.3. Especificaciones del tratamiento:

El tratamiento debe seguir un criterio clínico basado en la complejidad de los síntomas clínicos, así, el "tratamiento de mediana complejidad" corresponde a la fase de inicio/mantenimiento, que conlleva una menor intensidad de intervenciones realizadas por equipos del nivel primario de salud. Por otra parte, el "tratamiento de alta complejidad" corresponde al tratamiento en fase intensiva en el nivel de especialidad. Los beneficiarios(as) tras completar el tratamiento de alta complejidad pueden ser derivados posteriormente al tratamiento de mediana complejidad, si clínicamente corresponde.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

La derivación a tratamiento de alta complejidad es posterior al tratamiento de mediana complejidad, en que el paciente no haya obtenido los resultados esperados respecto a la presencia de síntomas psicológicos, conductuales, físicos o motores que sean refractarios al plan de cuidados integrales del nivel primario.

El tratamiento debe realizarse de acuerdo con las necesidades clínicas de la persona, definiéndose así las estrategias terapéuticas y el nivel de atención para entregar las prestaciones.

Dadas las características de esta enfermedad y la multiplicidad de cursos clínicos posibles, los pacientes podrán migrar entre los diferentes grupos de prestaciones en cualquier momento de su enfermedad.

Los medicamentos para el tratamiento específico de la demencia (Antagonistas de los receptores NMDA e Inhibidores de la colinesterasa), incluidos en las prestaciones de "tratamiento de alta complejidad", están destinados para ser utilizados para un grupo de pacientes en el que se debe considerar tipo de demencia, etapa de progresión, efectos secundarios u otros criterios clínicos, entregándose su prescripción por periodos específicos definidos por el equipo del nivel de especialidad.

85.4. Especificaciones de la atención:

Los siguientes tipos de demencia podrían iniciar sus garantías de diagnóstico o tratamiento en el nivel de especialidad:

a) Personas con demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
b) Personas con demencia por cuerpos de Lewy.
c) Personas con demencias frontotemporales.
d) Personas con demencias en la enfermedad de Huntington.
e) Personas con demencias en la infección por VIH.
f) Personas con demencias rápidamente progresivas.
g) Personas con demencias degenerativas en menores de 60 años.

86. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN AGRESIÓN SEXUAL AGUDA

86.1. Especificaciones de la definición:

Quien declara haber sido agredido o evidencia lesiones agudas atribuibles a una agresión sexual, en un plazo que no exceda las 29 horas, accederá a la atención garantizada, sin la necesidad de un peritaje previo, en una unidad de urgencia hospitalaria o en una unidad clínica forense hospitalaria.

La confirmación diagnóstica se realizará con la atención médica.

La atención clínica inicia y coordina la atención de salud integral conformada por:

a) Atención médica.
b) Prevención y profilaxis (evaluación de riesgo de embarazo, ITS, VIH).
c) Contacto con sistema policial o judicial.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

Todo el equipo clínico que atiende al usuario/a tiene la obligación de realizar la denuncia, de acuerdo a los instruido en la Norma General Técnica para la atención de Víctimas de Violencia sexual (2016)[13] (o sus actualizaciones).

86.2. Especificaciones de las atenciones:

Primera respuesta en atención integral de salud en agresión sexual aguda:

a) Atención de emergencia de las lesiones físicas detectadas y toma de muestras de importancia clínica.
b) Anticoncepción de emergencia o prevención de embarazo no intencionado.
c) Profilaxis para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
d) Evaluar y mitigar el riesgo de transmisión de hepatitis B.
e) Proporcionar primera ayuda psicológica.

Etapa de seguimiento, la persona recibe atención según sus necesidades:

a) Las especialidades requeridas serían: Pediatría, Ginecología, Urología, Infectología. Dermatología, Medicina interna, Medicina familiar o Inmunología.
b) Atención de salud mental por psiquiatra y psicólogo(a) clínico.
c) Controles para evaluar las profilaxis, tratamiento y exámenes de seguimiento.

87. REHABILITACIÓN SARS COV-2

87.1. Especificaciones sobre la garantía de acceso

Esta garantía resguarda el acceso a rehabilitación a toda persona de alta de una hospitalización por SARS CoV-2 o COVID-19, a partir del 1º de octubre de 2022, con severidad grave o crítica, y que tenga riesgo de secuelas.

El riesgo de secuelas puede ser leve, moderado o severo, lo que se determinará en base a una "categorización multidimensional de riesgo de secuelas", realizada por el equipo de rehabilitación tratante previo al alta hospitalaria.

La categorización señalada se realizará de acuerdo con documento vigente emitido por la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, en donde además se explicita la derivación a la red de salud según el puntaje obtenido. Esta categorización debe ser realizada por el equipo de rehabilitación antes del alta hospitalaria. De esta manera, el(la) médico(a) tratante y que da el alta de hospitalización, deriva a rehabilitación en base al resultado de la categorización multidimensional de riesgo de secuelas:

a) Riesgo de secuelas severo: derivación a rehabilitación domiciliaria de especialidad por 3 meses en aquellas personas que cumplan con las siguientes características:
   i) Alteración severa en la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas y/o
   ii) Presenten lesiones por presión.
b) Riesgo de secuelas severo: derivación a rehabilitación ambulatoria de especialidad por 4 meses.

[13] https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

c) Riesgo de secuelas moderado: derivación a rehabilitación ambulatoria de especialidad por 3 meses.
d) Riesgo de secuelas leve: derivación a rehabilitación ambulatoria por 2 meses.

Según los tiempos estimados de recuperación, aquellas personas que ingresan con riesgo de secuela severo podrían requerir hasta 12 meses de rehabilitación, pudiendo acceder a todos los grupos de prestaciones definidos en el decreto vigente, en base a su condición de inicio y evolución del proceso rehabilitador.

87.2. Especificaciones sobre el acceso a las modalidades de atención:

87.2.1. Acceden a rehabilitación domiciliaria de especialidad:

a) Personas con riesgo de secuelas severo cuya capacidad funcional requiere en primera instancia de servicios de rehabilitación en domicilio.

Las acciones se ejecutan de manera presencial en el domicilio de la persona usuaria, pudiendo complementarse con atenciones a distancia. Una vez concluida la etapa de rehabilitación domiciliaria de especialidad se deriva para continuidad a rehabilitación ambulatoria de especialidad o a rehabilitación ambulatoria.

87.2.2. Acceden a rehabilitación ambulatoria de especialidad:

a) Personas con riesgo de secuelas moderado.
b) Personas con riesgo de secuelas severo.
c) Personas con riesgo de secuelas severo para continuidad de atención luego de la rehabilitación domiciliaria de especialidad.

Las acciones se ejecutan de manera presencial en el establecimiento de especialidad, pudiendo complementarse con atenciones a distancia. Una vez concluida la rehabilitación ambulatoria de especialidad se deriva para continuidad a rehabilitación del riesgo de secuelas leves.

87.2.3. Acceden a rehabilitación ambulatoria:

a) Personas con riesgo de secuelas leve.
b) Personas con riesgo de secuelas moderado o severo para continuidad de atención luego de la rehabilitación ambulatoria o domiciliaria de especialidad.

Las acciones se ejecutan de manera presencial en el establecimiento de salud, pudiendo complementarse con atenciones a distancia y se completan una vez alcanzados los objetivos terapéuticos con el alta de rehabilitación.

88. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO TRAS ALTA HOSPITALARIA POR CIRROSIS HEPÁTICA

88.1. Especificaciones de la definición:

Quien ha tenido una hospitalización por cirrosis hepática y fue dado de alta a partir del 01 de diciembre de 2025, accederá a tratamiento garantizado.

En el diagnóstico principal debe estar consignada la cirrosis hepática o alguna de sus complicaciones.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

88.2. Especificaciones del tratamiento:

La prestación de "vitaminas liposolubles A, D, E, K" es exclusiva de la población pediátrica, por lo que debe ser indicada por un médico especialista en pediatría o subespecialista en gastroenterología infantil.

Las dosis a utilizar son las siguientes:

i) Vitamina K: 5-10 mg oral o intravenoso, 1-2 veces por semana
ii) Vitamina E: 100 mg/día oral (α-tocoferol) y 17 mg (25 UI)/kg/día oral (tocofersolan)
iii) Vitamina D3: 1.000-2.000 UI/día
iv) Vitamina A: 1.000-2.500 UI/día oral

La indicación de las vitaminas se realizará hasta los 2 años de edad y se prolongará según necesidad médica y ajustando las dosis de acuerdo con la evaluación clínica y/o los resultados de exámenes de laboratorio.

La administración de éstas debe ser en gotas o jarabe hasta que tengan una edad en que puedan deglutir comprimidos. La administración debe ser en un único preparado, o bien, otorgar la suplementación por separado. Todas las formulaciones deben ser liposolubles.

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

89.1. Especificaciones en la definición

Queda incorporado en este problema de salud, el tratamiento para las personas menores de 15 años con un diagnóstico de episodio depresivo grave (con o sin síntomas psicóticos) o de episodio depresivo grave recurrente a tratamiento (con o sin síntomas psicóticos), siempre asociados a riesgo suicida que requieran hospitalización.

Por riesgo suicida se entenderá cualquiera de las siguientes manifestaciones:

i) Ideación suicida de alto riesgo: al momento de la evaluación clínica, presencia de ideación suicida, con alto nivel de impulsividad y/o alta intencionalidad y/o planificación, según la etapa evolutiva de la persona. Considera un tiempo de hasta 1 semana previa a la evaluación clínica (riesgo agudo).

ii) Intento de suicidio reciente: acto de lesiones autoinfligidas, incluyendo envenenamiento o intoxicación, con intención de muerte. Se debe considerar la percepción subjetiva del método utilizado, según etapa del desarrollo y nivel cognitivo. Incluye intentos interrumpidos por terceros, circunstancias externas o por la propia persona durante un plazo de hasta 1 semana previa a la evaluación clínica.

89.2. Especificaciones del tratamiento:

El tratamiento de la depresión grave con riesgo suicida es realizado por médico/a en colaboración con otros profesionales del equipo de salud general, como psicólogo/a, terapeuta ocupacional, enfermera/o u otros.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

Una vez confirmado el diagnóstico de depresión grave con riesgo suicida las personas deben iniciar su tratamiento en una hospitalización cerrada, posteriormente continuarán su tratamiento, ya sea en una hospitalización diurna o en modalidad de tratamiento ambulatorio (nivel especialidad).

El tipo de tratamiento se efectuará de acuerdo con la indicación médica.

89.2.1. Especificaciones para la hospitalización cerrada (día cama integral)

Según la disponibilidad del centro asistencial, la hospitalización podrá ser en una cama de hospitalización psiquiátrica infanto-adolescente o en una cama de cuidados medios de pediatría. En caso de requerimiento clínico, la prestación podrá ser entregada en otro tipo de camas hospitalarias pediátricas de centros de mediana y/o alta complejidad. El tratamiento es realizado por médico/a especialista en psiquiatría infanto-adolescente o adulto y por pediatra. La hospitalización debe estar centrada en la estabilización clínica, con planificación de transición a cuidado ambulatorio seguro.

89.2.2. Especificaciones para la hospitalización diurna

El tratamiento es realizado por médico/a especialista en psiquiatría infanto-adolescente o adulto, pudiendo también incluir la especialidad de pediatría. Los cuidados son interdisciplinarios y de alta intensidad, privilegiando la reinserción integral de la persona en su entorno.

89.2.3. Especificaciones para el tratamiento ambulatorio

Las personas pueden acceder al ser derivadas, ya sea desde la hospitalización diurna o desde la hospitalización cerrada. El tratamiento es realizado por médico/a especialista en psiquiatría infanto-adolescente o adulto junto a un equipo interdisciplinario.

89.3. Especificaciones para la garantía de oportunidad

La consulta ambulatoria con especialista se realizará dentro de 30 días desde la fecha de derivación desde la hospitalización cerrada o diurna para favorecer la adecuada continuidad de cuidados de la persona.

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

90.1. Especificaciones de la definición:

Incluirá la atención garantizada para todas las personas clasificadas como "fumador actual" (aquella que declara consumir cigarrillos diaria u ocasionalmente), y con alta dependencia (quien fuma su primer cigarrillo dentro de los primeros 60 minutos después de despertarse) y con intención de dejar de fumar (quien ha intentado dejar de fumar al menos una vez durante los últimos 12 meses) y que está en etapa de preparación o acción, de acuerdo con el modelo de cambio de conducta de Prochaska y DiClemente. Cabe señalar que la acción de fumar tabaco corresponde al tipo de administración que incluye cualquier forma de tabaco fumado.

Este problema de salud no incluye a quienes consumen nicotina a través de otros sistemas electrónicos de administración o similares.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO

90.2. Especificaciones del tratamiento:

El criterio de acceso a prestaciones o grupo de prestaciones corresponde a las personas indicadas en la definición: personas de 25 años y más que sean fumadoras actuales, con alta dependencia e intención de dejar de fumar, y en etapa de cambio de preparación o acción.

La duración de este tratamiento es de doce semanas; sin perjuicio de lo anterior, en caso de recaídas posteriores al cierre del caso inicial, podrá abrirse un nuevo caso, conforme a indicación del equipo tratante.

SECRETARÍA TÉCNICA GES VISADO