

**SUPERINTENDENCIA  
DE SALUD**

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales  
Subdepartamento de Regulación

**CIRCULAR IF/Nº 323**

**SANTIAGO, 04 FEB. 2019**

**IMPORTE INSTRUCCIONES PARA LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN ACERCA DEL  
SUBPROGRAMA "ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA", DEL PROGRAMA  
NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.**

Esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en el artículo 110, Nº 2 del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones.

**I. ANTECEDENTES**

El Ministerio de Salud a partir del año 2015 implementó como parte del Programa Nacional de Alimentación Complementaria PNAC, el Subprograma "Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca APLV".

Posteriormente, mediante la Resolución Exenta Nº27 de fecha 14 de enero de 2019, que "Aprueba Actualización del Protocolo de Gestión Administrativa del PNAC-APLV", se expandió la cobertura del PNAC a todos los niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico confirmado de alergia a la proteína de la leche de vaca, independientemente de su sistema previsional, a partir del 16 de enero de 2019.

De acuerdo a lo señalado por el Ministerio de Salud, desde la fecha indicada anteriormente, comenzará la distribución de productos de este subprograma en los establecimientos de atención primaria de salud.

**II. OBJETIVOS**

1.-Informar a los afiliados de isapres del beneficio gratuito, consistente en fórmulas hipoalérgicas a que tienen derecho sus beneficiarios menores de 2 años cuando tienen confirmada la alergia a la proteína de la leche de la vaca.

2.-Velar porque las Isapres y Prestadores de Salud apliquen las instrucciones y formularios que deben utilizarse para hacer efectivo el beneficio a que tienen derecho los beneficiarios niños o niñas menores de 2 años que tienen un diagnóstico confirmado de APLV.

### **III. MODIFICA EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS, DICTADO POR CIRCULAR IF/Nº 77, DE 25 DE JULIO DE 2008**

En el Capítulo V "del Programa Nacional de Alimentación Complementaria", agregase un punto Nº5, con el contenido que a continuación se indica:

"Nº5 Subprograma "Alergia a la Proteína de la Leche de la Vaca APLV, del Programa Nacional de Alimentación Complementaria PNAC"

El Ministerio de Salud ha incorporado al PNAC un subprograma "Alergia a la Proteína de la Leche de la Vaca", que consiste en un beneficio gratuito para los niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico confirmado de alergia a la proteína de la leche de vaca, independientemente de su sistema previsional.

En el Anexo "PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)- ALERGIA A LA PROTEINA DE LA LECHE DE LA VACA (APLV), que se adjunta, se encuentran los formularios que deberán ser llenados para acceder al beneficio.

Las Isapres deberán difundir la información del anexo antes citado, a través de todos los medios de que dispongan, tales como, agencias, sucursales y correos electrónicos, con el propósito que los afiliados y beneficiarios puedan conocer y hacer uso de este beneficio gratuito cuando corresponda. Por otra parte, deberán entregar esta información a toda la Red de Prestadores de Salud con los que tenga convenio, con el objetivo de que ellos tomen conocimiento y puedan difundirla a sus pacientes.

Adicionalmente a lo anterior, las isapres deberán incorporar en sus páginas web el link <https://www.minsal.cl/pnac-informacion-relevante/> para acceder al banner del Ministerio de Salud donde podrán obtener los formularios relacionados con el PNAC APLV.

Se debe hacer presente a las isapres que para que sus beneficiarios puedan retirar los productos que entrega el PNAC, deben contar con el carné que se menciona en el punto Nº3, del presente Capítulo, en el que se indica que, las Instituciones de Salud deberán editar el carné infantil y la cartilla sobre Control de Examen de Salud del Niño, para su entrega a todos los beneficiarios al momento de tramitar el programa de atención médica del parto."

### **IV. PLAZO DE DIFUSIÓN**

Las Isapres deberán incorporar en sus páginas web el link que se menciona en la presente Circular, en el plazo de 5 días hábiles, contado desde la fecha de notificación del presente documento.

Asimismo, las Instituciones de Salud Previsional deberán difundir el anexo de la presente Circular, en los medios de que dispongan, tales como, agencias, sucursales y correos electrónicos, en un plazo de 20 días hábiles, contado desde la fecha de notificación del presente documento.

#### **V.- VIGENCIA DE LA CIRCULAR**

Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia a contar de la fecha de su notificación.

  
  
**MANUEL RIVERA SPULVEDA**  
**INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS**  
**PREVISIONALES DE SALUD**

  
**AMAW/OPF**  
**Distribución**

- Gerentes Generales de Isapres
- Asociación de Isapres
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Oficina de Partes

Correlativo 9087-2019

## **A N E X O**

### **PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)**

#### **ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE LA VACA (APLV)**

##### **INFORMACIÓN RELEVANTE**

El PNAC APLV es un beneficio para la población que distribuye fórmulas hipoalérgicas a niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico confirmado de alergia a la proteína de la leche de vaca.

A partir del 16 de enero de 2019 es un programa gratuito para los usuarios tanto de Fonasa como isapres.

##### **¿QUIÉNES PUEDEN ACCEDER AL PNAC APLV?**

Todos los niños y niñas menores de 2 años con diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca confirmado.

##### **¿QUIÉNES PUEDEN REALIZAR LA DERIVACIÓN AL PNAC APLV?**

El diagnóstico de alergia a la proteína de la leche de vaca debe ser realizado por los siguientes médicos especialistas inscritos en la Superintendencia de Salud: Gastroenterólogos; Inmunólogos o Pediatras, quienes podrán realizar la derivación para ingreso al Programa.

##### **¿QUÉ PRODUCTOS SE DISTRIBUYEN?**

El PNAC APLV distribuye dos tipos de productos: una fórmula hidrolizada y una fórmula aminoácida.

Los beneficiarios podrán recibir mensualmente hasta 4,5 KG de alguno de estos productos, de acuerdo a la prescripción médica.

##### **¿CÓMO REALIZAR LA DERIVACIÓN AL PNAC APLV?**

Una vez realizada la confirmación diagnóstica y definido el tratamiento con fórmulas hipoalérgicas, el médico tratante deberá realizar la derivación de los beneficiarios para ingreso en el PNAC APLV en el Centro de Salud Familiar en el que el usuario se encuentre inscrito o el más cercano a su domicilio.

#### **MODALIDAD EXTRASISTEMA: USUARIOS QUE SE CONTROLAN EN EL SISTEMA PRIVADO DE ATENCIÓN (FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN; ISAPRES; FONASA LIBRE ELECCIÓN; PARTICULARES, ENTRE OTROS)**

La derivación al Programa podrá ser realizada a través de la modalidad privada de atención del usuario. En este caso, el médico tratante deberá emitir la documentación que a continuación se indica:

- Formulario de "Ingreso al PNAC APLV"
- Receta médica

A los documentos señalados, se deberán agregar los siguientes:

- Certificado del registro del médico en la Superintendencia de Salud
- Certificado de residencia
- Fotocopia carné de identidad del cuidador

Todos los documentos deberán tener letra legible, todos sus campos completos y nombre, firma y timbre del médico tratante.

#### **RETIRO DE LOS PRODUCTOS**

El retiro de los productos se establecerá de manera mensual de acuerdo con los horarios definidos por cada establecimiento de salud.

El cuidador del beneficiario deberá presentar de forma completa la documentación en el establecimiento de atención primaria en el que se encuentre inscrito o en el más cercano a su domicilio cumpliendo con los siguientes requisitos:

- Tener el beneficiario menos de dos años de edad cronológica o edad corregida en el caso de prematuros
- Presentar receta médica con indicación de tratamiento a través de fórmula hipoalérgica
- Presentar fotocopia de carné de identidad del cuidador.
- Presentar carné de control de salud o documento que lo reemplace
- Presentar certificado de inscripción del médico en la Superintendencia de Salud

Dependiendo del stock de productos en el establecimiento de atención primaria de salud, se podrá realizar la entrega inmediata del producto o citar al usuario dentro de las 3 siguientes semanas para el retiro del producto.

El encargado de distribución deberá ajustar el número de tarros de productos a entregar al beneficiario de acuerdo a los Kg solicitados en la receta médica y al gramaje del formato comercial vigente.

## **EGRESO O TRASLADO DE PUNTO DE DISTRIBUCIÓN**

### **Egreso**

El paciente podrá hacer egreso del programa en cualquier momento por las siguientes causas:

- Razones clínicas que el médico especialista estime conveniente
- Por cumplimiento de la edad de término de la cobertura del PNAC APLV (dos años cumplidos)
- En estos casos, el médico tratante deberá realizar el formulario de "Egreso del PNAC APLV". El cuidador deberá presentarlo en el punto de distribución para ser reingresado en el subprograma que corresponda.
- Además, se realizará egreso del Programa si el beneficiario no realiza retiro del producto por un período de 3 meses.

### **Traslado de punto de distribución**

En caso de que el beneficiario deba trasladarse de establecimiento de salud por cambio de domicilio, el encargado de distribución del establecimiento de atención primaria de salud, deberá completar el formulario "Traslado de punto de distribución para beneficiarios (as)" y presentarlo en su nuevo establecimiento de atención primaria.

Forman parte del anexo, los formularios que se indican a continuación:

- Formulario de "Ingreso al PNAC APLV"
- Formulario de "Traslado de punto de distribución PNAC APLV"
- Formulario de "Egreso del PNAC APLV"
- Acta de Retiro/No Retiro de fórmulas PNAC APLV"

Anexo 2 Formulario de ingreso al PNAC APLV

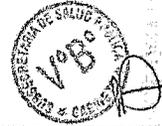
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA (Este formulario debe ser completado por el médico tratante)			
INGRESO DE BENEFICIARIOS(AS)			
<b>A) ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)</b>			
<b>PREVISIÓN:</b>		<b>FECHA</b>	
<b>NOMBRE BENEFICIARIO(A)</b>			
<b>RUN:</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>DIRECCIÓN:</b>			
<b>CIUDAD/COMUNA:</b>		<b>TELÉFONO DE CONTACTO</b>	
<b>REGIÓN:</b>			
<b>NOMBRE DEL CUIDADOR(A):</b>			
<b>RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:</b>			
<b>NOMBRE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DERIVADOR:</b>			
<b>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>			
<b>B) DETALLES DEL DIAGNÓSTICO</b>			
Cuadro clínico que fundamenta el diagnóstico según la guía clínica APLV			
<b>C) INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA</b>			
<b>NOMBRE:</b>			
<b>RUT:</b>			
<b>ESPECIALIDAD:</b>	<b>CONTACTO:</b>		
<b>N° INSCRIPCIÓN DE SUPERINTENDENCIA DE SALUD (si corresponde)</b>			
<b>NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO TRATANTE</b>			
<b>FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA (Completa establecimiento punto de distribución):</b>			



\*Todos los campos son obligatorios,

Versión 2018

Anexo 3 Formulario de traslado de punto de distribución



PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ALERGI A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA TRASLADO DE PUNTO DE DISTRIBUCIÓN			
ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)			
<b>PREVISIÓN:</b>			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:			
RUT DEL BENEFICIARIO:			
NOMBRE DEL CUIDADOR(A):			
RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:		TELÉFONO DE CONTACTO:	
DIRECCIÓN ACTUAL			
CIUDAD ACTUAL:			
REGIÓN ACTUAL:			
ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN		TELÉFONO CONTACTO ESTABLECIMIENTO ORIGEN:	
DATOS DEL LUGAR DE TRASLADO			
DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO:			
CIUDAD:			
REGIÓN:			
ESTABLECIMIENTO DE DESTINO:			
INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
NOMBRE DEL ESPECIALISTA:			
ESPECIALIDAD:			
DATOS DE LA ÚLTIMA ENTREGA PNAC APLV:			
TIPO DE FORMULA			
N° DE TARROS	PROPORCIONADOS:		
FECHA DE ÚLTIMA ENTREGA:			
FECHA SUGERIDA DE LA PRÓXIMA ENTREGA:			
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL ENCARGADO DE DISTRIBUCIÓN			
TIMBRE DEL CESFAM			

\*El beneficiario debe adjuntar la receta médica

Versión 2018

Anexo 4 Formulario de egreso de beneficiarios



PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 2 AÑOS CON APLV EGRESO DE BENEFICIARIOS(AS) DEL PNAC-APLV	
<b>A) ANTECEDENTES GENERALES DEL BENEFICIARIO(A)</b>	
NOMBRE:	
RUN:	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	
REGIÓN:	
ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA:	
<b>B) CAUSA DEL EGRESO</b>	
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> TÉRMINO DE COBERTURA POR EDAD (2 AÑOS CUMPLIDOS) <input type="checkbox"/> OTRA CAUSA (DETALLAR): _____	
<b>C) INFORMACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA</b>	
NOMBRE:	
ESPECIALIDAD:	FIRMA Y TIMBRE
RUN:	
<b>C) CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR(A)</b>	
EL (LA) CUIDADOR(A) DEL BENEFICIARIO(A) DECLARA ESTAR EN CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO DE LOS BENEFICIOS DEL SUBPROGRAMA PNAC-APLV	
FECHA DE EGRESO DEL PNAC-APLV:	NOMBRE Y FIRMA DEL CUIDADOR(A):

\*Presentar este formulario en el establecimiento de atención primaria para ingresar al subprograma que corresponde

Versión 2018



ANEXO 6 ACTA DE RETIRO / NO RETIRO DE PRODUCTOS

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 2 AÑOS CON APLV									
ACTA DE RETIRO/NO RETIRO DE FÓRMULAS PNAC-APLV									
ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
FECHA	TIPO DE FÓRMULA* (FEH - FAA)	N° DE TARRÓS A ENTREGAR	GRAMAJE TOTAL A ENTREGAR	NOMBRE DE CUIDADOR RESPONSABLE	RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO	RETIRO/NO RETIRO DE PRODUCTOS (marcar con X)		FIRMA DEL CUIDADOR RESPONSABLE	EN CASO DE NO RETIRO DE PRODUCTOS INDICAR MOTIVO (formularios incompletos, receta mal emitida, etc)
						RETIRA	NO RETIRA		

\*FEH: Fórmula extensamente hidrolizada // FAA: Fórmula aminoacídica

