DIARIO OFICIAL
DE LA REPUBLICA DE CHILE
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

I
SECCIÓN

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y RESOLUCIONES DE ORDEN GENERAL

Núm. 41.862 | Sábado 16 de Septiembre de 2017 | Página 1 de 13

Normas Generales

CVE 1274471

MINISTERIO DE SALUD

SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN

En la edición del Diario Oficial Nº 41.859, de 13 de septiembre de 2017, Sección I, CVE 1271762, se publicó el Decreto Supremo Nº 22, de 2017, que "MODIFICA EL DECRETO Nº3, DE 2016, QUE APRUEBA GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEL RÉGIMEN GENERAL DE GARANTÍAS EN SALUD", con los siguientes errores: • El considerando 9 debe decir: "Que, el surgimiento permanente de nuevas tecnologías sanitarias plantea la necesidad continua de actualización de las garantías de salud vigentes, y que el Ministerio de Hacienda dispuso el financiamiento para estos fines"; • En la prestación "Bastones codera fija a pacientes con disrafia espinal abierta", del problema de salud Nº9, el arancel es de 20.850 y su copago de 4.170; • En la prestación "Bastones codera móvil a pacientes con disrafia espinal abierta", del problema de salud Nº 9, el arancel es de 21.440 y su copago de 4.290; • En la prestación "Silla de ruedas neurológica a pacientes con disrafia espinal abierta", del problema de salud Nº 9, el arancel es de 1.435.620 y su copago de 287.120; • En la prestación "Andador con dos ruedas y apoyo antebraquial a pacientes con disrafia espinal abierta", del problema de salud Nº 9, el arancel es de 85.390 y su copago de 17.080; • En la prestación "Andador con dos ruedas a pacientes con disrafia espinal abierta", del problema de salud Nº 9, el arancel es de 28.460 y su copago de 5.690; • En la prestación "Cojín antiescara viscoelástico a pacientes con disrafia espinal abierta", del problema de salud Nº 9, el arancel es de 43.560 y su copago de 8.710; • En la prestación "Cojín antiescara celdas de aire a pacientes con disrafia espinal abierta", del problema de salud Nº 9, el arancel es de 140.400 y su copago de 28.080; • En la prestación "Colchón antiescara celdas de aire a pacientes con disrafia espinal abierta", del problema de salud Nº 9, el arancel es de 337.730 y su copago de 67.550; • En la prestación "Bastón codera móvil", de los problemas de salud Nº 37 y Nº 42, el arancel es de 10.720 y su copago de 2.140; • En la prestación "Silla de ruedas neurológica", de los problemas de salud Nº 37 y Nº 42, el arancel es de 1.435.620 y su copago de 287.120; • En la prestación "Cojín antiescara viscoelástico", de los problemas de salud Nº 37, Nº 42 y Nº 62, el arancel es de 43.560 y su copago de 8.710; • En la prestación "Colchón antiescara celdas de aire", de los problemas de salud Nº 37, Nº 42 y Nº 62, el arancel es de 337.730 y su copago de 67.550; • En la prestación "Cambio de accesorios del procesador coclear", del problema de salud Nº 59, el arancel es de 982.010 y su copago de 196.400; • En la prestación "Bastón de apoyo o de mano", del problema de salud Nº 62, el arancel es de 8.420 y su copago de 1.680; • En la prestación "Andador con dos ruedas y asiento", del problema de salud Nº 62, el arancel es de 56.860 y su copago de 11.370; • En la prestación "Andador con cuatro ruedas y canasta", del problema de salud Nº 62, el arancel es de 65.590 y su copago de 13.120; • En la prestación "Andador sin ruedas articulado", del problema de salud Nº 62, el arancel es de 31.310 y su copago de 6.260; • En la prestación "Cojín antiescara celdas de aire", del problema de salud Nº 62, el arancel es de 140.400 y su copago de 28.080; • En la prestación "Órtesis antiequino", del problema de salud Nº 62, el arancel es de 235.140 y su copago de 47.030; quedando el texto como sigue:

Extracto de Decreto Supremo Nº 22, de 3 de julio de 2017, que modifica el Decreto Nº 3, de 2016, que aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud:

Visto:

Lo dispuesto en los Párrafos 3, 4 y 5 del Título I, de la ley Nº 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud; en el decreto supremo Nº 69 de 2005, del Ministerio Salud, que aprueba el reglamento que establece normas para el funcionamiento del Consejo Consultivo a que se refiere la ley

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

Nº 19.966; y en el decreto supremo Nº 121, de 2005, del Ministerio Salud, que aprueba el reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud de la ley Nº 19.966; decreto supremo Nº 3, de 27 de enero de 2016, del Ministerio de Salud, que aprueba Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley Nº 19.966; decreto supremo Nº 21, de 2 de junio de 2016, del Ministerio de Salud, que rectifica el decreto supremo Nº 3 de 2016; oficio Nº 80, de 8 de enero de 2016, del Ministerio de Hacienda que comunica recursos disponibles para el GES; resolución exenta Nº 1.177, de 11 de octubre de 2016, de la Ministra de Salud, que crea el grupo de trabajo para elaboración de garantías explícitas en salud; el oficio Nº 3039, de 16 de septiembre del Ministerio de Salud, a través del cual solicita al Ministerio de Hacienda confirmación del presupuesto; el oficio Nº 2499, de fecha 13 de octubre de 2016, del Ministerio de Hacienda, que confirma el presupuesto disponible para las garantías explícitas en salud; el informe del Consejo Consultivo de fecha 3 de mayo de 2017; y,

Considerando:

1. Que, el Régimen General de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley Nº 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Debe establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud debe cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley Nº 18.469.
2. Que, el referido Régimen debe contener las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, debiendo el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.
3. Que, las Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.
4. Que, las garantías señaladas deben ser las mismas para los beneficiarios de los Libros II y III del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, pero pueden ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.
5. Que, las Instituciones de Salud Previsional están también obligadas a asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud confiere como mínimo en su modalidad de libre elección, en los términos del artículo 31 de la ley Nº 19.966.
6. Que, las Garantías Explícitas en Salud deben ser elaboradas de conformidad con el procedimiento establecido en la ley Nº 19.966 y en el decreto supremo Nº 121, de 2005, del Ministerio de Salud, y deben ser aprobadas por decreto supremo de dicha Secretaría de Estado suscrito, además, por el Ministro de Hacienda.
7. Que, el procedimiento de elaboración de las Garantías Explícitas en Salud 2016 – 2019, tuvo como finalidad revisar las prestaciones de los 80 problemas de salud vigentes, mejorando la integralidad de aquellas.
8. Que, con ocasión de dicho procedimiento y conforme a lo dispuesto en el artículo 23 de la ley Nº 19.966, mediante decreto supremo Nº 3, de 27 de enero de 2016, del Ministerio de Salud, se aprobaron las Garantías Explícitas en Salud para el período 2016 - 2019, las que entraron en vigencia el día 1º de julio de 2016. Este decreto se publicó en el Diario Oficial del día 3 de marzo de 2016, y luego rectificado a través del decreto supremo Nº 21, de 2 de junio de 2016.
9. Que, el surgimiento permanente de nuevas tecnologías sanitarias plantea la necesidad continua de actualización de las garantías de salud vigentes, y que el Ministerio de Hacienda dispuso el financiamiento para estos fines.
10. Que, con ese margen presupuestario, el grupo de trabajo a que se refiere el artículo 6º, del decreto supremo Nº 121 citado en los visto, con el conocimiento y visto bueno del Consejo Consultivo a que se refiere el párrafo 4º de la ley Nº 19.966, ha propuesto al Ministerio de Salud y al Ministerio de Hacienda hacer mejoras al régimen de garantías explícitas en salud incluyendo, en resumen, las siguientes intervenciones o prestaciones en los problemas de salud que se indican:

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

a) Tratamiento de la hiperfosfemia e hiperparatiroidismo para el problema de salud Nº 1, Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5;
b) Ayudas técnicas para los problemas de salud Nos 9 (Disrafias espinales), 37 (Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más); 42 (Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales), y 62 (Enfermedad de Parkinson); para menores de 65 años dado que los mayores de 65 años quedarán cubiertos por las garantías del problema de salud Nº 36 (Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más);
c) Nuevos esquemas de tratamiento para el problema de salud Nº 18, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA;
d) Nuevos medicamentos para los tratamientos del problema de salud Nº 34, Depresión en personas de 15 años y más;
e) El cambio de accesorios del procesador coclear, para los problemas de salud Nos 59 (Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro) y 77 (Tratamiento de hipoacusia moderada en personas menores de 4 años); y,
f) Nuevos tratamientos farmacológicos para el problema de salud Nº 69, Hepatitis C.

11. Que, las referidas mejoras al régimen de garantías explícitas en salud redundan administrativamente en modificaciones al decreto Nº 3 de 2016, ya citado. En concreto, se modificarán los apartados donde se determina la protección financiera de los correspondientes problemas de salud para el solo efecto de incluir las intervenciones o prestaciones a las que se refiere el considerando anterior. Asimismo, se modificarán los apartados de las garantías de oportunidad y de acceso en los mismos problemas en lo que corresponde a las prestaciones que se garantizarán. También, corresponderá actualizar el listado de prestaciones específico a que se refiere el artículo 3º, del decreto supremo Nº 3, de 2016.
12. Que, habida cuenta de la conveniencia de efectuar aquellas mejoras al régimen de garantías explícitas en salud, se aprovechará esta instancia para también hacer algunas precisiones de índole administrativo al artículo 11º del decreto Nº 3 ya citado.
13. Que, por lo expuesto, vengo en dictar el siguiente:

Decreto

Artículo 1º.- Introdúcense las siguientes modificaciones en el decreto supremo Nº 3, de 27 de enero de 2016, del Ministerio de Salud, que aprueba Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley Nº 19.966, de la siguiente manera:

1. Modifíquese el artículo 1º del siguiente modo:

A. Sustitúyase su número 1 por el siguiente:

"1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 y 5

Definición: La enfermedad renal crónica, corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida progresiva, irreversible y permanente de la función renal a la que se puede llegar por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito, hereditario o adquirido que podría requerir tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante.

Patologías incorporadas: Quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:
• Toda enfermedad renal crónica en etapa 4 y 5.

a. Acceso:
Todo beneficiario:
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, conforme a lo dispuesto en la Norma de Carácter Técnico Médico y Administrativo.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Con enfermedad renal crónica en etapa 4 o 5 y conforme a los criterios definidos en la Norma de Carácter Técnico Médico y Administrativo:
  - Tendrá acceso a fístula arteriovenosa según indicación del especialista.
  - Tendrá acceso a catéter peritoneal según indicación del especialista.
  - Tendrá acceso a tratamiento de peritoneodiálisis o hemodiálisis, conforme a lo dispuesto en la Norma de Carácter Técnico Médico y Administrativo.

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

- Tendrá acceso a estudio pretrasplante e ingreso a lista de espera de trasplante y trasplante, si cumple con criterios de inclusión definidos en la Norma de Carácter Técnico Médico y Administrativo, aunque no haya requerido diálisis.
- Que se encuentre en lista de espera tendrá acceso a actualización de estudio pretrasplante.

▪ Con trasplante renal:
- Tendrá acceso a nuevo trasplante, según indicación médica.
- Tendrá acceso a profilaxis y tratamiento de citomegalovirus, según indicación médica.
- Tendrá acceso a terapia de rechazo, según indicación médica.

b. Oportunidad:

Tratamiento

Desde confirmación diagnóstica:

▪ Acceso a fístula arteriovenosa para hemodiálisis: dentro de 90 días desde indicación médica.
▪ Inicio de peritoneodiálisis: dentro de 21 días desde indicación médica.
▪ Inicio de hemodiálisis: dentro de 7 días desde indicación médica.

Los beneficiarios que cumplan con los criterios de inclusión, según la Norma de Carácter Técnico Médico y Administrativo, tendrán acceso a:

▪ Estudio pretrasplante completo para acceder a lista de espera: Dentro de 10 meses desde indicación del especialista.
▪ Trasplante renal: Finalizado el estudio pretrasplante ingresan a lista de espera de trasplante, el que se efectúa de acuerdo a disponibilidad de órgano.
▪ Drogas inmunosupresoras: En donante cadáver, desde el trasplante y en donante vivo desde 48 horas antes del trasplante.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
1	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 y 5	Diagnóstico	Confirmación retardo crecimiento óseo	Cada vez	176.210	20%	35.240
		Tratamiento	Tratamiento con hormona de crecimiento en menores de 15 años	Mensual	244.040	20%	48.810
			Tratamiento citomegalovirus alto riesgo	Cada vez	1.622.650	20%	324.530
			Tratamiento citomegalovirus bajo riesgo	Cada vez	546.570	20%	109.310
			Estudio pretrasplante receptor	Cada vez	952.600	20%	190.520
			Estudio donante vivo	Cada vez	1.995.360	20%	399.070
			Nefrectomía donante vivo	Cada vez	1.774.020	20%	354.800
			Estudio y evaluación donante cadáver	Cada vez	1.573.010	20%	314.600
			Nefrectomía donante cadáver	Cada vez	2.935.080	20%	587.020
			Trasplante renal	Cada vez	6.855.190	20%	1.371.040
			Rechazo trasplante renal	Cada vez	8.472.830	20%	1.694.570
			Droga inmunosupresora protocolo 0	Mensual	7.540	20%	1.510
			Droga inmunosupresora protocolo 1A	Mensual	357.870	20%	71.570
			Droga inmunosupresora protocolo 1B	Mensual	253.020	20%	50.600
			Droga inmunosupresora protocolo 1C	Mensual	494.910	20%	98.980
			Droga inmunosupresora protocolo 1D	Mensual	562.220	20%	112.440
			Droga inmunosupresora protocolo 1E	Mensual	437.410	20%	87.480
			Droga inmunosupresora protocolo 2A	Mensual	301.340	20%	60.270
			Acceso vascular autólogo en brazo o antebrazo	Cada vez	1.058.010	20%	211.600
			Acceso vascular con prótesis en extremidad superior	Cada vez	1.278.410	20%	255.680
			Acceso vascular autólogo de alta complejidad	Cada vez	1.413.480	20%	282.700
			Reparación de fístula disfuncionante u ocluida	Cada vez	1.505.730	20%	301.150
			Instalación catéter tunelizado	Cada vez	575.480	20%	115.100

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

			Hemodiálisis mensual	Mensual	703.310	20%	140.660
			Instalación catéter peritoneodiálisis	Cada vez	569.450	20%	113.890
			Peritoneodiálisis	Mensual	863.910	20%	172.780
			Hierro endovenoso pacientes en diálisis	Mensual	25.830	20%	5.170
			Eritropoyetina pacientes en diálisis	Mensual	29.380	20%	5.880
			Tratamiento enfermedades óseo metabólicas: hiperfosfemia	Mensual	3.190	20%	640
			Tratamiento enfermedades óseo metabólicas: hiperparatiroidismo	Mensual	66.650	20%	13.330
		Seguimiento	Seguimiento trasplante renal primer año	Mensual	170.380	20%	34.080
			Seguimiento trasplante renal a partir del segundo año	Mensual	70.760	20%	14.150

B. Sustitúyanse las letras a), sobre Acceso; b), sobre Oportunidad; y la tabla incluida en la letra c), sobre Protección Financiera, del problema de salud Nº 9, "Disrafias espinales", por las siguientes:

"a. Acceso:

Todo Beneficiario nacido a contar del 1º de julio de 2005:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones.
- Con tratamiento, tendrá acceso a seguimiento.

Todo Beneficiario independiente de fecha de nacimiento:

- Con confirmación diagnóstica de disrafia espinal oculta, y médula anclada o meningitis a repetición, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones.
- Menor de 65 años con disrafia espinal abierta, tendrá acceso a ayudas técnicas, órtesis y atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas, según indicación médica.

b. Oportunidad:

Diagnóstico

Disrafia espinal abierta:

- Dentro de las primeras 12 horas desde el nacimiento.

Disrafia espinal cerrada:

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

Tratamiento

Disrafia espinal abierta:

- Cirugía: dentro de 72 horas desde el nacimiento.
- Válvula derivativa: dentro de 90 días desde la indicación médica.
- Control con neurocirujano: dentro de 15 días desde el alta hospitalaria.

Disrafia espinal cerrada:

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

Seguimiento

- Con tratamiento de disrafia espinal abierta, tendrá acceso a la prestación de seguimiento dentro de 6 meses desde la indicación médica.
- Con tratamiento de disrafia espinal abierta, tendrá acceso a ayudas técnicas y órtesis:
  - Bastones, cojines, colchón: dentro de 20 días desde indicación médica.
  - Andadores y sillas de ruedas: dentro de 30 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
		Diagnóstico	Confirmación disrafia espinal abierta	Cada vez	119.560	20%	23.910
			Confirmación disrafia espinal cerrada	Cada vez	306.060	20%	61.210
			Intervención quirúrgica integral disrafia espinal abierta	Cada vez	4.214.670	20%	842.930

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

9	DISRAFIAS ESPINALES	Tratamiento	Intervención quirúrgica integral disrafia espinal cerrada	Cada vez	1.874.480	20%	374.900
			Evaluación post quirúrgica disrafia espinal abierta	Por evaluación completa	135.680	20%	27.140
			Evaluación post quirúrgica disrafia espinal cerrada	Por evaluación completa	181.580	20%	36.320
			Recambio valvular disrafia espinal abierta	Cada vez	1.399.150	20%	279.830
		Seguimiento	Seguimiento primer y segundo año a pacientes con disrafia espinal abierta	Mensual	64.230	20%	12.850
			Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	16.120	20%	3.220
			Bastones codera fija a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	20.850	20%	4.170
			Bastones codera móvil a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	21.440	20%	4.290
			Silla de ruedas estándar a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	338.990	20%	67.800
			Silla de ruedas neurológica a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	1.435.620	20%	287.120
			Andador con dos ruedas y apoyo antebraquial a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	85.390	20%	17.080
			Andador con dos ruedas a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	28.460	20%	5.690
			Cojín antiescara viscoelástico a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	43.560	20%	8.710
			Cojín antiescara celdas de aire a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	140.400	20%	28.080
			Colchón antiescara celdas de aire a pacientes con disrafia espinal abierta	Cada vez	337.730	20%	67.550

C. Sustitúyase su número 18 por el siguiente:

"18. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA

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

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

- Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

a. Acceso:
Todo beneficiario:

- Con sospecha clínica tendrá acceso a examen para el diagnóstico de la infección por VIH.
- Con confirmación diagnóstica o indicación médica, tendrá acceso a exámenes, a los esquemas de tratamiento antirretroviral según Listado de Prestaciones Específico y Norma de Carácter Técnico Médico y Administrativo, y a seguimiento.
- Embarazada VIH (+) y Recién Nacido hijo de madre VIH (+), tendrán acceso a protocolo para Prevención de Transmisión Vertical.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo con los esquemas de tratamiento antirretroviral.

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

b. Oportunidad:
Diagnóstico:

- Dentro de 60 días desde la sospecha.

Tratamiento:

- Inicio o cambio precoz, dentro de 7 días desde indicación médica, según criterios establecidos en la Norma de Carácter Técnico Médico y Administrativo.
- Cambio no precoz, dentro de 35 días desde indicación médica, según criterios establecidos en la Norma de Carácter Técnico Médico y Administrativo.

Tratamiento en embarazadas VIH (+) y recién nacido hijo de madre VIH (+):

- Embarazadas: Tratamiento Antirretroviral (TAR) dentro de 7 días desde indicación médica.
- Recién nacido: Inicio de tratamiento antirretroviral dentro de 6 horas de nacido.
- Recién nacido: Inicio inmediato de fórmula láctea de inicio.
- Parto: Inicio de tratamiento antirretroviral 4 horas antes de cesárea programada o desde el inicio del trabajo de parto, si fuera vaginal.
- Puérpera: Inicio de medicamentos para la interrupción de la producción de leche materna dentro de 6 horas del nacimiento.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
18	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA	Diagnóstico	Sospecha infección por VIH	Cada vez	5.580	20%	1.120
		Tratamiento	Exámenes de determinación carga viral	Cada vez	29.520	20%	5.900
			Exámenes Linfocitos T y CD4	Cada vez	40.320	20%	8.060
			Exámenes resistencia genética en VIH/SIDA	Cada vez	295.560	20%	59.110
			Evaluación pretratamiento con antiretrovirales	Cada vez	81.050	20%	16.210
			Esquemas terapéuticos con antiretrovirales de inicio o sin fracasos previos en personas de 18 años y más	Mensual	196.510	20%	39.300
			Esquemas terapéuticos con antiretrovirales de rescate en personas de 18 años y más	Mensual	403.730	20%	80.750
			Esquemas terapéuticos con antiretrovirales para prevención transmisión vertical: embarazo	Por tratamiento completo	1.375.280	20%	275.060
			Terapia antiretroviral para prevención transmisión vertical: parto	Por tratamiento completo	63.480	20%	12.700
			Terapia para prevención transmisión vertical: recién nacido	Por tratamiento completo	335.970	20%	67.190
			Terapia para prevención transmisión vertical: puerperio	Por tratamiento completo	5.360	20%	1.070
			Terapia antiretroviral en personas menores de 18 años	Mensual	268.220	20%	53.640
		Seguimiento	Seguimiento recién nacidos y niños expuestos al VIH (hijos de madres VIH (+))	Por tratamiento completo	76.590	20%	15.320
			Seguimiento personas VIH (+) de 18 años y más con tratamiento antiretroviral	Mensual	6.020	20%	1.200
			Seguimiento personas VIH (+) menores de 18 años con tratamiento antiretroviral	Mensual	11.420	20%	2.280

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

D. Sustitúyase la tabla incluida en la letra c), sobre Protección Financiera, del problema de salud Nº 34, "Depresión en personas de 15 años y más" por la siguiente:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
34	DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Tratamiento	Tratamiento depresión leve	Mensual	5.960	20%	1.190
			Tratamiento depresión moderada	Mensual	8.920	20%	1.780
			Tratamiento depresión grave	Mensual	11.090	20%	2.220
			Tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad, fase aguda	Mensual	34.230	20%	6.850
			Tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad, fase mantenimiento	Mensual	10.160	20%	2.030

E. Sustitúyanse las letras a), sobre Acceso; b), sobre Oportunidad; y la tabla incluida en la letra c), sobre Protección Financiera, del problema de salud Nº 37, "Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más", por las siguientes:

"a. Acceso:
Todo beneficiario de 15 años o más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, incluye hospitalización, según indicación médica, en prestador con capacidad resolutiva.
- Con tratamiento, tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.
- Menor de 65 años, tendrá acceso a ayudas técnicas, órtesis y atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas, según indicación médica.

b. Oportunidad
Diagnóstico:

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

Tratamiento:

- Inicio dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.
- Hospitalización, según indicación médica, en prestador con capacidad resolutiva: dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.

Seguimiento

- Atención con especialista: dentro de 10 días desde alta hospitalaria.
- Rehabilitación: dentro de 10 días desde la indicación médica.
- Entrega de ayudas técnicas y órtesis para menores de 65 años:
  - Bastones, cojines, colchón: dentro de 20 días desde indicación médica.
  - Sillas de ruedas: dentro de 30 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
37	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	Diagnóstico	Confirmación accidente cerebro vascular isquémico	Cada vez	101.220	20%	20.240
		Tratamiento	Tratamiento accidente cerebro vascular isquémico	Cada vez	1.163.530	20%	232.710
		Seguimiento	Seguimiento accidente cerebro vascular isquémico	Mensual	20.580	20%	4.120
			Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas	Cada vez	16.120	20%	3.220
			Bastón codera móvil	Cada vez	10.720	20%	2.140
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	338.990	20%	67.800
			Silla de ruedas neurológica	Cada vez	1.435.620	20%	287.120
			Cojín antiescara viscoelástico	Cada vez	43.560	20%	8.710
			Colchón antiescara celdas de aire	Cada vez	337.730	20%	67.550

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

F. Sustitúyanse las letras a), sobre Acceso; b), sobre Oportunidad; y la tabla incluida en la letra c), sobre Protección Financiera, del problema de salud Nº 42, "Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales" por las siguientes:

"a. Acceso:
Todo beneficiario:

- Con sospecha de hemorragia subaracnoidea por aneurisma cerebral roto, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Con tratamiento, tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.
- Menor de 65 años, tendrá acceso a ayudas técnicas, órtesis y atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas, según indicación médica.

b. Oportunidad:
Diagnóstico:

- Confirmación diagnóstica de hemorragia subaracnoidea con Tomografía Computarizada (TAC) dentro de 24 horas desde la sospecha.
- Confirmación diagnóstica de aneurisma roto por angiografía TAC multicorte o angiografía digital dentro de 48 horas desde la confirmación diagnóstica de hemorragia subaracnoidea.

Tratamiento:

- Dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica de aneurisma roto, según indicación médica en establecimiento con capacidad resolutiva.

Seguimiento:

- Primer control con especialista dentro de 30 días desde el alta, según indicación médica.
- Entrega de ayudas técnicas y órtesis para menores de 65 años:
  - Bastones, cojines, colchón: dentro de 20 días desde indicación médica.
  - Sillas de ruedas: dentro de 30 días desde indicación médica.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
42	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES	Diagnóstico	Confirmación ruptura aneurisma cerebral	Cada vez	966.210	20%	193.240
		Tratamiento	Tratamiento quirúrgico ruptura aneurisma cerebral	Cada vez	6.262.660	20%	1.252.530
			Tratamiento vía vascular Coil de ruptura aneurisma cerebral	Cada vez	18.288.080	20%	3.657.620
			Tratamiento de complicaciones: drenaje ventricular	Cada vez	782.690	20%	156.540
		Seguimiento	Seguimiento ruptura aneurisma cerebral	Por tratamiento completo	555.050	20%	111.010
			Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas	Cada vez	16.120	20%	3.220
			Bastón codera móvil	Cada vez	10.720	20%	2.140
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	338.990	20%	67.800
			Silla de ruedas neurológica	Cada vez	1.435.620	20%	287.120
			Cojín antiescara viscoelástico	Cada vez	43.560	20%	8.710
			Colchón antiescara celdas de aire	Cada vez	337.730	20%	67.550

G. Sustitúyanse las letras a), sobre Acceso; b), sobre Oportunidad; y la tabla incluida en la letra c), sobre Protección Financiera, del problema de salud Nº 59, "Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro", por las siguientes:

"a. Acceso:
Todo beneficiario prematuro nacido a contar del 1° de julio de 2005 con menos de 1.500 gramos al nacer o menor de 32 semanas de gestación:

- Tendrá acceso a screening auditivo.
- Con screening alterado, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con implante coclear, tendrá acceso a cambio de procesador o a cambio de accesorios según indicación médica.

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

b. Oportunidad:
Sospecha:

- Screening auditivo automatizado, previo al alta de la unidad de neonatología.

Diagnóstico

- Confirmación diagnóstica dentro de 3 meses con screening alterado.

Tratamiento

- Audífonos: dentro de 3 meses desde la confirmación diagnóstica.
- Implante coclear: dentro de 180 días desde indicación médica.
- Cambio de procesador del implante coclear: dentro de 90 días desde indicación médica.
- Cambio de accesorios del procesador coclear: dentro de 30 días desde indicación médica.

Seguimiento

- Primer control dentro de 14 días desde implementación de audífonos o implante coclear.

c. Protección Financiera

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
59	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO	Diagnóstico	Screening auditivo automatizado del prematuro	Cada vez	23.310	20%	4.660
			Confirmación hipoacusia del prematuro	Cada vez	86.950	20%	17.390
		Tratamiento	Implementación bilateral audífono	Cada vez	2.879.990	20%	576.000
			Implante coclear	Cada vez	28.777.040	20%	5.755.410
			Cambio de procesador del implante coclear	Cada vez	10.078.290	20%	2.015.660
			Cambio de accesorios del procesador coclear	Anual	982.010	20%	196.400
		Seguimiento	Rehabilitación hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) primer año	Mensual	16.110	20%	3.220
			Rehabilitación hipoacusia del prematuro (audífono e implante coclear) segundo año	Mensual	11.300	20%	2.260
			Seguimiento en hipoacusia confirmada del prematuro tercer año	Por seguimiento completo	80.600	20%	16.120

H. Sustitúyanse las letras a), sobre Acceso; b), sobre Oportunidad; y la tabla incluida en la letra c), sobre Protección Financiera, del problema de salud Nº 62, "Enfermedad de Parkinson", por las siguientes:

"a. Acceso:
Todo beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
- Menor de 65 años, tendrá acceso a ayudas técnicas, órtesis y atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas, según indicación médica.

b. Oportunidad:
Tratamiento

- Dentro de 20 días desde la confirmación diagnóstica.
- Atención con especialista dentro de 60 días desde la derivación.

Seguimiento

- Entrega de ayudas técnicas y órtesis para menores de 65 años:
  - Bastones, cojines, colchón: dentro de 20 días desde indicación médica.
  - Sillas de ruedas: dentro de 30 días desde indicación médica.

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

c. Protección Financiera

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
62	ENFERMEDAD DE PARKINSON	Tratamiento	Evaluación especialista	Cada vez	14.720	20%	2.940
			Consultoría neurólogo	Cada vez	6.200	20%	1.240
			Tratamiento farmacológico enfermedad de Parkinson en menores de 60 años	Mensual	50.440	20%	10.090
			Tratamiento farmacológico enfermedad de Parkinson en personas de 60 años y más	Mensual	28.650	20%	5.730
		Seguimiento	Atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas	Cada vez	16.120	20%	3.220
			Bastón de apoyo o de mano	Cada vez	8.420	20%	1.680
			Silla de ruedas estándar	Cada vez	338.990	20%	67.800
			Andador con dos ruedas y asiento	Cada vez	56.860	20%	11.370
			Andador con cuatro ruedas y canasta	Cada vez	65.590	20%	13.120
			Andador sin ruedas articulado	Cada vez	31.310	20%	6.260
			Cojín antiescara celdas de aire	Cada vez	140.400	20%	28.080
			Cojín antiescara viscoelástico	Cada vez	43.560	20%	8.710
			Colchón antiescara celdas de aire	Cada vez	337.730	20%	67.550
			Órtesis antiequino	Cada vez	235.140	20%	47.030

I. Sustitúyase su número 69 por el siguiente:

"69. HEPATITIS C

Definición: Enfermedad crónica viral, cuya vía de transmisión es por contacto con fluidos, vía parenteral (transfusión de sangre, procedimientos médicos, inyecciones de drogas, tatuajes, entre otros) y en menor porcentaje de madre a hijo o vía sexual. También se ha descrito la vía intranasal (uso de cocaína).

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

- Hepatitis crónica por virus de hepatitis C.

a. Acceso:
Todo beneficiario:

- Con sospecha, tendrá acceso a la confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a evaluación pre tratamiento.
- Con evaluación pre tratamiento, tendrá acceso a tratamiento antiviral de acción directa según genotipo y criterios establecidos en la Norma de Carácter Técnico, Médico y Administrativo.
- Con tratamiento, tendrá derecho a continuarlo.

b. Oportunidad
Diagnóstico:

- Confirmación diagnóstica: dentro de 45 días desde sospecha.

Tratamiento:

- Evaluación pre tratamiento, dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica.
- Tratamiento farmacológico, dentro de 30 días desde la indicación médica.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
69	HEPATITIS C	Diagnóstico	Confirmación del virus de hepatitis C	Cada vez	69.170	20%	13.830
		Tratamiento	Evaluación paciente VHC pretratamiento	Cada vez	605.250	20%	121.050
			Tratamiento farmacológico con interferón pegilado+ribavirina	Mensual	389.880	20%	77.980
			Tratamiento farmacológico con antivirales genotipo 1 (a y b), 4, 5 y 6	Por tratamiento completo	7.719.980	20%	1.544.000
			Tratamiento farmacológico con antivirales genotipo 1b	Por tratamiento completo	6.193.280	20%	1.238.660
			Tratamiento farmacológico con antivirales genotipo 2	Por tratamiento completo	5.278.090	20%	1.055.620
			Tratamiento farmacológico con antivirales genotipo 3	Por tratamiento completo	15.851.040	20%	3.170.210
			Control a pacientes con tratamiento farmacológico del virus hepatitis C	Por tratamiento completo	644.220	20%	128.840
			Control a pacientes VHC sin tratamiento farmacológico o en control post tratamiento	Anual	106.460	20%	21.290

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

J. Sustitúyanse las letras a), sobre Acceso; b), sobre Oportunidad; y la tabla incluida en la letra c), sobre Protección Financiera, del problema de salud Nº 77, "Tratamiento de hipoacusia moderada en personas menores de 4 años", por las siguientes:

"a. Acceso:
Todo beneficiario nacido a contar del 1º de enero de 2013:

- Con confirmación diagnóstica por especialista según criterios establecidos en la Norma de Carácter Técnico Médico y Administrativo, tendrá acceso a tratamiento.
- Con implante coclear tendrá acceso a cambio de procesador o accesorios según indicación médica, aun después de los 4 años de edad.

b. Oportunidad:
Tratamiento:

- Audífonos: dentro de 3 meses desde la confirmación diagnóstica.
- Implante coclear, dentro de 180 días desde indicación médica.
- Cambio de procesador del implante coclear, dentro de 90 días desde indicación médica.
- Cambio de accesorios del procesador coclear: dentro de 30 días desde indicación médica.

Seguimiento:

- Primer control dentro de 14 días desde implementación de audífonos o implante coclear.

c. Protección Financiera:

Nº	Problema de Salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o Grupo de Prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago $
77	TRATAMIENTO DE HIPOACUSIA MODERADA EN PERSONAS MENORES DE 4 AÑOS	Tratamiento	Implementación bilateral audífono	Cada vez	2.879.990	20%	576.000
			Implante coclear	Cada vez	28.777.040	20%	5.755.410
			Cambio de procesador del implante coclear	Cada vez	10.078.290	20%	2.015.660
			Cambio de accesorios del procesador coclear	Anual	1.276.610	20%	255.320
		Seguimiento	Rehabilitación (audífono e implante coclear) primer año	Anual	113.260	20%	22.650
			Rehabilitación (audífono e implante coclear) segundo año	Anual	61.240	20%	12.250
			Rehabilitación (audífono e implante coclear) tercer año	Anual	48.840	20%	9.770

2. Intercálese en los números 2 y 5, del artículo 11, entre la palabra "día" y la coma (,) que la sigue la palabra "hábil".

Artículo 2º.- Incorpórese un artículo 19, final, al decreto supremo Nº 3, de 27 de enero de 2016, del Ministerio de Salud que aprueba Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley Nº 19.966, del siguiente tenor:

"Artículo 19.- El Listado de Prestaciones Específico a que alude el inciso tercero, del artículo 3º, de este decreto, es el que a continuación se indica, debiendo mantenerse disponible permanentemente una copia del mismo en la página web del Ministerio de Salud:

El texto íntegro del Listado de Prestaciones Específico puede consultarse en la página web del Ministerio de Salud (www.minsal.cl).

Artículo 3º.- Las modificaciones al decreto supremo Nº 3, de 27 de enero de 2016, del Ministerio de Salud que aprueba Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la ley Nº 19.966, introducidas por los artículos anteriores, entrarán en vigencia al primer día hábil del sexto mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial.

Sin perjuicio de lo anterior, aquellos beneficiarios que, a la fecha de vigencia del presente decreto, se encontraren recibiendo prestaciones en conformidad al referido decreto supremo Nº 3, tendrán derecho a seguir recibiendo las Garantías Explícitas en Salud en los mismos términos contemplados en el decreto que se modifica, de acuerdo al tipo de intervención sanitaria en que se encuentre y la

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

periodicidad correspondiente. Una vez terminada dicha intervención sanitaria (GPP) los pacientes se regirán por el presente decreto. Con todo, los pacientes con patología crónica se regirán por el presente decreto desde el día que entre en vigor conforme a lo dispuesto en el inciso primero.

Anótese, tómese razón y publíquese.- MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República.- Carmen Castillo Taucher, Ministra de Salud.- Rodrigo Valdés Pulido, Ministro de Hacienda.

Transcribo para su conocimiento extracto de decreto afecto Nº 22, de 03-07-2017.- Saluda atentamente a Ud., Jaime Burrows Oyarzún, Subsecretario de Salud Pública.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
División Jurídica

Cursa con alcance el decreto Nº 22, de 2017, del Ministerio de Salud

Nº 32.388.- Santiago, 5 de septiembre de 2017.

Esta Entidad de Control ha dado curso al documento del rubro, mediante el cual se modifica el decreto Nº 3, de 2016, del Ministerio de Salud, que aprueba las "Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud", pero cumple con hacer presente que los numerales 14.4 y 14.5, del listado de prestaciones específicas a que se refiere el artículo 2º del acto administrativo en estudio, que se incorporan en la prestación Nº 14, denominada "Cáncer en menores de 15 años", no corresponden a dicha prestación, sino que a la Nº 15, "Esquizofrenia", y su contenido se reitera en los numerales 15.1 y 15.2.

Con el alcance que antecede se ha tomado razón del acto administrativo del epígrafe.
Saluda atentamente a Ud., Jorge Bermúdez Soto, Contralor General de la República.

A la señora
Ministra de Salud
Presente.

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