**Listado de prestaciones garantizadas y garantías de oportunidad para enfermedades con sistema de protección financiera de la Ley Ricarte Soto**

| | DESCRIPCIÓN | PRESTACIONES GARANTIZADAS | GARANTIA DE OPORTUNIDAD |
|---|---|---|---|
| 1 | DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN LARONIDASA (ALDURAZYME) PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO I | - **Confirmación diagnóstica indispensable**: examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos, o exámen genético molecular según indicación.<br><br>- **Tratamiento:** terapia de reemplazo enzimático con laronidaza. | 1.- Para el examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos: Con sospecha clínica fundada, el procesamiento de la muestra y su resultado se realizará dentro del plazo de 20 días desde la recepción del formulario de sospecha fundada y la muestra de leucocitos para determinación enzimática en la Institución confirmadora.En caso de existir dos exámenes de determinación de actividad enzimática con resultado indeterminado, se debe realizar un exámen genético molecular en un plazo de 90 días.<br>2.- Inicio de tratamiento: Con confirmación diagnóstica, el inicio del tratamiento con Laronidasa se realizará en un plazo de 60 días.<br>3.- Continuidad de atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico. |
| 2 | DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN IDURSULFASA (ELAPRASE) PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II | - **Confirmación diagnóstica indispensable**: examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos,o exámen genético molecular según indicación.<br><br>- **Tratamiento**: terapia de reemplazo enzimático con Idursulfasa. | 1.- Para el examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos: Con sospecha clínica fundada, el procesamiento de la muestra y su resultado se realizará dentro del plazo de 20 días desde la recepción del formulario de sospecha fundada y la muestra de leucocitos para determinación enzimática en la Institución Confirmadora.En caso de existir dos exámenes de determinación de actividad enzimática con resultado indeterminado, se debe realizar un exámen génetico molecular en un plazo de 90 días.<br>2.- Inicio de tratamiento: Con confirmación diagnóstica, el inicio del tratamiento con Idursulfasa se realizará en un plazo de 60 días.<br>3.- Continuidad de atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico. |
| 3 | DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN GALSULFASA (NAGLAZYME) PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO VI | **- Confirmación diagnóstica indispensable**: examen de medición de la actividad enzimática en fibroblatos o leucocitos,o exámen genético molecular según indicación.<br><br>- **Tratamiento**: terapia de reemplazo enzimático con Galsulfasa. | 1.- Para el examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos: Con sospecha clínica fundada, el procesamiento de la muestra y su resultado se realizará dentro del plazo de 20 días desde la recepción del formulario de sospecha fundada y la muestra de leucocitos para determinación enzimática en la Institución Confirmadora. En caso de existir dos exámenes de determinación de actividad enzimática con resultado indeterminado, se debe realizar un exámen génetico molecular en un plazo de 90días.<br>2.- Inicio de tratamiento: Con confirmación diagnóstica, el inicio del tratamiento con Galsulfasa se realizará en un plazo de 60 días.<br>3.- Continuidad de atención y control en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico. |
| 4 | DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO NITISINONA (ORFADIN) PARA LA TIROSINEMIA TIPO I | - **Confirmación diagnóstica indispensable:** examen de determinación de niveles elevados de succinilacetona en plasma u orina.<br><br>- **Tratamiento:** terapia de remplazo enzimático con Nitisinona. | 1.- Con sospecha clínica fundada y laboratorio compatible (tirosina elevada por espectrometría de masa en tándem en papel filtro, succinilacetona elevada en plasma u orina por cromatografía de gases-espectrometría de masas (GC/MS)), comenzará a hacer uso del beneficio específico de inicio de tratamiento en un plazo de 48 horas, desde la recepción del formulario de sospecha fundada y de la muestra de sangre u orina.<br>2.- Para la Confirmación diagnóstica, por determinación de niveles de succiniacetona en plasma u orina, la Institución Confirmadora tendrá un plazo de 4 días hábiles.<br>3.- Con diagnóstico confirmado, continuará tratamiento.<br>4.- Continuidad de atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico. |
| 5 | TRATAMIENTO DE SEGUNDA LINEA BASADO EN FINGOLIMOD (GYLENIA) O NATALIZUMAB (TYSABRI) O ALEMTUZUMAB (LEMTRADA) O CLADRIBINA (MAVENCLAD) U OCRELIZUMAB (OCREVUS) PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE CON FALLA A TRATAMIENTO CON INMUNOMODULADORES Y TRATAMIENTO CON OCRELIZUMAB (OCREVUS) PARA PERSONAS CON ESCLREOSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA. | - **Tratamiento**: En personas con Esclerosis Múltiple Recurrente - Remitente con falla a terapia con fármacos inmunomoduladores, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo para esta condición de salud, se garantizará el tratamiento farmacológico con Fingolimod o Natalizumab o Alemtuzumab o Cladribina u Ocrelizumab.<br>- En personas con Esclerosis Múltiple Primaria Progresiva, que cumplan los criterios de inclusión establecidos en el protocolo para esta condición de salud, se garantizará el tratamiento farmacológico con Ocrelizumab. | 1.- . Las personas que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo para esta condición de salud, harán uso del beneficio específico de inicio o continuidad de tratamiento con Fingolimod o Natalizumab o Alemtuzumab o Cladribina u Ocrelizumab, en un plazo no mayor a 60 días, desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>2. Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| 6 | DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN TALIGLUCERASA (UPLYSO) O IMIGLUCERASA (CEREZYME) PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER | - **Confirmación diagnóstica indispensable**: examen de medición de la actividad enzimática en leucocitos,o exámen genético molecular según indicación.<br><br>- **Tratamiento**: terapia de reemplazo enzimática con Taliglucerasa o Imiglucerasa. | 1.- Para el examen de medición de la actividad enzimática en leucocitos: Con sospecha clínica fundada, el procesamiento de la muestra y su resultado se realizará dentro del plazo de 21 días desde la recepción del formulario de sospecha fundada en la Institución Confirmadora, En caso de existir dos exámenes de determinación de actividad enzimática con resultado indeterminado, se debe realizar un exámen genético molecular en un plazo de 90 días.<br>2.- Inicio de Tratamiento: Con confirmación diagnóstica, el inicio de tratamiento se realizará en un plazo de 60 días.<br>3.- Continuidad de la atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico. |
| 7 | DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN AGALSIDASA (FABRAZYME) PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY | - **Confirmación diagnóstica**: En hombres medición enzimática en leucocitos o exámen genético molecular según indicación. En mujereas exmen genético molecular.<br><br>- **Tratamiento:** Terapia de reemplazo enzimático con Agalsidasa. | 1.- Para los exámenes de confirmación diagnóstica: Con sospecha clínica fundada, el examen se realizará dentro del plazo de 30 días.En caso de existir dos exámenes de medición enzimática con resultado indeterminado para los hombres, se debe realizar un examen génetico molecular dentro del plazi de 90 días.<br>2.- Para el inicio de tratamiento: El inicio de tratamiento se realizará dentro del plazo de 60 días.<br>3.- Continuidad de la atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico. |
| 8 | DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN ILOPROST INHALATORIO (VENTAVIS) O AMBRISENTAN (VOLIBRIST, LETAIRIS) O BOSENTAN (TRACLEER) PARA LA HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR GRUPO I | - **Confirmación diagnóstica indispensable**: Cateterismo cardiaco.<br><br>- **Tratamiento:** Tratamiento Iloprost inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan | 1.- Para el examen de cateterismo cardiaco: Con sospecha clínica fundada, el examen se realizará en un plazo no mayor 40 días hábiles desde la recepción del formulario de sospecha fundada.<br>2.- Con confirmación diagnóstica, hará uso del beneficio específico de inicio de tratamiento con Iloprost Inhalatorio, o Ambrisentan o Bosentan, según lo establecido en protocolo, en un plazo de 15 días hábiles desde la indicación, y en pacientes hospitalizados en UCI, no más de 72 horas.<br>3.- Continuidad de la atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico. |
| 9 | TRATAMIENTO BASADO EN TRASTUZUMAB (HERCEPTIN) PARA EL CANCER DE MAMA QUE SOBREEXPRESE EL GEN HER 2 | - **Tratamiento**: Trastuzumab<br><br>Para pacientes con diagnóstico confirmado de Cáncer de Mama que sobreexprese el GEN HER2. | 1.- Con confirmación diagnóstica de Cáncer de Mamas HER2+, hará uso del beneficio específico de inicio de tratamiento con Trastuzumab en un plazo de 20 días.<br>2.- Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico.<br>3.- La solicitud de tratamiento por parte del prestador será validada por el comité de expertos clinicos del prestador aprobado, de acuerdo a lo establecido en el protocolo. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **10** | TRATAMIENTO CON ETANERCEPT (ENBREL) O ABATACEPT (ORENCIA) O ADALIMUMAB (HUMIRA) O GOLIMUMAB (SIMPONI) O TOCILIZUMAB (ACTEMRA) O TOFACITINIB ( XELJANZ) O RITUXIMAB, EN ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL. | - **Tratamiento: Etanercept o Abatacept o Adalimumab o Golimumab o Tocilizumab o Tofacitinib o Rituximab.**<br>1.1. Para los casos nuevos, el tratamiento se garantiza para personas con Artritis Reumatoide activa refractaria a tratamiento habitual, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud.<br>1.2. **Para la continuidad** de tratamiento en personas ya usuarias de medicamentos garantizados, se considerará la transición a los medicamentos cubiertos por el Fondo en las condiciones que se establecen en el protocolo de esta condición de salud | 1.-. Si cumple con los criterios establecidos en el protocolo de esta condición de salud, hará uso del beneficio específico de inicio o continuidad de tratamiento con Etanercept o Abatacept o Adalimumab o Golimumab o Tocilizumab o Tofacitinib o Rituximab en un plazo no mayor de 60 días, desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>2. Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **11** | PROFILAXIS DE LA INFECCION DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL CON PALIVIZUMAB (SYNAGIS) PARA PREMATUROS MENORES DE 32 SEMANAS Y LACTANTES MENORES DE 1 AÑO CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVAS. | 1,-**Tratamiento**: Palivizumab. Administrado durante el período de alta circulación viral con un máximo de 5 dosis anuales, para los siguientes subgrupos:<br>1.1 En prematuros(as) menores de 32 semanas de edad gestacional al nacer o < 1.500g de peso al nacer y su hermano gemelo, y que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica.<br>1.2 En lactantes con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas no resueltas o cardiopatía cianótica secundaria a cardiopatía de alta complejidad, y que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica. | Si cumple con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, hará uso del beneficio específico de inicio de tratamiento con Palivizumab al menos 72 horas previas:<br>1.1 Al alta en el caso de prematuros(as) menores de 32 semanas de edad gestacional al nacer ó < 1.500g de peso al nacer y su hermano gemelo, y que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica, o en forma ambulatoria, si ya se encuentra en su domicilio cuando empiece el período de alta circulación viral.<br>1.2 A la cirugía en el caso de los lactantes con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas no resueltas al momento de la solicitud o cardiopatía cianótica secundaria a cardiopatía de alta complejidad, y que al inicio del período de alta circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica, o en forma ambulatoria, si ya se encuentra en su domicilio cuando empiece el período de alta circulación viral.<br>2. Continuidad de atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **12** | TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB (REMICADE) O ADALIMUMAB ( HUMIRA) EN LA ENFERMEDAD DE CROHN GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL | - **Tratamiento**: Adalimumab (Humira) o Infliximab (Remicade), para pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad de Crohn del subgrupo grave refractaria a tratamiento habitual. | 1.- Todo beneficiario con enfermedad de Crohn grave, ante el fracaso al tratamiento habitual con medicamentos de primera línea (glucocorticoides, inmunosupresores), hará uso del beneficio específico de inicio de tratamiento con Adalimumab o Infliximab, de acuerdo a:<br>- Para pacientes con EC grave hospitalizados: En un plazo no mayor a 7 días desde la indicación. Tendrá derecho a continuación de la inducción en un plazo no mayor a 10 días, desde la validación de su indicación por parte del comité de expertos clínicos del prestador aprobado.<br>- Para pacientes con EC grave no hospitalizados: En un plazo no mayor a 30 días, desde la confirmación de su indicación por parte del comité de expertos clínicos del prestador aprobado.<br>- Para pacientes con fistulas perianales complejas: En un plazo no mayor a 30 días desde la confirmación de su indicación por parte del comité de expertos clínicos del prestador aprobado.<br>- Para la continuidad de tratamiento en personas que ya estén con estos fármacos por decisión clínica adoptada e iniciada previo a la dictación de este decreto, se considerará su entrega de acuerdo a las condiciones que se establecen en el protocolo correspondiente para esta condición de salud.<br>2.- Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **13** | NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA TOTAL O PARCIAL, PARA PERSONAS CUYA CONDICIÓN DE SALUD IMPOSIBILITA LA ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL. | 1.- **Fórmulas de alimentación enteral**: Fórmulas poliméricas, oligoméricas, elementales (monométricas) o especiales, según protocolo específico para esta condición de salud.<br>2.- **Dispositivos médicos necesarios**: Sonda nasogástrica, Sonda nasoyeyunal, Ostomía Gástrica, Ostomía yeyunal.<br>3.- Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento. | 1.- Si cumple con los criterios de inclusión definidos en el protocolo de esta condición de salud, se entregarán los alimentos y dispositivos médicos para la nutrición enteral domiciliaria, en un plazo no mayor a 30 días, una vez validada la indicación por el comité de expertos clínicos del prestador aprobado.<br>2.- Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **14** | TRATAMIENTO BASADO EN LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA, A TRAVÉS DE INFUSORES SUBCUTÁNEOS CONTINUOS (BOMBAS DE INSULINA CON SENSOR) PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO I, INESTABLE SEVERA | 1.- **Confirmación diagnóstica indispensable**: Monitoreo continuo de glicemia.<br>2.- **Dispositivo:** Infusor subcutáneo continuo de insulina con sensor, junto a sus insumos, de acuerdo a los subgrupos establecidos en el protocolo específico para esta condición de salud.<br>3.- Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento. | 1.- Si cumple con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, se entregará el dispositivo de uso médico, Infusor subcutáneo continuo de insulina (bomba de insulina) con sensor de glicemia, junto a sus insumos, a los 60 días, una vez validada la indicación por parte del comité de expertos clínicos del prestador aprobado.<br>2.- Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **15** | DISPOSITIVO DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA PARA DISTONÍA GENERALIZADA | 1.- **Dispositivo de estimulación cerebral profunda:**generador de pulsos implantable, extensión y electrodos. **-** Generador de pulsos implantables de reemplazo para dispositivo de estimulación cerebral profunda | 1.- Personas con distonía generalizada, confirmados por Comité de Referencia del Prestador Aprobado para dispositivo de estimulación cerebral profunda,haran uso del beneficio:<br>- - Entrega del dispositivo de estimulación cerebral profunda en un plazo de 30 días desde la confirmación del caso por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado. - Entrega del generador de pulsos implantables de reemplazo, mínimo 150 días antes de que se cumplan 9 años desde la cirugía de implantación del dispositivo de Estimulación Cerebral profunda o la última cirugía de reemplazo del generador de pulsos implantable. |
| **16** | TRATAMIENTO CON SUNITINIB O EVEROLIMUS PARA ENFERMEDAD PROGRESIVA DE TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS | 1.- Tratamiento para personas de diecicho años y más con tumores neuroendocrínos pancreáticos progresivos y bien diferenciados con enfermedad irresecable, localmente avanzada o metastásica., se garantizará el tratamiento farmacológico con **Sunitinib** o **Everolimus**. | 1.- Tratamiento para personas de diecicho años y más con tumores neuroendocrínos pancreáticos progresivos y bien diferenciados con enfermedad irresecable, localmente avanzada o metastásica.,haran uso del beneficio o de continuarlo, en un plazo no mayor a 15 días , una vez validada la indicación medica por parte del Comite de Expertosn Clínicos del Prestador Aprobado. |
| **17** | DISPOSITIVO DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL PARA HIPOACUSIA SENSORIONEURAL BILATERAL SEVERA O PROFUNDA | 1.- En personas con hipoacusia bilateral severa o profunda postlocutiva desde los 4 años, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo y confirmados por el Comité de Expertos Clínicos del prestador Aprobado, se garantiza:<br>**- Implante Coclear -**<br>**Recambio de accesorios según vida útil -**<br>**reemplazo de procesador del habla cada 5 años.** | 1.- Entrega del Implante coclear en un plazo de 90 días. desde la confirmación por parte del Comité de expertos Clínicos del Prestador Aprobado. 2,- En caso de hipoacusia por Meningitis o hipoacusia autoinmune bilateral (por riesgo de osificación coclear), entrega del implante coclear, en un plazo no mayor de 15 días, desde la confirmación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **18** | TRATAMIENTO CON INHIBIDOR DE C1 ESTERASA PARA ANGIOEDEMA HEREDITARIO | 1.- **Tratamiento Farmacológico**: - **Inhibidor C1 esterasa** ante episodio agudo de angioedema hereditario con deficiencia de inhibidor de C1 - **Inhibidor de C1 esterasa** como profilaxis a corto plazo en caso de cirugía mayor, de cabeza, cuello u oral. | 1.- Ante episodio agudo de angioedema hereditario con deficiencia de inhibidor de C1 afecten cara, cuello o abdomen, deberán recibir inmediatamente Inhibidor C1 esterasa en Servicio de Urgencia de la Red de Prestadores Aprobados 2,- Ante episodio agudo de angioedema hereditario con deficiencia de inhibidor C1 que afecten partes del cuerpo distintas a cara, cuello o abdomen, deberán recibir Inhibidor C1 esterasa en un periodo no mayor a 90 minutos en Servicio de Urgencia de la RED de Prestadores Aprobados.<br>3,- Como profilaxis a corto plazo en cirugía mayor, de cabeza, cuello u oral, con horas de anticipación a la cirugía como máximo, siempre y cuando el Prestador Aprobado asignado haya realizado la solicitud con 10 días de anticipación previo a la cirugñía. |
| **19** | TRATAMIENTO CON IMATINIB O SUNITINIB EN PERSONAS CON TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL NO RESECABLE O METASTASICO | 1- **Confirmación Diagnóstica**: Examen Inmunohistoquímica de proteína c-kit/CD117 y tomografía computada.<br>2- **Tratamiento farmacológico:** Imatinib o Sunitinib<br>2.1 Para los casos nuevos, el tratamiento con Imatinib se encuentra garantizado en personas con Tumor del Estroma Gastrointestinal no resecable o metastásico que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud.<br>2.2 Las personas que progresen en la patología estando en tratamiento con Imatinib y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, accederán al tratamiento con Sunitinib como terapia de segunda línea.<br>2.3 Para la continuidad de tratamientos en personas ya usuarias de medicamentos garantizados, se considerará el ingreso al Sistema en las condiciones que se establecen en el protocolo correspondiente a este problema de salud. | Las personas con sospecha clínica fundada de Tumor del Estroma Gastrointestinal no resecable o metastásico tendrán acceso a:<br>1.Examen de Inmunohistoquímica de proteína c-kit/CD117 y tomografía computada, en un plazo no mayor a 30 días desde la recepción del formulario de sospecha fundada.<br>2. Las personas con diagnóstico confirmado de Tumor del Estroma Gastrointestinal no resecable o metastásico, tendrán acceso a tratamiento farmacológico con Imatinib o Sunitinib en un plazo no mayor a 20 días, desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>3. Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **20** | TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB (SIMPONI) O ETANERCEPT (ENBREL) O ADALIMUMAB (HUMIRA) O SECUKINUMAB ( COSENTYX) EN PERSONAS CON ARTRITIS PSORÍATICAS MODERADA O GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL. | 1.- **Tratamiento Farmacológico**:Golimumab o Etanercept o Adalimumab o Secukinumab. - 1.1. Para los casos nuevos, el tratamiento se encuentra indicado para personas con Artritis Psoriásica moderada a grave refractaria al tratamiento habitual, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud.<br>1.2. Para la continuidad de tratamientos en pacientes ya usuarios de medicamentos garantizados, se considerará la transición a los medicamentos cubiertos por el fondo en las condiciones que se establecen en el protocolo de esta condición de salud. | 1.- Si cumple con los criterios establecidos en el protocolo de esta condición de salud, hará uso del beneficio específico de inicio o continuidad de tratamiento con Golimumab o Etanercept o Adalimumab o Secukinumab, en un plazo no mayor a 60 días, desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>2. Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **21** | TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB (SIMPONI) O ADALIMUMAB (HUMIRA) EN PERSONAS CON COLITIS ULCEROSA MODERADA, E INFLIXIMAB EN PERSONAS CON COLITIS ULCEROSA GRAVE,REFRACTARIA AL TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA. | 1.- **Tratamiento Farmacológico**:<br>Golimumab o Adalimumab o Infliximab.<br>- 1,1,En personas adultas con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Moderada inmunorefractaria, se garantizará el tratamiento farmacológico con Golimumab o Adalimumab.<br>-1,2, En personas adultas con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Grave refractaria a corticoides, se garantizará el tratamiento farmacológico con Infliximab.<br>- 1,3,En pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerosa Grave refractaria a corticoides o Colitis Ulcerosa moderada inmunorefractaria, se garantizará el tratamiento farmacológico con Infliximab. | 1.- Si cumple con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, hará uso del beneficio específico de inicio de tratamiento con Adalimumab o Golimumab o Infliximab, de acuerdo a los siguientes subgrupos:<br>1.1 Personas adultas y pediátricas con Colitis Ulcerosa Grave hospitalizados con crisis córtico refractaria, recibirán Infliximab en un plazo no mayor a 3 días, desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>1.2 Personas adultas con Colitis Ulcerosa Moderada inmunorefractaria, recibirán Golimumab o Adalimumab en un plazo no mayor a 30 días, desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>1.3 Pacientes pediátricos con Colitis Ulcerosa Moderada inmunorefractaria, recibirán Infliximab en un plazo no mayor a 30 días, desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>2. Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **22** | TRATAMIENTO CON TETRABENAZINA (TETMODIS) PARA LA COREA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON. | 1.-**Confirmación Diagnóstica**: Test de Repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT.<br>2. **Tratamiento farmacológico**: Tetrabenazina. | 1.-**Confirmación Diagnóstica**: personas con corea y sospecha de Enfermedad de Huntington, harán uso del beneficio específico del Test de repetición de CAG del exón 1 del Gen HTT, en un plazo no mayor a 30 días desde la recepción del formulario de sospecha fundada y la muestra de sangre venosa.<br>2. **Tratamiento farmacológico**: personas con corea y diagnóstico confirmado de Enfermedad de Huntington, harán uso del beneficio específico de inicio o continuidad de tratamiento con Tetrabenazina, en un plazo no mayor a 60 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado<br>3. **Continuidad** de atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **23** | TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA G EN PERSONAS CON INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS.. | 1.- **Tratamiento Farmacológico**: - Administración de Inmunoglobulina G endovenosa o dispensación Inmunoglobulina G subcutánea. | 1.- Personas con inmunodeficiencia primaria y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, harán uso del beneficio específico de tratamiento con Inmunoglobulina G endovenosa en un plazo no mayor a 14 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado. |
| **24** | DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO PARA CURACIONES EN PERSONAS CON EPIDERMOLISIS BULLOSA DISTRÓFICA O JUNTURAL. | 1,-**Tratamiento: Dispositivos de uso médico para curaciones para personas con epidermólisis bullosa distrófica o juntural, según lo establecido en el protocolo de esta condición de salud.** Kit curación desechable,Vendas , vendaje,tubular de contención, Gasas no tejidas, Gasa absorbente en rollo, Agujas hipodérmicas, Tela Adhesiva de papel, Apósito de contacto flexible con tecnología lípido coloide (TLC), Solución con agua purificada, undecilenamidopropil betaína y polihexanida, para el lavado,descontaminación e hidratación de heridas, Gel altamente viscoso compuesto por glicerol, agua purificada, undecilenamidopropil betaína,polihexanida, hidroxietilcelulosa, para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas, Rollo de gasa oclusiva con Tibromofenato de bismuto al 3% en una mezcla con petrolato, Hidrogel amorfo, translúcido e incoloro, Apósitos | 1.- Las personas con Epidermólisis Bullosa Distrófica o Juntural que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, harán uso del beneficio específico de dispositivos de uso médico para curaciones, según los siguientes plazos:<br>1.1 En recién nacidos con sospecha diagnóstica de Epidermólisis Bullosa Distrófica o Juntural, en las primeras 24 horas de vida.<br>1.2 En personas con diagnóstico confirmado de Epidermólisis Bullosa Distrófica o Juntural infectados, hospitalizados o con indicación de cirugía, en un plazo no mayor a 48 horas, una vez validada la solicitud por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>1.3 En personas con diagnóstico confirmado de Epidermólisis Bullosa Distrófica o Juntural, en un plazo no mayor a 30 días, una vez validada la solicitud por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>2. Continuidad de atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |
| **25** | AYUDAS TÉCNICAS PARA PERSONAS CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA MODERADA O SEVERA. | **1,-Tratamiento :** ayudas técnicas para personas con esclerosis lateral amiotrófica moderada y severa, según lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. 1.1. Ayudas Técnicas para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD): a) Baño portátil b) Silla de ruedas neurológica c) Tecnologías de la comunicación aumentativas y alternativas (tecnologías de seguimiento ocular)<br>1.2. Ayudas técnicas para el tratamiento rehabilitador: a) Colchón antiescaras b) Cojín antiescaras 1.3. Ayudas técnicas para el soporte vital: a) Equipo ventilador mecánico no invasivo domiciliario con generador de flujo a presión positiva binivelada (Bi-PAP) b) Aspirador de secreciones. | 1. En personas con Esclerosis Lateral Amiotrófica moderada o severa que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, hará uso del beneficio específico de ayudas técnicas en un plazo no mayor a 30 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.<br>2. Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **26** | TRATAMIENTO CON BELIMUMAB (BENLYSTA) PARA PERSONAS de 18 años o más CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO CUTÁNEO O ARTICULAR REFRACTARIO A TRATAMIENTO HABITUAL. | 1.- **Tratamiento Farmacológico**:<br>- Administración del fármaco Belimumab , como tratamiento para Lupus Eritematoso Sistémico con compromiso cutáneo o articular, refractario a tratamiento habitual. | 1.- Personas de 18 años o más con Lupus Eritematoso Sistémico con compromiso cutáneo o articular refractario a tratamiento habitual, y que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en este protocolo, hará uso del beneficio específico de inicio de tratamiento conBelimumab, en un plazo no mayor a 60 días desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del prestador aprobado. |
| **27** | TRATAMIENTO CON RUXOLITINIB ( JAKAVI) PARA PERSONAS CON MIELOFIBROSIS PRIMARIS Y SECUNDARIA A OTRAS NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS. | 1.- **Tratamiento Farmacológico**: - Administración del fármaco Ruxolitinib como tratamiento para la Mielofibrosis primaria o secundaria a otras neoplasias mieloproliferativas Philadephia negativo (NMP Ph-) | 1.- En personas con Mielofibrosis primaria o secundaria a otras neoplasias mieloproliferativas, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud, harán uso del beneficio específico de inicio de tratamiento con Ruxolitinib, en un plazo no mayor a 60 días, desde la validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del prestador aprobado. |