



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF N° 289

Santiago, 19 JUL 2017

**AJUSTA NORMAS SOBRE EL SISTEMA DE PROTECCIÓN FINANCIERA PARA
DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO**

Esta Intendencia, en ejercicio de las facultades conferidas por la ley, en especial, las contenidas en los artículos 107, 110, 114 y 115, del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, viene en dictar las siguientes instrucciones de carácter general:

I. OBJETIVO

Ajustar las normas relativas al Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, al decreto vigente que determina dichos diagnósticos y tratamientos.

II. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N°77, DEL 25 DE JULIO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE BENEFICIOS.

En el Capítulo VII "Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo":

1.- Reemplázanse todas las referencias al "Decreto Supremo N°87, de 2015", por "Decreto Supremo N°50, de 2016".

2.- Reemplázase el listado de diagnósticos y tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera de la Ley Ricarte Soto, contenido en el anexo N°1, del Título II, por el siguiente:

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
1	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN LARONIDASA PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO I	<p>-Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos.</p> <p>-Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Laronidasa.</p>
2	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN IDURSULFASA PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II	<p>-Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos.</p> <p>-Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Idursulfasa.</p>
3	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN GALSULFASA PARA LA ENFERMEDAD DE MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO VI	<p>-Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de medición de la actividad enzimática en fibroblastos o leucocitos.</p> <p>-Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Galsulfasa.</p>
4	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN NITISINONA PARA LA TIROSINEMIA TIPO I	<p>-Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de determinación de niveles elevados de succinilacetona en plasma u orina.</p> <p>-Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Nitisinona.</p>
5	TRATAMIENTO DE SEGUNDA LINEA BASADO EN FINGOLIMOD O NATALIZUMAB PARA LA ENFERMEDAD DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL	<p>-Tratamiento: Fingolimod o Natalizumab.</p>
6	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN TALIGLUCERASA O IMIGLUCERASA PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER	<p>Confirmación diagnóstica indispensable: Examen de medición de la actividad enzimática en leucocitos.</p> <p>Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimática con Taliglucerasa o Imiglucerasa.</p>
7	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN AGALSIDASA PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY	<p>-Confirmación diagnóstica: En Hombres medición enzimática en leucocitos; En Mujeres estudio molecular.</p> <p>-Tratamiento: Terapia de reemplazo enzimático con Agalsidasa.</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
8	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN ILOPROST INHALATORIO O AMBRISENTAN O BOSENTAN PARA LA HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR GRUPO I	<p>-Confirmación diagnóstica indispensable: Cateterismo cardiaco.</p> <p>-Tratamiento: Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan.</p>
9	TRATAMIENTO BASADO EN TRASTUZUMAB PARA EL CÁNCER DE MAMAS QUE SOBREENPRESE EL GEN HER2	<p>Tratamiento: Trastuzumab. Para pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mamas que sobreexpresen el Gen Her2.</p>
10	TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS, ETANERCEPT O ABATACEPT O ADALIMUMAB O RITUXIMAB, EN ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL	<p>-Tratamiento: Etanercept o Abatacept o Adalimumab o Rituximab</p> <p>i) Para los casos nuevos, el tratamiento se encuentra indicado para pacientes con artritis reumatoide activa sin respuesta al uso adecuado de al menos 3 fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs), incluyendo metotrexato y/o leflunomida), administrados en dosis máximas por un período de tiempo de al menos 6 o más meses, salvo que haya existido toxicidad o intolerancia documentada a algunos de estos fármacos.</p> <p>ii) Para la continuidad de tratamientos en pacientes ya usuarios de medicamentos biológicos, se considerará la transición a los medicamentos cubiertos por el Fondo en las condiciones que se establecen en el protocolo correspondiente.</p>
11	PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL CON PALIVIZUMAB PARA PREMATUROS CON Y SIN DIAGNÓSTICO DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR	<p>Tratamiento: Palivizumab. Administrado durante el período de máxima circulación con un máximo de 5 dosis, para los siguientes subgrupos:</p> <p>-En prematuros con displasia broncopulmonar <32 semanas o <1500 g. al nacer y su hermano gemelo, y que al inicio del período de máxima circulación viral tengan menos de 1 año de edad cronológica.</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
		<p>-En prematuros sin displasia broncopulmonar, <29 semanas al nacer y que al inicio del período de máxima circulación viral tengan menos de 9 meses de edad cronológica.</p>
12	<p>TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB O ADALIMUMAB EN LA ENFERMEDAD DE CROHN GRAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL</p>	<p>Tratamiento: Adalimumab o Infliximab, para pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad de Crohn del subgrupo grave refractaria a tratamiento habitual.</p>
13	<p>NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA TOTAL O PARCIAL, PARA PERSONAS CUYA CONDICIÓN DE SALUD IMPOSIBILITA LA ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL</p>	<p>Fórmulas de alimentación enteral: Fórmulas poliméricas, oligoméricas, elementales (monoméricas) o especiales, según protocolo específico para esta condición de salud.</p> <p>Dispositivos médicos necesarios:</p> <p>a) Sonda nasogástrica. a. Jeringa b. Sonda enteral siliconada c. Contendor d. Línea de infusión e. Bomba.</p> <p>b) Sonda nasoyeyunal. a. Jeringa b. Sonda enteral Siliconada c. Contendor d. Línea de infusión e. Bomba.</p> <p>c) Ostomía Gástrica. a. Jeringa b. Repuesto extensión gruesa c. Kit de gastrostomía percutánea d. Botón e. Contendor f. Línea de infusión g. Repuesto extensión angosta h. Repuesto extensión gruesa i. Sonda gastrostomía j. Bomba.</p> <p>d) Ostomía yeyunal. a. Jeringa b. Repuesto extensión angosta c. Kit de gastrostomía percutánea d. Botón e. Contendor f. Línea de infusión g. Repuesto extensión angosta h. Bomba i. Sonda de yeyunostomía.</p> <p>Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento.</p>

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS
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	<p>Confirmación diagnóstica indispensable: Monitoreo continuo de la glicemia.</p> <p>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. Los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el período de tratamiento.</p>

III VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia a partir de su notificación.



NYDIA CONTARDO GUERRA
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD


 AMAW/MMFA

Distribución

Sra. Directora Fondo Nacional de Salud
 Sres. Gerentes Generales de isapres
 General del Aire/Comandancia en Jefe de la Fuerza Aérea de Chile
 Comandante en Jefe de la Armada/Comandancia en Jefe de la Armada
 General de Ejército/Comandancia en Jefe del Ejército
 Comandante del Comando de Salud del Ejército
 Director de Sanidad/División de Sanidad de la Armada de Chile
 Jefe de División de Sanidad/División de Sanidad Fuerza Aérea de Chile
 Vicepresidente Ejecutivo Capredena
 Director Dipreca
 Intendenta de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
 Depto. de Fiscalización
 Agentes Regionales
 Oficina de Partes
 Asociación de Isapre

Corr. 9035-2017

