

ANEXO N°1

Condiciones para acceder al Sistema de Protección Financiera (SPF) para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

Este documento tiene por objeto comunicarle las condiciones establecidas en el Sistema de Protección Financiera de la Ley N° 20.850, para las prestaciones garantizadas correspondientes a los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, los que serán determinados a través de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud.

El listado con los mencionados diagnósticos y tratamientos se encuentra adjunto a este Anexo y, disponible en la página web del Fonasa.

1° Generalidades

El Sistema de Protección Financiera que regula esta ley, constituye un derecho para los beneficiarios de todos los Sistemas Previsionales de Salud de Chile.

Se excluirán de este beneficio las prestaciones efectivamente cubiertas por las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, aquellas sobre seguro obligatorio de accidentes personales causados por circulación de vehículos motorizados y las que sean cubiertas a través de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC), esta última aplicable solamente a los beneficiarios de isapres.

2° Cobertura

2.1 De la cobertura financiera

La cobertura asignada por este beneficio será el equivalente al valor total de las prestaciones que tengan protección financiera respecto al diagnóstico y tratamiento de alto costo de que se trate.

Por su parte, las prestaciones asociadas a enfermedades y condiciones de salud que no se encuentren incorporadas dentro de los citados diagnósticos y tratamientos de alto costo, mantendrán las coberturas que otorguen los Sistemas de Salud de las Instituciones Previsionales de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad Pública y, en el caso de las isapres, las coberturas que sus respectivos planes de salud complementarios tengan al momento de requerir tales atenciones.

2.2 De la Red de Prestadores

Para tener derecho al Sistema de Protección Financiera, los beneficiarios deberán atenderse exclusivamente en la Red de Prestadores aprobada por el Ministerio de Salud, y respecto de los cuales hayan suscrito el correspondiente convenio

con el Fondo Nacional de Salud. Esta Red será publicada en su oportunidad en la página web de este último organismo.

2.3 De la incorporación de una prestación del Sistema de Protección Financiera Ley Ricarte Soto a las Garantías Explícitas en Salud (AUGE) para los afiliados a isapre.

En los casos en que un diagnóstico o un tratamiento de alto costo con protección financiera sea incorporado al Régimen de Garantías en Salud (AUGE), pasará a tener la cobertura que establece este último beneficio.

3° Condiciones de atención y de acceso

Para que los beneficiarios tengan acceso a esta Protección Financiera, será necesario que se cumplan los siguientes requisitos copulativos:

- a. Que se trate de los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, incluidos en el Listado correspondiente a las prestaciones garantizadas.
- b. Que el paciente ingrese a la Red de Prestadores aprobada por el Ministerio de Salud, y respecto de los cuales hayan suscrito el correspondiente convenio con el Fondo Nacional de Salud, excepto cuando se trate de una urgencia con riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Los beneficiarios a quienes durante una atención de salud, se les verifique a través de la confirmación diagnóstica, que su condición de salud o enfermedad incluye prestaciones garantizadas relacionadas con un diagnóstico o tratamiento de alto costo cubierto por el Sistema de Protección Financiera, deberán ser notificados por su prestador de tal situación, mediante un documento denominado "Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto". A su vez, deberán ser informados que tienen derecho a tales prestaciones garantizadas, y que deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

Por su parte, los beneficiarios deberán identificarse con su cédula de identidad y entregar la información fidedigna que le sea requerida por el prestador en cuestión, de tratarse de un diagnóstico o tratamiento de alto costo.

En el caso de los afiliados a isapre, para tener derecho a los beneficios de los ya citados diagnósticos y tratamientos de alto costo, se deberá activar primero la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC), contemplada en el contrato de salud previsual. Si el contrato de salud no contempla el seguro para enfermedades catastróficas antes citado, se aplicarán las disposiciones del Sistema de Protección Financiera, sin exclusiones.

4º Formalidades

El cumplimiento de la protección financiera de la Ley N°20.850, podrá ser exigido por los beneficiarios de las isapres, del Fonasa y de las Instituciones de Salud Previsional de las Fuerzas Armadas y de Orden y de Seguridad ante el Fonasa, siendo este último el organismo a quien corresponde asegurarles dicha protección. Además, dichos beneficiarios podrán requerir a la Superintendencia de Salud, la resolución de los reclamos que surjan con motivo de la aplicación de esta ley.

Listado de diagnósticos y tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera de la Ley Ricarte Soto (Decreto N°87/2015)

DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS	GARANTÍA 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 examen genético molecular según indicación. - 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 examen genético molecular en un plazo de 90 días. 2.- Inicio de tratamiento: Con confirmación diagnóstica, el inicio del tratamiento con Laronidasa se realizará en un plazo de 60 días. 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 examen genético molecular según indicación. - 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 examen genético molecular en un plazo de 90 días. 2.- Inicio de tratamiento: Con confirmación diagnóstica, el inicio del tratamiento con Idursulfasa se realizará en un plazo de 60 días. 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 fibroblastos o leucocitos, o examen genético molecular según indicación. - 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 examen genético molecular en un plazo de 90 días. 2.- Inicio de tratamiento: Con confirmación diagnóstica, el inicio del tratamiento con Galsulfasa se realizará en un plazo de 60 días. 3.- Continuidad de atención y control en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico.
4 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN NITSINONA (ORFADIN) PARA LA TIROSINEMIA TIPO I	- Confirmación diagnóstica indispensable: examen de determinación de niveles elevados de succinilacetona en plasma u orina. - Tratamiento: terapia de reemplazo enzimático con Nitsinona.	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. 2.- Para la Confirmación diagnóstica, por determinación de niveles de succinilacetona en plasma u orina, la Institución Confirmadora tendrá un plazo de 4 días hábiles. 3.- Con diagnóstico confirmado, continuará tratamiento. 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) PARA LA ENFERMEDAD DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTEMENTE REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL	- Tratamiento: Fingolimod (Gylenia) o Natalizumab (Tysabri)	1.- Todo beneficiario con fracaso de tratamiento habitual con inmunomoduladores definidos de primera línea (interferón, acetato de glatiramer, dimetil fumarato o teriflunomida) tendrá derecho a tratamiento de segunda línea, con fingolimod o natalizumab en un plazo de 60 días desde la confirmación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado. 2.- Para la continuidad de tratamiento en pacientes que ya estén con fármacos de segunda línea por decisión clínica adoptada e iniciada previo a la dicitación de este decreto, se considerará la entrega de los medicamentos cubiertos por el Fondo, en las condiciones que se establecen en el protocolo correspondiente. 3.- Continuidad de la atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico.
6 DIAGNÓSTICO 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 examen genético molecular según indicación. - 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 examen genético molecular en un plazo de 90 días. 2.- Inicio de Tratamiento: Con confirmación diagnóstica, el inicio de tratamiento se realizará en un plazo de 60 días. 3.- Continuidad de la atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico.
7 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN AGALSIDASA (FABRAZYME) PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY	- Confirmación diagnóstica: En hombres medición enzimática en leucocitos o examen genético molecular según indicación. En mujeres examen genético molecular. - 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 genético molecular dentro del plazo de 90 días. 2.- Para el inicio de tratamiento: El inicio de tratamiento se realizará dentro del plazo de 60 días. 3.- Continuidad de la atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico.

DESCRIPCIÓN	PRESTACIONES GARANTIZADAS	GARANTÍA DE OPORTUNIDAD
8 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN ILOPROST INHALATORIO (VENTAVIS) O AMBRISANTAN (VOLIBRIST LETAIRIS) O BOSENTAN (TRACLEER) PARA LA HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR GRUPO I	- Confirmación diagnóstica indispensable: Cateterismo cardiaco. - 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. 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. 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 SOBREPRESA EL GEN HER 2	- Tratamiento: Trastuzumab Para pacientes con diagnóstico confirmado de Cáncer de Mama que sobreexpresen 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. 2.- Continuidad en la atención y control, en conformidad a lo prescrito por el médico para el caso específico. 3.- La solicitud de tratamiento por parte del prestador será validada por el comité de expertos clínicos del prestador aprobado, de acuerdo a lo establecido en el protocolo.
10 TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS, ETANERCEPT (ENBREL) O ABATACEPT (ORENCIA) O ADALIMUMAB (HUMIRA) O RITUXIMAB, PARA LA ENFERMEDAD DE ARTRITIS REUMATOIDE EN ADULTOS REFRACTARIA A TRATAMIENTO HABITUAL	- Tratamiento: Etanercept (Enbrel) o Abatacept (Orencia) o Adalimumab (Humira) o Rituximab. i) Para los casos nuevos , el tratamiento se encuentra indicado para pacientes con Artritis reumatoide activa sin respuesta al uso adecuado de a lo menos 3 Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FARMES), (incluyendo metotrexato y/o leflunomida) administrados en dosis máximas por un periodo de tiempo de al menos 6 o más meses, salvo que haya existido toxicidad o intolerancia documentada a algunos de estos fármacos. ii) Para la continuidad de tratamiento 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.	1.- Con diagnóstico de Artritis Reumatoide Refractaria a tratamiento habitual y en aquellos pacientes ya usuarios de medicamentos biológicos, hará uso del beneficio específico de inicio de tratamiento con Etanercept o Abatacept o Adalimumab o Rituximab en un plazo de 60 días, una vez validada la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado. 2.- Continuidad de atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud.
11 PROFILAXIS DE LA INFECCION DEL VIRUS RESPIRATORIO SINICIAL CON PALIVIZUMAB (SYNAGIS) PARA PREMATUROS CON Y SIN DISPLASIA BRONCOPULMONAR	- Tratamiento: Palivizumab (Synagis), administrado durante periodo de máxima circulación viral con un máximo de 5 dosis, para los siguientes subgrupos. 1.- En prematuros con displasia broncopulmonar, menor de 32 semanas o menos de 1.500 gramos al nacer y su hermano gemelo, y que al inicio del periodo de máxima circulación viral tengan menos de un año de edad cronológica. 2.- En prematuros sin displasia broncopulmonar, menor de 29 semanas al nacer y que al inicio de máxima circulación viral tengan menos de 9 meses de edad cronológica.	1.- Si cumple con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo para esta condición de salud, hará uso del beneficio específico de inicio de tratamiento con Palivizumab, al menos 72 horas previo al alta, o en forma ambulatoria, si ya se encuentra en su domicilio cuando empiece el periodo de alta circulación viral. 2.- Continuidad de atención y control, en conformidad a lo establecido en el protocolo de esta condición de salud. 3.- La solicitud del tratamiento por parte del prestador será validada por el comité de expertos clínicos del prestador aprobado, de acuerdo a lo establecido en el protocolo.
12 TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB (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: - 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. - 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. - 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. - 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. 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 (monoméricas) o especiales, según protocolo específico para esta condición de salud. 2.- Dispositivos médicos necesarios: Sonda nasogástrica, Sonda nasoyeyunal, Ostomía Gástrica, Ostomía yeyunal. 3.- Los recambios, las renovaciones o las mantenencias de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el periodo 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 domiciliar, en un plazo no mayor a 30 días, una vez validada la indicación por el comité de expertos clínicos del prestador aprobado. 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. 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. 3.- Los recambios, las renovaciones o las mantenencias de los dispositivos médicos necesarios señalados en la letra anterior durante el periodo 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. 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, harán uso del beneficio: - 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 SUNTINIB O EVEROLIMUS PARA ENFERMEDAD PROGRESIVA DE TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS	1.- Tratamiento para personas de dieciocho años y más con tumores neuroendocrinos pancreáticos progresivos y bien diferenciados con enfermedad irreseccable, localmente avanzada o metastásica, se garantizará el tratamiento farmacológico con Suntinib o Everolimus .	1.- Tratamiento para personas de dieciocho años y más con tumores neuroendocrinos pancreáticos progresivos y bien diferenciados con enfermedad irreseccable, localmente avanzada o metastásica, harán uso del beneficio o de continuarlo, en un plazo no mayor a 15 días, una vez validada la indicación médica por parte del Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado.
17 DISPOSITIVO DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL PARA HIPOACUSIA SENSORINEURAL BILATERAL SEVERA O PROFUNDA	1.- En personas con hipoacusia bilateral severa o profunda postocutiva 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: - Implante Coclear - Recambio de accesorios según vida útil - 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 Megaliglis o hipoacusia sensorineural bilateral (por riesgo de oofitación 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. 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 cirugía.