



PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE
VICERRECTORÍA DE COMUNICACIONES
Y ASUNTOS PÚBLICOS

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Garantías explícitas en salud (GES): seis consideraciones para su implementación

DR. GABRIEL BASTÍAS
Facultad de Medicina UC

DR. MARCELO ANDIA
Facultad de Medicina UC



Año 2 / Nº 9 / agosto 2007

Garantías explícitas en salud (GES): seis consideraciones para su implementación

DR. GABRIEL BASTÍAS
Facultad de Medicina UC

DR. MARCELO ANDIA
Facultad de Medicina UC

Introducción

El acceso a la atención de salud es un derecho consagrado en la Constitución (1980), sin embargo el ejercicio de este derecho no ha estado exento de limitaciones y desigualdades. Alcanzar la meta de un acceso universal a un servicio de salud de calidad, no sólo es altamente demandante en recursos económicos, sino que la simple definición de qué es una atención de salud universal, de calidad y oportuna es imprecisa, por lo que en la práctica este derecho no está siendo ejercido en plenitud, constatándose en Chile desigualdades por sexo, nivel socioeconómico, grupo etario, etnia e incluso, ubicación geográfica, dada la falta de servicios de especialidades médicas en ciertas provincias del país.

Durante la década de los noventa se inició una serie de reformas sociales orientada a la modernización del

Estado, lo que derivó en procesos de reformas al sector de salud y de seguridad social. Los objetivos explicitados para el proceso de reforma de salud en Chile fueron: mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, reducir las desigualdades en salud y mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad (MINSAL 2001).

La implementación de la reforma al sector de la salud llevó al desarrollo de una serie de instrumentos legales que modificaron la estructura del sistema de salud y su marco regulatorio (Tabla 1). Todas estas modificaciones buscaron definir la fuente de financiamiento de la reforma, establecer una nueva autoridad sanitaria, plantear criterios de eficiencia y gestión del sistema de salud, modernizar la ley de isapres, establecer los derechos y deberes del paciente y definir un régimen de garantías en salud.

Tabla 1 | **Leyes de la reforma de salud**

Ley	Año	Descripción
Ley de financiamiento (Nº 19.888)	Agosto/2003	Asegura los recursos para la reforma de salud.
Ley de autoridad sanitaria y gestión (Ley Nº 19.937)	Febrero/2004	Separa las funciones de provisión de servicios de salud y regulación del sector. Crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados.
Ley del régimen general de garantías en salud (Ley Nº 19.996)	Septiembre/2004	Crea el sistema de garantías explícitas para el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías prioritarias.
Ley de solvencia de ISAPREs (Ley Nº 19.895)	Agosto/2003	Asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados.
Ley de ISAPREs (Ley Nº 18.933)	Mayo/ 2005	Modernización de la Ley de ISAPREs y potenciación del rol de la superintendencia.
Ley de derechos y deberes de los pacientes	En discusión	Entrega responsabilidades y protección a los pacientes. Regula aspectos como el consentimiento informado.

Dentro de este marco regulatorio destaca la Ley del Régimen General de Garantías en Salud la que no tiene parangón en el mundo. Como se explicitó anteriormente, el acceso a la salud es un derecho consagrado en la Constitución, sin embargo, en ningún cuerpo legal se garantizaban las condiciones mínimas de universalidad, oportunidad, calidad ni resguardo económico de dicho derecho. Esta ley implementó un paquete de servicios de salud mínimo garantizado para un conjunto de patologías consideradas prioritarias para el país. Para cada patología garantizada se estableció una garantía GES más conocida operativamente como “canasta de prestaciones” de salud, la cual enumera explícitamente los productos y servicios a los que accede cada cotizante beneficiario de cada garantía GES. La canasta detalla la cantidad de consultas médicas generales y de especialidad, el número y tipo de atenciones de enfermería y otros profesionales de la salud, la cantidad y tipo de exámenes de laboratorio y radiológicos, insumos, fármacos, prótesis, etc. para cada garantía GES.

Esta iniciativa incluyó tanto a los afiliados al sistema privado de salud (isapres) y a FONASA. Su desarrollo y posterior puesta en marcha no ha estado exenta de detractores y de dudas sobre su real impacto en la calidad de los servicios de salud que recibirán los chilenos.

El presente artículo tiene como propósitos: primero, presentar información relevante sobre el régimen de garantías explícitas en salud (GES) actualmente vigente; segundo, discutir las condiciones actuales del régimen GES y los desafíos de su puesta en marcha y tercero, examinar eventuales estrategias para lograr los cambios necesarios que garanticen el éxito de estas medidas y la concreción de una mejora significativa en la calidad de la salud en Chile.

Historia de las garantías explícitas en Chile

A fines de los noventa el diagnóstico del sistema de salud chileno daba cuenta de las serias dificultades para el acceso a los servicios de salud no sólo de los grupos bajo la línea de pobreza, sino que de un vasto grupo de beneficiarios FONASA que por falta de oferta veía limitada su capacidad de resolver sus problemas de salud. Incluso una parte importante de la población afiliada a isapre presentaba un frecuente desamparo económico frente al diagnóstico de patologías de alto costo (Mesa-Lago 2005). El informe preparado por la Fundación para la Superación de la Pobreza (1999) propuso como política prioritaria implementar un plan de salud que

garantizara a todos los beneficiarios el derecho a acceder a un conjunto de prestaciones mínimas, en condiciones estipuladas contractualmente y que además especificara los plazos de espera, protocolos de atención y fijara los copagos límites.

La reforma tuvo una difícil discusión política considerando el alcance global de la propuesta que incluyó a ambos sistemas de salud. Esta reforma modificó la Ley del Régimen de Prestaciones de FONASA, estableciendo un régimen de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Se priorizaron los problemas de salud sobre la base del razonamiento epidemiológico y la factibilidad de las soluciones. Para cada problema se definieron las áreas de intervención en los distintos niveles de atención de salud: primaria, secundaria y/o terciaria. Además, se estableció los tiempos de espera máximos para cada etapa (garantía de oportunidad); el conjunto de actividades, procedimientos y tecnologías necesarias para la solución del problema (garantía de calidad) y el copago y gasto máximo al que puede llegar anualmente una familia (garantía de protección financiera) (Titelman 2000).

Esta modificación implicó un gran cambio con respecto de la situación existente. El usuario del sistema de salud público en general estaba sujeto a la disponibilidad de la oferta existente para acceder a una prestación de salud; conocidas fueron las múltiples propuestas para terminar con las listas de espera en los consultorios de atención primaria y hospitalaria (Programa de Oportunidad de Atención, Programa de Prestaciones complejas, etc). A su vez, el usuario isapre podía acceder a las prestaciones de salud en la medida que tuviese los recursos para financiar los copagos requeridos, los cuales eran más altos en la medida que aumentaba la complejidad de la patología o según las características de cobertura de su plan de salud. En este escenario se producía quizás la mayor distorsión del sistema dual de financiamiento de salud, pues en la medida que el beneficiario privado estaba sano o tenía problemas de salud de bajo costo podía cotizar en el sistema privado, pero en la medida que acumulaba patologías o bien se enfrentaba a enfermedades más costosas, la incapacidad de cubrir los copagos lo motivaba a trasladarse al sistema público de atención.

La estrategia adoptada de asegurar un grupo de garantías mínimas es una medida ampliamente utilizada para el resguardo de los derechos individuales. Su aplicación a los derechos sociales, como el acceso a salud, abre una interesante propuesta para la regulación y

control del acceso universal e igualitario. Este tipo de medidas de aseguramiento ha sido utilizado en otros sistemas de salud en Latinoamérica aunque con un menor alcance en las prestaciones, limitándose principalmente al ámbito de la atención primaria y materno-infantil (Sojo 2006).

Durante el año 1999 el Ministerio de Salud (Minsal 1999) desarrolló el “Estudio de Costo Efectividad de Intervenciones para los Principales Problemas de Salud Pública” que definió y evaluó las patologías que serían posteriormente incluidas en el programa GES. Este estudio priorizó los problemas de salud de acuerdo a su frecuencia, gravedad y costo. El principal criterio ordenador, ampliamente utilizado en la literatura internacional, fue el de los años de vida saludable perdidos (AVISA), que cuantifica la carga de la enfermedad a través de un indicador que combina la mortalidad temprana con la discapacidad que puede provocar la

enfermedad en los sobrevivientes. El resultado de este estudio fue una lista priorizada de patologías de acuerdo con la realidad chilena. Estas patologías posteriormente se calendarizaron para su puesta en marcha de acuerdo con criterios presupuestarios. Durante el año 2005 se introdujeron las garantías de las primeras 25 patologías, en el año 2006 se sumaron 15 nuevas patologías y durante el 2007 se alcanzó un total de 56 patologías garantizadas. Como se observa en la Tabla 2, el grupo de garantías incluye patologías de gran diversidad, desde patologías de amplia distribución y radicadas principalmente en la atención primaria (por ejemplo: el tratamiento médico de la artrosis de cadera y/o rodilla), patologías que sólo incluyen la entrega de órtesis o anteojos a la población demandante, hasta patologías de alta complejidad y alto costo (por ejemplo, la resolución quirúrgica de las cardiopatías congénitas en menores de 15 años).

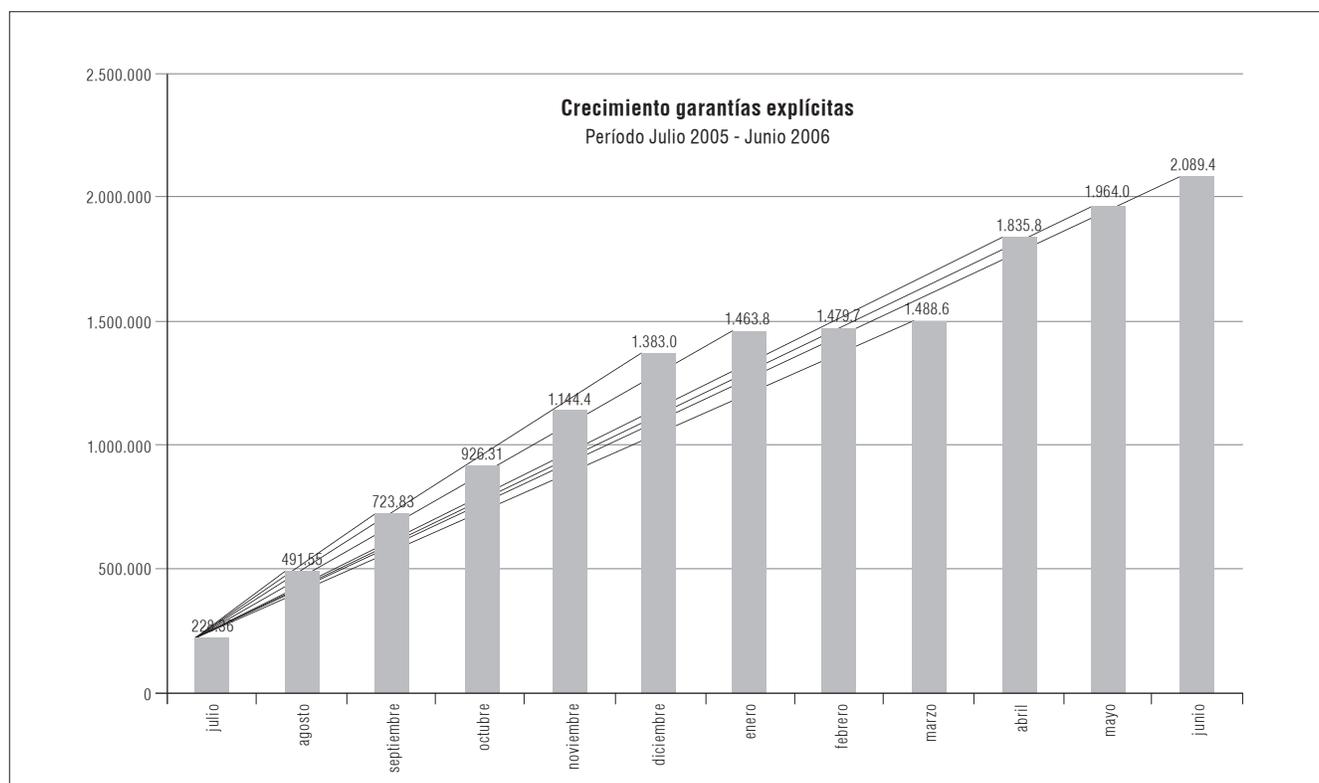
Tabla 2 | **Patologías GES de acuerdo al año de puesta en marcha**

Año 2005 (25 Patologías)	Año 2006 (15 Patologías)	Año 2007 (16 Patologías)
1. Insuficiencia renal crónica terminal	26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en adultos de 35 a 49 años sintomáticos	41. Leucemia en personas de 15 años y más
2. Cardiopatías congénitas operables en	27. Cáncer gástrico en personas de 40 años y más	42. Trauma ocular grave
3. Cáncer cervicouterino menores de 15 años	28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	43. Fibrosis quística
4. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más	44. Gran quemado
5. Infarto agudo del miocardio y manejo del dolor torácico en unidades de emergencia	30. Estrabismo en menores de 9 Años	45. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
6. Diabetes mellitus tipo I	31. Retinopatía diabética	46. Analgesia del parto
7. Diabetes mellitus tipo II	32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	47. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más	33. Hemofilia	48. Artritis reumatoide
9. Diagnóstico y tratamiento disrrafias espinales	34. Depresión en personas de 15 años y más	49. Tratamiento médico en personas de 55 años y mas con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años	35. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata en personas sintomáticas	50. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas congénitas y adquiridas	36. Ortesis (ayudas técnicas) para personas de 65 años y más	51. Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más
12. Endoprótesis total de caderas en personas de 65 años y más	37. Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más	52. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
13. Fisura labiopalatina	38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	53. Urgencia odontologica ambulatoria
14. Cáncer en menores de 15 años	39. Asma infantil moderada o severa en el menor de 15 años	54. Salud oral integral del adulto de 60 años
15. Primer episodio esquizofrenia	40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido	55. Politraumatizado grave
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más		56. Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave
17. Linfoma en personas de 15 años y más		
18. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA		
19. Infección respiratoria aguda baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años		
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más		
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más		
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años de edad		
23. Salud oral integral en niños de 6 años		
24. Prematurez		
25. Trastorno de generación del impulso cardiaco y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marca-paso		

La implementación de estas garantías requirió de la adaptación y actualización de muchos servicios, por lo que se necesitó de una importante inversión para su puesta en marcha. Durante el año 2005, se invirtió en proyectos orientados hacia áreas clínicas específicas, optimizaciones de infraestructura y adquisición de equipamiento médico-quirúrgico, un monto de (M\$) 14.467.628. Para el 2006, la inversión se estimó en (M\$) 13.227.865. Se estima que el costo de los 56 problemas de salud incluidos en el programa GES es de 3,06 UF promedio por persona, lo que equivale a aproximadamente el 23% del presupuesto general de salud destinado a prestaciones de FONASA (MINSAL 2005, 2006).

La figura 1, muestra la evolución de la demanda por prestaciones incluidas en el GES en el sector público. Durante el primer mes de operación de las garantías GES (julio 2005) se reportaron 228.363 atenciones de salud, terminando el año 2005 con un total de 1.383.090 garantías cursadas. Al término del primer año de vigencia (junio 2006) se registraron un total de 2.089.460 atenciones. Del total de garantías del primer año, un 88.5% está constituido por seis problemas de salud de resolución preferente en atención primaria (1.849.492 casos) y sólo el 11.5% de los casos (239.968 garantías) requirió atención en los niveles secundario y/o terciario. Esta distribución de atenciones muestra el importante rol que tiene la atención primaria en esta reforma.

Figura 1 | **Demanda de atención por patologías GES**
Período Julio 2005 - Junio 2006



La tasa de uso de las garantías GES ha demostrado ser sustancialmente mayor en la población FONASA que la población isapre. Por ejemplo, la garantía de neumonía del adulto mayor es 18,6 veces más demanda en el sistema FONASA que en isapre, la prematuridad 13,7 veces, la hipertensión arterial 6,9 veces, el infarto agudo

al miocardio 5,1 veces más y el cáncer cérvico-uterino 4,1 veces más, entre otros (Superintendencia de Salud, 2007a). Este comportamiento de alguna manera da cuenta de la brecha de acceso que existía entre ambos sistemas de salud previo a la puesta en marcha de la reforma y al distinto comportamiento epidemiológico de

las poblaciones isapre y FONASA. Por el contrario, en el caso de la diabetes mellitus tipo 1, el cáncer de mama y el cáncer de próstata, la tasa de uso es mayor en la población isapre, lo que muestra el comportamiento epidemiológico de país desarrollado que tiene la población isapre a diferencia de la población FONASA.

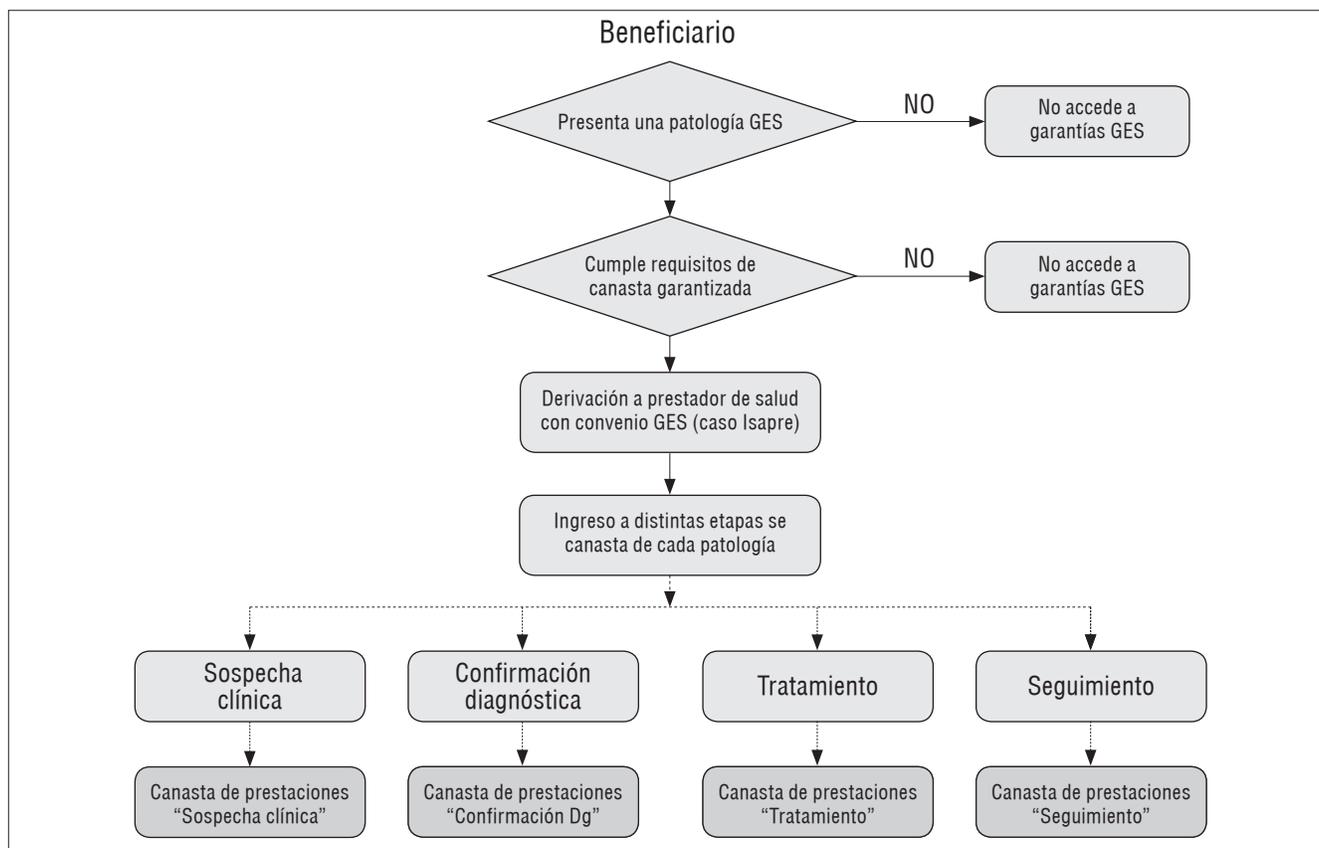
Desde un punto de vista de la organización del sistema de salud pública, se ha observado una creciente coordinación entre los distintos niveles de atención. Sin esta coordinación se duplicarían procesos y muy probablemente el resultado de las intervenciones sería menos eficiente y no se cumplirían con metas de costos y tiempos de espera. A nivel privado, se ha observado una creciente integración vertical. Si bien en su génesis la implementación del FONASA y de las isapres tenía por objetivo separar la función de financiamiento con la de prestación de los servicios de salud, en la práctica se ha observado que la aplicación de las garantías GES ha llevado al sistema financiador a establecer alianzas con prestadores llegando en algunos casos a participar de la propiedad de estos últimos. Esto ha derivado a que en el

sistema privado ambas funciones sean desarrolladas por los mismos actores (Colegio Médico de Chile 2002).

Funcionamiento de las garantías explícitas

La entrada en vigencia de las garantías GES introdujo un cambio en la estructura de las prestaciones de salud. En términos simples (ver figura 2), si un beneficiario acude a un prestador de salud y éste constata que el paciente presenta una patología garantizada GES y cumple con los requisitos específicos establecidos en el Decreto N°44 del año 2007 de los Ministerios de Hacienda y Salud para acceder a la canasta de prestaciones, entonces el prestador de salud está en la obligación de informar al paciente de este beneficio. Con esta información el beneficiario debe acudir a su aseguradora quien le indicará cual es el centro médico u hospital con el cual hay un convenio vigente para que reciba las prestaciones incluidas en la canasta garantizada. En el caso de FONASA, la mayor parte de las prestaciones se realizarán en el mismo centro de atención primaria, CRS u hospital que le corresponde al beneficiario según su domicilio.

Figura 2 | Diagrama del funcionamiento de las patologías con garantía GES



Las canastas de prestaciones garantizadas incluyen prestaciones en las etapas de sospecha clínica, confirmación diagnóstica, tratamiento y/o seguimiento de la patología. La mayor parte de las canastas garantizan sólo alguna de estas etapas y en algunas patologías excepcionales están garantizadas prestaciones en las 4 etapas de la intervención médica (ver Tabla 3). En todo momento el paciente tiene el derecho a rechazar las prestaciones garantizadas o al prestador al cual está siendo derivado por su aseguradora, en tal caso el manejo de la patología se realizará por el modelo tradicional de copago en base al plan de salud vigente del beneficiario tanto en el sistema FONASA como isapre.

Consideraciones para la implementación del programa GES

Información y educación para los beneficiarios

Cuando se habla de las garantías GES, usualmente no se aclara que ellas no están establecidas en base a patologías genéricas, sino que en base a diagnósticos precisos y acotados. Esta imprecisión se muestra en el siguiente ejemplo, la garantía de atención de salud para la neumonía del adulto mayor podría hacer pensar que favorece a todos los afectados por esta patología independiente de su causa y gravedad. Sin embargo, lo que realmente está garantizado es la confirmación diagnóstica y tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad de manejo ambulatorio en pacientes de 65 años y más. Por lo tanto, esta garantía excluye de su cobertura al grupo de pacientes menores de 65 años, con neumonías que por su gravedad requieran manejo hospitalario y aquellas cuya etiología sea distinta a la adquirida en la comunidad, quedando excluidas, por ejemplo, todas las neumonías intrahospitalarias. Se desprende entonces que no es una patología lo garantizado, sino que un diagnóstico claramente definido. Sin embargo, una parte importante de los usuarios desconoce esta diferencia produciéndose disconformidades e insatisfacción al momento de querer ejercer sus derechos de atención.

En la misma línea de falta de información, una fuente que potencialmente limitará el ejercicio de las garantías corresponde a los criterios de inclusión para el acceso a las garantías GES. Para acceder a cada garantía GES es necesario cumplir con los requisitos establecidos para cada patología (Decreto N°44, Ministerios de Hacienda y Salud 2007), los que por ejemplo corresponden a edad del paciente, características del diagnóstico e incluso sintomatología o gravedad de la patología. Por

ejemplo, la garantía GES para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas, define los síntomas para acceder a la garantía como: retención urinaria aguda repetida, retención urinaria crónica, cálculos vesicales, infecciones urinarias recurrentes, insuficiencia renal aguda o crónica secundaria a obstrucción urinaria a nivel prostático o hematuria macroscópica recurrente o persistente. Todos estos síntomas dan cuenta de una enfermedad en etapa avanzada, de largo tiempo de evolución y que probablemente ya ha alterado significativamente la calidad de vida del beneficiario. Por lo tanto, es muy posible que un grupo importante de pacientes con esta sintomatología pudiera desear solucionar su patología antes de llegar a cumplir con los exigentes criterios de inclusión, sin poder acceder al beneficio. Esto deja de manifiesto la existencia de barreras de entrada para acceder a la garantía, lo cual lleva en definitiva a un control indirecto de la demanda, pues al flexibilizar las barreras de entrada aumentaría la demanda y los costos totales del sistema. Esta barrera se observa en al menos 9 garantías; todas ellas correspondientes a patologías sin riesgo vital y que en general impactan en la calidad de vida de los afectados.

Según los resultados de un estudio de opinión realizado por la Superintendencia de Salud en noviembre de 2006: sólo un 13,2% de los encuestados conoce los problemas de salud incluidos en las garantías GES y el 52,5% conoce algunos de los problemas. El 58,1% de los encuestados refiere no conocer los pasos a seguir en caso de presentar una patología cubierta por una garantía GES (Superintendencia de Salud, 2006). En los resultados de un estudio de opinión del año 2007, los beneficiarios FONASA califican con una nota 4.7 (escala de 1 a 7) la calidad de la información que reciben de su sistema de salud, los beneficiarios isapre con una nota 4.6 (Superintendencia de Salud, 2007b). Los resultados presentados anteriormente muestran la evidente necesidad de mejor información para los beneficiarios.

Para dar solución en parte a estos problemas es necesaria la educación de la población. Para ello es necesario avanzar de la información general del programa GES actualmente disponible, a información específica para cada beneficiario y su grupo familiar, en que se expliciten las patologías cubiertas y los requisitos para su acceso en un lenguaje no técnico y accesible a toda la población. Esto es particularmente relevante en la población isapre que no cuenta con un programa formal de atención primaria, por lo que usualmente accede a

prestaciones de salud aisladas y no necesariamente coordinadas con los programas GES.

Adicionalmente, las prestaciones garantizadas por las canastas GES en la mayoría de los casos sólo pueden hacerse efectivas con cierto grupo de prestadores con los cuales la aseguradora ha establecido convenios preferenciales. En este escenario, se dan situaciones en que el paciente acude por iniciativa propia a un centro de salud a consultar, por ejemplo, por un posible cuadro de infección respiratoria, y si el médico tratante constata que el paciente cumple con los requisitos de la garantía GES para la neumonía en el adulto mayor y el prestador al que consultó no es el preferencial para su aseguradora, deberá ser derivado a otro centro de salud para poder recibir los beneficios de la canasta GES. En estas situaciones, un sistema centralizado de cada aseguradora, diseñado para orientar a los beneficiarios al momento de solicitar una atención médica, podría mejorar el acceso a las prestaciones GES, orientando sobre los diagnósticos y requisitos necesarios para acceder a las garantías y evitar la duplicación de prestaciones. Por ejemplo, ¿sabe Ud. cual es el prestador preferencial de su aseguradora al cual debe acudir en caso de sufrir un infarto agudo al miocardio o un accidente cerebro-vascular?

Plazos y oportunidad para el acceso a beneficios

Dentro del grupo de patologías garantizadas, hay un grupo de ellas que sólo se pueden ejercer en un momento de la vida y que sin la adecuada información se pasaran por alto en muchos beneficiarios, perdiendo la oportunidad de atención. Este es el caso de dos patologías GES que corresponden a la atención de salud oral integral, las que sólo pueden ejercerse a la edad de 6 y 60 años. Si no existe una adecuada red de información y alerta, muchos beneficiarios no accederán a este beneficio por desconocimiento.

Como se explicó anteriormente, las prestaciones garantizadas de cada patología GES se organizan en las denominadas “canastas de prestaciones”, las que a su vez se dividen en 4 etapas de atención médica: sospecha diagnóstica, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. Es así como algunas canastas sólo incluyen prestaciones de tratamiento, es decir, la sospecha clínica, la confirmación diagnóstica y el seguimiento post-tratamiento no están garantizados. En este subgrupo de patologías, para optar a la garantía, el beneficiario debe previamente contar con la confirmación diagnóstica por un especialista. En el caso de FONASA la confirmación diagnóstica puede estar limitada por la falta de oferta de

especialistas, por ejemplo, de atención psiquiátrica para el diagnóstico de depresión, atención de un reumatólogo para el diagnóstico de artritis reumatoide o atención de urología para el diagnóstico de cáncer de próstata. En el caso de las isapres, los beneficiarios deberán pagar los copagos correspondientes a la confirmación diagnóstica antes de acceder al beneficio garantizado del tratamiento. Esta situación, en ambos sub-sistemas, limitará el ejercicio de la garantía, actuando indirectamente como otra barrera de entrada para la demanda.

Nuevamente es la información precisa y oportuna la vía para mejorar el acceso de los usuarios a los beneficios de las garantías GES pudiendo conocer a priori los pasos a seguir y las consultas médicas previas a realizar antes de solicitar la incorporación a un beneficio de una garantía GES.

Desafíos pendientes en la implementación de las canastas de prestaciones

La implementación de las garantías GES llevó al establecimiento de canastas de prestaciones de salud que definen los procedimientos, tipo de intervenciones, tratamientos y atenciones que se deben realizar para cada patología garantizada. Cada una de estas canastas intenta dar cuenta de la variabilidad propia del ejercicio de la medicina. Desde un punto de vista práctico cada patología es distinta en cada paciente, en la medida que cada uno de ellos presenta una exclusiva combinación de edad, comorbilidades, hábitos, creencias, etc., que en la práctica médica plantea el dilema de: las enfermedades pueden ser iguales, pero los enfermos son todos distintos.

Para cumplir con las metas financieras que sustentan el programa de garantías GES es necesario que cada tratante se ciña rigurosamente a lo definido por la canasta restringiendo al mínimo las posibilidades de modificar el tratamiento, métodos diagnósticos y/o seguimiento más allá de lo garantizado en las canastas. Esta metodología puede cumplirse cabalmente en un grupo de pacientes “tipo”, sin embargo, la experiencia médica internacional demuestra que la agrupación de pacientes por diagnóstico principal no refleja la real dispersión de las patologías, lo que finalmente puede llevar a tratar inadecuadamente a un paciente más complejo utilizando un protocolo más simplificado o bien producir un aumento en los costos del sistema, al tratar una mayor proporción de paciente complejos no contemplados en la evaluación inicial. Por ejemplo, el infarto agudo al miocardio (IAM) es una patología muy bien definida

desde un punto de vista fisiopatológico sin embargo, el enfrentamiento médico, el pronóstico y las potenciales complicaciones son dramáticamente distintas si la misma patología se desarrolla en un paciente menor de 60 años, sin comorbilidades versus un paciente mayor de 60 años, hipertenso, diabético y fumador. Si bien la patología es la misma, la complejidad y los costos de las intervenciones serán distintos, por lo que en la medida que no esté adecuadamente estimada la variabilidad en los costos de la garantía, los prestadores de salud que han fijado un precio estándar para esta prestación GES verán claramente afectada su viabilidad económica.

En muchos países desarrollados se utiliza el sistema de costeo GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) para el control de los costos hospitalarios y la determinación del valor de las prestaciones (Averil, 1998). Este sistema se basa principalmente en la minuciosa caracterización de cada grupo de patologías, separándolas en un total de 654 grupos. La aplicación de esta metodología ha demostrado las significativas diferencias en costos que se esconden tras un mismo diagnóstico, dejando en evidencia que el costeo por diagnóstico principal no guarda relación con los costos reales de las prestaciones médicas. Por ejemplo, mediante esta metodología se demuestra que bajo el diagnóstico principal de infarto agudo al miocardio (IAM), subyacen al menos 6 Grupos Relacionados por Diagnóstico que incluyen este mismo diagnóstico principal, considerando además las comorbilidades del paciente, la gravedad del evento y las condiciones en las que ingresa el paciente al servicio de urgencia. Con este análisis se constata una variación de casi un 350% en la complejidad y costos promedios de atención del grupo de pacientes bajo el mismo diagnóstico principal de IAM.

Esta experiencia internacional, hace necesario avanzar en el desarrollo de una adecuada sub-clasificación de las canastas GES e incorporar los elementos que permitan definir los principales factores que afectarán la valoración de la garantía de manera de dar una sustentabilidad económica de largo plazo al sistema de financiamiento. Así mismo es necesario enfatizar el peligro de caer en una mecanización en el ejercicio de la medicina, en la cual todo paciente con el mismo diagnóstico principal será derivado a una misma canasta de prestaciones por consideraciones económicas, sin incluir todos los demás factores que determinan su cuadro clínico y sin evaluar potenciales alternativas de tratamiento no incluidas en la canasta básica, y que potencialmente pudieran mejorar el pronóstico de su patología.

Finalmente, creemos que es necesario para el éxito de la Reforma establecer un sistema de información público (un observatorio nacional del programa GES) que permita evaluar el adecuado funcionamiento de las canastas, la variabilidad en la aplicación de los protocolos en los distintos centros de salud del país tanto públicos como privados, así como el real impacto en la reducción de la morbi-mortalidad de los pacientes tratados, de manera de tener información precisa que permita corregir el diseño de las canastas en virtud de los resultados obtenidos y las dificultades prácticas de su aplicación.

Políticas de prevención en salud

Al analizar el listado de las patologías incluidas en GES, se observa un marcado sesgo hacia el manejo curativo de las patologías más que a poner de relieve estrategias de prevención.

Muchas de las patologías GES a las cuales se ingresa a la etapa de confirmación diagnóstica, requieren que el paciente haya realizado alguna intervención mínima de medicina preventiva para la sospecha clínica de la patología. Por ejemplo, para el ingreso de pacientes a las canastas de cáncer de mama, la paciente debe venir derivada post mamografía alterada o palpación de un nódulo mamario, en el caso del cáncer de próstata la derivación ocurre por un antígeno prostático específico (APE) elevado o un tacto rectal sospechoso y en el caso de la diabetes mellitus tipo II, el paciente es derivado por presentar un cuadro clínico compatible o una glicemia de ayuno alterada, entre otros. Todas estas derivaciones ocurren tras la realización de un tamizaje (screening) en búsqueda de estas patologías, el que de no realizarse, impedirá intervenir de manera eficiente y oportuna, pesquizando la enfermedad en una etapa potencialmente irreversible. Considerando lo anterior, llama la atención la poca relevancia que tiene la medicina preventiva en esta reforma, tanto para la realización de exámenes de screening como para la intervención en control de factores de riesgo y cambios de hábitos. La mayor parte de los screening recomendados internacionalmente no son parte de las prestaciones garantizadas por las canastas, por lo que en FONASA su disponibilidad estará sujeta a la oferta y en el caso de isapre, restringida por el copago del beneficiario.

Sin embargo, la reforma podría estar introduciendo incentivos no explícitos para realizar intervenciones de prevención por parte de las aseguradoras. En el sistema tradicional privado, cada isapre puede seleccionar sus cotizantes de acuerdo con sus factores de riesgo, ofre-

ciéndole un plan cuya prima castiga el riesgo propio del paciente, trasladando la responsabilidad de la prevención desde el asegurador al paciente. Es más, dado el mecanismo de revisión anual de los planes individuales, la selección por riesgo puede irse ajustando año a año en la medida que el cotizante envejece y presenta nuevas patologías, traduciéndose en mayor costo para el cotizante y sin que las medidas de medicina preventiva generaran ningún incentivo para la isapre ni para el cotizante.

En el nuevo escenario, la prima a pagar por la cobertura de las patologías GES está previamente definida y su valor no es ajustable por los factores de riesgo de cada cotizante en particular. El paso de un modelo de cotización de acuerdo a los factores de riesgo propios, a un modelo de cotización solidario implica que para cumplir con las garantías de acceso, oportunidad, calidad y resguardo económico, a cada asegurador le convendrá tener la mayor cantidad de cotizantes “sanos” que no necesiten de estas garantías. De esta manera, se generaría por parte de la isapre, un incentivo para introducir acciones preventivas con el objeto de disminuir el número de beneficiarios potenciales que soliciten las garantías o bien pesquisarlos tempranamente cuando las intervenciones son menos costosas (y adicionalmente, más exitosas). Por ejemplo, la garantía GES para el cáncer de mama: esta canasta GES no incluye la realización del screening de mamografía anual a sus beneficiarias, pero sí incluye la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama. El cáncer de mama detectado en etapas tempranas presenta una excelente sobrevida en el tiempo y en general no requiere de cirugías radicales y no necesita de quimioterapia. La literatura internacional demuestra que la introducción de screening masivo de cáncer de mama mediante el uso de mamografía reduce significativamente la mortalidad por esta patología, aumentando el número de pacientes diagnosticadas en etapa pre-invasora a una tasa del 3-5% anual y disminuyendo la tasa de diagnóstico en etapa de cáncer avanzado en un 4% anual (Zorzi, 2006). Ambas conclusiones han sido confirmadas al comparar grupos poblacionales con distintos niveles de acceso a medicina preventiva demostrando una mayor mortalidad y mayor tasa de cirugías radicales y quimioterapia en los grupos con menor acceso a screening (Marchick, 2005 y Taylor, 2003). Por lo tanto, si consideramos que ambos tratamientos (cáncer de mama en etapa precoz y avanzada) están cubiertos por la misma prima pagada a la cobertura GES, es de suponer que al asegurador le

convendrá en el largo plazo tener la mínima cantidad de pacientes con cáncer en etapa avanzada (cuyo tratamiento es más caro y menos efectivo). En el escenario GES, el asegurador no puede aumentar la prima por los factores de riesgo del beneficiario, por lo tanto se verá motivado a propiciar planes de screening accesible a todas sus beneficiarias con objeto de disminuir el número de pacientes diagnosticadas en etapa avanzada, favoreciendo la detección y el tratamiento de cánceres en etapas precoces. Por primera vez el costo de los factores de riesgo es compartido por la aseguradora y el beneficiario, introduciendo un estímulo a la prevención, que aunque marginal, podría marcar un primer paso hacia la consolidación de un modelo de salud preventiva.

El análisis anterior no es del todo extensible a FONASA, en el cual el sistema de cotización siempre ha sido solidario, y aún así no ha motivado la aparición de políticas preventivas relevantes. Esto último podría corregirse con el establecimiento de las garantías de oportunidad, que le impone al sistema público una presión por cumplir con las atenciones de salud, que hasta ahora no existía, lo que debiera motivar la incorporación de medidas preventivas para disminuir la incidencia de patologías prevenibles y de alto costo.

En el periodo que llevan funcionando las garantías GES, cerca del 50% del gasto total se ha concentrado en 3 patologías: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II y VIH-SIDA (Minsal, 2006). Es paradójico no observar acciones tendientes a promover cambio de hábitos en la población con el objeto de disminuir la incidencia de estas tres enfermedades prevenibles y con esto disminuir los costos del sistema. Estudios internacionales demuestran el impacto de campañas de modificación de estilos de vida en el control y prevención de la hipertensión arterial. Por ejemplo, la reducción del peso en pacientes con sobrepeso permite reducir la presión arterial entre 5 y 20 mmHg por cada 10 Kg disminuidos, lo que reduce el consumo de medicamentos en casi un 20% y disminuye la prevalencia poblacional de hipertensión. De la misma manera la moderación en el consumo de sal a menos de 6 gr de NaCl disminuye la presión arterial entre 2 y 8 mmHg y la actividad física regular lo reduce en 4 a 9 mmHg (Chobanian, 2003). Adicionalmente al reducir la población de hipertensos se logra disminuir el riesgo de accidentes cerebrovasculares en un 35-40% y el riesgo de infartos agudos al miocardio en un 20-25% (Chobanian, 2003), ambas patologías también cubiertas por la prima pagada por la cobertura GES.

De la misma manera se ha demostrado la costo-eficiencia de políticas de intervención en factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, dieta) en países desarrollados, que permiten disminuir los nuevos casos de diabetes mellitus tipo 2 y la incidencia de infartos agudos al miocardio, disminuyendo significativamente la mortalidad por enfermedades coronarias (Lindgrem 2007, Laatikainen 2005).

Es llamativa la falta de confianza en las políticas de prevención tanto en las aseguradoras públicas como privadas. Esto contrasta con el éxito reconocido a nivel internacional de dos programas de salud preventiva chilenos como es el programa de control del embarazo y el programa de control de niño sano, los que han propiciado que Chile presente indicadores de salud en este sector comparables a los de países desarrollados (Jiménez 2007). Estos programas se han desarrollado en base a planes de intervención de prevención muy bien definidos y acotados, con un bajo nivel de inversión pero con una alta cobertura, destacándose por ejemplo que en muchos establecimientos estos programas no son desarrollados por médicos sino que por enfermeras y matronas capacitadas, los que han logrado que estas intervenciones sean exitosas e impacten positivamente en indicadores relevantes como: la disminución de la mortalidad y morbilidad materno-infantil. En la puesta en marcha de la Reforma no se aprecia una orientación hacia este tipo de intervenciones que son exitosas y muy apreciadas por los beneficiarios, es más, la Reforma de alguna manera se ha alejado del modelo de Salud Familiar que en algún momento fue considerado el gran proyecto de Salud Pública chileno.

La paradoja con respecto a la falta de interés en la prevención por parte de los organismos aseguradores (tanto públicos como privados), también se observa en otras áreas del negocio de las compañías aseguradoras. Por ejemplo, es evidente que a las compañías de seguros de automóviles no les conviene que ocurran nuevos accidentes automovilísticos, ¿por qué entonces no son ellos mismos los principales promotores de políticas públicas de educación y seguridad vial?

Incentivos para la incorporación de nuevas tecnologías

Otro eje de la discusión se relaciona con la motivación que tendrán los actores del sistema para introducir modificaciones y actualizaciones a las canastas de prestaciones actualmente definidas. Tal como se ha discutido, el eje de las garantías en salud se basa en las prestaciones

garantizadas establecidas en cada canasta de las patologías GES. Estas canastas han sido valoradas y a partir de este ejercicio se ha establecido el valor de las primas. Surge entonces la incógnita de si esta nueva definición de prestación de salud frenará la incorporación de nuevas tecnologías y métodos diagnósticos y terapéuticos, que potencialmente pudieran incrementar el costo de las prestaciones pero que mejoran el resultado de la intervención médica. La historia de la medicina ha mostrado grandes cambios en los últimos años que ha llevado a modificar muchos paradigmas en el tratamiento y diagnóstico de enfermedades. Es sabido que en medicina desde que un nuevo tratamiento demuestra su utilidad en trabajos científicos pueden pasar hasta 10 años antes que estas recomendaciones se incluyan en las guías clínicas. Esto último genera una gran brecha entre los pacientes que pueden acceder a los tratamientos de última generación, versus aquellos que siguen siendo tratados con protocolos no actualizados lo que genera inequidad.

No se encuentran aún explicitados los mecanismos mediante los cuales se podrán promover modificaciones y/o actualizaciones a las canastas GES. Es necesario generar espacios de discusión para que los centros académicos y asociaciones científicas puedan presentar las nuevas evidencias científicas sobre protocolos de tratamiento, diagnóstico y seguimiento de las patologías GES.

En este mismo sentido, es necesario avanzar en los Programas de Acreditación de los Prestadores de Salud. La definición de calidad en salud es un tema de amplio debate internacional que aún no está zanjado. No obstante, se debe asegurar que las prestaciones garantizadas en las canastas sean ejecutadas por instituciones que cumplan con estándares mínimos aceptables, de modo que la elección de los prestadores por parte de las aseguradoras no sólo esté condicionada por la variable precio, sino que también por estándares de calidad mínimos. En esta misma línea avanza la propuesta de considerar la revisión continua de las prestaciones contenidas en las canastas de manera de mantenerlas actualizadas con respecto a la nueva evidencia científica publicada, de forma tal que no tengamos en definitiva una ley que retrase y desincentive la introducción de mejoras tanto a nivel de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías.

Las patologías no GES

El fin último de la reforma de salud debiera estar orientado a mantener un grupo seleccionado de patologías, responsables de la mayor carga de enfermedad que afec-

ta a la población (73% de la carga global de enfermedad), cubiertas por un sistema de garantía GES. Incluir todas las enfermedades en el régimen es la antítesis de un ejercicio de priorización dado un escenario de recursos limitados. Por lo pronto se han hecho anuncios de una posible extensión del número de patologías GES a 80, lo que sin duda recarga financieramente el escenario actual (Discurso Presidencial, Mayo 2007). Es muy probable que esta meta sea suficientemente costosa para que su implementación deba ser revisada de una manera técnica transparente.

Si consideramos que para poder cumplir con los criterios mínimos de acceso, calidad, oportunidad y resguardo financiero para las 56 patologías GES, fue necesario desarrollar una ley y considerar un presupuesto adicional, entonces es razonable suponer que en el estado actual aquellas enfermedades no incluidas en el listado de patologías GES no podrán cumplir con todas o algunas de estas garantías. Es decir, todos los pacientes que sufran de una patología no GES deberán o bien esperar un tiempo no precisado para recibir atención, o bien recibir una atención de calidad no garantizada y sin el resguardo financiero adecuado. Esta era la situación vigente hasta antes del inicio de la reforma, por lo que se desprende que en el peor escenario, los pacientes mantendrán su situación previa a la reforma y al menos en las patologías GES podrán disfrutar de las garantías. Esta conclusión, si bien es positiva, no es suficiente para un país que pretende mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos, por lo tanto, urge tomar medidas para que la mayor demanda esperada por las patologías GES no vaya en detrimento de las prestaciones no garantizadas de las patologías no-GES.

Finalmente es necesario reconocer que la puesta en marcha de las garantías GES ocupará infraestructura, recursos e insumos, que potencialmente dejen en condiciones menos favorables al resto de las patologías no cubiertas por el sistema GES. En el sub-grupo FONASA

está situación pudiera verse reflejada en el aumento de los tiempos de espera por atención en las patologías no cubiertas por el GES y en el caso del sub-grupo isapre, eventuales alzas en los co-pagos de las prestaciones no garantizadas por GES debido al simple equilibrio del aumento de la demanda por prestaciones GES en condiciones de una oferta de prestaciones estable. Es necesario entonces promover un plan de acción para evitar que la calidad en la atención de estas patologías se vea disminuida una vez que estén funcionando las garantías GES.

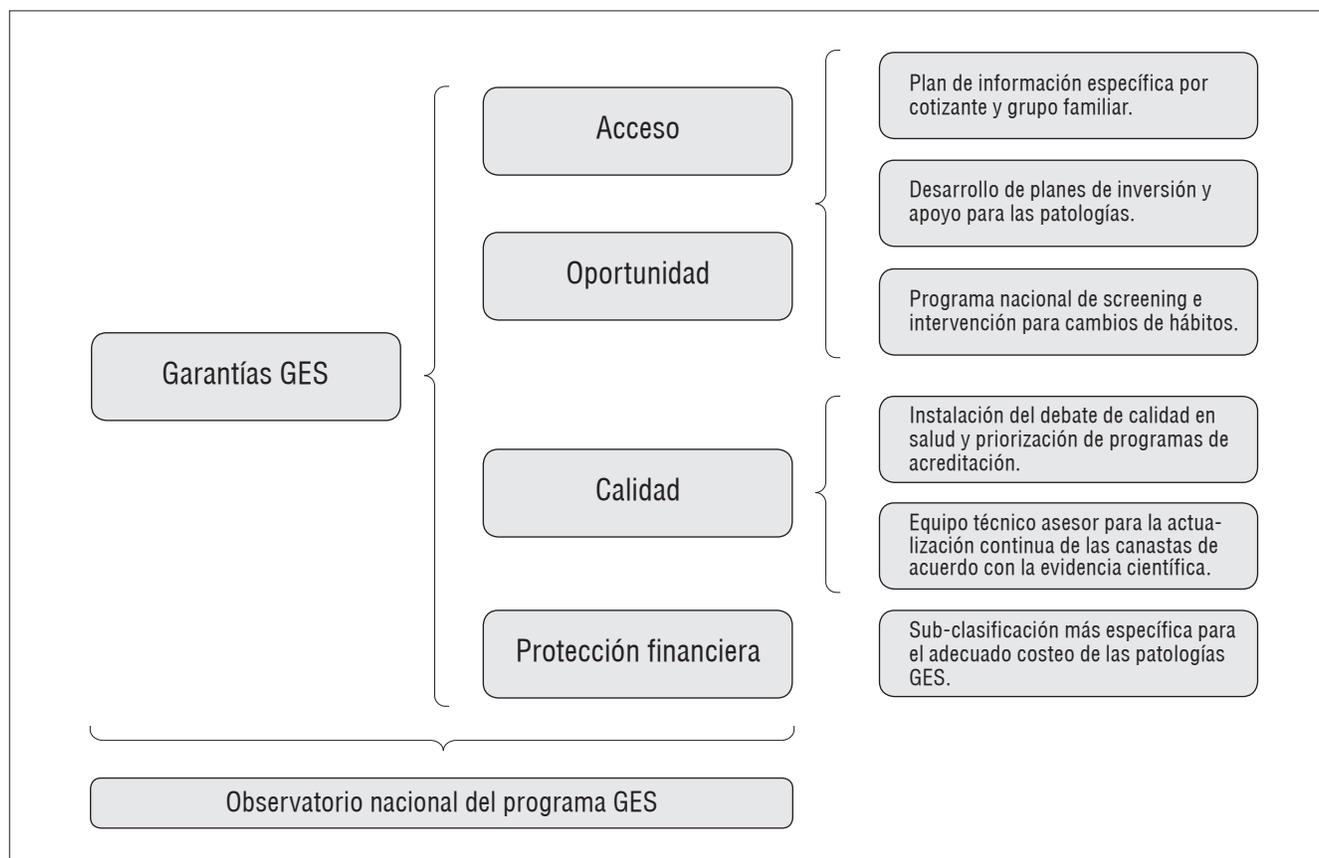
Comentarios finales

La implementación de las Garantías Explícitas en Salud (GES) es un gran avance con respecto al sistema previamente vigente. Según datos de encuestas de opinión realizadas por la Superintendencia de Salud el año 2007, casi un 70% de los encuestados cree que la puesta en marcha de las garantías GES mejoró en algún grado la atención de salud en Chile, así mismo las atenciones por garantías GES fueron evaluadas con nota 6.0 (escala 1 a 7) en la población FONASA y 5,8 en isapre. Del estudio se desprende que el 87% de las personas atendidas por alguna garantía GES presenta un alto índice de satisfacción (Superintendencia de Salud 2007b).

Si bien los resultados de la percepción pública de la puesta en marcha de las garantías GES es buena y representa un gran avance en la implementación de políticas públicas en Chile, es necesario realizar algunos ajustes para avanzar desde una buena percepción de la calidad de las atenciones en salud a realmente producir un mejoramiento en los indicadores de salud poblacionales, prolongando la expectativa de vida y los años de vida libres de enfermedad de los chilenos.

La figura 3 muestra las áreas en las que a nuestro juicio es necesario avanzar en conjunto con la implementación de las garantías GES.

Figura 3 | Líneas prioritarias de acción para mejorar implementación de las garantías GES



En primer lugar es clave para el éxito de la reforma la instauración de un plan coordinado de información a los afiliados, que sea preciso y específico. Este plan debe incluir la información relevante para cada cotizante y su grupo familiar, en especial respecto de sus derechos y deberes, formas de acceso a las garantías, plazos y requisitos de cada una de ellas, dando la posibilidad de contar con algún mecanismo eficiente de solución de dudas y orientación “en línea” para facilitar el acceso a las garantías y evitar la duplicación de prestaciones.

En segundo lugar, es necesario avanzar en los programas de acreditación de los prestadores de salud para que el cumplimiento de las canastas de prestaciones no se ciña exclusivamente a criterios de mínimo costo y establecer mecanismos regulares para la revisión continua de las prestaciones contenidas en las canastas de manera de mantenerlas actualizadas con respecto a la nueva evidencia científica publicada. Esto último orientado a que en definitiva no tengamos una ley que retrase y desincentive la introducción de mejoras y nuevas tecnologías

tanto a nivel de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías incluidas en las garantías GES.

En tercer lugar, es importante la instauración de una política de detección precoz de patologías relevantes, que sea eficiente, coordinado y con adecuada información, así como políticas de intervención para estimular cambios de hábitos en la población. Estos elementos son claves en cualquier programa que pretenda mejorar los estándares de salud de la población y mantener un costo controlado.

En cuarto lugar, es necesario reconocer que la aplicación de las garantías GES necesariamente ocupará infraestructura, recursos e insumos, que potencialmente dejen en condiciones menos favorables a las patologías no incluidas en las garantías GES. Es necesario promover un plan de acción para evitar que la calidad en la atención de estas patologías se vea disminuida una vez que estén funcionando las garantías GES.

En quinto lugar es necesario reconocer y cuantificar la variabilidad existente en el comportamiento de cada pato-

logía considerada en el GES. Hoy se tratan como si tuviera un comportamiento clínico y de consumo de recursos similares. La evidencia internacional demuestra que una misma patología puede tener una evolución y costos distintos dependiendo de variables biodemográficas del paciente. Si no se reconocen estas diferencias, que consideren bandas de costos asociados, se puede cometer un gran error al momento de garantizar la protección financiera.

Finalmente, toda intervención en salud que además ha requerido de la inyección de recursos públicos de gran magnitud, deberá demostrar sus resultados en los indicadores de salud nacional, tales como: mortalidad, sobrevida de pacientes tratados, impacto en indicadores de salud pública tales como los años de vida saludable perdidos (AVISA), etc. Para ello creemos que es muy relevante la implemen-

tación de un “observatorio de la Reforma” que actúe como un ente independiente encargado de analizar y proponer medidas correctoras del Programa implementado en virtud de la información que se recopile. Este Observatorio debiera evaluar el funcionamiento de las canastas de prestaciones, la variabilidad en el seguimiento de los protocolos establecidos, la real eficacia de las intervenciones propuestas y el impacto en las patologías No-GES.

No existe evidencia en la literatura internacional que demuestre que la incorporación de medidas públicas como las “canastas de prestaciones garantizadas” del programa GES sean costo-eficientes para mejorar los indicadores de salud de una población, sin embargo, esta reforma ya está en marcha y será el tiempo quien demostrará su éxito o fracaso.

Anexo

Tabla 3 | Cobertura de las garantías GES según etapas de la intervención médica: sospecha clínica, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento

PROBLEMA GES	SOSPECHA	CONFIRMACIÓN	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
1 Insuficiencia renal crónica terminal				
2 Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años				
3 Cáncer cervicouterino				
4 Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos				
5 Infarto agudo de miocardio (IAM)				
6 Diabetes mellitus tipo I				
7 Diabetes mellitus tipo II				
8 Cáncer de mama en personas de 15 años y más				
9 Diagnóstico y tratamiento disrrafias espinales				
10 Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años				
11 Tratamiento quirúrgico de cataratas congénitas y adquiridas				
12 Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más				
13 Fisura labiopalatina				
14 Cáncer en menores de 15 años				
15 Primer episodio esquizofrenia				
16 Cáncer de testículo en personas de 15 años y más				
17 Linfomas en personas de 15 años y más				
18 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA				
19 Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años				
20 Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más				
21 Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más				
22 Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años de edad				

PROBLEMAS	SOSPECHA	CONFIRMACIÓN	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
23 Salud oral Integral en niños de 6 años				
24 Prematurez				
25 Trastornos de conducción que requieren marcapaso en personas de 15 años				
26 Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en adultos de 35 a 49 años sintomáticos				
27 Cáncer gástrico en personas de 40 años y más				
28 Cáncer de próstata en personas de 15 años y más				
29 Vicios de refracción en personas de 65 años y más				
30 Estrabismo en menores de 9 Años				
31 Retinopatía diabética				
32 Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático				
33 Hemofilia				
34 Depresión en personas de 15 años y más				
35 Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata en personas sintomáticas				
36 Órtesis y ayudas técnicas para personas de 65 años y más				
37 Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más				
38 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio				
39 Asma Infantil moderada o severa en el menor de 15 años				
40 Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido				
41 Leucemia en personas de 15 años y más				
42 Trauma ocular grave				
43 Fibrosis quística				
44 Gran quemado				
45 Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años				
46 Analgesia del Parto				
47 Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono				
48 Artritis Reumatoide				
49 Tratamiento médico en personas de 55 años y mas con Artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada				
50 Hemorragia subaracnoideea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales				
51 Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más				
52 Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar				
53 Urgencias odontológicas ambulatoria				
54 Salud oral integral del adulto de 60 años				
55 Politraumatizado grave				
56 Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave				

■ : Intervención sanitaria cubierta

□ : Intervención sanitaria no cubierta



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

VICERRECTORÍA DE COMUNICACIONES Y ASUNTOS PÚBLICOS
DIRECCIÓN DE ASUNTOS PÚBLICOS

Alameda 390, 3^{er} piso. Teléfono: 354 6563. Email: asuntospublicos@uc.cl www.uc.cl

Referencias

- **Averil, R., Muldoon, J., et al.** (1998). "The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups (DRGs). 3M HIS" Documento de trabajo.
- **Chobanian, A., Bakris, G., et al.** (2003). "The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure." *The JNC 7 Report. JAMA 2003*, 289:2560-72.
- **Colegio Médico de Chile** (2002). "Régimen de Garantías en Salud". *Serie de Publicaciones Técnicas N°22*, Santiago.
- **Constitución Política del Estado de Chile** Capítulo III De los Derechos y Deberes Constitucionales. Artículo 19, Inciso 9.
- **Fundación para la Superación de la Pobreza** (1999). *Informe de la Fundación para la Superación de la Pobreza*, Santiago.
- **Jiménez J, Romero MI** (2007). "Reducing infant mortality in Chile: success in two phases". *Health Aff (Millwood)*. Mar-Apr;26(2):458-65.
- **Laatikainen T, Critchley J., et al.** (2005). "Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality in Finland between 1982 and 1997." *American Journal of Epidemiology*. Oct 15, 162(8):764-73.
- **Lindgren, P., Lindstrom, J., et al.** (2007). Lifestyle Intervention to Prevent Diabetes in Men and Women with Impaired Glucose Tolerance is Cost-effective." *International Journal of Technology Assess Health Care*. Spring, 23(2):177-83.
- **Marchick, J., Henson, D.E.** (2005). "Correlations between Access to Mammography and Breast Cancer Stage at Diagnosis." *Cancer April 15*, 103(8):1571-80.
- **Mesa-Lago, C.** (2005). *Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: su Impacto en los Principios de Seguridad Social*. Santiago, Unidad de Estudios Especiales, CEPAL.
- **Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud** Decreto N° 44. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. 9 de Enero de 2007.
- **Ministerio de Salud** (1999) *Estudio de Costo Efectividad de Intervenciones para los Principales Problemas de Salud Pública*. Santiago, MINSAL.
- **Ministerio de Salud** (2001) *Programa AUGE*. www.minsal.cl
- **Ministerio de Salud** (2006). *Balance de la Gestión, Año 2005*. Santiago, MINSAL.
- **Sojo, A.** (2006). *La Garantía de Prestaciones en Salud en América Latina. Equidad y Reorganización de los Cuasimercados a Inicios del Milenio*. Santiago, Unidad de Desarrollo Social, CEPAL.
- **Superintendencia de Salud** (2006). *Informe Nacional del Conocimiento de nuestros usuarios sobre GES*, Disponible en: <http://www.supersalud.cl/>
- **Superintendencia de Salud** (2007a). *Evaluación de la Reforma de Salud y situación del Sistema Isapre 2007*, Disponible en: <http://www.supersalud.cl/568/article-2727.html>
- **Superintendencia de Salud** (2007b). *Estudio de Opinión: Implementación de la Reforma de salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, 2007*. Disponible en: <http://www.supersalud.cl/568/propertyvalue-1730.html>
- **Taylor, A. y Cheng, K.K.** (2003). "Social Deprivation and Breast Cancer" *Journal of Public Health Medicine*. September, 25(3):228-33.
- **Titelman, D.** (2000). *Reformas al Sistema de Salud en Chile*. Santiago, Unidad de Financiamiento para el Desarrollo, Cepal.
- **Zorzi, M., Puliti, D., et al.** (2006). "Mastectomy rates are decreasing in the era of service screening: a population-based study in Italy (1997-2001)" *Breast Journal Cancer*. November, 6;95(9):1265-8.