



**UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
MAGISTER EN GERENCIA SOCIAL**

**POLÍTICAS DE SALUD EN CHILE:
ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN AUGE
Y SU DERIVACIÓN AL ACTUAL GES**

Tesis para optar al Grado de
Magister en Gerencia Social

Carlos Andrés Belmar Mardones
Temuco, Chile

Temuco, Marzo de 2012



**UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA
FACULTAD DE EDUCACIÓN, CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
MAGISTER EN GERENCIA SOCIAL**

**POLÍTICAS DE SALUD EN CHILE:
ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN AUGE
Y SU DERIVACIÓN AL ACTUAL GES**

**Tesis para optar al Grado de
Magister en Gerencia Social**

Autor:

Carlos Andrés Belmar Mardones
Licenciado en Kinesiología con
mención en Educación en Ciencias
de la Salud

Profesor Guía:

Luis Guillermo Davinson Pacheco
Magister en Antropología Social
Universidad Iberoamericana, México

Temuco, Marzo de 2012

A quien lo lea, como un regalo, a mi familia como otra luz.

INDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: MARCO DE REFERENCIA	10
1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	10
1.1 Medicalización de las sociedades.....	10
1.1.1 La medicina del Estado	10
1.1.2 La medicina urbana	11
1.1.3 La medicina de la fuerza laboral.....	12
1.2 Sistema Médico	13
2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES.....	16
2.1 Salud Pública: Concepto Dinámico	16
2.2 AUGE	17
2.3 GES.....	17
2.4 Salud y Administración Pública	18
2.5 FONASA	19
2.6 ISAPRE	20
2.7 Beneficiarios FONASA.....	20
2.8 Beneficiarios ISAPRES	21
2.9 Actores Sociales.....	21
2.10 Políticas Públicas	21
2.11 Infraestructura y acceso universal aplicados a salud.....	23
2.12 Recursos Humanos.....	23
2.13 Recursos Financieros	24
2.14 Administración Pública.....	25
2.15 Garantías Explícitas en Salud	26

3.	POLÍTICA PÚBLICA: REFORMAS DE SALUD	28
3.1	Revisión Histórica de la Salud Pública en Chile	29
3.1.1	Período de Caridad	29
3.1.2	Período de La Ciencia y El Estado.....	31
3.1.3	Período de crecimiento y desarrollo del SNS	33
3.1.4	Período de descentralización y privatización.....	34
3.1.5	Período de restauración democrática.....	36
3.2	Principios de la actual política de Salud, su origen y evolución	38
3.2.1	Antecedentes	38
3.2.2	Derechos y deberes del paciente	39
3.2.3	Financiamiento	40
3.2.4	Autoridad Sanitaria y Gestión	40
3.2.5	Ley de ISAPRES	40
3.2.6	Régimen de Garantías en Salud	41
3.3	Objetivos sanitarios y metas para la década 2000-2010	43
3.4	Escenario político en que se construye el AUGE	44
3.5	Plan AUGE: Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas	45
3.5.1	Antecedentes de la Reforma AUGE	46
4.	CARTILLA INFORMATIVA RESPECTO DEL GES	51
4.1	De cómo llega la información al usuario	51
4.2	¿Qué es el GES?	51
4.3	¿Cuáles son las garantías que otorga este plan de salud?	51
4.4	¿Debo solicitar incorporar en GES en mi plan de salud?	52
4.5	¿Cuáles son las enfermedades cubiertas por GES?	52
4.6	¿Cómo hago efectiva las garantías del GES?	55
4.7	¿Puedo elegir en qué centro atenderme?	55
4.8	¿Cuáles son los costos de una enfermedad GES?	55
4.9	¿Qué pasa si la enfermedad fue diagnosticada antes de la entrada en vigencia del GES?	56
4.10	¿Qué sucede si la enfermedad no está contemplada en el GES?	57
4.11	¿Qué otros beneficios incluye el plan GES?	57
4.12	¿Qué sucede si la ISAPRE o FONASA no cumplen con las garantías?	57

5	NUEVA INFRAESTRUCTURA EN SALUD	58
5.1	La innovación tecnológica en salud	58
5.1.1	Características de la innovación tecnológica en salud en Chile y sus indicadores de calidad	60
5.2	Red Hospitalaria en Chile	61
5.3	Las concesiones.....	63
5.4	¿Qué deberíamos esperar como resultado al final de este proceso? ...	64
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....		67
6	MÉTODO DE SISTEMATIZACIÓN	67
6.1	Problema de Sistematización	67
6.2	Su relación con la Gerencia Social	69
6.3	Supuestos de Sistematización	70
6.4	Objetivos	70
6.5	Metodología	71
6.5.1	Tipo de investigación.....	71
6.5.2	Fuentes de recolección de información	71
7.	CONTEXTO DE ESTUDIO.....	73
7.1	Esquizofrenia, tratamiento para el primer episodio	73
7.1.1	Guía Clínica para la detección precoz de Esquizofrenia	73
7.1.2	Descripción y epidemiología del problema de salud.....	76
7.1.3	Alcances de la guía clínica	79
7.1.4	Objetivos	81
7.2	Salud oral integral para niños de seis años.....	83
7.2.1	Guía Clínica para la detección precoz de la caries.....	83
7.2.2	Caries Dental.....	83
7.2.3	Traumatismos Dento-Alveolares	84
7.2.4	Descripción y epidemiología del problema de salud.....	84
7.2.5	Alcances de la guía clínica	86
7.2.6	Objetivos	87
7.3	Manejo temprano de pacientes con Cardiopatía Congénita	88
7.3.1	Guía Clínica para el manejo temprano de pacientes con Cardiopatía Congénita	88
7.3.2	Descripción y epidemiología del problema de salud.....	89

7.3.3	Alcances de la guía clínica	92
7.3.4	Objetivos de la guía clínica.....	93
7.4	Tratamiento quirúrgico de Cataratas congénita y adquirida	94
7.4.1	Guía Clínica para el manejo de Cataratas.....	94
7.4.2	Descripción y epidemiología del problema de salud.....	94
7.4.3	Magnitud del problema	95
7.4.4	Alcance de la guía clínica.....	98
7.4.5	Objetivos de la guía clínica.....	99
7.5	Tratamiento quirúrgico de la Escoliosis	100
7.5.1	Recomendaciones Claves para el diagnóstico de Escoliosis	100
7.5.2	Descripción y epidemiología del problema de salud.....	101
7.5.3	Magnitud del problema	102
7.5.4	Alcance de la guía clínica.....	103
7.5.5	Objetivos	104
7.6	Órtesis o ayudas técnicas para personas de 65 y más años	105
7.6.1	Guía Clínica para entrega de órtesis y ayudas técnicas.....	105
7.6.2	Descripción y epidemiología del problema de salud.....	106
7.6.3	Alcance de la guía clínica.....	108
7.6.4	Objetivos de la guía clínica.....	108
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN Y RESULTADOS		110
8.	EVOLUCIÓN DEL RÉGIMEN GES.....	110
8.1	Garantías 2005-2006. Registro SIGGES.....	118
8.2	Magnitud estimada de la demanda	118
8.2.1	Calidad de la información requerida para la estimación de la demanda de problemas GES	119
9.	EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES PRESELECCIONADAS.....	122
9.1	Entorno del Sistema de Salud en Chile	122
9.2	Esquizofrenia, Tratamiento desde el primer episodio	123
9.2.1	La Salud Mental en Chile a comienzos del Siglo XXI	123
9.2.2	Salud Mental después del AUGE	125
9.3	Cataratas y su manejo en etiología genética o adquirida	128
9.3.1	Antecedentes previos a instalación del AUGE	128
9.3.2	Tratamiento de Cataratas después de la priorización del AUGE	129
9.4	Cardiopatías Congénitas y su manejo precoz	132

9.4.1	Antecedentes previos a instalación del AUGE	132
9.4.2	Cardiopatías congénitas Post AUGE.....	134
9.5	Salud oral integral en menores de seis años.....	137
9.5.1	Visión de la salud bucal en general antes de 2004	137
9.5.2	Atención integral en salud oral después de instauración del AUGE.....	139
10.	ESTADO DE AVANCE EN OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DÉCADA 2000 – 2010	142
10.1	Cambios en el perfil epidemiológico	142
11.	EVALUACIÓN DEL AUGE – GES ENCARGADO POR EL GOBIERNO EN 2007	145
11.1	Estudio de Costo Efectividad de Intervenciones para los Principales Problemas de Salud Pública (1999)	145
11.2	Análisis de la magnitud de los problemas de salud AUGE y de la efectividad de las intervenciones propuestas en el plan (2005)	152
11.3	Estudio de Percepción Social en Salud. Determinación de prioridades en salud propuestas en la implementación del Régimen de Garantías Explícitas (2005).....	154
11.4	Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas (2005)	156
11.5	Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas (2006)	158
11.6	Estudio de Carga de Enfermedad (2007).....	160
11.7	Estudio de Selección de intervenciones para Problemas de Salud (2007).....	161
11.8	Estudio de Costo Efectividad (2007).....	162
	CONCLUSIONES	164
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	167
	ANEXOS	170

RESUMEN

El estado chileno, impulsó a comienzos de la década pasada la Reforma de Salud conocida como Plan AUGE. Esta Política Pública, mediáticamente relevante, reformuló la Atención Primaria del Sistema Público en Salud, permitiendo un acceso con más equidad, oportunidad, calidad de servicio y bajo costo. El eje de acción clínico de la Reforma, se sustenta técnicamente en los objetivos y metas sanitarias del decenio 2000-2010. El Plan, prioriza la atención de enfermedades y problemas de salud que han sido seleccionados bajo criterios de prevalencia e incidencia. Considera la magnitud de impacto en el individuo, grupo familiar y sociedad en su conjunto. Su objetivo principal en términos epidemiológicos es mejorar los indicadores de sobrevivencia y calidad de vida, preferentemente de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

La promulgación de la Ley 19.966 supuso también reformas complementarias y suplementarias en la Ley de Isapres, el aumento del IVA, cambios en la Infraestructura hospitalaria, concesiones y modernización de las tecnologías de apoyo en evaluación, diagnóstico y tratamiento clínico. La magnitud de la reforma, provocó una reingeniería en recursos humanos, financieros y de fiscalización de la autoridad sanitaria. La priorización de problemas de salud, trajo como consecuencia la postergación en la atención de otras enfermedades, lo que ha creado disconformidad obvia en quienes las padecen. Esto ha hecho resurgir las listas de espera en Atención Primaria y una reactivación de la demanda de soluciones en el sector privado, con costos más elevados.

El Estado, ha evaluado periódicamente el funcionamiento del Plan, aumentando su cobertura y acortando los tiempos de espera y resolución. Al desarrollarse diariamente el programa AUGE en distintos puntos del país, con una particularidad local, parece pertinente y adecuado realizar este análisis al rendimiento de los esfuerzos de los actores sociales en esta área gerencial.

INTRODUCCIÓN

Una primera mirada a los contextos y acontecimientos que impulsan una Reforma en Salud en Chile, apuntan al análisis del desarrollo de la ciencia, el momento histórico político, con sus crisis económicas, epidemias, guerras o catástrofes naturales como generadores de cambios en las relaciones de los diversos grupos sociales. La disponibilidad de recursos, asociado a los ciclos económicos, las ideologías prevalentes, ya sean políticas, económicas o religiosas, y sus concepciones de la salud, enfermedad, origen y destino del hombre, marcan los mecanismos de acción e intervención en el diagnóstico y solución de problemas. Nuestra América Latina, con una historia común de colonización e independencia, ha recorrido similares derroteros en los procesos de consolidación democrática. En ese marco, numerosas políticas de integración entre profesionales de habla hispana, han poblado parte importante de nuestras historias republicanas. En Chile, en el marco de las Políticas Públicas de Salud, el AUGE, Acceso Universal con Garantías Explícitas, posteriormente llamada GES (Garantías Explícitas en Salud), se ha transformado en la tercera gran reforma de una política pública en salud en Chile, después de las organizaciones sanitarias de 1952 y la redefinición del rol del Estado a principios de los 80.

Su aparición, como eje central de una reforma solidaria de la salud, le entrega una columna vertebral a los objetivos sanitarios y metas para la década 2000-2010, al promover la equidad como símbolo de la materialización de una red de protección social en salud. Veremos una revisión sistemática de esta reforma, que implicó un cambio en la priorización de la Infraestructura sanitaria para un acceso universal a las garantías explícitas en salud, análisis de los recursos humanos y recursos financieros que se redefinieron en el presupuesto nacional. Del mismo modo, se pretende evaluar los efectos que esta reforma ha tenido en el tejido social chileno, como una forma de detectar nudos críticos de su funcionamiento.

CAPÍTULO I: MARCO DE REFERENCIA

1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

1.1 Medicalización de las sociedades¹

1.1.1 La Medicina del Estado

Se desarrolla principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII, siendo fundamental el conocimiento no sólo de los recursos naturales de una sociedad, sino también las condiciones de su población y del funcionamiento general de la maquinaria política. De esta manera, el conocimiento y control de las prácticas médicas se integran a los procedimientos mediante los cuales el Estado obtuvo y acumuló conocimientos para garantizar su funcionamiento. Es a partir de fines del siglo XVI y comienzos del XVII, en un clima político, económico y científico característico de esa época, dominada por el mercantilismo, cuando las naciones del mundo europeo se preocupan por la salud de su población. En Francia, Inglaterra y Austria comienzan a calcular la fuerza activa de sus poblaciones, originándose estadísticas de natalidad y mortalidad y recuentos de población. Sin embargo, en Francia e Inglaterra esta preocupación sólo se limita a datos de natalidad y mortalidad, sin intervenciones eficaces y organizadas para cambiar los indicadores negativos de salud.

Al contrario, en Alemania se desarrolló una práctica médica efectiva centrada en el mejoramiento de la salud de la población, como lo fue el caso de la "medizinischepolizei" o "policía médica" (creada en 1764), cuya función era más que llevar estadísticas de mortalidad y natalidad. Efectivamente, era un sistema

¹ La Iniciativa de Comunicación - lach - La salud como fenómeno social discurso y práctica social.htm

completo de observación de la morbilidad, sobre la base de información solicitada a los hospitales y médicos en ejercicio en diferentes ciudades y regiones. Además de la policía médica, en Alemania se normaliza la práctica y el saber médico, dejándolo en manos de la Universidad y, especialmente, en manos de la propia corporación de los médicos.

1.1.2 La medicina urbana

Francia es el ejemplo de esta segunda trayectoria en el desarrollo de la medicina social. Aquí no es la estructura del Estado el eje articulador, sino que la urbanización, esto es, el desarrollo de la vida urbana. Surge con la necesidad de constituir la ciudad como unidad, de organizar el cuerpo urbano en forma coherente y homogénea, regido por un poder único y reglamentado. Se puede resumir que hasta el siglo XVII, en Europa, el peligro social estuvo en el campo, pero a fines del siglo XVIII, los conflictos urbanos se hacen más frecuentes con la proletarianización. Así surge una actitud de temor, de angustia frente a la ciudad. Nace el temor urbano, el miedo y la angustia a la ciudad: miedo a los talleres y fábricas que se construyen, a altura de los edificios y a las epidemias urbanas, a los contagios cada vez más frecuentes, etc. Un ejemplo conmovedor lo constituye el procedimiento aplicado cuando surgía alguna epidemia: (Las personas debían permanecer en un único lugar, la ciudad se dividía en barrios a cargo de una autoridad única, los vigilantes de calle debían presentar un informe diario al alcalde, los inspectores pasaban revista diariamente a los habitantes, para registrar los vivos y muertos y se desinfectaba casa por casa).

Para el control de la circulación de elementos como el agua y el aire, pues el aire era considerado uno de los grandes factores patógenos, surgen las grandes avenidas, como una forma de facilitar el acceso limpio del aire, obstruido por las casas, muros, etc. La organización de las distribuciones y secuencias, es decir, la

disposición adecuada de las fuentes, desagües o lavaderos fluviales. En síntesis, la medicalización de la ciudad permitirá: La conexión entre la profesión médica y otras ciencias, como la química, el desarrollo de una medicina no del hombre, sino de las cosas, una medicina de las condiciones de vida: la medicina urbana y aparece la noción de salubridad.

1.1.3 La medicina de la fuerza laboral

La medicina de los pobres, de la fuerza laboral, del obrero, no fue la primera meta de la medicina social, sino la última. ¿Por qué en el siglo XVIII no se planteó el problema de los pobres como fuente de peligro médico? Porque el hacinamiento no era aún un problema serio y porque el pobre funcionaba al interior de la ciudad como una condición de la existencia urbana. Eran los pobres quienes repartían cartas, recogían la basura, etc. Formaban parte de la instrumentalización de la vida urbana.

Se puede afirmar que, a diferencia de la medicina alemana del siglo XVIII, aparece en el siglo XIX, en Inglaterra, una medicina basada en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas. Incorporación del hospital a la tecnología moderna. El hospital como instrumento terapéutico es relativamente moderno, pues data de fines del siglo XVIII. Como institución, el hospital, inaugura una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada. En principio, el hospital constituía una entidad que recogía a quienes "iban a morir". Esta representación termina con la medicalización del hospital. Y surge no como una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad, sino como una reacción a los efectos negativos del hospital.

Lo anterior se conjuga con la revalorización del individuo, pues su capacidad y sus actitudes empiezan a tener un precio para la sociedad. Durante el desarrollo del hospital como tecnología moderna, ocurren dos situaciones fundamentales: La incorporación de la clínica como dimensión esencial del hospital, transformándolo no sólo en un lugar de cura, sino también de formación, capacitación y transmisión del saber. La aplicación de la disciplina del espacio médico, donde se aísla el individuo, se le instala en una cama y se le prescribe un régimen. Así se realiza una medicina individualizante. El individuo será observado, vigilado, conocido y curado, surgiendo como objeto del saber y la práctica médica.

1.2 Sistema Médico ²

La noción de sistema médico, constituye una herramienta conceptual adecuada para dar cuenta de la diversidad cultural en el ámbito de la salud enfermedad³, encontramos predominantemente en nuestro país: **Medicina Tradicional Mapuche**: origen prehispánico (500 A.C aproximadamente), la cual aunque ha experimentado diversos cambios, como producto del contacto con la cultura hispánica a partir del Siglo XVI, mantiene una matriz cultural dada por ciertos componentes esenciales, como son el modelo etiológico que atribuye la causa de la enfermedades a fuerzas espirituales que operan de acuerdo a una lógica de carácter moral; la forma oral de trasmisión de los conocimientos médicos; la presencia de agentes médicos especializados, como la machi, el

² El punto 1.2 de esta sección es reproducido textualmente del link: <http://200.10.23.169/trabajados/Salud%20intercultural%20a%20indigenas.pdf>

³ Pedersen define sistema médico como "aquella forma de sentir, interpretar y manejar la situación de salud enfermedad que está integrada por un substrato particular de conceptos y valores pertenecientes a una determinada cultura." También señala que "todos los sistemas médicos tienen un conjunto reconocible y más o menos organizado de tecnologías (materia médica, drogas, hierbas o procedimientos tales como la adivinación, la cirugía y la acupuntura), practicantes (médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, terapistas, brujos, curanderos, hueseros, herbolistas, parteras etc..), integrados en un substrato ideológico (conceptos, nociones e ideas), que forma parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad. (Pedersen 1989: pág.6-7.)

lawentuchefe, el ngütanchefe y el dacheffe para el tratamiento de las principales enfermedades; el proceso de enseñanza formalizada de estos agentes, las prácticas de iniciación que se realizan de acuerdo a modelos de tipo ancestral, etc." (Citarella et. al. págs. 48-49)

Medicina Occidental o científica, que ocupa un nivel hegemónico en relación a las medicinas restantes, en el sentido de ser la "medicina oficial" de la sociedad nacional, y en general, la que ha alcanzado reconocimiento mundial. Esta deriva de una serie de prácticas traídas por los conquistadores y se complementa posteriormente con los avances que experimenta la ciencia como forma validada socialmente para la obtención de conocimientos en el mundo europeo. Este sistema médico, desde el punto de vista ideológico atribuye las enfermedades a factores biológicos tales como las agresiones de microorganismos patógenos, contagios epidemiológicos, mutaciones genéticas, modificaciones patológicas de las células, componentes bioquímicos, etc. Entre sus agentes podemos identificar médicos, dentistas, enfermeras, matronas, nutricionistas, kinesiólogos, tecnólogos médicos y personal paramédico, los cuales se ordenan en el sistema jerárquicamente y son formados a través de un proceso de enseñanza institucional formal. En lo que respecta a sus prácticas, éstas se sustentan de diversas tecnologías diagnósticas y de tratamiento, incluyendo una amplia gama de materia médica elaborada por la Industria Farmacéutica.

Medicina Popular. Surge del contacto hispano-indígena y sigue un desarrollo propio, incorporando elementos de religiosidad en sus distintas vertientes (católica o evangélica) y elementos popularizados de la medicina occidental. Esta se encuentra bastante difundida en los sectores urbano marginales y rurales y se reviste de múltiples formas, de acuerdo a la experiencia particular de cada uno de sus practicantes. Entre éstos podemos citar componedores, yerbateros, quebradores de empacho y santiguadores, que son también bastante consultados

por la población mapuche, sobre todo en los sectores rurales, donde llega a ser difícil distinguir las prácticas tradicionales mapuche de las populares.

2. ANTECEDENTES CONCEPTUALES (MEDICINA OCCIDENTAL)

2.1 Salud Pública: Concepto dinámico⁴

La Salud Pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación. Para esto, cuenta con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y otras ciencias y áreas.

El desarrollo de la Salud Pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos. Entre las funciones de la salud pública, se encuentran la prevención epidemio-patológica (con vacunaciones masivas y gratuitas), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud).

Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo a lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades. La salud pública también debe gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible. La salud pública no puede ofrecer servicios de avanzada para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal. Al depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.⁵

⁴<http://www.monografias.com/trabajos87/evolucion-conocimiento-cientifico-salud-publica/evolucion-conocimiento-cientifico-salud-publica.shtml>

⁵ <http://definicion.de/salud-publica/>

2.2 AUGE

El concepto AUGE, significa Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud y da nombre al complejo mecanismo que permite al Estado chileno otorgar prestaciones específicas en ámbitos prioritarios para las personas y la salud pública nacional. Promulgado como Ley de la República en 2004, hace una discriminación positiva de 70 patologías que tienen prioridad de atención en el Sistema Público y Privado del país.⁶

2.3 GES

El plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) antes plan AUGE, tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de FONASA y las ISAPRES. En julio de 2006 cubría 56 problemas, hoy son 69, número que irá aumentando en el tiempo. Las garantías que otorga este plan de salud son:

- Garantía explícita de acceso: es la obligación de FONASA y las ISAPRES de asegurar las prestaciones de salud.
- Garantía explícita de calidad: otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.
- Garantía explícita de oportunidad: existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Garantía explícita de protección financiera: es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

⁶ www.copec.org/documento_noticias_download.php?id=106

2.4 Salud y Administración Pública

La Administración Pública es el contenido esencial de la actividad correspondiente al Poder Ejecutivo, y se refiere a las actividades de gestión, que el titular de la misma desempeña sobre los bienes del Estado para suministrarlos de forma inmediata y permanente, a la satisfacción de las necesidades públicas y lograr con ello el bien general; dicha atribución tiende a la realización de un servicio público, y se somete al marco jurídico especializado que norma su ejercicio y se concretiza mediante la emisión y realización del contenido de actos administrativos emitidos exprefeso. La Administración Pública está al servicio de los ciudadanos y ciudadanas y se fundamenta en los principios de honestidad, participación, celeridad, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad en el ejercicio de la función pública, con sometimiento pleno a la ley y al derecho (Mendoza Brik, 2008).

El Sistema de Salud Chileno es un sistema mixto, liderado por el Ministerio de Salud, el que tiene por tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud. La base productiva del sistema de salud pública está conformada por el SNSS⁷. Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio de Salud posee y opera varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación. La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria.⁸

En el Sistema Público existe un seguro social de salud administrado por FONASA. El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con la prima

⁷ Servicio Nacional de Sistemas de Salud

⁸ www.embassyofchile.se/espanol/salud.htm

única de 7% de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación).⁹

El sistema de salud privado está conformado por las ISAPRE y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

2.5 FONASA

El Fondo Nacional de Salud es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en Fonasa, como a aquellas que por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte directo. Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, aunque están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad. La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, quedando exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha

⁹ Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad.

2.6 ISAPRE

Instituciones privadas que captan la cotización obligatoria de los trabajadores que libre e individualmente han optado. Estas instituciones otorgan servicios de salud a un 23% de la población en Chile. Hace un par de años era del 27%. La recesión económica ha golpeado a estas instituciones. Los servicios de salud y el financiamiento de las licencias médicas por enfermedad se prestan con cargo a las cotizaciones. Las prestaciones de salud se entregan directamente o a través del financiamiento de las mismas, mediante la contratación de servicios médicos financiados por las ISAPRE. El Sistema ISAPRE ha contribuido al desarrollo global del sector salud en Chile, descongestionando al sector público y permitiéndole a éste, por tanto, centrar sus esfuerzos en las personas de más bajos recursos. Con la responsabilidad de otorgar atención a casi cuatro millones de beneficiarios y apoyados en la competencia de libre mercado las ISAPRE han logrado perfeccionar sus servicios y otorgar más y mejores prestaciones de salud.¹⁰

2.7 Beneficiarios FONASA

Es beneficiario el trabajador dependiente de los sectores público y privado, el trabajador independiente y quién cotice en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponente voluntario que cotiza en FONASA. Además, son beneficiarios las cargas legales de los afiliados, la mujer embarazada, aún cuando

¹⁰ En este contexto, han desarrollado productos de bajo costo como planes colectivos, enfermedades catastróficas y tercera edad. Actualmente, las ISAPRE reúnen a más de 3,4 millones de beneficiarios y, entre ellos, se encuentran más de 140 mil personas con más de 60 años de edad y con ingresos promedios que hoy van desde los 200 mil pesos hacia arriba.

no sea afiliada ni beneficiaria, el niño hasta los seis años de edad y las personas carentes de recursos o indigentes. Todos los trabajadores dependientes tienen la obligación de destinar el 7% de su sueldo bruto a una aseguradora de salud.

2.8 Beneficiarios ISAPRES

Se entiende como beneficiario tanto a la persona que se afilia a una ISAPRE como a las cargas que esta incluya en su plan (hijos, cónyuge, abuelos, otros). El afiliado suscribe con la ISAPRE un contrato cuyo núcleo base son las prestaciones garantizadas del AUGE-GES, las cuales se extienden a través de un plan complementario de salud.

2.9 Actores Sociales

Con este concepto se hace referencia a grupos, organizaciones o instituciones que interactúan en la sociedad y que, por iniciativa propia, lanzan acciones y propuestas que tienen incidencia social. Estos actores pueden ser: organizaciones sociales de base, sindicatos, movimientos, partidos políticos, iglesias, gremios, instituciones de gobierno, agencias de cooperación internacional, organismos multilaterales, entre otros.

2.10 Políticas Públicas

Sucede que el concepto de política pública es connatural a los ciudadanos y se funda en la participación de los distintos actores sociales. Eugenio Lahera señala en su libro "Introducción a las Políticas Públicas" lo que debiera entenderse de ellas: son "cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los que son desarrollados por el

sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado".¹¹

Otra acepción puede encontrarse en el "Nuevo manual de ciencia política". En el su autora, Bárbara Nelson, señala que política pública es "una aproximación al estudio de la política que analiza el gobierno a la luz de los asuntos públicos más importantes". Luego plantea que, en otros casos, cabe entenderla como "una secuencia intencionada de acción seguida por un actor o un conjunto de actores a la hora de tratar con un asunto que los afecta y éstas serían desarrolladas por cuerpos gubernamentales o por los funcionarios".

Volviendo a Lahera, las etapas básicas de una política pública son: origen, diseño, gestión y evaluación, cuyo diagrama es el siguiente:

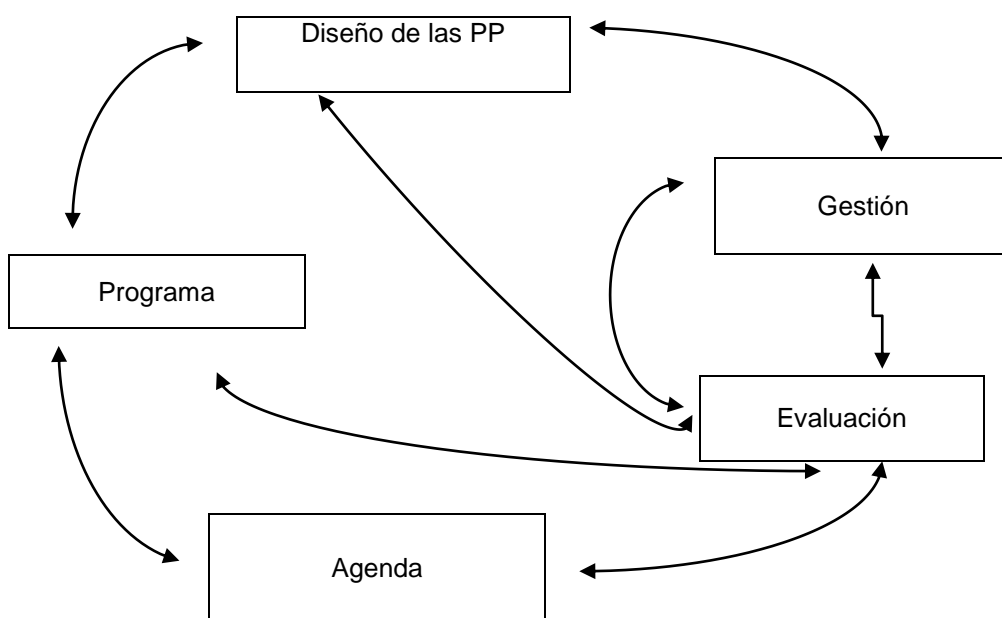


Diagrama N°1: las etapas básicas de una política pública según Lahera

¹¹ Citado por Biblioteca del Congreso Nacional de Chile en publicación del 26 de julio de 2010.

De todos modos, cabe hacer presente que la formulación de las políticas públicas puede ser explícita o implícita, y, por ende, deducible de los objetivos, programas, planes o agendas de un gobierno.

2.11 Infraestructura y acceso universal aplicados a salud

Las nociones de infraestructura y de acceso universal se aplican a realidades diversas. Se habla así de infraestructura vial,¹² de infraestructura de telecomunicaciones, de acceso universal al conocimiento, a los medicamentos, a la información, a las tecnologías de la comunicación, etc. Lo que muestra la importancia de estos términos, pero también favorece su ambigüedad.

De igual manera, estos términos transportan ideologías diferentes, entre otras, la imposibilidad de desarrollar una sociedad sin infraestructuras ni acceso universal, el proyecto de servicio universal y el ideal de una sociedad que distribuye a todos los esfuerzos de todos. Este último, a su vez, se presenta como la motivación principal, o mejor, el término en el cual debería desembocar el proceso de despliegue de las infraestructuras. El concepto de acceso universal parece cristalizar por el momento la esperanza social y la ética de la distribución equitativa de los recursos destinados a políticas públicas, sensiblemente más apetecidos por quienes distribuyen las partidas de salud.

2.12 Recursos Humanos

Es el proceso administrativo aplicado al acercamiento y conservación del esfuerzo, las experiencias, la salud, los conocimientos, las habilidades, etc., de los miembros de una organización, en beneficio del individuo, de la propia

¹² Extraído del artículo 542 escrito por Raphaël Ntambue en vecam.org el 13 de marzo de 2006.

organización y del país en general. Estas tareas las puede desempeñar una persona o departamento en concreto (los profesionales en Recursos Humanos), junto a los directivos de la organización. El objetivo básico que persigue la función de Recursos Humanos (RRHH) con estas tareas, es alinear las políticas de RRHH con la estrategia de la organización, lo que permitirá implantar la estrategia a través de las personas.

Dependiendo de la empresa o institución donde la función de Recursos Humanos opere, pueden existir otros grupos que desempeñen distintas responsabilidades que pueden tener que ver con aspectos tales como la administración de la nómina de los empleados, el manejo de las relaciones con sindicatos, etc.¹³

2.13 Recursos financieros

Un recurso es un medio, de cualquier clase, que permite obtener algo que se pretende. El dinero, por ejemplo, es un recurso indispensable para comprar una casa. Las finanzas, por otra parte, hacen referencia a los bienes, los caudales y la circulación del dinero. Esto nos permite afirmar que lo son, los activos que tienen algún grado de liquidez. El dinero en efectivo, los créditos, los depósitos en entidades financieras, las divisas y las tenencias de acciones y bonos forman parte de los recursos financieros.

Las empresas generan estos recursos a partir de diversas actividades. La venta de productos y servicios, la emisión de acciones, las rondas de capitalización, los préstamos solicitados y los subsidios son algunas de las fuentes de recursos

¹³ Para poder ejecutar la estrategia de la organización es fundamental la administración de los Recursos humanos, para lo cual se deben considerar conceptos tales como:

- Comunicación Organizacional, Liderazgo
- Trabajo en Equipo, Negociación
- Cultura, Sistema de Administración de Recursos Humanos.

financieros. Los encargados de la administración de los recursos financieros deben analizar y planificar el correcto flujo de fondos; de éste modo se evitarán los problemas por falta de recursos para afrontar las actividades productivas o el pago de obligaciones. En caso que la compañía no cuente con los recursos suficientes, podría convertirse en deudora y tener que pagar intereses adicionales.

Los presupuestos y los balances, por lo tanto, resultan fundamentales para conocer el estado de los recursos financieros, ya que reflejan el ingreso y la salida de dinero de las arcas de la organización.¹⁴

2.14 Administración Pública

Para efectos del presente trabajo académico, es importante precisar que la Administración Pública constituye el conjunto de organizaciones del estado responsables de interpretar y ejecutar las decisiones públicas adoptadas por las autoridades políticas y administrativas del Gobierno de turno. Esto da como resultado una amplia red de prestaciones, con distintos niveles de articulación, cuyo propósito, individual o colectivo, es dar respuesta a diversos grupos o sectores dentro de la sociedad, que enfrentan carencias o limitaciones para la satisfacción de sus necesidades básicas.

En este ámbito, las instituciones gubernamentales ejecutan funciones generales y específicas, de carácter técnico y de carácter político. La función sustantiva del Estado es la toma de decisiones respecto a la formulación y ejecución de políticas públicas como respuesta a demandas, problemas o necesidades socioeconómicas de diferentes grupos o sectores dentro de la sociedad. Según Kliksberg (2007), la

¹⁴ Este funcionamiento, se torna más complejo si lo aterrizamos en el presupuesto de un país, anual y variable, con demandas sociales que crecen exponencialmente y sobre todo en un presupuesto, cuya dependencia del precio del cobre, es altísima.

gerencia social “significa en la práctica cotidiana enfrentar “singularidades”, no es una operación organizacional “tubular”, sino otra de índole diferente, mucho más fluida, y de composición interorganizacional, ya que se enfrentan a situaciones muy particulares y subjetivas relacionadas con los mismos problemas sociales de una determinada comunidad.

Al desarrollarse diariamente el programa AUGE en distintos puntos del país, con una particularidad local, parece pertinente y adecuado realizar este análisis al rendimiento de los esfuerzos de los actores sociales en esta área gerencial.

2.15 Garantías Explícitas en Salud (GES) del régimen general de garantías en salud.

Las Garantías Explícitas en Salud se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones¹⁵ asociadas a los problemas de salud incluidos en el Régimen GES. Dichas garantías se orientan fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- Garantía Explícita de Acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES, garantizadas a los beneficiarios.
- Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado. Esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud. A partir del 2 de abril de 2007 se

¹⁵ Anexo titulado “Listado de Prestaciones Específicas”. Ministerio de Salud <http://www.minsal.cl>. Consultado el 08 de julio de 2010.

encuentran ya disponibles los estándares generales de calidad para establecimientos de atención abierta y cerrada.

- Garantía Explícita de Oportunidad: referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el Decreto respectivo.¹⁶
- Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen establecido para estos efectos.¹⁷ No obstante, el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B de FONASA y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D de FONASA.

¹⁶ Decreto Supremo N° 44, artículo 11.

¹⁷ Estudio de "Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas – GES 2007". Ministerio de Salud. Santiago, Consultado el 08 de julio de 2010.

3. POLÍTICA PÚBLICA: REFORMAS DE SALUD¹⁸

El sentido de la historia es la sobreposición de ciclos sucesivos de poder, cultura, creencias y sus expresiones en la política, el medio ambiente, las costumbres, la arquitectura, las artes. En lo visible y también en lo invisible. En Roma o en Egipto es frecuente observar cómo los ciclos de poder y de religiones predominantes tienen expresión en los monumentos arquitectónicos, templos y edificios sobrepuestos en capas como una torta mil hojas (Luxor, Foro de Augusto). Es frecuente también observar cómo el poderoso entrante trata de borrar las huellas de aquel que le precedió y mutila sus referencias en las piedras monumentales (Luxor) o recicla y reutiliza trozos de monumentos anteriores (Arco de Constantino).

La historia de los sistemas de salud es semejante. En su desarrollo se sobreponen diversos factores de origen variado. Las creencias políticas, las ideologías, las prácticas.

Por su parte, la historia nos enseña que, en verdad, las revoluciones no existen, los cambios son graduales, predomina la reforma. Las revoluciones no son más que el mero cambio de poder de una persona o grupo a otro, muchas veces en forma violenta. Y por la historia sabemos que los cambios de poder, puño o metrallera en alto, no alteran substancialmente el estado de las cosas *per se*, al contrario, pueden empeorarlas.

La reforma en salud es una etapa de concentración en algún problema, o conjunto de problemas específicos con intensidad de recursos, acciones e idealmente de resultados visibles. Son procesos inevitablemente graduales y progresivos, incrementales y llenos de dificultades, muy dependientes del entorno político, económico y epidemiológico. Reconocer, por lo tanto, un período de Reforma será

¹⁸ Referencia del Dr. Jorge Jiménez de La Jara en la revista ARS Médica, Volumen 5, nº5, respecto de Walt G.: Health Policy, An Introduction to Process and Power, Zed Books, London, 1994.

un ejercicio *ex post* más que uno *ex ante*, ya que las pretensiones de "estar haciendo una revolución", como sucede a menudo, o sentarse a la mesa para discutir "la gran reforma necesaria e impostergable", no son solo declaraciones líricas o recursos demagógicos, sino expresión de frustraciones de reformistas insatisfechos.

La Política de Salud en Chile, presenta una serie de etapas definidas, que es posible reconocerlas en el marco de los distintos énfasis que se ha pretendido asignarle. En ese marco es necesario un breve resumen ejecutivo de los principales momentos en que es posible ubicar la evolución de la Salud en nuestro país.

3.1 Revisión Histórica de la Salud Pública en Chile

Descripción de al menos cinco períodos, desde la Colonia hasta la vida republicana de nuestro país, que marcaron el surgimiento de Políticas de Salud.

3.1.1 Período de Caridad (Desde 1550 hasta 1850)

La caridad es el motor de las acciones en salud entre la época Colonial y la primera mitad del Siglo XIX. Se caracteriza por la gestión de la Buena Muerte. Los hospitales, son Lazaretos para morir gestionados, primero por la Iglesia a través de los Hermanos de San Juan de Dios, y con posterioridad por un ente privado sin fines de lucro, la Junta de Beneficencia Pública. Estaba formada por figuras de la sociedad, que entregan bienes y recursos para la atención de los enfermos. En el ámbito de lo que hoy llamamos la Regulación o Rectoría, está la creación del Protomedicato en 1566, que tenía autoridad sobre el ejercicio de la profesión médica, sobre las epidemias y la salubridad, así como sobre la regulación de la práctica de "los que quieran curar de cirugía". Sin embargo, según Vicuña Mackenna, estos personajes solo se dedicaron a "perseguir a los colegas,

desterrarlos, agobiarlos de multas en provecho propio, con el mismo fervor con que la Inquisición perseguía a los herejes, quemándoles y confiscándoles los bienes". En verdad, no hicieron nada por la ciencia ni la profesión médica.¹⁹ Por éstas y otras razones, la República cambió su nombre por el de Sociedad Médica en 1826, a instancias del médico inglés Guillermo Blest, dando así inicio a la preocupación oficial por la organización y vigilancia de la práctica médica, incluyendo hospitales, farmacia, epidemias y otros temas cercanos.²⁰

Un hecho de regulación de la práctica médica está registrado en la Fijación de Tarifas, por el Alcalde de Santiago, don Francisco Xavier Errázuriz en 1781, quien decía para justificarla: "causa un asqueroso rubor que en un reino como éste, tan abundante de gentes, de opulentas poblaciones, de un completo de comodidades, con una Universidad floreciente en todas las ciencias, no encierre en su dilatado seno de 500 leguas, más de cinco facultativos". En el ámbito de la salubridad, la creación de la Junta Nacional de Vacuna en 1812, demuestra que una innovación que pocos años antes (1780) fuese adoptada como política pública en un reino lejano, fue un signo de sensibilidad social importante y rara para aquella época.

El financiamiento de la salud en esta etapa según la referencia que entrega Enrique Laval, gran historiador de la Medicina chilena, mediante un cuadro comparativo de entradas y gastos entre el período colonial y los inicios de la República, apunta como ingresos los diezmos, noveno y medio, provenientes del fisco como subsidios, los intereses de capital, el arriendo de propiedades, la prestación de servicios a esclavos y militares, las limosnas y los cultos de iglesia. Curiosamente el gobierno colonial fue más generoso que el republicano en

¹⁹ En la misma revista, Jiménez de La Jara hace referencia de Romero H.: "Hitos fundamentales de la Medicina Social en Chile", en *Medicina Social en Chile*, Editorial Aconcagua, Santiago de Chile, 1976.

²⁰ En la misma revista, Jiménez de La Jara hace referencia de Cruz Coke R.: *Historia de la Medicina Chilena*, Editorial Andrés Bello, 1995.

subsidios, mientras que el segundo descansó más en los intereses del capital y los arriendos. Toda una temprana expresión del principio de sustentabilidad.²¹

3.1.2 Período de La Ciencia y El Estado (1850-1952)

A mediados del siglo XIX, se constituye en Valparaíso un Consejo de salubridad. Su propósito era velar por la salud pública y privada y en este ámbito normar el funcionamiento de la ciudad, a través de ordenanzas, decretos y leyes, propuestos al municipio y al Supremo Gobierno y una vez determinados los reglamentos, resguardar que éstos se cumplieran.

Esta acción abarcaba hospitales, lazaretos, cuarteles de policía, cárcel, escuelas, calles, estado de salubridad de los conventillos, letrinas, de las aguas que usaba la población, desagües de aguas servidas, basurales, estado y conservación del expendio de alimentos, control de venta de remedios en las boticas, medidas sanitarias a la prostitución, etc.

En síntesis, estar en alerta a aquellos lugares y/o actividades que por condiciones insalubres generaban focos infecciosos que afectaban gravemente la salud de la población. Era la época de las epidemias y la causa fundamental, la falta de higiene. No existían las vacunas, sólo la de la viruela, mas su uso no era una costumbre incorporada en los distintos niveles sociales. La gente moría preponderantemente de tifus exantemático, fiebre tifoidea, difteria, viruela y otras enfermedades que se expandían rápidamente en los lugares asolados por la miseria, la suciedad, la humedad, el hacinamiento, la pestilencia de las cloacas cercanas a las viviendas de la gente pobre. El objetivo era detectar a los enfermos

²¹ En la misma revista, Jiménez de La Jara hace referencia a Laval E., cit. en Cruz Coke R., ibíd.

infecto-contagiosos para prevenir el desarrollo y propagación de las epidemias. Por esto, los médicos del Consejo, con ayuda de la policía, inspeccionaban la ciudad y en especial el estado de salubridad de los conventillos ubicados tanto en el plan de Valparaíso (centro, parte baja), como en los cerros y quebradas.²²

En este período, Chile vive de cerca el proceso de incorporación de los productos de la ciencia y de las doctrinas sociales y políticas predominantes en el mundo occidental.²³ Los conceptos de determinación social de la enfermedad, junto a los movimientos progresistas y revolucionarios del período, llevan a varios gobiernos a proponer una creciente intervención del Estado en el área de la salud y de la atención médica.

En 1918 se aprobó el primer Código Sanitario, con reformas posteriores en 1925 y 1931, que dio el ámbito jurídico a las estructuras de salud, el ejercicio de las profesiones médicas, el manejo de las epidemias, entre otras cosas. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (Ley 4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. Posteriormente surgieron varias leyes sobre el trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género en el ámbito internacional. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares. El Colegio Médico de Chile se constituyó por Ley en el año 1948, destacando por su gravitación histórica en la formulación de las políticas de salud.

²² Extraído del artículo: De un acto de caridad a un derecho de las Naciones Unidas de María Soledad Manterola Bade. Revista Patrimonio cultural de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos nº48, año XIII Invierno 2008.

²³ En la misma revista, Jiménez de La Jara hace referencia a Pelling M.: Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865, Oxford Historical Monographs, 1978.

3.1.3 Período de crecimiento y desarrollo del SNS (1952-1973)

En el período que transcurre entre 1952 y 1960 ocurre el establecimiento del Servicio Nacional de Salud, SNS, desde el punto de vista institucional, organizativo y de extensión progresiva de sus instrumentos de cobertura unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud. Se inicia además, el desarrollo colaborativo entre la asistencia y la docencia e investigación, siendo pionera la Facultad de Medicina de la U de Chile.

Ya establecido el SNS, siempre en medio de crisis y de críticas, se gana el compromiso y la identificación de los médicos que entregan su generoso aporte y se identifican con él. Progresivamente se van desarrollando instrumentos de extensión de cobertura y de capacidad de intervención sobre problemas importantes, como fue el caso de la madre y el niño. Así nacen los programas de control de desnutrición, diarrea infantil, de vacunaciones ampliadas, de control y atención profesional del embarazo y parto, de fertilidad y otros. La estrategia de acción cerca de la comunidad, expansión hacia los sectores rurales y de provincias se realiza en los establecimientos comunales de atención primaria y hospitales tipo 4 o rurales.²⁴

El reflejo de todo este esfuerzo en los indicadores epidemiológicos recién comienza a expresarse hacia fines de los años 60 y comienzos de los 70. Tan fuerte fue esta relación, que ni las crisis económicas de la primera mitad de los 70 (72-76) ni la de inicios de los 80, logran alterar la mejoría progresiva de indicadores de salud básica.

²⁴ Neghme A.: "Evolución de la enseñanza médica en Chile, desde la inauguración de la Escuela de Medicina hasta junio de 1968", Rev. Med Chile, 100, 825-843, 1972.

El crecimiento del SNS y su expansión a todo el país lo lleva a ser prácticamente un monopolio de atención médica, con todos los defectos y virtudes que ello conlleva. Por una parte, el gigantismo, la burocratización, el centralismo y la pérdida de la mística inicial. Por otra, al enfrentarse con una población cada vez más exigente y educada, se desarrolla una especie de despotismo ilustrado de la clase médica frente a los pacientes, a los que se les entrega poca información y se les dan pocas posibilidades de ser considerados. Ambos fenómenos generan una creciente insatisfacción tanto en usuarios como prestadores, los cuales expresan su crítica a través de diversos medios. Los éxitos epidemiológicos dejan de ser apreciados por la población, y esta se concentra solo en el acceso y calidad de la atención médica. Con esto se llega a la medicalización de la sociedad y de la salud, fenómeno, por lo demás, característico de la cultura occidental del siglo XX.

Progresivamente se van desarrollando programas de intervención sobre problemas importantes, como el desarrollo materno infantil. Así nacen los programas de control de desnutrición, diarrea infantil, vacunaciones ampliadas, control y atención profesional del embarazo y parto, fertilidad y otros. En 1968 el Servicio Médico de Empleados, SERMENA, crea el llamado Fondo de Medicina de Libre Elección, que inicia su acción en la medicina privada, como un asegurador y financista de la atención de medicina curativa.

3.1.4 Período de descentralización y privatización (1973-1989)

La descentralización y separación de funciones es una reforma muy discutida en los ambientes médicos y de salud pública, al igual que aquella de la municipalización de la atención primaria de salud. En pocas pero activas instancias se dialoga sobre estos temas, generándose un ambiente crítico pero de búsqueda de entendimiento. En general, las diversas corrientes de opinión

aceptan que la descentralización era una tarea pendiente de la estructura pública y que era preciso realizarla.

Las principales críticas a estas reformas fueron que, al suprimir la Dirección General del SNS, cuyo titular tenía autonomía y propiedad en el cargo ya que era nombrado con acuerdo del Senado en tiempos democráticos, se recreó este poder en el gabinete del Ministerio de Salud, concretamente en la Subsecretaría. La concentración del poder central en la Subsecretaría de Salud estableció un núcleo de poder y de conflictos que han hecho compleja su tarea. Por otra parte, los nuevos Servicios de Salud, 26 en total en las regiones, no contaban ni con gente preparada ni con recursos necesarios para ejercer esta autonomía recién adquirida.

En cuanto a la municipalización, las críticas fueron creciendo a medida que este proceso se instalaba en mayor número de comunas. Estas apuntaban a la atomización, descoordinación del sistema; se le imputaba ser la creación de un sistema de atención primaria de segunda clase, con pagos insuficientes al personal, pérdida de niveles técnicos, y fundamentalmente, la aplicación uniforme de un mecanismo de descentralización en lugares muy diversos en tamaño, recursos, población, capacidades de gestión, etc. En lo positivo, todos los actores estimaron que una mayor participación local es indispensable para escuchar a las personas y resolver sus necesidades más sentidas, dando paso a la creatividad, sin perder la universalidad ni la efectividad.²⁵

La privatización fue, contrariamente a lo anterior, legalizada en una ley miscelánea, con muy poca discusión previa y con un cuerpo médico que reaccionó de una manera más bien confusa frente a la aparición de los seguros privados competitivos de salud, llamados ISAPRE. Estas instituciones de seguro, creadas poco después de las AFP, estaban destinadas, según el DFL N° 3 de mayo de 1981, a sustituir progresivamente el sistema público de salud. Las autoridades de

²⁵ Jiménez J., "La Salud Pública en Chile 1985", Revista Vida Médica, vol. 36, N° 1, marzo de 1985.

la época dijeron, sin embargo, con prudencia, que no cubrirían más del 25 a 30% de la población, y suavizaron su presencia en el conjunto de la atención médica. Los médicos reaccionaron divididos: unos, a favor, que quisieron crear ISAPRE propias; otros, muy opuestos.²⁶

3.1.5 Período de restauración democrática (1990 en adelante)

En este período, la Concertación se mueve fundamentalmente para tratar de recuperar al sector público de su postración financiera y técnica. El mayor gasto se alcanza en 1997 con \$ 92.947 per cápita, comparando con \$ 39.917 en 1989. El gasto total se duplica en 1996 con 743 mil millones de pesos (1.200 millones de dólares)²⁷. El mayor gasto se va principalmente a salarios, cuyo valor real se duplica en 1996, y en inversiones, cuyo valor es de un 1.000% mayor en 1995, comparado con 1986.

Los salarios se reajustan en medio de duros conflictos que hablan de la difícil gobernabilidad de un monstruo burocrático solo descentralizado en el papel, cuyo personal lleva grandes frustraciones e insatisfacciones. En esta difícil relación con la autoridad los médicos van en primer lugar. Cada vez que se han mejorado salarios, no se ha logrado ligar remuneraciones con productividad, más allá de los indicadores clásicos de antigüedad y horas trabajadas. Por lo tanto, en este terreno no se ha avanzado mucho en la modernización.

En cuanto a inversiones, la renovación de hospitales, especialmente en regiones, y más recientemente en la zona metropolitana, acompañada por una disminución significativa de la brecha tecnológica, son los hechos más notables. Especialmente visible es la mejoría del sector en el cuidado intensivo neonatal y

²⁶ Colegio Médico de Chile: "Municipalización, buscando la verdad", Revista Vida Médica, vol. 34, Nº 2, septiembre 1983.

²⁷ Minsal-Fonasa, "Equidad y Eficiencia en la toma de decisiones en salud", Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 1998.

de adultos, en el sistema de rescate y ambulancias SAMU, en los aparatos de imagen, entre otros.

La modernización de la gestión ha apuntado especialmente a cambiar los instrumentos de asignación de dinero a las unidades prestadoras, a través de mecanismos de pago ligados a la producción normalizada de intervenciones (pago asociado a diagnóstico y pago prospectivos) en hospitales y un per cápita para la atención primaria en un modelo de atención familiar. Los Fondos Concursables, especialmente el de listas de espera (POA) y otros para enfrentar problemas específicos, como aquellos de carácter epidemiológico o de grupos vulnerables, han dado oportunidad a los establecimientos públicos de resolver los problemas especialmente quirúrgicos y de mayor complejidad.²⁸

Una revitalización de la salud pública y de la epidemiología como instrumento de política de salud, estuvo presente en el brote de cólera de 1991 y en la amenaza de epidemia de sarampión de 1992. Ambas circunstancias fueron controladas con sendas campañas de reconocido éxito.^{29/30}

El impacto de éstas políticas se puede observar en un indicador tradicional, como el de la Tasa de Mortalidad Infantil, que ha caído desde 18 en 1989 a 10 por mil nacidos vivos en 1998, especialmente debido a programas de gran eficacia y costo razonable, como el Programa de Atención Neonatal, el de control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y el de intervención quirúrgica de cardiopatías congénitas.³¹

²⁸ Fonasa: *Una mirada a fondo a la modernización de FONASA*, editado por FONASA, agosto 1999.

²⁹ Jiménez J., *El Cólera en Chile*, Editorial Atena, Santiago de Chile, 1992.

³⁰ Jiménez J., *Control del Sarampión en Chile*, Editorial Dolmen, Santiago de Chile, 1995

³¹ Jiménez J., "Atención pediátrica y sistema de salud en Chile", *Rev. Chil. Pediatr.* 71 (5); 377-379, 2000.

3.2 Principios de la actual política de Salud, su origen y evolución³²

En la década de los años 90, en varios países de la Región de las Américas y el Caribe, se iniciaron procesos de reforma social, comenzando a implementarse iniciativas de Reforma del Sector Salud y de Seguridad Social, con el propósito de avanzar hacia la readecuación y/o redefinición de las agendas sociales vigentes y la reorganización del Estado.

En la implementación de la reforma sanitaria, algunos países han estado a la vanguardia, en tanto que otros exhiben un avance más lento y pausado. Se estima que en el año 1995 casi todos los países y territorios de la región ya estaban implementando medidas de este tipo o estaban en vías de hacerlo, con modalidades propias de acuerdo a los contextos nacionales. El presente capítulo tiene como propósito ordenar y sistematizar la información disponible sobre el origen y la evolución del más emblemático de los proyectos de la actual Reforma Sanitaria Chilena: El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).

3.2.1 Antecedentes

Chile vive un período de reforma en su sistema de salud que busca lograr una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales. Son objetivos declarados del proceso de reforma de salud chileno los siguientes:

³² Citado textualmente del artículo: Reforma de Salud en Chile, el Plan AUGE o Régimen GES, su origen y evolución. De Dr. Gabriel Bastías S y Dr. Gonzalo Valdivia C. del Departamento de Salud Pública, publicado en el boletín Escuela de medicina UC; Pontificia Universidad Católica de Chile. Volumen 32 n°2 de 2007.

- mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
- reducir las desigualdades en salud.
- mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

El proceso de reforma a la salud chilena se intensifica a partir del año 2000 cuando se establece la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República se compromete a presentar un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional³³, enviados a discusión parlamentaria en Mayo de 2002³⁴ cuyos contenidos fueron los siguientes:

3.2.2 Derechos y deberes del paciente

Esta ley, la única a la fecha aún en trámite legislativo, regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean éstos privados o públicos: toda persona tiene derecho a recibir atención en salud del prestador en salud y a no sufrir discriminaciones arbitrarias en su entrega, la persona tiene además una responsabilidad que debe asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de un prestador determinado, debiendo respetar la normativa de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente.

³³ (Ref.) Gobierno de Chile, Mensaje Presidencial, 21 de Mayo de 2000

³⁴ (Ref.)Ministerio Secretaría General de la Presidencia. www.modernizacion.cl/1350/propertyvalue-23007.html.

3.2.3 Financiamiento

Considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho régimen se reconoció como el de “Garantías Explícitas en Salud” (GES) conocido originalmente como AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas).

3.2.4 Autoridad Sanitaria y Gestión

Fortalece las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorga mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.

3.2.5 Ley de ISAPRES

El proyecto de Modificaciones a la Ley de ISAPRES se separó en dos proyectos y se tramitó con suma urgencia las disposiciones relativas a la creación de un régimen especial de super vigilancia y control, conocido –tras su aprobación- como la Ley “Corta” de ISAPRES. También forma parte de la Ley de ISAPRES, lo relacionado con los reajustes de precios de los planes de salud; la elaboración de aranceles o catálogos valorizados de prestaciones; la difusión de información por parte de la Superintendencia, así como acceso a información de prestadores en convenio y el registro de agentes de venta.

3.2.6 Régimen de Garantías en Salud

Establece, entre otras materias, un plan de salud de carácter obligatorio para FONASA y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) y considera el financiamiento público para los ciudadanos carentes de ingresos o indigentes. Estos cinco proyectos, constituyen la base jurídica de la Reforma en salud. Sin embargo, el proyecto que mayor controversia e interés ha provocado en la opinión pública y en los medios ilustrados, ha sido el del Sistema de Garantías en Salud (GES), más conocido por su sigla preliminar AUGE. En noviembre de 1985 se publica en el diario oficial la ley n°18.469 que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud de carácter preventivo y curativo a las que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios del sector público y privado que cotizan en algún sistema previsional.

El 2004 se promulga la ley³⁵ que establece un Régimen General de Garantías en Salud, que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud. El Régimen de Garantías en Salud, es entendido como un instrumento de regulación sanitaria y le corresponde establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, y los programas que el FONASA deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención institucional. El Régimen General de Garantías incluye también las Garantías Explícitas en salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud.

El antecedente técnico más relevante del GES es el documento Objetivos Sanitarios para la década 2000- 2010³⁶ , los que señalan las metas nacionales en salud que se deben alcanzar al año 2010, constituyendo una referencia

³⁵ (Ref.)Ley No 19.966 de la República de Chile.

³⁶ Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, Ministerio de Salud, Chile, 2002. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud: <http://epi.minsal.cl/>

fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben realizarse y evaluarse por el sistema de salud chileno. La formulación de objetivos sanitarios es el punto de partida del proceso de reforma sectorial, cuyos componentes deben articularse para el logro de las metas. Así, los problemas de salud que afectan a la población se sitúan como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias.

El resultado de éste proceso plantea que Chile enfrenta los cuatro grandes desafíos sanitarios fundamentales en el siglo que comienza.

Cuadro N° 1 Desafíos Sanitarios del Siglo XXI
1. considerar el envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica;
2. enfrentar las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traducen en una brecha sanitaria existente entre los grupos de población de distinto nivel socioeconómico;
3. responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena;
4. resolver los problemas de salud pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados.

Fuente: Elaboración propia

Todos estos factores involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la composición de éstos, como en las formas de entregarlos, adecuándolos a los requerimientos técnicos sanitarios, así como a las exigencias de los usuarios, cada vez más conscientes y exigentes de sus derechos.

3.3 Objetivos sanitarios y metas para la década 2000-2010

A continuación se describen los Objetivos sanitarios y sus consiguientes metas para el decenio 2000-2010.

Cuadro N° 2. Objetivos sanitarios y metas para la década 2000-2010 en Chile	
1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.	<ul style="list-style-type: none">• Continuar el descenso de la mortalidad infantil y materna• Consolidar esfuerzos para controlar las enfermedades prevenibles por vacuna
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.	<ul style="list-style-type: none">• Controlar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida.• Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad
	<ul style="list-style-type: none">• Frenar el consumo de tabaco.✓ Disminuir el aumento de obesidad.✓ Promover conductas sexuales seguras y responsables.✓ Contribuir a crear un ambiente saludable.✓ Contribuir a mejorar las condiciones laborales

3. Disminuir las desigualdades observadas.	
4. Prestar servicios en salud acordes a las expectativas de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la valoración social del sistema. • Para ello se establecen metas en tres ámbitos: justicia financiera, satisfacción de las expectativas legítimas de la población y calidad de la atención de la salud.

Fuente: Elaboración propia

3.4 Escenario político en que se construye el AUGE

Permite visualizar un análisis de involucrados, base de la construcción primaria en gerencia social. Al comienzo del gobierno del Presidente Lagos estaban enfrentadas ideológicamente a lo menos tres posturas que representaban de alguna manera el espectro político nacional en el tema de la salud.

Una posición catalogada como estatista, en la que la salud era esencialmente pública con un regulamiento estricto del sector privado, y en especial de las ISAPRES.³⁷

Una visión francamente privatizadora, que apoyaba la portabilidad de los subsidios, lo que favorecería la competencia público-privada, y el predominio de los privados, por una mirada muy negativa de la eficiencia y eficacia de lo público.

³⁷ Comentarios de Daniel Verdessi, Directivo de Océanos Azules en <http://blogs.lasegunda.com> en febrero 25 de 2010.

Una visión integrada, que se basa en la cooperación y colaboración de los dos subsectores, buscando la eficiencia en el uso de los recursos de ambos, pensando en una integración del servicio público con el mercado, ofreciendo posibilidades de participación del sector privado en especial en la entrega de servicios con un marco regulatorio ejercido por el Estado.

Esta última opción, logró ser acogida por el Consejo Nacional de la DC, lo que facilitó el camino a su desarrollo como opción, al igual que el decidido apoyo del Ministerio de Hacienda y de la Tecnoocracia gubernativa. La gran crítica a esta posición, es que la estructura del sistema debe estar guiada por prioridades sanitarias y no de carácter económico.

3.5 Plan AUGE: Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas

Su revisión, además de constituir la esencia de este análisis, permite visualizar las redes de diseño, construcción y puesta en marcha del Plan, así como la operacionalidad, financiamiento y adaptaciones que han surgido hasta la fecha. Este plan establece acceso universal a las acciones de Salud con garantías explícitas de oportunidad, calidad y protección financiera. El Plan AUGE, en la actualidad GES, es un instrumento para promover la equidad y materializar los objetivos sanitarios y de protección social en Salud para todos los chilenos.

Contribuye a fortalecer la regulación sanitaria, al explicitar las condiciones en que las personas pueden acceder a los servicios de atención y contribuye también a una mayor efectividad del gasto en salud, a través del reordenamiento sectorial de la prestación de servicios y del cambio de Modelo de Atención³⁸. El Plan es el elemento central de la Reforma Solidaria de la salud. Al resolver las necesidades de salud de la población en mejores condiciones que al comienzo de la década,

³⁸ www.funsalud.org.mx/casesalud/informando/infor%2012.pdf

permite eliminar el concepto de planes básicos o canastas mínimas, el cual no es aceptado por la sociedad. Incorpora también un criterio de realidad respecto del compromiso que puede asumir el país respecto de la salud de la población. El Plan otorga prioridad a las acciones que fomenten y promuevan la salud de las personas y todas aquellas intervenciones necesarias para resolver de manera eficaz los principales problemas sanitarios que afectan a la población, utilizando a la Atención Primaria como su estrategia principal.

3.5.1 Antecedentes de la Reforma AUGE ³⁹

La reforma AUGE no debe ser entendida como un intento aislado de cambio del sistema de salud chileno, sino que forma parte de un proceso de cambio sostenido, cuyos antecedentes más inmediatos se encuentran en la década de los 80. El Gobierno Militar se propuso readecuar el centralizado Servicio Nacional de Salud (SNS), introduciendo tres cambios sustanciales. Primero, la reorganización del sistema público con la creación del Fondo Nacional de Salud como institución financiadora y un intento de descentralización del aparato prestador con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); Segundo, la municipalización de la Atención Primaria; Tercero, la creación de compañías privadas aseguradoras – las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) – que operaron en un ambiente de mercado extremadamente desregulado.

Estas reformas estructurales fueron acompañadas de cambios importantes en las fuentes de financiamiento del sector, que derivaron en una reducción del aporte fiscal a salud y un incremento del financiamiento a través de cotizaciones y copagos. Lo anterior, sumado al ambiente recesivo que se vivió a inicios de dicha década, y la menor disponibilidad de recursos humanos, físicos y de operación

³⁹ Serie Estudios Socio / Económicos N° 38 Rony Lenz.

(insumos y medicamentos) en el sistema público de salud, deterioró el acceso de la población de ingresos medios y bajos a la atención de salud. Por otra parte, la falta de normas e instituciones que fijaran un marco regulatorio apropiado para transar planes de salud en el sistema privado, redundó en seguros de corto plazo, con exclusiones, preexistencias, carencias, bajas coberturas en los riesgos catastróficos, discriminación de riesgo, poca transparencia en precios y coberturas, en fin, todas las deficiencias propias de este tipo de arreglo económico.

Dada la naturaleza de los seguros privados, en que las primas son en función de los riesgos, sólo la población de bajo riesgo y de alto ingreso tuvo acceso al sistema ISAPRE.

A la falta intrínseca de equidad, se sumó el hecho de que el arreglo institucional permitía que el alto riesgo que no era rentable de cubrir por las ISAPRE, fuera absorbido por FONASA –en una suerte de reaseguro implícito, principalmente población mayor de 65 años, enfermos crónicos y catastróficos. La resultante fue la instauración de un modelo altamente inequitativo, que privilegiaba el acceso de los más ricos a una mejor atención y postergaba a los más pobres y riesgosos a un deteriorado sistema público de atención. Paradójicamente, incluso los usuarios del sistema privado, supuestamente beneficiados por las ISAPRE, siempre tuvieron una mala evaluación de dicho sistema, por la discrecionalidad con que las aseguradoras privadas manipulaban planes, precios y primas, lo cual contribuyó a que nunca fuera percibido como un sistema totalmente legítimo en la sociedad chilena.

Cabe destacar que las propuestas del régimen militar carecieron de una estrategia sanitaria que le imprimiera una clara direccionalidad en el campo de la salud al proceso de reforma.

Así, las directrices establecidas por el SNS siguieron siendo las imperantes – programas verticales orientados al binomio madre-niño, combate a las enfermedades infectocontagiosas y los condicionantes básicos de la salud–, debilitadas, eso sí, por los cambios financieros y organizativos introducidos por los militares.

La reforma del gobierno militar, principalmente con la creación del sistema ISAPRE, no generó una alternativa que fuera viable para la gran mayoría de la población chilena, como posteriormente lo mostraran las tasas de afiliación, que en su mejor momento –a finales de la década de los 90– no pudieron sobrepasar significativamente la cobertura de un cuarto de la población chilena (FONASA, 2006). Por el contrario, el sistema ISAPRE contribuyó a acentuar la segmentación del sistema de salud chileno, introduciendo además la dicotomía público-privada, en reemplazo de la complementariedad que el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) había estado construyendo entre el aseguramiento público y la prestación privada. Lo anterior, sumado a la falta de una estrategia de salud que orientara el quehacer del sector, generó el escenario de desarticulación del sistema que se exhibe hasta hoy día.

Con el retorno del país a la democracia a inicios de la década de los 90, los dos primeros gobiernos de la Concertación se concentraron en compensar las falencias del sistema heredado del régimen militar, sin poder modificar estructuralmente la legislación, por la falta de mayoría política que la institucionalidad de la “democracia protegida” impedía. Se sumó a lo anterior la falta de un proyecto político común de salud de la Concertación. La estrategia del gobierno se concentró en fortalecer el sistema público de salud, iniciando un importante programa de inversiones, recuperando dotaciones y salarios públicos e introduciendo sustanciales modificaciones a la organización del financiamiento del sistema de salud. En este último aspecto se elevó de manera importante el aporte fiscal; se introdujeron mecanismos de pagos a prestadores orientados a darle

mayor equidad y eficiencia al sistema de salud (pago capitado en atención primaria y los pagos asociados a diagnóstico –PAD– a nivel hospitalario) y se fortaleció la figura financiadora del FONASA como elemento dinamizador del sistema, iniciando una política que privilegiaba a los beneficiarios por sobre la oferta de salud (Programa de Oportunidad de la Atención –reducción de listas de espera quirúrgicas–, Seguro Catastrófico –acceso gratuito a prestaciones de alta complejidad–, Programa del Adulto Mayor –acceso a prótesis y órtesis– y Carta de Derechos del Paciente). El sesgo financiero de las reformas y el tardío surgimiento de diagnósticos y propuestas desde el campo de la salud pública, no permitieron articular una estrategia sanitaria global que sirviera de base a los cambios financieros, sino que estos tuvieron que apoyarse en acciones aisladas (medicina familiar, cobertura de enfermedades del adulto y adulto mayor a través de programas específicos e impulso a las acciones de control medioambiental).

El tercer gobierno de la Concertación, bajo la administración del Presidente Lagos, decide iniciar una reforma de salud, como una de las acciones emblemáticas de su gestión, la cual se conoció posteriormente como reforma AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas). Este esfuerzo de reforma, a diferencia de la etapa anterior, tenía por estrategia central modificar la estructura legal del sistema de salud, con el propósito de promover una mayor equidad y solidaridad, la cual se estimaba posible por los cambios políticos ocurridos a nivel parlamentario.

Al momento de plantearse la reforma, el sistema de salud chileno sufría de una serie de problemas claramente identificables: i) Un alto grado de inequidad en el acceso a las atenciones de salud, principalmente –aunque no únicamente– entre el sistema ISAPRE y FONASA; ii) Deficiencias en la gestión de los establecimientos hospitalarios públicos, que se expresaban en ineficiencia y descoordinación de las redes nacionales y regionales; iii) Falta de regulación de planes y de atenciones en el subsistema privado; iv) Inadecuación del modelo de atención –construido para atender a las enfermedades infectocontagiosas y al

binomio madre-niño– e inflexibilidad para adaptarse a los cambios en el perfil epidemiológico de una población que está en la mitad del proceso de envejecimiento y a las expectativas ciudadanas; v) Insuficiencia en el volumen de financiamiento, principalmente en el subsector público, para sostener el mayor gasto derivado del envejecimiento y necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de mecanismos de pagos que incentiven mayor equidad, eficiencia y cambios en el modelo de atención.

4. CARTILLA INFORMATIVA RESPECTO DEL GES ⁴⁰

4.1 De cómo llega la información al usuario

En la página oficial de la Biblioteca Nacional del Congreso de Chile existe un servidor llamado Ley Fácil, donde se presenta como una guía legal respecto del Plan GES (ex AUGE) en donde se da respuesta a preguntas frecuentes que explican en lenguaje ciudadano los principales contenidos de este tema.

4.2 ¿Qué es el GES?

El plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) -antes plan AUGE-, que tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de FONASA y las ISAPRES. Cuando el plan comenzó en julio de 2006 cubría 56 problemas, hoy son 69, número que irá aumentando en el tiempo.

4.3 ¿Cuáles son las garantías que otorga este plan de salud?

- Garantía explícita de acceso: es la obligación de FONASA y las ISAPRES de asegurar las prestaciones de salud.
- Garantía explícita de calidad: otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.
- Garantía explícita de oportunidad: existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

⁴⁰ <http://www.bcn.cl/>

- Garantía explícita de protección financiera: es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

4.4 ¿Debo solicitar incorporar en GES en mi plan de salud?

No. FONASA y las ISAPRES tienen la obligación de prestar estas garantías y cubrir las enfermedades garantizadas a la fecha y las que se vayan incorporando a futuro.

4.5 ¿Cuáles son las enfermedades cubiertas por GES?

Las enfermedades y problemas cubiertas en salud son:

1. Insuficiencia crónica renal 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 al miocardio.
6. Diabetes mellitus tipo I.
7. Diabetes mellitus tipo II.
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más.
9. Disrafias espinales.
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 15 años.
11. Tratamiento quirúrgico de Cataratas.
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más, con artrosis de cadera con limitación funcional severa.
13. Fisura labiopalatina.
14. Cáncer en menores de 15 años.
15. Esquizofrenia.

16. Cáncer de testículos en personas de 15 años y más.
17. Linfomas en personas de 15 años y más.
18. Síndrome de la 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.
23. Salud oral integral para niños de 6 años.
24. Prematurez.
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso.
26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años.
27. Cáncer gástrico.
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 la próstata en personas sintomáticas.
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más.
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.
39. Asma bronquial y severa en menores de 15 años.
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.

41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales.
43. Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más.
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar.
45. Leucemia en personas de 15 años y más.
46. Urgencia odontológica ambulatoria.
47. Salud oral integral del adulto de 60 años.
48. Politraumatizado grave.
49. Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico moderado o grave.
50. Trauma ocular grave.
51. Fibrosis quística.
52. Artritis reumatoide.
53. Consumo perjudicial y dependencia del alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
54. Analgesia del parto.
55. Gran quemado.
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.

Enfermedades incorporadas el 1 de julio de 2010

57. Retinopatía del prematuro.
58. Displasia pulmonar del prematuro.
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro.
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más.
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más.
62. Enfermedad de Parkinson.
63. Artritis idiopática juvenil.
64. Prevención secundaria de la insuficiencia renal crónica terminal.

- 65. Displasia laxante de caderas.
- 66. Salud oral integral de la embarazada.
- 67. Esclerosis múltiple remitente recurrente.
- 68. Hepatitis B.
- 69. Hepatitis C.

4.6 ¿Cómo hago efectiva las garantías del GES?

Si padece una de las enfermedades GES, debe acercarse a su ISAPRE o FONASA con el certificado médico que acredite el diagnóstico y llenar un formulario creado para estos efectos. La ISAPRE o FONASA le indicarán a qué prestador debe acudir para confirmar el diagnóstico. Si se confirma, será derivado al centro de atención de la red de prestadores.

4.7 ¿Puedo elegir en qué centro atenderme?

No. Las ISAPRES o FONASA tienen una red cerrada de prestadores para enfermedades GES. Si no desea atenderse en ellas, puede optar por atenderse con la cobertura de su plan de salud complementario. En algunas ISAPRES esto puede resultar beneficioso.

4.8 ¿Cuáles son los costos de una enfermedad GES?

En el caso de FONASA, para el grupo A y B, para los mayores de 60 años de edad y para quienes reciben pensiones asistenciales el costo es cero; el grupo C paga el 10% de las prestaciones con un tope de 21 cotizaciones mensuales por una enfermedad y 31 cotizaciones por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de 1,47 veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses. El Grupo D paga el

20% de las prestaciones con un tope máximo de 29 cotizaciones mensuales por una enfermedad y 43 cotizaciones mensuales por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de dos veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses.

Los afiliados a ISAPRE pagan el 20% de la prestación -según el arancel de referencia disponible en cada ISAPRE - con un tope máximo de 29 cotizaciones, en caso de una enfermedad o de 41 cotizaciones mensuales en el caso de dos o más enfermedades. La suma de los copagos durante un año no podrá exceder las 122 UF en el caso de una enfermedad, o de 181 UF en el caso de dos o más enfermedades.

Además, acceder al GES implica un cobro adicional al plan de salud. El precio varía en cada ISAPRE, pero tiene un promedio de \$5.500 por cotizante.

Un ejemplo: si usted necesita un tratamiento GES y mensualmente cotiza \$50 mil en su ISAPRE, todos los gastos por debajo de \$1.450.000 (29 x \$50 mil) se pagarán de acuerdo a la regla del 20%, o sea, usted paga hasta \$290 mil. Lo que exceda las 29 cotizaciones lo cubre la ISAPRE.

4.9 ¿Qué pasa si la enfermedad fue diagnosticada antes de la entrada en vigencia del GES?

Igual tiene derecho a los beneficios GES por ser patología cubierta por el plan. No importa si fueron diagnosticadas antes o después de su puesta en marcha.

4.10 ¿Qué sucede si la enfermedad no está contemplada en el GES?

Tendrá una cobertura normal de acuerdo a su plan de salud. En el caso de una enfermedad grave, como aquellas consideradas catastróficas con riesgo de vida y alto costo, tendrá una cobertura adicional por enfermedades catastróficas (CAEC). Para FONASA existe el seguro catastrófico que otorga una bonificación del 100%, esto es, no hay costo para el beneficiario si se atiende en modalidad institucional. En ISAPRE con la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC) los afiliados pueden obtener el 100% de cobertura exclusivamente dentro de la red cerrada de prestadores.

4.11 ¿Qué otros beneficios incluye el plan GES?

Todas las personas, ya sean afiliados a ISAPRES o FONASA, tienen derecho una vez al año y en forma gratuita, a realizarse un examen de medicina preventiva para detectar a tiempo ciertas enfermedades. Además, dependiendo de su problema de salud, tendrá acceso gratuito a fármacos.

4.12 ¿Qué sucede si la ISAPRE o FONASA no cumplen con las garantías?

Cuando no se cumpla con las garantías de oportunidad y acceso, cada ISAPRE o FONASA resuelve para que la atención sea otorgada a través de la red de prestadores.

Si no se cumple con la garantía de protección financiera, debe recurrir a su ISAPRE o a FONASA, según corresponda. Si no le resuelven el problema, puede acudir a la Superintendencia de Salud, que también resuelve ciertos conflictos derivados de este problema y de la calificación de una enfermedad como GES.

5. NUEVA INFRAESTRUCTURA EN SALUD

5.1 La innovación tecnológica en salud

En la medida en que el conocimiento se convierte crecientemente en el eje de la actividad económica, en los últimos años se ha ido tomando conciencia en el ámbito público, del mismo modo como en el privado, sobre la necesidad de contar con indicadores sobre los procesos de innovación principalmente porque el análisis y medición de su curso puede proporcionar criterios y elementos de juicio útiles para la toma de decisiones en materia de políticas públicas.

Generalmente, la calidad de los procesos innovativos es medida por su alcance, su profundidad y la dirección de las innovaciones. El primer punto tiene un carácter fundamentalmente cuantitativo y por ello, en las encuestas de innovación su tratamiento es relativamente satisfactorio. No así la profundidad – grado de radicalidad de los cambios –o la dirección o rumbo del proceso de innovación, por ello las encuestas sólo pueden enfatizar la medición de las capacidades con que cuentan las instituciones o empresas para innovar y su esfuerzo por vigorizarlas. Aunque el Manual de Oslo, de 1992,⁴¹ que sistematizó las mediciones sobre innovación, distingue a las innovaciones en dos grandes grupos o categorías: las innovaciones tecnológicas y las no tecnológicas, sólo de las primeras puede tenerse una noción clara y una medición más accesible y precisa. El Manual de Oslo define las innovaciones tecnológicas (TPP) como aquellas que se refieren a un nuevo producto o proceso o a mejoras significativas en los mismos, es decir, innovaciones tecnológicas de los productos y/o de los procesos. Las innovaciones no tecnológicas (INTs) se definen *vianegationis*: son todas aquellas que no pueden ser consideradas TPP. Esta

⁴¹ Como una respuesta al cuestionamiento sobre la utilidad real de los indicadores tradicionales de Ciencia y Tecnología como instrumento de análisis y soporte para la definición de política pública, es presentada en 1992 la primera versión de los 'Lineamientos para coleccionar e interpretar datos sobre innovación tecnológica' conocido como el Manual de Oslo. Este documento formaliza la discusión alrededor del tema de construcción de indicadores de innovación, y sirve de base para la primera serie de encuestas de innovación realizadas colectivamente entre los países de la OECD, y posteriormente en otros países. El 17 Abril de 1997 fue dada al público la segunda versión del Manual de Oslo.

categoría la componen principalmente cambios institucionales, de gestión o de orientación estratégica. El concepto de tecnologías en salud comprende todos los aspectos de la práctica médica: prótesis, equipamiento, fármacos, procedimientos médicos y quirúrgicos, organización de la atención en salud y de los sistemas de apoyo, sistemas de información y las habilidades requeridas para la correcta utilización de éstas. Ejemplos clásicos de estas tecnologías pueden ir desde la cirugía cerebral guiada por imágenes, hasta el desarrollo electrónico de las fichas médicas (Concha, 2003).

Los beneficios de las tecnologías en salud se traducen en un mejoramiento de la calidad de la atención a través de diversos mecanismos que son específicos para cada innovación. Entre ellos pueden destacarse:

- a) la detección precoz de las enfermedades;
- b) la disminución de la mortalidad;
- c) la disminución del dolor en la agonía y
- d) las alternativas de diagnóstico y tratamiento más efectivas o menos invasivas que reducen los tiempos de recuperación.

Existen claras diferencias entre los países desarrollados y los en vías de desarrollo respecto de la innovación tecnológica. Los primeros producen más del 90% de las innovaciones que los segundos solo utilizan. Mientras los países desarrollados destinan sus esfuerzos y recursos al diseño e implementación de mecanismos que aseguran la calidad y a ampliar la cobertura de estas innovaciones tecnológicas, los en vías de desarrollo – carentes de tecnologías básicas, con ausencia de políticas y regulaciones, bajo financiamiento del sector salud y carentes de recursos para mantener y reemplazar las instalaciones y equipamientos – en gran medida se mantienen ajenos a los beneficios de las nuevas tecnologías, en especial respecto de su población de menores ingresos (Concha, 2003).

5.1.1 Características de la innovación tecnológica en salud en Chile y sus indicadores de calidad

La Doctora en Salud Pública de la John Hopkins University (Baltimore, EE.UU.), Marisol Concha (2003), establece las siguientes características de la innovación tecnológica en salud en Chile:

__Receptor de tecnologías (usualmente no adaptadas a la realidad local).

__Financiamiento limitado.

__Inequidad en el acceso.

__Regulación:

- Por medio del Instituto de Salud Pública (ISP).

- ISP norma introducción de tecnologías en el área del diagnóstico y medicamentos.

- La incorporación de equipamiento prácticamente carece de regulación.

__La selección de tecnologías carece de evaluaciones costo-beneficio, siendo estos casi de exclusiva responsabilidad del área médica.

__Los beneficios de las tecnologías no se evalúan después de su incorporación.

El concepto de un indicador de calidad referido a la innovación no se encuentra en las fuentes bibliográficas consultadas, en especial las correspondientes al Ministerio de Salud. A pesar de ello en aquellas son destacadas algunas innovaciones, como por ejemplo, la norma actualizada de Evaluación Nutricional del Escolar y Adolescente.

Marisol Concha (2003), también señala que la innovación tecnológica en Chile, como en todos los países en vías de desarrollo, *“se caracteriza por el limitado impacto (efectividad) e inequidad en el acceso. [...] El desarrollo tecnológico del sector público es limitado y se asocia a todo tipo de carencias, especialmente en lo que se refiere al financiamiento. El sector privado, en contraste, muestra un desarrollo tecnológico similar al de un país desarrollado”*.

5.2 Red hospitalaria de Chile⁴²

Los Hospitales son edificios de alta complejidad. Tanto por las características propias de sus instalaciones como por su ubicación y rol en la ciudad. Históricamente, los hospitales han sido hitos urbanos. Constituyen parte fundamental del repertorio de piezas que articulan y permiten el funcionamiento de zonas altamente pobladas. Tal como campus universitarios, iglesias, conventos, mercados, estaciones de tren, puertos y aeropuertos, colegios, estadios, los hospitales han ayudado a establecer cierto orden y reglas para el crecimiento de la ciudad. Hoy en día, los hospitales son un indicador de desarrollo social y económico. También son obras concretas para consolidar ante la opinión pública una visión del rol del Estado en la sociedad. Los hospitales son a nivel público y privado “obras emblemáticas”. En este sentido es claro que uno de los aspectos fundamentales en la modernización y reforma del sistema de salud pública y su Red asistencial, está directamente asociada a la provisión de infraestructura que permita cumplir con las prestaciones solicitadas, reducir los tiempos de atención y mejorar los índices en cuanto a recuperación.

El terremoto de Febrero de 2010 dejó abierta la oportunidad para repensar de qué manera y con qué estándar se construirá la nueva infraestructura de salud. Se podría incluso aventurar que el sistema de Salud Pública de Chile pasa hoy por un momento histórico. Y para precisar más aun esta afirmación, es posible plantear que éste momento queda definido por dos aspectos principales:

1. La necesidad de restituir infraestructura hospitalaria dañada por el terremoto de Febrero del 2010.
2. La entrada de un nuevo gobierno que tiene la oportunidad para dar un paso adelante en una reforma completa al sistema de salud.

⁴² www.plataformaarquitectura.cl

Con respecto al primer punto, hay evidencia suficiente que demuestra que la inversión en infraestructura hospitalaria a nivel regional y de centros de atención a nivel local ha entrado al menos en la última década en un proceso de mejoramiento, no sólo en términos de edificaciones, sino también en términos de equipamiento. Entre los años 2000 y 2009, el Estado de Chile ha construido cerca de 145,000 metros cuadrados en hospitales y centros de atención. Una inversión que ha ampliado a cerca de 3000 camas más, beneficiando en total este sistema a una población cercana a los tres y medio millones de personas.

Junto con esto, el programa AUGE ha logrado garantizar el tratamiento a un número importante de usuarios que antes no tenían acceso al sistema de salud. Esto implica un mayor flujo de pacientes entre distintos centros asistenciales, públicos y privados.

A fines del 2009, la proyección en cuanto a las futuras inversiones en infraestructura hospitalaria estaban dirigidas principalmente a los grandes centros a nivel regional y al fortalecimiento de la red de atención primaria evaluado en 1,6 mil millones de dólares para ampliar y mejorar el stock. Después del 27 de Febrero del 2010, debido al terremoto y a los serios daños causados por éste, en hospitales regionales y centros de atención de la red, la inversión requerida hoy es cercana a los 2,5 mil millones de dólares.⁴³

⁴³ Aunque estas cifras puedan variar, y seguramente la forma de calcular el costo de la inversión es también susceptible a distintas interpretaciones, el actual gobierno ha planteado objetivos claros en torno a la reconstrucción de hospitales y en cuanto a la construcción y operación (nuevos modelos de gestión) de nuevos hospitales vía el sistema de concesiones, todos estos programados entre 2010-2013.

5.3 Las concesiones

El sistema de concesiones propone en términos muy simples, el traspaso al sector privado de riesgos y beneficios que provienen de la construcción, diseño, implementación, gestión y administración de los servicios de salud pública por un período de 30 años.

Con esto el Estado puede, en teoría, liberar recursos que antes tenía destinados a infraestructura, y reubicarlos para mejorar las condiciones de trabajo del personal médico, incentivar el ingreso de profesionales al servicio público, etc.

La escala de estas concesiones puede también abarcar desde un hospital de alta complejidad a nivel regional, hasta un centro de baja complejidad de atención primaria y a nivel local. Y si a lo anterior se agrega que dada las circunstancias generadas por el terremoto, el modelo de concesiones permite actuar con cierta rapidez, es un hecho de que ese concepto ayudará a definir en el más amplio sentido de la palabra, cómo enfrentar la provisión de infraestructura en general a nivel de país. Por un lado se considerará como infraestructura, algunos parques urbanos, barrios y centros cívicos, y por otro, pudiendo buscar negocios adicionales y complementarios en terrenos cercanos a los proyectos concesionados generando una sinergia entre programas.

Otro factor a considerar, es el hecho de que a mayor desarrollo y crecimiento económico, mayor es la demanda por atención en salud. Esta afirmación está sustentada en el análisis de el crecimiento de la infraestructura del sector privado en los últimos años cuya lógica es la relación oferta y demanda de un producto, en este caso, salud.

Esto significa que normalmente un centro de salud puede crecer varias veces su tamaño en un periodo de tiempo relativamente corto. Abajo en el gráfico se indican

algunos centros de salud privados que han crecido en los últimos 10 años. En paralelo a los cambios de su entorno inmediato.

Entonces si consideramos lo antes planteado, la oportunidad de repensar los hospitales según las variables que hoy podemos analizar, nos indican que estamos frente a uno de los desafíos mas extraordinarios de nuestra época, ya que se definirá en los próximos años la base de nuestro sistema de salud. Esto no es menor ya que si nos ponemos a pensar, pocas veces en la historia de un país ha existido tal energía concentrada para construir grandes piezas urbanas que transformaran nuestro paisaje.

5.4 ¿Qué deberíamos esperar como resultado al final de este proceso?

Primero, a nivel multisectorial, que el sistema integrado de salud pública funcione de tal manera que ayude a reducir grandes desplazamientos dentro de la ciudad. Un hospital y sus centros de atención primaria pueden ser un factor claro de desarrollo local y renovación urbana. Esto ocurriría si existe una correcta coordinación entre las distintas obras concesionadas, los ministerios y los municipios.

Segundo, a nivel de planificación territorial, que las obras consideren desde su inicio el crecimiento futuro y las transformaciones a nivel de barrio y ciudad que este implica. Es decir, vialidad adecuada, usos mixtos, entre otros.

Tercero, a nivel de normativa y medioambiente, que cada nuevo centro no signifique un aumento significativo en el consumo de energía y por consecuencia, en una herencia para el gasto público en cuanto a mantención y operación. Es decir, desde el punto de vista más amplio, que los nuevos centros sean sustentables. Más claramente, que exista desde la formulación de las bases de

concesión el criterio de eficiencia energética. Aquí hay una gran oportunidad para desarrollar inteligencia local e innovación.

Cuarto, a nivel ciudadano, que exista desde el inicio del proceso la posibilidad de la consulta pública. Incluso en las obras concesionadas, la ciudadanía tiene el derecho y la responsabilidad de hacer observaciones. Mal que mal, es un ejemplo de desarrollo y buenas prácticas el que cada pieza relevante de la ciudad sea adoptada por sus ciudadanos y sin duda la localización y los servicios asociados a los centros asistenciales son un tema ciudadano.

Quinto (quizás el más complejo), a nivel político, es la capacidad de trazar una hoja de ruta clara para el futuro. Si bien los hospitales que estamos pensando hoy, podrán ser más eficientes energéticamente, crecer con cierta armonía, contribuir a la ciudad en cuanto a localización, democratizar el uso del suelo urbano y constituir un entorno coherente, no será posible mitigar por completo la huella que estas grandes estructuras dejan una vez instaladas. Son estructuras que en la medida que se expanden prestan un mejor servicio.

Así como, la medicina y la tecnología avanzan en ciclos muy acelerados, bastante más rápido que la construcción o la misma arquitectura. En la ciudad y en nuestra sociedad, cuyos ciclos de cambio son tremendamente lentos, el próximo ciclo de infraestructura de hospitales lo veremos probablemente dentro de 50 a 100 años, y para entonces ya debiéramos haber encontrado respuesta a las preguntas fundamentales (y a nuestras políticas públicas) con respecto a qué es lo que ofrece un sistema de salud pública: se enfoca a curar a los enfermos o más bien, se enfoca a prevenir y atacar el origen de las enfermedades para que éstas nunca se desarrollen.

Esa, si duda, es una tarea que implica un cambio radical a nuestras costumbres y nuestra cultura. Y en ese contexto entonces debiéramos preguntarnos, ¿Cómo

serán los hospitales del futuro? Ya que estos que estamos haciendo hoy, son una cura parcial a nuestros males del presente y como tal, al menos ahora, deberíamos pensar en como reutilizar estas estructuras (nuevas infraestructuras) cuando ya sean obsoletas.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

6. MÉTODO DE SISTEMATIZACIÓN

6.1 Problema de Sistematización

En Chile, de acuerdo con la Constitución de 1980, la salud es un derecho básico de las personas y el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio del derecho a la protección de la salud y a habitar en un medio ambiente sin contaminación. La norma constitucional consagra un sistema dual de atención de la salud al garantizar que cada persona "tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado". La función del Ministerio de Salud es asegurar el acceso libre e igualitario a las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, así como a las de rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. Asimismo, debe coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar acciones en los ámbitos mencionados (CORE HEALTH, 1998).

El sistema de salud único estatal de cobertura universal que adoptó Chile en 1952 experimentó importantes transformaciones en 1981 y en la actualidad opera sobre la base de servicios y seguros públicos y privados. Los beneficiarios se agrupan en dos subsistemas de salud. El más importante, en número, es el sistema público de salud (incluidas las instituciones que atienden al personal de las FF.AA. y de Orden), del cual dependen dos tercios de los 15, 3 millones de chilenos. Este grupo está en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), servicio dependiente del Ministerio de Salud, que coordina la demanda de salud de sus afiliados y se encarga de cancelar las atenciones recibidas por estos a los proveedores de salud. Para estos propósitos, FONASA recauda las contribuciones de sus afiliados y el aporte fiscal que el Estado realiza en salud. Este es un fondo solidario con

escasa transparencia en el sentido que los subsidios implícitos (positivos o negativos) no están demasiado claros (Beyer, 2002).

Como toda ley, ésta es perfectible, y en ese marco, el referido marco legal experimentó una serie de cambios que tendieron a mejorar su redacción original. Por otra parte, estos mismos cuerpos legales, a poco andar, requieren el apoyo de Decretos leyes, Decretos con fuerza de ley, Reglamentos, decretos y/o resoluciones que complementen y dinamicen su funcionamiento, a fin de cumplir de mejor forma el propósito para el cual fueron creados. En el 2000, el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, elaboró un completo informe de Salud nacional, tras la compilación de variados documentos que demostraron los factores condicionantes de una mala salud, identificando indicadores comunales para el estudio de la desigualdad en salud que demostraban un aumento en la mortalidad de los habitantes de comunas alejadas de centros de tratamiento y manejo terciario en salud. Se calcularon los indicadores Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) y Años de Vidas Potenciales Perdidos (AVPP), para el quinquenio 1994-1998 y para todas las comunas del país. Este informe, determinó en gran medida, las bases para la reforma de acceso universal con garantías explícitas en salud, AUGE, la cual comienza a estructurarse en abril de 2000 y que fue promulgada como Ley de la República (Nº 19466) del 25 de agosto de 2004.

En Chile, el acceso igualitario a la salud está resguardado en la Constitución Política de la República de Chile, promulgado por el Decreto Supremo Nº 1.150 de 1980, sin embargo, existe desigualdad entre los sistemas públicos y privados de atención en salud. Cuando se crea el PLAN AUGE, en 2004, se pretende disminuir los indicadores de Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) y Años de Vidas Potenciales Perdidos (AVPP), calculados en el decenio 1990-2000, los que son significativamente distintos entre los usuarios atendidos en ambos sistemas. Esta investigación identifica y analiza las modificaciones que se hicieron en

Infraestructura, Recursos humanos y Financieros, como se implementó el PLAN y como se seleccionaron las enfermedades que prioriza este PLAN, a fin de disminuir la brecha de oportunidad y aumentar la calidad de sobrevivencia.

6.2 Su relación con la Gerencia Social

Para efectos del presente trabajo académico, es importante precisar que la Administración Pública constituye el conjunto de organizaciones del estado responsables de interpretar y ejecutar las decisiones públicas adoptadas por las autoridades políticas y administrativas del Gobierno de turno. Esto da como resultado una amplia red de prestaciones, con distintos niveles de articulación, cuyo propósito, individual o colectivo, es dar respuesta a diversos grupos o sectores dentro de la sociedad, que enfrentan carencias o limitaciones para la satisfacción de sus necesidades básicas.

En este ámbito, las instituciones gubernamentales ejecutan funciones generales y específicas, de carácter técnico y de carácter político. La función sustantiva del Estado, es la toma de decisiones respecto a la formulación y ejecución de políticas públicas como respuesta a demandas, problemas o necesidades socioeconómicas de diferentes grupos o sectores dentro de la sociedad. Según Kliksberg (2007), la gerencia social “significa en la práctica cotidiana enfrentar “singularidades”, no es una operación organizacional “tubular”, sino otra de índole diferente, mucho más fluida, y de composición interorganizacional, ya que se enfrentan a situaciones muy particulares y subjetivas relacionadas con los mismos problemas sociales de una determinada comunidad. Al desarrollarse diariamente el programa AUGE en distintos puntos del país, con una particularidad local, parece pertinente y adecuado realizar este análisis al rendimiento de los esfuerzos de los actores sociales en esta área gerencial.

6.3 Supuestos de Sistematización

Luego de una larga marcha blanca, el Plan Auge ha develado la existencia de deficiencias en la dinámica de su acción, determinada básicamente por la inexistencia de unidades operativas, como también por la falta de infraestructura y recursos humanos capacitados para responder con la celeridad y eficiencia que, en el espíritu más que en la práctica, se requerían por igual en todas las regiones. Es decir, se advierte una inconsistencia en lo que es la planificación de dicho programa y sus aspecto operativos (normas, infraestructura, capacitación) lo cual reeditúa que a cuatro años de operación sus resultados no son óptimos desde el punto de vista de la ciudadanía usuaria, amén de la suspensión temporal de las garantías explícitas, producto del terremoto de febrero 2010, hasta fines de 2011.

Categorías de análisis

Infraestructura: Edificios – Instalaciones – Laboratorios – Equipamiento.

Recursos humanos: Competencias profesionales - Número adecuado de profesionales.

Recursos financieros: Uso racional y ético de los recursos - Disciplina presupuestaria.

6.4 Objetivos

Objetivo general: Identificar y analizar los diversos desafíos técnicos, administrativos y políticos que enfrenta la puesta en marcha del Plan AUGE a nivel nacional, principalmente en su Infraestructura, Recursos humanos y financieros.

Objetivos específicos

1. Identificar los beneficios y deficiencias que los prestadores de servicios perciben del Plan AUGE.

2. Identificar los beneficios y deficiencias que perciben los usuarios del Plan AUGE.
3. Catastrar las principales fuentes de información para usuarios, que surgen desde las instituciones públicas y privadas relacionadas con los beneficios del Plan.
4. Catastrar los principales hitos testamentales que en forma de leyes, decretos, reglamentos, ordenanzas, u otros, reflejan la memoria histórica de la salud pública en Chile en general, y del Plan AUGE en particular.

6.5 Metodología

6.5.1 Tipo de investigación

Esta investigación, es del tipo “no experimental,” pues es una indagación empírica y sistemática en la que el investigador no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido. Las inferencias acerca de las relaciones entre variables se hacen sin una intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables dependientes e independientes. (Briones, 1996: 46). Responde más bien a un Enfoque contextual del análisis de políticas, descrito por Douglas Torguenson. De esta forma, la presente investigación será abordada de manera tal que el investigador recogerá y dará cuenta de la información de acuerdo a como ya han sucedido los hechos, sin manipular la incidencia de una variable que ha sido alterada para ver el comportamiento de ella.

6.5.2 Fuentes de recolección de la información

Las fuentes de recolección de información utilizadas serán de carácter primarias y secundarias. Las fuentes primarias tienen relación con la información

que se obtendrá desde la Secretarías Ministeriales de Salud y Planificación. Las fuentes secundarias corresponden a la búsqueda y revisión bibliográfica y empírica de los legisladores y colaboradores teóricos, especialmente en los archivos del Congreso Nacional y Diario Oficial.

7. CONTEXTO DE ESTUDIO

Por razones metodológicas, la sistematización elige seis enfermedades de un universo de 69 utilizando el criterio de representatividad de una enfermedad por área. La discriminación de dichas áreas, responde al deseo de escoger problemas de salud que tengan adherencia con las Unidades existentes en el Servicio de Salud Estudiantil de la Universidad de La Frontera.

7.1 ESQUIZOFRENIA, TRATAMIENTO DESDE EL PRIMER EPISODIO⁴⁴

7.1.1 Guía Clínica para la detección precoz de Esquizofrenia

Cuadro N° 3. Guía clínica para la detección precoz de Esquizofrenia	
Recomendaciones	Grado
Sospecha diagnóstica Controlar y evaluar la presencia de otros síntomas que sugieran esquizofrenia, a toda persona que, sin diagnóstico previo de esquizofrenia, presente: cambios de comportamiento como aislamiento, disminución del rendimiento escolar; dificultad para entender sus ideas; uso de explicaciones metafóricas o extrañas; cambios en hábitos higiénicos, vestimenta, adornos.	A
Toda persona con episodio psicótico sin diagnóstico previo de esquizofrenia debe ser derivada para evaluación diagnóstica por especialista.	A
Los profesionales de salud general, particularmente equipos de salud general, médicos generales, médicos de familia, pediatras y adolescentólogos deben estar capacitados en el reconocimiento de síntomas tempranos de un episodio psicótico.	B
Confirmación diagnóstica Toda persona derivada a especialidad por sospecha de un episodio psicótico sin diagnóstico previo de esquizofrenia o con sospecha de un primer episodio de esquizofrenia debe ser ingresada a un proceso de evaluación diagnóstica para confirmar o descartar la esquizofrenia.	A
El proceso de evaluación diagnóstica debe incluir al menos las siguientes intervenciones: evaluación clínica, examen mental, evaluación psicológica, evaluación social, evaluación de discapacidad y habilidades, exámenes de apoyo según necesidad, diagnóstico de comorbilidad, diagnóstico diferencial y tratamiento de prueba, según esquema recomendado para la etapa aguda de la esquizofrenia.	A

⁴⁴ Extracto de las Guías Clínicas que periódicamente actualiza en Ministerio de Salud. http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/guias.html

Cuadro N° 3. Guía clínica para la detección precoz de Esquizofrenia	
Recomendaciones	Grado
Realizar TAC de cerebro a toda persona con sospecha de primer episodio de esquizofrenia que no responde al tratamiento de prueba pasado los 3 meses de iniciado el proceso de evaluación diagnóstica.	A
Tratamiento El tratamiento de las personas con esquizofrenia debe ser personalizado en un Plan Individual de Tratamiento Integral, que se elabora en base al diagnóstico integral y en consenso con el usuario y su familia.	C
La persona con un primer episodio de esquizofrenia requerirá tratamiento en tanto persista el diagnóstico de esquizofrenia, adecuando la intensidad y énfasis de las intervenciones según se manifiesten las distintas etapas de la enfermedad.	A
El tratamiento de una persona con esquizofrenia debe incluir siempre los siguientes 4 componentes: evaluación integral, intervenciones psicosociales, farmacoterapia y servicios de apoyo.	A
Las intervenciones psicosociales en la fase aguda de la enfermedad deben considerar acciones que contribuyan a superar la situación de crisis del individuo y su familia.	A
Las intervenciones psicosociales en la fase de recuperación de la enfermedad, deben considerar intervenciones específicas adicionales que contribuyan a facilitar la relación entre el individuo afectado y su entorno natural.	B
Las intervenciones psicosociales en la fase de compensación de la enfermedad deben considerar intervenciones que contribuyan a la permanencia del individuo en su entorno natural y a mejorar su calidad de vida.	A
Incorpore terapia de arte con cualquier modalidad en el tratamiento, tanto en la fase aguda como en la fase de recuperación, particularmente en caso de síntomas negativos marcados.	A
Incluya intervenciones familiares en el tratamiento de toda persona con esquizofrenia y en todas las fases de la enfermedad, especialmente en los casos con recaídas recientes o con riesgo de recaída.	A
Se recomienda incluir terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento de las personas con esquizofrenia, intervención que puede iniciarse en la fase aguda y debe incluir al menos 16 sesiones consecutivas, desarrolladas según un manual de tratamiento con evidencia de eficacia.	A
En la fase aguda de la enfermedad se debe iniciar tratamiento con el antipsicótico más adecuado al perfil sintomático que presenta la persona, en dosis cercanas al límite inferior del rango recomendado.	A
La elección del antipsicótico debe estar basada en la historia de respuesta del paciente a uno u a otro medicamento y el perfil de efectos colaterales.	B
Antes de indicar un determinado antipsicótico, informe al usuario/a acerca de los efectos colaterales de los distintos antipsicóticos (tanto convencionales como atípicos), realizando un análisis en conjunto de las distintas alternativas, de modo que él/ella decida cuál prefiere usar.	A
No es recomendable usar olanzapina o quetiapina si la persona padece de obesidad, diabetes mellitus o dislipidemia. En esos casos es preferible usar un antipsicótico convencional o aripiprazol.	B

Cuadro N° 3. Guía clínica para la detección precoz de Esquizofrenia

Recomendaciones	Grado
Si la persona con primer episodio de Esquizofrenia presenta riesgo cardiovascular o tiene antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, solicite un ECG antes de iniciar la medicación con un antipsicótico.	B
Se recomienda no utilizar combinaciones de antipsicóticos como tratamiento regular, excepto por periodos breves, por ejemplo al cambiar de medicamento.	B
Informe al usuario sobre los altos riesgos de recaída si suspenden la medicación dentro de los 2 años siguientes al inicio del tratamiento.	B
El retiro de la medicación antipsicótica debe hacerse en forma gradual, controlando en forma regular al usuario para monitorear la posible aparición de signos o síntomas de recaída.	B
Después de retirada la medicación antipsicótica, se debe seguir controlando al usuario por un período de al menos 2 años para monitorear la posible aparición de signos o síntomas de recaída.	A
En caso de mala respuesta al tratamiento integral revise el diagnóstico, compruebe la adherencia a la medicación, compruebe que el usuario y su familia han recibido las intervenciones psicosociales en la forma y por el tiempo definido en su Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI), evalúe otras causas como consumo de alcohol o drogas, uso concomitante de otros medicamentos, enfermedad física, etc.	B
Se recomienda tratamiento con clozapina para personas con esquizofrenia, cuya enfermedad no ha respondido adecuadamente al tratamiento después del uso secuencial en dosis adecuadas de por lo menos dos antipsicóticos, uno de los cuales debe ser atípico.	B
Para las personas con Esquizofrenia, cuya enfermedad no responde adecuadamente al tratamiento con clozapina en dosis óptimas, se recomienda agregar un segundo antipsicótico, previa medición de los niveles plasmáticos. El ensayo de la farmacoterapia combinada puede necesitar hasta 8 a 10 semanas. Se debe elegir un segundo antipsicótico que no aumente los efectos secundarios comunes de la clozapina.	A
Se recomienda analizar y discutir estrategias de contracepción de la fertilidad en el caso de mujeres con Esquizofrenia en tratamiento con antipsicóticos.	A
En caso de embarazo de una mujer con Esquizofrenia, se debe evaluar con ella los riesgos y beneficios de suspender o continuar con el antipsicótico durante el primer trimestre de embarazo.	A
El uso de antipsicóticos de alta potencia puede ser más seguro (haloperidol) durante el embarazo. La dosis debe ser baja y durante el mínimo tiempo posible.	A
La clozapina no debe ser prescrita de rutina en mujeres embarazadas con riesgo (personal y/o antecedentes familiares), para aumento de peso o diabetes.	A
Los antipsicóticos de depósito no deben ser utilizados durante el embarazo y la lactancia.	A
Durante el embarazo, la terapia electroconvulsiva es una alternativa eficaz y segura para mujeres con Esquizofrenia.	A

Cuadro N° 3. Guía clínica para la detección precoz de Esquizofrenia	
Recomendaciones	Grado
Rehabilitación y seguimiento El tratamiento de las personas con Esquizofrenia debe incluir un enfoque rehabilitador durante todo el curso de la enfermedad, iniciando el proceso de rehabilitación desde las primeras fases de la misma.	A
El tipo, intensidad y énfasis de las intervenciones de rehabilitación deben ajustarse a las necesidades de cada fase de la enfermedad, según estas se vayan manifestando.	A
Los programas de rehabilitación deben incluir el trabajo con la comunidad para reducir los obstáculos para la plena integración de las personas con Esquizofrenia que ocasionan el estigma y la discriminación.	A

7.1.2 Descripción y epidemiología del problema de salud

Se denomina Esquizofrenia a un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y también la de sus familiares y amigos. Los estudios epidemiológicos a nivel mundial han mostrado que las tasas de incidencia de la esquizofrenia son comparativamente bajas, aproximadamente 15,2 por 100.000 habitantes al año. A pesar de ello, es uno de los problemas de salud que más contribuye a la carga global de enfermedades producto tanto de su inicio a edades tempranas, como del alto porcentaje de personas afectadas que mantienen alguna sintomatología a lo largo de su vida.

El Estudio Multicéntrico patrocinado por la OMS en 10 países, mostró una incidencia anual de entre 16 a 40 por 100.000, al utilizar los criterios diagnósticos de la CIE-9 y de 7 a 14 por 100.000 usando criterios más rígidos (CATEGO class S+ identifying nuclear schizophrenia). El riesgo para desarrollar Esquizofrenia alguna vez en la vida se estima en un rango de 0,3 a 2,0%, con una media aproximada de 0,7%. En una meta análisis reciente que revisó todos los estudios

publicados entre 1965 y 2001, se obtuvo una mediana de 15,2 por 100.000 al año en la tasa de incidencia, con un rango de 8 a 43 por 100.000 al año. Los datos fueron obtenidos de 55 estudios realizados en 33 países. Contrario al supuesto de una tasa de incidencia similar en todo el mundo, este meta análisis reveló variaciones importantes, encontrándose una fuerte asociación entre migración (riesgo relativo de 2,7 en la primera generación de inmigrantes y de 4,5 para la segunda generación), urbanicidad (las personas que nacen o viven en zonas urbanas tienen mayor riesgo que aquellas que nacen o viven en zonas rurales) y género masculino, y un mayor riesgo de desarrollar Esquizofrenia.

Las diferencias de género en la expresión clínica de la enfermedad y de sus consecuencias han sido largamente reconocidas, sin embargo, se pensaba que el riesgo de desarrollar Esquizofrenia alguna vez en la vida era similar para hombres y mujeres. Dos meta análisis realizados recientemente mostraron que los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de desarrollar Esquizofrenia alguna vez en la vida, con riesgo relativo hombre-mujer de 1,4, este riesgo relativo aumenta en la medida que se utilizan criterios diagnósticos más estrictos.

Saha y colaboradores (2005), realizaron una revisión sistemática de 188 estudios en 46 países, generando un rango de diferentes prevalencias estimadas de Esquizofrenia. Basándose en un meta análisis de 21 estudios, obtuvieron una mediana de prevalencia puntual de 4,6 por mil personas (intervalo de confianza estimado de 80%), con una variación de 1,9 a 10,0 por mil. En un meta análisis de 34 estudios encontraron una mediana de prevalencia del último año de 3,3 por mil, con una variación de 1,3 a 8,2 por mil. Finalmente en un meta análisis de 24 estudios obtuvieron una mediana de prevalencia de vida de 4,0 por mil personas, con una variación de 1,6 a 12,1 por mil. En total fueron 67 los estudios que aportaron los datos para estas tres estimaciones, sólo 2 de ellos aportaron datos para las 3 estimaciones, 8 aportaron datos para 2 de las 3 estimaciones y el resto sólo para una de las estimaciones.

Tabla N° 1. Prevalencia de vida y de 6 meses de trastornos psiquiátricos en Chile según DSM-III-R						
TRASTORNOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Vida	6 meses	Vida	6 meses	Vida	6 meses
Trastornos Afectivos	9.8	4.9	19.7	10.7	15.0	7.9
T. Depresivo mayor	6.4	3.0	11.3	6.0	9.0	4.6
T. Bipolar	1.8	0.7	2.5	2.1	2.2	1.4
Distimia	3.5	1.5	12.1	4.8	8.0	3.2
Trastornos Ansiosos	8.7	2.6	23.1	12.8	16.2	7.9
T. de pánico	0.7	0.4	4.1	2.0	2.6	1.2
Agorafobia sin pánico	6.0	1.5	15.9	8.5	11.1	5.1
Ansiedad generalizada	0.9	0.4	4.1	2.0	2.6	1.2
T. estrés Postraumático	2.5	0.7	6.2	3.1	4.4	1.9
Uso de sustancias	20.7	13.8	8.7	6.2	14.4	9.8
Abuso de alcohol	6.2	3.5	1.2	0.7	3.6	2.0
Dependencia del alcohol	11.0	7.6	2.1	1.4	6.4	4.3
Abuso de drogas	1.5	0.5	0.3	0.1	0.9	0.3
Dependencia de drogas	1.9	1.0	3.2	1.7	2.6	1.3
Dependencia nicotina	4.0	1.4	3.7	1.6	3.9	2.9
Otros Trastornos ⁴⁵						
T. por somatización	2.7	1.8	4.3	3.8	3.5	2.8
Esquizofrenia	0.6	0.01	1.1	0.7	0.9	0.3
T. esquizomorfo	1.0	0.2	0.7	0.1	0.9	0.2
Personalidad antisocial	2.2	1.5	1.1	0.5	1.6	1.0
Desordenes cognitivos	4.0		3.4		3.7	
Cualquier desorden ECPP	32.0	20.7	39.5	24.3	36.0	22.6

En Chile, la prevalencia de la Esquizofrenia es de 1,4 a 4,6 personas por cada mil habitantes, siendo la incidencia de 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año. De acuerdo a los resultados arrojados por el estudio de salud mental en el Gran Santiago, que utilizó la entrevista clínica estructurada en su versión revisada CIS-R, la Esquizofrenia tiene una prevalencia de vida del 1,02 %, y si se consideran sólo los últimos 6 meses previos al estudio, el 0,51% de las personas refiere síntomas de la enfermedad. Por su parte el Estudio Chileno de Prevalencia

⁴⁵ Agrupaciones diagnósticas para las que se ha calculado prevalencia

Fuente: Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Rev Méd Chile 2002.

de Patología Psiquiátrica, mostró una prevalencia de vida para esquizofrenia de 0,9% y de 6 meses de 0,3% (Tabla Nº 1). Los estudios de la Universidad de Concepción describen una prevalencia de vida para la Esquizofrenia de 9 por mil (con intervalo de confianza de 95%), con 6 por mil en varones y 11 por mil en mujeres. La metodología de estudio de ese grupo permite postular una prevalencia de cuadros nosológicos, no sólo de constelaciones sintomáticas.

En otro ámbito, la Esquizofrenia y otras psicosis, son responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile.

7.1.3 Alcances de la guía clínica

a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

La Esquizofrenia se caracteriza por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delirios bizarros, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y frecuentemente con la capacidad intelectual conservada, y en un número importante de casos, con alteraciones cognitivas que preceden al primer episodio. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a las personas la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, su funcionamiento social y su participación en las actividades compartidas. El aislamiento se debe tanto a las dificultades que presenta la persona para comportarse de acuerdo a las expectativas de su grupo y comunidad de pertenencia, como por la discriminación resultante del estigma asociado a la enfermedad y a las personas que la padecen.

Esta Guía establece recomendaciones para el tratamiento de las personas con un episodio psicótico sin diagnóstico previo de esquizofrenia, las personas a las que

por primera vez se les diagnostica Esquizofrenia y las personas que persisten con el diagnóstico de Esquizofrenia después del primer episodio, en todos los niveles de atención del sistema público y privado de salud. Así mismo se establecen recomendaciones específicas para algunos grupos determinados: mujeres durante el embarazo y lactancia, personas con patología dual (trastorno psicótico con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y otras drogas), personas con depresión y con riesgo suicida. Considerando la complejidad del cuadro clínico y la multiplicidad de términos para designar los distintos cuadros clínicos que presenta la Esquizofrenia, para efectos de esta Guía se incluyen, dentro del primer episodio de Esquizofrenia y su tratamiento integral posterior, las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designan en la terminología médica habitual:

- 1 Esquizofrenia Paranoide: incluye además los términos trastorno delirante no orgánico, bouffee delirante con síntomas de Esquizofrenia, estado delirante no orgánico, estado paranoide.
- 2 Esquizofrenia Hebefrénica: incluye además los términos de Esquizofrenia desorganizada, hebefrenia.
- 3 Esquizofrenia Catatónica: incluye además el término catatonía Esquizofrénica.
- 4 Esquizofrenia Indiferenciada: incluye además los términos Esquizofrenia aguda, Esquizofrenia crónica, estado esquizofrénico residual.
- 5 Esquizofrenia Simple.
- 6 Otras esquizofrenias: incluye además los términos Esquizofrenia atípica, Esquizofrenia latente, Esquizofrenia pseudoneurótica, Esquizofrenia pseudopsicopática, trastorno de ideas delirantes inducidas con síntomas de Esquizofrenia, folie a deux con síntomas de Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico agudo con síntomas de Esquizofrenia,

psicosis esquizofreniforme, trastorno esquizofreniforme, reacción esquizofrénica, trastorno esquizotípico.

7 Esquizofrenia sin Especificación.

En esta Guía, cada vez que se utilice el término “esquizofrenia” se entiende referido a la totalidad de los diagnósticos identificados en la lista precedente.

b. Usuarios a los que está dirigida la guía⁴⁶

Profesionales y Técnicos que se desempeñan en los distintos niveles de atención del sistema de salud público y privado.

7.1.4 Objetivos

Esta guía es una referencia para la atención bajo el régimen de garantías explícitas, de personas con un episodio psicótico sin diagnóstico previo de Esquizofrenia y para aquellas a quienes se les diagnostica Esquizofrenia por primera vez y mientras persista dicho diagnóstico, en ese contexto tiene los siguientes objetivos:

- Favorecer la detección y tratamiento precoz de personas con Esquizofrenia.

⁴⁶ Declaración de intenciones Los estándares de cuidado para pacientes individuales, sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, la evolución de los patrones de atención y los cambios conforme al avance del conocimiento científico. En este sentido, esta Guía establece estándares generales siendo importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones aquí planteadas, no aseguran per se un desenlace exitoso en cada paciente. No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella, sean debidamente fundamentadas en los registros del paciente. En algunos casos las recomendaciones incluidas en esta Guía, están avaladas por el juicio de expertos y no por estudios clínicos, particularmente cuando la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma. En estos casos, la falta de evidencia no debe utilizarse como justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

- Disminuir las complicaciones médicas y sociales de la Esquizofrenia, mediante el tratamiento oportuno, continuo, eficiente, con protagonismo de la persona afectada y su familia, basado en las recomendaciones emanadas de la evidencia.
- Contribuir al desarrollo de contextos sociales que favorezcan el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas con Esquizofrenia, su plena inclusión social y ejercicio de ciudadanía, de modo de facilitar su integración, vinculación, nivel de funcionamiento, ajuste biopsicosocial y mejoramiento de su calidad de vida.
- Favorecer el uso racional de recursos mediante las recomendaciones de las intervenciones más costo-efectivas para el tratamiento de personas con Esquizofrenia.

7.2 SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE SEIS AÑOS

7.2.1 Guía clínica para el tratamiento precoz de la caries

Cuadro N°4. Guía clínica para la detección precoz de caries	
Recomendaciones Clave	Grado de Recomendación
Se deben entregar consejos sobre salud bucal a cada paciente individual, durante el tratamiento odontológico, puesto que esta intervención ha probado ser beneficiosa	A
Adicionalmente se debe considerar informar a la madre y/o tutor	C
Se debe enfatizar la necesidad de limitar el consumo de dulces y bebidas azucaradas, solamente para las horas de comidas habituales.	C
La técnica de higiene bucal debe ser reforzada y retroalimentada por el odontólogo o por el personal paramédico de odontología, cada vez que el niño (a) acuda a tratamiento, mientras se alcanza el alta planificada.	B
Se recomienda que los niños y niñas se cepillen los dientes 2 veces al día, con pastas dentales fluoruradas de 1,000 a 1,500 ppm (Recomendación Grado A), debiendo eliminar los excesos, y se sugiere desincentivar el enjuague posterior.	C
A todo escolar de 6 años se le prescribirá y entregará cepillo de dientes y pasta dental al inicio del tratamiento, los cuales deberá llevar a cada una de sus citaciones. El cepillo dental debe ser de cabeza pequeña, de filamentos de nylon blando y de extremos redondeados para no dañar las encías.	C
Los barnices de flúor deben aplicarse, al menos, cada seis meses en pacientes de alto riesgo de caries	A
El examen clínico debe realizarse en dientes secos y limpios, en lo posible, realizar una profilaxis con escobilla y agua, secar y examinar, pues para el examen de manchas blancas no basta el cepillado corriente.	C

7.2.2 Caries Dental

La presencia de dos o más factores de riesgo para caries dental conduce a la tipificación del niño (a) como de alto riesgo. Los sellantes son altamente sensibles a la técnica utilizada. Su permanencia en boca depende de su indicación, aislación y del sistema de eyección de saliva disponible. Los sellantes deben aplicarse de acuerdo a la Norma de Actividades Promocionales y

Preventivas Específicas en la atención Odontológica Infantil – MINSAL 1999, teniendo especial consideración en:

1. Grado de erupción de primeros molares definitivos, compatible con la aplicación de sellante.
2. Asegurar un correcto aislamiento de las piezas a sellar.
3. Que las caries de las piezas temporales estén inactivadas previamente, para actuar en una boca controlada.
4. Sería recomendable antes de planificar la aplicación de sellantes, realizar un adecuado diagnóstico solicitando radiografías bitewing previamente.

7.2.3 Traumatismos Dento-Alveolares. (Recomendación A)

En la mayoría de los traumatismos dentarios, un tratamiento rápido y apropiado puede disminuir su impacto, tanto desde el punto de vista de salud oral como estético. El manejo del trauma dentario en la dentición temporal es diferente del recomendado en la dentición permanente. Existe una estrecha relación entre el ápice del diente temporal lesionado y el germen dentario permanente subyacente. Factores importantes que determinan la selección del tratamiento son: la madurez del niño(a) y su capacidad para enfrentar la situación de emergencia, el tiempo que falta para el recambio del diente dañado y el tipo de oclusión.

7.2.4 Descripción y epidemiología del problema de salud

El abordaje de la situación de Salud Bucal de la población requiere aplicar enfoques de Salud Pública, basados en diagnósticos epidemiológicos, priorizados sobre grupos de riesgo, con medidas costo-efectivas y de alto impacto, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial. Por estas razones, y luego de que en 1997 se estableciera la Salud Bucal como una prioridad país, el año 2000 se

definió priorizar la atención odontológica de los menores de 20 años con el fin de lograr los Objetivos Sanitarios propuestos para la década, utilizando en esta ocasión los Compromisos de Gestión y Metas Sanitarias para direccionar la atención en los consultorios y centros de salud. Posteriormente, en el año 2003 se realizó una modificación de los registros para posibilitar el análisis estadístico de grupos priorizados, entre ellos el niño de 6 años, y de ese modo planificar e implementar estrategias costo-efectivas basadas en datos reales de la población consultante.

Gracias a las estrategias antes mencionadas, durante el año 2006 se logró recuperar la salud oral del 87% de los niños de 6 años beneficiarios del S.N.S.S. (Sistema Nacional de Servicios de Salud), meta alcanzada con la participación de la JUNAEB (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas) la que, a través de convenios con las municipalidades y módulos de atención, coopera localmente a recuperar y mantener la salud oral de estos niños. El último estudio epidemiológico nacional (2007), mostró la persistencia de altos índices de caries en la población escolar, con una prevalencia nacional de caries dentales en niños y niñas de 6 años, de 70.36%, lo que muestra mejoría en relación a la situación de los años 1996-99, en la que un 84.67% de los escolares entre los 6 y 8 años presentaba historia de daño por caries, cabe destacar eso sí, que el estudio basal incluyó niños de 7 y 8 años. El índice ceo fue de 3.71 dientes temporales afectados en promedio, mientras que el índice COPD fue, en promedio, de 0.15.

Sin embargo, el análisis epidemiológico muestra que existen diferencias estadísticamente significativas, tanto de prevalencia, como de severidad de caries dentales (índice ceo) entre zonas urbanas y rurales. En cuanto a las alteraciones de crecimiento dento-maxilar y de enfermedades gingivales y periodontales en niños y niñas de 6 años, los resultados muestran que un 38.29% de los menores de 6 años presentan anomalías dento-maxilares; mientras que un 55.09% presenta sangrado al sondaje y presencia de cálculo. Según el Departamento de

Estadísticas e Información de Salud (DEIS), del Ministerio de Salud, en el año 2006, se realizaron un total de 162,934 altas odontológicas en niños y niñas de 6 años en el Sistema Nacional de Servicios de Salud del país, de las cuales un 8% fueron altas educativas, que corresponden a escolares sanos, un 18% fueron preventivas, que se otorgan a niños y niñas en riesgo y un 74% fueron altas integrales o recuperativas, que representan a escolares con daño por enfermedades bucales.

7.2.5 Alcance de la guía clínica⁴⁷

a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

La guía da recomendaciones, para las intervenciones más frecuentes incluidas en el tratamiento odontológico integral de los niños y niñas de 6 años; en la perspectiva de orientar las buenas prácticas, con un efectivo uso de los recursos.

b. Usuarios a los que está dirigida la guía

- Odontólogos generales.
- Odontopediatras.
- Personal profesional y paramédico del equipo odontológico.

⁴⁷ Declaración de intención Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente. No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente. En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden, de hecho, ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

7.2.6 Objetivos

Esta guía es una referencia para la atención en el nivel primario de los pacientes de 6 años, bajo el régimen de garantías explícitas. En ese contexto, esta guía clínica tiene por objetivos:

- Dar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, sobre el diagnóstico de la caries dental, en niños y niñas de 6 años.
- Dar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, sobre la prevención de la caries dental, en niños y niñas de 6 años.
- Dar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, sobre el tratamiento de la caries dental, en niños y niñas de 6 años.
- Dar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, sobre el manejo de lesiones traumáticas, en niños y niñas de 6 años.
- Hacer el mejor uso de los recursos disponibles para el tratamiento de la caries dental y gingivitis en niños y niñas de 6 años.

7.3 MANEJO TEMPRANO DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

7.3.1 Guía Clínica para el Manejo Temprano de Pacientes con Cardiopatía Congénita

Cuadro N°5 Guía para el Manejo Temprano de Pacientes con Cardiopatía Congénita	
Recomendaciones (Nivel de evidencia)	Grado de Recomendación
La eco-cardiografía obstétrica, con búsqueda dirigida de las CC, facilita el diagnóstico y por tanto permite la anticipación en el manejo.	A
Para la realización del diagnóstico pre-natal se requiere de un obstetra calificado y entrenado, que haga el diagnóstico en los hospitales regionales o centros terciarios, a los que se deben referir las embarazadas con factores de riesgo.	B
Una vez realizado el diagnóstico de CC en forma pre-natal, se debe favorecer el desarrollo del parto de término, a menos que exista hidrops fetal. El recién nacido de término es más fácil de manejar desde el punto de vista cardiorrespiratorio y metabólico.	C
El cuadro clínico sugerente de cardiopatía congénita grave, puede tener distintas expresiones: cianosis, insuficiencia, cardíaca, arritmias, en cuyo caso el niño debe ser trasladado prontamente para cirugía cardiovascular o para cateterismo intervencional.	C
La confirmación diagnóstica mediante eco-cardiografía y evaluación clínica, la realiza cardiólogo o pediatra con entrenamiento cardiológico.	C
La edad gestacional más adecuada para realizar screening en búsqueda de cardiopatías congénitas se da entre las 25 a 30 semanas edad de gestacional.	C
En el recién nacido con sospecha de cardiopatías congénitas, ésta debe realizarse de manera inmediata, después del nacimiento y compensación inmediata.	C
<u>Cardiopatías congénitas menor de 15 años que deben ser intervenidas quirúrgicamente en forma inmediata:</u>	
Recién Nacidos: Drenaje Venoso Anormal Pulmonar Obstructivo.	C
Cardiopatías obstructivas tracto de salida izquierda: Interrupción del arco aórtico, Estenosis aórtica crítica, Coartación aórtica crítica, Síndrome de corazón izquierdo hipoplásico.	C
Cardiopatías con obstrucción tracto de salida derecha: Atresia pulmonar, Estenosis pulmonar crítica, Tetralogía de Fallot externo, Síndrome de corazón derecho hipoplásico.	C
Requieren instalación de sonda marcapaso transitoria y/o traslado precoz al centro resolutorio: Bloqueo Aurículoventricular Congénito Completo o de otro grado con frecuencia ventricular menor a 50 latidos por minutos.	C

<u>No requieren tratamiento quirúrgico de urgencia, solo control, confirmación diagnóstica y derivación en forma lectiva y programada para realizar tratamiento:</u>	
Defectos interventriculares, interauriculares, anomalías valvulares, ductus arterioso persistente, etc.	C
<u>El período de tiempo a esperar para la intervención es:</u>	
La resolución de las cardiopatías congénitas no urgentes tienen plazo variable para su tratamiento definitivo, el que será determinado por el tamaño de defecto estructural, el cuadro clínico, insuficiencia cardiaca, compromiso nutricional, cuadros intercurrentes.	C
<u>La periodicidad recomendada para el seguimiento de pacientes operados por CC:</u>	
Es altamente variable, depende del tipo de cardiopatía, se realiza un primer control a los 7 días del alta y al menos 2 veces dentro de los siguientes 6 meses en cardiopatías de mediana complejidad y más.	C

Chile, pionero en Latinoamérica, al efectuar la primera operación a corazón abierto en 1957, ha incorporado los grandes avances que se han desarrollado en el área de la cardiología y cardiocirugía infantil: cirugía correctora en el recién nacido, cateterismo intervencional, etc., con excelentes resultados, similares a los más prestigiados centros extranjeros. Sin embargo, un progresivo aumento de la demanda y de la complejidad, comenzó a generar listas de espera crecientes y operaciones fuera de edad electiva. Previo a la implementación del piloto AUGÉ en 2002, un 33% de los niños que fallecían por cardiopatía congénita durante el primer año de vida, lo hacían en “espera de diagnóstico cardiológico”, definida como el lapso entre la sospecha clínica y el estudio cardiológico.

7.3.2 Descripción y epidemiología del problema de salud

Los defectos cardiacos son las malformaciones congénitas mayores más frecuentes, con una incidencia que se ha estimado entre 4 y 12 por 1000 recién nacidos vivos, según distintos autores, siendo mucho más alta en los nacidos muertos. En estudios chilenos limitados se ha llegado a cifras de 10 por mil. La incidencia de las cardiopatías congénitas (CC) es aproximadamente la misma a nivel mundial, independiente de factores como raza, condición socioeconómica o situación geográfica, lo que determina que no existan factores que permitan

prevenir su ocurrencia, por lo cual la única manera de mejorar su pronóstico es el diagnóstico y tratamiento precoz.

Se ha observado un aumento aparente de la incidencia de las cardiopatías congénitas en los trabajos más recientes, donde se aplican técnicas de Doppler color a toda la población, especialmente de las cardiopatías más leves, como la comunicación interauricular y, sobre todo, la comunicación interventricular (CIV), permaneciendo constante la prevalencia de las más severas, como la transposición de las grandes arterias (TGA) o el síndrome de corazón izquierdo hipoplásico (SVIH); probablemente por una mejora en las técnicas de diagnóstico, fundamentalmente el EcoDoppler color, capaz de detectar comunicaciones interventriculares de muy pequeño tamaño, que con frecuencia se cierran espontáneamente en los primeros meses de vida.⁴⁸

En Chile, las anomalías congénitas constituyen la segunda causa de muerte en los menores de 1 año y son responsables de un 32% de las defunciones en este grupo de edad (MINSAL, DEIS, 2008). La mortalidad por cardiopatía congénita en niños menores de 1 año supone algo más de 1/3 de las muertes por anomalías congénitas y alrededor de 1/10 de todas las muertes en ese periodo de la vida. Las CC se producen como resultado de alteraciones en el desarrollo embrionario del corazón, sobre todo entre la 3ª y 10ª semanas de gestación. En la mayoría de las ocasiones la etiología se desconoce. Alrededor de un 10 % de los casos se asocian a anomalías cromosómicas y un 30 % a otras malformaciones, visibles con técnicas convencionales.

De los pacientes con CC, un tercio enfermará críticamente y fallecerá en el primer año de vida, a menos que reciba tratamiento quirúrgico, por lo que el diagnóstico debe ser precoz y la derivación a un centro especializado oportuno y en

⁴⁸ Moreno F. Epidemiología de las cardiopatías congénitas. 2005 [cited 2010]

condiciones adecuadas. Luego de la corrección quirúrgica es fundamental el óptimo control y seguimiento de los pacientes.

Tabla N° 2. Distribución de las Cardiopatías Congénitas más Comunes.		
CARDIOPATIA	DISTRIBUCION (%)	
	Intervalo	Mediana
Comunicación interventricular	16-50	(31)
Comunicación interauricular	3-14	(7,5)
Ductus arterioso permeable	2-16	(7,1)
Estenosis pulmonar	2-13	(7,0)
Coartación de aorta	2-20	(5,6)
Tetralogía de Fallot	2-10	(5,5)
Estenosis aórtica	1-20	(4,9)
Transposición de grandes arterias	2-8	(4,5)
Defectos del septo atrio-ventricular	2-8	(4,4)
Síndrome del corazón izquierdo hipoplásico	0-6	(3,1)

En Chile nacen anualmente alrededor de 246.000 niños (nacimientos año 2008), por lo que los casos esperados anualmente alcanzan a 1.968, de ellos un 65% requiere cirugía en algún momento de su evolución, es decir, alrededor de 1279 niños, de los cuales 959 (un 75%) son beneficiarios del Sistema Público de Salud. De las CC, un 35% necesita cirugía el primer año de vida, lo que significa al menos 689 pacientes nuevos cada año, a los que deben sumarse las reintervenciones y a los pacientes que requieren varias cirugías para solucionar su malformación.

De acuerdo a estadísticas de grandes centros cardio-quirúrgicos, el 25% de los pacientes ingresados son menores de 28 días, (dentro de este grupo destaca un 20 % de prematuros o con peso de nacimiento < a 2500 gramos), en tanto el 50% es menor de 1 año de edad. El diagnóstico prenatal y cirugía neonatal precoz de estas malformaciones, evita el daño secundario y progresivo de órganos como el corazón, pulmones y sistema nervioso central principalmente, transformándolas en malformaciones de buen pronóstico.

7.3.3 Alcance de la guía clínica⁴⁹

Se denominan Cardiopatías Congénitas a todas las malformaciones cardíacas que están presentes al momento del nacimiento. Son secundarias a alteraciones producidas durante la organogénesis del corazón, desconociéndose en la mayoría de los casos los factores causales.

a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

En esta Guía Clínica se establecen recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años. Se excluye el trasplante cardíaco.

b. Usuarios a los que está dirigida la guía.

- Médicos generales, médicos cardiólogos, médicos pediatras, gineco-obstetras y médicos de atención primaria que atienden a embarazadas, y a niños en el rango de edad comprendido en esta guía.
- Otros profesionales de salud con responsabilidades en el manejo de pacientes con cardiopatías congénitas operables.
- Directivos de instituciones de salud.

⁴⁹ Declaración de intención Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente. No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente. En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

7.3.4 Objetivos de la guía clínica

La guía establece recomendaciones para los profesionales del equipo de salud que prestan atención a embarazadas y recién nacidos, y/o control del niño; con el fin de proveer de criterios clínicos para el diagnóstico y manejo oportuno de cardiopatías congénitas de resolución quirúrgica.

7.4 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS CONGÉNITAS Y ADQUIRIDAS

7.4.1 Guía clínica para el manejo de Cataratas

Cuadro N°6 Guía clínica para el manejo de Cataratas congénitas y adquiridas	
Recomendaciones (Nivel de evidencia)	Grado de Recomendación
La atención a través de un modelo de atención quirúrgica ambulatoria es el más costo-efectivo.	B
El paciente candidato a la cirugía debiera ser referido sólo en caso de Cataratas que afecten su calidad de vida y funcionalidad, independiente de la agudeza visual (Cartilla de Snellen).	C
La agudeza visual obtenida con el mejor lente es el único test para mejorar función y, en caso de no mejorar, debe ser referido a cirugía.	C
Los adultos mayores deben controlarse cada dos años si hay Cataratas y AV >0.3	C
Todo candidato a cirugía por Cataratas debe ser informado de los riesgos de complicaciones o resultados inferiores a lo esperado	C
La evaluación preoperatoria debe coordinarse de manera que ésta se realice en dos visitas (examen por médico oftalmólogo, ecobiometría y exámenes de sangre con ECG, si el paciente lo amerita).	C
La anestesia local tópica es la técnica de preferencia en cirugía de Cataratas ambulatoria. Con sedación y con control por anestesista	C
Todos los pacientes con Cataratas, debieran ser provistos de información sobre cirugía de ataratas y recibir consejería sobre el tratamiento esperado.	B
Las enfermeras con formación en oftalmología debieran cumplir un rol principal en la educación del paciente.	B
Para disminuir la ansiedad del paciente, debe recibir información oral y escrita.	B

7.4.2 Descripción y epidemiología del problema de salud

La salud ocular en nuestro país, nos plantea desafíos en al ámbito del manejo de los factores de riesgo predisponentes de ceguera y del tratamiento de la ceguera recuperable, las cuales representan un 80% del total. Las Cataratas son la principal causa de ceguera a nivel mundial en personas mayores de 40 años. Asimismo, la intervención quirúrgica de Cataratas presenta un desarrollo

tecnológico tal, que permite que esta sea una de las intervenciones más costo efectivas y de alto impacto en la calidad de vida de las personas que reciben dicha intervención, con un 80 a 95% de éxito terapéutico.

Sin embargo, el acceso a la atención oftalmológica sigue siendo una de las atenciones sanitarias sentidas por la población chilena. En los últimos años se ha avanzado en estrategias pilotos realizadas por la Autoridad Sanitaria, con apoyo de la Sociedad Chilena de Oftalmología y del Colegio de Tecnólogos Médicos, con el fin de realizar un diagnóstico en la atención primaria de salud. Se requiere generalizar estos desafíos a lo largo del sistema de salud a nivel de oftalmología primaria.

7.4.3 Magnitud del problema

Los estudios de incidencia y prevalencia varían por la calidad de los datos en que se basan, el tipo de mediciones usadas y las poblaciones consideradas, pero las tasas aumentan con la edad y en sectores más pobres de la población. Existen varios tipos de Cataratas: Nuclear, cortical, subcapsular posterior y mixta, con características específicas según su localización, patología y factores de riesgo⁵⁰. Según el tipo de Catarata, ésta puede provocar disminución en la agudeza visual o trastornos en la calidad de la visión con distintos grados de indicación quirúrgica.

Las Cataratas en los adultos suelen estar asociadas al envejecimiento y tienen un desarrollo lento y sin dolor con una gradual pérdida de visión. Los problemas visuales, antes de manifestarse totalmente, pueden ser precedidos por una dificultad para ver de noche, halos alrededor de las luces o encandilamiento al mirar las luces, disminución en tono y brillo de los colores y, finalmente, por una

⁵⁰ Masket, S., Caprioli, J., & Lum, F. 2001, Cataract in the adult eye: American Academy of Ophthalmology (AAO), <http://www.aao.org/ppps>. Ref ID: 11.

agudeza visual disminuida incluso durante el día. La incidencia de Cataratas aumenta (en el cristalino) después de los 60 años. Cerca de un 50% de los norteamericanos entre 65 y 74 años de edad tienen Cataratas, al igual que un 70% de las personas de 75 años o mayores. La mayoría desarrolla Cataratas en ambos ojos, en general progresando en forma asimétrica.

Otros de los factores que pueden contribuir con el desarrollo de Cataratas secundarias son los bajos niveles de calcio sérico, diabetes, el uso prolongado de corticosteroides y otros trastornos inflamatorios y metabólicos, además de traumas, exposición a radiación y exposición excesiva a la luz ultravioleta (luz solar), tabaquismo. En muchos casos, la causa de las Cataratas es desconocida, o de tipo degenerativo. En el caso de la Catarata congénita, el proyecto colaborativo perinatal de Catarata infantil⁵¹ observó una cohorte en USA (12 centros médicos universitarios) para estimar prevalencia y factores de riesgo, demostrando un 13.6/10.000 de prevalencia en 55.908 embarazos entre 1959 y 1965. En sólo un 50% de los casos se realizó un diagnóstico neonatal oportuno. Los casos de Catarata bilateral tenían una prevalencia de 6,5/10.000 y los unilaterales, sin considerar el trauma, eran de 7.1/10.000. Los casos esporádicos eran 3,8 veces más frecuente en recién nacidos con un peso de 2.500 grs. o menos. Con respecto a la etiología en los casos bilaterales: un 50% desconocida, un 20% hereditaria y un 30% infecciosa-metabólica.

Un estudio acerca de las causas de ceguera parcial o total en una cohorte en el Reino Unido en el año 1970, demostró a los 10 años que la principal causa de ceguera parcial o total en estos niños es la Catarata Congénita.

⁵¹ SanGiovanni JP, Chew EY, Reed GF, Remaley NA, Bateman JB, Sugimoto TA, & Klebanoff MA 2002, "Infantile cataract in the collaborative perinatal project: prevalence and risk factors.", Arch Ophthalmol, vol. 120, pp. 1559-1565. Ref ID: 4.

Tabla N° 3 Distribución de severa limitación visual según causa, escuela de ciegos COALIVI, Concepción, Chile.		
Diagnóstico	N	%
Malformación Ocular Congénita	8	17,39
Catarata Congénita	7	15,22
Perinatal (asfixia, prematurez)	6	13,04
Retinopatía del prematuro	5	10,87
Ceguera cortical (SNC)	5	10,87
Patología Retinal	3	6,52
Retraso desarrollo psicomotor	2	4,35
Estrabismo Nistagmo	2	4,35
Glaucoma Congénito	2	4,35
Otras	6	13,04
Leucomas corneales	0	0,00
Total	46	82,61

En Latinoamérica se ha estimado una prevalencia actual de 4/10.000 niños, con una incidencia de 10 casos por millón de habitantes al año o un caso cada 200 nacimientos al año. La ceguera se estima en 0.1 a 0.4/10.000 niños. A nivel nacional, se realizó un estudio de las escuelas de ciegos el año 1994(1). Se constató que las Cataratas infantiles causaban el 12-20% de la ceguera infantil y producían el 12.5% de la admisión a las escuelas de ciegos. Hasta un 15% se asociaba a la sospecha de rubéola. En un estudio de las causas de ingreso a la escuela de ciegos de COALIVI, Concepción, el año 2003 se logró establecer la causa de ingreso de 46 niños con ceguera o S. L. V. El 15.22% de casos estaba asociado a una Catarata congénita, siendo el 10.87% de ellos potencialmente tratables.

Ningún niño era menor de 5 años. De los siete casos, sólo tres no eran tratables, por ser un caso asociado a rubéola, un caso de trauma bilateral y un caso de malformación severa.

Prevalencia

- Inferior a un 10% antes de los 64 años.

- 18 a 29% entre los 65 y 74 años.
- 37 a 59% entre los 75 y 84 años.
- 60 a 67% a los 85 años y más.

Causas:

Las causas de Cataratas son multifactoriales. Además de la edad, los estudios epidemiológicos han identificado otros factores de riesgo:

- Diabetes Mellitus
- Luz solar
- Uso de Corticoides tópicos y sistémicos.
- Factores nutricionales y socio-económicos
- Tabaquismo
- Deshidratación/ Síndrome Diarreico

En muchos casos, la causa de las Cataratas es desconocida.

7.4.4 Alcance de la guía clínica

La presente guía se refiere al manejo de los pacientes portadores de Catarata, ya sea adquirida o congénita, tanto pacientes adultos como pediátricos. Se definen algunas situaciones especiales, como son las técnicas quirúrgicas y tipos de LIO a utilizar.

Usuarios a los que está dirigida la guía

Médicos de Atención Primaria de Salud y oftalmólogos del nivel secundario y terciario de atención. Tecnólogos Médicos de oftalmología.

7.4.5 Objetivo de la guía clínica⁵²

Esta guía clínica tiene por objetivos:

- Recomendar prácticas clínicas basadas en la evidencia, con el fin de asegurar una adecuada confirmación diagnóstica, una oportuna cirugía para el tratamiento quirúrgico de Catarata Congénita y del adulto y el seguimiento respectivo.
- Reducir los síntomas visuales, restablecer la funcionalidad y mejorar la calidad de vida en el entorno bio-psico-social de las personas con Catarata Congénita y del adulto.

Recomendar que todas las indicaciones y resultados que se realicen a los pacientes sean sometidos a auditorías aleatorias y periódicas para velar por la calidad técnica y ética con las que fueron realizadas, además cuidando el cumplimiento de las características de los medicamentos e insumos utilizados.

⁵² Declaración de intención Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente. No obstante lo anterior, se sugiere que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente. En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo.

7.5 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS (menores de 25 años)

7.5.1 Recomendaciones Claves para el diagnóstico de Escoliosis

Cuadro N°7 Niveles de evidencia (E) y Recomendación (R) para tratamiento quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años.	
El diagnóstico presuntivo de Escoliosis se realiza a través del examen físico en que se realiza el Test de Adams.	E 1
La confirmación diagnóstica de Escoliosis se realiza a través de la radiografía de columna total con carga en proyección ántero-posterior y lateral.	E 1
El riesgo de daño neurológico es bajo y se minimiza con uso de instrumentación segmentaria, monitoreo neurológico intraoperatorio y habiendo descartado lesión intracanal mediante RM.	E 2
Todos los pacientes requieren radiografías Antero-Posteriores en decúbito con flexión lateral derecha e izquierda y con tracción como parte del estudio preoperatorio	E 2
Toda curva sobre los 10°, medida con el método de Cobb en radiografías de columna de pié, se considera patológica y se debe controlar hasta el término de la pubertad.	E 1
Las Escoliosis no idiopáticas presentan un curso más agresivo y una progresión más rápida.	E 1
La artrodesis está indicada en Escoliosis de pacientes con enfermedad neuromuscular con ángulos de Cobb > 30°.	R A
Se requiere evaluación bronco-pulmonar pre quirúrgica en todos los pacientes con enfermedades neurológicas y neuromusculares.	R A
Se debe considerar la indicación de asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI) domiciliaria nocturna si la Escoliosis es severa (ángulos de Cobb > 40°), especialmente si la capacidad vital forzada (CVF) es < 40% del valor predicho.	R B
En los pacientes con patología neuromuscular se recomienda el entrenamiento muscular inspiratorio con válvulas de umbral regulable (IMT) iniciado previo a la cirugía. Protocolos con seis semanas de IMT han demostrado resultados favorables en el postoperatorio inmediato de pacientes con enfermedad muscular de Duchenne (EMD), cifoescoliosis y restricción pulmonar severa.	E 1 R A
El manejo ortopédico de la Escoliosis idiopática del adolescente se recomienda cuando el esqueleto aún está inmaduro y cuando la curvatura presenta un ángulo < 30°.	E 1 R A
El tratamiento ortopédico en las Escoliosis no idiopáticas, especialmente en el caso de las ENM, no ayuda a evitar la progresión de la curva.	E 1 R A

7.5.2 Descripción y epidemiología del problema de salud

La Escoliosis corresponde a la deformidad estructural de la columna vertebral en el plano coronal (frontal) en forma permanente, asociado a componentes rotacionales simultáneos de la columna. Muchos de los conceptos que se aplican en su manejo son válidos para el manejo de la deformidad estructural en el plano sagital, la cifosis. Una deformidad mixta será, por tanto, una cifo escoliosis.

Es una enfermedad evolutiva que sin tratamiento oportuno, se va agravando con el desarrollo, se acentúa con el crecimiento rápido y, en la mayoría de los casos, se estabiliza al término de la madurez ósea. Corresponde a Nivel de Evidencia 3. Se denominan curvas estructurales, porque tienen una inclinación asimétrica y fija de la columna en que es imposible la corrección voluntaria permanente.

Sus características fundamentales son:

1. Rigidez en el ápice.
2. Rotación vertebral y gibas.
3. Acuñamiento lado cóncavo.
4. Progresión, que es el sello de la enfermedad deformante.

Con relación a la clasificación de las Escoliosis se utiliza:

1. Magnitud de las curvas:
 - a. Curvas Leves: menor 20°
 - b. Curvas Moderadas: 20 a 40°
 - c. Curvas Graves: mayor de 50°
 - d. Curvas entre 40 y 50° variarán según cada caso, dependiendo de:
 - i. La rigidez de la curva. El grado de rigidez corresponde al porcentaje de corrección en un estudio de Rx. dinámicas:
 1. Curva elástica, si corrige más de 40%

2. Curva rígida, si su corrección es menor de 40%.
- ii. La madurez esquelética, la que se evalúa a través de la osificación del núcleo secundario del Ala Ilíaca. Se clasifica en 5 etapas, siendo el Risser 0 el más inmaduro.

2. Flexibilidad:

- a. La Curva Mayor es aquella curva que es más estructural y deformante.
- b. La Curva Menor es la curva menos estructural y deformante y habitualmente es llamada curva compensatoria.

7.5.3 Magnitud del problema

La mayoría de los estudios de prevalencia se refieren a la Escoliosis idiopática del adolescente. Así, una curva estructural sobre 10° aparece en el 2 - 3% del universo en riesgo, que son las niñas y los niños de 10 a 16 años. De este grupo con Escoliosis, el 10% requerirá de tratamiento activo y el 1% requerirá de cirugía. La prevalencia de las formas no-idiopáticas es menos conocida, pudiéndose extrapolar basándose en su proporción de 15% del total de las Escoliosis.

Es más frecuente en mujeres que en hombres. Existe poca información publicada respecto de la incidencia de la Escoliosis Idiopática del Adolescente. Se estima (en forma poco precisa) que en Chile, según el último censo (2002), existirían entre 740 y 1.100 niñas/os que habrían requerido o requerirían cirugía:

Universo en riesgo (6 – 19 años): 3.700.000 niñas/os

Curva > 10° (2 – 3%): 74.000 - 111.000 niñas/os

Curva >40° (1%): 740 - 1.110 niñas/os

7.5.4 Alcance de la guía clínica.

a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Definición: La Escoliosis corresponde a la deformidad estructural de la columna vertebral en el plano coronal (frontal) en forma permanente, asociado a componentes rotacionales simultáneos. Es una enfermedad evolutiva que, sin tratamiento oportuno, se va agravando con el desarrollo, se acentúa con el crecimiento rápido y, en la mayoría de los casos, se estabiliza al término de la madurez ósea. Esta guía está orientada a los menores de 25 años que padecen algún tipo de deformidad estructural de la columna compatible con Escoliosis, y que tengan indicación de cirugía.

b. Usuarios a los que está dirigida la guía

La presente guía clínica entrega recomendaciones de buenas prácticas a los profesionales sanitarios en contacto con pacientes jóvenes, menores de 25 años, y que presentan Escoliosis severas de resolución quirúrgica, para mejorar el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes.

Ortopedistas Infantiles para:

- Confirmación diagnóstica de Escoliosis.
- Tratamiento de Escoliosis.
- Seguimiento de pacientes con Escoliosis.
- Apoyo a la familia.

Pediatras, Médicos Fisiatras, Neurólogos Infantiles, Neumólogos Infantiles:

- Sospecha diagnóstica.
- Derivación oportuna al especialista.
- Manejo en las terapias coayudantes
- Apoyo a la familia.

Médicos de Atención Primaria:

- Sospecha diagnóstica.
- Apoyo familiar.
- Derivación a especialidad.

7.5.5 Objetivos⁵³

Esta guía es una referencia para la atención de los pacientes con Escoliosis bajo el régimen de garantías explícitas.

En ese contexto, esta guía clínica tiene por objetivos:

- Entrega recomendaciones de buenas prácticas a los profesionales sanitarios en contacto con pacientes infanto-juveniles, para la pesquisa precoz de la deformidad y la derivación oportuna, para ofrecer la resolución quirúrgica, para mejorar el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes.
- Los objetivos del tratamiento quirúrgico son: frenar la progresión de la curva, lograr la máxima corrección que resulta seguro obtener, lograr una artrodesis de los segmentos con buen balance coronal y sagital que permita una función indolora.

⁵³ Declaración de intención Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no aseguran un desenlace exitoso en cada paciente. No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente. En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

7.6 ÓRTESIS O AYUDA TÉCNICA PARA PERSONAS DE 65 Y MAS AÑOS.

7.6.1 Recomendaciones Claves para entrega de órtesis y ayudas técnicas

Cuadro N° 8 Recomendaciones para la entrega de órtesis y ayudas técnicas.	
Recomendación	Grado
1. Se indicará ayudas técnicas a aquellos Adultos Mayores, de 65 años y más, que presenten limitación funcional para desplazarse y/o dificultad para realizar actividades de la vida diaria, originadas por múltiples causas y que se encuentren asociadas a dolor, claudicación, riesgo de caída, alteración de la marcha o síndrome de inmovilidad.	C
2. Para la evaluación de las alteraciones funcionales se utilizarán diversos instrumentos de evaluación.	C
3. Para el uso adecuado de las ayudas técnicas de la deambulación, se requiere un adecuado nivel: cognitivo, sensitivo, sensorial, motor, de lenguaje y comunicación	C
4. Cada ayuda técnica (bastón, andador, silla de ruedas, cojín antiescaras y colchón antiescaras) se asocia a diversos criterios de indicación médica.	C
5. Las AT serán entregadas por el profesional del equipo de salud encargado, quien citará al beneficiario y/o el cuidador a una sesión de educación y entrega del dispositivo.	C
6. El acto de entrega de la AT debería contar con, al menos, los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> - Información al usuario de las características técnicas de la órtesis indicada (materiales, duración, uso de garantía del proveedor) - Uso y cuidados del dispositivo. - Entrenamiento y práctica en el uso. - Corrección y refuerzo de la técnica empleada. - Citación a control. 	C
7. Cada órtesis indicada deberá ser evaluada y registrada en forma independiente cada vez que sea necesario.	C
8. El objetivo del seguimiento será confirmar, cambiar y/o retirar la indicación efectuada debido a un posible cambio en el estado funcional del Adulto Mayor.	C
9. El uso de las ayudas técnicas, deberá ser controlado por el profesional encargado de ésta garantía, al mes de su entrega.	C
10. El seguimiento posterior lo deberá realizar el Equipo de Salud, el que se integra al control del estado funcional y de patologías crónicas	C
11. Cada vez que se detecte una nueva necesidad que requiera el uso de AT, será indicada según evaluación.	C

7.6.2 Descripción y epidemiología del problema de salud

En Chile, el grupo de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo en el total de la población. Según la proyección poblacional a fines del 2011, hay 1.600.714 personas de 65 años, lo que equivale a un 9,3% de la población. De este total destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzan el 20,7% con 331.712 personas (DEIS,2010). La Esperanza de Vida al nacer en Chile es hoy día de 79,10 años (76,12 años para los hombres y 82,20 años para las mujeres) en el período 2010-2015. Este grupo de edad presenta una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que tienen un denominador común: el alto potencial de producir discapacidad, como lo muestran los resultados de Chile en el “Estudio de la Dependencia en Personas Mayores 2009” SENAMA-INTA. Tablas 4 y 5.

Tabla N°4 Distribución de frecuencias de personas mayores según tipo de enfermedad crónica presente, Chile 2009.		
Enfermedades crónicas	Número	Prevalencia en mayores
Hipertensión arterial (HPA)	1.044.464	62,1
Diabetes	366.162	21,8
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	193.713	11,5
Embolia, Derrame, Ataque, Isquemia o Trombosis.	64.880	3,8
Depresión	303.237	18,0
Cáncer	63.189	3,7
Osteoporosis	288.975	17,2
Embolia, Derrame, Ataque, Isquemia o problemas entre las articulaciones	259.470	15,4

Tabla N°5 Distribución porcentual de personas mayores según grado de dependencia. Chile 2009.				
Personas mayores con Dependencia según dificultad para realizar las actividades Instrumentales de la vida diaria EDPM 2009				
BVD Constatadas	Si, sin ayuda	Si, con ayuda	No puede hacerlo	Total
¿Puede preparar una comida caliente?	57,7	8,7	31,0	100
¿Puede manejar su propio dinero?	66,6	9,4	23,3	100

¿Puede ir a otros lugares solo?	23,4	35,7	10,4	100
¿Puede hacer compra de los alimentos?	23,2	34,6	40,9	100
¿Puede contestar o llamar por teléfono?	45,6	17,3	31,5	100
¿Puede hacer labores del hogar ligeras?	45,8	18,8	32,9	100
¿Puede organizar y tomar sus medicinas?	53,2	18,0	25,0	100

Según mediciones del estado funcional de los Adultos Mayores en APS (EFAM o Índice de Katz, DEIS 2009), existe un 20% de los mayores de 65 años bajo control en situación de riesgo de dependencia y un 12% de personas mayores con dependencia, donde los postrados alcanzan a un 4%. Las características funcionales de este grupo de Adultos Mayores los hace más susceptibles de utilizar ayudas para la deambulaci3n y para aquellos que se encuentran en situaci3n de inmovilidad.

De acuerdo a lo descrito, Chile envejece. Asimismo, este grupo etario presenta una alta prevalencia de enfermedades cr3nicas con un alto potencial de producir dependencia, por ello el prop3sito de la pol3tica de salud del adulto mayor es mantener y/o mejorar su autonom3a e independencia, previniendo as3 la dependencia.

7.6.3 Alcance de la guía clínica⁵⁴

a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Adultos mayores, de 65 años y más, que presenten limitación funcional para desplazarse y/o dificultad para realizar actividades de la vida diaria, originadas por múltiples causas y que se encuentren asociadas a dolor, claudicación, riesgo de caída, alteración de la marcha o síndrome de inmovilidad. Por tanto, el uso de órtesis o ayudas técnicas determinará, en cada caso, mejorar las condiciones funcionales y de calidad de vida de las personas mayores.

b. Usuarios a los que está dirigida la guía

Personal sanitario de Atención Primaria de Salud y de nivel secundario: médicos generales y especialistas, enfermeras(os), kinesiólogos(as), terapeutas ocupacionales, técnicos paramédicos de enfermería, que atiendan pacientes adultos mayores.

7.6.4 Objetivos

Esta guía es una referencia para la atención de los pacientes adultos mayores con limitación funcional para desplazarse y/o dificultad para realizar actividades de la vida diaria originadas por múltiples causas. Se inserta dentro de

⁵⁴ Declaración de intención Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente. No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente. En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

las acciones destinadas a enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad. En esa línea el objetivo de esta guía es:

- Reducir el impacto de la dependencia en los adultos mayores de 65 años y más.

En ese contexto, esta guía clínica tiene por objetivos específicos:

1. Precisar las circunstancias en las que se indican las siguientes ayudas técnicas: bastones, andadores, sillas de ruedas, cojín antiescaras y colchón antiescaras.
2. Contribuir a mantener y/o mejorar la situación funcional de los adultos mayores.
3. Facilitar la inserción de los adultos mayores en su comunidad.
4. Prevenir las complicaciones asociadas al síndrome de inmovilidad.

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN Y RESULTADOS

Este estudio presenta la sistematización que supuso la implementación de la última gran reforma en salud, elaborada a comienzos de la década pasada por el gobierno de Ricardo Lagos Escobar y puesta en marcha durante la presidencia de Michelle Bachelet Jeria. La revisión de los distintos períodos de elaboración y construcción teórica, su implementación y puesta en marcha.

Finalmente, se considera un análisis crítico de Plan AUGE, y la revisión de las principales fortalezas y debilidades que ha debido enfrentar una vez que salió del papel y comenzó a remplazar el antiguo sistema de priorización en atención primaria ambulatoria, secundaria de tratamiento y terciaria, de hospitalización y resolución quirúrgica.

8. EVOLUCIÓN DEL RÉGIMEN GES

Los problemas de salud o condiciones que considera el Régimen GES y la gradualidad con la cual se han incorporado se muestran en el cuadro n°9.

Cuadro N° 9. Los primeros 56 problemas de salud según el año de su incorporación al régimen de garantías explícitas.	
AÑO 1 2005	
N°	PROBLEMA DE SALUD
1	Insuficiencia Renal Crónica Terminal
2	Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
3	Cáncer cervicouterino
4	Alivio de dolor por Cáncer avanzado y Cuidados Paliativos
5	Infarto Agudo del Miocardio
6	Diabetes Mellitus Tipo 1
7	Diabetes Mellitus Tipo 2
8	Cáncer de mama en personas de 15 años y más.
9	Disrafias espinales
10	Tratamiento quirúrgico de Escoliosis en Menores de 25 años
11	Tratamiento quirúrgico de Cataratas
12	Endoprótesis total de Cadera en personas de 65 años y más con artrosis de

	cadera con limitación funcional severa.
13	Fisura Labiopalatina
14	Cáncer en menores de 15 años
15	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
23	Salud oral integral para niños de 6 años
24	Prematurez
25	Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso.
AÑO 2 2006	
N°	PROBLEMA DE SALUD
26	Colecistectomía preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos.
27	Cáncer gástrico
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 mayores de 15 años y más
35	Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
36	Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37	Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más
38	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años
40	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
AÑO 3 2007	
N°	PROBLEMA DE SALUD
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y mas con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42	Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43	Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más.

44	Tratamiento quirúrgico de Hernia del núcleo pulposo lumbar
45	Leucemia en personas de 15 años y mas
46	Urgencia odontológica ambulatoria
47	Salud oral integral del adulto de 60 años.
48	Politraumatizado grave
49	Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave
50	Trauma ocular grave
51	Fibrosis quística del páncreas
52	Artritis reumatoide
53	Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
54	Analgesia del parto
55	Gran quemado
56	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de Audífono.

La definición de los problemas a incluir en el régimen, se basó en un método de priorización, el que se hizo operativo a través de un algoritmo que consideró criterios de magnitud (magnitud de casos ajustada por la calidad del dato), trascendencia (años de vida saludables perdidos o AVISA), mortalidad, equidad y preferencia de los usuarios y vulnerabilidad (existencia de intervención efectiva en salud). También se consideraron elementos como Carga Financiera y Suficiencia de la Oferta.

A partir de ello, se definieron los primeros 25 problemas de salud (período 2005-2006), se estimó la demanda esperada para el período (cuya frecuencias proyectada alcanzó a 2.736.872 personas) y se calculó un compromiso financiero del orden de 164.829 MM \$. Resulta interesante contrastar si los estudios de definición de demanda efectivamente dieron cuenta de la prevalencia e incidencia observada durante el primer año de vigencia de AUGÉ. Para ello se realizó la comparación de la magnitud de utilización proyectada para cada problema de salud con la información disponible en el sistema de registro de las garantías (SIGGES), el que registra los casos GES del sistema público. El resultado muestra que a 30 Junio 2006, hay 1.944.955 personas con casos activos, lo que representa un 71% del efectivo esperado. El detalle se muestra en la Tabla 6.

Tabla N°6. Demanda esperada al GES, casos registrados y diferencia entre los casos esperados y los registrados.			
PROBLEMA DE SALUD	Demanda esperada	N° casos al 30.06.06	% de cumplimiento
Insuficiencia Renal Crónica Terminal	12.473	4.848	38,87
Cardiopatías Congénitas Operables en Menores de 15 años	1.404	5.199	370,30
Cáncer Cervicouterino	10.800	18.224	168,74
Cuidados Paliativos Cáncer Terminal	14.500	11.139	76,82
Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	28.938	18.859	65,17
Diabetes Mellitus Tipo 1	4.332	1.765	40,74
Cáncer de Mama	2.600	8.494	326,69
Disrrafias Espinales	146	381	260,96
Escoliosis (Trat. Quirúrgico en Menores de 25 años)	540	279	51,67
Cataratas que requieren Tratamiento Quirúrgico	16.200	27.083	167,18
Problemas de Salud que requieren Prótesis de Cadera Total	1.300	1.093	84,08
Fisura Labiopalatina	2.171	429	19,76
Cáncer en Menores de 15 años	588	1100	187,07
Esquizofrenia	2.267	2.193	96,74
Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más	475	1.575	331,58
Linfomas en personas de 15 años y más	700	1.241	177,29
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ViH/Sida	7.923	7.131	90,00
Prematurez	10.594	26.739	252,40
Trastornos de Conducción: Marcapaso en Personas de 15 años y más	2.890	3.575	123,70
Subtotal No resuelto en atención primaria (APS)	120.841	141.347	116,97

PROBLEMA DE SALUD	Demanda esperada	N° casos al 30.06.06	% de cumplimiento
Diabetes Mellitus Tipo 2	346.473	315.064	90,93
Infección Respiratoria. Aguda Baja en menores de 5 años (Tto. Ambulatorio.)	910.527	378.229	41,54
Neumonía Adquirida en la Comunidad en personas de 65 años + tto. Amb.	43.005	28.779	66,92
HTA	1.140.771	994.047	87,14
Epilepsia No Refractaria entre 1 Año y menores de 15 años	18.991	1.408	7,41
Salud Oral Integral	156.264	86.081	55,09
Subtotal resuelto en atención primaria	2.616.031	1.803.608	68,94
TOTAL	2.736.872	1.944.955	71,06

De la simple revisión, llama la atención las cifras que muestran valores superiores a lo esperado en 12 problemas de salud, siendo los más significativos los mostrados en la siguiente tabla:

Tabla N° 7 Sobredemanda y sub demanda mas significativa respecto a cifras pre calculadas en programa AUGE		
Patología	Sobredemanda	%Subdemanda
Cardiopatías Congénitas Operables	(370 %)	
Cáncer de mamas	(327 %)	
Disrafias espinales	(261%)	
Cáncer en Testículo	(332 %)	
Prematurez	(252 %)	
Diabetes Mellitus tipo I		(40,7 %)
Escoliosis		(51,7 %)
Fisura Labiopalatina		(19,8 %)
Infección Resp. Aguda en menor de 5 años.		(41,5 %)
Epilepsia refractaria		(7,4%)
Salud Oral		(55%)
Insuficiencia Renal Crónica Terminal		(38,9 %)

La explicación de lo observado no debe necesariamente interpretarse como un defecto en la estimación de la demanda, ya que la fuente de los datos (Sistema SIGGES) mostraba algunas limitaciones técnicas al momento del análisis (30 de Junio), motivando una experiencia piloto con la finalidad de realizar ajustes posteriores a dicho sistema de registro.

La Tabla 8 muestra la distribución de las personas atendidas en el marco del GES entre el 1o de Julio del año 2005 y el 30 de Junio del año 2006. Esto significa que se han contabilizado sólo los casos nuevos registrados a partir del 1o de Julio de año 2005, sin considerar el arrastre del registro piloto GES.

Tabla N°8. Personas atendidas a partir del 10 de Julio del 2005 y hasta el 30 de Junio de 2006, según etapa y problema de salud.

PROBLEMA DE SALUD	ETAPA					Cerrado	Total
	sospecha	diagnóstico	caso confirmado	tratamiento	seguimiento	Término de Tto. u otra causa	Personas
01. Insuficiencia Renal Crónica Terminal	-	-	848	3.416	124	460	4.848
02. Cardiopatías Congénitas Operables	-	765	1.061	217	187	2.969	5.199
03. Cáncer Cervicouterino	1.415	1.787	1.679	4.560	2.522	6.261	18.224
04. Alivio del Dolor	-	-	7.589	-	-	3.550	11.139
05. Infarto Agudo Miocardio	-	216	321	3.503	2.498	12.321	18.859
06. Diabetes Mellitus Tipo 1	373	53	77	1.161	-	101	1.765
08. Cáncer de Mama	-	1.453	641	2.653	207	3.540	8.494
09. Disrrafias Espinales	-	158	44	28	15	136	381
10. Escoliosis	-	-	-	66	166	47	279
11. Cataratas	-	2.532	7.814	8.238	-	8.499	27.083
12. Artrosis de Cadera	-	-	-	384	493	216	1.093
13. Fisura Labiopalatina	-	37	272	84	1	35	429
14. Cáncer en menores de 15 años	-	128	108	288	35	541	1.100
15. Esquizofrenia	-	388	101	629	-	1.075	2.193
16. Cáncer de Testículo (Adultos)	-	183	258	294	71	769	1.575
17. Linfoma en adultos	-	105	165	582	34	355	1.241
18. VIH (Tratamiento triterapia)	-	-	-	-	-	-	7.131

24. Prematurez (Displasia Broncopulmonar)	-	-	-	272	88	70	430
24. Prematurez (Hipoacusia)	202	255	40	-	-	525	1.022
24. Prematurez (Prevención parto prematuro)	-	7.187	649	6.728	-	9.410	23.974
24. Prematurez (Retinopatía)	209	287	139	52	4	622	1.313
25. Marcapaso	-	165	601	1.250	1.093	466	3.575
Subtotal no APS	2.199	15.699	14.818	41.994	7.538	51.968	141.347
07. Diabetes Mellitus Tipo 2	5.574	-	7.959	286.650	-	14.881	315.064
19. Infección Respiratoria Aguda	-	-	-	-	149.710	228.519	378.229
20. Neumonía	-	1.110	885	18.852	-	7.932	28.779
21. Hipertensión arterial esencial	-	20.113	25.763	900.520	-	47.651	994.04
22. Epilepsia No Refractaria	-	-	-	1.38	-	24	1.408
23. Salud Oral	-	-	-	67.883	3.822	14.376	86.081
Subtotal APS	5.574	21.223	34.607	1.424.999	3.822	313.383	1.803.608
Todos los problemas de salud del Sistema GES	7.773	36.922	49.425	1.466.993	11.360	365.351	1.944.955

8.1 Garantías 2005-2006. Registro SIGGES

Durante el primer mes de operación AUGE (denominación que posteriormente fue remplazada por la sigla definitiva GES en julio 2005), el SIGGES mostró una cifra de 228.363 garantías atendidas, aumentando al tercer mes a 723.834, alcanzando a junio del año 2006 a un total de 2.089.460 garantías registradas. La tabla N°6, dimensionó aquello.

La dinámica de crecimiento implicó tensión en la red asistencial, por el fuerte impacto en términos de tiempo requerido para el registro individual que implica el monitoreo de estas atenciones. Por otra parte se requirió incrementar las medidas de coordinación del Ministerio de Salud y FONASA en la gestión de las garantías.

8.2 Magnitud estimada de la demanda

En la Tabla N° 9 se observa la magnitud relativa de la demanda de las garantías a la red asistencial GES, según los problemas de salud priorizados. Se observa que la mayor demanda está dada por problemas de salud de tipo crónicos de resolución ambulatoria. Los problemas son relativamente similares para FONASA e ISAPRE, sin embargo, su relevancia no es la misma en el sector público y privado.

Tabla N° 9. Problemas GES que representan el 80% de la demanda en FONASA e ISAPRE. Chile – proyección 2007.	
Problemas de Salud (n)	Tipo de Fuente de Información
24	Estudios chilenos sobre problemas de salud específicos (10 problemas de salud con fuente ENS2003)***
9	Egresos hospitalarios
15	Vigilancia epidemiológica chilena o registros de atenciones del SNSS****
8	Dato exclusivamente internacional o juicio de expertos

* No se utilizó indicadores de mortalidad para estimar necesidad de salud en este estudio, sólo se utilizó la mortalidad como dato para validación (consistencia) y algunos datos de letalidad para modelar la demanda en casos excepcionales.

** GES: Garantías Explícitas en Salud

*** ENS 2003 Encuesta Nacional de Salud 2003.

**** SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud

8.2.1 Calidad de la información requerida para la estimación de la demanda de problemas GES

El último cuatrimestre del año 2006 se estimó la demanda esperada para 56 problemas de salud GES y el costo que esto significaría para el sistema de salud chileno (7,8), siendo la calidad técnica de la información disponible muy heterogénea. En general, la calidad de la información disponible en Chile sobre necesidad de salud en la población es adecuada, no así la calidad y cantidad de información disponible para modelar la demanda en salud.

Gran parte de las canastas de prestaciones de las patologías cubiertas por la garantía, no contemplan la inclusión de la etapa diagnóstica, por lo cual, al menos en FONASA, se espera que la demanda se comporte más cercana a la oferta actual que a la real necesidad de salud.

Dado este supuesto, resulta de gran utilidad disponer detalladamente de información sobre las personas que actualmente se atienden en el sistema por cada problema de salud específico, con la finalidad de ajustar mejor el comportamiento de la demanda. Esta información se encuentra disponible sólo para aquellas patologías en las que se considera el egreso hospitalario y las incluidas en algunos programas ambulatorios tradicionalmente priorizados en

Chile, las que no abarcan la totalidad de los 56 problemas del Régimen de garantías cubiertas en esta etapa del proceso.

Por otra parte, no es posible identificar, para cada problema de salud, a las personas que optaron por atención en modalidad de libre elección (MLE). En el sector ISAPRE, la escasez de información es aun mayor ya que no existen programas ambulatorios integrados ni la estructura de registro de información en los diferentes niveles de atención, como en FONASA (primario, secundario y terciario). En general, la información que se registra en Chile en ambos subsectores, corresponde más bien a prestaciones de salud, lo cual no es de utilidad para el estudio de demanda, por la imposibilidad de establecer prestaciones trazadoras específicas para los 56 problemas de salud.

En la Tabla N°10 se muestra el tipo de fuente de información utilizada para la estimación de necesidad de salud, apreciándose que hay 8 problemas para los cuales la información disponible es aún insuficiente en Chile, lo que hace necesario recurrir a estimaciones internacionales o al juicio de expertos para una mejor estimación en algunas de las garantías.

Tabla N°10. Fuentes de información utilizadas para estimaciones de necesidad en salud para los primeros 56 problemas GES		
	FONASA	ISAPRE
1	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial	Depresión
2	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 años	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial
3	Diabetes Mellitus Tipo II	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Baja de Manejo Ambulatorio
4	Depresión	Salud Oral Integral para Niños
5	Salud Oral Integral para Niños de 6 años Prevención y Educación	Diabetes Mellitus Tipo II
6	Vicios de Refracción en Adulto Mayor	Artrosis de Cadera Leve y Moderada en Mayores de 60 años; Artrosis de Rodilla Leve y Moderada en mayores de 55 años
7	Artrosis de Cadera Leve y Moderada en Mayores de 60 años; Artrosis de Rodilla	Asma Bronquial moderada y severa

	Leve y Moderada en mayores de 55años	
8	Atención Integral del Embarazo y Parto	Cáncer Gástrico
9		Artritis Reumatoide
10		Atención Integral del Embarazo y Parto

En cuanto al registro de SIGGES (Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud), que registra los casos GES del sector público, este podría estar subestimando la demanda a GES en FONASA. Esta conclusión se puede obtener por la falta de consistencia entre el registro, las estimaciones de demanda y las estadísticas habituales de atenciones disponibles para el SNSS (8). Por otra parte, la estructura y sistematización de los reportes periódicos del registro no permite obtener información relevante (Ej., distinguir los casos nuevos de los casos acumulados, distinguir la fracción de personas que sólo utilizó la etapa diagnóstica y posteriormente no fue confirmada y tratada, etc.). Existe por otra parte, un problema de subregistro específico que se manifestó los meses en los cuales caducaba el primer decreto y se ponía en marcha el segundo, lo que produce complejidad en la interpretación de la serie temporal del SIGGES.

En cuanto a los registros de utilización GES por parte de ISAPRES, éstos parecen tener mayor integridad, llamando sin embargo la atención, ciertas inconsistencias como el registro de casos en etapa de diagnóstico para problemas de salud que no incluyen este tipo de intervención sanitaria.

Llama también la atención el comportamiento del registro de ISAPRES relativo a problemas de salud, como cáncer de próstata y cáncer de mama, en los cuales la utilización excede enormemente lo esperado en base al modelo de demanda. Esto se puede atribuir a una interpretación distinta de las garantías por parte de este subsector, a problemas en el registro o a una cobertura de tamizaje (antígeno prostático y mamografía) elevado, al cual le sigue una posterior conducta quirúrgica para los casos incipientes detectados con esta modalidad de identificación de casos.

9. EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES PRESELECCIONADAS

9.1 Entorno del Sistema de Salud en Chile

En Chile, el sistema de salud es mixto, aunque predomina el sector estatal que es el que atiende a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedades. El organismo coordinador del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es el Ministerio de Salud, que cumple funciones rectoras y normativas y tiene a su cargo 28 Servicios de Salud descentralizados territorialmente. Su organismo de financiamiento es el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que funciona como un proveedor de seguro público de salud. En respuesta al grave deterioro en que se encontraba el sector de la salud a fines de la década de 1980 debido a la reducción del presupuesto estatal de salud en el período de 1973 a 1989, los recursos asignados a este sector han aumentado sostenidamente a fin de mejorar la cobertura y la calidad de los servicios. El aumento promedio del gasto público en salud en el período 1989–2000 fue de 8,1%, superior al promedio del sector social, que fue de 5,4%. Durante la década de 1990, el gasto en salud estuvo concentrado en los sectores más pobres de la población, con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de vida de ese segmento poblacional. La estrategia general aplicada por el Ministerio de Salud, se reflejó también en la asignación de más recursos para la atención de los problemas de salud mental de la población de Chile. Los cambios en los indicadores de salud, en la cantidad de recursos y en el número de actividades realizadas en los últimos años han sido grandes y positivos y han ubicado a Chile a la vanguardia de la Región por sus indicadores de salud, con logros reconocidos internacionalmente. Como consecuencia de la transición demográfica, la esperanza de vida al nacer de los chilenos, es actualmente de 76,7 años y la tasa de mortalidad general es de 5,74 por 1 000 habitantes. Sin embargo, se debe destacar que el suicidio es la

séptima causa de muerte en hombres, con una tasa de 16,8 por 100,000 habitantes de ese sexo.

Cuadro N° 10 Cómo se priorizaron las enfermedades del PLAN AUGE					
PLAN	LISTADO DE TODOS LOS PROBLEMAS				
MAGNITUD	PREVALENCIA E INCIDENCIA				
TRASCENDENCIA	AVISA Y MORTALIDAD PREFERENCIA DE LOS USUARIOS				
EFFECTIVIDAD	BAJA	MEDIA		ALTA	
OFERTA		SUF	Insuf.	SUF	Insuf.
CARGA FINANCIERA EN LOS HOGARES	COSTO/ CASO/ AÑO				
CARGA FINANCIERA EN LOS HOGARES	BAJA	MEDIA		ALTA	
CARGA FINANCIERA EN LOS HOGARES	ACTUALES			MAYORES	

9.2 Esquizofrenia, Tratamiento desde el primer episodio

9.2.1 La Salud Mental en Chile a comienzos del Siglo XXI⁵⁵

Dado el cambio en el perfil epidemiológico de la población chilena, se hace cada vez más importante mejorar la calidad de vida y reducir la prevalencia de las enfermedades que producen discapacidad, en primer lugar los trastornos mentales y del comportamiento. Una gran parte del ausentismo y de la disminución del rendimiento laboral, así como del aumento en el número de accidentes, enfermedades físicas y muertes prematuras, se relaciona con los trastornos mentales.

⁵⁵ www.who.int/entity/mental_health/.../chile_who_aims_report.pdf

Solamente el 2,14% del presupuesto total de salud en el sector público es dirigido a la salud mental, si bien esta cifra representa un aumento significativo del 1,2% del año 1999, se encuentra muy lejana de la meta de 5% para el año 2010 que plantea el Plan Nacional.

De todo el gasto en salud mental, el 33% es asignado a los hospitales psiquiátricos, lo cual representa una reducción significativa del 57% del año 1999. ,No obstante los avances que ha significado disponer desde el año 2001 de un nuevo Reglamento de Internación en Establecimientos Psiquiátricos y de una Comisión de Protección de las Personas con Enfermedad Mental, existen aún muchas limitaciones en la protección de los derechos de estas personas, debido a las restricciones que impone el Código Sanitario. Chile es uno de los pocos países del mundo que no dispone de una legislación específica en salud mental.

Los servicios de salud mental del sector público están organizados en una red territorial en cada uno de los 28 Servicios de Salud. Los principales componentes de estas redes, con el total de dispositivos a nivel nacional en el año 2004, son los siguientes:

- 472 Centros de Atención Primaria de Salud (APS) con psicólogo.
- 38 Centros Comunitarios de Salud Mental.
- 58 Unidades de Psiquiatría Ambulatoria.
- 40 Hospitales de Día.
- 18 Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía en Hospitales Generales.
- 25 Centros Diurnos..
- 96 Hogares y 6 Residencias Protegidas.

La mayoría de los usuarios, tanto en el sistema público como privado, son tratados en forma ambulatoria, con una tasa de 1.272 personas por 100.000 habitantes, comparado con las tasas de 67 personas por 100.000 para los servicios de

psiquiatría en hospitales generales y clínicas privadas y de 33 por 100.000 para los hospitales psiquiátricos.

El Plan hace hincapié en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental. Además, se basa en intervenciones fundamentadas en los últimos avances científicos y toma en cuenta criterios económicos, tales como, la eficacia en función del costo. En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red—dentro del sector de la salud y junto con otros sectores— en los que participen el usuario y sus familiares y en los que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los servicios.

Desde la década de 1950, diversos factores —como el desarrollo de nuevos psicofármacos y el establecimiento de un enfoque nuevo respecto de los trastornos psiquiátricos graves basado en criterios psicológicos, sociológicos y antropológicos—han contribuido a la evolución de los modelos de intervención para trastornos psiquiátricos, desde el nivel hospitalario hasta el comunitario.

9.2.2 Salud Mental después del AUGE⁵⁶

Gracias a las políticas aprobadas por el Estado para la salud mental, en Chile se ha venido adoptando paulatinamente en los últimos 10 años, el modelo comunitario, considerado por muchos investigadores como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria, han demostrado que los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos actores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja

⁵⁶ INFORMEWHO-AIMS Sobre Sistema de Salud Mental en Chile Versión Española Junio 2007

interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes. El desarrollo del modelo de atención comunitario, permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural. Según este modelo, el eje del apoyo organizativo es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) se diferencian de los otros tipos de centros ambulatorios por tener menos recursos humanos, un número intermedio de consultas por persona al año, tiempo de espera bajo para primera consulta con psiquiatra, entrega de intervenciones psicosociales a una mayor proporción de personas y un mayor porcentaje de ellos realizando intervenciones comunitarias.

Las usuarias mujeres representan alrededor del 50% de la población que es tratada en los dispositivos de salud mental públicos y privados en Chile. Sin embargo, la proporción de mujeres es mayor al 50% en centros ambulatorios, clínicas privadas y en servicios de corta estadía en hospitales generales.

Existen muy pocos dispositivos de salud mental específicos para niños y adolescentes, y el porcentaje de esta población tratada en los dispositivos generales de salud mental es bajo (24% en centros ambulatorios y 8% en hospitales generales y clínicas psiquiátricas).

Los 4 hospitales psiquiátricos y la Clínica Gaete (dispositivo de larga estadía privado pagado por seguro público) han disminuido en un 22 % el número total de camas durante los primeros 5 años de implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Aunque la capacitación en salud mental de los profesionales y técnicos de la atención primaria es aún insuficiente, diversos indicadores muestran que ha aumentado la capacidad de resolución de ellos desde que se inició la implementación del Plan Nacional en el año 2000. Es así como en el 2004:

- 89% de los centros APS tienen guías clínicas para tratamiento de problemas de salud mental.
- 84% tienen medicamentos psicotrópicos básicos.
- 90% tienen psicólogos.
- 82% reciben consultorías de salud mental con profesionales del nivel secundario.
- 68% solicitan interconsulta al nivel secundario de salud mental al menos para una persona al mes.

El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental es de 32 por 100.000 habitantes.⁵⁷ La proporción de enfermeras y asistentes sociales que trabajan en salud mental es menor que la de otros profesionales. Por cada una de estas profesionales trabajan aproximadamente 2 terapeutas ocupacionales, 3 psiquiatras y 7 psicólogos.

Alrededor de 8.000 personas participan en organizaciones de usuarios y un número similar de personas participan en organizaciones de familiares. Más del 50% de las 7 organizaciones de usuarios se orientan principalmente a la ayuda mutua para la dependencia de alcohol y drogas.

No existen disposiciones legales o financieras en Chile para proteger a los usuarios de discriminación en el trabajo a causa de un trastorno mental, ni para facilitar el acceso a viviendas. Muy pocas personas con trastornos mentales severos logran insertarse y mantener un trabajo remunerado. El 15% de las personas que reciben pensión asistencial lo hacen debido a discapacidad mental.

⁵⁷ http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf.

Pocas escuelas cuentan con psicólogo o realizan actividades de promoción y prevención en salud mental. Menos del 20% de los recintos de Gendarmería tienen al menos un interno al mes referidos a un profesional de salud mental. Muy pocos policías, jueces y abogados han participado en actividades de capacitación en salud mental en los 5 años previos a este estudio.

9.3 Cataratas y su manejo en etiología genética o adquirida

9.3.1 Antecedentes Previos a Instalación del AUGE ⁵⁸

La Catarata es la causa más común e importante de pérdida visual en pacientes mayores de 50 años, constituyendo una de las principales indicaciones quirúrgicas en el grupo de pacientes que superan esta edad. Progresivamente y debido al aumento de la esperanza de vida y a la mayor exigencia de una buena calidad de la misma por parte de los pacientes, se produce un aumento progresivo de la demanda de intervenciones quirúrgicas de Catarata en los países desarrollados.⁵⁹ Esto implica una mayor exigencia a los sistemas sanitarios, que la mayor parte de las veces es difícil de conseguir y por tanto, las listas de espera quirúrgica de cirugía de Catarata son cada vez mayores y la posibilidad de satisfacer al usuario de la sanidad es cada vez menor. Así las cosas, no debería ser difícil entender que se trate de regular estas situaciones mediante un mayor control sobre las indicaciones quirúrgicas para tratar, de alguna manera, de dar prioridad a aquellos pacientes que realmente precisen con mayor urgencia esta intervención. Para ello, se están empezando a desarrollar protocolos y Guías de Práctica Clínica (GPC) destinadas, no sólo a mejorar la gestión de las listas de espera de cirugía de Catarata, sino que al mismo tiempo tratarían de mejorar la

⁵⁸ María del Carmen Blanco escribió las primeras actualizaciones de las guías clínicas del MINSAL como esta: Catarata en el paciente Adulto

⁵⁹ Foster A. Cataract and "vision 2020" the right to sight initiative. Br J Ophthalmol.2001;85: 635-639.

calidad asistencial y, por tanto, en último término la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud.

Pese a que la existencia de Guías de Práctica Clínica se encuentra bastante generalizada para otras dolencias, no es fácil ni frecuente encontrar buenas Guías de Práctica Clínica de cirugía de Catarata. La necesidad de una GPC se ve justificada cuando se dan determinadas circunstancias en torno a un problema de salud, como una gran variabilidad en su abordaje y que éste represente un gran impacto social y económico. La Catarata constituye, en la actualidad, la principal causa de ceguera en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en los inicios del siglo XXI existen unos 20 millones de personas ciegas (agudeza visual menor de 3/60 en el mejor de los ojos) como consecuencia de las Cataratas. La cirugía de la Catarata constituye, por tanto, hoy día, un importante problema de gestión sanitaria, dada la elevada demanda frente a la limitada capacidad de oferta del sistema sanitario, lo que obliga a tomar decisiones que se encaminan a optimizar la lista de espera. Pero esto debe hacerse en base a unos criterios estándar y basados en unos principios coherentes y de consenso entre las distintas partes implicadas en el proceso.

9.3.2 Tratamiento de las Cataratas después de la Priorización AUGE

La actual guía (2006) facilita la toma de decisiones por parte del profesional a la hora de indicar la cirugía de la Catarata, estandarizar lo más posible el proceso quirúrgico en todas sus etapas, favorecer el completo entendimiento del proceso por parte del paciente y en último término, mejorar la calidad asistencial como medio para conseguir una mejor calidad de vida de los pacientes.

Se entiende pues, que esta guía va destinada, no sólo al especialista en Oftalmología, sino también al profesional de Atención Primaria, al personal no

facultativo de consultas y quirófanos y también al grupo de pacientes adultos (susceptibles de presentar Cataratas). No se incluyen de forma específica las Cataratas congénitas ni aquellas traumáticas o secundarias a otros procesos.

Para ello esta guía trata diferentes aspectos:

- Captación y derivación de pacientes desde Atención Primaria.
- Examen oftalmológico al paciente con sospecha de Catarata.
- Criterios de inclusión en lista de espera y prioridad de la cirugía.
- Estudios sistémicos previos a la intervención (preoperatorio).
- Pruebas especiales en pacientes con determinadas patologías sistémicas.
- Consulta preanestésica. Tipo de anestesia ¿Cuándo se precisa anestesista?
- Diferentes modalidades de intervención. Cirugías combinadas.
- Cuidados generales e higiénicos antes, durante y después de la intervención.
- Complicaciones post-quirúrgicas precoces y tardías
- Momento del alta y revisiones posteriores ¿cuándo?
- ¿Cuándo se debe operar el segundo ojo?

Prevención y tratamiento

Aunque se ha avanzado en la identificación de los factores de riesgo de desarrollar Catarata, no se ha descubierto todavía un tratamiento médico primario eficaz para el tratamiento de la misma. La cirugía de extracción de la Catarata constituye el único tratamiento eficaz para mantener o restaurar la agudeza visual.

Es un tipo de cirugía realizada predominantemente en pacientes mayores de 65 años, lo que conlleva que a veces coexistan otras patologías oculares como glaucoma, degeneración macular asociada a la edad (DMAE), retinopatía diabética, etc. Con los continuos avances en las técnicas microquirúrgicas y en la tecnología relacionada con las lentes intraoculares (LIOs), la calidad de la rehabilitación óptica postoperatoria continúa aumentando. Esto conlleva que la indicación de la cirugía se realice cada vez de una forma más precoz y con menor

deterioro visual previo a la misma. Este hecho junto con el incremento de la expectativa de vida que conlleva un envejecimiento progresivo de la población, justifica que esta cirugía sufra cada vez una mayor demanda, con la consiguiente saturación de las listas de espera quirúrgicas.

Acceso al proceso quirúrgico

Los cambios realizados en los últimos años en lo referente a las indicaciones quirúrgicas (la cirugía se indica y se reclama por parte de los pacientes cada vez con mayor precocidad), implica un importante incremento en el número de cirugías realizadas. Desde el año 2000 al 2005, en el área sanitaria que abarca el CHUVI, la cantidad de Cataratas operadas prácticamente se ha duplicado, pasando de 910 Cataratas en el año 2000 a 1709 en el año 2005, mientras que la población apenas ha crecido (aumento de 25.000 personas).

Valoración de los resultados de la cirugía de Catarata

La agudeza visual monocular es un parámetro incompleto para valorar los resultados quirúrgicos, por ello surgen una serie de cuestionarios destinados a valorar la calidad de vida integral del paciente en relación a su agudeza visual (20-27). Es importante obtener información relevante sobre el estilo de vida del paciente y de la dependencia de la agudeza visual del mismo, con el objetivo de valorar la necesidad quirúrgica y posteriormente de cuantificar los resultados y éxito de la misma.

9.4 Cardiopatías Congénitas y su manejo precoz

9.4.1 Antecedentes previos a la Instalación del AUGE⁶⁰

Chile, pionero en Latinoamérica, al efectuar la primera operación a corazón abierto en 1957, ha incorporado los grandes avances que se han desarrollado en el área de la cardiología y cardiocirugía infantil: cirugía correctora en el recién nacido, cateterismo intervencional, etc., con excelentes resultados, similares a los más prestigiados centros extranjeros. Sin embargo, un progresivo aumento de la demanda y de la complejidad, comenzó a generar listas de espera crecientes y operaciones fuera de edad electiva. Previo a la implementación del piloto AUGE en 2002, un 33% de los niños que fallecían por cardiopatía congénita durante el primer año de vida, lo hacían en “espera de diagnóstico cardiológico”, definida como el lapso entre la sospecha clínica y el estudio cardiológico. Actualmente, en el sistema público, la resolución de los casos quirúrgicos graves que requieren cirugía de alta complejidad se realiza en dos centros de referencia nacional: los Hospitales Luis Calvo Mackenna y Roberto del Río.

Los objetivos sanitarios son:

1. Mejorar la capacidad resolutoria de los centros de referencia nacional para el tratamiento de las cardiopatías congénitas.
2. Mejorar la calidad de vida de los niños portadores de cardiopatías congénitas

Magnitud del Problema

En Chile, las anomalías congénitas constituyen la segunda causa de muerte en los menores de 1 año y son responsables de un 32% de las defunciones en este grupo de edad. Se estima una incidencia de cardiopatías congénitas de alrededor de 0.8% de los recién nacidos, en estudios chilenos limitados se ha llegado a cifras de 1%. La incidencia de las CC es aproximadamente la misma a

⁶⁰ www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/CardiopatiaCongenita.pdf

nivel mundial, independiente de factores como raza, condición socioeconómica o situación geográfica, lo que determina que no existan factores que permitan prevenir su ocurrencia, por lo cual la única manera de mejorar su pronóstico es el diagnóstico y tratamiento precoz.

De los pacientes con CC un tercio enfermará críticamente y fallecerá en el primer año de vida, a menos que reciba tratamiento quirúrgico, por lo que el diagnóstico debe ser precoz y la derivación a un centro especializado oportuno y en condiciones adecuadas. Luego de la corrección quirúrgica es fundamental el óptimo control y seguimiento de los pacientes.

En Chile nacen anualmente alrededor de 260.000 niños (nacimientos año 2001), por lo que los casos esperados anualmente alcanzan a 2080, de ellos un 65% requiere cirugía en algún momento de su evolución, es decir alrededor de 1352 niños, de los cuales 1014 (un 75%) son beneficiarios del sistema público de salud. De las CC, un 35% necesita Cirugía el primer año de vida, lo que significa al menos 730 pacientes nuevos cada año, a los que deben sumarse las reintervenciones y a los pacientes que requieren varias Cirugías para solucionar su malformación.

De acuerdo a estadísticas de grandes centros cardioquirúrgicos, el 25% de los pacientes ingresados son menores de 28 días, (dentro de este grupo destaca un 20 % de prematuros o con peso de nacimiento < de 2500 gramos), en tanto el 50% es menor de 1 año de edad.

El diagnóstico y cirugía precoz de estas malformaciones evita el daño secundario y progresivo de órganos como el corazón, pulmones y sistema nervioso central principalmente, transformándolas en malformaciones de buen pronóstico.

9.4.2 Cardiopatías Congénitas Post AUGE⁶¹

Intervenciones Recomendadas para el Seguimiento Post Operatorio de Cardiopatías Congénitas.

Los pacientes que hayan recibido cirugía cardíaca son controlados por especialista cardiólogo infantil y/o cardiocirujano infantil, con un ECG y/o Ecocardiografía Doppler Color según indicación.

Organización de La Red para acceder a los Centros Terciarios

Al momento de pesquisar un niño que cumple con los criterios definidos anteriormente, existen distintas alternativas:

1. RN con sospecha diagnóstica en hospital base, confirmar diagnóstico con ecocardiografía y evaluación clínica por cardiólogo o pediatra con entrenamiento cardiológico.
2. RN con sospecha diagnóstica en hospital de menor complejidad o en Consultorio, derivar a su Hospital Base para confirmación diagnóstica.
3. Confirmado el diagnóstico, aquellos niños que cumplan con los criterios de inclusión: Sospecha fundada de CC según Algoritmos previo, deben ser trasladados a alguno de los centros de referencia nacional, respetando las condiciones definidas para ello.
4. Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, de los hospitales base deben funcionar como el centro de apoyo inicial, para lo cual deben contar con la implementación y el adiestramiento necesario para la estabilización y el manejo inicial del RN cardiópata. Es deseable además que los hospitales base cuenten con el recurso de cardiólogo entrenado y ecocardiógrafo con transductores adecuados a las distintas edades pediátricas.

⁶¹ www.minsal.gob.cl/portal/.../720bfefe91e0d2ede04001011f010ff2.p..

Disponibilidad de Prostaglandina

La disponibilidad de Prostaglandina E1 (PgE1) debe ser absolutamente expedita en los hospitales base.

Una vez establecido el diagnóstico probable de cardiopatía congénita, se debe lograr la estabilización inicial, manejo de vía aérea, accesos venosos, mantención del ductus permeable con infusión de PgE1, la que debe utilizarse siempre dado que el 90% de los casos responderá a este medicamento debe ser absolutamente expedita en los hospitales base.

Oxigenoterapia

- Uso racional de oxígeno, mantener saturaciones entre 80 – 85 %, utilizar una vez iniciada infusión de prostaglandina E1. No usar en altas concentraciones si hay signología de insuficiencia cardiaca.
- Mantener estabilidad hemodinámica antes y durante el traslado al centro terciario, ello asegura protección de sistema renal, gastrointestinal y cerebral.
- No utilizar digital si la sospecha es de cardiopatía que va a requerir tratamiento quirúrgico, si es necesario y existen signos de congestión visceral administrar diuréticos (furosemida 0.5 – 2 mg/k/día) o inotrópicos endovenosos.
- Mantener volumen normal de alimentación si el paciente está estable, pero NO alimentar si el paciente ha ingresado en Shock cardiogénico o con severa Insuficiencia cardiaca.
- Evaluación genética si está indicada. Se debe realizar un examen físico minucioso en busca de otras anomalías congénitas, las que acompañan al menos el 25% de los casos de cardiopatías congénitas.
- En los RN portadores de cardiopatía congénita (sospechada o confirmada) con malformaciones asociadas o sospecha de Genopatía realizar ecografía encefálica y abdominal.

- Ante la sospecha de genopatía debe efectuarse cariograma y evaluación por genetista. Para lo anterior es prioritario organizar la toma, envío y procesamiento rápido de la muestra.
- El objetivo de esta aproximación inicial es priorizar atención proporcional a la gravedad y pronóstico global del recién nacido cardiópata. Se debe favorecer el manejo integral del niño polimalformado.

Traslado de Pacientes

- El médico a cargo del niño, debe conversar con el centro terciario, la indicación y oportunidad del traslado. La planificación debe ser conjunta. Se debe enviar previo a aceptación del paciente un resumen escrito vía fax o e-mail, en el que se consignen historia y examen físico detallados del paciente, impresiones diagnósticas y exámenes realizados, tratamientos efectuados.
- Las complicaciones o cuadros intercurrentes deben ser avisadas oportunamente, para evaluación conjunta, reevaluar indicación o prioridad del traslado, etc. En caso de haber presentado un paro cardiorrespiratorio se solicita realizar ecografía cerebral y eventualmente electroencefalograma.
- El paciente debiera en lo posible traer los exámenes preoperatorios correspondientes. Grupo y Rh; pruebas de coagulación; hemograma; orina completa, nitrógeno ureico y glicemia.
- Se debe adjuntar documentos que certifiquen la previsión del paciente.
- Una vez acordado el traslado, se debe definir el equipo humano y la vía de transporte más adecuada para la situación particular de cada paciente.
- Se propone que el traslado sea realizado por el personal de las unidades SAMU, entrenados en reanimación cardiopulmonar avanzada. En este punto es prioritario la capacitación específica en manejo de recién nacidos y niños críticamente enfermos.

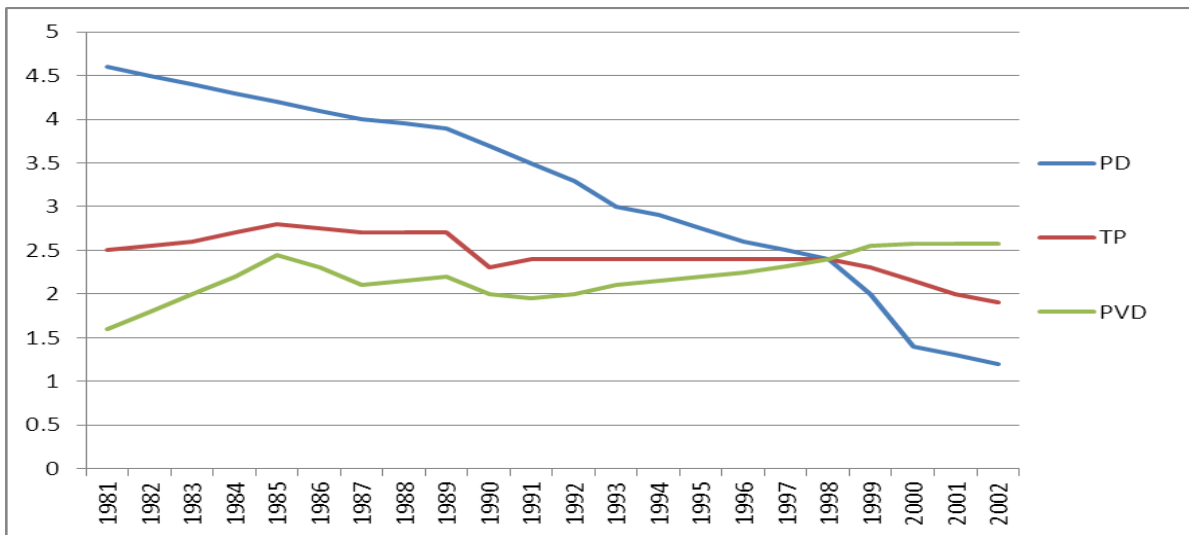
9.5 Salud oral integral en menores de seis años

9.5.1 Visión de la salud bucal en general antes de 2004⁶²

- La salud oral es un componente esencial de la salud general
- Relación entre el estado de salud bucal y la salud general, Ejemplos: asociación de infecciones dentales con infecciones respiratorias, partos prematuros, etc.
- Las caries y las enfermedades periodontales son una de las enfermedades crónicas más comunes. La caries afecta al 90 – 95 % de la población mundial.
- Representa un problema de salud pública: alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad, el costo de su tratamiento.
- Factores de riesgo: dieta, hábitos, estilos de vida, Enfermedades crónicas no transmisibles.
- El perfil de salud bucal de las poblaciones también es reflejo de los determinantes macro estructurales de la salud, los que repercuten en el acceso, la equidad y la orientación de los servicios de salud.
- En muchos países el acceso a servicios de cuidados odontológicos está fuertemente relacionado al nivel socioeconómico.
- Las políticas de salud bucal de la OMS han tendido a priorizar algunos grupos de edad en riesgo.
- En Chile se ha implementado un modelo complementario en algunos grupos poblacionales vulnerables: embarazadas, adultos de sesenta años, ejemplo: expectativa y calidad de vida; Intervenciones costo efectivas, opinión ciudadana, etc.

62 Marco Cornejo Ovalle, Odontólogo, Master en Salud Pública, presentó la ponencia: Estrategias de acción para abordar las desigualdades de salud bucal en Chile: La reforma y su componente de Salud Bucal. Esto, en el marco del Simposio Desigualdad de Salud Bucal en Chile, Universidad de Chile, Junio 21 de 2011.

Gráfico N°1 Tendencia de las caries dental a los 12 años medido como el número promedio de dientes permanentes cariados, obturados o perdidos por caries.⁶³



El carácter persistente y universal de las desigualdades en salud oral, representa un desafío significativo para los responsables de políticas de salud oral.

Las desigualdades en salud oral son similares a los de la salud en general. El gradiente social universal, tanto en la salud general y bucal, destaca la influencia subyacente de factores psicosociales, económicos, ambientales y políticos.

El enfoque dominante en la odontología preventiva, es decir, estrictamente centrada en el cambio de los comportamientos de los individuos de alto riesgo, no ha logrado reducir de manera efectiva las desigualdades de salud bucal, y de hecho puede haber aumentado la brecha de equidad en salud oral.

⁶³Petersen PE. Inequalities in oral health: the social context for oral health. In: Pine C, Harris R, eds. Community oral health. London, Quintessence Publishing Co. Ltd, 2007.

9.5.2 Atención integral en salud oral después de instauración del AUGE

Es necesario un cambio conceptual

DESDE	HACIA
ENFOQUE BIOMEDICO/CONDUCTUAL	ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES

Burt en su libro “Dentistry, dental practice and the community” el año 1992 afirma que: “el individuo es responsable de sus conductas de vida, pero la sociedad es responsable de las condiciones de vida; es decir que para conseguir la salud y garantizar el derecho a la misma son necesarias determinadas condiciones sociales con el fin de que los individuos puedan de manera consiente mejorar su salud”

En Chile, los estudios epidemiológicos muestran un mejor nivel de salud bucal en la población mas joven, donde a los 12 años se disminuyó el daño por caries de 3,4 piezas afectadas a 1,9, cumpliendo así el objetivo sanitario fijado para la década 2000-2010. Sin embargo persisten marcadas desigualdades:

Tabla N° 11 Daño bucal en dentadura temporal y permanente en niños de 6 y 12 años según nivel socioeconómico ⁶⁴					
Indicador	Edad	NSE Alto	NSE Medio	NSE Bajo	COMENTARIOS
Libres de caries	6 años	59.7%	28.8%	22.1%	El porcentaje de niños con su dentadura sana es mayor en el NSE Alto.
	12 años	68.2%	36.5%	29.5%	
N° dientes temporales con daño por caries	6 años	1,35	3.59	4.41	El daño por caries es tres veces mayor en os niños de NSE Bajo al compararlos con NSE Alto.
	12 años	0.66	1.96	2.22	

⁶⁴ Adaptado de “Diagnóstico de salud bucal, MINSAL.

Tabla N° 12 Daño bucal en dentadura temporal y permanente en niños de 6 y 12 años según condición urbano rural.

DAÑO BUCAL SEGÚN CONDICION URBANO RURAL⁶⁵				
Indicador	Edad	Urbano	Rural	
Libres de caries	6 años	32.3%	15.3%	La probabilidad de que los niños de 6 y 12 años tengan su dentadura sana es en doble en zonas urbanas que en zonas rurales.
	12 años	40.3%	22.3%	
N° dientes temporales con daño por caries	6 años	3.44	5.04	El daño por caries es tres veces mayor en niños de NSE Bajo al compararlos con los de NSE Alto.
N° dientes definitivos con daño por caries	12 años	1.78	2.59	

Tabla N° 13 Condiciones de Salud Bucal incorporadas en Régimen GES en Chile

Condiciones de Salud Bucal incorporadas en Régimen GES en Chile.				
ANTES DEL GES	DESPUES DEL GES			
GES Odontológicos		Prevención	Tratamiento	Rehabilitación
Salud oral integral gestantes **	Solo algunas primigestas	Todas las embarazadas		
		1,2	3,4,5,6,7,8	9
Salud oral integral 60 años	1, 5, 6 ? Según cupos	1,2	3,4,5,6,7,8	9
Urgencias ambulatorias	1, 5, 6 ? Según cupos	1	4,5,6,7	
1 examen de salud oral, 2 destartraje y pulido coronario, 3 obturaciones amalgamas, vidrio ionómeros, composites, 4 radiografías retroalveolares; 5 exodoncia, 6 trepanaciones urgentes, 7 destartraje y pulido radicular, 8 endodoncias uniradiculares, 9 prótesis metálica o acrílica				
** Garantía exigible hasta 6 meses después del parto.				

65 Adaptado de "Diagnóstico de salud bucal, MINSAL.

Las Políticas de Salud Bucal en Chile imponen nuevas condicionantes que son incorporadas al régimen GES y lo modifican hasta el día de hoy.

Prestaciones del Sistema de Salud Chileno⁶⁶

ANTES DEL AUGE	DESPUES DEL AUGE
Cuidados sanitarios con canasta básica de prestaciones. Ejemplo: En salud bucal, la salud que se otorgaba en la práctica era según cupos disponibles y algunos de los grupos propuestos por la OMS	Cuidados sanitarios con canasta básica de prestaciones Garantías explícitas en salud

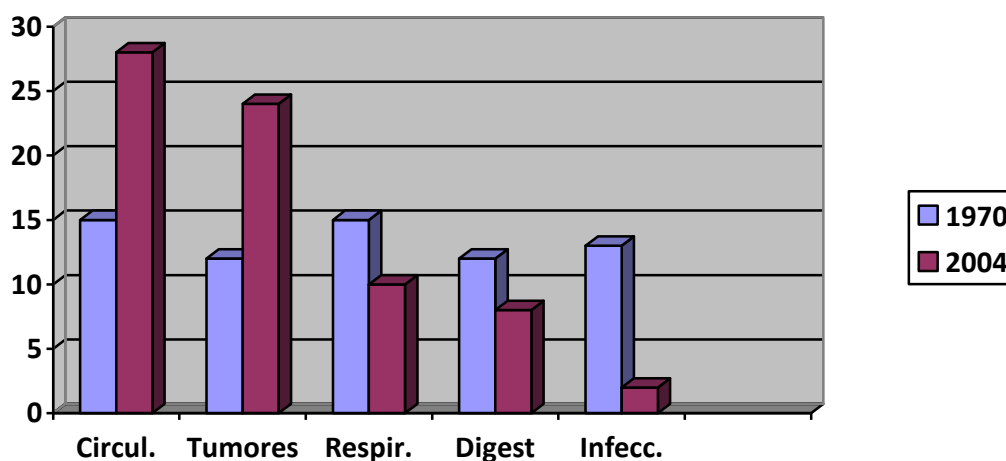
66 Marco Cornejo Ovalle, Odontólogo, Master en Salud Pública.

10. ESTADO DE AVANCE EN OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DÉCADA 2000 – 2010

Se espera para fines del 2012, el estado de avance total de los objetivos sanitarios planteados para la década pasada. Sin embargo, los datos aquí entregados, permiten tener una completa radiografía de lo que significó el esfuerzo de los actores sociales de la salud, para avanzar en el quinquenio 2000 – 2005, considerando que el AUGE – GES, solo entregó a fines de 2004 y todo 2005, resultados recopilables en este diagnóstico.

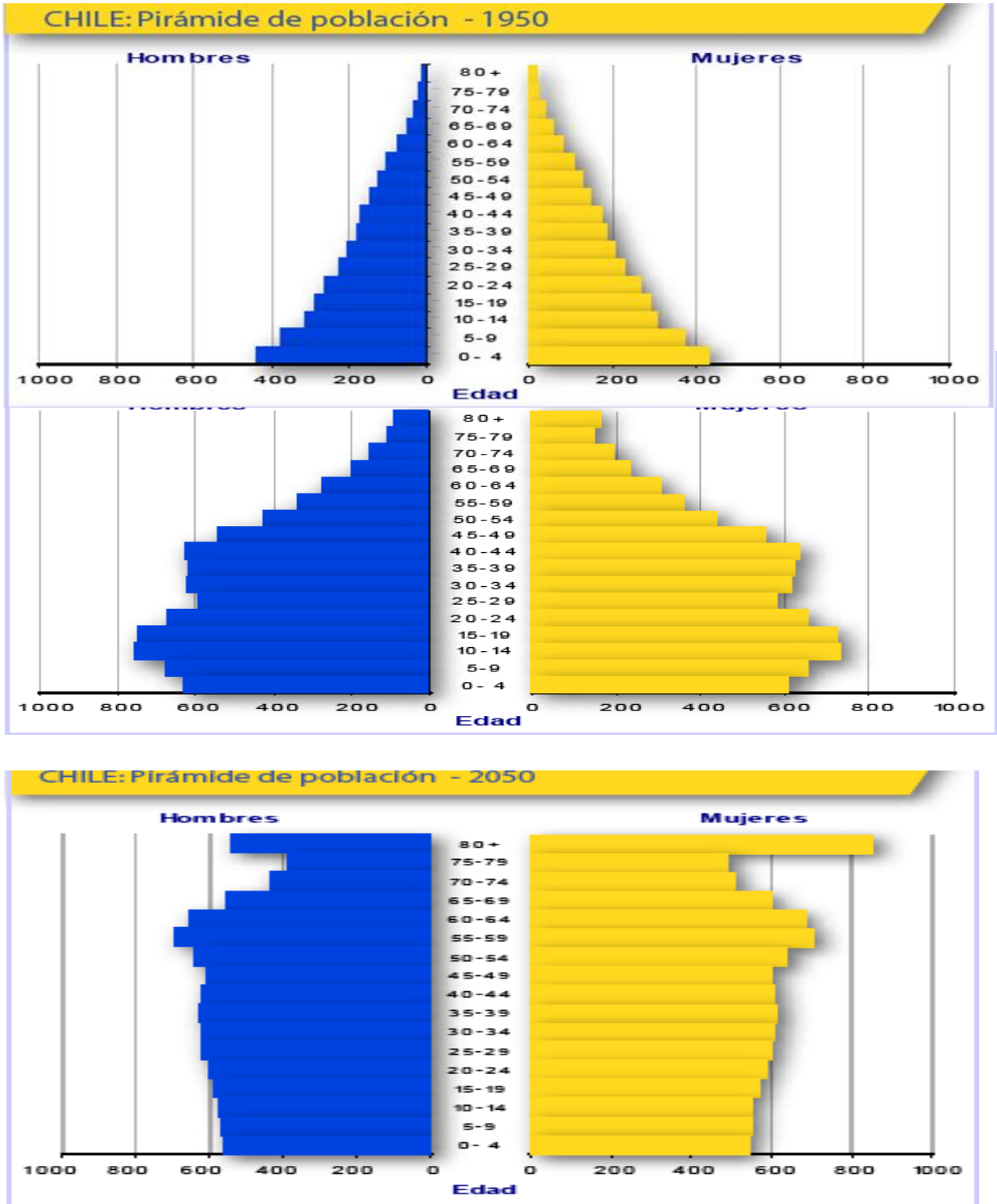
10.1 Cambios en el perfil epidemiológico

Gráfico n°2. Distribución porcentual de las defunciones por grandes grupos de causa de muertes. Chile 1970 y 2004.



Gráficos nº3, nº4 y nº 5

Evolución del Perfil demográfico en 1950 – 2005 y proyección 2050



Como parte de las redes de apoyo que han surgido con la evaluación periódica del AUGE – GES, hoy operan al menos seis sub sistemas:

SISEMA DE INFORMACION
GESTION DE RECLAMOS
MONITOREO Y FISCALIZACIÓN
INTERMEDIACIÓN COMERCIAL
INTERMEDIACION FINANCIERA
POLITICA COMUNICACIONAL

Gestión de Reclamos

1. “Contac Center”
 - a. Cobertura nacional, 24 horas, 7 días de la semana (3000-4000 llamadas diarias.
 - b. Su operación es con “ejecutivas de atención” especialmente capacitadas con software dedicado.
 - c. 600 360 3000

2. Puerta de entrada de los reclamos
 - Web, Contac Center, Sucursales fijas y móviles, Direcciones Regionales y Prestadores.

3. Modelo de Gestión
 - Descentralizado a través de las DR y prestadores; un sistema de fiscalización evalúa la pertinencia de cada uno de los reclamos. La resolución de la Atención de Salud, será resuelta con el prestador de origen o eventualmente a través de un prestador alternativo acreditado. Complementariamente existirá un sistema de monitoreo central.

11. EVALUACION DEL AUGE – GES ENCARGADO POR EL GOBIERNO EN 2007

El Proceso de Reforma de la Salud: el camino hacia las Garantías Explícitas en Chile.

La utilización de metodologías para la priorización en salud ha estado presente en Chile desde la Reforma del Sector Salud iniciada en 1990.

Durante la década de los 90's se llevaron a cabo varios esfuerzos en esta dirección, siendo el primero de estos la ejecución del proyecto "Prioridades de Inversión en Salud", cuyo propósito era identificar tanto áreas prioritarias de intervención, como los criterios a través de los cuales la población define sus prioridades y requerimientos, lo cual sería un importante insumo para la redefinición de las prioridades técnicas en salud y posteriormente para la revisión de los planes y programas del sector. Es en este contexto que se realizaron los estudios de la Carga de Enfermedad en Chile y de Preferencias Sociales.

Con el mismo propósito, en el año 1999 el Ministerio de Salud lleva a cabo el estudio de Costo Efectividad.

11.1 Estudio de Costo Efectividad de Intervenciones para los Principales Problemas de Salud Pública (1999)

Este estudio constó de las siguientes etapas:

1. Identificación de las intervenciones de salud. A partir de la definición del problema y las alternativas para enfrentarlo.

2. Determinación de la efectividad de las intervenciones. En el caso de este estudio se utilizó los AVISA (Años de vida saludables) evitados como parámetro.

La estimación de la efectividad de cada intervención fue realizada con la metodología diseñada por la Universidad de Harvard aplicada en el Estudio de Costo Efectividad de Mauritius (en que se ajusta la eficacia por un parámetro de ajuste poblacional).

Efectividad = eficacia * ajuste poblacional

Efectividad = eficacia * cobertura * adherencia * cumplimiento * representatividad.

Los AVISA evitados fueron calculados a partir del parámetro de efectividad y de los AVISA perdidos por cada enfermedad que fueron obtenidos del Estudio de Carga de Enfermedad de 1996.

3. Determinación de los costos netos (incluidos los de inversión) de las intervenciones.

El modelo de costeo que se utilizó en el estudio corresponde a la Metodología denominada “Sistema de Costeo de Intervenciones” realizada dentro del marco del Proyecto Ministerio de Salud - Banco Mundial, que diferencia entre costos directos e indirectos.

En el caso de los costos directos, estos fueron medidos en terreno a partir de la encuesta ECO, en una muestra de establecimientos públicos (5 hospitales, 12 centros de atención secundaria y 1 centro de atención primaria).

Cálculo de los coeficientes de costo efectividad (CCE).

$$\text{CCEi} = \text{Costoi} / \text{Efectivadi.}$$

Posteriormente a los estudios antes mencionados, en el año 2000 se da inicio a las estrategias destinadas a impulsar la materialización del proceso de reforma del sector salud.

El 3 de septiembre de 2003 se publicó la ley N° 19.966 que establece el “Régimen General de Garantías en Salud”. Esta ley permite que, mediante un decreto suscrito por los Ministerios de Salud y Hacienda, se defina un conjunto priorizado de problemas de salud y las garantías explícitas que tienen los beneficiarios respecto de las prestaciones de salud asociadas a esos problemas. Tales garantías son iguales para los beneficiarios del asegurador público (FONASA) y de los aseguradores privados (ISAPRE) de salud.

La Ley consagra como derechos de los beneficiarios las garantías explícitas relativas a:

a) Garantía Explícita de Acceso.

Obligación del FONASA y de las ISAPRE a asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933 respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

Resumen de Resultados:

b) Garantía Explícita de Calidad.

Se refiere al otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

c) Garantía Explícita de Oportunidad.

Establece un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación debe ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el FONASA o la ISAPRE, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.

c) Garantía Explícita de Protección Financiera⁶⁷

La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones no superará el 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen. Para los beneficiarios clasificados en los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469 el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones y para los grupos C y D podrá fijar copagos menores al 20%.

Según lo dispuesto en la Ley 19.966, la elaboración de cada propuesta de Garantías Explícitas en Salud debe sustentarse en el “desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad”. Estableciendo que “Para ello se deberán

⁶⁷ <http://desal.minsal.cl/DOCUMENTOS/PDF/GES/1.3/MINUTA%20PHILIP%20MUSGROVE160307.pdf>

desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno”.

Asimismo, estipula que las Garantías Explícitas en Salud que se determinen no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de beneficiarios del FONASA e ISAPRE, estimado para un período de doce meses, significativamente diferente de la Prima Universal que se establece en la ley en referencia.

El texto legal indica que dicho costo esperado individual deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales o canastas de prestaciones de los problemas que sean definidos por el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda. Además indica que para efectos de determinar las Garantías Explícitas en Salud, el costo de provisión de ellas será calculado en relación a un beneficiario promedio considerando ISAPRE y FONASA. Dicho costo se denomina costo esperado individual y será el resultado final de la definición de los problemas de salud, de las prestaciones asociadas a éstos, de la estimación del número de casos esperados y de la demanda potencial de las citadas prestaciones asociadas a cada problema de salud.

Por otra parte, en la Ley se establece un cronograma de gradualidad en la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas del Régimen de Garantías en Salud, consignando que:

- El año 2005 las Garantías Explícitas se aplicarán a un **máximo de veinticinco patologías** o condiciones de salud, para lo cual la Prima Universal anual no podrá ser superior a 1,02 unidades de fomento.

1. Se entiende por prima universal el valor máximo anual por beneficiario que puede alcanzar el costo esperado por beneficiario para el conjunto de la población de ISAPRE y FONASA.
 2. Se entiende por prestaciones a las acciones de salud, tecnología sanitaria o dispositivos médicos, tales como consultas médicas, exámenes y procedimientos, medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos o insumos que se requieran para el diagnóstico de un problema de salud y su tratamiento o seguimiento.
- A contar del 1 de julio de 2006 las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de **cuarenta patologías** y condiciones de salud y una Prima Universal no superior a 2,04 unidades de fomento.
 - A contar del 1 de julio de 2007 las Garantías Explícitas se aplicarán a un máximo de **cincuenta y seis patologías** o condiciones de salud y una Prima Universal anual no superior a 3,06 unidades de fomento.

Con el objetivo de asegurar que la propuesta de Garantías Explícitas en Salud no superen en costo a la Prima Universal deberá convocarse a un estudio con el fin de verificar la validez de la estimación del costo esperado por beneficiario con que se determinen las garantías explícitas, calculado para el conjunto de los beneficiarios de las ISAPRE y de FONASA. De esta forma se garantizaría que efectivamente se cumpla la gradualidad en la incorporación al régimen de los problemas de salud con Garantías Explícitas.

Es así, y considerando los resultados de los estudios realizados en la década de los 90's, el 1 de julio del 2005 entró en vigencia el primer decreto de las Garantías Explícitas en Salud, bajo el cual se otorgó cobertura garantizada a 25 problemas de salud.

En cumplimiento de las disposiciones legales, en el año 2005 se realizó un primer estudio de verificación del costo esperado por beneficiario. Para la ejecución de este estudio, y de acuerdo a lo establecido en la ley, el Ministerio de Salud convocó a una licitación internacional que fue adjudicada a la consultora Bitrán & Asociados. Los resultados del Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario 2005, junto con los de otros estudios que se sintetizan en los cuadros siguientes, constituyeron la información que respaldó la propuesta de priorización de las GES 2006.

3. Los ya antes mencionados estudios de Carga de Enfermedad, Preferencias Sociales y Costo Efectividad.
4. Ver Cuadro 9 con listado de Problemas de Salud Garantizados según año de incorporación.
5. * Estudio: "Análisis de la Magnitud de los Problemas de Salud GES y de la Eficacia de las Intervenciones Propuestas en el PLAN", MINSAL, ejecutado por el Dpto. de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
6. *Estudio: "Percepción Social en Salud - Determinación de Prioridades en Salud Propuestas en la Implementación de las Garantías Explícitas en Salud", Ministerio de Salud 2005, ejecutado por Alcalá Consultores Asociados Limitada.

11.2 Análisis de la magnitud de los problemas de salud AUGE y de la efectividad de las intervenciones propuestas en el plan (2005):

Este estudio tuvo como objetivo principal: Actualizar la información epidemiológica y de efectividad de las condiciones de salud propuesta por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

- Desarrollo de una metodología replicable para el análisis de efectividad de las intervenciones en salud con base en fuentes secundarias nacionales e internacionales y juicios de expertos.
- Definición operacional de cada enfermedad o condición de salud propuesta en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (problemas 26 al 56).
- Estimación y justificación de la magnitud de cada enfermedad o condición de salud propuesta en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (problemas 26 al 56).
- Estimación y justificación de la eficacia de las intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria propuesta por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud para cada enfermedad o condición de salud, estableciendo el nivel de atención.
- Identificación de las prestaciones de diagnóstico precoz susceptibles de ser incorporadas para cada una de las 31 condiciones propuestas.
- Estimación y justificación de la cobertura deseable de las intervenciones para cada enfermedad o condición de salud, de acuerdo a cada nivel de atención para lograr impacto sanitario.

- Estimación y justificación del grado de adherencia a las intervenciones por parte de los usuarios potenciales, de acuerdo a cada nivel de atención, en base a la bibliografía internacional y nacional.
- Estimación de la efectividad de las intervenciones propuesta en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (para lo que se evaluó las intervenciones destinadas al control de cada una de las 31 enfermedades o condiciones de salud, sujetas a estudios en términos de eficacia, cobertura, adherencia y tratamiento).

Resumen de resultados:

Los resultados de priorización señalan la mayor importancia de seis condiciones de salud: Vicios de Refracción, Depresión, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Uso de órtesis, artrosis y Atención del Parto.

De estos problemas, 4 fueron incorporados al Régimen de Garantías el año 2006: Vicios de Refracción, Depresión, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Uso de órtesis.

11.3 Estudio de Percepción Social en Salud. Determinación de prioridades en salud propuestas en la implementación del Régimen de Garantías Explícitas (2005):

Este estudio tuvo como objetivo principal: Priorizar el listado de las 31 patologías (desde el problema 26 al 56) cuyas garantías serían implementadas durante el 2006 y 2007, de acuerdo a los criterios que operan en la población para definir sus prioridades de atención en salud.

Estudio cualitativo que buscaba:

- Descripción de los principales problemas de salud sentidos de la población, según los distintos segmentos y considerando el análisis de variables como: edad, género, nivel socioeconómico, ente asegurador (FONASA/ISAPRES) y residencia urbano - rural, entre otras.
- Conocimiento de los criterios con que la población define sus prioridades en salud considerando distinciones por edad, género, nivel socioeconómico, ente asegurador (FONASA/ISAPRES) y residencia urbano - rural, entre otras.
- Aplicación de los criterios consensuados por la población consultada a un listado de 31 patologías propuestas en el Régimen de Garantías Explícitas para el periodo 2006 - 2007 para priorizar las 15 más relevantes de tratar durante el año 2006.
- Conocimiento de cómo varían los criterios consensuados y el ordenamiento de las prioridades del listado según la percepción de gravedad, vulnerabilidad y riesgo que la población consultada atribuye a cada patología.

- Indagación acerca de cómo el Régimen de Garantías Explícitas había sido interpretado (hasta la fecha del estudio) por la población y cuáles eran las expectativas que se generaban en relación a él.

Resumen de Resultados:

A continuación se presenta el listado de los primeros 10 problemas de salud priorizados por la población, es decir aquellos propuestos de manera más transversal y consensual en el colectivo (según grupos de edad, sistema de salud, género, etc.):

1. Cáncer Gástrico
2. Tumores del Sistema Nervioso Central
3. Cáncer de Próstata
4. Leucemia en Adultos
5. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
6. Fibrosis Quística
7. Ruptura de Aneurismas Cerebrales
8. Accidente Vascular Encefálico
9. Tratamiento Integral del Quemado Grave
10. Depresión en Mayores de 15

De estos problemas, 5 fueron incorporados al Régimen de Garantías el año 2006: Cáncer Gástrico, Cáncer de Próstata, Depresión en mayores de 15 años y más, Accidente Vascular Encefálico y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

11.4 Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas (2005):

Este estudio tuvo como objetivo principal: Calcular el costo anual esperado GES por beneficiario de subsistemas FONASA e ISAPRE para el período 2005-2007

- Se estimó la demanda para los 56 problemas, las 446 intervenciones sanitarias correspondientes a cada una de las etapas de los problemas y por último los costos o precios para las 8005 prestaciones (1320 distintas).
- Para valorizar las prestaciones GES otorgadas por el FONASA, se utilizó como base de cálculo el arancel Modalidad Institucional (MAI) del año 2005.
- Este arancel fue ajustado sobre la base de información empírica de costos medios provenientes de una muestra de 9 hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (8 en la RM y uno de regiones) y 5 consultorios municipales.
- Para incluir componentes del costo no considerados en los costos directos, se utilizó un corrector de Operación y Administración, y uno de Depreciación.
- En el caso de la prestación Día Cama, además se corrigió por Complejidad y Eficiencia.
- El corrector de Complejidad se basó en el sistema de medición de complejidad hospitalaria GRD, con información suministrada por el Hospital Salvador.
- Para el ajuste por eficiencia se utilizó el Índice de Rotación, para los hospitales de tipo 1 y 2.

- En el caso de las Consultas Ambulatorias en APS, se ajustó el MAI a partir de la comparación con un costo promedio ponderado (gasto observado y producción normada), obtenido de un instrumento confeccionado para este fin.
- Los precios privados fueron obtenidos a partir de información proporcionada por las ISAPRE respecto a sus precios de convenio y a precios privados en el mercado de prestadores de servicios de salud.
- En el caso de precios de medicamentos para el sector público se utilizaron los proporcionados por la CENABAST (Central Nacional de Abastecimientos) y un Servicio de Salud. Para el sector privado se utilizó una muestra de farmacias del país y la revista Kairos.

A partir del 1 de julio de 2006 entró en vigencia el decreto que aumenta a 40 los problemas de salud que quedan bajo el régimen de garantías.

La última etapa en el cumplimiento de la gradualidad en la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas, consideraba la ampliación de éstas a un máximo de 56 problemas de salud. En este contexto, durante el año 2006 se llevó a cabo el segundo estudio de verificación del costo esperado por beneficiario, el cual esta vez fue adjudicado a la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. El equipo de trabajo también estuvo conformado por profesionales de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica.

De esta forma, a partir del 1 de julio de 2007 quedarán incorporadas un máximo de cincuenta y seis problemas de salud conforme al cronograma establecido en la Ley N° 19.966.

11.5 Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas (2006):

Este estudio tuvo como objetivo principal: Obtener una estimación del costo anual esperado por beneficiario de cada uno y del total de los 56 problemas de salud, considerando para estos efectos a los beneficiarios de FONASA e ISAPRE en conjunto, y apoyar con esta información el proceso de puesta en marcha de las GES 2007.

El modelo teórico de estimación de demanda:

- Considera la epidemiología local con identificación de la calidad del dato fuente de magnitud.
- Considera las gradientes sociales en salud (mayor riesgo o magnitud de necesidades de salud en FONASA).
- Permite estimar la demanda potencial desde un punto de vista técnico.
- Es reproducible y replicable en años futuros incorporando datos de mejor calidad.

El Estudio considera además los siguientes componentes en su parte de Costos:

- Investigación de Mercado de Precios de Medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos, Órtesis y Prótesis.
- Costeo en Terreno de Prestaciones.
- Estimación de Costos de las Prestaciones Residuales (que no se costearan ni por Investigación de Mercado, ni por Costeo en Terreno) .

El Costeo en Terreno de Prestaciones consistió en lo siguiente:

- Se costeo en terreno un total de 102 prestaciones, entre las cuales se cuentan: la totalidad de los días cama, las consultas de especialidad y APS, 12

intervenciones quirúrgicas, 8 prestaciones odontológicas y un total de 24 prestaciones no aranceladas.

- El método de costeo se basó en la información recopilada a partir de la aplicación de la Encuesta FOCO y la obtención de información referente a costos en un total de 25 establecimientos.
- Entre los establecimientos se contó con hospitales generales, hospitales de especialidad, consultorios de especialidad, consultorios de atención primaria y CESFAM, pertenecientes a 7 Servicios de Salud (5 de la Región Metropolitana y 2 de regiones).

En el caso del Sistema Privado:

- Para el caso de los 40 problemas ya en régimen, se consideraron los precios de convenio GES de las ISAPRE con sus prestadores.
- Para los 16 problemas que se incorporan a partir de este año, dada la inexistencia de convenios, se consideraron los precios de lista de las ISAPRE para cada una de las prestaciones incluidas en las intervenciones sanitarias correspondientes.

El camino hacia las Garantías Explícitas no termina aún, el programa de gobierno de la actual presidenta Michelle Bachelet contempla ampliar las garantías a un máximo de 80 patologías durante su periodo, lo que implica un nuevo proceso de priorización para definir los nuevos 24 problemas de salud que serán garantizados.

Siguiendo estos lineamientos es que en febrero de 2007 se dio inicio a dos nuevos estudios: uno de Carga de Enfermedad y otro de Selección de Intervenciones para los Problemas de Salud, de modo de apoyar y continuar el proceso de priorización.

11.6 Estudio de Carga de Enfermedad (2007):

Este estudio tiene como objetivo principal: Proveer información para apoyar la selección de prioridades de salud a ser incorporadas en las Garantías Explícitas en Salud y para el desarrollo del Plan de Salud Pública.

Se espera como resultado de éste:

- Estimación de la carga de enfermedad del país usando el indicador Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) que combina los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM) y los años vividos por discapacidad (AVD).
- Definición de un listado priorizado de enfermedades usando la estimación de la carga de enfermedad (AVISA y sus componentes: AVPM y AVAD), y que incluya las enfermedades actualmente incorporadas al GES y aquellas que se incorporará en el año 2007.
- Estimación de la contribución los de factores de riesgo en la carga de enfermedad (Carga Atribuible).
- Definición de un listado priorizado de factores de riesgo de acuerdo a su contribución en la carga de enfermedad y carga atribuible a 5 años.
- Sensibilización de la estimación de la carga de enfermedad y de la carga atribuible.
- Proyección de la carga de enfermedad y carga atribuible a 5 años.
- Identificación de las implicancias del estudio para los planes y programas de salud.

Resumen de Resultados:

Para finalizar este nuevo proceso de priorización de una manera adecuada se requiere no sólo el conocimiento de la carga de enfermedad (en términos de AVISA), ni de la eficacia de las intervenciones, sino que continuar hacia el análisis comparativo de las posibles intervenciones de salud que actúan sobre dichos

problemas. Por ello, con el propósito de identificar las áreas prioritarias de intervención, para el mediano y largo plazo, durante el año 2007 se llevará a cabo un nuevo Estudio de Costo-Efectividad, el cual se realizará sobre la base de los resultados obtenidos en los dos estudios antes mencionados (Carga de Enfermedad y Selección de Intervenciones).

11.7 Estudio de Selección de intervenciones para Problemas de Salud (2007)

Este estudio tiene como objetivo principal: Apoyar el proceso de priorización de problemas de salud a ser incorporados en las Garantías Explícitas, a partir de la búsqueda, selección y descripción de intervenciones para un listado de problemas de salud propuesto.

Los resultados esperados del estudio son los siguientes:

- Definición operacional de cada uno de los 40 problemas de salud propuestos por el Ministerio (de acuerdo a criterios de carga financiera, de carga de enfermedad, prioridades ministeriales, etc.).
- Selección y descripción breve de intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, para estos problemas de salud.
- Evaluación a partir de la revisión sistemática de la literatura científica, la eficacia de las intervenciones seleccionadas.
- Determinación y análisis, en base a la evidencia disponible, de la brecha entre eficacia y efectividad en las intervenciones seleccionadas.
- Recomendación de intervenciones susceptibles de incorporar al estudio de costo efectividad.
- Descripción exhaustiva, en términos de sus procesos productivos, de cada una de las intervenciones seleccionadas.

La metodología general del estudio se divide en:

- a. Validación de la mortalidad y sus causas
- b. Identificación del listado de enfermedades a estudiar
- c. Selección de parámetros generales
- d. Estimación de AVPM
- e. Estimación AVD
- f. Estimación de AVISA
- g. Proyecciones
- h. Sensibilización

11.8 Estudio Costo Efectividad (2007)

Este estudio tiene como objetivo principal: Apoyar el proceso de priorización de problemas de salud a ser incorporados en las Garantías Explícitas, a partir del análisis de costo efectividad de un máximo de 50 intervenciones de salud y así garantizar mayor racionalidad en el uso de los recursos públicos.

Se esperan los siguientes resultados:

- Evaluación a partir de la revisión sistemática de la literatura científica, la eficacia de un máximo de 10 intervenciones de salud, en cuanto a su reducción de la carga (en términos de muerte, discapacidad y calidad de vida) del problema con el cual están relacionadas.
- Cálculo de la efectividad de un máximo de 50 intervenciones. En este cálculo se deberá considerar los siguientes aspectos:
 - Eficacia
 - Cobertura
 - Adherencia a las intervenciones
 - Cumplimiento de los proveedores

En el caso de las 40 intervenciones incluidas en el Estudio de Selección de Intervenciones, la eficacia será dada como insumo. Para las restantes 10 intervenciones, la eficacia se calculará como resultado de éste estudio. El mismo estudio también entregará un análisis teórico de la efectividad, para las 40 intervenciones incluidas.

- Costeo de intervenciones en terreno, en una muestra de establecimientos del sector público, para un máximo de 50 intervenciones.
- Construcción del indicador costo efectividad para cada intervención estudiada.
- Sensibilizaciones del indicador costo efectividad, a partir de la sensibilización de parámetros relacionados con la efectividad, como de las estimaciones de costo de las intervenciones sujetas a estudio.

*/Este estudio utilizará para el cálculo del numerador del indicador de costo efectividad insumos provenientes de los dos estudios antes mencionados.

Del Estudio de Selección de Intervenciones se obtendrán 40 de las Intervenciones sujetas a estudio, su eficacia y un análisis teórico de la relación eficacia/efectividad. Del Estudio de Carga obtendrá los AVISA perdidos para cada problema de Salud relacionados con las intervenciones seleccionadas, los cuales, junto a los parámetros de efectividad finalmente serán utilizados en el cálculo de los AVISA evitados por las intervenciones.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

El Régimen GES es uno de cinco pilares jurídicos de la Reforma de Salud Chilena que busca disminuir las inequidades en salud, por la vía de entregar acceso universal garantizado a un conjunto de atenciones para un grupo priorizado de problemas de salud.

Aunque no es fácil identificar aquel criterio que permita la mejor y más justa asignación de los recursos, resulta evidente la necesidad de priorizar. Los recursos son limitados e inevitablemente es necesario seleccionar aquel conjunto de problemas de salud cuya resolución pueden derivar en un alto impacto en la población.

Es importante además garantizar que el proceso de priorización en la asignación de recursos se realice sobre bases científicas que incorporen las variables de magnitud, severidad, tendencia, vulnerabilidad y costo. Por otra parte es recomendable que una vez definidos los problemas, se lleven a cabo rigurosos estudios de estimación de demanda y de costo para estimar la magnitud del problema que la sociedad deberá sostener.

Algunos elementos técnicos deben ser considerados en estos estudios, de hecho, refuerzan los aquí presentado en el último capítulo. Estos son:

- Presencia del fenómeno de multimorbilidad y comorbilidad, de especial importancia en el campo de las enfermedades crónicas. Esto se produce ya que tanto el recurso médico, como algunos tratamientos y exámenes de monitoreo o seguimiento se encuentran duplicados en las prestaciones de distintos problemas de salud – Ej: hipertensión, diabetes, artrosis, dependencia de alcohol, esquizofrenia-. Se esperaría que ésta sobre estimación afecte mayormente al sector público ya que en él existen programas de atención

integrados, basados en la atención primaria y en el recurso “médico general” con modelo de salud familiar.

- Falta de adherencia a tratamientos crónicos. Existe demanda que se pierde por falta de adherencia a programas de tratamiento o seguimiento de tipo crónico. Esta pérdida puede oscilar entre 0 y 50 % dependiendo de la patología. Esta sobre estimación puede afectar tanto al sector público como al privado.
- La falta de la figura del médico general y una estructura de atención en niveles de atención en el sistema privado, puede ocasionar la utilización de recurso humano especializado para la resolución de algunos problemas GES.
- La “inestabilidad del sistema”, ocasionada por la puesta en marcha del GES, hace difícil predecir con precisión los escenarios de proyección futura. Probablemente la mayor inestabilidad se puede producir en la estimación de la conducta de elección del prestador (GES, no GES) por parte de la población.

Al existir problemas de salud no Ges, el sistema de salud pública enfrenta la disconformidad de la población “no favorecida”, que ve crecer las listas de espera, con la consiguiente “insatisfacción usuaria”. Esto, provoca una migración hacia el sistema privado para la solución del problema. El Sistema Privado, regulado por el mercado, recibe los beneficios económicos de este grupo de usuarios.

El GES ha favorecido la discusión científica de grupos de profesionales que en conjunto han permitido optimizar sus recursos en el nuevo escenario de priorización. Esto también ha permitido cumplir las metas y objetivos sanitarios del decenio 2000 – 2010 y formular con más certeza las metas para el período 2010 - 2020.

Parece del todo lógico pensar que este campo de investigación presenta innumerables variables de estudio, producto de la gran cantidad de información que está surgiendo día a día. La revisión periódica de nuevas investigaciones permite resolver nudos críticos que surgen a medida que se complejiza el avance del GES, con la incorporación de nuevos problemas de salud.

Finalmente es necesario recalcar la importancia de contar con información de calidad para realizar estos estudios. En cuanto a la percepción de necesidad en salud, 43 de los 69 problemas de salud necesitan disponer de estimadores a nivel nacional de incidencia o prevalencia en población general que incorpore desagregaciones de acuerdo con gradiente socioeconómica. El resto de los problemas GES necesita estimadores de oferta y registro de atenciones específicas por problema de salud realizadas por el sistema formal GES y no GES (especialmente deficientes en el sector ISAPRE).

En cuanto a estimadores para demanda, son muy escasos en general, y se hace necesario desarrollar estudios poblacionales específicos o bien reorientar los estudios existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. FUENTES IMPRESAS

1. Bhen, Robert: "El análisis de políticas y la política" publicado originalmente con el título "Policy Analysis and Policy Politics", en *Policy Sciences*, 19, 1986, pp. 33-59. Traducción al español de Graciela Bellón.
2. Cruz Coke R.: Historia de la Medicina Chilena, Editorial Andrés Bello, 1995.
3. Decreto Supremo N° 44, artículo 11
4. Estudio de "Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas – GES 2007". Ministerio de Salud. Santiago, diciembre de 2006
5. INFORMEWHO-AIMS Sobre Sistema de Salud Mental en Chile Versión Española Junio 2007
6. Kliksberg, Bernardo (2007) "Hacia una economía con rostro humano"
- 7.- Landau, Martin: "El ámbito propio del análisis de políticas" Publicado originalmente con el título "The Proper Domain of Policy Analysis" en *American Journal of Political Science*, vol. Xxi, num. 2, pp. 423-427. Traducción al español de Jonathan Molinet.
- 8.- Laval E., cit. en Cruz Coke R., ibíd.
- 9.- Romero H.: "Hitos fundamentales de la Medicina Social en Chile", en Medicina Social en Chile, Editorial Aconcagua, Santiago de Chile, 1976.
- 10.- Torgerson, Douglas: "Entre el conocimiento y la política: tres caras del análisis de políticas" publicado originalmente con el título "Between Knowledge and Politics: Three Faces of Policy Analysis", en *Policy Sciences* num. 19, 1986, pp. 33-59. Traducción al español de María del Carmen Roqueñí.
- 11.- Van Meter, Donald y Van Horn, Carl: El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual. Publicado originalmente con el título: "The Policy Implementation Process. A Conceptual Framework", en *Administration & Society*, vol 6, no. 4, 1975, pp. 445-488. Traducción al español de Gloria Elena Bernal.

12.- Verdessi, Daniel: “¿Qué es el Auge?” Publicado como documento UNEDI-Colegio Médico de Chile 2007.

13.- Walt G.: Health Policy, An Introduction to Process and Power, Zed Books, London, 1994

B. LINKOGRAFIAS

- <http://www.monografias.com/trabajos87/evolucion-conocimiento-cientifico-salud-publica/evolucion-conocimiento-cientifico-salud-publica.shtml>
- <http://definicion.de/salud-publica>
- <http://www.inap.org.mx/portal/images/RAP/mbrik.pdf> (Mendoza Brik 2008)
- www.copec.org/documento_noticias_download.php?id=106
- www.embassyofchile.se/espanol/salud.htm
- http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-07-25.7747914711
[vecam.org/article542.html](http://www.vecam.org/article542.html) (Ntambue 2006)
- <http://escuela.med.puc.cl> Anexo titulado “Listado de Prestaciones Específicas”. Ministerio de Salud
- CONCHA B. Marisol. Innovación tecnológica en salud. Expansiva, En foco 14. Ed.electrónica:
http://www.expansiva.cl/en_foco/documentos/25112003112724.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ed. electrónica: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf
- http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/guias.html
- <http://www.bcn.cl/>
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
- www.who.int/entity/mental_health/.../chile_who_aims_report.pdf
- <http://www.hsalvador.cl> visitado el jueves 08 de julio de 2010, consultando:
- <http://www.hsalvador.cl/auge.php>

- <http://www.indexmundi.com/> visitado el sabado 10 de julio, consultando:
- http://www.indexmundi.com/es/chile/tasa_de_natalidad.html

- <http://www.ispch.cl> visitado el viernes 09 de julio, consultando:
<http://www.ispch.cl/encabezado/funcion/resena.html>

- <http://www.redsalud.gov.cl> visitado desde el jueves 08 al domingo 11 de julio:
- <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/6bdb73323d1bbe93e04001011f013325.pdf>

- <http://www.psicopedagogiaonline.com/> visitado el lunes 12 de julio:
- <http://www.psicopedagogiaonline.com/articulos/documentos/inves.htm>

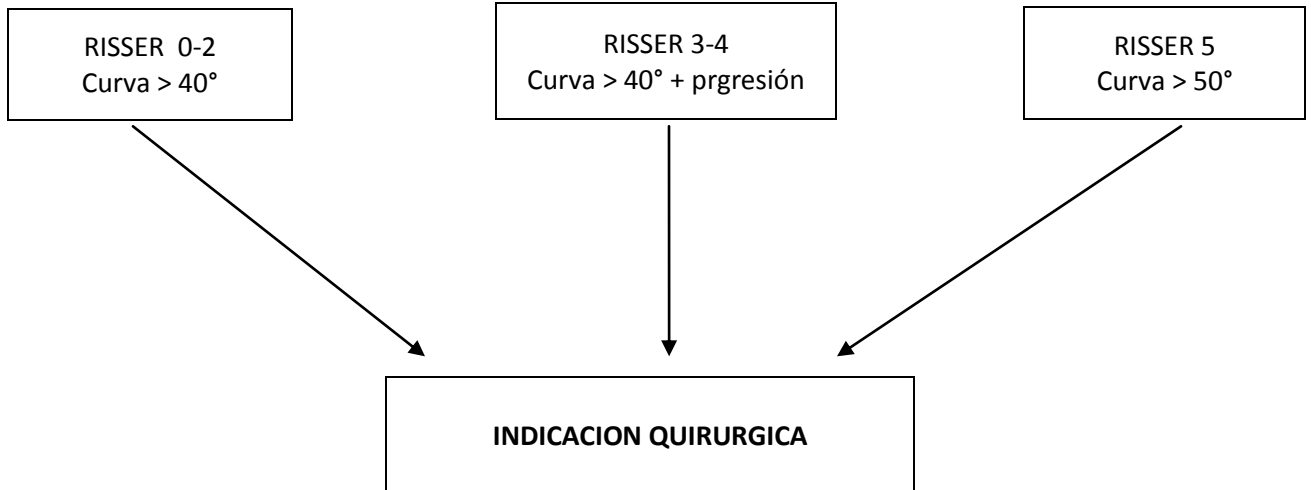
- <http://www.cicese.mx> visitado el miércoles 14 de julio:
- <http://planeacion.cicese.mx/RNGCI/.../Categorias%20de%20Analisis.ppt>

- <http://www.yahoo.com> visitado el 14 de julio
- La Iniciativa de Comunicación - lacth - La salud como fenómeno social discurso y práctica social.htm
- <http://mx.answers.yahoo.com/question/index?qid...> – México

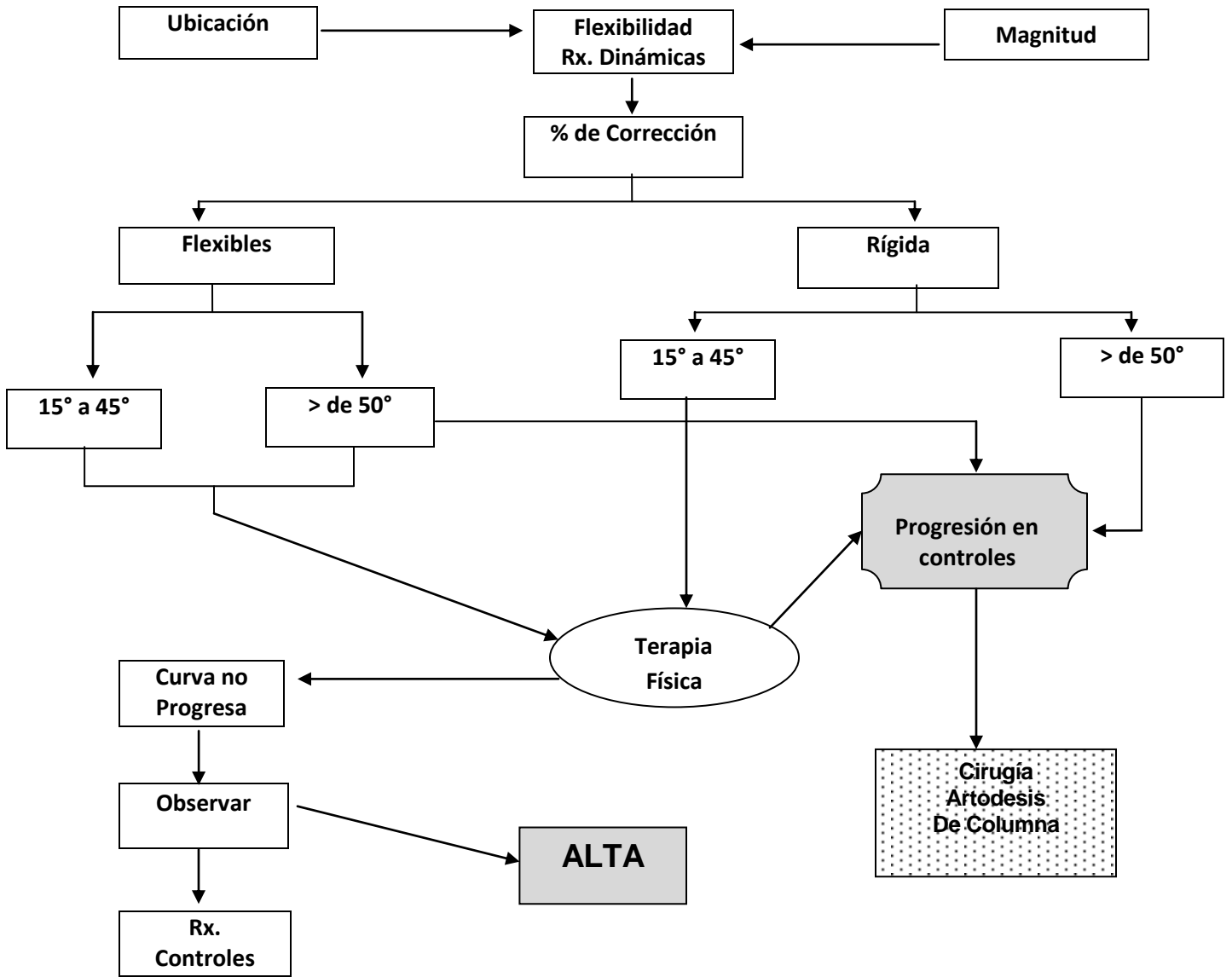
- http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/economia.html
- <http://vecam.org/article542.html>
- <http://www.mailxmail.com/curso-mejora-gestion-recursos-humanos/concepto-recursos-humanos>
- http://www.ssmaule.cl/paginas/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27&Itemid=95
- www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/CardiopatiaCongenita.pdf

ANEXOS

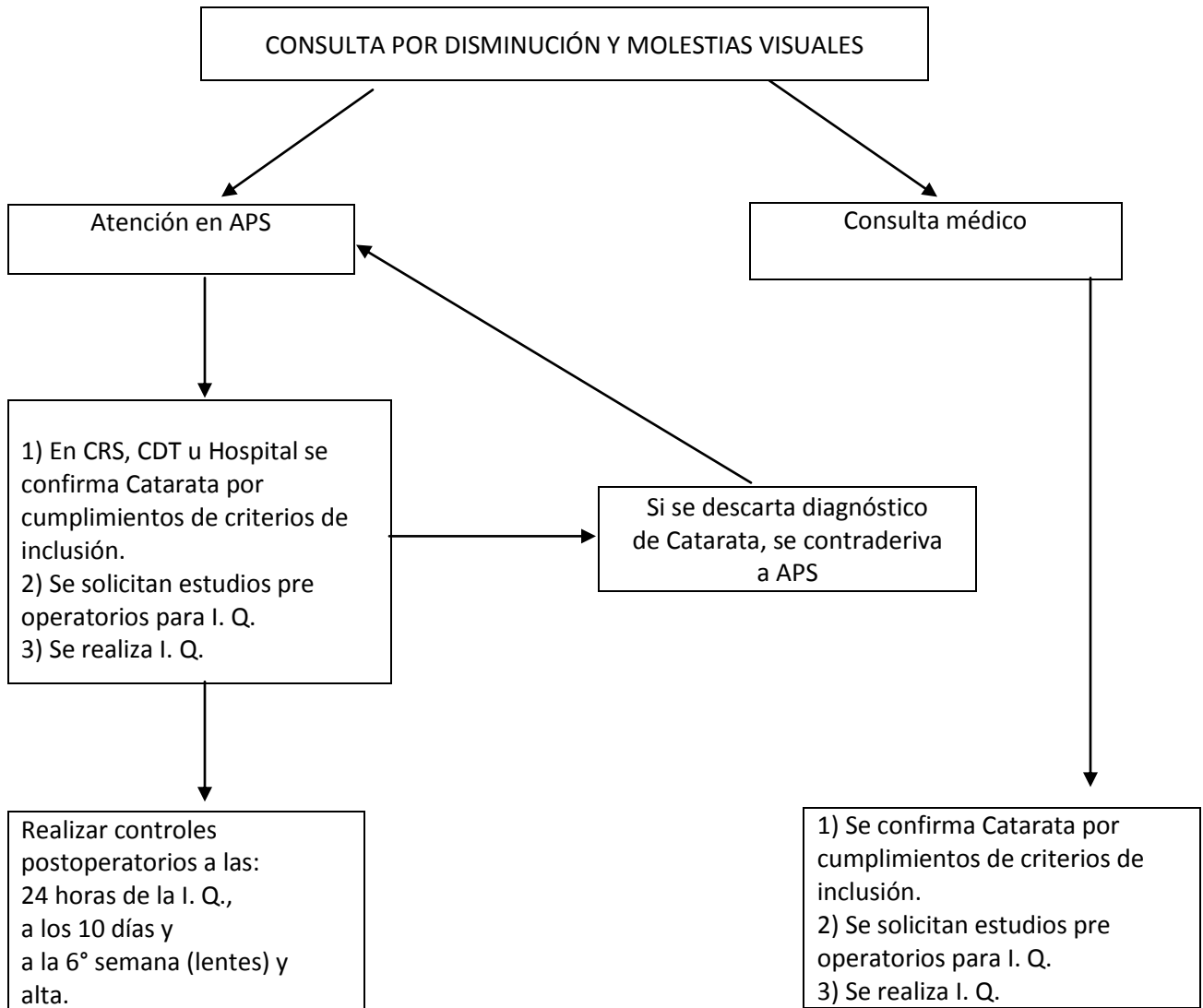
FLUJOGRAMA N^o 2: Indicación Quirúrgica en Escoliosis Idiopática del Adolescente



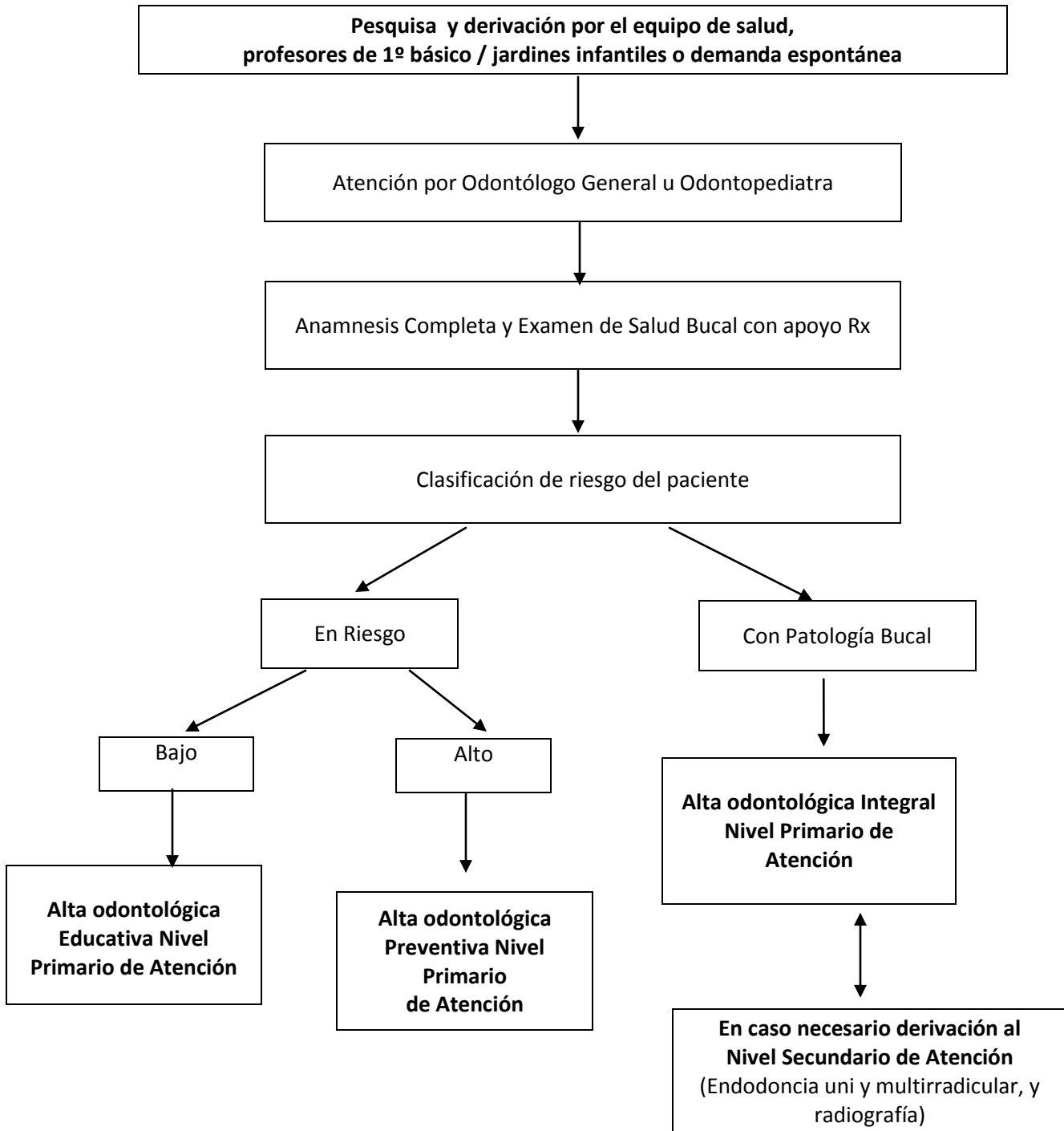
FLUJOGRAMA N° 3: Decisión Terapéutica en Escoliosis Idiopática del Adulto



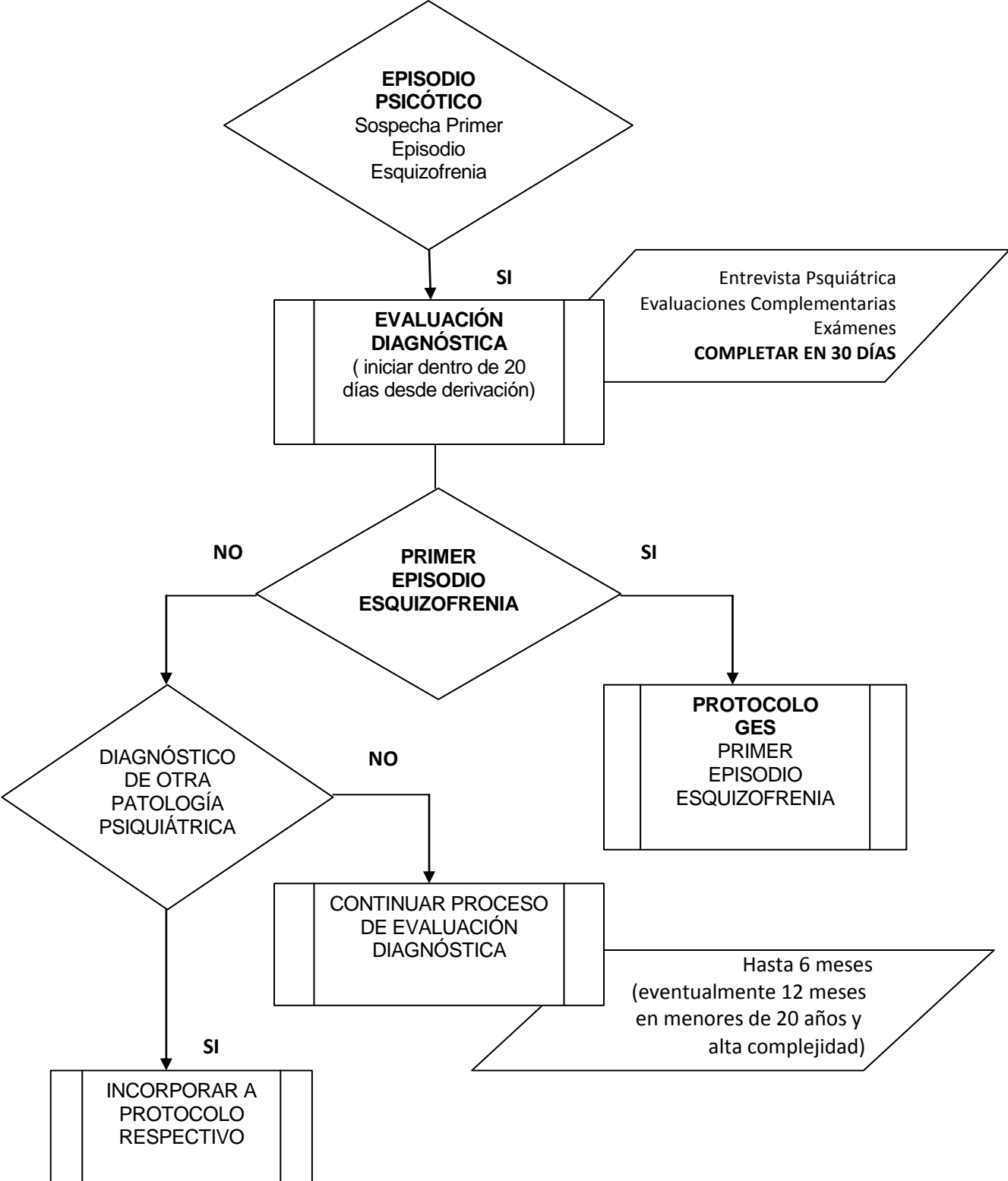
ALGORITMO N°1: Atención de Pacientes con Catarata



FLUJOGRAMA Nº 4: Evaluación Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años.

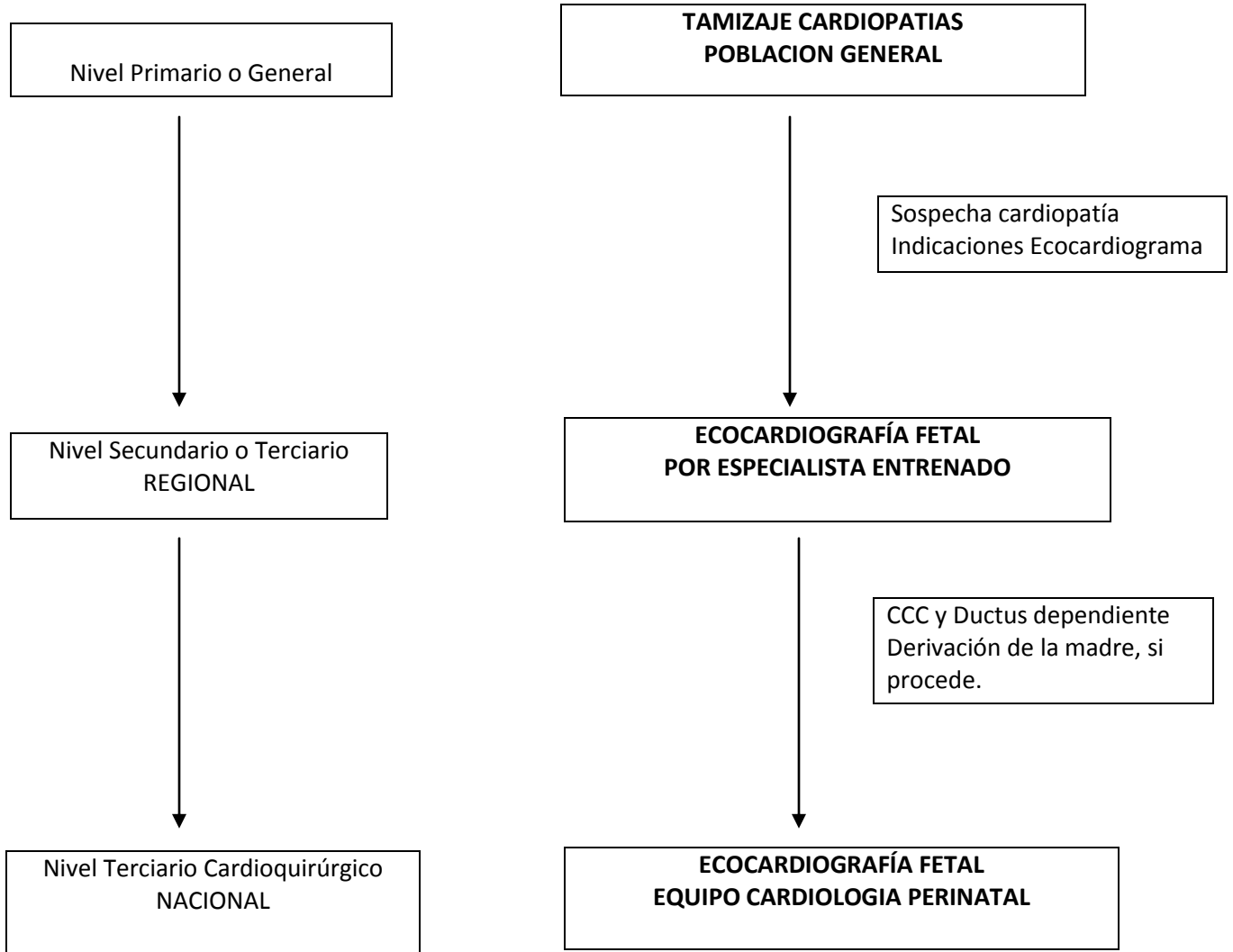


FLUJOGRAMA N° 5: Manejo de personas con sospecha de primer episodio de Esquizofrenia

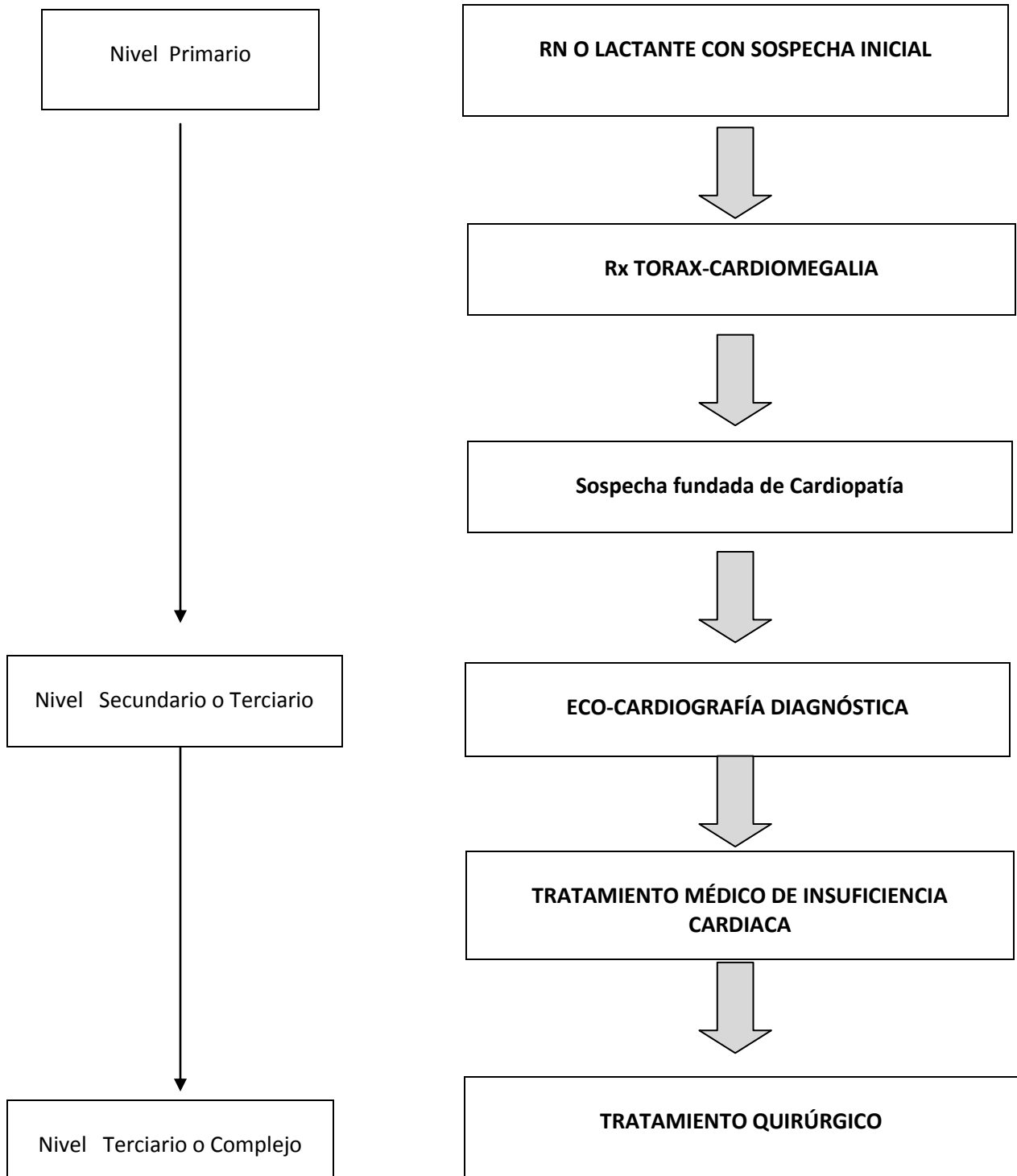


FLUJOGRAMA N° 6: Manejo de pacientes con Cardiopatía Congénita Operable.

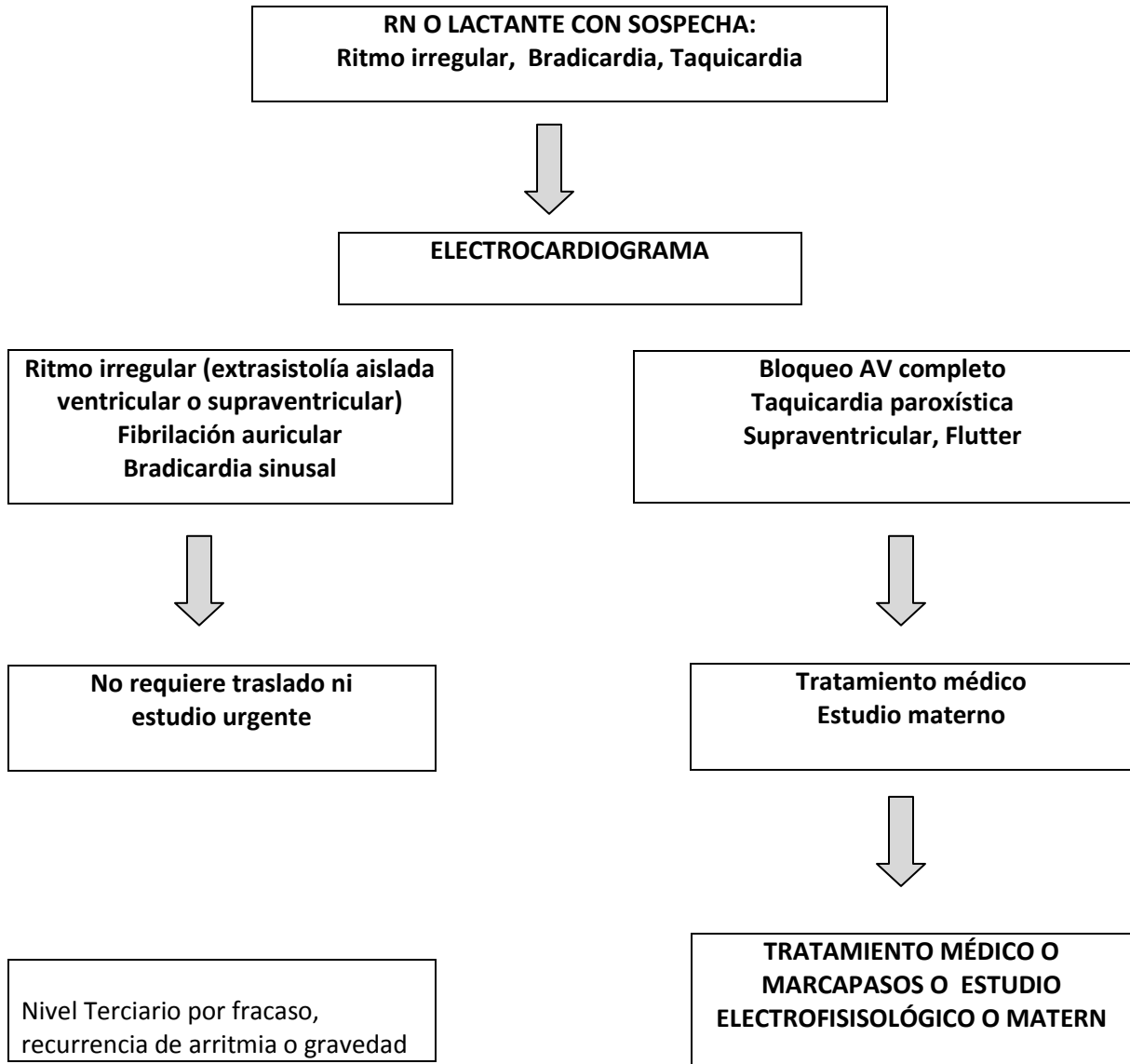
1. DIAGNÓSTICO PRE-NATAL



FLUJOGRAMA N° 7: Cardiopatía Congénita con Insuficiencia Cardíaca

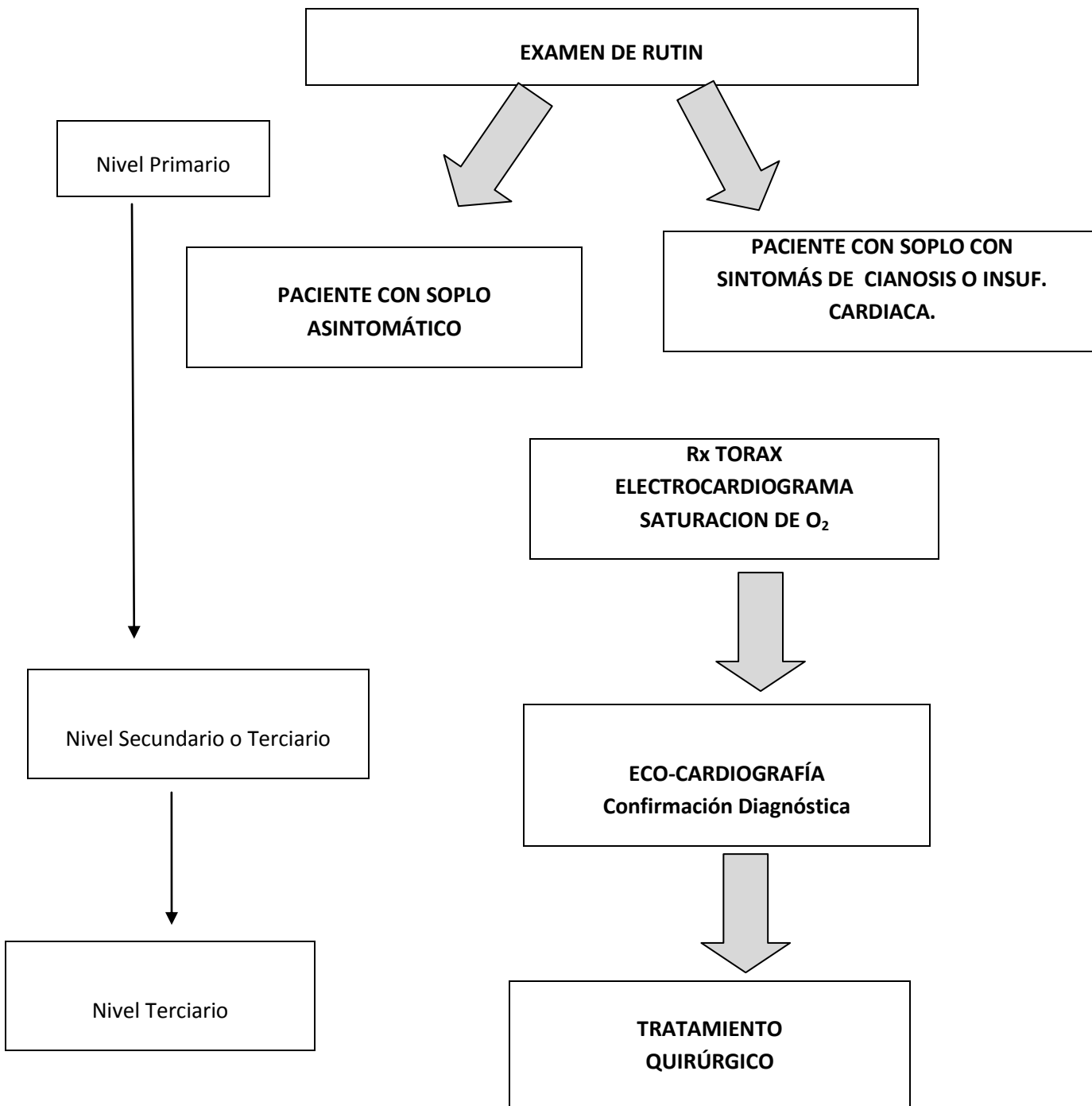


FLUJOGRAMA N° 8: Cardiopatía Congénita con Arritmias



FLUJOGRAMA N° 9: Cardiopatía Congénita con arritmias (Soplo)

SOPLO



FLUJOGRAMA N° 10: Cardiopatía Congénita Cianótica

CIANOSIS

CIANOSIS CENTRAL QUE NO MEJORA CON OXÍGENO

Nivel de Atención
General o Primario

SATUROMETRÍA O GASES EN SANGRE ARTERIA

Descartar:
Infecciones
Hipoglicemia
Acidosis metabólica
Patología pulmonar
Factores
predisponentes
para hipertensión
pulmonar

Rx de Tórax
Descarta patología pulmonar
No hay mejoría con O₂
Evaluar circulación pulmonar

Test de Hiperoxia

SOSPECHA FUNDADA DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA CIANÓTICA

Nivel de
Especialidad o
Secundario

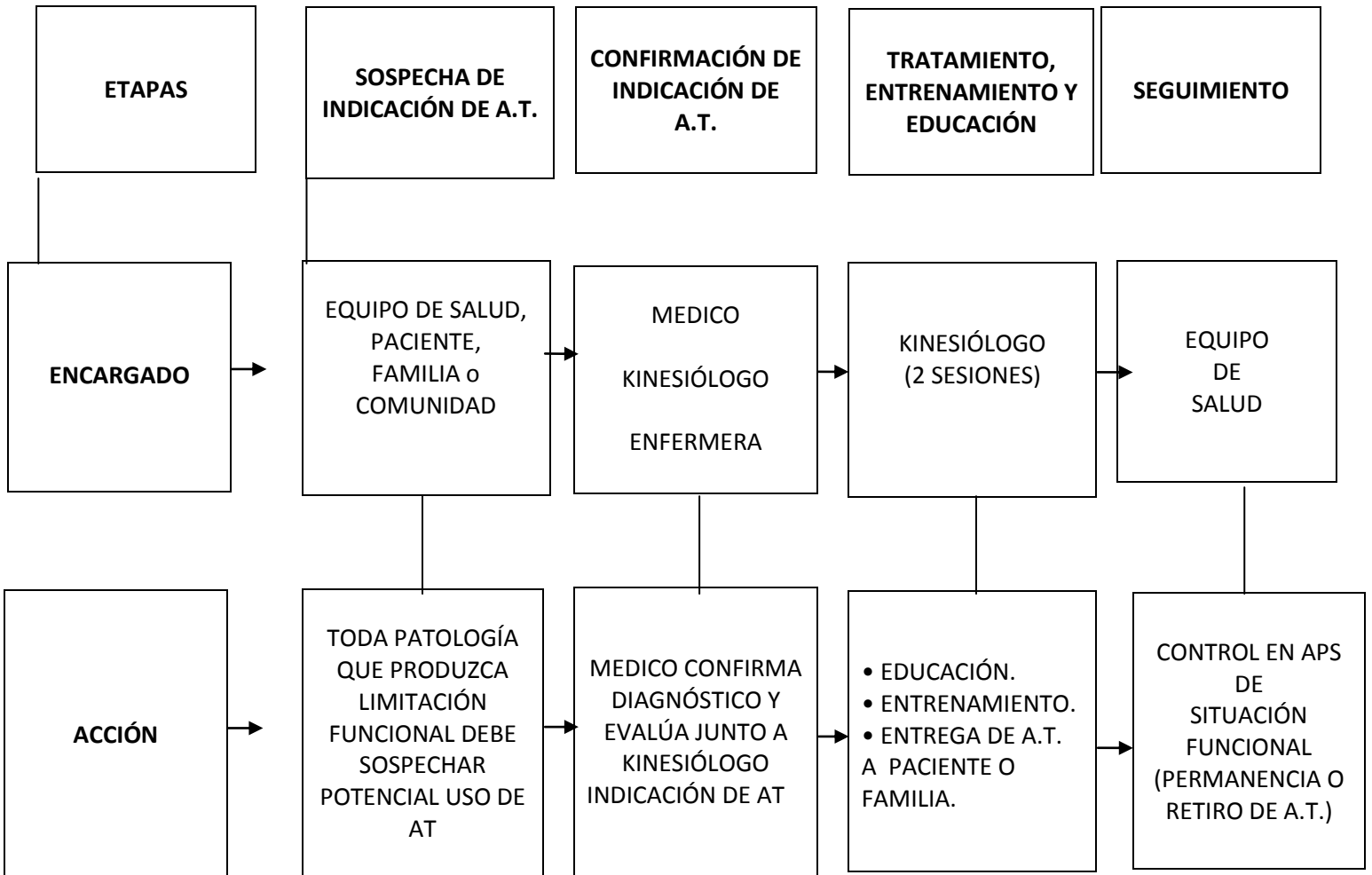
ECO-CARDIOGRAFÍA - CONFIRMACIÓN

Nivel
Terciario o Complejo

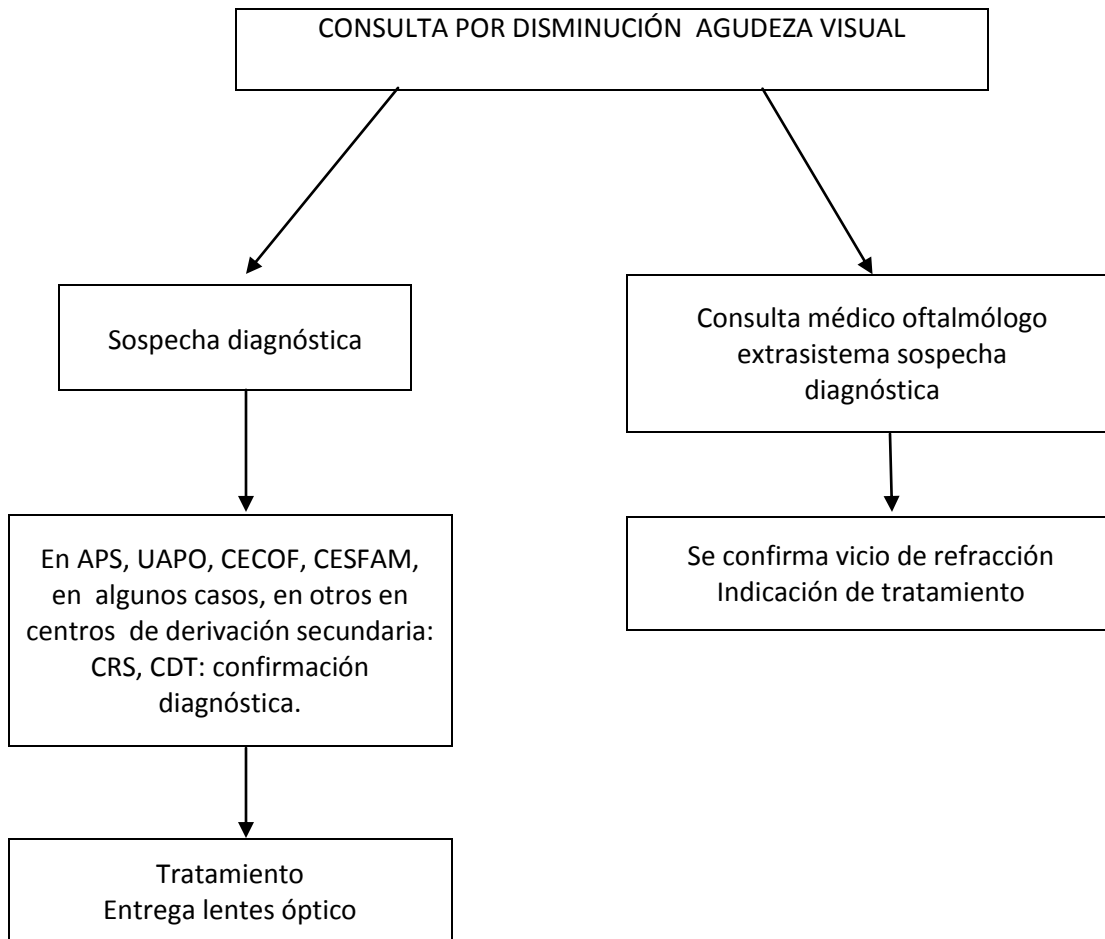
USO PROSTAGLANDINA E1

**CCC Ductus dependiente o con Insuficiencia
cardiaca:
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

FLUJOGRAMA N° 11: Etapas y Procesos de las Ayudas Técnicas (AT)

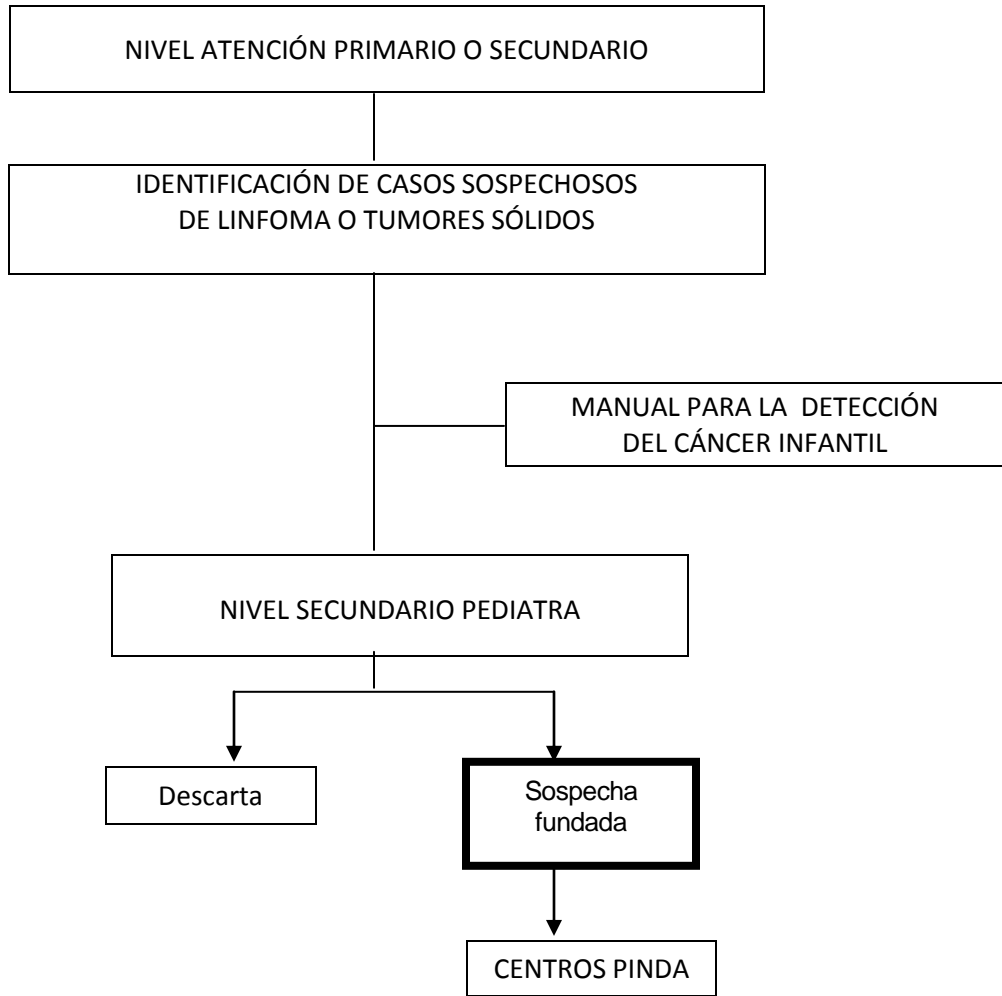


ALGORITMO N°2: Atención de pacientes con Vicios de Refracción

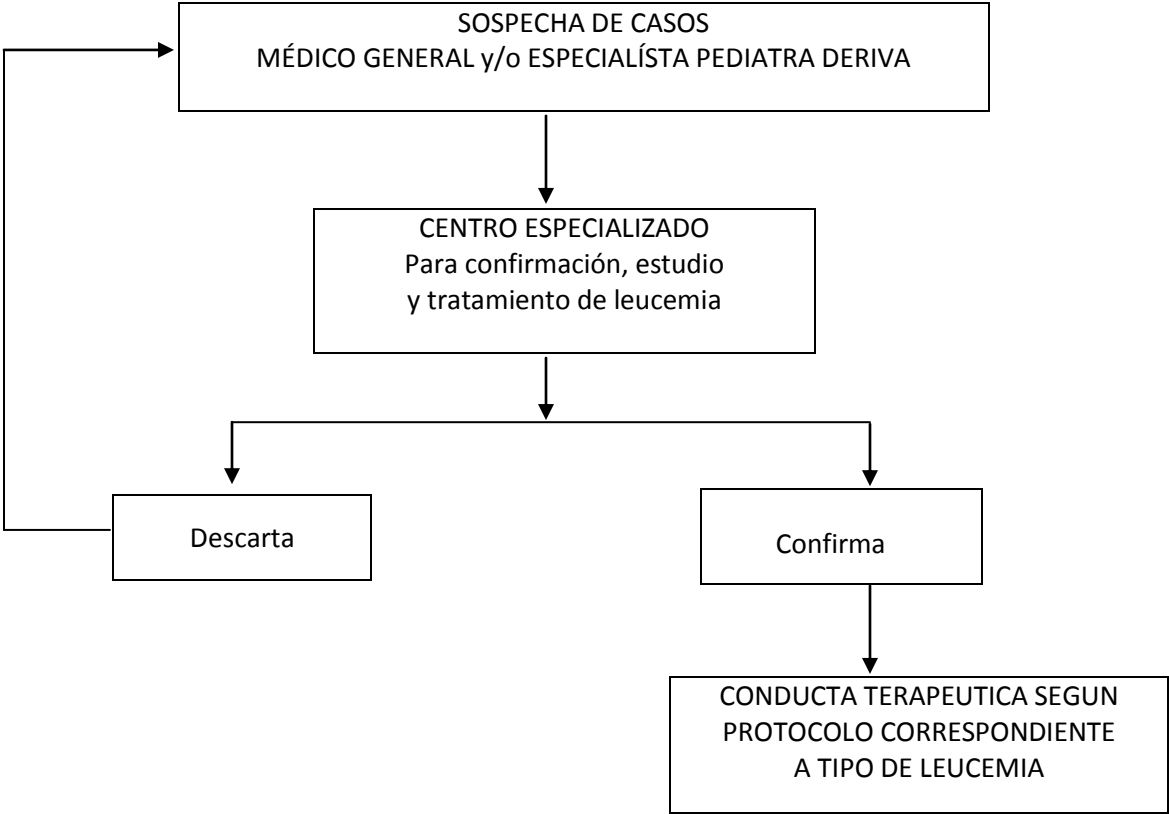


ALGORITMO N° 3: Sospecha de Linfoma o Tumor Sólido en menores de 15 años

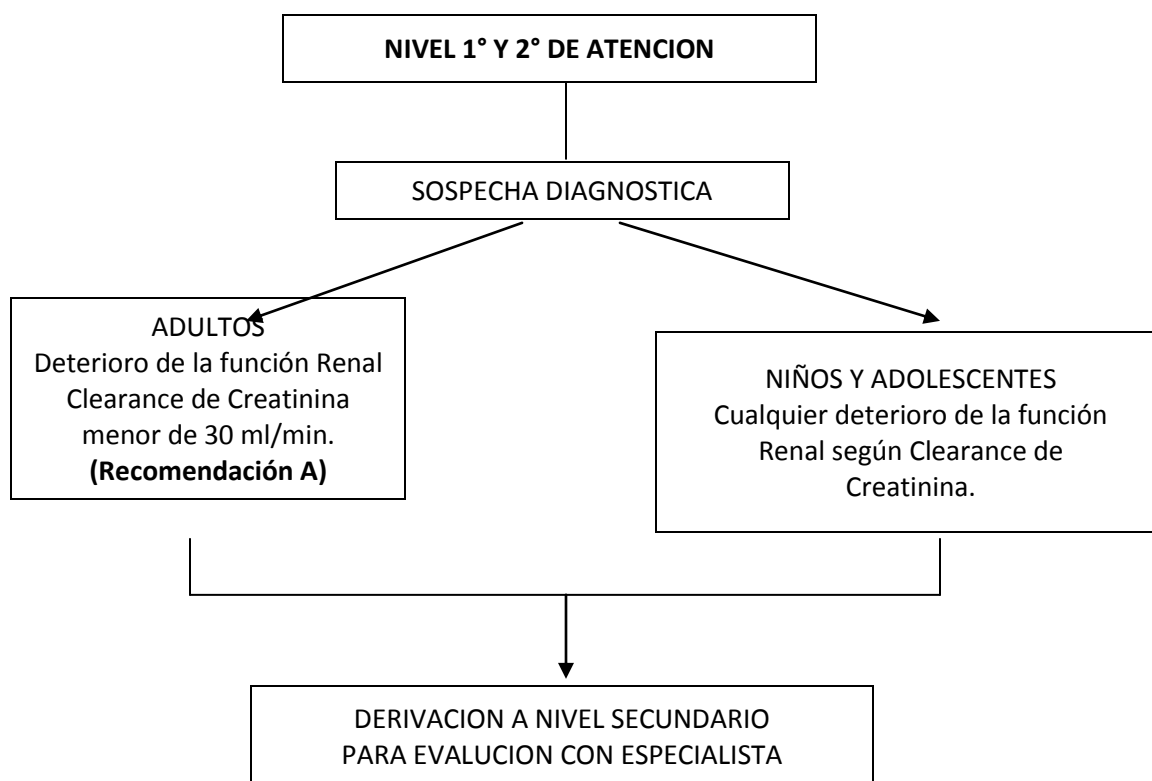
ALGORITMO DE SOSPECHA



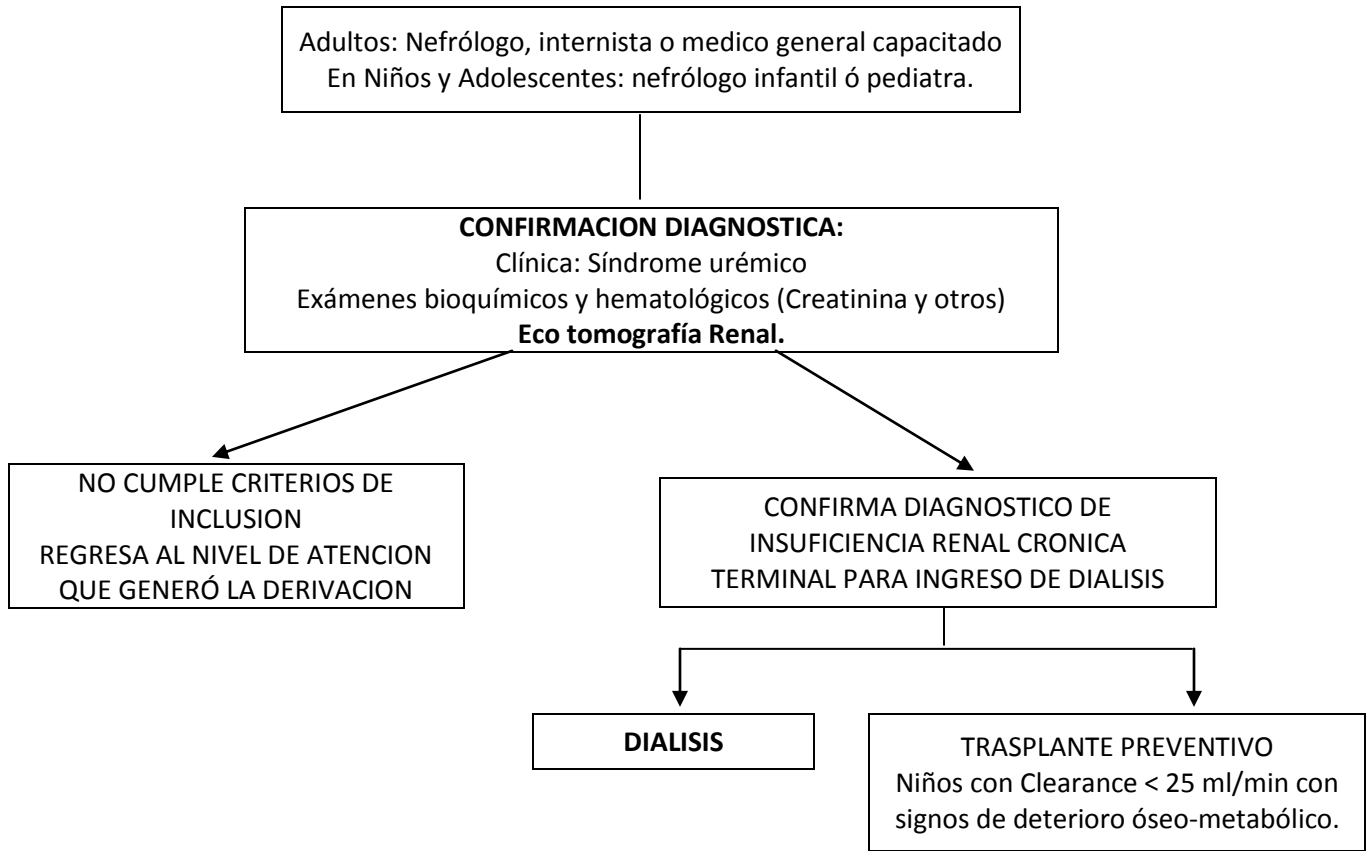
FLUJOGRAMA N° 12: General de Leucemia en niños menores de 15 años



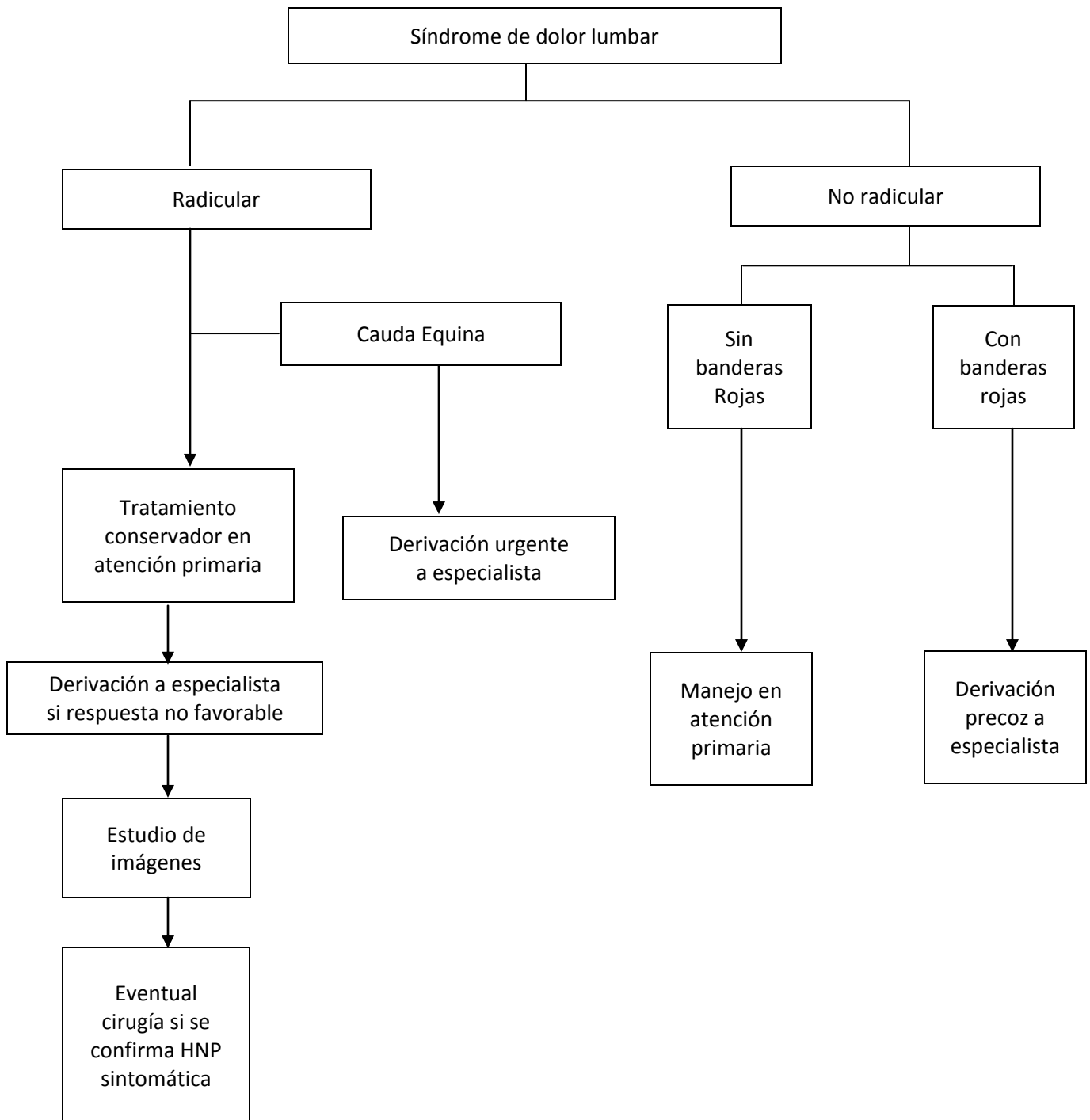
ALGORITMO N° 4: Sospecha de IRCT



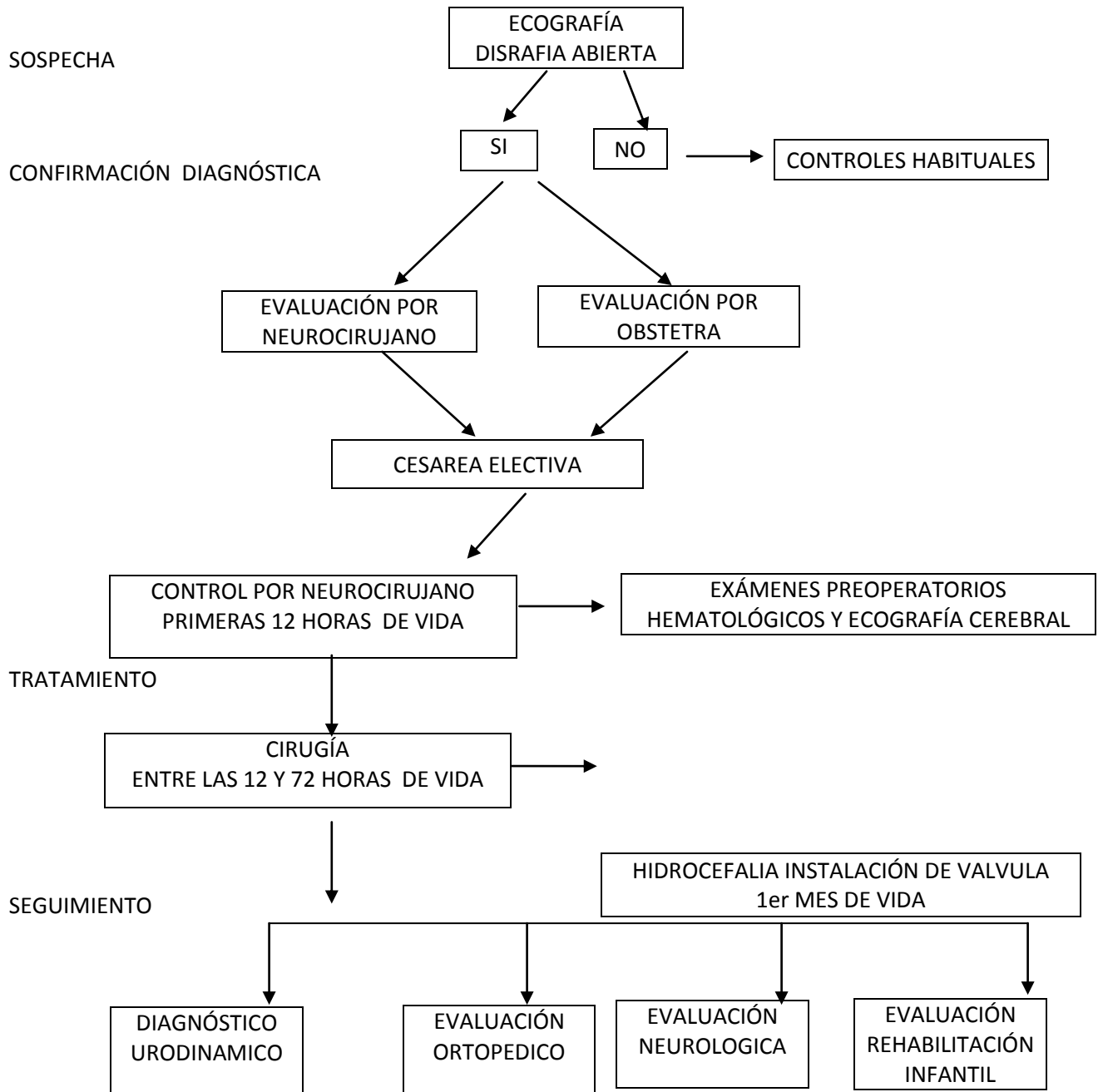
ALGORITMO N° 5: Sospecha Derivación Confirmación Diagnóstica para ingreso a Diálisis



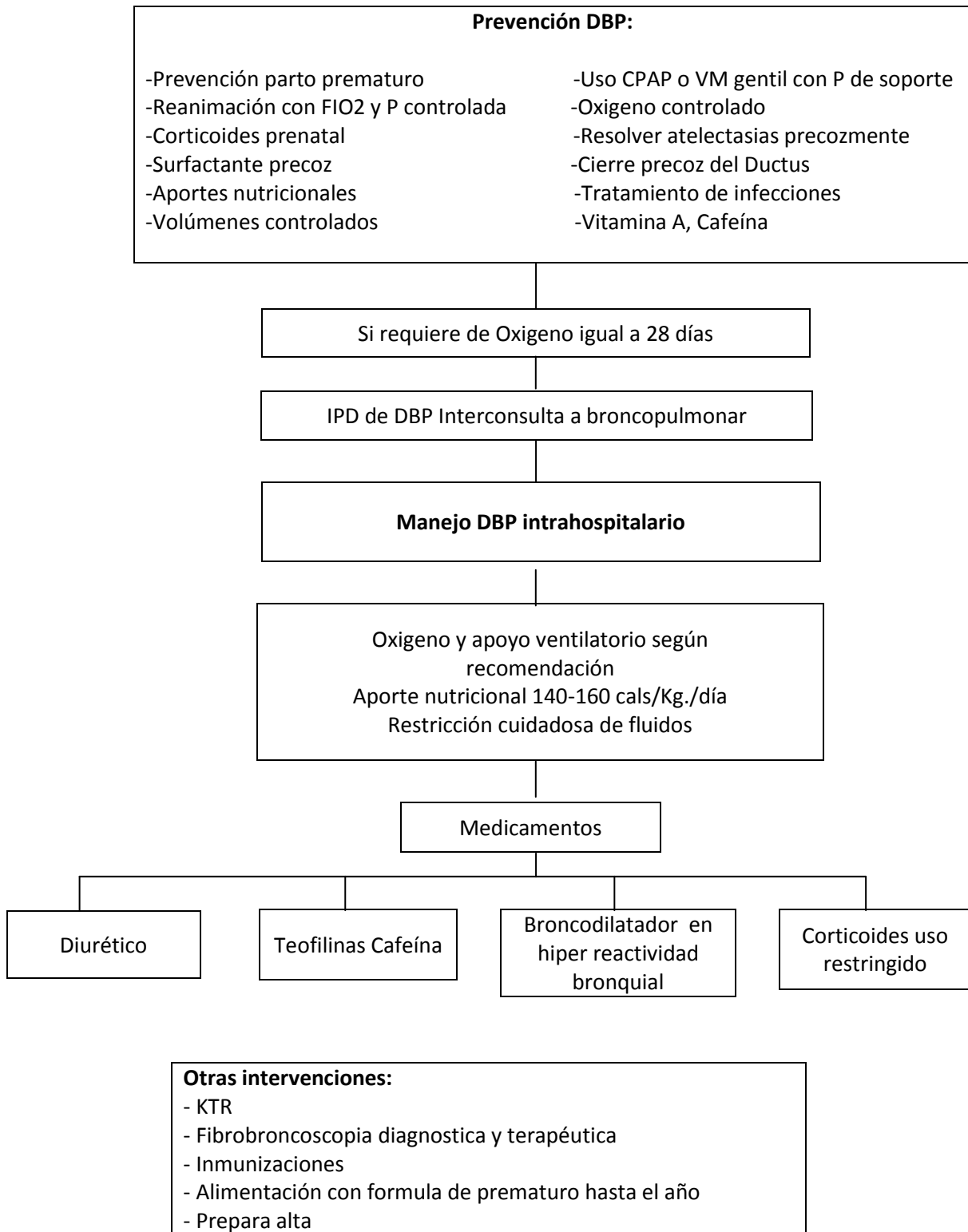
FLUJOGRAMA N° 13: Manejo paciente con Síndrome de Dolor Lumbar Radicular

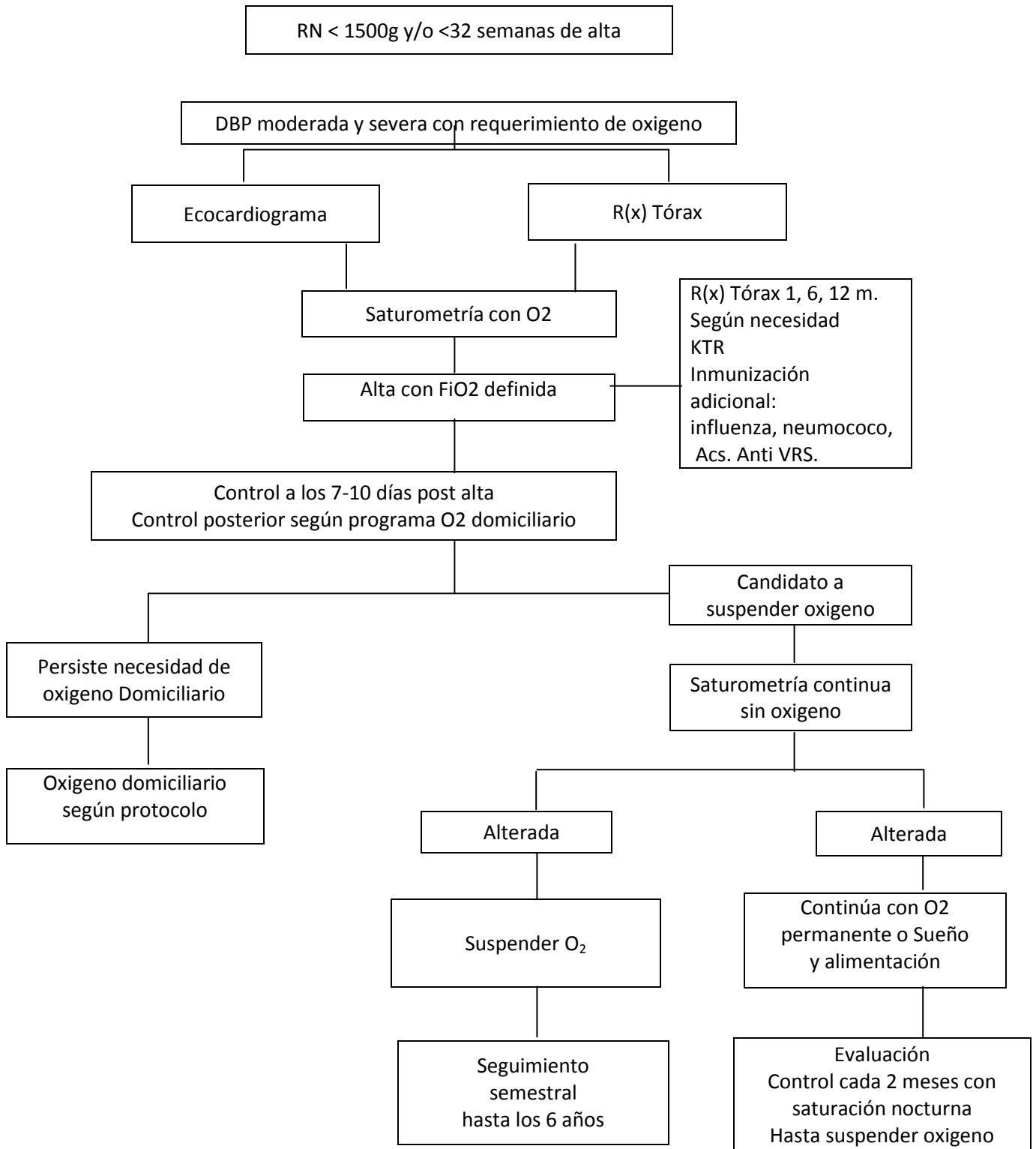


FLUJOGRAMA N° 14: Disrafia Abierta

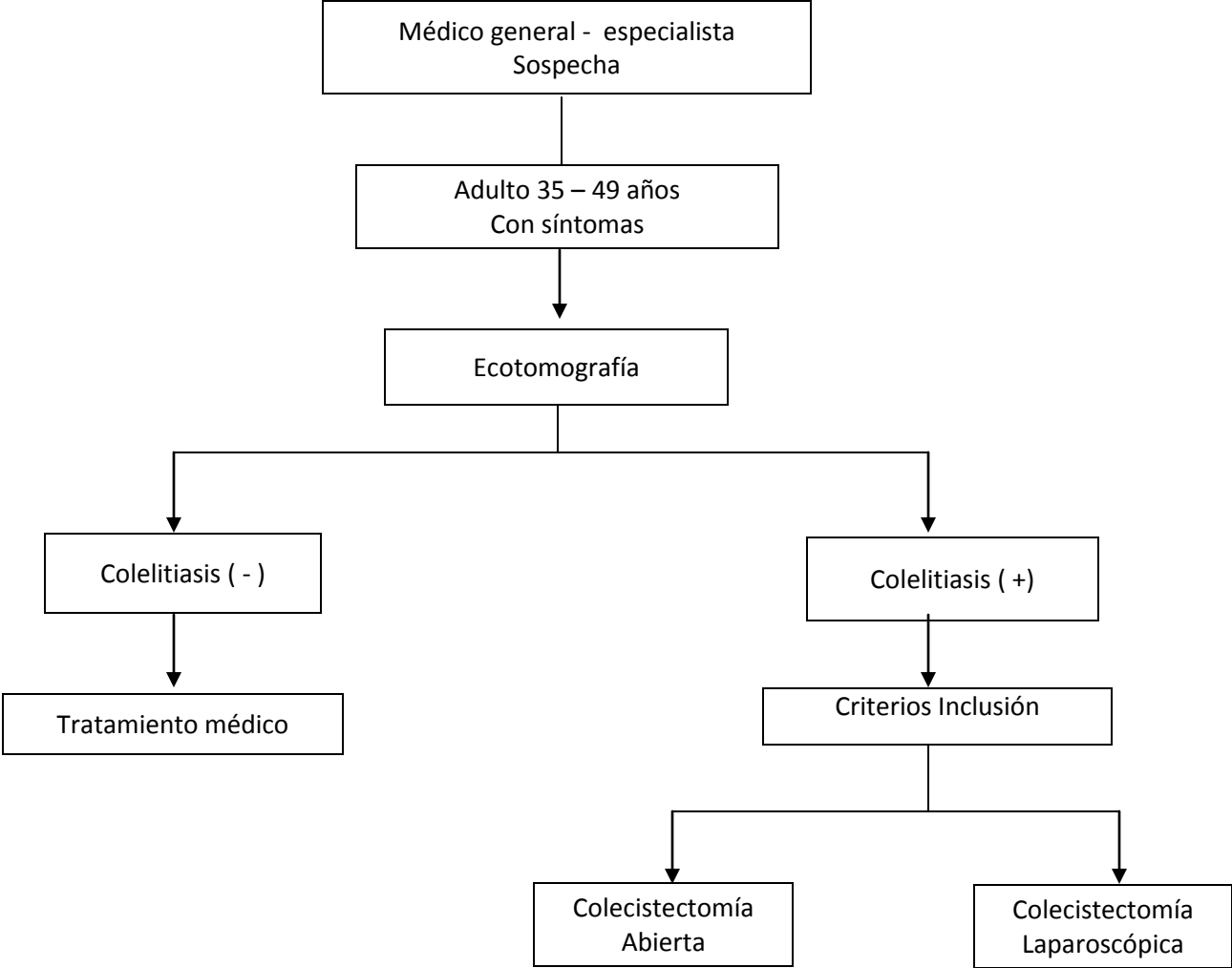


FLUJOGRAMA N° 15: Manejo del Paciente con DBP

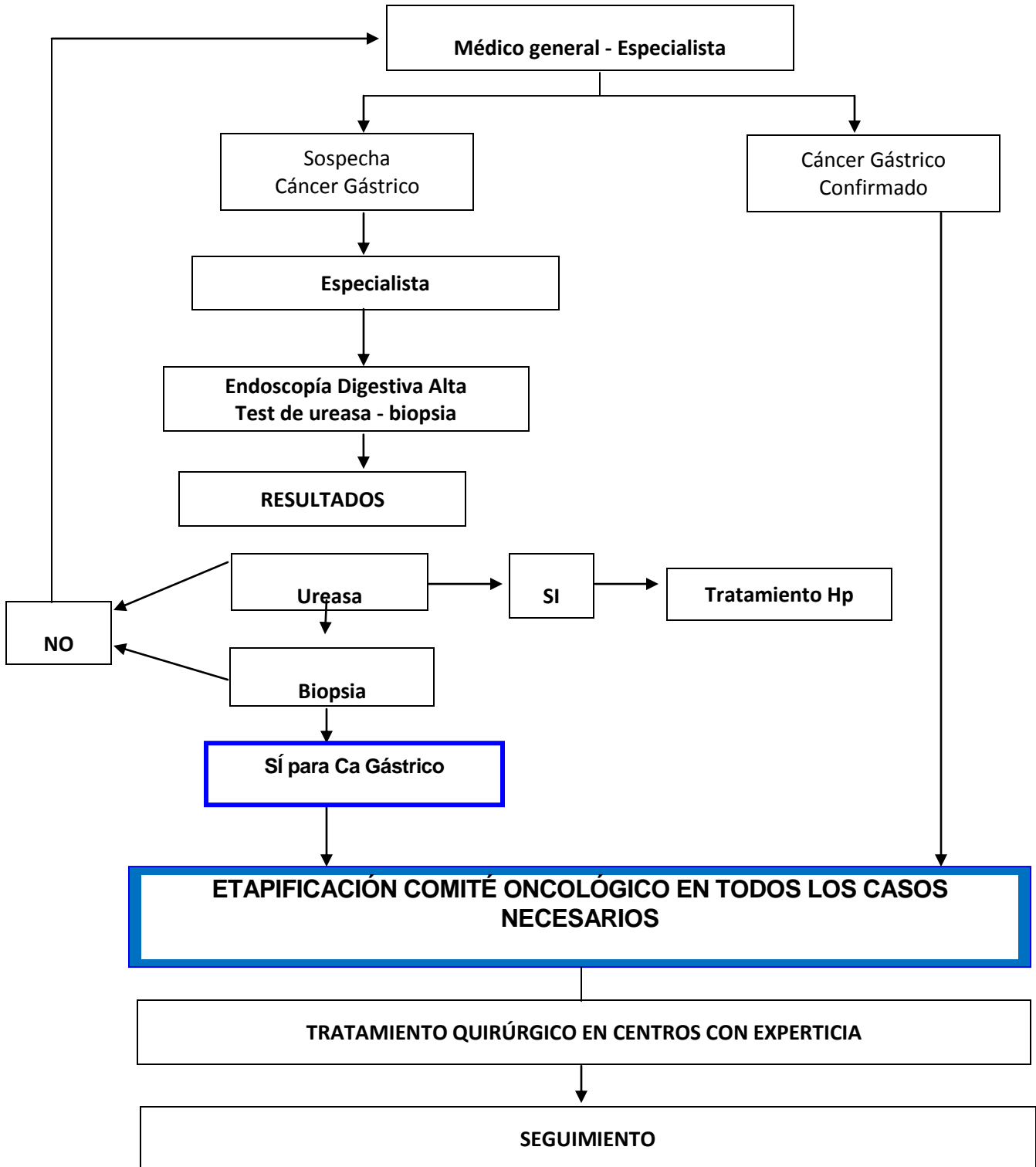




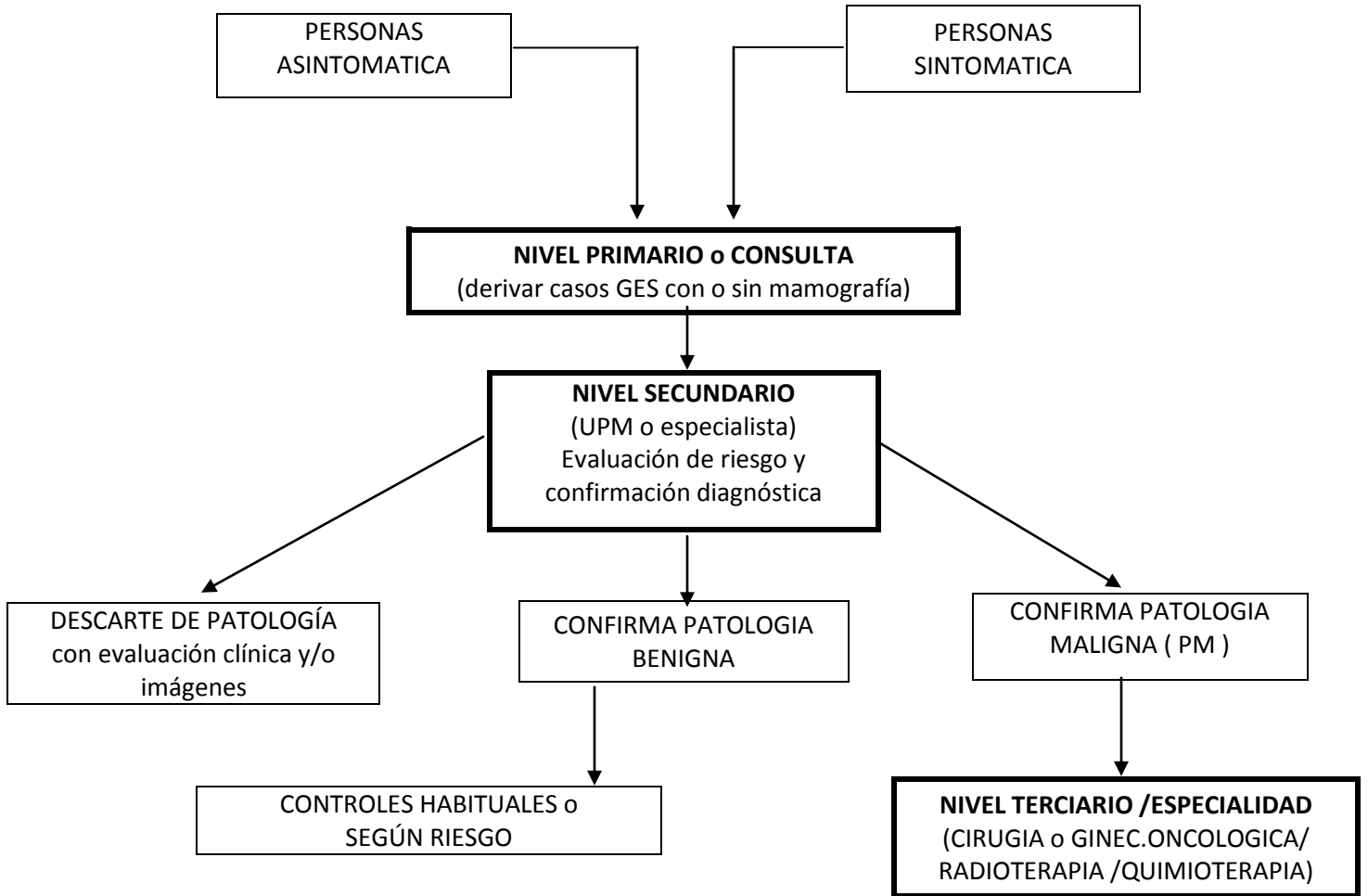
FLUJOGRAMA N° 16: Manejo de paciente con Colectomía Preventiva



FLUJOGRAMA N°17: Manejo Paciente con Cáncer Gástrico



FLUJOGRAMA N° 18: Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama



FLUJOGRAMA N°19: Manejo del paciente con Artritis Reumatoide

