

REGIMEN DE GARANTIAS EN SALUD GES = AUGE

El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que considera Acceso Universal para prestaciones integrales y Garantías Explícitas asociadas a la atención de prioridades (AUGE). Las garantías constituirán derechos exigibles por las personas.

El proceso de puesta en marcha del AUGE comenzó en el sector público en agosto del año 2002 cuando se explicitan garantías para tres problemas de salud y continuó durante el año 2003 con la incorporación de dos nuevos problemas de salud.

En abril de 2004 se sumaron doce nuevas garantías para los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, y en enero de 2005, ocho, totalizando 25, en el año 2006 15 problemas de salud y el 2007 se completaron las 56 patologías regidas por el RGGE.

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, y las Instituciones de Salud Previsional, Isapres, deberán asegurar obligatoriamente estas 56 garantías a sus respectivos beneficiarios. Su cumplimiento podrá ser exigido por los afiliados ante el sistema al que pertenezca, la Superintendencia de Salud, y las demás instancias que correspondan.

La salud es un bien social. En consecuencia, el acceso a las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como a los servicios de atención de salud, constituyen un derecho esencial de las personas. Ellas deben tener acceso a una atención adecuada, con independencia de su capacidad de pago y deben estar protegidas del daño financiero que puede causar una enfermedad de alto costo en el presupuesto familiar.

El AUGE es un instrumento privilegiado para hacer realidad este derecho. Esta herramienta de equidad se enmarca en lo más esencial de las bases conceptuales y éticas de la salud pública que han caracterizado los esfuerzos chilenos por priorizar racionalmente el uso de los recursos, dirigiéndolos hacia aquellos problemas que más dañan la salud de la población y particularmente a los más necesitados. El propósito y el compromiso del Gobierno del Presidente Lagos es hacer realidad el derecho a la salud, estableciendo el acceso universal a las acciones prioritarias con garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

Contribuirá a fortalecer la regulación sanitaria, al explicitar las condiciones en que las personas podrán acceder a los servicios de atención y contribuirá, 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 atención.

EN QUE CONSISTEN LAS GARANTIAS

Todas las prestaciones de salud que requieran la atención de las enfermedades que han sido priorizadas, tienen garantías de calidad, oportunidad y protección financiera. Los beneficios asegurados incluyen los medicamentos e insumos médicos que se requieran para la debida atención de la patología, por ejemplo, prótesis.

- CALIDAD

Las prestaciones serán otorgadas sólo por consultorios, Centros médicos, hospitales y clínicas que hayan acreditado cumplir con reglas de calidad que fijará el Ministerio de Salud

- OPORTUNIDAD:

Las personas tendrán la seguridad que serán atendidas en un plazo máximo. Si no se cumple, podrán reclamar dicha situación a la Superintendencia de Salud, la que enviará directamente a

los afectados al centro hospitalario que pueda efectivamente atenderlo, y la cuenta será pagada por la Isapre o el Fonasa.

- PROTECCIÓN FINANCIERA:

Los indigentes y carentes de recursos (grupos A y B, afiliados con ingreso bajo el sueldo mínimo) que sean beneficiarios de Fonasa gozarán de gratuidad en las atenciones que reciban.

- Los indigentes y carentes de recursos (grupos A y B, afiliados con ingreso bajo el sueldo mínimo) que sean beneficiarios de Fonasa gozarán de gratuidad en las atenciones que reciban.
- Todos las demás personas (tanto de Isapres y Fonasa) sólo contribuirán con un 20% en el pago de las prestaciones de acuerdo a un arancel que establecerá el Gobierno.
- Como dicho porcentaje puede ser excesivo para el ingreso de una persona en el caso de enfermedades de alto costo, tendrán derecho a que el Fonasa o la s Isapres financien el 100% de los copagos que superen dos remuneraciones mensuales y en el caso de los afiliados al grupo C de Fonasa (personas con sueldo sobre el mínimo y bajo 170 mil pesos) 1,47 remuneraciones mensuales.
- Si existe más de una enfermedad, no se pagará más allá de 3 sueldos mensuales (2,16 en el caso de grupo C).

El Régimen General de Garantías:

- Asegura por primera vez en la historia del país, de manera efectiva e igualitaria para los sistemas público y privado, el acceso a prestaciones de salud que atienden las necesidades más importantes de los chilenos. La consagración de Garantías Explícitas en Salud permitirá a las personas obtener mayor certeza en cuanto a que sus enfermedades o condiciones de salud serán resueltas con bajos costos para ellos, oportunamente y con estándares de calidad adecuados. La salud será analizada y discutida como un derecho social respecto del cual existen derechos exigibles y del que todos somos responsables.
- Es una herramienta de salud que contribuye efectivamente al logro de los objetivos sanitarios. Enfatiza la efectividad de las acciones y prestaciones que otorga, orientando los recursos del sector a las actividades de mayor impacto sanitario. Se debe tener presente que el Régimen General de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria de carácter general y obligatorio para el sector, elaborado por el Ministerio de Salud, de acuerdo al Plan Nacional de Salud, el cual está conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- Garantiza la equidad e igualdad en el acceso a atención de salud. El texto legal asegura asistencia sanitaria de acuerdo a las condiciones de salud e independiente de la capacidad de pago de las personas. Además, incorpora un principio de igualdad para los sistemas público y privado, por cuanto el otorgamiento de las Garantías Explícitas en Salud será obligatorio para FONASA como para las ISAPRE.
- Fortalece la regulación sanitaria para todo el sector. Las Garantías Explícitas en Salud norman igualitariamente las condiciones de acceso, oportunidad y calidad de las acciones de salud y de protección financiera para las personas del mundo público como del privado, teniendo como fundamento los objetivos sanitarios fijados por la Autoridad. Además,

apoya el ordenamiento sectorial en la provisión, debido a que explicita las condiciones de entrega y financiamiento de las acciones y prestaciones de salud.

- Contribuye a lograr consensos y eficacia en la determinación de los objetivos sanitarios y las Garantías Explícitas en Salud. No obstante ser el Ministerio de Salud el obligado a elaborar las Garantías Explícitas en Salud, el procedimiento de elaboración de las Garantías permite que los actores involucrados intervengan activamente en dicha elaboración. Lo anterior se refleja en la contribución que realizan terceros expertos (verificación de la propuesta), el Consejo Consultivo (conformado por miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas, quienes emiten una opinión fundada al respecto), Fonasa y las Isapres.

PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTIAS

1. Insuficiencia Renal Crónica Terminal
2. Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años
3. Cáncer cérvicouterino.
4. Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos
5. Infarto Agudo del Miocardio
6. Diabetes Mellitus Tipo I
7. Diabetes Mellitus Tipo II
8. Cáncer de mamas en Mayores de 15 años
9. Disrrafia Espinal
10. Escoliosis, tratamiento quirúrgico en menores de 25 años
11. Cataratas, Tratamiento Quirúrgico
12. Problemas de salud que requieren Prótesis de cadera
13. Fisura labiopalatina
14. Cáncer en menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de testículo en mayores de 15 años
17. Linfoma en mayores de 15 años
18. VIH/SIDA ,Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
19. Infección Respiratoria Aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en < de 5 años
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en Adulto Mayor
21. Hipertensión Arterial, Primaria o esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia no refractaria, en personas de 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 de Marcapaso.
26. Colectomía Preventiva Del Cáncer De Vesícula En Adultos De 35 A 49 Años Sintomáticos.
27. Cáncer Gástrico.
28. Cáncer de Próstata
29. Vicio de Refracción.
30. Estrabismo en el menor de 9 años
31. Retinopatía Diabética
32. Desprendimiento de Retina
33. Hemofilia
34. Depresión
35. Tratamiento Quirúrgico Hiperplasia Benigna de Próstata
36. Ortesis y Ayudas técnicas
37. Accidente Cerebro Vascular isquémico
38. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica

39. Asma Bronquial en el menor de 15 años
40. Síndrome de Dificultad Respiratoria en Recién Nacido
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con Artrosis de cadera y/o rodilla leve y/o moderada.
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a Ruptura de Aneurisma cerebrales
43. Tratamiento Quirúrgico Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años y más.
44. Tratamiento Quirúrgico de Hernia Núcleo Pulposo Lumbar.
45. Leucemia en personas de 15 años y más.
46. Urgencias Odontológicas.
47. Salud Oral Integral 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
52. Artritis Reumatoidea
53. Consumo Perjudicial o Dependencia de riesgo Bajo a Moderado de alcohol y drogas en personas < de 20 años.
54. Analgesia del parto.
55. Gran Quemado
56. Hipoacusia bilateral.

Observaciones Generales

- Proceso clínico: tiene las siguientes etapas:
Sospecha (En APS) , Confirmación Diagnóstica, tratamiento y seguimiento
- Los problemas de salud pueden tener garantías en todas las etapas del proceso clínico o en algunas, como por EJ:

IRA: Tiene Garantizado el Tratamiento y seguimiento (Atención Kinésica antes de las 72 horas) por lo tanto si un usuario consulta en un Servicio de Urgencia ,la consulta médica la debe cancelar de acuerdo a su previsión

Colecistectomía Preventiva: Cubre desde la confirmación diagnóstica hasta el tratamiento, pero sólo a las personas entre 35 a 49 años , posterior a esa edad deja de ser problema de salud con garantías y se trata por la vía normal.

Cáncer Cérvico uterino: Está garantizado desde la confirmación diagnóstica, tratamiento, seguimiento, y en caso de recidivas.

SISTEMA DE INFORMACION Y RECLAMO.

En el contexto de explicitación de garantías y en el ejercicio de sus derechos, el beneficiario de la Ley N° 18.469 podrá exigir el cumplimiento de estas garantías y tendrá la posibilidad de manifestar su disconformidad ante eventuales incumplimientos en las siguientes áreas:

Acceso: El paciente no accede al prestador o a la prestación que tiene garantizada.

Oportunidad: Los tiempos máximos comprometidos no se cumplen; la atención no fue realizada en los plazos debidos

Calidad: Las acciones de salud no se han entregado según protocolos y/o algoritmos definidos.

Cobertura Financiera: Se está efectuando un cobro aparentemente injustificado.

AFILIADO A FONASA

Usted puede manifestar su disconformidad ante un incumplimiento de garantía, relacionada con algún problema de salud AUGE, por las siguientes vías:

- Telefónicamente, llamando al Call Center Fonasa al número 600 360 3000.
- Personalmente, concurriendo a nuestra red de sucursales a lo largo de todo el país.
- Personalmente, concurriendo a las Oficinas de Orientación, Información y Reclamos (OIRS) del mismo establecimiento de salud donde se atiende
- A través de www.fonasa.cl, haciendo click en el ícono “Contáctenos”, en la esquina superior derecha de la pantalla.

Antecedentes a informar

Al presentar el reclamo deberá identificarse y entregar los antecedentes

- Rut
- Nombre completo
- Domicilio actual en donde se le enviará la notificación oficial de la respuesta
- Teléfono de contacto en caso de requerir mayores antecedentes
- Establecimiento de salud donde se incumplió la garantía
- Enfermedad AUGE que se está tratando
- Detalle de la situación de incumplimiento
- En caso de referirse a cobros en exceso por atenciones de problemas de salud AUGE, deberá presentar copia del comprobante de pago

Comprobante de la presentación del Reclamo

Al presentar el reclamo se le entregará un comprobante que indica:

- Número del reclamo
- Lugar donde se formula el reclamo
- Fecha de formulación del reclamo
- Plazo máximo de respuesta
- De tratarse de reclamos telefónicos la información se la entregará el ejecutivo que lo atiende, para que tome nota de los antecedentes referidos

Consultas sobre el estado de un reclamo

Ante cualquier consulta respecto del estado de resolución de un reclamo AUGE, podrá contactarse telefónicamente al 600 360 3000 o presencialmente a cualquier sucursal de Fonasa, indicando el Rut o número de reclamo

Respuesta y plazos

A su domicilio llegará una carta certificada con la notificación de la respuesta del reclamo en un plazo no mayor a los 15 días hábiles, según el siguiente detalle

- **Reclamos de Calidad:** en un plazo no superior a los 15 días hábiles.

- **Reclamos de Oportunidad:**
 - Por garantía incumplida (ya se cumplió el plazo de entrega de las atenciones): 48 horas desde la realización del reclamo.
 - Por garantía no vencida (aún no vence el plazo de la entrega de las atenciones): Se atenderá al plazo máximo de 15 días hábiles
- **Reclamos de Acceso:** tendrá un plazo máximo de 48 horas
- **Reclamos de Protección Financiera:** El plazo máximo de respuesta será de 15 días hábiles.

AFILIADO A ISAPRE

En caso de ser cotizante de Isapre es importante que todo reclamo sea presentado, por escrito, primero en su Isapre.

Para esto basta que usted dirija una carta a su Isapre planteando su situación o reclamo y solicitando una respuesta al respecto.

Si no obtiene respuesta, o ésta no es satisfactoria, debe acudir a cualquier sucursal de la Superintendencia de Salud con el comprobante de la respuesta de su Isapre.

La ley determina que en caso de incumplimiento de las garantías por parte del seguro sea privado o público, el afectado deberá reclamar en primer lugar ante su Isapre o Fonasa.

Si la respuesta o la solución que se le otorga no es satisfactoria, podrá estampar su reclamo ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los aseguradores con multas que oscilan entre las UF 500 a UF 1000, pudiendo llegar hasta las UF 4000 en un año, en caso de faltas reiteradas.

Respecto de los prestadores, la ley determina que podrá sancionarlos con amonestación. En caso de falta reiterada podrá suspender al prestador hasta ciento ochenta días para otorgar las garantías explícitas en Salud sea en Isapres, Fonasa como en el otorgamiento de prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

OTROS BENEFICIOS GARANTIZADOS

Con el objeto de mejorar la prevención y la detección temprana de las enfermedades, el Ministerio de Salud determinó metas de cobertura de un examen de medicina preventiva, de carácter gratuito, que las Isapres y el Fonasa deberán cubrir en sus respectivas carteras de beneficiarios

Las Isapres estarán obligadas a otorgar todas las prestaciones y con la misma cobertura financiera que hoy ofrece el Fonasa en su Modalidad de Libre Elección, no pudiendo existir exclusiones respecto a este listado de prestaciones

Se fija un sistema de mediación prejudicial de los conflictos surgidos con ocasión de las actividades asistenciales de salud. En el caso del sistema público, el Consejo de Defensa del Estado será el encargado de organizar un sistema que garantice un diálogo efectivo entre las personas afectadas y las instituciones, de manera de evitar un largo trámite judicial. En el caso de la actividad privada, la Superintendencia de Salud dispondrá de un listado de mediadores acreditados que garanticen imparcialidad

EXAMEN DE SALUD PREVENTIVA

A partir del 1 de julio de 2005, todos los chilenos y chilenas, afiliados al Fondo Nacional de Salud o a Isapres, tendrán derecho a acceder al Examen de Medicina Preventiva, evaluación periódica de salud, de carácter voluntario y gratuito, aplicable a personas que generalmente no presentan síntomas. Su objetivo es detectar precozmente enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, y reducir con ello la morbilidad y mortalidad asociadas a ellas. Incluye exámenes de laboratorio, evaluación física y/o aplicación de cuestionarios.

De esta forma, la normativa, que forma parte de las Garantías Explícitas del Plan AUGE, establece controles obligatorios, de carácter preventivo, en las distintas etapas del ciclo de vida de una persona. Es así como, por ejemplo, dentro de los primeros 15 días de vida, a todos los niños y niñas se les deberá realizar exámenes de detección del Hipotiroidismo Congénito y de Fenilcetonuria, patologías que al ser descubiertas a tiempo permiten evitar el retardo mental de los menores.

Del mismo modo, adolescentes y adultos accederán a exámenes gratuitos de colesterol total y de control de la hipertensión arterial, así como de detección del cáncer cérvicouterino y de mama, en el caso de las mujeres, además de diferentes test para detectar problemas de obesidad, tabaquismo y alcoholismo.

En el caso de las poblaciones de riesgo, el Examen de Medicina Preventivo está dirigido a detectar posibles patologías como la tuberculosis y la sífilis, priorizando la obligatoriedad de control en las mujeres embarazadas para controlar potenciales problemas de diabetes y Sida.

Para acceder a este beneficio, los afiliados a FONASA deben concurrir al consultorio de atención primaria que le corresponde de acuerdo a su domicilio. Los afiliados a Isapres, en tanto, tienen que acercarse a su aseguradora, la que está obligada a designar los prestadores, clínicas, centros médicos, o facultativos.

En el primer año de vigencia del nuevo examen, las aseguradoras (Isapres y Fonasa) tendrán la obligación de cumplir con metas mínimas de coberturas para sus afiliados y serán multadas por la Superintendencia de Salud, hasta por UF 4.000, en caso de no cumplir con la exigencia.

RECIÉN NACIDOS MENORES DE 15 DÍAS	
PROBLEMAS DE SALUD	TEST DE PESQUISA
Fenilcetonuria	Fenilalanina
Hipotiroidismo	TSH

MUJERES					
PROBLEMA DE SALUD	TEST DE PESQUISA	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-44 AÑOS	50 AÑOS
Hipertensión Arterial	Medición de presión arterial	X	X	X	X
Obesidad	Medición de peso y talla	X	X	X	X
Tabaquismo	Cuestionario tabaco	X	X	X	X
Bebedor problema	Cuestionario bebedor	X	X	X	X
Cáncer cérvicouterino	Papanicolau (PAP)		X	X	X
Cáncer de mama	Mamografía				X
Dislipidemia	Colesterol total				X
Tuberculosis *	Baciloscopía *	X	X	X	X
Sífilis *	VDRL *	X	X	X	X

MUJERES EMBARAZADAS	
PROBLEMAS DE SALUD	TEST DE PESQUISA
Diabetes Mellitus *	Glicemia en ayunas
VIH/SIDA	Test de Elisa y confirmación *
Sífilis *	VDRL *

(* En personas con conductas o factores de riesgo)

HOMBRES				
PROBLEMA DE SALUD	TEST DE PESQUISA	15-24 AÑOS	25-34 AÑOS	35-64 AÑOS
Hipertensión Arterial	Medición de presión arterial	X	X	X
Obesidad	Medición de peso y talla	X	X	X
Tabaquismo	Cuestionario tabaco	X	X	X
Bebedor problema	Cuestionario bebedor	X	X	X
Dislipidemia	Colesterol total			X
Tuberculosis *	Baciloscopia *	X	X	X
Sífilis *	VDRL *	X	X	X

GLOSARIO

Régimen General de Garantías en Salud:

Instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la Ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469.

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 garantizadas a sus beneficiarios, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo correspondiente.

Garantía Explícita de Calidad:

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 Supremo correspondiente.

Garantía Explícita de Oportunidad:

Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el Decreto Supremo correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, 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. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

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 1**. El arancel deberá aprobarse en el decreto supremo que establece las GES y sujetarse a los procedimientos de elaboración de éstas que contempla la ley

Cobertura Financiera Adicional (CFA):

El financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las GES, que superen un deducible

Examen de medicina preventiva:

Plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbilidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias. Solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.

Sistema de acreditación prestadores institucionales:

Proceso periódico de evaluación de los prestadores institucionales autorizados sanitariamente, respecto del cumplimiento de estándares mínimos de calidad requerida para la seguridad de los usuarios, fijados por el Ministerio de Salud

Sistema de registro de prestadores individuales de salud:

Inscripción en un listado de la Superintendencia de Salud, de prestadores individuales de salud, en el que constan sus especialidades y subespecialidades si las tuvieren.

Red Asistencial de cada Servicio de Salud:

Constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo (que formen parte del SNSS).

Fuente Oficial De Información

1. Decreto N° 44 de 09/01/2007 del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda
2. Listado de Prestaciones Específico (Anexo a Decreto N° 44).
3. Resolución exenta **Normas de carácter Técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las Garantías explícitas en salud de la ley 19.966.**