



UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO ESCUELA DE
GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

LEY GES Y RICARTE SOTO: LAS RECOMENDACIONES DE SUS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA V/S LA COBERTURA LEGAL

Alumna: Luisa Tapia Nieto

Profesora guía: Paz Barrientos Romero

Trabajo de Grado para optar al grado de Licenciada en Gobierno y
Gestión Pública y al Título de Administradora Pública

Santiago, 2020

Contenido

1.	Introducción	4
2.	Antecedentes del problema	6
2.1	Implicancias económicas y asistenciales	14
3.	Pregunta de investigación, objetivos y justificación	17
	Pregunta de Investigación	17
	Objetivo general.....	17
	Objetivos específicos	17
	Justificación	18
4.	Marco teórico Normativo	19
4.1	El derecho a la información	19
4.2	El uso de las tecnologías de información y la comunicación en salud, un estudio	19
4.3	Criterios de inclusión/priorización de una enfermedad o condición a cada Ley.....	21
4.4	Descripción de las enfermedades.....	22
a.	Lupus	22
b.	Diabetes Mellitus.....	23
c.	Artritis Reumatoide	24
d.	Cáncer de mama	25
4.5	Criterios de inclusión de pacientes a GES.....	26
4.6	Criterios de inclusión de pacientes a Ley Ricarte Soto.....	28
4.7	Procedimiento clínico o diagnóstico.....	30
5.	Marco Metodológico.....	31
6.	Resultados.....	33

6.1 Las Guías, una vista general.....	33
6.2 Lupus.....	34
a.- Cobertura Legal	34
b.- Proceso clínico garantizado	34
c.- Guía Clínica	34
6.3 Diabetes	36
a.- Cobertura legal	36
b.- Proceso clínico garantizado	36
c.- Guía Clínica	37
6.4 Cáncer de mama.....	38
a.- Cobertura legal	38
b.- Proceso clínico garantizado	38
c.- Guía Clínica	39
6.5 Artritis.....	41
a.- Cobertura legal	41
b.- Proceso clínico garantizado	41
c.- Guía Clínica	42
6.6 Comparación gráfica de lo que cubre la Ley v/s la información encontrada en la guía	43
7. Conclusión	45
7.1 Económica.....	45
7.2 Claridad en la entrega de la información.....	46
7.3 ¿Es el sistema de salud un “problema maldito” de la administración Pública?	47
7.4 Una posible solución	48
8. Bibliografía	50

1. Introducción

Tanto la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), como la Ley Ricarte Soto, fueron políticas públicas aclamadas por diferentes motivos, ya sea que significaron un alivio a los gastos económicos relacionados a una enfermedad o condición, o porque se consagran derechos de los pacientes en el sistema de salud. Ambas Leyes contemplan una lista de enfermedades que cubren, una batería de exámenes, tratamientos, etc. Como todo esta normado bajo Leyes específicas, también debe haber un criterio único en cuanto a los diagnósticos, y procedimientos clínicos que cada profesional debe asegurar para una atención de excelencia. Es por ello que cada una de estas Leyes cuenta con una Guía de Práctica Clínica (GPC), las cuales, entregan información relevante basada estrictamente en evidencia científica, con la finalidad de unificar criterios y ayudar a la toma de decisión, tanto de los profesionales de la salud, como de los pacientes.

A pesar de lo anterior, al adentrarnos en los detalles de estas leyes, en la práctica, no todas las fases de una enfermedad están cubiertas, siendo que, estas fases se encuentran contempladas con sus respectivas recomendaciones en las Guías de Práctica Clínica. Existen enfermedades que se encuentran cubiertas tanto por la Ley de Garantías Explícitas en Salud como por la Ley Ricarte Soto y aún así hay fases que no se encuentran cubiertas.

Esta disyuntiva entre la información contenida en la Guía de Práctica Clínica y lo que cubre la ley, sin aclarar, por ejemplo: qué procedimiento clínico está garantizado y cual no, los tiempos de espera entre las diferentes fases de una enfermedad, entre otras consideraciones. Lo que significaría una vulneración a los derechos de la persona.

Es por ello que en esta tesis se pretende analizar la correspondencia entre Guías de Práctica Clínica y lo que la Ley cubre efectivamente y de esta forma evidenciar si existe una vulneración a los pacientes.

Para ello primero se realiza una exhaustiva revisión de los antecedentes de la Ley de Garantías Explícitas en Salud y la Ley Ricarte Soto, además de explicar qué son las Guías de Práctica Clínica, identificar el tipo de usuarios que se acogen a estas Leyes y algunas consideraciones económicas respecto a la aseguradora FONASA.

Todo se va a sustentar en un marco Normativo, donde se profundizará sobre las características que debe cumplir un paciente para acogerse bajo estas Leyes y sus especificaciones de acuerdo a cada enfermedad, es decir, el tipo de focalización que ocupan para diferenciar a quiénes serán usuarios y quiénes no.

Finalmente se expondrá los resultados de los análisis realizados a las Guías de Práctica clínica y lo que cubre legalmente tanto la Ley de Garantías Explícitas en Salud como la Ley Ricarte Soto.

2. Antecedentes del problema

En 1948 la salud es declarada como un derecho fundamental del ser humano, esto, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Es necesario aclarar que, no solo se enfoca en la ausencia de enfermedad, sino que también, en el bienestar de la persona, así como también su alimentación, vestido, vivienda, asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios. Existen países que aún no reconocen la salud como un derecho de las personas, pero Chile no es el caso. (Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo, 2014)

“El acceso a la atención de salud es un derecho consagrado en la Constitución (1980), sin embargo, el ejercicio de este derecho no ha estado exento de limitaciones y desigualdades.” (Bastías & Andia, pág. 1) Estas limitaciones están asociadas a distintas condiciones de índole variable, como el sexo, nivel socioeconómico, grupo etario, etnia o incluso ubicación geográfica, explicada esta última por la falta de especialistas médicos en ciertas provincias del país (Bastías & Andia, 2007).

Durante la década de los noventa es el Estado quien, para intentar suplir estas desigualdades, comienza un proceso de modernización, generando para ello una serie de reformas sociales en el sector de la salud.

Los objetivos perseguidos, para tales reformas, fueron: mejorar la salud de la población, reducir las desigualdades de oportunidad de acceso en salud y mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad. Para llevar a cabo tales reformas, se necesitó desarrollar e implementar una serie de instrumentos legales que modificaron la estructura del sistema de salud y su marco regulatorio, donde podemos encontrar las formas de financiamiento de las reformas, los derechos y deberes del paciente y el régimen general de garantías en salud, entre otras. (Bastías & Andia, 2007). Para asegurar la entrega de las garantías en salud se genera la Ley de Garantías Explícitas en Salud.

Esta fue la primera reforma al sistema de salud en garantizar el acceso y calidad a la misma. Fue planificada desde el año 2000 e implementada en su totalidad en el año 2005.

“El proceso de reforma tuvo como objetivo mejorar la equidad en las condiciones de salud de los chilenos como respuesta a la existencia de dos tipos de segmentaciones en el sistema de salud: por ingresos y por riesgo (se discriminaba a la población de mayor edad y a las mujeres en edad fértil)” (Aguilera, pág. 516).

Lo que respalda la implementación de la reforma de salud, para comenzar, es la ley N° 19.966 del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que establece los procedimientos y derechos de las garantías con su definición del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Esta ley consagra garantías específicas las cuales son:

- Acceso: a recibir las atenciones definidas para cada enfermedad.
- Calidad: cumplimiento de los estándares de calidad.
- Oportunidad: existencia de un plazo máximo para otorgar las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Protección financiera para FONASA e Isapre

(Chileatiende, 2020)

Desde su implementación, en el año 2005, hasta la actualidad ha ido aumentando el uso de la misma por parte de la población. Según cifras de La Superintendencia de Salud, el año 2005 se atendieron 1.380.173 personas, a diferencia del año 2019 que fueron en total 3.591.249 entre usuarios de FONASA e Isapres. Según otro estudio de satisfacción realizado por la misma institución, el año 2015 quienes se han acogido a la ley de Garantías Explícitas en Salud, la

califican con nota 6, en una escala del 1 al 7. Lo que demuestra una satisfacción general de la población.

A pesar de lo anterior, existe un gran descontento debido a que la mayor parte de las canastas cubren sólo una parte de todas las intervenciones médicas necesarias para atender una patología. (Bastías & Andia, 2007).

Sin embargo y aunque la Ley de Garantías Explícitas en Salud, era cada vez más conocida, diversas voces de la ciudadanía colocaban sobre la palestra el problema relacionado a las enfermedades raras o huérfanas. Los costos de una enfermedad en FONASA están establecidos por medio de manuales tarifarios, cada uno con sus respectivos códigos, son utilizados por los proveedores para cobrarle a FONASA los servicios prestados a sus afiliados. Lo que no está codificado no puede ser cobrado al asegurador público y, por ende, no está cubierto. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016)

Antes, la Ley de Garantías Explícitas en Salud cubría parte de los costos de estas enfermedades raras. El sistema público de salud contaba con un programa de medicamentos de alto costo, administrado por FONASA y enfocado a enfermedades raras o ultra raras. Existía, también, un llamado de auxilio extraordinario donde existían asignaciones, acumuladas en un pequeño fondo, otorgadas bajo el uso discrecional del Ministro de Salud. Por su parte, los afiliados a Isapres cuentan con un seguro de cobertura catastrófica (CAEC) o el plan de salud escogido por sus afiliados. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016)

Lo anterior no era suficiente para cubrir la cantidad de personas afectadas por una condición o enfermedad rara y aunque estuviese bajo la Ley de Garantías Explícitas en Salud los copagos seguían siendo de un costo significativamente elevados. Por tanto, considerar este tipo de afecciones dentro de una ley no solo urgía desde la ciudadanía, sino también, era una

preocupación de las autoridades sanitarias chilenas del momento. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016)

Este problema público tuvo una alta demanda ciudadana, encabezada por, la ahora, difunta figura pública de Ricarte Soto, quien era un querido periodista que padecía cáncer al pulmón, y que se comprometió en la lucha y defensa de los derechos de los enfermos, encabezando el día 4 de mayo del año 2013 la "marcha de los enfermos", la cual reunió cientos de personas que pedían recursos para las enfermedades que involucran grandes gastos de dinero (El Mostrador, 2013). Se planteaba la cobertura de los gastos de enfermedades que significaban, ya sea en el diagnóstico, en el tratamiento o de forma general, un gasto insostenible para las familias. A pesar que, como anteriormente se describió, FONASA e Isapres contaban con algunos mecanismos de coberturas catastróficas, éstas no eran suficientes puesto que los cubrían de forma parcial o nula, y los copagos podían ser de un costo muy elevado.

Es así como, luego de muchas negociaciones, entra en vigencia durante Junio del 2015 la Ley 20.850 o Ley Ricarte Soto: "Ley que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a Don Ricarte Soto Gallegos". (Banco Interamericano de Desarrollo, pág. 8)

Esta ley crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo de algunas enfermedades oncológicas, inmunológicas, raras o poco frecuentes, garantizando el financiamiento, el acceso y la oportunidad en la entrega de diagnósticos y tratamientos de alto costo incorporados en la Ley. Actualmente cuenta con una lista de 27 enfermedades garantizadas.

El concepto clave de estas definiciones, es la noción de gasto catastrófico o gasto empobrecedor. En la literatura internacional, un hogar con gastos

catastróficos por motivos de salud se define como, todo gasto que supera, un porcentaje de los ingresos familiares disponibles una vez descontados sus gastos de subsistencia al financiamiento de la salud de sus miembros. Este porcentaje es definido con anterioridad por las autoridades sanitarias y suele ser entre 30% y 40% (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016).

Según la Ley, este concepto de gasto catastrófico o empobrecedor está definido como medicamentos, alimentos o elementos de uso médico asociados a enfermedades, o condiciones de salud y por las prestaciones indispensables para la confirmación diagnóstica y seguimiento de la condición o enfermedad, y que por su costo el acceso a estos resulta inaccesible, o que si bien pueden acceder, impactan catastróficamente en el gasto de los beneficiarios. El umbral definido por el MINSAL y el Ministerio de Hacienda es aquel gasto anual en salud de un hogar que exceda el 40% de los ingresos familiares promedio. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016)

Según la base de datos de la Superintendencia de Salud, durante el segundo semestre del año 2015, año y periodo en que la Ley Ricarte Soto comienza a operar, 52 personas se acogieron a esta Ley. Durante el 2016 un total de 2.457 personas fueron beneficiadas aumentando a 5.609 personas en el año 2019. El total de usuarios hasta ese año es de 21.030.

La Ley Ricarte Soto contempla las mismas garantías que la Ley de Garantías Explícitas en Salud, que son: acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. Para que cada una de estas garantías sea cumplida debe existir una forma de alinear o unir criterios desde la sospecha diagnóstica, confirmación diagnóstica, tratamientos y seguimientos, que son las etapas de una enfermedad contempladas en estas leyes. Para ello comenzó a realizarse las Guías de Práctica Clínica (GPC).

En Chile el uso de estas guías comenzó junto a la Ley de Garantías Explícitas en Salud, y desde ese momento en adelante, el Ministerio de Salud ha estado permanentemente elaborando y actualizando las Guías de Práctica Clínica (Mendoza, 2017). De esta forma encontramos Guías de Práctica Clínica, tanto en la Ley de Garantías Explícitas en Salud como en la Ley Ricarte Soto, que recomiendan ciertas normas de conducta que debiesen tener los profesionales sanitarios cuando se deban llevar a cabo intervenciones de salud, ya sea en clínicas privadas o centros públicos de salud. (Ministerio de Salud, 2014)

“Las GPC son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistémica para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.” (Ministerio de Salud, pág. 8)

Contienen, por tanto, información técnica sobre una patología, su identificación, su tratamiento, tiempos de acción, etc.

Las recomendaciones que se podrán encontrar en estas guías, están basadas en evidencia científica y su misión es orientar respecto a las atenciones que se les debe dar a los pacientes. Esta orientación debe incluir desde la prevención, educación o control de factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación.

Como ya se ha descrito anteriormente, tanto la Ley de Garantías Explícitas en Salud como la Ley Ricarte Soto aseguran acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, en cuanto a las enfermedades que cubren, pero no en todas sus fases.

El problema surge al momento de revisar y comparar las guías clínicas y su adhesión en la práctica. Cada una entrega sus recomendaciones desde la sospecha hasta el tratamiento y seguimiento. Y es en éste punto donde existe la

disyuntiva entre las Guías de Práctica Clínica y lo que efectivamente cubre estas leyes. Aun siendo que pueden ser complementarias, en las enfermedades donde ambas leyes se encuentran, hay fases de la enfermedad que no cubren, a pesar de estar contemplado y recomendado en su guía clínica.

Estas leyes cuentan con un número importante de enfermedades que cubren, pero hay algunas en donde cumplen sus funciones de forma paralela o conjunta. Estas enfermedades son: Diabetes Mellitus tipo I, Lupus, Cáncer de mama y artritis reumatoide. Cada enfermedad con su Guías de Práctica Clínica correspondiente tanto en Ley GES como en la Ley Ricarte Soto.

Las Guías de Práctica Clínica están disponibles públicamente en las páginas web del Ministerio de Salud. Su carácter público e informativo exige una entrega de datos exhaustiva, clara y concisa para que de esa forma no existan dudas respecto a las prestaciones que entregan estas Leyes.

El acceso a estas guías, por tanto, no es solo del profesional médico o del profesional del área de la salud, sino que también tienen acceso a ella el ciudadano y/o usuario del sistema de salud y beneficiario de las Leyes de Garantías Explícitas en Salud y Ricarte Soto.

Por otra parte es interesante observar que los beneficiarios de la Ley de Garantías Explícitas en Salud lo conforman dos grandes grupos de ciudadanos afiliados: FONASA, (organismo público encargado de otorgar cobertura de atención en salud), e Isapres, (aseguradoras privadas de salud). (Superintendencia de Salud)

Una rápida revisión al comportamiento de los usuarios y considerando que la escala de la población entre ambos seguros están en la proporción de 5:1, es decir de cada 5 personas que pertenecen a FONASA 1 pertenece a Isapres, podemos observar que el volumen de garantías gestionadas o de gestión están en la razón de 12:1 FONASA respecto de las Isapres.

Lo anterior responde a que los usuarios de las Isapres, prefieren hacer uso de prestadores de libre elección, que se encuentran fuera de los convenios de la Ley de Garantías Explícitas en Salud. A diferencia de los usuarios de FONASA, que recurren usualmente a prestadores públicos institucionales para sus atenciones bajo la Ley de Garantías Explícitas en Salud. Esto deja en evidencia la existencia de un sistema de salud inequitativo, pues se sabe que la población usuaria de FONASA es más pobre y vulnerable, segregando de esta forma el sistema de salud, entre quienes pueden pagarla y quiénes no. (Erazo, 2011)

Lo anterior, se sustenta en los datos de la CASEN (2017), que muestra que la población cotizante de FONASA, mayoritariamente corresponde a los deciles I, II Y III de la población. A diferencia del último decil, donde estarían ubicados quienes tienen mayores ingresos, que muestra un uso prioritario de las Isapres.

Para comprender aún más esta diferencia, en la cuenta pública de FONASA del año 2019, publicaron una tabla de cotizantes según su tramo de ingreso mensual. A modo de ejemplo se comparó los extremos en los tramos de ingresos y se encontró que la cantidad de cotizantes que ganan \$100.000 a \$200.000 es de 1.485.251 y los cotizantes que ganan de \$2.400.001 a \$2.500.000 son 980. Esto daría sustento para sostener, que quienes son económicamente más pobres no tienen otra elección que pertenecer a FONASA, entrando en un sistema "para pobres".

Según el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud entre los meses de Enero y Diciembre del año 2019 los usuarios de FONASA fueron de 3.396.714 a diferencia de los usuarios de Isapres que fueron 194.535. Esto evidencia que los usuarios de FONASA son quienes hacen un mayor uso de la Ley de Garantías Explícitas en Salud a diferencia de los usuarios de ISAPRE. Según la Superintendencia de Salud, se puede observar el mismo comportamiento en los usuarios de la Ley Ricarte Soto, donde los usuarios de

FONASA que se acogen a ley son 6.078 personas a diferencia de los usuarios de Isapres que son 1883 personas.

2.1 Implicancias económicas y asistenciales

La Ley Ricarte Soto tiene una cobertura financiera del 100% en las enfermedades que cubre, por lo que el usuario no tendría que pagar por el diagnóstico, medicamento, dispositivo o alimento de alto costo incorporados en el Decreto

Por otro lado, la Ley de Garantías Explícitas en Salud tiene otra perspectiva en cuanto al costo final para el usuario. Esta Ley está muy relacionada con los pagos de FONASA.

La aseguradora FONASA tiene un sistema de cobros por tramos de ingresos. Existen los tramos: A, B, C y D. Estos se encuentran detallados en el siguiente cuadro.

Cuadro I: Tramos por ingreso de FONASA

Tramo	Beneficiarios	Bonificación y copago
Tramo A	Personas carentes de recursos y personas migrantes.	Bonificación del 100% en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional / MAI)
Tramo B	Personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$319.000.-	Bonificación del 100% en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional / MAI) y acceso a compra de bonos en establecimientos privados en convenio con Fonasa (Modalidad Libre Elección/MLE)
Tramo C	Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$319.000.- y menor o igual a \$465.740.- <i>Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo B.</i>	Bonificación del 90% en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional / MAI) y acceso a compra de bonos en establecimientos privados en convenio con Fonasa (Modalidad Libre Elección/MLE)
Tramo D	Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$465.740.- <i>Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo C.</i>	Bonificación del 80% en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional / MAI) y acceso a compra de bonos en establecimientos privados en convenio con Fonasa (Modalidad Libre Elección/MLE)

(FONASA, 2020)

La Ley de Garantías Explícitas en Salud tiene un sistema de copagos muy relacionado a los tramos de FONASA. Por tanto, los tramos A Y B están exentos de pago, al tramo C le corresponde un copago del 10% mientras que el copago del tramo D es del 20%, que sería el máximo en cuanto a costos.

En los casos de los tramos A y B, si bien no tienen gastos o cobros extras, correr con los gastos de un diagnóstico o un medicamento se vuelve aún más urgente. Si bien es cierto que el costo puede reducirse a \$0, si se atiende por el sistema público de salud, queda a merced de las listas de espera, vulnerando de esta forma el derecho a una atención oportuna, siendo el tiempo especialmente delicado en algunas enfermedades.

Para poner lo anterior en un contexto, el promedio de días de espera No GES por una consulta médica a nivel nacional se encuentra alrededor de los 380 días, es decir, más de un año. Aunque de lo anterior es un promedio nacional, si se observa a nivel de Servicios de Salud, unos de los que más tiempo de espera tiene es el Servicio de Salud Metropolitano Norte, donde la espera es de 603 días promedio, es decir, casi dos años. Uno de los que menos tiempo de espera registra el Servicio de Salud Araucanía Norte con un promedio de espera de 240 días. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2019)

Por lo que, mientras una enfermedad no sea considerada dentro de la Ley de Garantías Explícitas en Salud, los tiempos de espera aumentan considerablemente.

Con todo lo anterior, podemos definir que el problema se encuentra entre lo que las Guías de Práctica Clínica anuncian e informan y lo que las Leyes cubren efectivamente, dejando un espacio donde el paciente podría ver vulnerados sus derechos. Entre las enfermedades que ambas Leyes cubren

existen 4 enfermedades en las que coinciden y estas son: 1) artritis reumatoide, 2) lupus eritematoso, 3) diabetes mellitus tipo I y 4) cáncer de mama.

3. Pregunta de investigación, objetivos y justificación

Pregunta de Investigación

Las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica ¿son acogidas por las leyes de Garantías Explícitas en Salud y Ricarte Soto en: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, cáncer de mama y diabetes mellitus tipo I?

Objetivo general

Analizar la correspondencia de las coberturas de las leyes de Garantías Explícitas en Salud y Ricarte Soto con las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, en: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, cáncer de mama y diabetes mellitus tipo I

Objetivos específicos

- Establecer las fases garantizadas tanto por Ley de Garantías Explícitas en Salud y Ley Ricarte Soto
- Describir el proceso clínico que garantizan tanto la Ley de Garantías Explícitas en Salud como Ley Ricarte soto para: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, cáncer de mama y diabetes mellitus tipo I
- Identificar las diferentes recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica realizadas tanto para la Ley de Garantías Explícitas en Salud como para la Ley Ricarte Soto
- Comparar la cobertura de tanto de la Ley de Garantías Explícitas en Salud como de la Ley Ricarte Soto con sus Guías de Práctica Clínica

Justificación

Dado que en el ámbito de la Salud, problemas como los anteriormente descritos, equivalen a problemas de vida o muerte, una investigación como esta tendría especial importancia, al momento de plantearse una mejora en los sistemas de atención en Salud.

Es importante que, en el área de la investigación de la Administración Pública, se realicen este tipo de investigaciones para levantar alarmas a quienes trabajan en esta área y encontrar mejoras en las vías de información, evitar confusiones entre los usuarios y profesionales de la salud, entre otros problemas relacionados a la facilitación de datos.

Al momento de realizar esta investigación se mantiene siempre en mente que los y las agentes de la administración pública deben trabajar los problemas públicos planteados y estructurados de forma que sean social y gubernamentalmente abordables, de acuerdo con los recursos intelectuales, legales, fiscales, políticos y administrativos disponibles.

En esta oportunidad solo se verá en profundidad las enfermedades donde tanto la Ley de Garantías Explícitas en Salud como en la Ley Ricarte Soto, actúan de forma conjunta. Pero cabe destacar que hay enfermedades que solo están cubiertas con una de estas leyes y no en todas sus fases, las cuales podrían significar un gasto importante para las familias más vulnerables del país.

4. Marco teórico Normativo

4.1 El derecho a la información

Históricamente en los regímenes democráticos la regla general ha sido la publicidad de la información estatal, a diferencia de los regímenes autoritarios donde la información es restringida y controlada. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Por tanto se entiende que el acceso a la información como derecho y como política pública, se encuentra íntimamente ligado a las ideas de democracia y gobernabilidad democrática. Bajo el alero de este derecho es que la población pueda ejercer su "ciudadanía" como sustento básico de la democracia y, de esta manera se pueda formar una opinión pública. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Es ésta opinión pública la que permite que un problema, que afecta a un sector o a un porcentaje importante de la población, vaya poco a poco tomando fuerza e importancia, con la finalidad de que esta sea atendida por el gobierno por medio de una política pública. Para ello es necesario que el problema en cuestión sea tomado en cuenta por los actores políticos gobernantes y logren incluirlo a la agenda de gobierno. Una vez logrado lo anterior, el problema pasa a ser automáticamente un problema público, en el cual el gobierno ha comprometido sus recursos y esfuerzos para darle una solución. (Godoy, 2009)

Pero ¿Dónde se está esa información?, pues es en este punto donde toma gran importancia las tecnologías de información y la comunicación, recurso ampliamente utilizado por el Estado para informar a la población.

4.2 El uso de las tecnologías de información y la comunicación en salud, un estudio

Este estudio plantea que el acceso a la información es de vital importancia para lograr la equidad en salud y que debe ser prioridad para los países de

América Latina y el Caribe debido a las grandes restricciones económicas del sector, creando una mayor conciencia de la necesidad impostergable de fortalecer los sistemas de salud.

La misma medicina junto a la evolución de las tecnologías y en especial con el uso de Internet, ha creado avances significativos en cuanto a los procesos mismos de diagnóstico, terapéuticos y de vigilancia. La teleconsulta, la educación en línea, la televigilancia y la biblioteca virtual, entre otros recursos son algunos ejemplos de la evolución de la medicina gracias al Internet. Según este estudio cerca del 30% de la información y de los servicios que brinda Internet están relacionados de modo directo o indirecto con aplicaciones médicas. (Méndez, 2006)

A pesar de lo anterior, existe una “brecha digital” el cual es un término ocupado para referirse a la inequidad de acceso a internet y a las tecnologías de información y comunicación. También existe otro término, denominado “pobreza de información” que, sumado a lo anterior, no se tiene la conciencia de cómo se pueden utilizar estos servicios y el conocimiento que facilitan. (Méndez, 2006)

El acceso a la información es generadora por si misma de equidad, puesto que permite el acceso a fuentes y servicios de información de calidad y empoderan a las personas para actuar con mayor nivel de competencia y responsabilidad en el cuidado y preservación de su salud y la de otros grupos y personas, sin límite de carácter económico, étnico, geográfico, político, religioso o social. (Méndez, 2006)

“Las políticas públicas deben fomentar el acceso de los actores de salud a la información y empoderarlos para poder usar esa información en los procesos sociales de construcción de salud y lucha contra las enfermedades” (Méndez, 2006)

El acceso es un concepto que involucra a la tecnología y a la preparación de las personas para usarla, así como a los servicios disponibles y que no solo el mero acceso a internet asegura un buen uso o acceso a la información. (Méndez, 2006)

Como el estudio nos indica, es justamente una ciudadanía empoderada e informada quienes logran que una enfermedad sea considerada un problema público, siendo esto de gran importancia para las Leyes de Garantías Explícitas en Salud y Ricarte Soto, ya que, el que sea incluida en la agenda pública es fundamental para que una enfermedad o condición sea incluida o priorizada por estas Leyes.

4.3 Criterios de inclusión/priorización de una enfermedad o condición a cada Ley

Cada Ley tiene diferentes formas de inclusión o priorización de una enfermedad que se pretenda cubrir.

Actualmente la Ley de Garantías Explícitas en Salud cubre 85 enfermedades de diversa índole. Para la selección de estas enfermedades se realizó un estudio para establecer la priorización de cada una de ellas. Este estudio tenía como criterios la magnitud de la enfermedad (número de casos), trascendencia (mortalidad, equidad y preferencia de usuarios), vulnerabilidad y oferta de redes asistenciales. También se toma en cuenta los objetivos sanitarios nacionales, muchas de estas enfermedades están mencionadas expresamente en estos objetivos. (Erazo, 2011)

A diferencia de la Ley de Garantías Explícitas en Salud, la Ley Ricarte Soto cuenta con una comisión de Recomendación Priorizada, la cual está compuesta por 10 expertos (en los campos de salud pública, médicos, economía, bioética, derecho sanitario, fármacos, elementos de uso médico y alimentos) y dos representantes de agrupaciones de pacientes. (Banco Interamericano de

Desarrollo, 2016) Tienen como objetivo determinar la incorporación de un determinado diagnóstico o tratamiento de alto costo al Sistema de Protección Financiera, cuya evaluación haya cumplido con los requisitos establecidos para ello. (MINSAL, 2018)

Anteriormente se nombraron 4 enfermedades donde ambas leyes pueden actuar de forma tanto paralela como en conjunto; Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoide, cáncer de mama, diabetes mellitus tipo 1; de las cuales es necesario describir a grandes rasgos lo que provoca la enfermedad, sus riesgos y la prevalencia en la población chilena.

4.4 Descripción de las enfermedades

a. Lupus

El Lupus es una enfermedad autoinmune, es decir, que es el sistema inmune del mismo paciente ataca sus células y tejidos sanos. Los daños pueden estar presentes en muchos lugares del cuerpo, como por ejemplo, en articulaciones, piel, riñones, corazón, pulmones, vasos sanguíneos, cerebro, etc. La causa es aún desconocida, pero se observa que afecta mayormente a mujeres hispanas, afroamericanas y asiáticas. En cuanto a su diagnóstico, es complejo de realizar, puesto que a menudo se confunde con otras patologías, pudiendo pasar, de esta forma, meses e incluso años para que el médico le diagnostique. (MedlinePlus, 2020)

Tampoco existe una cura para el lupus, pero sí se puede mantener bajo control con ciertos tipos de medicamentos los cuales tienen como misión evitar los brotes, disminuir la sintomatología, y reducir el daño en los órganos. (MedlinePlus, 2020)

Según la misma Guía de Práctica Clínica de la Ley de Garantías Explícitas en Salud: *“Las tasas de supervivencia publicadas en Chile son 92% a 5 años, 77%*

a 10 años y 66% a 15 años. " (Ministerio de Salud, 2013, pág. 12). A nivel mundial se ha determinado que entre un 10% a un 15% de las personas que padecen lupus morirán de forma prematura por esta enfermedad. Aun así, la sobrevivencia a esta ha mejorado sustancialmente los últimos años gracias al avance de la medicina.

b. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad que se caracteriza por tener niveles de glucosa (glicemia) altos en la sangre. Los motivos de por qué la glicemia se encuentra elevada en el cuerpo, puede ser por diferentes motivos por lo tanto se describe, en general, a la diabetes como *"un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por hiperglicemia como resultado de defectos en la secreción o acción de la insulina."* (MINSAL, 2013, pág. 10), La insulina es la hormona encargada de bajar los niveles de glicemia en la sangre. La hiperglicemia elevada a largo plazo, de forma constante, puede provocar disfunción en diferentes órganos, especialmente ojos, los riñones, los nervios, corazón y vasos sanguíneos. (MINSAL, 2013)

En gran medida las personas con diabetes pertenecen a dos categorías etiopatogénicas, diabetes tipo 1 o tipo 2. Para efectos de esta investigación, se hará énfasis en la diabetes tipo 1, puesto que es esta categoría la que se encuentra cubierta ,tanto por las Garantías Explícitas en Salud como por Ley Ricarte Soto.

La Diabetes tipo 1 se caracteriza por la deficiencia absoluta en la secreción de insulina. Usualmente se diagnostica antes de los 15 años. La prevalencia de la Diabetes en Chile es del 10%, sin embargo, no se tienen datos actualizados de la prevalencia ni de la incidencia, actualizadas, de la diabetes tipo 1 en el país. Sin embargo, América del sur se encuentra dentro de las incidencias más altas a nivel mundial (ejemplo: Perú 0.5 x 100.000 habitantes) y se observa que aumenta

de forma exponencial con un incremento promedio del 3.0% anual. En cuanto a la prevalencia el último estudio realizado en Chile fue el año 2015 y se reportó que de cada 100.000 habitantes existían 78 casos de diabetes tipo 1. (MINSAL, 2013)

c. Artritis Reumatoide

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, autoinmune de causas desconocidas aún. Ataca principalmente pequeñas y grandes articulaciones. El dolor y la inflamación dan lugar a una rápida pérdida del tejido muscular en torno a la articulación afectada, contribuyendo a la pérdida de la función articular, entre otras consecuencias a largo plazo, reduciendo incluso la esperanza de vida del paciente. Desde el inicio de esta enfermedad afecta de manera significativa la vida diaria de la persona, no solo en la parte física (dolor e incapacidad) sino que también en el área social, psicológica y económica. (MINSAL, 2014)

Los primeros años de esta enfermedad los pacientes se ven moderadamente discapacitados y después de 10 años el 30% son discapacitados severamente, y aproximadamente un tercio de los pacientes deja de trabajar después de dos años de haber contraído la enfermedad. Esta afecta predominantemente a mujeres por sobre los hombres, siendo 3 hasta 8 veces más frecuente en las mujeres. (MINSAL, 2014)

El último estudio realizado en Chile, que fue realizado el 2002, estimó que la prevalencia de esta enfermedad es de un 0.46%, correspondiendo para el censo de ese año, esta enfermedad afecta entre 27.000 y 90.000 personas. El último estudio de carga laboral (del 2007), la AR aparece entre los 25 primeros problemas de salud en mujeres (MINSAL, 2014)

d. Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad que se presenta por un crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse (MINSAL, 2015) La célula modificada adquiere la capacidad de dividirse sin ningún tipo de control u orden, por lo que produce más células iguales y generan de este modo un tumor.

Este tumor puede ser benigno, es decir, que no es riesgoso para la salud y por tanto no es canceroso. En cambio el maligno, que sí es dañino para la salud, son cancerosos y de no ser controladas estas células pueden propagarse más allá del tumor original hacia otras partes del cuerpo. (breastcancer.org, 2018)

A nivel mundial ésta es una enfermedad que para el año 2012 cobró la vida de 521.817 mujeres. Ese mismo año fueron diagnosticadas más de un millón y medio de personas. (MINSAL, 2015)

“En Chile, el cáncer de mama en 2012 alcanzó una tasa de mortalidad observada de 15,69 por 100.000 mujeres, con 1367 defunciones de mujeres y 4 de varones. Según género y edad, el cáncer de mama afecta preferentemente a mujeres mayores de 15 años.” (MINSAL, 2015)

Estas ayudas sociales, en el área de la salud, están dirigidas a un grupo de personas, que deben cumplir requisitos bajo criterios definidos por cada ley, por tanto, es preciso entrar al detalle de los criterios de inclusión, que cada paciente debe reunir para ser cubierto por estas leyes. Estos criterios son diferentes para cada Ley, por tanto serán descritas de forma separada.

4.5 Criterios de inclusión de pacientes a GES

La ley otorga el derecho de acceso a las Garantías Explícitas en Salud a todo beneficiario (a) de FONASA o de una Isapre que:

- Sospeche o tenga confirmado un problema de salud incluido entre los 85 problemas de salud o patologías descritos en la ley.
- Cumpla con las condiciones especiales de edad, estado de salud u otras definidas para cada uno de los problemas de salud o patologías de esta ley.
- Que las prestaciones se otorguen en la Red de Prestadores que determine FONASA o su Isapre, según corresponda.
- Que se trate de prestaciones garantizadas y que hayan sido indicadas por el profesional de la Red.

(Superintendencia de Salud)

Existen excepciones en la Ley de Garantías Explícitas en Salud, y corresponde a pacientes afiliados a instituciones de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Carabineros, tales como: DIPRECA O CAPREDENA. Según el art. 2 de la ley N° 19.966 (AUGE), los beneficiarios de estas instituciones no tienen derecho a las Garantías Explícitas en salud, pues los rigen otras leyes en cuanto su propio sistema de salud. (Superintendencia de Salud)

La ley incluye ciertas condiciones o enfermedades, considerando un paquete de servicios mínimos garantizados, conocida operacionalmente como "canasta de prestaciones" de salud, la cual enumera explícitamente los productos y servicios a los que accede el cotizante beneficiario. Estos productos y servicios son otorgados tomando en cuenta diferentes etapas de una enfermedad: Sospecha diagnóstica, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. De esta forma se detalla la cantidad de consultas médicas generales y de especialidad, el número y tipo de atenciones de enfermería y otros profesionales

de la salud, la cantidad y tipo de exámenes de laboratorio y radiológicos, insumos, fármacos, prótesis, etc. (Bastías & Andia, 2007)

Dentro de la Ley de Garantías Explícitas en Salud, las enfermedades también tienen ciertos requisitos que los pacientes deben cumplir para poder acceder a la cobertura de su enfermedad. A continuación, y en detalle, están estos requisitos, por cada enfermedad:

a) *Artritis reumatoide*: El acceso a la cobertura es para todo paciente mayor de 15 años, con confirmación diagnóstica tendrá acceso a su tratamiento. En tratamiento tendrá derecho a continuarlo. (MINSAL, 2020)

b) *Diabetes Mellitus tipo 1*: el acceso a la cobertura se garantiza ya sea con o sin confirmación diagnóstica, cubriendo muchos tipos de diabetes. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento, incluyendo el de pie diabético. Con descompensación, tendrá acceso a tratamiento de urgencia y hospitalización según indicación médica. Esto sin perjuicio de la continuidad del tratamiento que corresponda. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo. (MINSAL, 2020)

c) *Cáncer de mama*: El acceso a la cobertura de esta Ley corre para personas mayores de 15 años. Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo). Con recidiva, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. (MINSAL, 2020)

d) *Lupus*: El acceso a la cobertura es para todo rango de edad. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a su tratamiento. En tratamiento tendrá derecho a continuarlo. (MINSAL, 2020)

4.6 Criterios de inclusión de pacientes a Ley Ricarte Soto

A esta ley pueden acogerse todos los chilenos y chilenas, independientes de su sistema previsional, a quienes los tratamientos de su enfermedad sean definidos de alto costo, que tienen efectividad comprobada y que hayan sido incluidos en el decreto respecto del ministerio de salud. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016)

A diferencia de la Ley de Garantías Explícitas en Salud, que tiene como limitante a los usuarios de CAPREDENA o DIPRECA, la Ley Ricarte Soto cubre de forma universal a chilenos y chilenas, independiente de la previsión que posea. Tampoco distingue la situación socioeconómica del paciente. (Chileatiende, 2019)

Ahora, al momento de definir lo que significa "tratamiento de alto costo", según la ley están definidos como: "medicamentos, alimentos o elementos de uso médico asociados a enfermedades o condiciones de salud y por las prestaciones indispensables para su confirmación diagnóstica y seguimiento, que por su costo impiden el acceso a estos, o accediendo, impactan catastróficamente en el gasto de los beneficiarios" (Ley 20850, 2015)

Este "gasto catastrófico" está definido por un umbral que es revisado cada tres años por el Ministerio de Hacienda y el MINSAL. Este umbral se determinó como todo gasto anual en salud del hogar que excediera el 40% de los ingresos familiares promedio, descontando los gastos básicos de supervivencia. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016)

Para el caso de esta Ley, se debe considerar que las enfermedades que cubre, en general, presentan una anomalía en su tratamiento o presentación habitual. Es por ello, que los criterios que se utilizan son un poco más detallados, incluyendo en estas expresiones más técnicas. Estos criterios de inclusión son detallados a continuación por cada una de las enfermedades a investigar:

a) *Lupus*. Personas de 18 años y más, con diagnóstico confirmado de lupus eritematoso sistémico con compromiso cutáneo o articular, refractario a tratamiento habitual. (MINSAL, 2019)

b) *Artritis Reumatoide*. Adultos con artritis reumatoide refractaria a tratamiento habitual (MINSAL, 2018)

c) *Diabetes Mellitus tipo 1*. Personas con diagnóstico confirmado de diabetes tipo 1, que requieren el uso de infusores subcutáneos continuos de insulina, de acuerdo a los siguientes subgrupos:

- **Subgrupo 1:** personas con diagnóstico de diabetes tipo 1, con requerimientos de micro dosis de insulina, y que aún llevando una correcta adherencia al tratamiento no pueden lograr un control glicémico apropiado, presentando niveles de hemoglobina glicosilada mayor o igual a 8,0%; múltiples episodios de hiperglicemia sobre 300 mg/dl o de cetoacidosis o cetosis recurrente, todas de causa no precisada.

- **Subgrupo 2:** personas con diagnóstico de diabetes tipo 1, que a pesar de llevar una correcta adherencia al tratamiento han presentado episodios de hipoglicemia severa o inadvertida de causa no precisada. (MINSAL, 2019)

d) *Cáncer de mama*. Personas con diagnóstico de Cáncer de Mama que sobreexpresan el gen *HER2*, de acuerdo a los siguientes subgrupos:

- **Subgrupo 1:** Personas con Cáncer de Mama *HER2* positivo. Etapas I, II y III. Adyuvancia.

- **Subgrupo 2:** Personas con Cáncer de Mama *HER2* positivo. Etapa IV Metastásica. (MINSAL, 2018)

Al observar las diferentes enfermedades y consideraciones al momento del diagnóstico, sería bueno aclarar bajo qué reglas se rigen los

profesionales de la salud para realizar estos diagnósticos clínicos. Por tanto se debe aclarar la duda de “qué es un procedimiento clínico”.

4.7 Procedimiento clínico o diagnóstico

Un procedimiento clínico o diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un “cuadro clínico” destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente. (Unidad de Medicina Basada en Evidencia Pontificia Universidad Católica de Chile, 2007)

Estas inferencias se basan en el análisis clínico que permite estimar la probabilidad de hipótesis diagnósticas que compiten entre sí para explicar un problema de salud (Steichen & Ranque, 2020).

Las hipótesis diagnósticas se generan escuchando la queja del paciente y la historia de la enfermedad, conociendo sus antecedentes y el contexto epidemiológico. Se realiza, entonces, una exploración física y/o la realización de exámenes clínicos que permitan afinar las probabilidades y realizar finalmente una confirmación diagnóstica (Steichen & Ranque, 2020).

5. Marco Metodológico

Esta investigación se ha desarrollado de acuerdo a un enfoque del tipo cualitativo, lo que permite realizar el estudio desde un punto de vista subjetivo e intersubjetivo y, de esta forma, integrar a los actores sociales que contribuyen a producir y reproducir el contexto de interacción que se pretende investigar en esta tesis. Este método permite la comparación de datos, que se extraerán de datos y archivos oficiales, y el análisis de los documentos a investigar.

La metodología será comparativa, esto es, mediante la utilización de documentos secundarios que aporten información que, posteriormente, será comparada y analizada. Además nos permite dar otro análisis, diferente para lo que originalmente fueron creados, que en este caso serían las Guías de Práctica Clínica y la información pública otorgada por el Ministerio de Salud.

Por tanto, la técnica de producción de datos será el análisis de documentos secundarios, porque al ser una técnica que permite extraer información objetiva de documentos preexistentes. También permite, y da espacio, para momentos de interpretación e inferencias por parte de quien realiza el análisis.

El universo muestral está conformado por las diferentes Guías de Práctica Clínica desarrolladas para ambas leyes, 85 para la Ley de Garantías Explícitas en Salud y 27 para la Ley Ricarte Soto, dando un total de 112 guías. La muestra será, entonces, las guías desarrolladas para las enfermedades en estudio que son: Lupus, artritis reumatoide, cáncer de mama y diabetes mellitus tipo I, dando un total de 8 guías a estudiar, ya que son éstas las enfermedades donde las Leyes se pueden hacer efectivas de forma conjunta y/o en paralelo.

Se realiza una comparación de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica en cada una de estas enfermedades, si se contemplan o no, estas diferentes fases y lo que se describe en cuanto a la cobertura por ley. De esta

forma lograr evidenciar falta de cobertura en enfermedades cubiertas por ambas leyes.

6. Resultados

Para una mejor comprensión de lectura, se aclara que la información está estructurada de la siguiente manera.

- primero se nombra la enfermedad o condición
- después aparece en el siguiente orden la información respecto a:
 - Cobertura Legal
 - Proceso clínico garantizado
 - Guía clínica
- Finalmente estará diferenciada entre la Ley de Garantías Explícitas en Salud y la Ley Ricarte Soto

Pero primero se comenzará con una breve descripción y análisis, a modo general, sobre las Guías de Práctica Clínica de ambas Leyes.

6.1 Las Guías, una vista general

Ley GES

En general las Guías de Práctica Clínica de la Ley de Garantías Explícitas en Salud, no tienen una estructura definida, son todas muy diferentes entre sí. Además, ninguna de las estudiadas para esta investigación específica qué etapas de la enfermedad están cubiertas por la Ley, ni los tiempos en los cuales el paciente debe recibir las prestaciones.

Ley Ricarte Soto

En el caso de la Ley Ricarte Soto, sus Guías de Práctica Clínica tienen una estructura definida. Donde especifican qué etapa cubre la Ley y cuáles no. Además están especificados los tiempos en los cuales se deben entregar las prestaciones.

6.2 Lupus

a.- Cobertura Legal

Lo que la Ley de Garantías Explícitas en Salud garantiza en esta enfermedad, es que con la confirmación diagnóstica ya realizada, la persona afectada tendrá acceso al tratamiento y al seguimiento. Faltando cubrir la sospecha diagnóstica y el confirmación diagnóstica.

La Ley Ricarte Soto garantiza la sospecha diagnóstica, la confirmación diagnóstica y el tratamiento, sin seguimiento.

b.- Proceso clínico garantizado

Ley GES

La Ley contempla los tratamientos para lupus leves y graves además de la hospitalización ante un paciente refractario a tratamiento. Esta puede ser por rescate farmacológico o por plasmaféresis [Procedimiento por el cual se realiza una depuración sanguínea extracorpórea. Se extrae plasma sanguíneo y se limpia de patógenos u otras moléculas, para luego ser devuelta al cuerpo. (Suárez, 2018)].

Ley Ricarte Soto

Por otro lado la Ley Ricarte Soto contempla a personas con Lupus eritematoso sistémico con compromiso cutáneo o articular refractario a tratamiento habitual, que justifique el uso del tratamiento farmacológico de belimumab. Este debe ser proporcionado en un plazo no mayor a 60 días desde la validación por parte del comité de expertos clínicos del prestador aprobado.

c.- Guía Clínica

Ley GES

La guía clínica del lupus aborda esta enfermedad desde la sospecha diagnóstica y la confirmación diagnóstica, no sólo de la enfermedad misma, sino que también del deterioro de otros órganos por causa de esta enfermedad. Para ello recomienda exámenes y formas de diagnóstico no incluidas en la ley.

También toca los tratamientos farmacológicos del Lupus y advierte sobre su toxicidad.

A pesar de estar dentro de las prestaciones legalmente cubiertas, no hay especificaciones sobre la hospitalización, es más, no está mencionada en la guía. Esta información es vital para el profesional, es decir, establecer síntomas y signos de un lupus descompensado o que requiera hospitalización, la definición del rescate farmacológico y el rescate de plasmaféresis.

Ley Ricarte Soto

La guía clínica para esta enfermedad entrega información para todas las etapas, desde la sospecha diagnóstica hasta el seguimiento.

Es requisito indispensable para el inicio del tratamiento el compromiso cutáneo y/o articular.

Al igual que en las demás Guías de Práctica Clínica de la Ley Ricarte Soto, cuenta con los criterios de continuidad del tratamiento, exclusión del tratamiento y suspensión.

El seguimiento se encuentra muy detallado a pesar de no estar garantizado por la ley, donde se recomienda ciertos exámenes a realizar, los primeros meses de la enfermedad que gradualmente se vuelven anuales.

6.3 Diabetes

a.- Cobertura legal

En la Ley de Garantías Explícitas en Salud la diabetes tipo I está cubierta: la sospecha diagnóstica, la confirmación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento de la misma.

En la Ley Ricarte Soto, en cambio, está contemplada la sospecha, la confirmación diagnóstica y el tratamiento que, en este caso, sería el dispositivo infusor de insulina. No contempla el seguimiento.

b.- Proceso clínico garantizado

Ley GES

La glicemia debe realizarse dentro de los 30 minutos desde la atención médica en el servicio de Urgencias por sospecha de descompensación, luego se deriva al médico especialista dentro de 7 días desde la sospecha diagnóstica por exámenes alterados. Al confirmar el diagnóstico, hay 24 horas para dar inicio con el tratamiento

Dentro de las prestaciones contempladas en la Ley, además de la confirmación de la diabetes tipo I y el tratamiento, también se considera las curaciones avanzadas para heridas de pie diabético ya sea que esté infectado o no.

Ley Ricarte Soto

La confirmación diagnóstica se realiza por medio de un monitoreo continuo de la glicemia, que requiera de un dispositivo infusor subcutáneo de insulina con sensor para la diabetes tipo 1 inestable severa, junto a sus insumos. Este dispositivo deberá ser entregado a los 60 días, una vez sea validada por la indicación por parte del comité de expertos clínicos del prestador aprobado

También están cubiertos los recambios, las renovaciones o las mantenciones de los dispositivos proporcionados.

c.- Guía Clínica

Ley GES

La guía clínica sobre la diabetes tipo I aborda desde la sospecha diagnóstica, hasta el seguimiento de la enfermedad. Pero también aborda temas sobre la prevención, la nutrición, educación al paciente, entre otros aspectos.

Si bien, la mayoría de las guías clínicas tienen por objetivo a los profesionales de la salud, muchas declaran, también, ser una guía para los pacientes. Pero estas manejan un lenguaje muy técnico la mayoría de veces, por lo que, es complejo de entender para una persona no especializada. Pero esta guía sí tiene espacios donde el paciente puede entender y educarse con ella.

También aborda temas como la transición y el cambio de la enfermedad cuando es diagnosticada en niños y este pasa a ser un adulto. También menciona la fundación de diabetes juvenil de Chile, lo que significa un apoyo extra en una enfermedad que, según la misma clínica, la mayoría de las ocasiones es diagnosticada entre la niñez y la adolescencia.

Ley Ricarte Soto

La guía clínica de este tipo de diabetes, contempla, en detalle, los pasos a seguir en cada una de las etapas de la enfermedad, desde la sospecha hasta el seguimiento.

Cuenta, además, con los criterios de continuidad del tratamiento y de exclusión del tratamiento. Explica cuándo debe realizarse la suspensión que es principalmente por alguna reacción adversa del paciente ante el tratamiento.

En esta última etapa, que la Ley no cubre, la guía es extremadamente explícita en cuanto a qué especialistas el paciente debe mantener sus controles (profesionales del área de la medicina, psicología, enfermería y nutrición) y los tiempos en los cuales el paciente debe controlarse con ellos.

6.4 Cáncer de mama

a.- Cobertura legal

En el caso del cáncer de mama, la Ley de Garantías Explícitas en Salud cubre la sospecha diagnóstica, la confirmación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento.

En cuanto a la Ley Ricarte Soto está cubierta la sospecha diagnóstica y el tratamiento. Sin contemplar el seguimiento

b.- Proceso clínico garantizado

Ley GES

El diagnóstico debe realizarse dentro de los 45 días desde que se establece la sospecha, en el caso de existir un examen de mamografía que lo respalde. En el caso contrario debe existir sospecha clínica de cáncer, y en tal caso, la mamografía no será exigible y el plazo máximo para la prestación será igualmente de 45 días. También se dará 45 días para establecer la etapificación [Proceso por el cual se determina el avance del cáncer en el cuerpo de una persona y cuánto se ha propagado, y de esa forma, determinar el estadio en el cual se encuentra (American Cancer Society, 2015)], desde la confirmación diagnóstica.

El diagnóstico contempla exámenes de confirmación de cáncer de mama por biopsia estereotáxica, [Tipo de biopsia que utiliza la mamografía para localizar una anomalía en el seno y extirpar una muestra de tejido para su

examen bajo el microscopio (Radiologyinfo, 2019)] la etapificación y, además, un examen de confirmación de cáncer de mama a nivel de especialidad.

El tratamiento primario se iniciará dentro de 30 días una vez establecida la etapificación. Los tratamientos adyuvantes se iniciarán dentro de los 20 días desde la indicación médica. El primer control se realiza dentro de los 90 días desde la indicación médica.

El tratamiento contempla la intervención quirúrgica, con o sin reconstrucción de mama, Radioterapia, Quimioterapia en diferentes etapas del cáncer además de controles y exámenes asociados a la quimioterapia.

En cuanto al seguimiento es mensual y contempla a los pacientes asintomáticos como con manifestación de síntomas.

Ley Ricarte Soto

Con la confirmación diagnóstica del cáncer de mama HER2+, tendrá acceso al tratamiento con Trastuzumab, que deberá ser proporcionado en un plazo no mayor a 20 días una vez sea aprobado el tratamiento por el comité de expertos clínico del prestador aprobado

c.- Guía Clínica

Ley GES

En esta guía clínica comienza advirtiendo que el cáncer tiene diferentes presentaciones y que la guía, si bien, tiene recomendaciones que están científicamente demostradas, es el médico tratante quien finalmente toma las decisiones de acuerdo a las particularidades del paciente.

La información que proporciona comienza en etapas anteriores a la sospecha diagnóstica, tomando en cuenta la prevención y el tamizaje,

entregando información al profesional sobre a qué población debiese ser advertida para la realización de exámenes preventivos del cáncer.

En cuanto a la confirmación diagnóstica, entrega recomendaciones de qué exámenes realizar, poniendo énfasis en la biopsia, y además de cómo realizar la etapificación.

En cuanto al tratamiento, entrega información sobre qué tipo de tratamiento se debe realizar de acuerdo a las condiciones del paciente y de la estadificación en la cual se encuentra.

También se encuentran las recomendaciones sobre la reconstrucción mamaria, las condiciones del paciente en cuanto a la enfermedad, en qué momentos realizarla y los factores que inciden en una reconstrucción.

Ley Ricarte Soto

La guía del cáncer de mama de esta Ley describe lo que se debe realizar en todas las etapas de la enfermedad.

Contempla criterios de continuidad. En cuanto a los criterios de exclusión al tratamiento, se toma en cuenta más factores que en las otras enfermedades, desde deterioro de otros órganos del cuerpo, caso de embarazo y lactancia, infección activa y patología psiquiátrica que no asegure la adherencia al tratamiento.

Lo mismo sucede con la suspensión al tratamiento, se toma en cuenta si existe progresión durante el mismo, o su intolerancia. Problemas cardiovasculares no resueltos e incluso la suspensión voluntaria por parte del paciente, entre otros.

El seguimiento se encuentra descrito, destacando que debe realizarse por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud, indicando exámenes y controles mensuales.

6.5 Artritis

a.- Cobertura legal

Para esta enfermedad la Ley cubre a personas mayores de 15 años en el tratamiento y el seguimiento, cubriendo el tratamiento farmacológico tradicional. Faltando cubrir la sospecha diagnóstica y el confirmación diagnóstica.

En cuanto que, en la Ley Ricarte Soto, está cubierta la sospecha diagnóstica, la confirmación diagnóstica y el tratamiento, sin cubrir el seguimiento.

b.- Proceso clínico garantizado

Ley GES

Entrega de tratamiento farmacológico.

Ley Ricarte Soto

Una vez realizada la confirmación diagnóstica, tendrá acceso al inicio de tratamiento con Etanercept o Abatacept o Adalimumab o Rituximab en un plazo no mayor a 60 días, una vez validada la indicación por el comité de expertos clínicos del prestador aprobado.

Esta confirmación se realiza en pacientes con artritis activa sin respuesta al uso adecuado de, por lo menos, 3 fármacos antirreumáticos, administrados en dosis máximas, por un periodo de al menos 6 meses o más.

c. - Guía Clínica

Ley GES

En la guía de esta enfermedad, se describen las recomendaciones para realizar exámenes ante la sospecha diagnóstica de artritis. Dentro de la sospecha y el diagnóstico también entrega información sobre cómo realizar su clasificación y el diagnóstico diferencial con otras enfermedades.

A pesar de no estar cubierta, se le dedica por lo bajo 1/3 de la guía a las especificaciones de estas dos fases.

En cuanto a la información proporcionada para el tratamiento, como este es farmacológico, entrega información sobre los medicamentos que deben proporcionarse al paciente. Incluye también el tratamiento no farmacológico, que en este caso, se refiere a la educación sobre la enfermedad, ejercicio físico, terapia ocupacional, acupuntura, entre otras.

Sobre el seguimiento no es muy específico, habla de formas generales cada cuanto tiempo debe realizarse el seguimiento.

Ley Ricarte Soto

Esta guía clínica específica los pasos a seguir en cada una de las etapas de esta enfermedad.

En cuanto al tratamiento, como es más de una alternativa farmacológica, la guía entra en detalles del tratamiento en cuanto a las dosis y sus formas de administración.

Al igual que las otras guías de esta Ley, contempla criterios de continuidad del tratamiento, la exclusión y la suspensión del mismo.

El seguimiento, a pesar de no estar cubierto por esta enfermedad, ésta detallado en cuanto al tipo de médico especialista que debe llevar a cabo el

seguimiento, y los diferentes exámenes que el paciente debe de realizarse en esta etapa de la enfermedad.

6.6 Comparación gráfica de lo que cubre la Ley v/s la información encontrada en la guía

Para simplificar, se ha realizado una tabla comparativa entre lo que cubren las Leyes en ambas políticas públicas y la información que entregan sus respectivas Guías de Práctica Clínica.

Esta tabla se ha desarrollado según la información entregada en las Guías de Práctica Clínicas tanto de la Ley de Garantías Explícitas en Salud como de la Ley Ricarte Soto e indicaciones por parte del Ministerio de Salud

Cuadro II: Comparación grafica de lo que cubren las Leyes v/s la información en las Guías de Práctica Clínica

Comparación grafica de lo que cubren las Leyes v/s la información en las Guías de Práctica Clínica

Ley Condición	GES												Kicarte Soto					
	Sospecha		Diagnóstico		Tratamiento		Seguimiento		Sospecha		Diagnóstico		Tratamiento		Seguimiento			
	Guía	Ley	Guía	Ley	Guía	Ley	Guía	Ley	Guía	Ley	Guía	Ley	Guía	Ley	Guía	Ley		
Diabetes Mellitus																		
Lupus																		
Cáncer de mama																		
Artritis reumatoide																		

Leyenda	
Cubierto por Guía	
Cubierto por Ley	
No cubierto	

(Cuadro de elaboración propia con información extraída de las Guías de Práctica Clínica y el MINSAL)

7. Conclusión

Con todo lo expuesto, anteriormente, se puede concluir que las Leyes de Garantías Explícitas en Salud y Ley Ricarte soto no acogen ni cubren todo lo recomendado en sus respectivas Guías de Práctica Clínica.

Esto significaría una vulneración en los derechos de los pacientes y las personas que necesitan de aquella información. Esto se puede observar desde diferentes perspectivas

7.1 Económica

Como se estableció anteriormente quienes acuden a la Ley de Garantías Explícitas en Salud y la Ley Ricarte Soto para cubrir sus condiciones, son personas mayormente de bajos ingresos económicos y la más vulnerable ante el sistema de salud chileno.

En el caso de la diabetes y la artritis, en ambas leyes, tanto Garantías Explícitas en Salud como en la Ley Ricarte Soto, están cubiertos casi en su totalidad. Si bien en la Ley Ricarte Soto no existe seguimiento en ninguna de las enfermedades, esta se puede complementar con el seguimiento que sí realiza la Ley de Garantías Explícitas en Salud.

Caso similar ocurre con el lupus que en la Ley Ricarte Soto no está cubierto el seguimiento, pero, se puede complementar con el seguimiento de la Ley Garantías Explícitas en Salud, que sí la realiza. A pesar de estar cubiertas y como se comenta anteriormente, esta última Ley, exige un copago del 20% del valor original del servicio que se requiera para la enfermedad a tratar. A pesar de estar cubierta una hospitalización por un lupus refractario a tratamiento tiene un costo de \$455.840 si es con rescate farmacológico y \$596.600 si es con rescate por plasmaféresis.

En el caso del cáncer de mama el gasto económico es aún más complejo de manejar. A pesar de poder estar cubierto por la Ley Garantías Explícitas en

Salud, los copagos que se deben realizar siguen siendo altos. Desde el diagnóstico la biopsia para la confirmación diagnóstica tiene un valor de \$213.500, sin contar los otros exámenes que sumando todo da un total de \$350.330. Los controles y exámenes asociados a quimioterapia, por el tratamiento completo tienen un costo final de \$298.300. La intervención quirúrgica de cáncer de mama sin reconstrucción mamaria inmediata, \$271.710 mientras que si es con reconstrucción mamaria (ya sea diferida o inmediata) \$643.140.

Si bien el aspecto económico es muy importante, algo que es tan o incluso más importante, es el acceso a la información que sea comunicada de forma clara.

7.2 Claridad en la entrega de la información

Al momento de comenzar la recopilación de información, es decir, la obtención de las Guías de Práctica clínica, la cobertura legal de las enfermedades y las implicaciones financieras, fue necesario acudir a diferentes medios de información gubernamental. Por tanto, para obtener toda la información necesaria, como ciudadana, fue un proceso engorroso.

Un ejemplo de ello, son las Guías de Práctica Clínica de la Ley de Garantías Explícitas en Salud. Las cuales, si bien, entregan mucha información, esta no considera datos relevantes como las fases de la enfermedad que cubre la Ley o los tiempos de espera entre fases, teniendo que acudir a otras fuentes de información oficial.

En ese sentido, las guías de la Ley Ricarte Soto son mucho más completas en la entrega de información, indicando las fases que cubre, y los tiempos que deben esperar para ser atendidos en cada fase.

Este punto sobre la entrega de información exacta y fidedigna en las Guías de Práctica Clínica es muy importante puesto que el acceso a esta es un

derecho ciudadano y no solo eso, este acto está íntimamente ligado a las ideas de democracia y gobernabilidad democrática. (Organización de los Estados Americanos, 2013)

Es por medio de la información que los ciudadanos pueden ejercer su ciudadanía, que es el sustento básico de la democracia. Negar la información se podría interpretar que hay “información privilegiada” e inaccesible, lo que podría significar que las instituciones no están tomando en cuenta el interés y bienestar de la ciudadanía, sino que un “interés particular”, alejándose del concepto de democracia (Organización de los Estados Americanos, 2013). Este no es el caso, no es que la información esté oculta, pero si se encuentra dispersa en diferentes sitios, lo que dificulta su acceso.

7.3 ¿Es el sistema de salud un “problema maldito” de la administración Pública?

El término de “problemas malditos” se generó para expresar gráficamente aquellas situaciones que parecen desbordar las capacidades de la administración y de las políticas públicas. Este desbordamiento también es percibido por la ciudadanía convirtiéndose en motor de creciente insatisfacción ciudadana provocándose una crisis en la legitimidad en los outputs del sistema. (Brugué, Canal, & Paya, 2015)

En la administración los problemas son “malditos” por su irreductible complejidad, es decir, que las relaciones entre sus componentes son densas e intensas, y por consiguiente, es imposible aplicarles recetas simplificadoras que hagan que sean más manejables para la administración pública. (Brugué, Canal, & Paya, 2015)

“El problema de la cobertura es complejo, y tiene relación con la protección financiera que se entrega para acceder a una determinada acción en salud”. Al ser un tema complejo y según la literatura, las políticas públicas deben

ser integrales y flexibles, han de asumir la incertidumbre y han de reaccionar permanentemente frente a situaciones constantes de dinamismo, por lo que su entendimiento debe ser desde una perspectiva holística y no caer en el reduccionismo. (Goyenechea, el quinto poder, 2012)

El sistema de salud en Chile, tiende a la focalización de las prestaciones, tal y como ocurre con la Ley de Garantías Explícitas en Salud y la Ley Ricarte Soto. El paradigma de la focalización, "principio que implica que las políticas públicas son diseñadas para grupos específicos de la población que se encuentran en alguna "situación de carencia" y, por tanto, requieren asistencia del Estado, liquida la idea de universalidad en el derecho a la salud." (Goyenechea & Sinclair, ciperchile, 2013)

Por tanto, pretender que la solución a los problemas derivados de la Ley de Garantías Explícitas en salud y la Ley Ricarte Soto se soluciona sólo con ampliar las coberturas, cae en la simplificación del problema. Además que el ampliar las coberturas no está dentro de las facultades de la administración pública, puesto que significa un aumento en los gastos fiscales, y como se había planteado anteriormente, ésta debe trabajar con los recursos disponibles.

7.4 Una posible solución

Por lo anterior, la investigación no tiene una perspectiva económica que requiera aumentar las coberturas para los usuarios. El enfoque a abordar está vinculado a la entrega de información a los usuarios, de manera tal, que sea confiable y fácil de entender.

Muchas de las Guías de Práctica Clínica estudiadas aseguran que no solo están dirigidas a quienes trabajan en el área de la salud, sino que, también a pacientes que requieran de guía o información sobre su condición o enfermedad. Pero muchas veces estas guías no incorporan elementos fundamentales, como los tiempos de espera, la cobertura legal, las implicaciones financieras, entre otras.

Finalmente todo lo anterior confirma que efectivamente existe una vulneración en los derechos de la persona, respecto al acceso a la información que requiere el paciente, que puede guiarle a tomar y exigir las acciones correspondientes, tanto al profesional de la salud como a la institución que le está otorgando las prestaciones.

Una forma de solucionar el problema de acceso a la información sería por medio de la actualización de las Guías de Práctica Clínica, donde se pueda apreciar, con claridad, datos como: los tiempos de espera, la cobertura legal, las prestaciones garantizadas, implicancias económicas de los copagos (en el caso de la Ley de Garantías Explícitas en Salud) o hasta qué punto se aplica la gratuidad de las prestaciones (en el caso de la Ley Ricarte Soto), entre otras aclaratorias importantes.

Sería interesante saber hasta qué punto, tanto para profesionales de la salud como para usuarios, apreciarían que esta información se encontrase en las Guías de Práctica Clínica y su opinión respecto a las actuales.

8. Bibliografía

Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo. (12 de 05 de 2014). *aecid.es*. Recuperado el 01 de 12 de 2020, de [https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20\(2\).pdf](https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf)

Aguilera, I. (2016). *La reforma de salud chilena a diez años de su implementación*. Santiago: Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

American Cancer Society. (25 de 03 de 2015). *cancer.org*. Recuperado el 26 de 11 de 2020, de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html#:~:text=La%20estadificaci%C3%B3n%20del%20c%C3%A1ncer%20es,del%20c%C3%A1ncer%20de%20una%20persona>.

Banco Interamericano de Desarrollo. (2016). *La cobertura de las intervenciones de alto costo en Chile: una visión crítica sobre la Ley Ricarte Soto*. División de Protección social y Salud.

Bastías, G., & Andía, M. (2007). *Garantías explícitas en salud (GES): seis consideraciones para su implementación*. Santiago: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

breastcancer.org. (20 de 11 de 2018). *Breastcancer.org*. Recuperado el 30 de 07 de 2020, de https://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama?gclid=CjwKCAjw34n5BRA9EiwA2u9k35l_EQ02Iur0reLFm3RaRR5FX86Tv0y9D0Jv2LsBNqi8eAuU89o0LxoCj60QAvD_BwE

Brugué, Q., Canal, R., & Paya, P. (2015). ¿Inteligencia asministrativa para abordar "problemas malditos"? El caso de las comisiones interdepartamentales. *Gestión y Política Pública*, 85-130.

Chileatiende. (10 de Julio de 2019). *Ley Ricarte Soto*. Recuperado el 22 de 06 de 2020, de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/38873-ley-ricarte-soto>

Chileatiende. (25 de 02 de 2020). *www.chileatiende.gob.cl*. Recuperado el 15 de 06 de 2020, de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2464-plan-auge-ges>

El Mostrador. (20 de 09 de 2013). *El Mostrador*. Recuperado el 01 de 12 de 2020, de <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2013/09/20/fallece-el-periodista-ricarte-soto-tras-una-larga-lucha-contra-el-cancer/>

Erazo, Á. (2011). *La protección social en Chile, el plan AUGE: Avances y desafíos*. Santiago: Naciones Unidas CEPAL.

FONASA. (02 de 03 de 2020). *FONASA*. Recuperado el 24 de 11 de 2020, de https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticia/nuevos_tramos_Fonasa_2020

Godoy, L. D. (06 de 05 de 2009). *Castilla-La Mancha*. Recuperado el 02 de 12 de 2020, de <http://pagina.jccm.es/ear/descarga/A2T3.pdf>

Goyenechea, M. (19 de 07 de 2012). *el quinto poder*. Recuperado el 04 de 12 de 2020, de <https://www.elquintopoder.cl/salud/derecho-a-la-salud-de-la-focalizacion-a-la-universalidad/>

Goyenechea, M., & Sinclair, D. (27 de 05 de 2013). *ciperchile*. Recuperado el 04 de 12 de 2020, de <https://www.ciperchile.cl/2013/05/27/como-se-ha-desmantelado-la-salud-publica/>

Ley 20850. (2015). *CREA UN SISTEMA DE PROTECCIÓN FINANCIERA PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO Y RINDE HOMENAJE POSTUMO A DON LUIS RICARTE SOTO GALLEGOS*. Santiago.

MedlinePlus. (02 de 01 de 2020). *MedlinePlus*. Recuperado el 26 de 07 de 2020, de <https://medlineplus.gov/spanish/lupus.html>

Méndez, J. J. (2006). *Acceso a la información y equidad en salud*. La Habana: Rev Cubana Salud Pública.

Mendoza, C. (2017). *Cómo interpretar guías de práctica clínica elaboradas con metodología GRADE*. Santiago: Rev Med Chile.

Ministerio de Salud. (2014). *Desarrollo de Guías de Prácticas Clínicas*. Santiago.

Ministerio de Salud. (2013). *Guía Clínica AUGE Lupus Eritematoso Sistémico*. Santiago: MINSAL.

MINSAL. (2014). *Artritis Reumatoide*. Santiago: Subsecretaría de salud Pública.

MINSAL. (2020). *AUGE85*. Recuperado el 31 de 07 de 2020, de <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/78>

MINSAL. (2020). *AUGE85*. Recuperado el 31 de 07 de 2020, de <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/6>

MINSAL. (2020). *AUGE85*. Recuperado el 31 de 07 de 2020, de <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/52>

MINSAL. (2020). *AUGE85*. Recuperado el 31 de 07 de 2020, de <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/8>

MINSAL. (2013). *Diabetes Mellitus tipo 1*. Santiago: Subsecretaria de Salud Publica.

MINSAL. (2015). *Guía de Práctica Clínica AUGE, Cáncer de Mama*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública.

MINSAL. (14 de 11 de 2017). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 30 de 07 de 2020, de <https://www.minsal.cl/dia-mundial-de-la-diabetes/>

MINSAL. (28 de 11 de 2018). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 29 de 07 de 2020, de <https://www.minsal.cl/comision-recomendacion-priorizada-ley-ricarte-soto/>

MINSAL. (2019). *Tratamiento basado en la administración de insulina, a través de infusores subcutáneos de insulina (bombas de insulina) para personas con diagnóstico de diabetes tipo 1 inestable severa*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública.

MINSAL. (2018). *Tratamiento basado en Trastuzumab para el Cáncer de Mama que Sobreexpresa el Gen HER2*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública.

MINSAL. (2019). *Tratamiento con belimumab para personas con Lupus Eritematoso Sistémico con compromiso cutáneo o articular refractario a tratamiento habitual*. Santiago: Subsecretaría de Sallud Pública.

MINSAL. (2018). *Tratamiento con Etanercept o Abatacept o Adalimumab o Rituximab en adultos con Artritis Reumatoide Activa Refractaria al Tratamiento Habitual*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública.

Organización de los Estados Americanos. (03 de 2013). *"El Acceso a la Información Pública, un Derecho para ejercer otros Derechos*. Recuperado el 27 de 11 de 2020, de <https://www.oas.org/es/sap/dgpe/concursoinformate/MATERIAL.asp>

Radiologyinfo. (05 de 02 de 2019). *radiologyinfo.org*. Recuperado el 26 de 11 de 2020, de <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=breastbixr>

Steichen, O., & Ranque, B. (2020). Construcción del procedimiento clínico . *ELSEVIER*, 1-5.

Suárez, J. M. (02 de 08 de 2018). *Elsevier*. Recuperado el 26 de 11 de 2020, de <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/plasmaferesis-que-es,-para-que-sirve,-indicaciones-y-efectos-secundarios>

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2019). *Lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES retrasadas*. Santiago: Ministerio de Salud.

Superintendencia de Salud. (s.f.). *www.supersalud.gob.cl*. Recuperado el 15 de 06 de 2020, de <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-printer-4023.html>

Unidad de Medicina Basada en Evidencia Pontificia Universidad Católica de Chile. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 534-538.