

**CONDICIONES PARA ACCEDER A LA COBERTURA  
DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD  
G.E.S.**

Por el presente instrumento, ponemos en su conocimiento las condiciones de la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966 y al Decreto Supremo N° 1, de 2010, del Ministerio de Salud que establece los Problemas de Salud y Garantías Explícitas de Salud desde 1 de julio del año 2010.

**Primero: Generalidades**

El Régimen General de Garantías contiene Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Estas Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de Derechos para los beneficiarios. Asimismo, éstas garantías pueden ser diferentes para una misma prestación conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

**Segundo: Cobertura**

Las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones que no se encuentren incorporadas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), se mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos planes de salud complementarios que tengan los afiliados al momento de requerir tales atenciones. El afiliado y beneficiario tiene, en todo caso, el derecho de acogerse a las condiciones de las GES, cuando corresponda, o mantener la cobertura y condiciones de su plan complementario vigente.

**Tercero: Listado de Prestaciones**

El Decreto Supremo N° 1, de 2010, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 27 de febrero de 2010 fijó el conjunto de Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud, para el período anual que empieza a regir el día 1 de julio de 2010. El listado de los problemas de Salud se prescribe al final del presente anexo.

**Cuarto: Garantías Explícitas en Salud**

Para los efectos previstos en la ley, en relación al Régimen se entenderá por:

**Garantía Explícita de Acceso:** Obligación de las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas en el Régimen, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

**Garantía Explícita de Oportunidad:** Otorgamiento de estas prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo a la Ley 19.937, en la forma y condiciones determinadas en el decreto correspondiente, cuando esté vigente en esta materia. Previo a esto, las Isapres otorgarán estos beneficios en la red que para tal efecto hayan informado a la Superintendencia de Salud.

**Garantía Explícita de Oportunidad:** Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud designado en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto designado por la Isapre cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador designado por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a la isapre. No se entenderá que hay Incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito, o que se deriven de causas imputables al afiliado o beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por la Isapre.

**Garantía Explícita de Protección Financiera:** La contribución o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen, a disposición de los afiliados y beneficiarios en las oficinas de la Isapre. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 8° de este documento.

**Quinto: Vigencia**

Por regla general, los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES) tendrán una vigencia de tres años. Si no se modificaren al expirar el plazo señalado en virtud de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

**Sexto: Formalidades y condiciones de atención y de acceso:**

1.- Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES), los afiliados y beneficiarios de Isapres a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas deberán atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante lo anterior,, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso regirán las Garantías Explícitas de que trata este documento.

2.- Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo que establece en la Garantía Explícita de Calidad. No obstante, mientras tal garantía no sea exigible, los prestadores sólo deberán ser Informados a la Superintendencia.

3.- Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional.

4.- Una vez, designado el prestador por la Isapre, el afiliado o beneficiario o su representante deberá indicar expresamente y por escrito su decisión de tratarse a través de dicho prestador o desistir de la atención garantizada, en cuyo caso se entiende que opta por su Plan Complementario y no regirán las garantías explícitas.

5.- Las Garantías Explícitas se aplicarán sólo a las prestaciones definidas en el arancel correspondiente. Las demás prestaciones no contenidas en el referido Arancel; no obstante se otorguen en establecimientos designados por la Isapre, tendrán la cobertura del plan complementario.

6.- Los prestadores de salud deberán informar a los afiliados a las Isapres que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud en la forma, oportunidad y condiciones que establece el Reglamento. En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de otras sanciones que contemplen los reglamentos.

**Séptimo: Precio**

El precio de los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES), y la unidad en que se pacta será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, y es independiente del precio del plan complementario. El precio podrá ser notificado cada vez que se modifique el decreto que establece los problemas de salud y Garantías en Salud.

**Octavo: Cobertura Financiera Adicional**

Sin perjuicio de lo que señale el reglamento que se dicte al efecto, se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a las siguientes normas:

- 1.- Para tener derecho a esta cobertura financiera adicional, el monto de los copagos que se acumularán por cada evento.
- 2.- Para el caso de los afiliados a Isapres este deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada patología asociada a las Garantías Explícitas en Salud, que le ocurra al afiliado o a sus beneficiarios. Dicho deducible no podrá exceder de 122 Unidades de Fomento.
- 3.- En caso de existir más de un evento, que afecte al afiliado o a uno o más beneficiarios, en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible será 43 cotizaciones mensuales. Dicho deducible no podrá exceder de 181 Unidades de Fomento.
- 4.- El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzare a completar el deducible, los copagos no se acumulan para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente,
- 5.- Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud, o que estando cubiertas, hayan sido otorgadas por prestadores distintos a los designados por la Isapre, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia de Salud cuando correspondiera.
- 6.- No obstante lo indicado anteriormente, sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente al designado por la Isapre, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado
- 7.- El médico tratante del establecimiento será quien determine el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado
- 8.- Si el paciente, sus familiares o representante optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se considerarán para el cómputo del deducible. Lo mismo ocurrirá si el paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento que no es de los designados por la Isapre.
- 9.- Si el paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento designado por la Isapre, se iniciará o reiniciará, a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

**LAS 69 CONDICIONES DE SALUD CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD**

El Decreto Supremo N° 1 del Ministerio de Hacienda y Salud, publicado en el Diario Oficial el 27 de febrero de 2010, aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen a contar del 1 de Julio de 2010

Las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad deben ser otorgadas a las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, con su respectivo acceso, que más adelante se detallan.

No obstante, el afiliado deberá informarse en su Isapre, a través de los medios que ésta disponga, respecto de los alcances, condiciones, coberturas y prestaciones asociados a estas condiciones de salud garantizadas.

- 1.- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL
- 2.- CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS
- 3.-CANCER CERVICOUTERINO
- 4.- ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS
- 5.- INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
- 6.- DIABETES MELLITUS TIPO 1 - . -
- 7.- DIABETES MELLITUS TIPO II ‘
- 8.- CANCER DE MAMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 9.- DISRRAFIAS ESPINALES
- 10.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS
- 11.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS -
- 12.- ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA
- 13.- FISURA LABIOPALATINA

- 14.- CANCER EN MENORES DE 15 AÑOS
- 15.- ESQUIZOFRENIA -
- 16.- CANCER DE TESTICULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 17.- LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 18.- SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA
- 19.- INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) BAJA DE MANEJO AMBULATORIO EN MENORES DE 5 AÑOS
- 20.- NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE MANEJO AMBULATORIO EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS
- 21.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 22.- EPILEPSIA NO REFRACTARIA. EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS
- 23.- SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS
- 24.- PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO
- 25.- TRASTORNOS DE GENERACIÓN DE IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS, QUE REQUIEREN MARCAPASO
- 26.- COLECISTECTOMIA PREVENTIVA DEL CANCER DE VESICULA EN PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS
- 27.- CANCER GASTRICO
- 28.- CANCER DE PROSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 29.- VICIOS DE REFRACCION EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS
- 30.- ESTRABISMO EN MENORES DE 9 AÑOS
- 31.- RETINOPATIA DIABETICA
- 32.- DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATOGENO NO TRAUMATICO
- 33.- HEMOFILIA
- 34.- DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 35.- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PROSTATA EN PERSONAS SISTOMATICAS
- 36.- ORTESIS (O AYUDAS TECNICAS) PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS
- 37.- ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 38.- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO
- 39.- ASMA BRONQUIAL MODERADA Y GRAVE EN MENORES DE 15 AÑOS
- 40.- SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIEN NACIDO
- 41.- TRATAMIENTO MÉDICO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA
- 42.- HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES
- 43.- TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS
- 44.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR
- 45.- LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 46.- URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA
- 47.- SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS
- 48.- POLITRAUMATIZADO GRAVE
- 49.- TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO MODERADO O GRAVE
- 50.- TRAUMA OCULAR GRAVE
- 51.- FIBROSIS QUÍSTICA
- 52.- ARTRITIS REUMATOIDE
- 53.- CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE RIESGO BAJO A MODERADO DE ALCOHOL Y DROGAS EN PERSONAS MENORES DE 20 AÑOS
- 54.- ANALGESIA DEL PARTO
- 55.- GRAN QUEMADO
- 56.- HIPOACUSIA BILATERAL EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REQUIEREN USO DE AUDÍFONO
- 57.- RETINOPATIA DEL PREMATURO
- 58.- DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PREMATURO
- 59.- HIPOCUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DEL PREMATURO
- 60.- EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 61.- ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 62.- ENFERMEDAD DE PARKINSON
- 63.- ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL
- 64.- PREVENCIÓN SECUNDARIA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL
- 65.- DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS
- 66.- SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA
- 67.- ESCLEROSIS MULTIPLE RECURRENTE REMITENTE
- 68.- HEPATITIS B
- 69.- HEPATITIS C

## EL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA

La Ley N° 19,966 estableció que el nuevo examen de medicina preventiva, a que tienen derecho a recibir los beneficiarios del Régimen General de Garantías en Salud, está constituido por un plan periódico del monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias.

El Decreto Supremo N°1 de 2010, del Ministerio de Salud fijó metas de cobertura del examen de medicina preventiva que son obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, las que deberán cumplirse dentro de un año a contar del 1 de julio de 2010 y que serán fiscalizadas por la Superintendencia de Salud. Las prestaciones que contempla el Examen de Medicina Preventiva y su población objetivo son las siguientes:

### PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN GRUPOS DE POBLACIÓN GENERAL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA METAS DE COBERTURA PARA POBLACION BENEFICIARIA POR GRUPOS ETARIOS Y CICLO VITAL

#### 1. EMBARAZADAS

Meta de Cobertura: 100% de las embarazadas beneficiarias.

##### a) Diabetes Mellitus DIABETES EN EL EMBARAZO

Examen: Glicemia en ayunas.

##### b) Infección por virus de inmunodeficiencia humana

Examen: Test de Elisa para VIH en sangre con consejería PRE y post examen.

##### c) Sífilis

Examen: VDRL ó RPR en sangre.

##### d) Infección urinaria

Examen: Urocultivo.

##### e) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

##### f) Hipertensión arterial

Examen: Medición estandarizada de presión arterial.

##### g) Beber problema

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

##### h) Tabaquismo

Examen: Aplicación del instrumento Estrategia 5A's.

#### 2. RECIÉN NACIDOS

Meta de Cobertura: 100% de los recién nacidos beneficiarios dentro de los primeros 15 días desde el nacimiento.

##### a) Fenilcetonuria

Examen: Determinación de fenilalanina en sangre.

##### b) Hipotiroidismo congénito

Examen: Determinación de TSH en sangre.

##### c) Displasia del desarrollo de caderas

Examen: Maniobra de Ortolani o Barlow.

#### 3. LACTANTES

Meta de cobertura: 60% lactantes beneficiarios de 3 meses de edad.

##### a) Displasia del desarrollo de caderas

Examen: Radiografía de pelvis

#### 4. NIÑOS Y NIÑAS A LOS 4 AÑOS

Meta de cobertura: 60% de la población beneficiaria

##### a) Sobrepeso y Obesidad

Examen: Medición de peso y talla.

##### b) Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual

Examen: Aplicación de cartilla LEA.

##### c) Detección de malos hábitos bucales

Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales.

#### 5. PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS

Meta de cobertura: 25% población beneficiaria

- a) Beber problema  
Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).
- b) Tabaquismo  
Examen: Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's.
- c) Sobrepeso y Obesidad  
Examen: Medición de peso y talla y circunferencia de cintura.
- d) Hipertensión arterial  
Examen: Medición estandarizada de presión arterial.
- e) Diabetes mellitus  
Examen: Glicemia en ayunas.
- f) Sífilis  
Examen: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapid Plasma Reagin) en sangre.
- g) Tuberculosis  
Examen: Baciloscopia a personas con tos productiva por 15 días o más.

#### 6. MUJERES DE 25 A 64 AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 75% de beneficiarias con Papanicolaou vigente (realizado en los últimos 3 años)

- a) Cáncer cervicouterino  
Examen: Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical.

#### 7. PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 15% población beneficiaria

- a) Dislipidemia  
Examen: Medición de colesterol total.

#### 8. MUJERES DE 50 A 54 AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de mujeres la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 25% de la población beneficiaria

- a) Cáncer de mama CADA 3 AÑOS  
Examen: Mamografía

#### 9. ADULTOS DE 65 Y MÁS AÑOS

Sin perjuicio de la realización de los exámenes indicados para el grupo de 15 y más años, deberá efectuarse en este grupo de población la detección de la condición que se señala.

Meta de cobertura: 40% anual

- a) Autonomía funcional  
Examen: Cuestionario estandarizado, Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM).

---

FIRMA AFILIADO

---

FIRMA ISAPRE