



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

INFORME N°1 METODOLÓGICO
**ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO
INDIVIDUAL PROMEDIO POR BENEFICIARIO DEL
CONJUNTO PRIORIZADO DE PROBLEMAS DE SALUD
CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS - 2015**

9 de junio de 2015

Preparado por:
Instituto de Administración en Salud
Facultad de Economía y Negocios
Universidad de Chile

Este estudio fue convocado por el Ministerio de Salud en 2014, mediante licitación pública nacional e internacional ID- 757-713-LP14, de acuerdo a las Bases aprobadas por Resoluciones Exentas N° 549 y 618 del 01 y 21 de agosto 2014, respectivamente. Su adjudicación correspondió al Instituto de Administración de Salud (IAS), dependiente de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, mediante Resolución Exenta N° 868 del 12 de noviembre 2014. El contrato se aprobó mediante Resolución Exenta N° 210 del 4 de mayo 2015.

Informe Metodológico

ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DEL COSTO ESPERADO INDIVIDUAL PROMEDIO POR BENEFICIARIO DEL CONJUNTO PRIORIZADO DE PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS - EVC 2015

© Ministerio de Salud de Chile

Publicado el año 2016

ISBN: 978-956-348-099-3 para publicación digital del 12 de mayo de 2016

Registro de Propiedad Intelectual: A-266498 del 2 de junio de 2016

El estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas - EVC 2015 fue desarrollado por el Instituto de Administración de Salud (IAS), dependiente de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.

El equipo de trabajo que desarrolló el presente estudio estuvo conformado por Sylvia Galleguillos Burgos, como Jefa del Proyecto, Alberto Muñoz Vergara, como Jefe del grupo de Precios y Costos, Lilliana Josefina Jadue, como Jefa del grupo de Demanda y los siguientes colaboradores: May Chomalí, Patricia Matus, Fabiola Marín, Isabel Riquelme, Marisol Concha, Iris Delgado, Juan Carlos Pérez, Juan Pablo Atal, Ana María Herrera, Fabián Duarte, Manuel Rojas, Roberto Arce, Ruth Saieh Latrach, Soledad Martínez, Rodrigo Muñoz, Valentina Paredes, Vicente De la Maza, Paulina Castro, Diego Romero Araya, Roberto Galleguillos, Verónica Ocharán y Esteban Valenzuela.

Durante el estudio antes señalado, la contraparte técnica ministerial estuvo conformada por Bernardo Martorell Guerra, a cargo de la dirección de dicha contraparte, Alain Palacios Quezada, a cargo de la coordinación general del estudio, Berenice Freile Gutiérrez, Gonzalo Barreix Sibils, Andrea Arenas Gómez, Mónica Aravena Pastén y Viviana García Carmona, del Departamento Economía de la Salud, Dolores Toha, Pamela Burdiles y Eliazka Nuñez, del Departamento Secretaría AUGE y de Coordinación Evidencial y Metodológica, Beatriz Heyermann y Alejandra Cordero, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Darío López, del Departamento de Epidemiología, Roberto Tegtmeier, de la Superintendencia de Salud y Sandra Galaz del Ministerio de Hacienda.

ÍNDICE

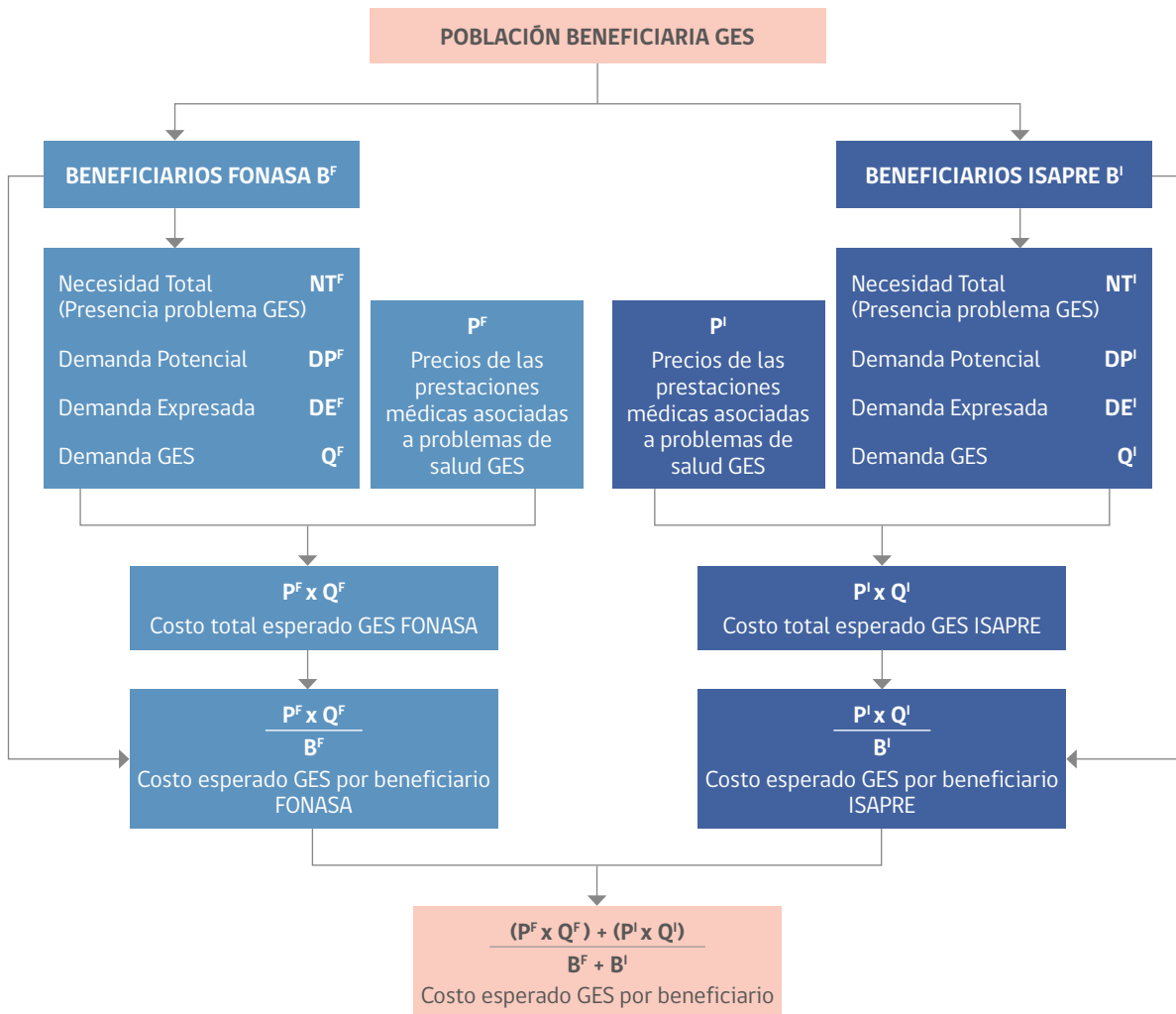
1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	8
2.1. Objetivo General	8
2.2. Objetivos Específicos	8
3. METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL ESTUDIO DE DEMANDA	9
3.1. Estimación de la población total y beneficiaria FONASA e ISAPRE para el año 2016	9
3.1.1. Fuente de datos	9
3.1.2. Cabalidad de los datos	9
3.1.3. Estimaciones de población	10
3.2. Metodología para la estimación de la demanda GES en FONASA ISAPRES por atención para el año 2016, para cada uno de los problemas de salud y sus intervenciones asociadas	13
3.2.1. Demanda en GES	14
3.2.1.1. Paso 1 - Estimación de la demanda potencial	25
3.2.1.2. Paso 2 - Estimación de la demanda expresada GES	26
3.2.1.3. Paso 3 Demanda por intervenciones de salud y grupos de prestaciones principales	27
3.2.1.4. Modelación de los Problemas de Salud nuevos	32
3.2.2. Modelación Relación Demanda-Usos GES	32
3.2.2.1. Modelo	33
3.2.2.2. Data	35
3.2.2.3. Identificación de patología GES	35
3.2.2.4. Identificación de uso de GPP	36
3.2.2.5. Estimación de la demanda final	36
3.2.2.6. Modelación Complementaria	36
4. METODOLOGÍA PARA DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS	38
4.1. Antecedentes y Conceptualizaciones Básicas	38
4.1.1. Conceptualizaciones Básicas	38
4.1.2. Codificación Grupo de Prestaciones Principales	40
4.1.3. Moneda de Valorización	41
4.2. Metodología para la Determinación del Vector de Precios FONASA	41
4.2.1. Fuentes de datos a utilizar para la valorización de Precios Públicos	42
4.2.2. Precios de Prestaciones Aranceladas (PA) FONASA	43
4.2.3. Vector de Precios de Prestaciones No Aranceladas (PNA)	46

4.2.3.1 Codificación de Prestaciones No Aranceladas	46
4.2.3.3. Problemas de Salud Nuevos	48
4.3. Metodología para la Determinación del Vector de Precios ISAPRE	50
4.3.1. Precios de Prestaciones Aranceladas (PA)	50
4.3.2. Precio de Prestaciones No Aranceladas	51
4.3.2.1. Codificación de Prestaciones No Aranceladas	51
4.3.2.2. Cálculo del Precio de las Prestaciones No Aranceladas	51
4.3.2.3. Problemas de salud nuevos o cambios en las canastas de prestaciones de problemas vigentes	52
4.3.3. Relación entre los precios de mercado de las PA y los precios GES	52
4.3.4. Fuentes de Datos a Utilizar en la Valorización de Precios de Problemas de Salud Vigentes	53
4.3.5. Ejemplo de aplicación de la metodología para las canastas de los problemas de salud vigentes	53
4.3.6 Vector de Precios y tendencia temporal	55
4.4. Estimación de los Vectores de Precios de Intervenciones Sanitarias FONASA e ISAPRE	58
4.5. Estimación del Costo Esperado Individual por Beneficiario	59
4.6. Sensibilización y análisis de la estimación del costo esperado individual promedio por beneficiario para el año 2016	60
ANEXOS	62
Anexo 1. Revisión Bibliográfica por Problema de Salud	63
Anexo 2. Ejemplos de precios públicos de las prestaciones aranceladas actualizadas según el ECPS 2011, en pesos 2015	121
Anexo 3. Precios públicos de prestaciones aranceladas, variaciones por grupo de prestaciones del ECPS respecto del Arancel MAI 2015	123
Anexo 4. Ejemplos de precios públicos de prestaciones aranceladas de los EVC 2006 y 2007, en valor 2015	124
Anexo 5. Precios públicos de prestaciones aranceladas, detalle para algunos precios	125
Anexo 6. Códigos Prestaciones No Aranceladas	129
Anexo 7. Solicitud de Bases de Datos a las ISAPRE	133
Anexo 8. Análisis del Programa de Cálculo del EVC 2012	138
SIGLAS Y ABREVIACIONES	148
GLOSARIO	151
BIBLIOGRAFÍA	152

1. INTRODUCCIÓN

La Ley N°19.966 establece, en relación a las Garantías Explícitas en Salud, que el costo esperado individual promedio pertinente del conjunto de beneficiarios del FONASA e ISAPRE, estimado para un período de doce meses, deberá estimarse sobre la base de los protocolos referenciales o canastas de prestaciones de los problemas que sean definidos por el Ministerio de Salud y de las demás normas que establezca un reglamento suscrito por los Ministerios de Salud y de Hacienda¹.

La Ley previene, también, que para efectos de determinar las Garantías Explícitas en Salud, el costo de provisión de ellas será calculado en relación a un beneficiario promedio considerando ISAPRE y FONASA. Dicho costo se denominará costo esperado individual y será el resultado final de la definición de los problemas de salud, de las prestaciones asociadas a éstos, de la estimación del número de casos esperados y de la demanda de las citadas prestaciones asociadas a cada problema de salud. En el diagrama que se muestra a continuación se puede apreciar el esquema general de cálculo, que comprende entonces una serie de estimaciones que preceden al cálculo final (ver diagrama elaborado en base a EVC anteriores)



Fuente: Elaboración propia en base a EVC anteriores

¹ Decreto Supremo N° 121 de 2005; Publicado en el Diario Oficial el 19 de Agosto de 2005; Aprueba Reglamento que establece Normas para la Elaboración y Determinación de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la Ley N°19.966

En licitación del año 2014, el Ministerio de Salud adjudicó la elaboración del **“Estudio De Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas - 2015” (EVC 2015)** a la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, en particular, a su Instituto de Administración en Salud. El estudio tiene como propósito construir un insumo relevante para apoyar la decisión que adoptarán conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda, respecto de las posibles modificaciones a los 80 problemas de salud actualmente garantizados o incorporaciones a las garantías explícitas en salud

El presente documento explicita la propuesta metodológica a utilizar por el consultor en la elaboración del EVC 2015. Dicha metodología es consistente con el objetivo general y los nueve objetivos específicos a perseguir en el estudio, y se basa en los conceptos expuestos en el acápite Marco Metodológico definido en las Bases Técnicas².

² Resolución Exenta N° 549 del 1 de Agosto del 2014, Aprueba Bases de Licitación Pública para la Contratación del Servicio de “Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas 2015”, y Anexos que se Acompañan.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Obtener una estimación del costo anual esperado por beneficiario de cada uno, y el total de los problemas de salud, considerando para estos efectos a los beneficiarios de FONASA e ISAPRE en conjunto. Esto, con el fin de apoyar el proceso de puesta en marcha del Régimen GES 2016.

2.2. Objetivos Específicos

El detalle de los objetivos específicos que cuya metodología se aborda en el presente informe, son los siguientes:

1. Estimar la población de Beneficiarios de FONASA e ISAPRE para el año 2016
2. Realizar una estimación de demanda GES (FONASA e ISAPRE) por atención para el año 2016, para cada uno de los problemas de salud y sus intervenciones asociadas.
3. Obtener los precios públicos y privados de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, órtesis y prótesis identificadas en las canastas de las prestaciones
4. Obtener los costos públicos de las prestaciones aranceladas que forman parte de los problemas de salud, a partir de fuentes secundarias, con datos actualizados y fundamentación de su uso.
5. Obtener los precios privados GES de las prestaciones aranceladas que forman parte de los problemas de salud.
6. Construir vectores de precios FONASA (en UF) para estimar el costo de las prestaciones asociadas a cada uno de los problemas de salud, detallados en las Especificaciones Técnicas de este documentos. Este vector de precios se aplicará a la demanda estimada de beneficiarios de FONASA que se atienden en la red pública de prestaciones. El vector se obtendrá a partir de los insumos de los objetivos específicos 3. y 4.
7. Construir vectores de precios ISAPRE (en UF) para estimar el costo de las prestaciones asociadas a cada uno de los problemas de salud, detallados en las Especificaciones Técnicas de este documento. Este vector de precios se aplicará a la demanda estimada de beneficiarios de ISAPRE que se atienden en la red privada de prestadores. EL vector se obtendrá a partir de los insumos de los objetivos específicos 3. y 5.
8. Estimar el costo anual esperado individual promedio por beneficiario para el año 2016 (en UF) para cada uno de los problemas de salud y sus prestaciones asociadas.
9. Realizar sensibilizaciones de las estimaciones del costo esperado individual promedio por beneficiario para el año 2016 (uno o dos escenarios) para cada uno de los problemas de salud, a ser acordado con la Contraparte técnica.

3. METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL ESTUDIO DE DEMANDA

3.1. Estimación de la población total y beneficiaria FONASA e ISAPRE para el año 2016

En este sub-capítulo se describe la metodología que se utiliza para cumplir con el objetivo específico N°1 del estudio.

3.1.1. Fuente de datos

Al recopilar los datos sobre las características de la población en los sectores público y privado del Sistema de Salud en Chile, se encuentran mayores detalles para el caso de los cotizantes que para el de los beneficiarios. Se suma a ello, el hecho de que la información publicada se encuentra dispersa, en términos muy agregados (por ejemplo, grandes grupos de edad) y a veces incompleta (como lo es para el caso de las Fuerzas Armadas y de Orden, o para otros tipos de previsión, especialmente del sector privado).

A pesar de las limitaciones señaladas anteriormente, el examen conjunto sobre métodos de estimación y proyecciones sectoriales de la población, y la información básica requerida para su aplicación, ha traído como resultado considerar el uso de siguientes fuentes de información para elaborar este trabajo:

- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Actualización de Proyecciones de Población (2002-2020) publicada en octubre del 2014 en la Web del INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Nueva Encuesta Nacional del Empleo (NENE), publicada en el Compendio Estadístico del INE. 2010-2014.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDESOC), Encuestas de Caracterización Socioeconómica (CASEN). Bases de Datos 2006, 2009, 2011 y 2013.
- Superintendencia de Salud, Estadísticas sobre la Cartera de Beneficiarios ISAPRES. 2005-2014.
- Fondo Nacional de Salud (FONASA), Estadísticas Institucionales. 2005-2013.
- DIPRECA, Estadística Institucional. Boletín Estadístico. 2005-2011.

3.1.2. Cabalidad de los datos

Del conjunto de fuentes de datos citadas, la Superintendencia de Salud, FONASA y las Encuestas CASEN son aquellas que proporcionan la información más completa sobre el número de beneficiarios por tipo de previsión en salud. Siguiendo las definiciones operacionales de la Encuesta CASEN para la recopilación de los datos, en lo sucesivo se denominarán como tipos de previsión en salud a los beneficiarios en las categorías de FONASA, ISAPRE, de las Fuerzas Armadas y de Orden, Otros (compañías de seguros, etc.) y Ninguno (para la población que no se encuentra adscrita a alguno de los tipos citados). De este modo, la suma de cotizantes y beneficiarios de todos los tipos de previsión será entonces la población total del país.

La forma de operar señalada en el párrafo anterior es muy importante, puesto que permitirá: a) relacionar la evolución del aporte del número de beneficiarios al sistema de salud con la proyección de población vigente para la población total del país al momento que se realizan las estimaciones y b) utilizar información reciente -previa evaluación de los datos- como lo es la Encuesta CASEN 2013.

3.1.3. Estimaciones de población

El método que aquí se detalla se estima como el más plausible para proyectar la población por tipo de previsión y sexo; según grupos de edad. Su selección se efectuará luego de evaluar los resultados obtenidos entre procedimientos:

- que se apoyan en el uso de técnicas de extrapolación (también de correlación) basados principalmente en el uso de relaciones (o de funciones) matemáticas para predecir el comportamiento futuro de una o más cohortes;
- de representación matricial, que aunque algo más complejos que los anteriores, requieren un gran volumen de información desagregada ofreciendo la posibilidad de combinar el efecto de factores (sociales, económicos, culturales, etc.) o de variables (estado civil, nivel de ingresos, alfabetismo, etc.) que en la bibliografía demográfica habitualmente se denominan “determinantes” y que en el caso de estos métodos, “determinan” el tamaño, la composición y la distribución de los beneficiarios por tipo de previsión en salud;
- basados en la lógica demográfica, la dinámica de las poblaciones se resume en la “ecuación compensadora”. La ecuación compensadora para estimar los beneficiarios de cada uno de los tipos de previsión en salud y a la que se ha agregado la movilidad es la siguiente,

$$B^t = B^0 + [N^{(0,t)} - D^{(0,t)}] + [I^{(0,t)} - E^{(0,t)}] + [L^{(0,t)} - S^{(0,t)}]$$

Donde: 0 y t son dos momentos en el tiempo, uno inicial (0) uno final (t, para aquel que se elabora la estimación), por lo tanto, B^0 y B^t son los beneficiarios en el momento inicial y B^t los resultantes de la suma de tres saldos:

- Uno vegetativo o natural ($N^{0,t} - D^{0,t}$) que es la diferencia entre los nacimientos y las defunciones de beneficiarios ocurridas durante el período (0,t),
- Otro migratorio ($I^{0,t} - E^{0,t}$) que proviene de restar la inmigración y emigración internacional de beneficiarios y
- Finalmente uno considerado en este estudio sobre la movilidad ($L^{(0,t)} - S^{(0,t)}$) resultante de dos componentes:
 - los beneficiarios que ingresan al sistema de previsión en salud más los provenientes de otro tipo de previsión en salud distinto del que se está estimando ($L^{0,t}$) y
 - los beneficiarios que salen del sistema de previsión en salud más los que se “cambian” a otro tipo de previsión en salud distinto del que se está estimando ($S^{0,t}$).

Habiendo sido evaluada preliminarmente por distintos procedimientos la cabalidad de la encuesta CASEN, los datos de la Superintendencia de Salud y FONASA, se seleccionó como método más apropiado para describir la evolución histórica y la tendencia a futuro del número de beneficiarios en cada uno de los tipos de previsión en salud el “método de relación de cohortes”. Este método permite entre otras ventajas: i) proyectar la población bajo la lógica demográfica del “método de los componentes”, ii) proyectar directamente la población y en términos no muy complejos, iii) conocer (y proyectar) por una parte la fecundidad y por otra, en forma conjunta la migración, la mortalidad y la movilidad de los beneficiarios, variables para las que no se dispone de información.

El método demográfico de “relación de cohortes” está basado en el trabajo de Pittenger, D., 1976, y los primeros esfuerzos por adaptarlo a otro tipo de proyecciones los ha hecho la Oficina de Estadística de Quebec en Canadá (Duchesse, L, 1984) para el caso de las divisiones administrativas menores de esta provincia. Actualmente, por recomendación de las Naciones Unidas a través del Centro La-

tinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), es utilizado con estos mismos propósitos en los países de América Latina y El Caribe³.

Precisando, para elaborar las proyecciones del número de beneficiarios por tipo de previsión en salud en Chile y de las cuales se obtendrá el número de beneficiarios de FONASA e ISAPRE para el año 2016, se utilizará la siguiente información básica:

- la proyección de la población de Chile por sexo; según grupos quinquenales de edad, actualización 2002–2012⁴,
- relaciones de sobrevivencia al nacimiento estimadas por quinquenios a partir de la hipótesis de mortalidad de las proyecciones citadas en a),
- una estructura por edades de las tasas de fecundidad y la tasa global de fecundidad estimadas por quinquenios a partir de la hipótesis de fecundidad de las proyecciones citadas en a) y
- la composición por sexo y edad de los beneficiarios en salud, por tipo de previsión (en salud) de las Encuestas CASEN 2009 y 2013, selección de encuestas que obedece al hecho de que ellas son la más próximas para describir la dinámica en un quinquenio y consideran información reciente.

Con el método de “relación de cohortes” las proyecciones se elaboran por quinquenios, sexo y grupos quinquenales de edad a partir de las siguientes expresiones:

Para los beneficiarios menores de 5 años de edad,

$$B_{0-4}^{t+5} = N^{t,t+5} * P_b^{t,t+5} * K_b^{t,t+5}$$

Para los beneficiarios de 5 a 70 años de edad,

$$B_{x+4,x+9}^{t+5} = B_{x,x+4}^t * CT_{x,x+4;x+4,x+9}^{t,t+5} * K_{x,x+4;x+4,x+9}^{t,t+5}$$

Para los beneficiarios de 80 y más años de edad,

$$B_{80+}^{t+5} = B_{75+}^t * CT_{75+}^t * K_{75+}^{t,t+5}$$

aquí,

$t,t+5$ representa un quinquenio en el tiempo;

$N^{t,t+5}$, es el total de nacimientos por sexo de beneficiarios ocurridos en un quinquenio para el tipo de previsión en salud que se está proyectando;

$P_b^{t,t+5}$, es la relación de sobrevivencia al nacimiento por sexo del País del quinquenio, que se multiplica por los nacimientos ocurridos para el tipo de previsión en salud que se está proyectando;

$K_b^{t,t+5}$, es el factor de crecimiento diferencial al nacimiento por sexo durante el quinquenio para el tipo de previsión en salud que se está proyectando;

³ Para recomendar a los países de América Latina y El Caribe el uso del “método de relación de cohortes”, inicialmente las pruebas experimentales del procedimiento se hicieron con datos de los Censos de Población y Vivienda de Chile levantados en 1970 y 1982, respectivamente. En virtud de los resultados obtenidos, más tarde –con datos de los Censos de 1992 y el 2002– se estimó la población de las Comunas obteniéndose resultados más robustos que los que se venían logrando con los procedimientos habituales utilizados hasta esa oportunidad por el INE.

⁴ Proyección que el INE en su Web (www.ine.cl) ha denominado como: Población País y Regiones, Actualización 2002–2012, Proyección 2013–2020, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

$B_{x,x+4}^t$, es el número de beneficiarios por sexo del grupo de edades $x,x+4$ al inicio de un quinquenio para el tipo de previsión en salud que se está proyectando;

$CT_{x,x+4;x+4,x+9}^{t,t+5}$, es el coeficiente de crecimiento por sexo del País correspondiente al grupo quinquenal de edades $x,x+4$ al inicio de un quinquenio que alcanza las edades $x+4, x+9$ al final del quinquenio (y que se calcula con los datos de la proyección base);

$K_{x,x+4;x+4,x+9}^{t,t+5}$, es el factor de crecimiento diferencial por sexo para el tipo de previsión en salud que se está proyectando respecto del País, correspondiente al grupo quinquenal de edades $x,x+4$ al inicio del quinquenio, y que alcanza las edades $x+4,x+9$ al final de éste;

$B_{x+4,x+9}^{t+5}$, es el número de beneficiarios por sexo del grupo de edades $x+4, x+9$ al final del quinquenio para el tipo de previsión en salud que se está proyectando.

Una vez determinada la población inicial⁵ y los nacimientos para cada quinquenio y tipo de previsión en salud, con los algoritmos presentados se obtiene una primera proyección de los beneficiarios por tipo de previsión en salud y sexo, según grupos quinquenales de edad para los años 2015 y 2020 que se ajusta a la proyección del país. Ahora, para obtener la composición y distribución definitiva del número de beneficiarios al año 2016, se logra un segundo juego de resultados mediante interpolaciones lineales en función del tiempo, resultados que mediante ajuste mínimos por "prorratio" de los resultados a la proyección del País para el mismo año (2016), conducirá al número definitivo de los beneficiarios por tipo de previsión en salud y sexo, según grupos de edad al 30 de Junio del 2016.

El trabajo concluye con la desagregación de los beneficiarios estimados por grupos quinquenales, en edades simples o individuales.

En virtud de lo citado en el párrafo anterior, para obtener los beneficiarios por tipo de previsión en salud y sexo, según edades simples; la población estimada por grupos de edad se desagregará con interpolaciones osculatrices -específicamente utilizando los multiplicadores tabulados de Karup-King⁶. El uso de este tipo de interpolaciones (que no es nuevo en demografía⁷), caracterizadas por describir funciones que cumplen las condiciones de curvatura y tangencia a partir de datos observados, tiene la ventaja de reproducir los valores pivotaes (grupo de edad) y sus resultados aseguran una distribución suavizada que los datos observados no presentan por las limitaciones ya mencionadas en las secciones 1. Fuente de datos y 2. Cabalidad de los datos. Más aún, éste es el procedimiento que se utiliza actualmente en Chile -y en la mayoría de los países de América Latina- para estimar la población mayor de 5 años por sexo y edad simple.

⁵ Con la tasa de crecimiento exponencial de los beneficiarios por tipo de previsión, sexo y grupos de edad de las encuestas CASEN 2009 y 2013 se estimó la población inicial de las proyecciones al año 2010.

⁶ Shryock, H. y Siegel, J. The Methods and Materials of Demography. Academy Press, Nueva York. 1976.

⁷ Ver por ejemplo, Grabill, W.R. and Cho L. J., 1965, Methodology for the Measurement of Current Fertility From Population Data on Young Children, Demography, March 1965, Volume 2. U.S. Bureau of the Census and University of Chicago

3.2. Metodología para la estimación de la demanda GES en FONASA ISAPRES por atención para el año 2016, para cada uno de los problemas de salud y sus intervenciones asociadas

La metodología que se explicita en este capítulo, está orientada a cumplir con el objetivo específico 2, que se refiere a la estimación de la demanda en GES (D en GES) por asegurador (FONASA e ISAPRE), para el año 2016, por cada uno de los problemas de salud (PS) y sus tipos de intervenciones sanitarias (TIS o IS).

Para estimar el número anual de personas con un PS GES, se parte desde la Necesidad Total, que se calcula utilizando estimadores epidemiológicos, como son las tasas de Prevalencia (PR), y/o de Incidencia (IN), según el tipo de PS. En general, los PS de tipo agudo se miden por IN y los crónicos según su PR, obtenidas de la literatura científica y los registros regulares del Sistema de Estadísticas e Información Sanitaria (DEIS) de MINSAL, como son los egresos hospitalarios, bases de datos de mortalidad, de nacimientos, uso de servicios y también la información epidemiológica local o estudios de servicios clínicos de hospitales y centros universitarios. Estas tasas se aplicarán a la suma de la población asegurada por FONASA e ISAPRE con la siguiente fórmula:

$$NTt = PR + IN - CR - MU$$

En términos teóricos, la necesidad total en el periodo de un año (NTt) es igual a la prevalencia (PRt-1) del año anterior, más la incidencia (INt) del año actual, menos los casos resueltos en años anteriores y/o en año actual (CRt) y menos las muertes en el año actual (MUt). La necesidad también considera la dimensión tiempo, de manera de definir para cada el problema de salud si la garantía aplica en uno o más eventos por periodo de un año, o por uno o más años.

Tasa de prevalencia (PR): Se aplicará o estimará la tasa de prevalencia más reciente y apropiada a la población de referencia para el año 2016.

Tasa de incidencia (IN): Se aplicará o estimará el número de casos con base a la tasa de incidencia más apropiada y reciente disponible, para la población de referencia para el año 2016.

Casos resueltos (CR): Se aplicará o estimará el número de casos resueltos con base en los datos aportados por egresos del año 2012, la Superintendencia de Salud, y el SIGGES de los años disponibles.

Muertes (MU): Se utilizará el número de casos fallecidos en el año, con base a los registros de defunciones del MINSAL 2012. Este número se utilizará, solo en aquellos casos en que la mortalidad sea un hecho determinante en la prevalencia.

Esta metodología no considera presentar necesidades de atención de salud separadas en patologías agudas o crónicas. Esto porque un problema cardiaco crónico como las arritmias, en el caso de GES se resuelve con una intervención única como la colocación del marcapasos. En otras, como el Hipotiroidismo o la Epilepsia, la intervención GES es permanente en el tiempo. En el caso de las enfermedades agudas, el mismo problema de salud se puede repetir en un mismo paciente más de una vez al año, ejemplo, la urgencia odontológica.

Por las razones anteriores, la fórmula general se aplicará según el tipo de patología, pues los problemas de salud GES son de naturaleza diversa, incluyendo enfermedades de evolución crónica o aguda, con y sin resolución definitiva, eventos únicos o que se pueden repetir en el año que se analiza,

etc. Por las razones anteriores, se hará una definición individual, y como consecuencia una fórmula específica para cada problema de salud, explicando los componentes que serán aplicados, y sus respectivos criterios.

La información a utilizar proviene de las fuentes nacionales disponibles: Encuesta Nacional de Salud; estudios EVC anteriores entregados por MINSAL; información relevante extraída de las Guías Clínicas; información de las sociedades científicas chilenas; evaluaciones de los programas nacionales y otras instituciones; bibliografía nacional en Pubmed y Scielo (esta última será citada de manera específica, en una tabla ordenada para cada problema de salud, en este informe, ver Anexo 1). Cuando no se cuente con información nacional, se revisará la literatura internacional en una búsqueda en Pubmed, Scielo y Lilacs, para obtener las tasas de IN y PR.

Además de lo anterior, que corresponde a las características clínico epidemiológicas de los PS, los determinantes sociales de la salud (DSS) afectan a grupos poblacionales de manera diferencial, determinando vulnerabilidad diferente a la incidencia de la enfermedad o a las posibilidades de obtener atención pertinente, oportuna y de calidad. En la información con la que se cuenta para nuestro país, no es posible incluir en cada PS estas variables pues no disponemos de datos de incidencia por diferentes grupos poblacionales. La ENS 2010 entrega las prevalencias para algunos problemas de salud y sus factores de riesgo según nivel educacional de la población, pero no es posible relacionar estas variables con la atención de salud.

En el EVC 2006 se plantean supuestos que distinguen el comportamiento de la población y la demanda potencial, pero en ese momento habían pocos registros del uso de GES; la población no conocía suficientemente el sistema de las garantías y la forma de ejercitar sus derechos. Al día de hoy, no hay registros que permitan relacionar la demanda en GES con DSS, y corresponde aun desafío del sistema de salud registrar la información necesaria a nivel individual para establecer dichas relaciones.

A partir de la Necesidad Total y según la información científica se podrá estimar la Demanda Potencial, que corresponde a la población que tiene la enfermedad y la percibe, para eventualmente buscar servicios o atención de salud (figura 1).

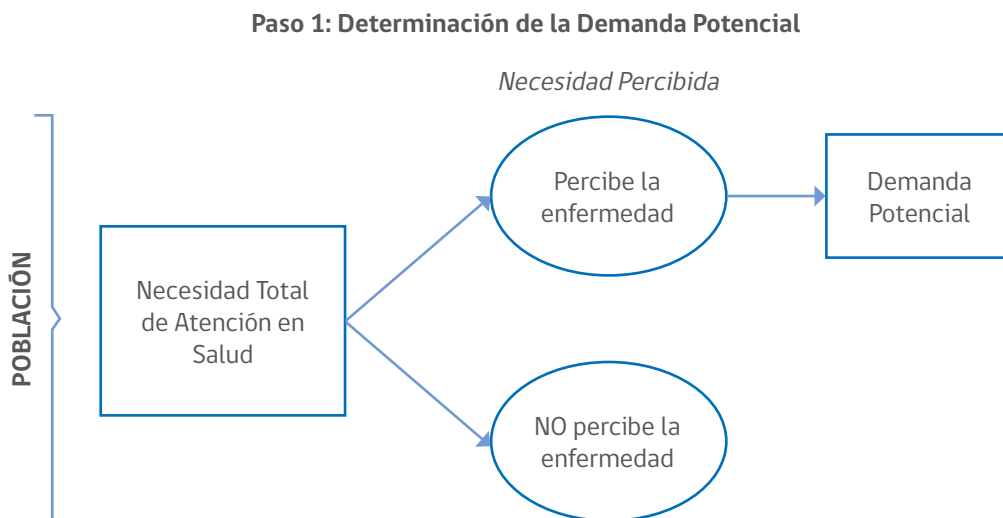
3.2.1. Demanda en GES

La estimación de la demanda de un PS corresponde a un modelo complejo pues es el resultado de la relación entre variables contextuales con variables individuales. Es así como influyen desde la situación epidemiológica de la población hasta las preferencias personales (de los pacientes y de los oferentes de la demanda), pasando por los modelos de atención en salud que se aplican en nuestro país.

La demanda por garantías explícitas en salud agrega además a este modelo la variable normativa, definiendo criterios de acceso, que son específicos para cada PS y se definen en el Decreto 04 del 5 de febrero de 2013.

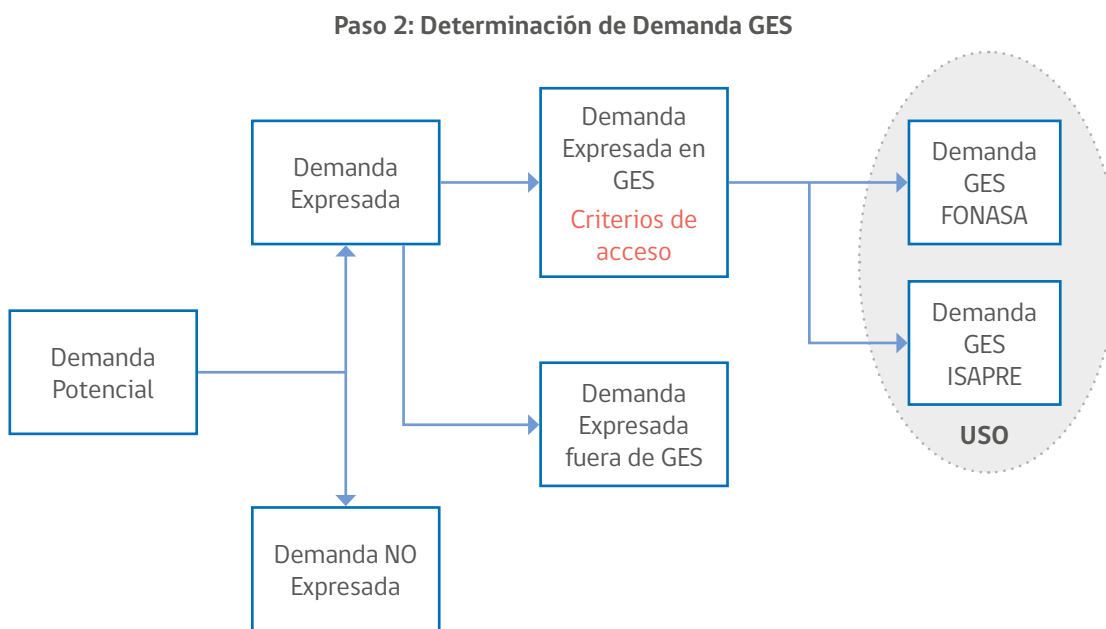
La figura 2 a continuación muestra el modelo para estimar el número de personas que solicitarán servicios en la modalidad de garantías explícitas y que llamaremos Demanda Expresada en Ges (o Demanda en GES) en cada tipo de seguro de salud y luego, la figura 3 esquematiza las intervenciones sanitarias (IS) que pueden estar incluidas en cada uno de los PS GES y sus correspondientes grupos de prestaciones principales o GPPs.

FIGURA 1: MODELO EXPLICATIVO DE LA DEMANDA POR GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD



Fuente: Bases Técnicas EVC 2015

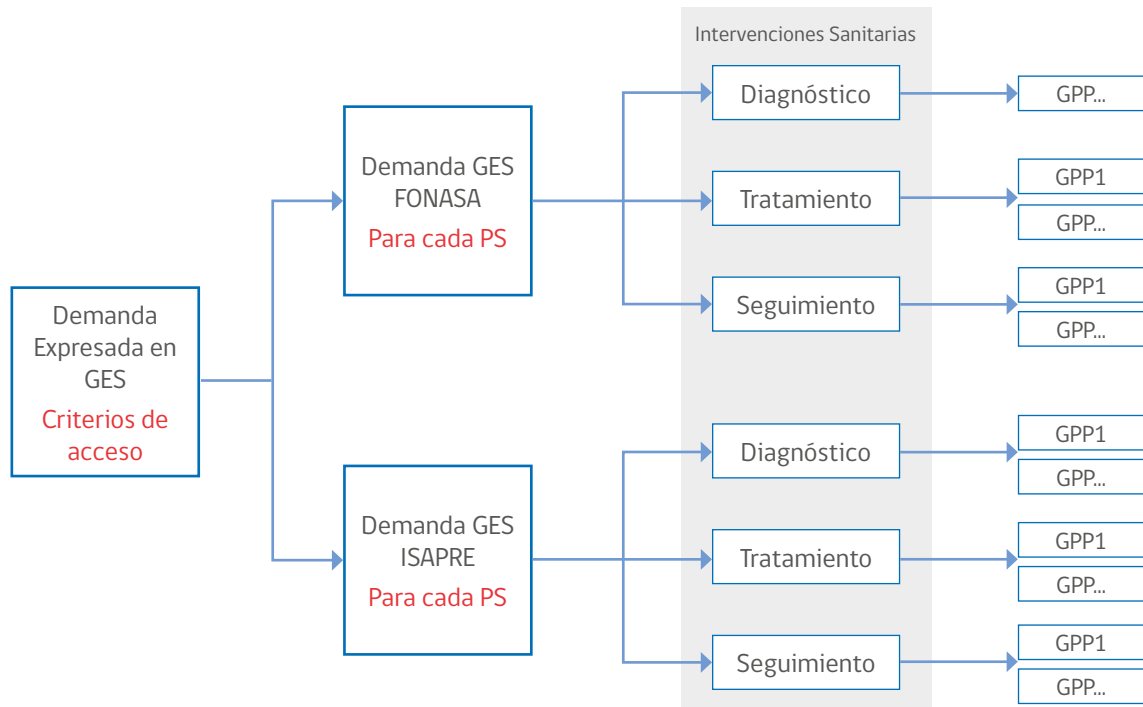
FIGURA 2: PASO 2 DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA GES



Fuente: Elaboración Propia

FIGURA 3: DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA POR INTERVENIONES SANITARIAS Y GRUPO DE PRESTACIONES PRINCIPALES

Paso 3: Determinación de la Demanda por Intervenciones Sanitarias



Fuente: Elaborado en base a EVC anteriores

La estimación de la demanda por cada PS GES, e IS se hará a través de una sucesión de cálculos que se pueden dividir en 3 pasos. El primero estimará la Demanda Potencial (Paso 1 en la figura 1 que corresponde a la proporción de la población que según el estado epidemiológico de la misma presenta el problema de salud (Necesidad Total de Atención en Salud) y lo percibe se planteará solicitar una atención de salud. Este cálculo se hará por medio de indicadores tales como incidencia y prevalencia, según la características del problema de salud, sea este agudo o crónico. Se privilegiará el uso de estadísticas nacionales, pero en su ausencia por medio de búsqueda bibliográfica se podrán utilizar indicadores de otros países. Especialmente se revisará los valores de prevalencia/ incidencia utilizados en el Estudio de Carga de Enfermedad del año 2007, cuando no se disponga de valores más actuales obtenidos de la bibliografía revisada.

Como estimador de percepción de enfermedad se usará información en salud proveniente de la encuesta CASEN 2013 que consulta por percepción de problema de salud en los últimos tres meses.

Posteriormente el paso 2 tiene por finalidad estimar a las personas que habiendo percibido la necesidad de salud terminan con una demanda expresada por medio de GES. Esta demanda expresada GES sería el resultado de la secuencia señalada en el paso 2 de la Figura 2 que comprende los pasos desde la demanda potencial - demanda expresada - demanda expresada en GES.

Para tener servicios GES, se han definido criterios de acceso que se describen en el Decreto 04 del año 2013 de MINSAL y se detallan en la tabla 1. Estos criterios corresponden en algunos casos a grupos etáreos específicos, o a criterios diagnósticos del cuadro clínico. Este mismo decreto describe cuáles IS están garantizadas en cada PS.

La demanda expresada se estimará a partir de indicadores de morbilidad tales como tasas de egresos hospitalarios – consultas de morbilidad – atenciones de urgencia – etc, información obtenida a partir de bases de datos nacionales del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud o información proveniente de la búsqueda bibliográfica.

La demanda expresada en GES corresponde a la proporción de los individuos portadores del problema GES que cumplen con los criterios normativos para ser considerados beneficiarios de las garantías explícitas y deciden atenderse por GES.

Esta proporción de individuos se estimará también a partir de la información proveniente de la encuesta CASEN que indaga sobre atención en salud por algunas de las enfermedades incluidas en las garantías explícitas en salud GES.

Para los problemas de salud vigentes desde el año 2005, que tienen estimaciones de demanda en forma previa (EVC 2009 y 2012), y se cuenta con información de registros del SIGGES, se elaborará un factor de corrección cuando existan diferencias entre ellos. Este factor de corrección se podrá usar cuando el problema de salud cuente además con datos específicos y referenciables que permita sustentar modificar la demanda expresada en GES (por ejemplo, de contar con información sobre distribución sobre la limitación funcional de la artrosis de cadera, se usará esta información para ajustar el número de personas que están cubiertas por la garantía del PS 12 a las que solamente tiene limitación funcional severa).

Finalmente, como se muestra en la figura 3, se calculará las proporciones de uso de cada IS y sus respectivas GPP en la población que demanda servicios GES por tipo de seguro de salud, FONASA e ISAPREs.

TABLA 1: INTERVENCIONES SANITARIAS Y CRITERIOS DE ACCESO PARA CADA PROBLEMA DE SALUD GES SEGÚN DECRETO N°04 DEL 5 DE FEBRERO 2013. MINSAL

Nº	PROBLEMA DE SALUD	INTERVENCIONES SANITARIAS GARANTIZADAS EN CADA PS	CRITERIOS DE ACCESO PARA ACCEDER A LA GARANTÍA
1	Enfermedad Renal Crónica etapa 4 y 5	Diagnóstico, Tratamiento (desde confirmación diagnóstica) y Seguimiento	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo. Con Enfermedad Renal Crónica de curso progresivo e irreversible tendrá acceso a trasplante.
2	Cardiopatías Congénitas Operable en menores de 15 años.	Diagnóstico y Tratamiento (desde confirmación diagnóstica)	Todo beneficiario menor de 15 años con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones. Con requerimiento de recambio de Marcapaso o cambio de generador y/o electrodo, según corresponda, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Se excluye Trasplante cardíaco.
3	Cáncer Cervicouterino	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento.	Toda mujer beneficiaria. Entre los 25 y menor de 65 años, tendrá acceso a realización de PAP cada 3 años. Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.
4	Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado	Tratamiento	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

Nº	PROBLEMA DE SALUD	INTERVENCIONES SANITARIAS GARANTIZADAS EN CADA PS	CRITERIOS DE ACCESO PARA ACCEDER A LA GARANTÍA
5	Infarto Agudo al Miocardio	Diagnóstico (con sospecha), Tratamiento (con confirmación diagnóstica)	Todo beneficiario, que desde el 1 de julio de 2005, presente dolor torácico no traumático y/o síntomas de Infarto Agudo de Miocardio, tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica de Infarto Agudo de Miocardio, tendrá acceso a tratamiento médico y prevención secundaria. Con By-pass coronario o angioplastia coronaria percutánea, tendrá acceso a prevención secundaria.
6	Diabetes Mellitus Tipo 1	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario, con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. Incluye Tratamiento de pie diabético. Con descompensación tendrá acceso a tratamiento de urgencia y hospitalización según indicación médica. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario, con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. Incluye Tratamiento de pie diabético. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
8	Cáncer de Mama en Personas de 15 años y más	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Toda(o) beneficiaria (o) de 15 años y más con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Con recidiva, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.
9	Disrafias Espinales	Diagnóstico (disrafia abierta y cerrada), Tratamiento (disrafia abierta y cerrada), y Seguimiento.	Todo beneficiario nacido a contar del 1 de julio de 2005 con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones. Con tratamiento tendrá acceso seguimiento. Todo beneficiario independiente de fecha de nacimiento con confirmación diagnóstica de disrafia oculta, y médula anclada o meningitis a repetición, tendrá acceso a tratamiento. Incluye reintervenciones.
10	Tratamiento quirúrgico de Escoliosis en personas menores de 25 años	Tratamiento	Todo Beneficiario menor de 25 años con confirmación diagnóstica e indicación de tratamiento quirúrgico de Escoliosis tendrá acceso a tratamiento, siempre que cumpla los criterios de inclusión.
11	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario con sospecha tendrá confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento siempre que cumpla con el siguiente criterio de inclusión: agudeza visual igual o inferior a 0, 3 con corrección óptica.
12	Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera y limitación funcional severa	Tratamiento	Todo beneficiario de 65 años y más, con confirmación diagnóstica de artrosis de cadera con limitación funcional severa y que requiere endoprótesis total, tendrá acceso a tratamiento. Con indicación médica tendrá acceso a recambio de endoprótesis total.
13	Fisura Labiopalatina.	Diagnóstico, Tratamiento (Ortopedia pre quirúrgica, cirugía primaria y secundaria) y Seguimiento (Rehabilitación oral)	Todo beneficiario nacido, a contar del 1º de julio 2005, con fisura labiopalatina, esté o no asociada a malformaciones craneofaciales, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento, incluyendo rehabilitación oral en menores de 15 años.

N°	PROBLEMA DE SALUD	INTERVENCIONES SANITARIAS GARANTIZADAS EN CADA PS	CRITERIOS DE ACCESO PARA ACCEDER A LA GARANTÍA
14	Cáncer en personas menores de 15 años.	Diagnóstico (incluye etapificación), Tratamiento(desde confirmación diagnóstica) y Seguimiento	Toda persona beneficiaria menor de 15 años con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. En los casos de Leucemias y Linfomas incluye trasplante de médula ósea según indicación médica. Igual acceso tendrá aquel al que se le haya sospechado antes de los 15 años, aun cuando la confirmación se produzca después de esta edad. Los beneficiarios menores de 25 años que recidiven y que hayan tenido sospecha antes de los 15 años tendrán acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.
15	Esquizofrenia	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas a partir del 1º de julio de 2005 con sospecha tendrá acceso a evaluación diagnóstica, confirmación diagnóstica y tratamiento por 180 días. Con confirmación diagnóstica continuará tratamiento. Embarazada VIH (+) y Recién Nacido hijo de madre VIH (+), tendrán acceso a protocolo para Prevención de Transmisión Vertical. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo en la medida que haya cumplido con los criterios de inicio o cambio de terapia antiretroviral vigente.
16	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Con recidiva tendrá acceso a diagnóstico y seguimiento.
17	Linfomas en personas de 15 años y más	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Con recidiva tendrá acceso a diagnóstico y seguimiento.
18	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH/SIDA.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario Con sospecha clínica tendrá acceso a confirmación diagnóstica Con confirmación diagnóstica y/o indicación médica, tendrá acceso a exámenes, tratamiento y seguimiento. Embarazada VIH (+) y Recién Nacido hijo de madre VIH (+), tendrán acceso a protocolo para Prevención de Transmisión Vertical. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo en la medida que haya cumplido con los criterios de inicio o cambio de terapia antiretroviral vigente.
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años.	Tratamiento	Todo beneficiario menor de 5 años, con confirmación diagnóstica de IRA de manejo ambulatorio tendrá acceso a tratamiento.
20	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.	Diagnóstico dentro de 48 horas desde la sospecha y Tratamiento desde sospecha o indicación médica.	Todo beneficiario mayor de 65 años de edad y más con sospecha de Neumonía adquirida tendrá acceso a confirmación diagnóstica clínico y tratamiento farmacológico durante las primeras 48 hrs.
21	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 y más años.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario de 15 años y más de edad, con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con Confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo Acceso a monitoreo continuo de presión arterial, según indicación médica.

Nº	PROBLEMA DE SALUD	INTERVENCIONES SANITARIAS GARANTIZADAS EN CADA PS	CRITERIOS DE ACCESO PARA ACCEDER A LA GARANTÍA
22	Epilepsia no Refractaria en personas de 1 año y menores de 15 años.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario entre 1 y menores de 15 años de edad, con sospecha a partir del 1º de julio de 2013 tendrá acceso a evaluación inicial durante 180 días y confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
23	Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años.	Tratamiento (considera diagnóstico incluido)	Todo beneficiario de 6 años de edad. El acceso a tratamiento debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años, el alta se otorga una vez erupcionado los 4 primeros molares definitivos, evaluados según riesgo y/o presencia de dalo, recibiendo tratamiento acorde al diagnóstico realizado.
24	Prevención de Parto Prematuro.	Diagnóstico y Tratamiento	Toda embarazada con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación tendrá acceso a tratamiento y control posterior.
25	Trastornos de generación del impulso cardíaco y conducción en personas de 15 y más, que requieren marcapasos.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más de edad, con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Con requerimiento de recambio de marcapasos o cambio de generador y/o electrodo, según corresponda, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario de 35 y 49 años con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
27	Cáncer Gástrico.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario menor de 40 años de edad con confirmación diagnóstica de cáncer, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
28	Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más.	Etapificación, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Con recidiva, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
29	Vicios de Refracción en Personas de 65 años o más.	Diagnóstico y Tratamiento (entrega de lentes)	Todo beneficiario de 65 años y más, con presbicia tendrá acceso a lentes (sin confirmación diagnóstica). Con sospecha de miopía, astigmatismo o hipermetropía, tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a lentes.
30	Estrabismo en menores de 9 años.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario menor de 9 años de edad con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Mayores de 9 años de edad y que hayan tenido sospecha a partir del 1 de julio de 2006 siendo menor de 9 años tendrá acceso a confirmación y tratamiento.
31	Retinopatía Diabética	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario diabético con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
32	Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
33	Hemofilia.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

Nº	PROBLEMA DE SALUD	INTERVENCIONES SANITARIAS GARANTIZADAS EN CADA PS	CRITERIOS DE ACCESO PARA ACCEDER A LA GARANTÍA
34	Depresión en Personas de 15 años y más.	Tratamiento	Todo beneficiario de 15 años y más de edad, con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
35	Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas.	Tratamiento (médico y quirúrgico)	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
36	Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.	Tratamiento Entrega de Ortesis	Todo beneficiario de 65 años y más tendrá acceso a órtesis correspondiente y sesiones de kinesiología según indicación médica.
37	Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años o más con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, incluye Hospitalización, según indicación médica, en prestador con capacidad resolutive. Con tratamiento, tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.
38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario con síntomas obstructivos con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo incluyendo exacerbaciones.
39	Asma Bronquial Moderada y Grave en menores de 15 años.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario sintomático con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo incluyendo exacerbaciones.
40	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario recién nacido con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a continuar tratamiento.
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, leve o moderada.	Tratamiento	Todo beneficiario de 55 años o más confirmación diagnóstica de Artrosis de Rodilla leve o moderada, tendrá acceso a tratamiento médico. Con confirmación diagnóstica de Artrosis de Cadera leve o moderada tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
42	Hemorragia Sub Aracnoidea secundaria a ruptura de Aneurismas Cerebrales	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario con sospecha de hemorragia subaracnoidea por aneurisma cerebral roto, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento. Con tratamiento, tendrá acceso a rehabilitación y seguimiento.
43	Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años y más	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años o más con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. Con tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
44	Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario con confirmación de indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía.
45	Leucemia en personas de 15 años y más.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica y estudio de leucemia. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo. Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

Nº	PROBLEMA DE SALUD	INTERVENCIONES SANITARIAS GARANTIZADAS EN CADA PS	CRITERIOS DE ACCESO PARA ACCEDER A LA GARANTÍA
46	Urgencia Odontológica Ambulatoria	Tratamiento	Todo beneficiario en los casos de sospecha de abscesos de espacios anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial Flegmón Oro Cérvico facial de origen odontológico, tendrá acceso a tratamiento inicial en urgencia. En los demás casos con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
47	Salud Oral Integral para adultos de 60 años.	Tratamiento	Todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento. La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras la persona tenga 60 años. El alta se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo.
48	Politraumatizado Grave.	Tratamiento	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento en pacientes con lesiones de origen traumático que abarquen dos o más de los siguientes sistemas: nervioso, respiratorio, circulatorio, músculoesquelético, digestivo o urinario, y que al menos uno de ellos implique riesgo de muerte.
49	Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tendrá acceso a tratamiento.
50	Trauma Ocular Grave.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
51	Fibrosis Quística.	Tratamiento	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica tendrá acceso a etapificación y tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
52	Artritis Reumatoide.	Tratamiento	Todo beneficiario de 15 años y más de edad con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
53	Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en menores de 20 años.	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario menor de 20 años con confirmación diagnóstica de consumo perjudicial o dependiente de riesgo bajo a moderado, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo. En caso de recaída tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
54	Analgesia en el Parto.	Tratamiento	Toda beneficiaria en trabajo de parto que una vez informada acepte y con indicación médica tendrá acceso a analgesia farmacológica.
55	Gran Quemado.	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario tendrá acceso a tratamiento y seguimiento siempre que cumpla con los criterios de inclusión.
56	Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono.	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 65 años y más con confirmación diagnóstica e indicación médica de audífono tendrá acceso a tratamiento y seguimiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
57	Retinopatía del Prematuro	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario prematuro de menos de 1,500 gramos o menor de 32 semanas de gestación al nacer. Tendrán acceso a screening con fondo de ojo. Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento según indicación médica.

Nº	PROBLEMA DE SALUD	INTERVENCIONES SANITARIAS GARANTIZADAS EN CADA PS	CRITERIOS DE ACCESO PARA ACCEDER A LA GARANTÍA
58	Displasia broncopulmonar del prematuro.	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario prematuro de menos de 1.500 gramos al nacer o menor de 32 semanas de gestación al nacer. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento, Acceso a Oxigenoterapia domiciliaria según resultado de Saturimetría continua.
59	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario prematuro nacido del 1º de julio de 2005 con menos de 1.500 gramos al nacer o menor de 32 semanas de gestación al nacer. Tendrá acceso a screening auditivo. Con screening alterado tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
60	Epilepsia no refractaria 15 años y más.	Tratamiento	Todo beneficiario de 15 años y más con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
61	Asma Bronquial en personas de 15 años y más.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario de 15 años y más con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.
62	Enfermedad de Parkinson.	Tratamiento	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
63	Artritis Idiopática Juvenil-	Tratamiento	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica antes de los 17 años de edad tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
64	Prevención Secundaria Enfermedad Renal Crónica Terminal.	Tratamiento	Todo beneficiario de 15 años y más que cumpla con los criterios de inclusión de clearance de creatinina < 60 mL/min. y/o microalbuminuria con o sin alteraciones del sedimento urinario, tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
65	Displasia Luxante de Caderas.	Diagnóstico (Screening de radiografía de caderas) y Tratamiento	Todo beneficiario durante el tercer mes de vida, tendrá acceso a radiografía de caderas. Todo beneficiario Recién Nacido o lactante menor de 1 año con sospecha de radiografía de caderas o ecotomografía alterada tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica de displasia luxante de cadera tendrá acceso a tratamiento ortopédico. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
66	Salud Oral Integral en la embarazada.	Tratamiento	Toda mujer con confirmación de su condición de embarazo, tendrá acceso a tratamiento dental integral. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
67	Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente.	Diagnóstico y Tratamiento	Todo beneficiario con sospecha que cumpla con los criterios de inclusión tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo. Incluye exacerbaciones o reagudizaciones.
68	Hepatitis crónica por virus Hepatis B.	Diagnóstico (Evaluación Inicial) y Tratamiento	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a evaluación inicial y tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
69	Hepatitis C.	Tratamiento	Todo beneficiario con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a evaluación inicial y tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
70	Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación y tratamiento. Con tratamiento, tendrá a acceso a seguimiento. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

71	Cáncer de Ovario Epitelial.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación, tratamiento y seguimiento. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
72	Cáncer Vesical en personas de 15 años y más.	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y etapificación. Con tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
73	Osteosarcoma en personas de 15 años y más.	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica. Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a etapificación, tratamiento y seguimiento. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
74	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más con confirmación de indicación quirúrgica tendrá acceso a cirugía, seguimiento y tratamiento anticoagulante según indicación médica. En tratamiento anticoagulante, tendrá acceso a continuarlo.
75	Trastorno bipolar en personas de 15 años y más	Tratamiento	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica por especialista, tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más.	Tratamiento	Todo beneficiario de 15 años y más con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.
77	Tratamiento de Hipoacusia moderada en menores de 2 años.	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario nacido a contar del 1 de enero de 2013 con confirmación diagnóstica por especialista tendrá acceso a tratamiento.
78	Lupus eritematoso sistémico	Tratamiento	Todo beneficiario con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
79	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más.	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario de 15 años y más con confirmación diagnóstica de quirúrgica tendrá acceso a cirugía, seguimiento y tratamiento anticoagulante según indicación médica. En tratamiento anticoagulante, tendrá acceso a continuarlo.
80	Tratamiento de erradicación del Helicobacter Pylori.	Tratamiento y Seguimiento	Todo beneficiario que cumpla con los criterios de inclusión tendrá acceso a tratamiento.
S/n	Glaucoma	A la fecha no está definido Se asumirá Tratamiento de casos diagnosticados	Se asume Caso confirmado
S/n	Depresión en el adolescente	A la fecha no está definido Se asumirá Tratamiento de casos diagnosticados	Se asume Caso confirmado
s/n	Examen de medicina preventiva	Se garantiza una cobertura de ciertas prestaciones	No aplica

Fuente: Elaboración propia

Esta demanda expresada en GES se diferenciará por asegurados en FONASA e ISAPRE según las proyecciones de las poblaciones definidas en el capítulo anterior.

En síntesis, el paso 2 estima las personas que, teniendo la necesidad en salud finalmente expresan una demanda GES.

Finalmente, el tercer paso estima cómo se generará la demanda para cada intervención sanitaria y las prestaciones incluidas en el grupo de prestaciones principales (GPP) por patología, para todos los beneficiarios elegibles (paso 3 de la Figura 3).

Para la estimación de las proporciones de prestaciones principales se utilizará el mejor conocimiento publicado correspondiente al resumen del cálculo de la demanda del EVC 2012.

A continuación se explica en forma detallada cada uno de estos cálculos:

3.2.1.1. Paso 1 - Estimación de la demanda potencial

Los problemas de salud GES son de naturaleza diversa, incluyendo enfermedades de evolución crónica o aguda, con y sin resolución definitiva, eventos únicos o que se pueden repetir en el año que se analiza, etc. Por las razones anteriores, se hará una definición general, la que se podrá ajustar en función de la información específica obtenida para cada problema de salud.

Para estimar el número anual de personas con un problema de salud se utilizará, según el tipo de PS, las tasas de prevalencia (PR) o de incidencia (IN). En caso de no existir información epidemiológica que dé cuenta de los indicadores anteriores, se usará el valor de las tasas señaladas en el EVC 2012, por corresponder al más reciente. Dado que la necesidad total depende de la percepción de los individuos, se utilizará un factor de corrección.

$$DP = f (NT, PR, Fp)$$

$$DP = f (NT, IN, Fp)$$

En donde,

f: Función

DP: Demanda Potencial

NT: Necesidad Total de Atención en Salud

PR: Tasa de Prevalencia

IN: Tasa de Incidencia

Fp: Factor de percepción

Esta expresión algebraica corresponde a la necesidad de salud de la población utilizando como unidad de medida a los individuos y no al comportamiento episódico de las enfermedades. Es decir, obtendremos un número de individuos afectados por enfermedad aguda y/o crónica que la logran percibir. La percepción es multifactorial y como ya lo indicamos, operacionalmente utilizaremos los resultados de la última encuesta CASEN. Dicha encuesta permite reconocer percepciones para algunos de los PS en evaluación. , en dicho caso se usarán la proporción de respuestas positivas para cada uno de ellos. Para los que no tengan valor específico, se usara la respuesta global de la población sobre percepción de enfermedad los últimos tres meses⁸.

⁸ Análisis de la respuesta a las preguntas s17 y s31 de CASEN 2013. Elaboración propia.

3.2.1.2. Paso 2 – Estimación de la demanda expresada GES

El paso de la demanda potencial a la demanda expresada GES requiere considerar aspectos tales como:

- Cada problema de salud GES tiene definidos criterios de acceso, lo cual significa que solo una proporción de los casos estimados en la Necesidad Total de Atención de salud (NT) cumple con los criterios de acceso a la garantía. En este caso, se estimará qué proporción de los pacientes que tienen esta patología cumplen con este criterio. Por ej. ¿Qué porcentaje de pacientes con escoliosis cumplen con la curvatura requerida para acceder a la cirugía? Asimismo, para ingresar a la garantía, un paciente con adenoma de próstata, debe cumplir ciertos criterios clínicos, en Cataratas, se requiere una cierta condición de agudeza visual. etc. En otras, la condición de acceso es la edad, el sexo y también en algunos casos lo es la fecha del diagnóstico, caso nuevo, o ya diagnosticado. De contar con información referenciable para estas preguntas, dichos resultados se incorporarán al modelo mediante el factor de corrección.
- Algunas de las personas con un problema GES aun cumpliendo los criterios de acceso pueden no demandar servicios por falta de interés, desconocimiento, desinformación, porque no lo considera necesario, porque sencillamente prefiere no tratarse, o por otras causas. Este aspecto se incorpora al modelo mediante la información entregada por la encuesta CASEN que entrega morbilidad percibida atendida por el sistema GES.
- Otros factores del que no se cuentan con datos o información general, pero que algún problema de salud pudiera en forma específica tenerlo se incorporará también vía un factor de corrección. Ejemplos de estos factores se describen a continuación:
 - Hay que considerar que hay personas con problemas de salud cuya demanda no se expresó con anterioridad a la implantación del GES, por costo o trascendencia para el individuo, que ahora consultarán dada la oportunidad que brinda la garantía de la atención de estas patologías. Ejemplos: acceso a la triterapia para personas con VIH/SIDA en el sistema ISAPRE, reemplazo de cadera por artrosis en adultos mayores en FONASA, etc.
 - Para que un paciente demande atención en GES, debe percibir la necesidad y además, beneficiarse del uso de GES.
 - La difusión del plan GES ha tenido impacto incrementando la percepción de necesidad y el uso de servicios en personas que de otra manera no hubieran consultado, esto en la medida en que las personas ven opciones de atención que antes no existían. Por otra parte, el uso o no uso de GES ha cambiado en el tiempo, desde el inicio de las garantías para cada patología, por ejemplo, en el caso de la Enfermedad Renal Crónica Etapa 4 y 5 el uso ha sido mayor a lo esperado. Se suma a lo anterior, un mayor uso de GES en los problemas de salud de mayor costo de manera universal.
 - El acceso a servicios de salud está determinado por múltiples factores. En el caso de nuestro país, en general la población cuenta con un establecimiento de algún nivel de complejidad al cual acceder frente a una necesidad de salud. Sin embargo, la cartera de servicios es muy variable en las diferentes regiones y localidades del país. Es así como el acceso a servicios hospitalarios y la disponibilidad de especialistas es muy desigual a lo largo del territorio nacional. La Ley GES ha resuelto parte de estas necesidades para la población.
 - En el caso de los beneficiarios de ISAPRE, este grupo poblacional incrementa el uso de las garantías GES cuando su prestador le ofrece una buena red de atención para esa patología.

- Algunas patologías presentarían listas de espera que correspondería a necesidades no satisfechas, sin embargo no se dispone de información confiable en esta materia pública.

En resumen, las variables para estimar estas demandas y sus respectivos supuestos se construirán caso a caso, recogiendo información de los cambios en la demanda de los problemas GES en operación en FONASA e ISAPRE, y el uso de servicios en GES (aportado por MINSAL y la Superintendencia).

En concreto la fórmula general a utilizar para Demanda Expresada en GES será:

$$DEG = \alpha DE$$

Donde:

Coefficiente α = este coeficiente se estima a partir de características del PS en particular, como las preferencias del paciente, oferta y acceso a servicios, costo del tratamiento (medicamentos o implementos), el uso de GES informado en CASEN 2013 para algunos PS y otras, que se construirán caso a caso.

DE = Demanda Expresada por medio de tasa de morbilidad (egresos hospitalarios, consultas de morbilidad, atenciones de urgencia, etc)

Para determinar la cantidad de demanda expresada GES por tipo de beneficiario FONASA o ISAPRE, el valor de demanda expresada GES será ponderado por las estimaciones de población adscritas a los distintos sistemas de seguro en salud para el año 2016.

3.2.1.3. Paso 3 Demanda por intervenciones de salud y grupos de prestaciones principales

Las Intervenciones de Salud otorgadas para cada problema de salud garantizado son eminentemente normativas, por lo que no se cuenta con observaciones independientes al sistema de garantías explícitas en salud. Por lo que el mejor estimador de ellas, en la situación actual, corresponde a la observación aportada por los sistemas de información del mismo. El SIGGES no registra actividades a este nivel, sin embargo, el sistema Maestro de ISAPRES contempla datos a nivel de grupo de prestaciones.

Asimismo, la demanda de los grupos de prestaciones principales al interior de cada intervención sanitaria es variable en los pacientes, dependiendo de sus características principalmente clínicas. Por ejemplo, en la cardiopatía congénita operable, el tratamiento considera varias alternativas de cirugías con diferentes niveles de complejidad que dependerá del tipo de Cardiopatía a tratar. Los tipos de cirugía son (CEC mayor, mediana o menor). Un paciente en particular requerirá sólo un tipo de CEC para la cirugía. A su vez, cada tipo de cirugía con CEC considera un listado de distinto tipo y frecuencia de prestaciones. En cambio en la Infección Respiratoria Aguda, todos los pacientes requerirán el uso de antibióticos. En esta etapa la demanda por tipo de prestaciones ya no es de resorte del paciente, sino que exclusivamente de la decisión del médico.

$$DIS = DEG \times F_{gp} \times fc_2$$

En donde,

DIS = Demanda por Intervenciones Sanitarias

DEG = Demanda Expresada en GES

F_{gp} = Fracción de grupos de prestaciones principales

fc_2 = Factor de corrección

Las demandas por Intervenciones Sanitarias serán expresadas por cada tipo de beneficiario del sistema y para cada uno de los problemas de salud. Para ambos la fracción de grupo de prestaciones principales provendrá del universo de personas atendidas en el sistema de Isapres, por lo que a menos que se encuentre un dato objetivo que permita diferenciarlo por seguro de salud, se mantendrá dicha cifra.

En algunos problemas de salud las intervenciones sanitarias se afectan por la mortalidad, por ejemplo, algunos pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa terminal no alcanzan a llegar a transplante, este factor se incorporará al modelo por medio del factor de corrección (fc_2).

A continuación, en la tabla 3 se muestran ejemplos de cómo operarán los criterios recién mencionados en algunos problemas de salud garantizados:

TABLA 3. EJEMPLOS DE MODELACIÓN Y USO DE INDICADORES PARA ESTIMAR LA DEMANDA.

PS GES	DEMANDA POTENCIAL		DEMANDA EXPRESADA EN GES	DEMANDA POR INTERVENCIONES EN SALUD
	Prevalencia	Incidencia	Elementos esenciales de la estimación	GPP (EVC 2012)
12 Endoprótesis de cadera beneficiario de 65 años y más	PS se resuelve con cirugía, es evento único. Prevalencia no aplica.	SI. Casos nuevos 2016	PS tiene criterio de acceso clínico (limitación funcional severa). Se asume la demanda expresada a lo registrado por CASEN 2013 <u>Demanda Expresada en GES FONASA:</u> Se estimará según DEG y casos observados en SIGGES. <u>Demanda en GES ISAPRE:</u> Se estimará según DE y casos observados en Maestro de ISAPRES. En ambos casos se verá la relación entre estimaciones de EVC previos y casos observados en SIGGES.	IS Tratamiento: GGP1 Intervención quirúrgica integral con prótesis de cadera total (90%) GGP2 Recambio de prótesis de cadera (90%) GGP3 Control y kinesiterapia post-quirúrgica (10%)

PS GES	DEMANDA POTENCIAL		DEMANDA EXPRESADA EN GES (DE en GES)	DEMANDA POR INTERVENCIONES EN SALUD
	Prevalencia	Incidencia	Elementos esenciales de la estimación	GPP (EVC 2012)
19 Infección respiratoria aguda baja. IRA manejo ambulatorio en menores de 5 años	No aplica PS agudo.	Casos a atender se estiman del Programa IRA, y Centros Centinela. Supuesto: todos consultan, especialmente los menores de 1 o 2 años	<u>Demanda en FONASA</u> PS de diagnóstico y tratamiento inmediato, principalmente en los Servicios de Urgencia públicos y SAPU, dado por el lugar de consulta habitual de la población. <u>Demanda en ISAPRE</u> Los afilados consultan principalmente en Servicios de urgencia o en consultas pediátricas privadas. Toma tiempo activar la garantía para acceder a GES. Por ello, se estima que la Demanda en GES es menor a los casos presentados.	IS Tratamiento GGP Tratamiento (100%)

Problema Salud NUEVO	DEMANDA POTENCIAL		DEMANDA EXPRESADA (DE) Y DEMANDA EXPRESADA EN GES (DE en GES)	DEMANDA POR INTERVENCIONES EN SALUD
	Prevalencia	Incidencia	Elementos esenciales de la estimación	Producto final
Glaucoma	Problema en estudio, prevalencia será el estimador del stock de pacientes	PS crónico, indicador menos relevante, solo para estimar casos nuevos anuales	<p><u>Demanda en FONASA</u> Se estima una D en GES elevada, por el acceso al especialista y el costo de los medicamentos. Es posible que los usuarios de MLE puedan preferir su modelo de tratamiento actual. D en GES se estimará con base a la bibliografía.</p> <p><u>Demanda en ISAPRE</u> Se estima una D en GES elevada, por el acceso al especialista y el costo de los medicamentos. Es posible que los usuarios puedan preferir su modelo de tratamiento actual. D en GES se estimará con base a la bibliografía y la revisión de datos de ISAPRE.</p>	No se han definido IS y GPP N° Diagnósticos N° Tratamientos

El método antes mencionado se aplicará sistemáticamente para los 80 problemas con garantía vigentes y los 3 problemas nuevos a incluir, que se listan en la tabla 3. Los problemas de salud se organizarán en tipologías que se basan en formas de abordaje similares, o la complejidad del nivel de atención al cual se refieren, o los órganos afectados, como son los problemas oftalmológicos o las enfermedades respiratorias.

TABLA 4. GRUPOS DE PROBLEMAS GES

Grupo	N°	Problema GES
SALUD ORAL	23	Salud oral integral para niños de 6 años
	46	Urgencias odontológicas ambulatorias
	47	Salud oral integral del adulto de 60 años
	66	Salud Oral Integral de la Embarazada
ONCOLOGÍA	03	Cáncer Cervicouterino
	04	Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
	08	Cáncer de mama en personas de 15 años y mas
	14	Cáncer en personas menores de 15 años
	16	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
	17	Linfomas en personas de 15 años y más
	27	Cáncer gástrico
	45	Leucemia en personas mayores de 15 años y mas
	71	Cáncer de Ovario Epitelial
	28	Cáncer de próstata en personas de 15 años y mas

Grupo	Nº	Problema GES
ONCOLOGÍA	43	Tumores primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o mas
	70	Cáncer Colorectal en personas de 15 años y mas
	72	Cáncer Vesical en personas de 15 años y mas
	73	Osteosarcoma en personas de 15 años y mas
OFTALMOLOGÍA	11	Tratamiento quirúrgico de cataratas
	31	Retinopatía diabética
	30	Estrabismo en personas menores de nueve años
	32	Desprendimiento de retina regmatógena no traumática
	29	Vicio de refracción en personas de 65 años y mas
	57	Retinopatía del prematuro
	50	Trauma ocular grave
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	01	Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
	06	Diabetes Mellitus Tipo I
	64	Prevención Secundaria de la Enfermedad Renal Crónica Terminal
	07	Diabetes Mellitus Tipo II
	21	Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años a más
	22	Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
	62	Enfermedad de Parkinson
	41	Tratamiento médico en personas de 55 años y mas con Artrosis de cadera y/o rodilla, leve a moderada
	63	Artritis Idiopática Juvenil
	52	Artritis reumatoide
	76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y mas
	78	Lupus Eritematoso Sistémico
	67	Esclerosis Múltiple remitente y recurrente
	68	Hepatitis Crónica por Virus hepatitis B
60	Epilepsia No refractaria en personas de 15 años y mas	
69	Hepatitis C	
SALUD MENTAL	15	Esquizofrenia
	34	Depresión en personas de 15 años y mas
	75	Trastorno Bipolar en personas de 15 años y mas
	53	Consumo perjudicial o dependdencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
NEONATOLOGIA Y LACTANTE	02	Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
	09	Disrrafias espinales
	13	Fisura labio palatina
	58	Displasia Broncopulmonar del prematuro
	40	Síndrome de Dificultad Respiratoria del recién nacido
	59	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
	65	Displasia Luxante de Caderas
77	Tratamiento de Hipoacusia moderadas en menores de dos años	

Grupo	Nº	Problema GES
CIRUGÍA	10	Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
	12	Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
	74	Tratamiento Quirúrgico de lesiones crónicas de la Válvula Aórtica en personas de 15 años y mas
	79	Tratamiento Quirúrgico de lesiones crónicas de las Válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y mas
	26	Colecistectomía preventiva de cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
	44	Tratamiento quirúrgico de Hernia del núcleo pulposo lumbar
	79	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula mitral y tricúspide en personas de 15 años y mas
	42	Henorragia subaracnoide a secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
	35	Tratamiento de la Hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
	25	Trastornos de generación de impulso y conducción en persona de 15 años a más que requieren marcapaso
ATENCIÓN DE URGENCIAS	48	Poli traumatizado grave
	49	Traumatismo craneoencefálico
	55	Gran quemado
RESPIRATORIAS	19	Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
	20	Neumonías adquiridas en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años a más
	39	Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años
	38	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio (EPOC)
	51	Fibrosis quística
	61	Asma bronquial en personas de 15 años y mas
PROBLEMAS CARDIOVASCULARES	37	Accidente Vascular Encefálico isquémico en personas de 15 años y mas
	05	Infarto Agudo de Miocardio (IAM)
OTROS	33	Hemofilia
	56	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y mas que requieren audifono
	36	Ortesis y ayudas técnicas para adulto mayor de 65 años
	80	Tratamiento de erradicación del Helicobacter Pylori
PARTO	54	Analgesia del parto
	24	Prevención del parto prematuro
VIH / SIDA	18	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH / SIDA
NUEVOS PROBLEMAS A ESTUDIAR		Depresión en Adolescente entre 10 y 14 años
		Glaucoma
		Examen de Medicina Preventiva Título II del Decreto Vigente GES: N° 04 del 5 de Febrero de 2013.

3.2.1.4. Modelación de los Problemas de Salud nuevos

La Demanda Potencial y la Demanda Expresada GES se obtendrán de la misma manera que para los PS en GES ya explicado para los PS nuevos: Glaucoma y Depresión en el Adolescente.

Según la información epidemiológica disponible, se estimará la necesidad total, que corresponde al stock de casos en el país. Dado que la población conoce mejor el uso de las garantías en salud, se asume que las personas reclamarán estas atenciones y por ello, se ajustará la Demanda en GES a las características de uso observado en patologías comparables en los PS de Oftalmología y Salud Mental para Glaucoma y la Depresión en menores de 15 años.

Examen de Medicina Preventiva

En el caso de Examen de Medicina Preventiva, la necesidad total corresponderá a la definición programática de la Guía Examen de Medicina Preventiva MINSAL 2008, que establece los grupos objetivos para esta garantía en salud. La demanda expresada por GES se estimará aplicando el modelo general propuesto, utilizando como factor de corrección información referenciable sobre uso de prestaciones preventivas en Chile o a nivel internacional.

3.2.2. Modelación Relación Demanda-Usos GES

Esta modelación será utilizada para estimar la demanda satisfecha a partir de la demanda expresada GES. Tiene como objetivo predecir, a partir de dichas estimaciones de demanda, las variaciones observadas en el uso. En teoría, las variables que inciden el uso son las mismas que inciden en la demanda expresada en GES, sin embargo, afectan el uso de distinta manera. De allí que la propuesta efectuada en esta sección tiene como propósito hacerse cargo, conforme a lo establecido en las bases de licitación, de las diferencias que han existido entre demanda expresada en GES estimada en los estudios, versus uso efectivo u observado.

Esta modelación estará basada en un modelo de elección discreta. Los modelos de elección discreta nos sirven para describir la elección de un individuo sobre su atención de salud, dadas las características del individuo y las características de las opciones que se le presentan. Así esta modelación nos permitirá describir y caracterizar de mejor manera el uso de las Garantías Explícitas. En particular, utilizaremos un modelo de elección discreta para predecir la proporción de individuos que, del total de individuos que presenten cierta patología, (perciban su necesidad, la expresen, cumplan con las condiciones de acceso para el GES, resuelvan demandar en GES), opten por utilizar efectivamente la red de prestadores bajo GES en ambos sistemas (FONASA e ISAPRE). Luego, utilizaremos un modelo probabilístico para predecir el uso de cada GPP para aquellos individuos que hayan optado por GES. Este modelo probabilístico fue descrito en secciones anteriores.

El modelo sigue una secuencia lógica que parte por identificar a los individuos que presentan cierta patología e identificar sus características, usando las bases de datos disponibles (uso de GES) y los estudios anteriores, que tienen agrupación de individuos por edad, género y sistema de salud, para cada patología⁹. Una vez identificado a todos los individuos que presentan la patología, el modelo utiliza las decisiones de estos individuos (si usar el GES o utilizar alguna otra fuente de provisión de salud), para estimar los parámetros que hacen que las preferencias de los individuos sean consistentes con dichas decisiones. Los parámetros serán estimados por patología, para luego multiplicarlos por la probabilidad de utilizar ciertos GPP dentro de la garantía. Sin embargo, existen patologías que

⁹ Para mayor detalle ver sección de datos.

no son comúnmente usadas, por lo tanto carecen de datos lo que imposibilita el uso de esta metodología para estimar demanda satisfecha, por lo que no se podrán estimar los coeficientes para esas patologías. Lamentablemente, el fuerte de este tipo de metodologías radica en tener datos para su estimación, para otras metodologías es posible tener estimaciones con pocos datos, pero no caen en la familia de metodologías que proponemos.

3.2.2.1. Modelo

Se conocen como modelos de decisión discreta a aquellos donde la variable dependiente o variable de decisión toma un número finito de valores. Por lo tanto, se modela la elección de los individuos sobre un número finito de alternativas (véase, por ejemplo, McFadden, 1973; Berry, 1994; Berry et al., 1995; Nevo, 2000). En el caso particular de los modelos de elección discreta binaria, los individuos deben elegir entre dos opciones. Por lo tanto, la variable dependiente puede ser escrita como una variable dicotómica, que toma los valores de cero y uno.

El modelo de elección discreta caracteriza a través de un modelo de variable latente la utilidad de los individuos cuando se enfrentan a decisiones¹⁰. En particular, en este caso se tiene una red de prestadores que es ofrecida por el asegurador y el asegurado tiene la opción de utilizar esa red de prestadores bajo GES o utilizar otra red de prestadores distinta, incrementando posiblemente los costos de bolsillo, pero aumentando su utilidad en otras dimensiones. Por ejemplo, es posible que el individuo elija una red de prestadores distinta asociada a un costo de bolsillo más alto, pero que aumenta su utilidad al aumentar la comodidad de usar a médicos y servicios que ya conoce. Por lo tanto, el asegurado decide si utilizar GES o no. De este modo, la elección del individuo puede ser modelada utilizando un modelo de elección discreta binaria donde tendremos una variable que toma el valor 1 si elige GES y 0 en caso contrario. Esto significa que el individuo ya fue diagnosticado, cumpliendo con los criterios de acceso (demanda expresada GES) y ahora esta simplemente tomando la decisión de utilizar GES o no (demanda satisfecha).

De este modo, estimaremos la decisión de elegir GES, como si el individuo eligiera, entre todas las alternativas disponibles, aquella que le entregue mayor utilidad¹¹.

Cabe notar que sólo la diferencia entre utilidades importa en la decisión entre elegir GES o no. Es decir, el nivel de cada una de las utilidades es irrelevante, ya que el individuo decidirá basándose únicamente en la opción que tiene asociada una mayor utilidad. En otras palabras, si a cada una de las utilidades se le suma una constante, la opción con mayor utilidad sigue siendo la misma. Es por ello que, en un modelo de decisión respecto de elegir GES o no, sólo importa modelar la utilidad relativa de elegir GES respecto de la utilidad de elegir no GES. Por lo tanto, escribiremos

$$U_i = V_i + \epsilon_i$$

¹⁰ La utilidad de los individuos es caracterizada a través de una variable latente ya que la utilidad de cada individuo al elegir cada una de las opciones no es observada por el investigador. El investigador solo observa la elección final del individuo.

¹¹ Aquí, como se señaló anteriormente, las variables consideradas apuntan al efecto que tiene la edad, por ejemplo, en la decisión de continuar el tratamiento bajo GES, el que será distinto según el tipo de patología, lo mismo respecto al seguro de pertenencia, que se relaciona con el costo de oportunidad del tiempo del beneficiario que a su vez determina la opción de acomodarse a las garantías de oportunidad, todas estas variables afectando su utilidad. Además, como las estimaciones son a nivel de patología, los coeficientes estimados identificarán problemas propios a esa patología, que podrían tener relación con la oferta.

Donde U_i corresponde a la utilidad relativa que el individuo i obtiene de utilizar la red de prestadores GES, respecto de la utilidad de la red No-GES¹². El término V_i corresponde a las características del individuo i que son observadas por el investigador, mientras que el término ε_i corresponde a las características que, si bien afectan la utilidad relativa, no son observadas por el investigador. Este término es considerado como una variable aleatoria. Por ende, la probabilidad de que el individuo i elija GES está dada simplemente por la probabilidad de que la utilidad relativa de utilizar la red de prestadores GES sea mayor a cero:

$$P_{ig} = Prob(U_i > 0)$$

$$P_{ig} = Prob(\varepsilon_i > -V_i)$$

Para poder estimar el modelo anterior y de esa forma, estudiar cómo diversas características de los individuos afectan la elección, el investigador debe plantear: 1) la forma en la que las diversas características observadas se relacionan con V_i , y; 2) una función de distribución del error.

La elección de la especificación para V_i depende en último término de los datos disponibles al investigador¹³. En esta nota metodológica asumiremos que contaremos únicamente con datos a nivel agregado de la utilización del GES en ISAPRE y FONASA, por celdas de sexo, edad, sistema de salud y patologías GES. Es por ello que la función V_i debe ser especificada a nivel de alguna de estas celdas. En otras palabras, si definimos edad, sexo y sistema de salud como las variables que caracterizan la celda relevante, el análisis se hará a ese nivel. Por lo tanto, todos los individuos de la celda c comparten el mismo V_i , que llamaremos por consiguiente V_c . Asumiremos que las características sociodemográficas del individuo efectivamente tienen un efecto en el nivel de utilidad (edad, sexo y sistema de salud, que es un proxy de nivel socioeconómico). Una persona de mayor edad, por ejemplo, podría valorar más el uso de GES que una persona de menor edad. También, permitiremos en el modelo que las personas con distintos sistemas de salud evalúen la red GES de forma distinta¹⁴.

Por lo tanto podremos escribir la función V_c , como una función de la edad, sexo y sistema de salud:

$$V_c = \beta_1 edad_c + \beta_2 sexo_c + \beta_3 SISSALUD_c + \eta_c$$

Donde η_c es una error, de media 0 que captura la diferencia entre la ecuación lineal descrita y la verdadera utilidad.

Por ende, la función de utilidad de un individuo perteneciente a la celda c será expresada por

$$U_{ic} = \beta_1 edad_c + \beta_2 sexo_c + \beta_3 SISSALUD_c + \eta_c + \varepsilon_{ic}$$

Finalmente, siguiendo gran parte de la literatura de modelos de elección discreta asumiremos que el error ε_i tiene una distribución de valor extremo tipo 1. Asumir esta distribución es conveniente porque permite expresar de forma simple la probabilidad de que el individuo de la celda c elija el GES. Esto se expresa como la división entre dos exponenciales:

$$P_c = \frac{\exp(\beta_1 edad_c + \beta_2 sexo_c + \beta_3 SISSALUD_c + \eta_c)}{1 + \exp(\beta_1 edad_c + \beta_2 sexo_c + \beta_3 SISSALUD_c + \eta_c)}$$

¹² Una forma alternativa de interpretar lo anterior, es que en un modelo de decisión respecto de elegir GES se puede normalizar la utilidad de no elegir GES a cero. En ese caso, corresponde simplemente a la utilidad de elegir GES.

¹³ Los datos no disponibles al investigador quedarán capturados en

¹⁴ Utilizaremos dos especificaciones que definiremos con la contraparte técnica.

Esta ecuación puede ser re-escrita como

$$\log(P_c) - \log(1 - P_c) = \beta_1 \text{edad}_c + \beta_2 \text{sexo}_c + \beta_3 \text{SISSALUD}_c + \eta_c$$

La ecuación anterior puede ser estimada mediante mínimos cuadrados ordinarios (MCO) y mínimos cuadrados ponderados (MCP)¹⁵, con lo cual se obtienen los parámetros de interés β_1 , β_2 y β_3 . A partir de ello se puede estimar la probabilidad de que un individuo perteneciente a una celda definida por edad, sexo y sistema de salud decida atenderse por GES. Por ejemplo, nuestra hipótesis es que la utilidad esperada para cada alternativa depende positivamente de la comodidad de la red de prestadores: a una mayor “calidad percibida” en la entrega de estos servicios, mayor será la utilidad esperada derivada de éste y por ende los afiliados a ISAPRE estarán más inclinados a usar GES para patologías de mayor valor que para aquellas de menor valor. En cambio, los afiliados a FONASA probablemente se inclinarán por usar GES en mayor cuantía, sin necesariamente diferenciar por patologías.

Este modelo, tal y como está especificado, se utilizará para realizar las predicciones de uso para cada una de las patologías GES¹⁶. Cabe notar que estas especificaciones asumen que las preferencias son estables en el tiempo en términos de uso del GES por los próximos dos años¹⁷.

3.2.2.2. Data

Para estimar los coeficientes de la función de utilidad para este proyecto, necesitamos primero contar con bases de datos que nos entreguen información sobre el uso de GES y sobre los individuos que teniendo la patología no utilizaron GES. Para este efecto, usaremos las bases de datos agregadas GES de FONASA e ISAPRE, además de la estimación de demanda expresada en GES de cada patología en la población de informes EVC anteriores, incluyendo el 2012.

Como contaremos con datos agregados, usaremos distribuciones de tramo edad, sexo y sistema de salud por patología. En otras palabras, para cada patología sabemos el número de individuos que tenían esta patología y su decisión de utilizar o no GES, por cada celda de tramo de edad/sexo/sistema de salud. Para construir el porcentaje de individuos que utilizaron GES para cada patología por tramo de edad/sexo/sistema de salud, se utilizará como denominador la demanda expresada en GES de cada patología por tramo de edad/sexo/sistema de salud.

3.2.2.3. Identificación de patología GES

Para llevar a cabo la metodología descrita anteriormente es necesario identificar en las bases de datos de ISAPRE y FONASA, la presencia de una patología GES y la decisión de atención GES/No GES.

- En la base de datos FONASA
 - Utilizando el informe EVC 2012, obtendremos la demanda expresada de la patología en la población. Esta información se utilizará para construir la demanda expresada GES por cada celda de edad, sexo y sistema.

¹⁵ Para la estimación de MCP, se utilizará como ponderador el tamaño relativo de la celda con respecto a la población. Es decir, si una celda representa al 5% de la población, versus una celda que representa al 30% de la población, la segunda tendrá una mayor importancia relativa en las estimaciones.

¹⁶ Alternativamente, se puede plantear la función V_c como $V_c = \beta_1 \text{edad}_c + \beta_2 \text{sexo}_c + \beta_3 \text{patologíaGES}_c + \eta_c$, de modo tal que la ecuación a estimar sea la siguiente:

$$\log(P_c) - \log(1 - P_c) = \beta_1 \text{edad}_c + \beta_2 \text{sexo}_c + \beta_3 \text{patologíaGES}_c + \eta_c$$

Donde las variables patología GES son dummies para cada patología GES. Este modelo alternativo se estimará por MCO por sistemas de salud y por lo tanto obtendremos un set de parámetros β_1 , β_2 y β_3 para ISAPRE y FONASA. La principal diferencia entre este modelo y el anterior es que el modelo anterior permite que los parámetros varíen entre patologías, mientras que este modelo permite que los parámetros varíen entre sistemas. El modelo a ser presentado en el informe final se determinará evaluando el ajuste de cada modelo propuesto.

¹⁷ Cabe señalar que, si se utilizara el modelo para estimar la utilización del GES a un mayor plazo, se debieran re-estimar los parámetros.

- Utilizando la base de datos agregada de uso de GES, cuantificaríamos los afiliados que hicieron uso del GES y lo compararíamos con lo estimado en el punto anterior (demanda expresada GES usando EVC 2012), para verificar que el denominador está correcto, es decir, para que lo que se estima como demanda expresada GES tenga sentido con la demanda satisfecha.
- En la base de datos de ISAPRE (“maestro de prestaciones”)
 - Las patologías GES atendidas por la red NO-GES deben ser inferidas mediante su código FONASA MLE¹⁸. Es decir, se deben determinar en una primera etapa cuáles son los códigos FONASA MLE correspondientes a cada una de las prestaciones o grupo de prestaciones GES. Para aquello, se deberá decidir, dentro del conjunto de prestaciones incluidas en las canastas de cada patología, cuáles de éstas corresponden a prestaciones trazadores de la patología. Además, utilizaremos la misma metodología usada para FONASA, es decir mediante la información de incidencia del informe EVC 2012, para así validar ambas medidas.
 - Las patologías GES atendidas por GES están codificadas con un código único por prestación o grupo de prestaciones, por lo tanto los afiliados son fáciles de identificar y además contamos con los datos agregados al igual que FONASA.

3.2.2.4. Identificación de uso de GPP

Posterior a la estimación descrita anteriormente, es decir luego de estimar quienes de los que sufren la patología GES, utilizan GES, usaremos la distribución ya conocida, descrita en la tabla 3, para estimar qué individuos usan qué GPPs y en qué etapa del tratamiento se encuentran (diagnóstico, tratamiento y seguimiento).

3.2.2.5. Estimación de la demanda final

Cabe señalar que se prevé que esta modelación complementaria será más consistente en su aplicación para aquellos problemas GES con un número de casos suficiente para su modelación, de allí que la elección de los problemas para la cual desarrollarla, se tomará de manera conjunta con la contraparte técnica.

Finalmente, posterior a la estimación del modelo de uso de GES y del uso de la distribución descrita en la tabla 3, obtendremos una serie de coeficientes asociados a celdas de tramo de edad/sexo/sistema de salud.

Por lo tanto, para calcular la demanda final de GPP GES, se multiplican los coeficientes encontrados por medio de MCP con las estimaciones de población que se llevaron a cabo en etapas anteriores y se estimará el número de individuos que usarán estos servicios.

3.2.2.6. Modelación Complementaria

Para complementar el análisis anterior¹⁹, en esta sección se propone estimar la siguiente regresión a través del método de mínimos cuadrados ordinarios.

$$DE_{ict} = \alpha + \beta uso_{ict} + \gamma SISTEMASALUD_c + \delta t + \kappa_i + \varepsilon_{ict}$$

¹⁸ Si existe otra codificación, se utilizará.

¹⁹ Respondiendo también a lo solicitado en reunión de comentarios de Observaciones al Informe Metodológico efectuada con la contraparte el día 3 de junio.

Donde DE se refiere a la demanda expresada GES, uso se refiere al uso efectivo, Sistema de Salud distingue las prestaciones ocurridas en ISAPRES y FONASA, t es una tendencia temporal, y κ_i es un efecto fijo por patología. Los datos que serán utilizados para estimar la regresión anterior se obtendrán de la información proveniente de los EVCs. Adicionalmente se controlará por edad y sexo cuando la demanda expresada GES haya sido calculada por edad y sexo.

Luego de estimar la regresión anterior, se obtendrán estimadores para los parámetros α , β , γ , δ , y κ_i .

Cabe señalar que conceptualmente, esta estimación es sólo una correlación y no es causal, y las observaciones con que se cuentan en el tiempo son limitadas. Asimismo, es importante notar que lo anterior no podrá ser utilizado para predecir la demanda expresada GES para el año 2015, ya que para dicho fin, además de los parámetros estimados anteriormente, es necesario contar con información del uso para dicho año. Sin embargo, entrega información adicional que nos permite avanzar en la comparación entre demanda expresada y el uso en GES. La decisión de efectuarla será acordada con la contraparte.

4. METODOLOGÍA PARA DETERMINACIÓN DE LOS COSTOS

El presente capítulo contiene la metodología que se hace cargo de cumplir los objetivos específicos desde el N°3 al N°9, señalados en el capítulo 2.2.

4.1. Antecedentes y Conceptualizaciones Básicas

El Decreto N° 121 de 2005 que establece las normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la Ley 19.966, establece en el párrafo quinto art 12 el procedimiento para la determinación del costo esperado individual promedio pertinente. En dicho párrafo se señala que se debe valorizar en costos unitarios todas las intervenciones contenidas en los protocolos referenciales (o canastas) establecidos por el Ministerio de Salud, a partir de costos provenientes de estudios de costos, precios de mercado, cotizaciones, u otros antecedentes que den cuenta de los costos de provisión de las intervenciones asociadas a la resolución de problemas de salud garantizados explícitamente, considerándose tanto los costos de operación como los costos de capital.

El Estudio de Verificación de Costo, de acuerdo a las consideraciones y normas indicadas en las bases de licitación, abordará el análisis y la determinación de precios de cada uno de los componentes de las canastas actualmente vigentes (para cada uno de los 80 problemas de salud) y para aquellos adicionales o actuales que se pretendan modificar.

La propuesta presentada para la obtención de precios relevantes de prestaciones de salud en lo referido al sector público y privado, para problemas de salud vigentes y los que se incorporaran en el nuevo decreto, considera la valorización y actualización de precios de cada una de las prestaciones aranceladas o no (medicamentos, insumos y dispositivos médicos, órtesis y prótesis) que componen las canastas; se sustentará en la experiencia acumulada durante los últimos años de las evaluaciones y verificación de costos anteriores. De esta forma, se han analizado las distintas bases de datos e información que ha proporcionado la contraparte y extraordinariamente información de consulta pública disponible²⁰, con el objeto de presentar la mayor cantidad de antecedentes que aporten en el cálculo de precios relevantes de estas prestaciones.

La determinación del precio público y privado de cada uno de los Problemas de Salud Garantizados se obtiene a partir de la valorización de las prestaciones incluidas en cada uno de los Grupos de Prestaciones Principales (GPP) o Canastas establecidas para un problema de salud determinado. Esta valorización determina el costo de cada GPP y la sumatoria de costos de las canastas determina el valor de cada uno de los problemas de salud garantizados.

4.1.1. Conceptualizaciones Básicas

i. Problema de Salud Garantizados (PS) (80)

El Listado de Problemas de Salud sujeto a valorización corresponde a los Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la Ley 19.966, aprobado según Decreto Supremo N° 4 (DS 4) con vigencia al 01 de julio del 2013, con un plazo de vigencia de tres años que incorpora 80 problemas de salud y que deroga al decreto Supremo N° 1 del año 2010, que establecía 69 problemas de salud con Garantías Explícitas.

²⁰ Arancel Modalidad Institucional (MAI) y Modalidad Libre Elección (MLE) del FONASA, ambos del año 2015 y disponibles en la página web de dicha institución, www.fonasa.cl.

ii. Tipo de Intervenciones Sanitarias Garantizadas (TIS) (3)

El Listado de Prestaciones Específicas, anexo Decreto Supremo N° 4 del Régimen de Garantías Explícitas, contempla los siguientes tres tipos de intervenciones sanitarias (TIS): Diagnóstico, tratamiento y seguimiento, que corresponden a las etapas secuenciales del proceso de resolución de un problema de salud.

iii. Grupo Prestaciones Principales ó Canastas Garantizadas (644)

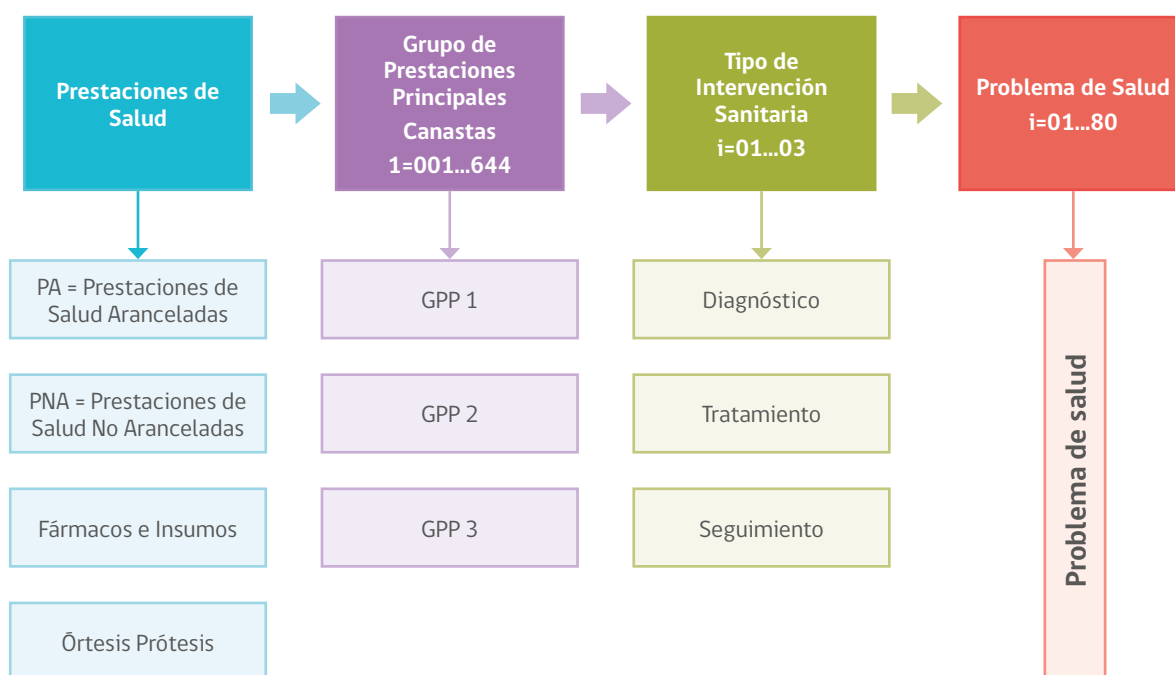
El Grupo de Prestaciones Principales o Canastas son un conjunto de prestaciones de salud agrupadas con el criterio de resolución de los problemas de salud en forma parcial o total. El listado GPP del Decreto Supremo N° 4 establece 644 canastas para los 80 PS garantizados.

iv. Prestaciones de Salud Garantizadas

Se refiere a las acciones de salud, tecnología sanitaria o dispositivos médicos tales como consultas médicas, exámenes y procedimientos; medicamentos; artículos farmacéuticos y de laboratorio; material quirúrgico, instrumental y demás elementos o insumos que se requieran para el diagnóstico de un problema de salud y su tratamiento o seguimiento, incluidas en los GPP. Las prestaciones asociadas a cada uno de los problemas de salud se encuentran taxativamente señaladas en las canastas que forman parte de los problemas de salud identificados en los decretos respectivos. Ellas pueden corresponder a Prestaciones Aranceladas (PA) y Prestaciones No Aranceladas (PNA), tales como medicamentos, insumos, órtesis y prótesis.

La Figura 4.1 muestra el proceso de determinación del costo de un problema de salud, del listado de prestaciones GES. Este se inicia a partir de la determinación de costos o precios relevantes de cada una de las prestaciones aranceladas o no aranceladas que se incluyen en un grupo de prestaciones principales o canastas. La sumatoria del costo de cada una de las canastas conforma el costo del problema de salud.

FIGURA 4.1: ESQUEMA DE DETERMINACIÓN DE COSTOS DE 1 PROBLEMA DE SALUD



Fuente: elaboración propia.

En el proceso de determinación de los costos del total de los problemas de salud identificados en las GES, más aquellos que se adicionen para este nuevo decreto, los costos y precios relevantes, así como la metodología para la determinación de los mismos, son claramente diferentes según se trate de prestaciones GES realizadas en el sector público (beneficiarios FONASA) o en el sector privado (beneficiarios ISAPRE). Por tanto, si bien en ambos casos la metodología de cálculo de precios relevantes tiene un patrón relativamente común, las fuentes de datos y las aproximaciones a la determinación de precios de las prestaciones difieren significativamente.

4.1.2. Codificación Grupo de Prestaciones Principales

La metodología a utilizar en la estimación de precios públicos y privados de cada uno de los Grupos de Prestaciones Principales (GPP) y, por ende, del costo público y privado de cada una de las prestaciones incorporadas en las canastas se basa en la metodología ya utilizada en el EVC 2012. Para ello se realizarán las actualizaciones de la codificación utilizada en dicho estudio, con el objeto de obtener un código único e irrepetible por cada una de las canastas indicadas en el Listado de Prestaciones Específicas del DS 4. A partir de dicho listado se codificará cada una de los GPP o canastas, de forma tal que exista un solo código que identifique una única canasta. La metodología propuesta si bien se asemeja a la utilizada en el estudio de EVC 2012, tiene como principal diferencia la no utilización del concepto de subcanastas, por cuanto estas no se encuentran incorporadas en el listado de prestaciones en comento, y fueron utilizadas en el año 2012 como una forma de agrupar algunas canastas²¹. A modo de ejemplo, se puede mencionar que en el EVC 2012 se incorpora la Canasta: 001.001 Peritoneodialisis, que incluye como subcanastas 001.001.001 Peritoneo dialisis y 001.001.002 Instalación Cateter Peritoneodialisis.

En la Tabla 4.1 se ejemplifica la forma a utilizar en la codificación de la totalidad de las canastas.

TABLA 4.1: CODIFICACIÓN DE CANASTAS

Código	Conceptos
00	Los dos primeros dígitos identifican el Problema de Salud (eventualmente se podrá agregar un dígito más si los problemas de salud superan los 99).
0000	Los dígitos tercero y cuarto identifican el tipo de GPP; Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento. Eventualmente, cuando en el listado de prestaciones del Decreto no aparezca dicha definición o se haya optado por llamarla de una manera distinta, se pueden agregar códigos, manteniendo el concepto de nominar siempre una única canasta o GPP.
00000000	Los dígitos quinto, sexto y séptimo identifican el correlativo con el cual se identifica una determinada canasta al interior de un tipo de GPP y Problema de Salud.

Fuente: elaboración propia.

Por ejemplo, para el problema de salud Enfermedad Renal Crónica Etapa 4 y 5, etapa Diagnóstico, canasta Confirmación Retardo Crecimiento Óseo, el esquema sería el contenido en la Tabla 4.2.

²¹ La utilización de subcanastas en el programa del estudio del EVC 2012 no presenta ninguna ventaja desde la perspectiva teórica, es solo para mantener el diseño original del programa.

TABLA 4.2: ESQUEMA CODIFICACIÓN CANASTA CONFIRMACIÓN RETARDO CRECIMIENTO ÓSEO

Problema salud	Tipo tratamiento	Canasta	Código	Glosa	Posología	Presentación	Cantidad	Frecuencia
01	01	001	0101113	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en Hospitales tipo 1 y 2)			2	100%
01	01	001	0302075	Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)			1	100%
01	01	001	0303024	Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.)			1	100%
01	01	001	0303027	Tiroxina o tetrayodotironina (T4)			1	100%
01	01	001	0303028	Triyodotironina (T3)			1	100%
01	01	001	0303047	IGF1 o Somatomedina - C (Insuline Like Growth Factor)			1	100%
01	01	001	0303048	IGFBP3, IGFBP1 (Insulin Like Growth Factor Binding Proteins) c/u			1	100%
01	01	001	0405001	Cráneo-cerebro			1	50%

Fuente: elaboración propia.

4.1.3. Moneda de Valorización

En consideración a los aspectos metodológicos requeridos por el mandante, el precio de las prestaciones, sean estas aranceladas o no, y por ende el valor de las canastas y de los problemas de salud, valorizados según la metodología más adelante descrita, serán presentados en pesos chilenos y expresados en moneda del año 2015.

4.2. Metodología para la Determinación del Vector de Precios FONASA²²

El acceso de los beneficiarios del FONASA a las prestaciones de salud GES, se verifica, en un porcentaje importante, en la Red de Atención Pública de Salud, que incluye los Hospitales Públicos, Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS) y establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS)²³.

En consecuencia, los costos y precios relevantes para valorizar cada una de las prestaciones incluidas en las canastas garantizadas y determinar de esta forma la prima de un beneficiario FONASA,

²² En el informe también nos referiremos al vector de precios FONASA como el vector de precios públicos. Esto por la relevancia que tiene la red pública en la solución de los problemas GES de los beneficiarios del seguro público de salud.

²³ Extraordinariamente, cuando la red pública de salud no cumple con la garantía de oportunidad de atención de un beneficiario con un problema de salud incluido en GES, el FONASA puede actuar como segundo prestador, conviniendo con prestadores privados la resolución de problemas de salud, con precios convenidos entre el asegurador y el prestador privado.

debería corresponder a los costos promedios en que incurren los establecimientos públicos de salud para el otorgamiento de dichas prestaciones, incluyendo los precios de compra que obtienen en la provisión de medicamentos, insumos, órtesis y prótesis incluidos en los GPP garantizadas. Para determinarlos, la metodología propuesta incorpora las principales fuentes de información entregadas por el MINSAL.

La metodología de este estudio para determinar el vector de precios FONASA, objetivo específico 6, se subdivide en la determinación de precios para las PA, objetivo específico 4, y los precios de compra del sector público para las PNA destinado al cumplimiento del objetivo específico 3.

4.2.1. Fuentes de datos a utilizar para la valorización de Precios Públicos

Las fuentes primarias de información a utilizar para determinar el costo público de cada una de las canastas que conforman los 80 PS, están definidas en la Tabla 4.3.

TABLA 4.3: FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA PRECIOS PÚBLICOS

Bases de datos a utilizar primera valorización	Fuente	Uso
Listado Especifico de Prestaciones DS 4	Anexo DS 4	Identificar los 80 PS, sus canastas asociadas y las prestaciones individualizadas en ellas
Base de datos del Arancel MAI 2015	Página Fonasa Prestadores	Determinar de los precios bases, sujetos a ajustes según el ECPS 2011
Base de datos del Arancel MLE 2015	Página Fonasa Prestadores	Determinar de los precios bases, sujetos a ajustes según el ECPS 2011
Base de datos de medicamentos e insumos de CENABAST 2014	Datos proporcionados por MINSAL y CENABAST.	Valorizar los medicamentos e insumos garantizados en las GES, intermediados por la CENABAST
Base de datos insumos y medicamentos comprados a través de Mercado Público en el año 2014	Datos proporcionador por MINSAL y Mercado Público.	Valorizar de medicamentos e insumos no intermediados por CENABAST y comprados a través de Mercado Público
Base de datos de órtesis y prótesis comprados a través de Mercado Público en el año 2014	Datos proporcionador por MINSAL y Mercado Público.	Valorizar las órtesis y prótesis comprados a través de Mercado Público
Estudio de Costos 2011 FONASA-PUC	Proporcionado por el Ministerio de Salud	Ajustar precios públicos de prestaciones aranceladas MAI y MLE
Base de Datos EVC 2012	Incluye los precios relevantes considerados en la EVC 2012 para la determinación de precios públicos	Valorizar prestaciones no incluidas en ECPS grupos 05, 06, 23, 43, y 47 de los aranceles MAI y MLE así como precios de PNA no incorporados en información de la CENABAST y Mercado Público

Fuente: elaboración propia.

TABLA 4.4: ESTUDIOS DE COSTOS DE PRESTACIONES POTENCIALMENTE UTILIZABLES

Bases de sensibilización de precios	Fuente	Uso
EVC 2008	Datos obtenidos de la Base de EVC 2012	Sensibilización de costo real de prestaciones aranceladas MAI
EVC 2007	Datos obtenidos de la Base de EVC 2012 (ver Anexo 4 para algunos ejemplos)	Sensibilización de costo real de prestaciones aranceladas MAI
EVC 2006	Datos obtenidos de la Base de EVC 2012 (ver Anexo 4 para algunos ejemplos)	Sensibilización de costo real de prestaciones aranceladas MAI
Muestra Precios de medicamentos e insumos 2015	Hospitales elegidos en la Muestra, compras mercado Público	Sensibilización de precios de medicamentos

Fuente: elaboración propia.

4.2.2. Precios de Prestaciones Aranceladas (PA) FONASA²⁴

Se definen como prestaciones aranceladas (PA), todas aquellas prestaciones de salud codificadas en alguno de los aranceles FONASA de la MAI o de la MLE y que han sido incorporadas en un GPP.

En teoría, los costos públicos promedios para el otorgamiento de una prestación de salud deberían estar reflejados en los precios de dichas prestaciones establecidos en el Arancel FONASA de la Modalidad Institucional. Sin embargo, la realidad señala que dicho arancel no tiene utilidad como mecanismo de pago a los prestadores públicos, por cuanto no refleja los costos promedios reales, y por ende, no corresponden a precios de transferencias reales desde el FONASA hacia los prestadores públicos. En consideración a esta restricción, los estudios anteriores han utilizado mecanismos para ajustar dichos precios, de manera tal de reflejar de mejor forma el costo promedio real en que incurren los prestadores públicos en el otorgamiento de las prestaciones de salud.

La metodología a utilizar en este estudio para determinar los precios relevantes en las PA recurre, en una primera instancia, y toma como base los precios establecidos en el arancel 2015 del FONASA para la MAI (638 prestaciones) y al Arancel 2015 de la MLE para aquellas prestaciones incorporadas en las canastas cuyo código corresponde al arancel MLE (73 prestaciones).

El precio relevante a ajustar será, en el caso de las prestaciones aranceladas MAI, el valor total de la prestación por cuanto los copagos son definidos según la clasificación del beneficiario FONASA y para aquellas prestaciones codificadas en el arancel MLE, el valor total definido para el nivel 1.

De acuerdo a las especificaciones técnicas del mandante, que espera que la estimación de costos de prestaciones aranceladas provenga de información secundaria recabada en estudios de costos de prestaciones (ECPS) realizados en terreno, se incorporará como precio de la prestación la valorización de las prestaciones aranceladas con datos de los estudios de costos más recientes realizados por el FONASA y el MINSAL, debidamente actualizados a precios del año 2015.

En particular, para la determinación de los precios públicos de las prestaciones aranceladas se utilizarán los precios de las prestaciones calculados por el Estudio de Costos de Prestaciones de Salud (ECPS) - 2011 de FONASA, ejecutado por el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universi-

²⁴ Esta sección está destinada a cumplir con el objetivo específico 4.

dad Católica de Chile²⁵. Las prestaciones aranceladas en los 80 problemas de salud garantizados en el DS 4 considerará 89 prestaciones específicas en el costeo de este estudio (ver Anexo 2).

Respecto de las prestaciones no costeadas en forma específica en el ECPS, se utilizará como regla general de ajuste de precios las variaciones porcentuales promedios por grupo de prestaciones del arancel MAI establecidas en dicho estudio (ver Anexo 3). A modo de ejemplo, para el Grupo 01 Atención Abierta se calculó una variación promedio de 262% respecto del arancel MAI, en el otro extremo para el Grupo 14 (Cirugía de Cabeza y Cuello) se estableció una variación promedio de un -34%.

Con anterioridad al ECPS y según la información proporcionada por el mandante, se han desarrollado otros estudios que calcularon costos en terreno para algunas de las prestaciones GES (Estudios de Verificación de Costos 2006 y 2008) (Anexo 4), los que serán utilizados, previa actualización de cifras al año 2015, cuando el ECPS no haya considerado dichas prestaciones. En este contexto, se encuentran los precios de las prestaciones de los grupos 05, 06, 23, 43 y 47; y por tanto se incorporará como precio relevante el precio ajustado, debidamente reajustado, incorporado en el EVC del año 2012 que recoge los ajustes de precios en función de estudios en terreno anteriores al ejecutado en el año 2011.

TABLA 4.5: PRESTACIONES ARANCELADAS INCORPORADAS EN CANASTAS GES DEL DS 4

Prestaciones Aranceladas Incorporadas en Canastas GES DS 4		
Prestaciones costeadas en el ECPS	89	12,6%
Prestaciones ajustadas según variación porcentual promedio	594	83,5%
Prestaciones no incorporadas en los grupos 05, 06, 23, 43 y 47	28	3,9%
Total PA DS 4	711	

Fuente: elaboración propia.

Respecto de los precios de prestaciones aranceladas calculados en función de los estudios de costos realizados en terreno, la actualización de precios será realizada en función de los reajustes reales al sector público aplicados durante los últimos años al arancel FONASA, entre el período del estudio y el año 2015.

Por ejemplo, para la Consulta o Control Médico Integral en Atención Primaria cuyo código 0101101 (ver Tabla 4.1) tiene un valor en el arancel MAI 2015 de \$4.300. En el año 2011 fue costeada en \$3.661 ECPS; el reajuste del Arancel MAI entre el Año 2011 y 2015 fue de 12%, por lo tanto el valor PUC 2015 de este código será valorizado en \$4.110.

²⁵ Dicho estudio, incluyó la estimación de costos relevantes de 130 prestaciones de salud priorizadas según importancia relativa en la fijación de precios y aranceles para la transferencia de recursos a los prestadores públicos (120 prestaciones aranceladas MAI y 10 prestaciones que si bien el sistema realiza, al 2011 aún no se encontraban incorporadas en el arancel MAI del FONASA).

TABLA 4.6: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA ACTUALIZACIÓN DE PRECIOS A 2015 EN LA CONSULTA O CONTROL MÉDICO INTEGRAL EN APS

Código MAI	Descripción prestación	ECPS 2011 FONASA-PUC			Actualización ECPS		
		Monto ECPS 2011	Monto MAI 2011	ECPS/MAI var. %	Monto MAI 2015	Var MAI 2015/2011	Monto ECPS corregido 2015
0101101	Consulta o control médico integral en atención primaria	3.661	3.830	-4,4%	4.300	12%	4.110
0101102	Consulta o control médico integral en especialidades (hosp. tipo 3)	6.682	4.820	38,6%	5.400	12%	7.486
0101103	Consulta médica integral en servicio de urgencia (hosp. tipo 1)	29.021	10.320	181,2%	11.590	12%	32.592
0101105	Consulta médica integral en servicio de urgencia (hosp. tipo 2 y 3)	12.440	6.770	83,8%	7.590	12%	13.947

Fuente: elaboración propia en base a información del arancel MAI 2015 y ECPS.

Respecto de las otras prestaciones no costeadas en el estudio, la valorización de las mismas se realizará en función de la variación promedio del ECPS con relación al grupo de prestaciones de los aranceles MAI o MLE, según corresponda (ver Anexo 3). En la Tabla 4.2, se puede observar que la prestación 0101004 no fue costeada en el estudio, sin embargo el mismo estudio determinó que la variación promedio entre el monto costeado del grupo de prestaciones 01, atención abierta, es de un **262%** respecto del Arancel MAI; el grupo 02, atención cerrada, tiene un **149%** de variación. De esta forma, el precio ajustado de conformidad con el ECPS para las prestaciones no costeadas se obtiene de multiplicar el precio del arancel MAI o MLE 2015, según corresponda, por la variación promedio del grupo de prestaciones en el estudio en referencia. Por ejemplo, para el valor de la prestación visita médica domiciliaria en horario hábil (\$10.050 en el arancel MLE 2015) debe multiplicarse por la variación promedio del grupo, 262%, con lo que se obtiene un precio para el año 2015 de **\$36.381**. Otros ejemplos de prestaciones se encuentran en el Anexo 5.

TABLA 4.7: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA AJUSTE DE PRECIOS ARANCEL MAI Y MLE PARA LAS PRESTACIONES NO COSTEADAS EN EL ECPS

Grupo	Código	Descripción prestación	Cantidad de veces en canastas GES 2013	Precio (\$) Arancel MAI o MLE 2015	Tipo arancel	Precio (\$) ECPS 2015	% de revalorización arancel según Promedio variación grupo costo ECPS 2015	Revalorización precio arancel según Promedio variación grupo costo ECPS 2015	Precio Relevante Según Metodología Variación Grupo Costo PUC 2015
01	0101004	Visita médica domiciliaria en horario hábil	1	10.050	MLE	0	262%	36.381	36.381
01	0101101	Consulta o control médico integral en atención primaria	36	4.300	MAI	4.110	262%	0	4.110
02	0203001	Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría,	147	34.010	MAI	97.598	149%	0	97.598
02	0203008	Día cama hospitalización integral incubadora	1	61.270	MAI	0	149%	152.562	152.562
03	0301003	Adenograma, esplenograma, mielograma c/u	4	4.490	MAI	0	26%	5.657	5.657

Fuente: elaboración propia en base a información del arancel MAI 2015 y ECPS.

Posterior a esta primera etapa de valorización, la siguiente consistirá en realizarlo para aquellas prestaciones aranceladas que hayan sido incorporadas en algún estudio de costos realizados anteriormente, a sus precios debidamente reajustados de acuerdo al método que más adelante se propone. Por ende, una segunda valorización de la canasta estará constituida por el valor de las prestaciones aranceladas determinado en alguno de los estudios de costo de prestaciones realizados con anterioridad, con los datos obtenidos e identificados según se presentan en la siguiente tabla.

4.2.3. Vector de Precios de Prestaciones No Aranceladas (PNA)²⁶

Las prestaciones no aranceladas (PNA) incluyen medicamentos, insumos, órtesis y prótesis.

4.2.3.1 Codificación de Prestaciones No Aranceladas

Para la codificación de las prestaciones no aranceladas se utilizará la metodología del EVC 2009 y EVC 2012, asignando un código diferente a cada prestación, usando los mismos códigos en aquellas prestaciones incorporada en los estudios anteriores y asignando nuevos códigos con similar metodología de codificación a aquellas prestaciones incorporadas con fecha posterior a la del último estudio.

En el caso de los medicamentos e insumos se utilizará un único código siguiendo la metodología de la base de datos EVC 2012. Este código corresponde a un código alfanumérico, consistente en 3 letras y 3 dígitos, según lo definido en dicho estudio:

1. La primera letra en el código de una prestación no arancelada es siempre una "F", lo que permite distinguir las prestaciones no aranceladas.

²⁶ Esta sección esta destinada a cumplir con el objetivo específico 3.

2. La segunda letra en el código indica la categoría de la prestación no arancelada.
3. La tercera letra en el código indica la clase de fármaco (cuando se trata de un fármaco), o el tipo de prestación dentro de la categoría OTROS.
4. Los 3 últimos dígitos corresponden a un número único de identificación para cada prestación dentro de cada clase identificados según orden de posología de menor a mayor.

Así cada prestación se analizará de la siguiente manera:

- a. Cada prestación tendrá un código único e individual, identificando en el último dígito la posología. La siguiente tabla presenta un ejemplo para el ácido acetilsalicílico.

TABLA 4.8: EJEMPLO DE CODIFICACIÓN DE MEDICAMENTO EN CANASTA

Problema de salud	Tipo tratamiento	Canasta	Código	Glosa	Posología	Presentación	Cantidad	Frecuencia
005	02	001	FAA001	Acido Acetilsalicilico	100 mg.x 365 días	Cm 100mg	365,0	100%
005	02	001	FAA002	Acido Acetilsalicilico	250 mg/ día x 6 días	Cm 500 mg	3,0	100%
005	02	001	FAA003	Acido Acetilsalicilico	500mg x 1vez comp. 500mg	Cm 500 mg	1,0	76%

Fuente: elaboración propia.

- b. Cada canasta tendrá la codificación completa de sus prestaciones, según se muestra para la canasta Tratamiento de Erradicación de la etapa Tratamiento del Problema de Salud Úlcera Péptica en la siguiente tabla. La regla general se puede ver en el Anexo 6.

TABLA 4.9: EJEMPLO CODIFICACIÓN CANASTA CON MEDICAMENTOS

Código	Glosa	Posología	Presentación	Cantidad	Frecuencia
0101101	Consulta o control médico integral en atención primaria			2	100%
FGE004	OMEPRAZOL	20 MGR CADA 12 HORAS POR 14 DIAS	CP 20 MGR	28	100%
FIN003	AMOXICILINA	1 GR CADA 12 HORAS, 14 DIAS	CM 500 MG	56	100%
FII002	METRONIDAZOL	500 MGRS CADA 8 HORAS POR 14 DIAS	CM 500 MG	42	15%
FIH002	CLARITROMICINA	500 MGR CADA 12 HORAS, 14 DIAS	CM 500 MG	28	100%

Fuente: elaboración propia.

Adicionalmente a la codificación de las prestaciones, se revisa la glosa de las distintas prestaciones no aranceladas, las que en la base de datos de EVC 2012, no cuenta con una homologación desde el punto de vista de la nomenclatura utilizada, encontrándose el mismo fármaco escrito con distintas abreviaciones y distinto tipo de letra (mezclando mayúsculas, minúsculas), lo que dificulta su codificación y posterior costeo. Esta dificultad es sorteada con la homologación de estas prestaciones en la que se utilizará solo una nomenclatura para definirla.

Los precios públicos tendrán la base de información correspondiente a la base de datos de productos y precios asociados de CENABAST y de Mercado Público con datos de precios del año 2014, ambas proporcionadas por el mandante. En este caso, se entiende que el precio relevante para la deter-

minación del costo de la prestación es el precio de compra, el que debe ser calculado en función del último precio licitado por CENABAST o bien el promedio de las compras realizada en Mercado Público. Caso especial lo representan aquellos medicamentos que corresponden a programas ministeriales que son intermediados principalmente por CENABAST, para lo cual se solicitará al mandante la información más reciente de las licitaciones realizadas para la compra de dichos medicamentos.

Respecto de los precios de Órtesis y Prótesis de uso regular, los precios serán calculados en función del precio del promedio de las compras de este tipo registradas en la base de datos de mercado público entregada por el MINSAL.

Para los precios de fármacos, insumos, órtesis y prótesis se propone aplicar como factor de actualización aquel establecido en la Ley de Presupuesto del año 2015, equivalente a un 3%, para expresarlos en moneda del año 2015.

Para los fármacos, insumos, órtesis y prótesis que no se les encuentre referencia de precios para el año 2014 en las bases de datos mencionadas anteriormente, se recurrirá a los precios calculados en el EVC 2012 y se reajustarán de acuerdo al IPC real desde junio del año 2012 a diciembre de 2014, equivalente a un 8,94%, y posteriormente se aplicará el 3% para expresarlos en moneda de 2015.

4.2.3.3. Problemas de Salud Nuevos

En este estudio se incorporan tres nuevos problemas de salud con sus respectivas canastas. Ellos son Depresión en Adolescente de 10 a 14 años, Examen de Medicina Preventiva y Glaucoma. Dentro de dichos PS se encuentran 26 distintos tipos de prestaciones no valoradas distribuidas en las categorías de procedimientos y medicamentos.

Estas prestaciones se codificarán utilizando una metodología similar a la base de datos EVC 2012, con el fin de tener consistencia entre las distintas codificaciones de las prestaciones no aranceladas. Para ello se utilizará un único código que corresponde a un código alfanumérico, consistente en 3 letras y 3 dígitos. La primera letra en el código es una "F", lo que permite distinguir la prestación como no aranceladas. La segunda letra indica la categoría de la prestación no arancelada. La tercera letra en el código indica la clase de fármaco o el tipo de prestación dentro de la categoría OTROS, la que se utiliza para los procedimientos no arancelados dentro de estas prestaciones. Los 3 últimos dígitos corresponden a un número único de identificación para cada prestación dentro de cada clase.

Las prestaciones no aranceladas de estas nuevas canastas incorporan 8 distintos procedimientos y 17 distintos medicamentos que no se encuentran arancelados, según se aprecia en la siguiente tabla.

TABLA 4.10: MEDICAMENTOS Y PRESTACIONES PROBLEMAS DE SALUD NUEVOS

Medicamentos
Latanoprost 0.005%
Maleato de Timolol 0.5%
Tartrato de Brimonidina 0.2%
Dorzolamida
Travaprost +Timolol
Latanoprost+Timolol
Dorzolamida + Timolol
Pilocarpina 2%
Pilocarpina 4%
Latanoprost 0.005%
Travaprost 0.004%
Procedimientos
Medición de peso y talla
Medición estandarizada de la presión arterial
Cuestionario Autodiagnostico (AUDIT)
Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's
Maniobra de Ortolani
Detección de leucocoria y estrabismo
Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's
Visita Integral de Salud Mental
Consultaría Salud Mental por otro Profesional

Fuente: elaboración propia

Para la determinación de los precios de las prestaciones de las nuevas canastas, en el caso de los medicamentos, se utilizará la misma metodología para los problemas de salud vigentes. En el caso de los procedimientos que corresponden a las canastas de medicina preventiva, se consideran actividades que forman parte de la atención de la consulta de los profesionales, debido a que estas actividades se realizan durante la atención clínica. Por ejemplo, la medición de peso y talla, así como la medición estandarizada de la presión arterial son actividades que se realizan como parte de la atención clínica, por lo que independientemente que se les asigne un código único e individual, estas no tendrán un arancel por sí mismas.

En el caso de los procedimientos incluidos en la canasta de depresión en adolescentes de 10 a 14 años, que corresponden a visita integral de salud mental y consultoría de salud mental de otros profesionales, la propuesta considera homologar ambas prestaciones con prestaciones existentes en los aranceles MAI y MLE actuales; dichas homologaciones deberán ser evaluadas y acordadas en conjunto con el mandante. A modo de ejemplo, en la siguiente tabla se presentan algunas posibilidades de homologación de prestaciones.

TABLA 4.11: EJEMPLOS DE HOMOLOGACIÓN DE PRESTACIONES

Nueva Prestación	Propuestas Homologación			
	Código	Descripción	Monto Arancel 2015	Arancel
Visita Integral de Salud Mental	0107003	VISITA DOMICILIARIA INSPECTIVA POR COMISION	8.870	MAI
	0103001	EDUCACIÓN DE GRUPO POR MEDICO	3.750	MAI
	0601029	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL	6.590	MLE
	0901005	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA O PSICOTERAPIA DE FAMILIA, INDIVIDUAL,	13.860	MLE
Consultaría Salud Mental por otro Profesional	0103002	EDUCACIÓN DE GRUPO POR ENFERMERA, MATRONA O NUTRICIONISTA	2.060	MAI
	2601005	ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO A PACIENTES QUE	12.770	MLE

Fuente: elaboración propia.

4.3. Metodología para la Determinación del Vector de Precios ISAPRE

Este apartado está destinado a construir el vector de precios de ISAPRE para estimar el costo de las prestaciones asociadas a cada uno de los problemas de salud, objetivo específico 7.

4.3.1. Precios de Prestaciones Aranceladas (PA)

Para la obtención de los precios de las prestaciones aranceladas en el sector privado, destinado al cumplimiento del objetivo específico 5, se usará el siguiente procedimiento.

En primer lugar, se solicitará directamente a las ISAPRE, a través del MINSAL y la Superintendencia de Salud²⁷, la información que permita estimar los valores promedio para cada Código de Prestación Unitaria según el Listado de Prestaciones Específicas anexo al Decreto Supremo del Régimen de Garantía Explícitas en Salud para el período comprendido entre julio 2013 y diciembre de 2014. El objetivo de considerar dicho período es que los valores encontrados sean lo más cercano a los precios vigentes en la actualidad y asegurar que, efectivamente, todas las prestaciones hayan sido realizadas y por ende se les pueda calcular un valor. En el anexo N° 7 se muestra el contenido de esta solicitud.

Con esta información, se podrá obtener el valor promedio para cada código de las prestaciones GES, específicamente, dividiendo el valor bonificado por la frecuencia para cada uno de los códigos. Una ventaja de este método es que los valores resultantes no son los valores lista de los prestadores de salud o el promedio de la industria, sino que los valores que efectivamente han acordado las ISAPRE con cada prestador y, específicamente, para los problemas GES.

Se usa el valor bonificado porque esto efectivamente constituye el costo para la ISAPRE y, en consecuencia, corresponde el valor que debe ser reflejado en la prima.

Los precios de 2014 serán expresados en moneda de 2015, para lo cual se usará como inflactor la meta del Banco Central del 3%, señalado en el "Informe de Finanzas Públicas" del Proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público de la DIPRES para el año 2015

²⁷ La Superintendencia de Salud tiene experiencia en la solicitud de este tipo de información, ver: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-8462_recurso_1.pdf.

En caso que algún código buscado no se encuentre o no tenga valores en esta base de datos, se buscarán sus valores en la base solicitada por la Superintendencia de Salud en 2013, respecto a prestaciones 2012. De encontrarse, el método será similar, es decir, el valor bonificado dividido por la cantidad.

La actualización de los precios hasta 2014 se hará con el IPC calculado por el INE (“Serie Histórica Empalmada, Base 2013=100”) y para traer los valores desde el año 2014 al 2015 se usará el método señalado anteriormente²⁸.

Aquellos códigos que no se pudieron encontrar en ninguna de las dos fuentes de información indicadas, serán buscados en el EVC 2012, trayéndose directamente el precio y actualizándose sus valores según lo señalado anteriormente, es decir, sus cifras en moneda de junio de 2012 se actualizarán vía IPC a diciembre de 2014 y posteriormente serán expresados en moneda de 2015, para lo cual se usará como inflator la meta del Banco Central del 3%.

4.3.2. Precio de Prestaciones No Aranceladas

Como se señaló en el capítulo “4.2.3. Vector de Precios de Prestaciones No Aranceladas (PNA)” las prestaciones no aranceladas (PNA) incluyen medicamentos, insumos, prótesis, y procedimientos, entre otros, y, al igual que dicho capítulo, este también forma parte del cumplimiento del objetivo específico 3.

4.3.2.1. Codificación de Prestaciones No Aranceladas

El proceso de codificación de las prestaciones no aranceladas será el mismo desarrollado en el capítulo 4.2.3.1 de este estudio, es decir, se utilizará la metodología del EVC 2009 y EVC 2012, asignando un código diferente a cada prestación, usando los mismos códigos en aquellas prestaciones incorporada en los estudios anteriores y asignando nuevos códigos con similar metodología de codificación a aquellas prestaciones incorporadas con fecha posterior a la del último estudio.

4.3.2.2. Cálculo del Precio de las Prestaciones No Aranceladas

Esta metodología incluye, para aquellas prestaciones que no son aranceladas y que no se encuentra disponible su valor en la base de datos contenida en el Anexo 7, dos alternativas para su cálculo:

- Los precios de los medicamentos no arancelados, como segunda alternativa, serán calculados en función de la base IMS Health de la fecha más reciente disponible, provista por el Ministerio de Salud, a través del Departamento Economía de la Salud (DESAL).
- Para aquellas PNA (fármacos, insumos, órtesis y prótesis) sin información y valoradas en el estudio 2012, se aplicará la variación promedio de los precios de las prestaciones que se conocen tanto en el año 2015 como en el 2012. Es decir, se toman los precios de los productos conocidos en ambos períodos y se aplica dicha variación a las prestaciones conocidas en 2012, pero no conocidas en el 2015. La variación de precios considerará su actualización desde junio de 2012 a diciembre de 2014 vía IPC y posteriormente la aplicación del 3% para expresarlo en moneda de 2015.
- Para las PNA sin información y no valoradas en el EVC 2012, se tomarán los precios usados en el sector público. Para imputar el precio privado se aplicará la diferencia del precio promedio ponderado de todos los precios públicos versus todos los precios privados. Estos precios

²⁸ Se evaluará la utilización de la “División Salud” del IPC calculado por el INE.

promedio se tomarán para todas aquellas prestaciones que son conocidas tanto en el sector público como en el sector privado, estableciéndose de esta forma una diferencia en nivel de precios entre ambos sectores. Esta diferencia se aplicará a los precios conocidos en el sector público para estimar los precios en el sector privado. La actualización a valores 2015 será similar a la del punto anterior.

- Adicionalmente, es importante destacar que en el caso de las hospitalizaciones, los medicamentos y materiales clínicos no se encuentran incluidos en los aranceles del sector privado (a diferencia de lo que sucede en el sector público). Para dichos fines, se replicará la manera de hacer la estimación en el EVC 2012, es decir, se consultará con Clínicas de Chile A.G. y una clínica privada, para obtener una estimación de estos costos, como porcentaje del costo total, lo que servirá para imputar este costo finalmente al vector de precios privado.

4.3.2.3. Problemas de salud nuevos o cambios en las canastas de prestaciones de problemas vigentes

Para el caso de los problemas de salud nuevos, o en su defecto, de cambios en las canastas, se buscarán las prestaciones nuevas dentro de aquellas que se están ofreciendo en los Problemas de Salud GES ya existentes.

Ante la eventualidad que estas prestaciones no existan, se buscarán aquellas que, dándose en GES, debieran tener un comportamiento similar a aquellas que estamos tratando de estimar (estas serán por grupos y subgrupos que se encuentran establecidos en los aranceles MAI y MLE, según corresponda), para comparar su relación de precios con los de mercado. De esta forma, se podrán usar los precios de mercado para estimar los precios GES de estas prestaciones. Es importante esta analogía, porque la lógica detrás del GES es que las ISAPRE negocian canastas con los prestadores, en consecuencia es dable esperar que los precios de mercado de las prestaciones por sí solos no sean un buen predictor de los precios obtenidos en el caso de las prestaciones GES. De allí que se hace necesario usar esta proxy (relación precios de mercado a precios GES) para tener un mejor acercamiento a los precios a utilizar en este estudio.

4.3.3. Relación entre los precios de mercado de las PA y los precios GES

Se propone utilizar el siguiente modelo para encontrar la relación entre los precios de mercado, en particular de las PA, y los precios GES:

$$p = \alpha + \gamma t + \beta \text{RELACIONADOS} + \phi \text{GES} + \varepsilon$$

Donde las prestaciones que se utilizan en dicha regresión son las prestaciones que se dan en el contexto de GES y cuyo comportamiento debiese ser similar a las prestaciones nuevas. El parámetro de interés es el parámetro ϕ , que representa la diferencia sistemática entre los precios de mercado y los precios GES²⁹. Utilizando el modelo propuesto, se puede testear si dicha diferencia es estadísticamente significativa. Si, utilizando un test t de significancia, no se puede rechazar la hipótesis que $\phi = 0$, se usarán los precios de mercado como proxy del precio GES. En caso contrario, los precios de las nuevas prestaciones serán estimados como $p^* + \hat{\phi}$, donde p^* representa el precio de mercado y $\hat{\phi}$ es el estimador de Mínimos Cuadrados Ordinarios.

Dependiendo del modelo seleccionado por los criterios de información, el precio de mercado puede ser el promedio de precios de las prestaciones de mercado (M1), el promedio de precios de las

²⁹ Al igual que en el caso de problemas de salud vigentes, se utilizarán criterios de información para seleccionar el mejor modelo entre una serie de modelos anidados.

prestaciones de mercado ajustado por una tendencia lineal (M2), el promedio de precios de las prestaciones de mercado controlando por integración vertical (M3), o el promedio ajustado por una tendencia lineal y controlando por integración vertical (M0), que se explican más adelante. Por ejemplo, bajo M1, el precio de las nuevas prestaciones será el promedio del mercado, utilizando las prestaciones de mercado o no GES, más el coeficiente que se encuentre en el modelo anterior

Finalmente, la alternativa seleccionada será concordada con la contraparte.

4.3.4. Fuentes de Datos a Utilizar en la Valorización de Precios de Problemas de Salud Vigentes

En esta etapa se ha procedido a la revisión de fuentes de información disponibles para la obtención de precios relevantes para los problemas de salud vigentes en las ISAPRE, tanto para las prestaciones como para los medicamentos, insumos y dispositivos médicos, órtesis y prótesis.

Para la determinación de las prestaciones a considerar, las principales fuentes de información han sido:

- Listado Específico de Prestaciones, Anexo DS 4.
- Base EVC 2012 (versión 0.59).
- Archivos Excel de Canastas Vigentes 80 PS Versión AUGE N°4, 5 de febrero 2013.
- Beneficiarios promedio GES 80 desde julio 2005 a junio 2014, para el sistema ISAPRE.
- EVC 2015 (Precios y BD).
- Precios Promedio Fármacos EVC 2012 e IMS junio 2014.
- Las canastas vigentes de los 80 PS.
- Base de datos de Mercado Público. Fármacos.
- Gastos GES 2007 a 2014.
- Nuevas canastas GES: "Depresión en Adolescentes de 10 a 14 años", "Examen Medicina Preventiva" y "Glaucoma".
- Egresos ISAPRE 2007 a 2013 por sexo y edad.

4.3.5. Ejemplo de aplicación de la metodología para las canastas de los problemas de salud vigentes

A continuación, se mostrará el procedimiento de cálculo de los precios de las prestaciones para la canasta Confirmación Retardo Crecimiento Óseo del Tipo Diagnóstico del Problema de Salud Enfermedad Renal Crónica etapa 4 y 5.

En este caso, se utilizaron para las prestaciones los valores contenidos en el archivo "GES_PrestacionesEspecíficas_2012Isapres(V2.0).xlsx" que contiene las prestaciones GES específicas del sistema ISAPRE año 2012. El procedimiento es el mismo que se usará con el archivo pedido a las ISAPRE con información de los años 2013 y 2014.

Al aplicar la metodología tendremos lo siguiente. Para obtener el Valor Promedio, se ha procedido a dividir la columna "Bonificado GES 2012" por la columna "Cantidad GES 2012". Para la actualización de los valores a moneda del año 2015 se utilizó el IPC general entre los años 2012 y 2014 y la estimación de DIPRES (Banco Central) para el año 2015.

TABLA 4.12: EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA EN LA CANASTA CONFIRMACIÓN RETARDO CRECIMIENTO OSEO DEL PS ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ETAPA 4 Y 5

Código	Glosa	Facturado GES 2012	Bonificado GES 2012	Cantidad GES 2012	Valor promedio 2012	Valor promedio 2012 actualizado a \$2015
0101113	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en Hospitales tipo 1 y 2)	1.968.408.255	1.643.949.239	100.626	16.337	18.141
0302075	Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)	48.334.082	40.752.322	967	42.143	46.795
0303024	Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.)	8.568.197	7.586.882	2.087	3.635	4.037
0303027	Tiroxina o tetrayodotironina (T4)	718.942	645.866	134	4.820	5.352
0303028	Triyodotironina (T3)	778.366	765.616	72	10.634	11.807
0303047	IGF1 o Somatomedina - C (Insuline Like Growth Factor)	569.646	569.646	11	51.786	57.503
0303048	IGFBP3, IGFBP1 (Insulin Like Growth Factor Binding Proteins) c/u	499.896	499.896	6	83.316	92.513
0405001	Cráneo-cerebro	58.613.093	47.918.148	385	124.463	138.202

Fuente: elaboración propia.

En la siguiente tabla, se muestra uno de los problemas nuevos, en esta caso, la fuente de datos, para los códigos denotados con (a) al costado derecho de la tabla, fue también el archivo "GES_PrestacionesEspecíficas_2012 Isapres(V2.0).xlsx". Para los medicamentos se usó el archivo "Copia de Farmacos EVC_IMS_v300914 GF.xlsx" proporcionado por el DESAL.

TABLA 4.13: EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA EN LA CANASTA TRATAMIENTO DEPRESIÓN GRAVE AÑO 2 DEL PS DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS

Código	Glosa	Facturado 2013	Bonificado 2013	Cantidad 2013	Precio promedio	Valor promedio actualizado a \$2015	
0903001	Consulta de psiquiatría	5.639.516.617	5.296.593.182	220.442	24.027	26.679	(a)
0903002	Consulta o control por psicólogo clínico	1.676.168.402	1.594.701.710	104.213	15.302	16.992	(a)
0903003	Consulta de salud mental por otros profesionales	2.430.155.325	2.362.462.493	155.280	15.214	16.894	(a)
0903004	Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores)	53.243.632	50.922.049	1.673	30.438	33.798	(a)
0902002	Psicoterapia individual (sesiones 45')	13.923.446	12.498.495	681	18.353	20.379	(a)
0903005	Psicoterapia de grupo (por psicólogo o psiquiatra) (4 a 8 pacientes)	5.401.385	5.123.111	391	13.103	14.549	(a)
FOD003	Fluoxetina				283	297	(b)
FOD007	Sertralina				774	814	(b)
FOD006	Paroxetina				17.095	17.970	(b)

Fuente: elaboración propia.

4.3.6 Vector de Precios y tendencia temporal

Adicionalmente a lo descrito anteriormente, se propone utilizar los valores facturados de las prestaciones de salud GES para obtener el precio estimado de cada componente de las prestaciones aranceladas de las GES y por cada problema en particular. Para dichos fines, el modelo general propuesto, MO, es el siguiente, el que se estimará por MCO de forma separada para cada Código de Prestación Unitaria:

$$p = \alpha + \gamma t + \beta \text{RELACIONADOS} + \varepsilon$$

Donde la variable p denota el valor facturado para la prestación GES. El modelo que proponemos incluye una tendencia temporal t, que se construye como $t = \text{Año Prestación} - t_0$, donde t_0 corresponde al año en el cuál la prestación se incluyó en el AUGÉ. El modelo propuesto también incluye la variable RELACIONADOS, la que toma el valor 1 para las prestaciones donde la ISAPRE está integrada verticalmente con el establecimiento de salud privado que entrega dicho servicio de salud. Finalmente, ε es un término de error.

Es importante señalar que este modelo adicional sólo podrá ser estimado en la medida que se disponga de información sobre integración vertical entre los prestadores y las ISAPRE³⁰. Además, el parámetro β sólo podrá ser correctamente estimado en la medida que existan prestaciones otorgadas por prestadores privados integrados verticalmente con las ISAPRE y prestaciones concedidas por prestadores no integrados verticalmente con las ISAPRE para cada Código de Prestación Unitaria.

El modelo general permite que los precios tengan una tendencia temporal, la que será capturada por el parámetro γ , el que esperamos sea mayor o igual a cero, capturando una tendencia al alza de los precios en el tiempo al adquirir nuevas tecnologías, o para incorporar cambios en el mercado del trabajo relacionado a las prestaciones. De este modo, el parámetro γ se interpreta como el cambio en precios de la prestación entre el periodo t y el periodo $t+1$.

El modelo también permite que los precios de prestaciones en las cuales la ISAPRE no se encuentra integrada verticalmente con prestadores difieran de los precios de prestaciones donde la ISAPRE no esté integrada verticalmente, lo que se refleja en el parámetro β . De esta forma, un β negativo, por ejemplo, indicaría que la integración vertical está asociada con precios más bajos, lo que posiblemente se explicaría con ganancias de eficiencia. Específicamente, el parámetro β se interpreta como la diferencia en el precio promedio de las prestaciones de ISAPRE integradas verticalmente con el precio promedio de las prestaciones de ISAPRE no integradas.

Finalmente, el parámetro α se interpreta como el precio promedio de cada prestación en el periodo en el cuál la prestación se incluyó en el AUGE, para prestaciones de ISAPRE no integradas verticalmente³¹.

A partir del modelo general, M0, se estima una serie de modelos anidados. Los modelos a estimar son los siguientes:

- M1. Modelo con solo constante. En este modelo, el valor estimado de la constante por el método de mínimos cuadrados ordinarios corresponde al promedio del valor facturado para cada Código de Prestación Unitaria.
- M2. Modelo con constante y tendencia temporal.
- M3. Modelo con constante y controlando por integración vertical.

Luego de estimar los modelos, se utilizarán los criterios de información Akaike (AIC) (Akaike, 1973) y Criterio de Información Bayesiano (BIC) (Schwarz, 1978) para seleccionar el mejor modelo³². Estos criterios son ampliamente utilizados para seleccionar modelos entre una serie de modelos anidados. Como los modelos más generales siempre tienen un mejor ajuste que los modelos restringidos, ambos criterios de información proponen un trade-off entre el ajuste del modelo y la cantidad de parámetros utilizados, de forma tal que el modelo con el menor AIC y BIC es preferido.

Una vez seleccionado el modelo, se predice el precio o costo de la prestación i para ISAPRE en el año 2016 como:

$$\hat{p} = \hat{\alpha} + \hat{\gamma}t$$

³⁰ Si no hubiese información sobre integración vertical entre las ISAPRE y proveedores, para las prestaciones, el modelo a estimar es: $p = \alpha + \gamma t + \varepsilon$

³¹ El precio promedio de cada prestación en el periodo en el cuál la prestación se incluyó en el AUGE, para prestaciones de ISAPRE integradas verticalmente se calcula como $\alpha + \beta$.

³² Estos criterios de información tienen un espíritu similar al R^2 ajustado, en el sentido que recompensan un buen ajuste del modelo a los datos, pero penalizan la incorporación de parámetros adicionales, y consiguiente pérdida de grados de libertad (Greene, 1999).

Donde $\hat{\alpha}$ y $\hat{\gamma}$ son los estimadores obtenidos por Mínimos Cuadrados Ordinarios del modelo seleccionado, y $t = 2016 - t_0$

De esta forma, si se elige M1, el precio estimado para el año 2016 es simplemente el promedio del valor facturado para cada Código de Prestación Unitaria. Si se selecciona M2, el precio corresponde al promedio del valor facturado en el año en que la prestación se incluye en el AUGE, ajustado por una tendencia temporal lineal. Bajo M3, el precio estimado para el año 2016 es el precio promedio de las prestaciones para las cuáles la ISAPRE no está integrada verticalmente. Finalmente, bajo M0, se calculará el precio controlando por prestaciones integradas verticalmente, y ajustado por una tendencia lineal.

Los precios informados para las prestaciones hospitalarias serán corregidos a través de la adición de una estimación de sus costos de medicamentos y materiales clínicos³³. La estimación en cuestión considerará una revisión de lo considerado en el EVC 2012, en la cual se estableció que el valor en comento representa, en promedio, el 15% del costo del día cama, lo que implicó agregar al valor de cada GPP un 3,5%.

Finalmente, se propone estimar el siguiente modelo:

$$p_{ijr} = \alpha + \gamma t + \delta_j + \kappa_r + \beta \text{RELACIONADOS}_{ijr} + \varepsilon_{ijr}$$

Donde el subíndice i indica la prestación de salud, el subíndice j denota la ISAPRE y el subíndice r denota la región. Este modelo extiende M0 incluyendo una constante por ISAPRE, δ_j , y una constante por región, κ_r .

Nuevamente, es importante señalar que dicho modelo sólo podrá ser estimado en la medida que se tenga información sobre ISAPRE y la región donde se realiza la prestación. Además, para poder estimar correctamente el parámetro κ , es necesario que existan prestaciones que se realicen en distintas regiones para cada Código de Prestación Unitaria. Si para una cierta patología, todas las prestaciones se llevan a cabo en una región, el parámetro κ no podrá ser estimado para dicha patología. Para la correcta estimación de los parámetros δ y β será necesario que existan prestaciones integradas verticalmente y prestaciones no integradas verticalmente para la misma ISAPRE para cada Código de Prestación Unitaria.

Este modelo permite diferencias de precios entre las ISAPRE, reflejadas en distintos δ_j para ISAPRES diferentes, lo que incorpora diferencias entre dichas instituciones, como por ejemplo, diferencias en la contratación de prestaciones a través de los prestadores. Además permite que existan diferencias sistemáticas de precios entre regiones, capturando diferencias en costos como mano de obra, entre otras cosas, las que se reflejarían en que $\kappa_r \neq \kappa$.

Este modelo permitirá analizar diferencias entre regiones e ISAPRE. Lo que a su vez le puede entregar nuevas herramientas a la autoridad para que en el futuro estime precios o costos diferenciados y de este modo cuente con mejores ajustes.

Es importante destacar que la solicitud en comento será trabajada en conjunto con la contraparte técnica.

³³ El arancel MAI incluye en el día cama los costos correspondientes a medicamentos y materiales clínicos.

4.4. Estimación de los Vectores de Precios de Intervenciones Sanitarias FONASA e ISAPRE

La estimación de estos vectores toma en cuenta la demanda estimada GES de cada intervención sanitaria, la que es distinta según se trate de FONASA o ISAPRE. En el sector público, para hacer uso de las GES, en caso de ser necesario, se debe utilizar todas las canastas asociadas a la solución del problema de salud. En cambio, los beneficiarios de ISAPRE van realizando un uso selectivo de los grupos de prestaciones (componentes de la intervención de salud para cada problema de salud GES) sólo en la medida en que estimen que les conviene más la GES que su propio plan. Esta distinción con el sector público hace que la diferencia no sea sólo precio sino que también la “propensión marginal a consumir prestaciones GES”, que en el sector público se estima cercana a uno y en el sector privado menor o igual a uno, dependiendo del problema de salud.

En consecuencia, la diferencia del vector de precios de los problemas de salud entre el sector público y privado no es “sólo” un tema de niveles de precios sino también de estructura de precios relativos dada por la intensidad disímil en el uso de las prestaciones contenidas en la canasta GES, diferencia que este estudio considerará para la obtención de los diferentes vectores de precios para el FONASA e ISAPRE³⁴. La relevancia de la diferencia de precios relativos ocurre, entre otros motivos, por que los precios y la cobertura del nivel 1 del arancel de la MLE son los utilizados para establecer la cobertura mínima en los planes de salud de las ISAPRE. No obstante, los planes de salud tienen coberturas distintas no sólo a nivel de dichos precios sino que también entre ellos, generando incentivos y desincentivos implícitos para aumentar o disminuir la demanda de prestaciones contenidas en las canastas GES en las redes AUGE establecidas por las ISAPRE.

En el caso del FONASA, el vector de precios para las distintas intervenciones sanitarias sería el siguiente:

$$P_{IS-i} = \frac{Q_{IS-i}^{FONASA} \times P_{IS-i}^{FONASA}}{Q_{IS-i}^{FONASA}}$$

En el caso de las ISAPRE, el vector de precios para las distintas intervenciones sanitarias sería el siguiente:

$$P_{IS-i} = \frac{Q_{IS-i}^{Isapre} \times P_{IS-i}^{Isapre}}{Q_{IS-i}^{Isapre}}$$

De esta forma, para el cálculo del vector de precios se tiene la siguiente fórmula:

$$P_{IS-i} = \frac{Q_{IS-i}^{FONASA} \times P_{IS-i}^{FONASA} + Q_{IS-i}^{Isapre} \times P_{IS-i}^{Isapre}}{Q_{IS-i}^{FONASA} + Q_{IS-i}^{Isapre}}$$

Donde:

Q_{IS-i}^{FONASA} Corresponde a la demanda estimada de la intervención sanitaria i para beneficiarios de FONASA.

Q_{IS-i}^{Isapre} Corresponde a la demanda estimada de la intervención sanitaria i para beneficiarios de ISAPRE.

P_{IS-i}^{FONASA} Corresponde al precio de la intervención sanitaria i para beneficiarios de FONASA.

³⁴ El Anexo 8 contiene un análisis y los avances realizados en el Programa de Cálculo de EVC 2012.

P_{IS-i}^{Isapre} Corresponde al precio de la intervención sanitaria i para beneficiarios de ISAPRE.

Para el caso en que el FONASA compre prestaciones GES al sector privado, entonces, el vector único de precios estaría dado por la siguiente ecuación:

$$P_{IS-i} = \frac{Q_{IS-i}^{FONASA_PUB} \times P_{IS-i}^{FONASA_PUB} + Q_{IS-i}^{FONASA_PRI} \times P_{IS-i}^{FONASA_PRI} + Q_{IS-i}^{Isapre} \times P_{IS-i}^{Isapre}}{Q_{IS-i}^{FONASA_PUB} + Q_{IS-i}^{FONASA_PRI} + Q_{IS-i}^{Isapre}}$$

Donde:

$Q_{IS-i}^{FONASA_PUB}$ Corresponde a la demanda estimada de la intervención sanitaria i para beneficiarios de FONASA en el sector público.

$Q_{IS-i}^{FONASA_PRI}$ Corresponde a la demanda estimada de la intervención sanitaria i para beneficiarios de FONASA en el sector privado.

Q_{IS-i}^{Isapre} Corresponde a la demanda estimada de la intervención sanitaria i para beneficiarios de ISAPRE.

$P_{IS-i}^{FONASA_PUB}$ Corresponde al precio de la intervención sanitaria i para beneficiarios de FONASA en el sector público.

$P_{IS-i}^{FONASA_PRI}$ Corresponde al precio de la intervención sanitaria i para beneficiarios de FONASA en el sector privado.

P_{IS-i}^{Isapre} Corresponde al precio de la intervención sanitaria i para beneficiarios de ISAPRE.

4.5. Estimación del Costo Esperado Individual por Beneficiario

Esta sección está destinada a estimar el costo anual esperado individual promedio por beneficiario para el año 2016, en unidades de fomento, para cada uno de los problemas de salud tanto para el FONASA, las ISAPRE y de forma conjunta.

Para la estimación del costo anual de los problemas de salud AUGE, se diferenciará entre aquellas que tienen una duración que excede al año y aquellas que son cubiertas durante el año. Es decir, se modelará considerando que existen problemas de salud que, por ejemplo, tienen un tratamiento inicial que es más costoso, pero luego se requiere un seguimiento que tiene un costo inferior al tratamiento inicial³⁵, para lo cual se incorporarán las demandas estimadas que tendrán dichas canastas de prestaciones y se anualizarán, en particular para el año 2016.

De manera paralela, se considerará el efecto stock o acumulativo del problema de salud. Es decir, en la medida en que un problema de salud sea recién incorporado en el GES, o lleve muy poco tiempo al momento de la presente evaluación, es probable que se observe una utilización mayor en la situación inicial que en la del estado estacionario, hasta que esa demanda insatisfecha inicial sea completamente cubierta. Dicho de otra manera, no se considerará que la ocupación del GES será lineal.

Para modelar este efecto, se buscarán problemas de salud de complejidad similar dentro de las que pertenecen actualmente al GES 80 y se verá en cuanto tiempo se alcanzó el estado estacionario y cuál fue la “curva de utilización” de las canastas incorporadas en la solución de dichos problemas de salud, hasta lograr el equilibrio en el transcurso de los años.

³⁵ Un ejemplo de lo señalado es la insuficiencia renal crónica.

Es importante destacar que si bien, en el largo plazo, interesa sobre manera el estado estacionario, en el corto plazo esta variable de ajuste en el uso de las GES es importante y tiene especial repercusión en el presupuesto fiscal, por lo que es un elemento que no puede ser dejado de lado en un estudio de estas características.

4.6. Sensibilización y análisis de la estimación del costo esperado individual promedio por beneficiario para el año 2016

Esta sección está destinada a cumplir con objetivo específico 9. Este objetivo tiene como finalidad realizar sensibilizaciones de las estimaciones del costo esperado individual promedio por beneficiario del FONASA, de las ISAPRE y ambos tipos de seguros previsionales de salud.

Los precios públicos se sensibilizarán con la comparación de los precios de transferencias a los prestadores públicos, fijados y pagados por el FONASA, a las canastas GES a través del Arancel PPV. La información de estos precios de transferencia proviene directamente del listado de prestaciones aranceladas PPV 2015 que, tal como está definido, considera un precio global y total para cada una de las canastas incorporadas en los 80 problemas de salud garantizados³⁶. Las PNA se sensibilizarán por los cambios porcentuales en el precio de aquellas que se mantienen en el listado de prestaciones en el EVC 2012 y la presente investigación.

En el caso de los precios privados, arancelados y no arancelados, se sensibilizarán por las variaciones porcentuales experimentados por el total facturado a los beneficiarios de ISAPRE entre los años 2010 y el último año disponible en el portal web de la Superintendencia de Salud y según alguna otra metodología a acordar con la contraparte.

Adicionalmente, se presentará la proporción sobre el gasto total GES que representan las siguientes dimensiones:

1. Tipo de prestación principal: Se mostrará la proporción del gasto en GES que se utiliza para acciones de diagnóstico, de tratamiento o seguimiento. Se compararán estas proporciones para beneficiarios del sistema público y privado dado que es posible que en el sistema privado el diagnóstico se realice más frecuentemente fuera del GES.
2. Tipo de prestación garantizada: Se calculará la proporción del gasto que se debe a los diferentes tipos de prestaciones garantizadas, a saber, días cama, consultas médicas, exámenes, procedimientos, medicamentos, prótesis y órtesis e insumos.
3. Tipo de problema de salud: Se mostrará el porcentaje de gasto de cada uno de los grupos de grandes causas de enfermedades identificados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).
 - i. Enfermedades infecciosas y parasitarias
 - ii. Neoplasmas
 - iii. Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico
 - iv. Enfermedades endocrinas
 - v. Desórdenes mentales

³⁶ Se entiende que en la determinación de precios públicos lo relevante es el estudio de costos en terreno y si las variaciones son significativamente mayor o inferior, por ejemplo a un 70% del precio público pagado por FONASA, dichas variaciones deben estar sujetas a análisis con la contraparte, de forma tal de determinar en forma conjunta posibles causas de las desviaciones y determinar el precio a utilizar en el estudio EVC 2015.

- vi. Enfermedades del sistema nervioso central y de los órganos sensoriales
 - vii. Enfermedades de los sentidos
 - viii. Enfermedades del sistema cardiocirculatorio
 - ix. Enfermedades del sistema respiratorio
 - x. Enfermedades del sistema digestivo
 - xi. Enfermedades de la piel
 - xii. Enfermedades del aparato locomotor
 - xiii. Enfermedades del sistema genitourinario
 - xiv. Enfermedades del embarazo, parto y puerperio
 - xv. Enfermedades del feto y del recién nacido
 - xvi. Enfermedades congénitas, malformaciones y alteraciones cromosómicas
 - xvii. Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras parte (R00-R99)
 - xviii. Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos (S00-S98)
 - xix. Otras causas de mortalidad y morbilidad
 - xx. Caídas, golpes, y accidentes diversos
4. Enfermedades crónicas: se calculará específicamente la proporción del gasto total del GES que se debe al tratamiento de enfermedades crónicas (definidas por la OPS como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, los cánceres y las enfermedades respiratorias crónicas).
5. Niveles de Atención: se calculará la proporción del gasto atribuible a las prestaciones realizadas en los siguientes niveles de atención: Atención Primaria de Salud (APS), Secundario, Terciario y Urgencia.

ANEXOS

Anexo 1. Revisión Bibliográfica por Problema de Salud

Anexo 2. Ejemplos de precios públicos de las prestaciones aranceladas actualizadas según el ECPS 2011, en pesos 2015

Anexo 3. Precios públicos de prestaciones aranceladas, variaciones por grupo de prestaciones del ECPS respecto del Arancel MAI

Anexo 4. Ejemplos de precios públicos de prestaciones aranceladas de los EVC 2006 y 2007, en valor 2015.

Anexo 5. Precios públicos de prestaciones aranceladas, detalle para algunos precios

Anexo 6. Códigos Prestaciones No Aranceladas

Anexo 7. Número

Anexo 8. Análisis del Programa de Cálculo del EVC 2012

Anexo 1. Revisión Bibliográfica por Problema de Salud

01. Insuficiencia Renal Crónica

Términos de Búsqueda: PS - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Silbernagel G; Genser B; Drechsler C; Scharnagl H; Grammer TB; Stojakovic T; Krane V; Ritz E; Wanner C; März W. HDL cholesterol, apolipoproteins, and cardiovascular risk in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2015; 2: 484-492.

Matsushita K; Sang Y; Ballew SH; Astor BC; Hoogeveen RC; Solomon SD; Ballantyne CM; Woodward M; Coresh J. Cardiac and kidney markers for cardiovascular prediction in individuals with chronic kidney disease: the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2014; 8: 1770-1777.

McMahon GM; Preis SR; Hwang SJ; Fox CS. Mid-adulthood risk factor profiles for CKD. *J Am Soc Nephrol* 2014; 11: 2633-2641.

Agarwal R; Flynn J; Pogue V; Rahman M; Reisin E; Weir MR. Assessment and management of hypertension in patients on dialysis. *J Am Soc Nephrol* 2014; 8: 1630-1646.

Wong SP; Kreuter W; O'Hare AM. Healthcare intensity at initiation of chronic dialysis among older adults. *J Am Soc Nephrol* 2014; 1: 143-149.

02. Cardiopatías Congénitas menores de 15 años

Términos de Búsqueda: Cardiopatía Congénita - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2009 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 8 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 24 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Lee et al Clinical characteristics and outcome of incidental atrial septal opening in very low birth weight infants. *Neonatology* 2014; 105(2):85-90.

Nies M y Brenner J Tetralogy of Fallot: epidemiology meets real-world management: lessons from the Baltimore-Washington Infant Study *Cardiology in the Young* (2013), 23, 867-870.

Lisowski La y cols Congenital heart disease in pregnancies complicated by maternal diabetes mellitus. An international clinical collaboration, literature review and meta-analysis. *Herz*.2010 Jan;35(1):19-26.

Parra y cols Experiencia de 6 años en la evaluación de las cardiopatías congénitas con resonancia magnética. *Rev.Chil.Cardiol*; 28(2):165-173, agosto 2009.

Repetto GM, et al. BMJ Case fatality rate and associated factors in patients with 22q11 micro deletion syndrome: a retrospective cohort study *Open* 2014; 4:e005041.

03. Cáncer de cuello uterino

Términos de Búsqueda: cáncer cuello uterino - de utero - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 39 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 200 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Jung KW, Won YJ, Shin A, Kong HJ, Jun JK, Park SY, Trends in the incidence of in situ and invasive cervical cancer by age group and histological type in Korea from 1993 to 2009. *Oh CM(1)*, (1)Cancer Registration and Statistics Branch, National Cancer Control Institute, National Cancer Center, Goyang, Korea.

Lanza S., Sandra; Sepúlveda V., Carolina; Olate B., Macarena; Espejo C., César. Aplicación de metodología de marco lógico para el análisis del programa nacional de pesquisa y control del cáncer cervicouterino en Chile / Methodology of logical framework for the analysis of the program of control of cervical cancer in Chile *Rev. chil. obstet. ginecol*;75(5):294-299, 2010.

Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología. Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Estudios. Reporte de vigilancia de enfermedades no transmisibles (ENT): situación epidemiológica de las ENT en Chile, Santiago de Chile; Chile. Ministerio de Salud; 2011. 78 p.

Chile. Ministerio de Salud. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Economía. Sistematización de la información sobre cáncer cérvico uterino en Chile: revisión y análisis de estudios de costo-efectividad de la vacuna contra VPH. Santiago de Chile; Chile. Ministerio de Salud; 2011. 88 p.

Pierce Campbell, Christine M.; Curado, Maria Paula; Harlow, Siobán D.; Soliman, Amr S, Variación de la incidencia del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe, *Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health*;31(6):492-498, June 2012.

Cossu A, Capobianco G, Budroni M, Surico D, Cesaraccio R, Tanda F, Dessole M, Dessole S, Palmieri G. Report on incidence and mortality trends of cervical cancer in northern Sardinia, Italy. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2014;35(5):544-7.

04. Alivio del Dolor

Términos de Búsqueda: PS - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Domínguez Álvarez, Rocío; Calderón Carrasco, Justo; García Colchero, Francisco; Galán González-Serna, José María; Postigo Mota, Salvador; Albuquerque Medina, Eulalia. Farmacología en cuidados paliativos. Vías de administración, mezclas, efectos secundarios frecuentes, normas básicas para el control de síntomas. *Rev Enferm* 2015; 1: 54-65.

Dietl M; Korczak D. Specialized pain care in Germany. *Schmerz* 2013; 2: 123-128.

Gensini GF. New disposition for pain therapy in Italy, center for headache should be integrated in the network. *NeuroSci* 2011; 32 Suppl 1: S67-70.

Fonseca C, Marcelo; Schlack V, Carlos; Mera M, Edison; Muñoz S, Oscar; Peña L, Javier. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal / Assessment of quality of life in patients with terminal cancer. *Rev Chil Cir* 2013; 4: 321-328.

05. Infarto Agudo al Miocardio

Términos de Búsqueda: Infarto Agudo al Miocardio - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 27 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 60 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Agüero F., Dégano IR, Subirana I, Grau M, Zamora A, Sala J, Ramos R, Treserras R, Marrugat J, Elosua R. Impact of a partial smoke-free legislation on myocardial infarction incidence, mortality and case-fatality in a population-based registry: the REGICOR Study. *PLoS One*. 2013;8(1):e53722.

Allín, Jorge G.; Rolandi, Florencia; Herrera Paz, Juan J.; Fitz Maurice, Mario; Grinfeld, Liliana; Iglesias, Ricardo.. Evolución del tratamiento del infarto agudo de miocardio en la Argentina desde 1987 a 2005. *Medicina (B.Aires)*;70(1):15-22, feb. 2010.

Alvarez Cortés, Julia Tamara; Bello Hernández, Vivian; Pérez Hechavarría, Gipsy de los Ángeles; Antomarchi Duany, Orlando; Bolívar Carrión, María Emilia. Factores de riesgo coronarios asociados al infarto agudo del miocardio en el adulto. *Medisan*;17(1):54-60, ene. 2013.

Aune E., Endresen K, Roislien J, Hjelmessaeth J, Otterstad JE. The effect of tobacco smoking and treatment strategy on the one-year mortality of patients with acute non-ST-segment elevation myocardial infarction. *BMC Cardiovasc Disord*. 2010 Dec 15;10:59. doi: 10.1186/1471-2261-10-59.

Barnett R., Pearce J, Moon G, Elliott J, Barnett P. Assessing the effects of the introduction of the New Zealand Smokefree Environment Act 2003 on acute myocardial infarction hospital admissions in Christchurch, New Zealand. *Aust N Z J Public Health*. 2009 Dec;33(6):515-20.

Coelho, Letícia Maria; Resende, Elmiro Santos. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. *Rev. méd. Minas Gerais*;20(3), jul.-set. 2010.

Escobar C., Edgardo; Véjar J., Margarita; Del Pino, Roberto. Lesiones subepicárdicas en Chile (infarto agudo del miocardio con supradesnivel del segmento ST): experiencia con telemedicina. *Rev. chil. cardiol*;28(1):73-80, abr. 2009.

Galcerá-Tomás J., Melgarejo-Moreno A, Alonso-Fernández N, Padilla-Serrano A, Martínez-Hernández J, Gil-Sánchez FJ, Del Rey-Carrión A, de Gea JH, Rodríguez-García P, Martínez-Baño D, Jiménez-Sánchez R, Murcia-Hernández P, delSaz A. [Female sex is inversely and independently associated with marked ST-segment elevation. A study in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction and early admission]. *Rev Esp Cardiol*. 2009 Jan;62(1):23-30.

Gale CP, Allan V, Cattle BA, Hall AS, West RM, Timmis A, Gray HH, Deanfield J, Fox KA, Feltbower R. Trends in hospital treatments, including revascularisation, following acute myocardial infarction, 2003-2010: a multilevel and relative survival analysis for the National Institute for Cardiovascular Outcomes Research (NICOR). *Heart*. 2014 Apr;100(7):582-9.

García-García C., Sanz G, Valle V, Molina L, Sala J, Subirana I, Martí H, Marrugat J, Bruguera J, Masià R, Elosua R. Trends in in-hospital mortality and six-month outcomes in patients with a first acute myocardial infarction. Change over the last decade. *Rev Esp Cardiol*. 2010 Oct;63(10):1136-44.

Gili M., Sala J, López J, Carrión A, Béjar L, Moreno J, Rosales A, Sánchez G. [Impact of comorbidities on in-hospital mortality from acute myocardial infarction, 2003-2009]. *Rev Esp Cardiol*. 2011 Dec;64(12):1130-7. doi: 10.1016/j.recesp.2011.07.010. Epub 2011 Oct 22.

Guedes Díaz, Ramiro; Sánchez Villanueva, Fidel; Cabezas Echeverría, Ivelyse; Testar de Armas, Janet; Arocha Molina, Yunier; Núñez Martínez, Jorge Félix. Letalidad del infarto agudo del miocardio: Hospital Militar Docente Mario Muñoz: Matanzas 2005-2007. *Rev. medica electron*;31(5), sept.-oct. 2009

Izadnegahdar M., Singer J, Lee MK, Gao M, Thompson CR, Kopec J, Humphries KH. Do younger women fare worse? Sex differences in acute myocardial infarction hospitalization and early mortality rates over ten years. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014 Jan;23(1):10-7.

Kang DG., Jeong MH, Ahn Y, Chae SC, Hur SH, Hong TJ, Kim YJ, Seong IW, Chae JK, Rhew JY, Chae IH, Cho MC, Bae JH, Rha SW, Kim CJ, Jang YS, Yoon J, Seung KB, Park SJ; Korea Acute Myocardial Infarction Registry Investigators. Collaborators: Jeong MH, Kim YJ, Kim CJ, Cho MC, Ahn YK, Kim JH, Chae SC, Hur SH, Seong IW, Hong TJ, Choi DH, Chae JK, Rhew JY, Kim DI, Chae IH, Yoon JH, Koo BK, Kim BO, Lee MY, Kim KS, Hwang JY, Oh SK, Lee NH, Jeong KT, Tahk SJ, Bae JH, Rha SW, Park KS, Han KR, Ahn TH, Kim MH, Yang JY, Rhim CY, Gwon HC, Park SW, Koh YY, Joo SJ, Kim SJ, Jin DK, Cho JM, Cho JG, Chung WS, Jang YS, Seung KB, Park SJ. Clinical effects of hypertension on the mortality of patients with acute myocardial infarction. *J Korean Med Sci*. 2009 Oct;24(5):800-6.

06. Diabetes Mellitus I

Términos de Búsqueda: Diabetes Mellitus I - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Epidemiología. Años 2009 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 13 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 81 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Alba A y cols Trasplante simultáneo de páncreas y riñón en diabetes mellitus tipo 1: Experiencia de un centro en Chile *Rev Med Chile* 2011; 139: 11-18

Asner P y cols Diabetes in South and Central American: an update diabetes research and clinical practice 103 (2014) 238-243

Carrasco E y cols Increasing incidence of type 1 diabetes in population from Santiago of Chile: trends in a period of 18 years (1986-2003) *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* Volume 22, Issue 1, pages 34-37, January/February 2006

Gonzalez R, y cols Estudio Temporal de la Diabetes Mellitus tipo 1 en Chile: asociación con factores ambientales durante el período 2000 y 2007. Rev Med Chile 141(5):595-601, mayo 2013.

Navarrette C y cols Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes menores de 15 años e edad con diabetes mellitus tipo 1 Rev. Cuab. Endocrinolo;23(1):30-43; ene-abr-2012.

Venik K y Dabelea D The changing epidemiology of type 1 diabetes: why is it going through the roof? Diabetes Metab Res Rev 2011 Jan; 27(1):3-13 doi:10.1200/dmrr.1141.Epub 2010 Oct 29.

07. Diabetes Mellitus II

Términos de Búsqueda: Diabetes Mellitus II - incidencia - prevalencia - CHILE - Epidemiología. Años 2009 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 65 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 21 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Aschner P y cols Diabetes in South and Central America: An update Diabetes research and clinical practice 103 (2014) 238-243.

Boza C y cols Obes Safety and efficacy of Roux-en-Y gastric bypass to treat type 2 diabetes mellitus in non-severely obese patients. Surg. 2011 Sep;21(9):1330-6. doi: 10.1007/s11695-011-0463-5.

Lanzarini E y cols Evolution of type 2 diabetes mellitus in non morbid obese gastrectomized patients with Roux en-Y reconstruction: retrospective study. World J Surg. 2010 Sep;34(9):2098-102. doi: 10.1007/s00268-010-0640-z.

Leiva E y cols Subjects with Impaired Fasting Glucose: Evolution in a Period of 6 Years Journal of Diabetes Research Volume 2014, Article ID 710370, 5 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/710370>

Loureiro C y cols Esteatosis Hepática: ¿Preludio de diabetes tipo 2 en población pediátrica?

Nutr Hosp. 2014; 29(2):350-358.

Lopez-Jaramillo P y cols, Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica Arq Bras Endocrinol Metab. 2014;58/3.

Villarroel P y cols Prevalencia y clasificación de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro comunitario de salud familiar Pantanosa, Frutillar Rev Med Chile 2012; 140: 287-294.

08. Cáncer de mama en personas de 15 años y más

Términos de Búsqueda: cáncer, mama, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 42 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 200 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

García Martínez L, Pollán Santamaría M, López-Abente G, Sánchez Jacob MM, García Palomo A, González Martínez R, Honrado Franco E, Martín Sánchez V. Municipal distribution and trend of the incidence of breast cancer in the health area of León, Spain (1996-2010)]. *Rev Esp Salud Publica*. 2014 Mar-Apr;88(2):261-9.

Beckmann KR(1), Roder DM, Hiller JE, Farshid G, Lynch JW. Influence of mammographic screening on breast cancer incidence trends in South Australia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(7):3105-12.

Howlader N(1), Altekruse SF(2), Li CI(2), Chen VW(2), Clarke CA(2), Ries A(2), Cronin KA(2). US incidence of breast cancer subtypes defined by joint hormone receptor and HER2 status. *J Natl Cancer Inst*. 2014 Apr 28;106(5). pii: dju055.

Anaya-Ruiz M(1), Vallejo-Ruiz V, Flores-Mendoza L, Perez-Santos M. Female breast cancer incidence and mortality in Mexico, 2000-2010. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(3):1477-9.

Al-Hashimi MM(1), Wang XJ. Breast cancer in Iraq, incidence trends from 2000-2009. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(1):281-6.

Miller AB(1), Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014 Feb 11;348:g366. doi: 10.1136/bmj.g366.

Santos Sda S(1), Melo LR, Koifman RJ, Koifman S. Breast cancer incidence and mortality in women under 50 years of age in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013 Nov;29(11):2230-40.

Leclère B(1), Molinié F, Trétarre B, Stracci F, Daubisse-Marliac L, Colonna M; GRELL Working Group. Trends in incidence of breast cancer among women under 40 in seven European countries: a GRELL cooperative study. *Cancer Epidemiol*. 2013 Oct;37(5):544-9.

Coldman A(1), Phillips N. Incidence of breast cancer and estimates of overdiagnosis after the initiation of a population-based mammography screening program. *CMAJ*. 2013 Jul 9;185(10):E492-8.

Prieto M., Marta. Epidemiología del cáncer de mama en Chile. *Rev. Méd. Clín. Condes*;22(4):428-435, jul. 2011.

09. Disrrafias Espinales

Términos de Búsqueda: Disrrafias Espinales - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Yang W, Carmichael SL, Roberts EM, Kegley SE, Padula AM, English PB, Shaw GM. Residential agricultural pesticide exposures and risk of neural tube defects and orofacial clefts among offspring in the San Joaquin Valley of California. *Am J Epidemiol*. 2014 Mar 15;179(6):740-8.

Parker SE, Yazdy MM, Mitchell AA, Demmer LA, Werler MM. A description of spina bifida cases and co-occurring malformations, 1976-2011. *Am J Med Genet A*. 2014 eb;164A(2):432-

Kondo A, Morota N, Ihara S, Saisu T, Inoue K, Shimokawa S, Fujimaki H, Matsuo K, Shimosuka Y, Watanabe T. Risk factors for the occurrence of spina bifida (a case-control study) and the prevalence rate of spina bifida in Japan. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2013 Sep;97(9):610-5.

Kim K, Wang Y, Kirby RS, Druschel CM. Prevalence and trends of selected congenital malformations in New York State, 1983 to 2007. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2013 Oct;97(10):619-27.

Bhide P, Sagoo GS, Moorthie S, Burton H, Kar A. Systematic review of birth prevalence of neural tube defects in India. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2013 Jul;97(7):437-43.

Liptak GS, Kennedy JA, Dosa NP. Youth with spina bifida and transitions: health and social participation in a nationally represented sample. *J Pediatr.* 2010 Oct;157(4):584-8,

Eubanks JD, Cheruvu VK. Prevalence of sacral spina bifida occulta and its relationship to age, sex, race, and the sacral table angle: an anatomic, osteologic study of three thousand one hundred specimens. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009 Jul 1;34(15):1539-43.

10. Tratamiento quirúrgico de la escoliosis en personas menores de 25 años

Términos de Búsqueda: Escoliosis, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Tratamiento quirúrgico, Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 4 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 29 artículos.

No hubo artículos que informaran sobre la epidemiología de la enfermedad.

11. Tratamiento Quirúrgico de la Escoliosis

Términos de Búsqueda: Escoliosis - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Rim TH; Kim MH; Kim WC; Kim TI; Kim EK. Cataract subtype risk factors identified from the Korea National Health and Nutrition Examination survey 2008-2010. *BMC Ophthalmol* 2014; 14: 4.

Groessl EJ; Liu L; Sklar M; Tally SR; Kaplan RM; Ganiats TG. Measuring the impact of cataract surgery on generic and vision-specific quality of life. *Qual Life Res* 2013; 6: 1405-1414.

Do DV; Gichuhi S; Vedula SS; Hawkins BS. Surgery for post-vitrectomy cataract. *Cochrane Database Syst Rev*; 12: CD006366, 2013.

12. Endoprotesis de cadera (artrosis de cadera) mayores de 65 años

Términos de Búsqueda: prótesis cadera - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Whitehouse SL, Bolland BJ, Howell JR, Crawford RW, Timperley AJ. Mortality following hip arthroplasty--inappropriate use of National Joint Registry (NJR) data. *J Arthroplasty*. 2014 Sep;29(9):1827-34

Stundner O, Chiu YL, Sun X, Goodman SM, Russell LA, Calloway JJ, MacKenzie CR, Mazumdar M, Mehtsoudis SG Perioperative outcomes in patients with rheumatoid versus osteoarthritis for total hip arthroplasty: a population-based study. *Clin Exp Rheumatol*. 2013 Nov-Dec;31(6):889-95.

13. Fisura Palatina

Términos de Búsqueda: Fisura Palatina - incidencia - prevalencia - CHILE - Epidemiología. Años 2009 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 15 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 30 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Aguirre P Perfil epidemiológico de pacientes con labio leporino y paladar hendido en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el periodo 2009-2010. Tesis, Lima 2011.

Alamoudi NM y cols Prevalence and characteristics of non-syndromic orofacial clefts and the influence of consanguinity *J Clin Pediatr Dent*. 2014 Spring;38(3):241-6.

Andrade J y cols Análisis epidemiológico de 970 pacientes con fisura labio-alvéolo-palatina con tratamiento quirúrgico: Argentina 2009 *Bol. Acad. Nac. Med. B.Aires*;87(2):261-272, jul.-dic. 2009.

Bell JC Descriptive epidemiology of cleft lip and cleft palate in Western Australia. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2013 Feb;97(2):101-8. doi:10.1002/bdra.23110. Epub 2013 Feb 1

Fedeles J Prevalence of cleft lip and palate in western Slovakia in the years 2001-2007. *Bratisl Lek Listy*. 2012;113(2):117-9.

IPDTC Prevalence at birth of cleft lip with or without cleft palate: data from the International Perinatal Database of Typical Oral Clefts (IPDTC). *Cleft Palate Craniofac J*. 2011 Jan;48(1):66-81. doi: 10.1597/09-217. Epub 2010 Apr 6.

Kalascar R Prevalence and evaluation of environmental risk factors associated with cleft lip and palate in a central Indian population. *Pediatr Dent*. 2013 May-Jun;35(3):279-83.

M lgaard-Nielsen D Maternal use of antibiotics and the risk of orofacial clefts: a nationwide cohort study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2012 Mar; 21(3):246-53. doi: 10.1002/pds.2179. Epub 2011 Nov 28.

Martelli D y cols Fissuras lábio palatinas não síndrômicas: relação entre o sexo e a extensão clínica *Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)*; 78(5):116-120, set.-out. 2012.

Nazar J y Cifuentes L Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en las maternidades chilenas participantes en el ECLAMC en el período 2001-2010. *Rev Med Chile* 2014; 142: 1150-1156.

Rozendall A Regional variation in prevalence of oral cleft live births in the Netherlands 1997–2007: time-trend analysis of data from three Dutch registries. *Am J Med Genet A*. 2012 Jan;158A(1):66–74. doi: 10.1002/ajmg.a.34343. Epub 2011 Nov 21.

Rozendall D Decreasing prevalence of oral cleft live births in the Netherlands, 1997–2006. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2011 May;96(3):F212–6. doi: 10.1136/adc.2010.193599. Epub 2010 Nov 11.

Singh VP y cols Prevalence of cleft lip and cleft palate in a tertiary hospital in Eastern Nepal. *Mymensingh Med J*. 2012 Jan;21(1):151–4.

Souza L y cols MSX1 gene and nonsyndromic oral clefts in a Southern Brazilian population *Braz. j. med. biol. res*; 46(7):558–558, ago. 2013.

Zamora L Evaluación del peso al nacer en 92 niños con fisuras del labio y del paladar *Rev. cuba. pediatr*;85(2):173–179, abr.-jun. 2013.

14. Cáncer en menores de 15 años

Términos de Búsqueda: Cáncer - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 1 publicación.

PUBMED

Resultados: 46 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Allen CE, Kelly KM, Bollard CM. Pediatric lymphomas and histiocytic disorders of childhood. *Pediatr Clin North Am*. 2015 Feb;62(1):139–65.

Babatunde TO, Akang EE, Ogun GO, Brown BJ. Pattern of childhood cancer in University College Hospital, Ibadan during 1991–2010 and comparison with the previous three decades. *Paediatr Int Child Health*. 2015 May;35(2):144–50.

Bodkyn, C; Lalchandani, S. Incidence of childhood cancer in Trinidad and Tobago. *West Indian med. j*;59(5):465–468, Oct. 2010.

Celine Jeanne Aurelie Pujol, Méd. Lic. Carola Leticia Bertone, Lic. Laura Débora Acosta. Morbimortalidad por cáncer infantil en la República Argentina. 2006–2008. *Arch. argent. pediatr*. vol.112 no.1 Buenos Aires feb. 2014

Forsythe A, Breland T, Majumdar S, Elkin TD, Johnson D, Megason G. Gender differences in incidence rates of childhood B-precursor acute lymphocytic leukemia in Mississippi. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010 May–Jun;27(3):164–7.. Epub 2010 Feb 17.

Jain A, Sharma MC, Suri V, Kale SS, Mahapatra AK, Tatke M, Chacko G, Pathak A, Santosh V, Nair P, Husain N, Sarkar C. Spectrum of pediatric brain tumors in India: a multi-institutional study. *Neurol India*. 2011 Mar–Apr;59(2):208–11. doi: 10.4103/0028–3886.79142.

Lacour B, Clavel J. Epidemiological aspects of childhood cancer. *Rev Prat*. 2014 Nov; 64(9):1264–9.

Lohi O, Jahnukainen K, Huttunen P, Taskinen M, Taskinen S, Pakarinen M, Koivusalo A, Rintala R, Kanerva J, Grönroos M, Heikinheimo M, Vettenranta K. Solid tumors in children. *Duodecim*. 2014;130(20):2050-9.

Mehrvar A, Faranoush M, Hedayati Asl AA, Tashvighi M, Fazeli MA, Qaddoumi I, Mehrvar N, Sobuti B, Jafarpour A, Ravan Parsa R, Zangoeei R, Alebouyeh M, Vossough P. Childhood central nervous system tumors at MAHAK's Pediatric Cancer Treatment and Research Center (MPCTRC), Tehran, Iran. *Childs Nerv Syst*. 2014 Mar;30(3):491-6. doi: 10.1007/s00381-013-2256-8. Epub 2013 Aug 14.

Missaoui N, Khouzemi M, Landolsi H, Jaidene L, Abdelkrim SB, Abdelkader AB, Beizig N, Yaacoubi MT, Hmissa S. Childhood cancer frequency in the center of Tunisia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(2):537-42.

Nakamura L, Ritchey M. Current management of wilms' tumor. *Curr Urol Rep*. 2010 Feb;11(1):58-65. doi: 10.1007/s11934-009-0082-z.

Samuelsson BO, Ridell B, Röckert L, Gustafsson G, Márky I. Non Hodgkin lymphoma in children: a 20-year population-based epidemiologic study in western Sweden. *J Pediatr Hematol Oncol*. 1999 Mar-Apr;21(2):103-10.

Vargas L. Cáncer en Pediatría. Aspectos generales. *Rev Chil Pediatr*. V71 n4. Santiago jul. 2000

15. Esquizofrenia toda edad

Términos de Búsqueda: Esquizofrenia - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Valenzuela, MT; Pastorino, MS; Alvarado, R; Villalón, Marcelo; Durán, Eduardo; Hirmas, Macarena; Vagnas, Jairo. Diseño y evaluación de proceso de una intervención comunitaria para la detección precoz del primer episodio de psicosis en Chile. *Salud publica*. 2012, 116(2):123-130.

Vázquez-Barquero JL, Cuesta Núñez MJ, de I, V, Herrera CS, Gaité L, Arenal A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(3):156-62.

16. Cáncer Testicular en personas de 15 años y mas.

Términos de Búsqueda: Cáncer testicular - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 4 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 29 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Alanya Rodríguez, Cayo Enrique. Aspectos clínico-epidemiológicos de los pacientes con diagnóstico de tumor de células germinales primario testicular en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins año 2009 - 2010. Tesis año 2013 presentada en Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina para obtención del grado de Especialista.

Basiri A, Shakhssalim N, Jalaly NY, Miri HH, Partovipour E, Panahi MH. Difference in the incidences of the most prevalent urologic cancers from 2003 to 2009 in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(3):1459-63

Chien FL, Schwartz SM, Johnson RH. Increase in testicular germ cell tumor incidence among Hispanic adolescents and young adults in the United States. *Cancer*. 2014 Sep 1;120(17):2728-34. doi: 10.1002/cncr.28684. Epub 2014 Jul 14.

Enewold, Zhou J, Devesa SS, Erickson RL, Zhu K, McGlynn KA. Trends in testicular germ cell tumors among U.S. military servicemen, 1990-2003. *Mil Med*. 2011 Oct;176(10):1184-7.

Gandaglia G, Becker A(2), Trinh QD, Abdollah F(4), Schiffmann J, Roghmann F, Tian Z, Montorsi F, Briganti A, Karakiewicz PI, Sun M. Long-term survival in patients with germ cell testicular cancer: a population-based competing-risks regression analysis. *Eur J Surg Oncol*. 2014 Jan;40(1):103-12. doi: 10.1016/j.ejso.2013.09.019. Epub 2013 Sep 25.

Horwich A, Fossa SD(2), Huddart R, Dearnaley DP, Stenning S(3), Aresu M, Bliss JM, Hall E. Second cancer risk and mortality in men treated with radiotherapy for stage I seminoma. *Br J Cancer*. 2014 Jan 7;110(1):256-63.

Kvammen O, Tretli S, Johannessen TB, Klepp O, Grotmol T. Testicular cancer risk according to county of birth and county of diagnosis in Norway, 1958-2007. *Acta Oncol*. 2012 Feb;51(2):177-84. doi: 10.3109/0284186X.2011.642307. Epub 2012 Jan 17.

Lynch A., Rodrigo; Vargas D., Fernando; Nicolay E., Heinz; Portalier F., Paulo; Gabler N., Fernando; Silva B., Benjamín; Ebensperger G., Mauricio; Estrugo B., Andrés; Cabello P., Renato; Riffo F., Carlos; Valdebenito C., Patricio; De La Torre I., José Manuel; Araya S., Felipe; Maldonado L., Luis. Tumores paratesticulares un diagnóstico inusual: Hospital Clínico San Borja Arriarán / Paratesticular tumors unusual diagnosis: Hospital Clínico San Borja Arriarán. *Rev. chil. urol*;76(2):99-102, 2011.

Markedly increased incidence and improved survival of testicular cancer in the Netherlands. Verhoeven RH, Karim-Kos HE, Coebergh JW, Brink M, Horenblas S, de Wit R, Kiemeny BA. *Acta Oncol*. 2014 Mar;53(3):342-50. doi: 10.3109/0284186X.2013.819992. Epub 2013 Aug 30.

Ondrus D, Ondrusova M, Dusek L. Recent patterns in testicular cancer incidence, mortality and survival in the Slovak Republic with reference to international comparisons. *Cancer Invest*. 2012 Oct;30(8):545-51. Epub 2012 Aug 21.

Rojas C., Eduardo Andrés; Pauchard T., Felipe; Sepúlveda J., Luis; Landerer L., Eduardo; Díaz-Valdés Z., Rafael; MacGuire V., Steve. Cáncer de testículo: características e incidencia en el Hospital Barros Luco Trudeau en el período 2002-2008. *Rev. chil. urol*;74(1):15-19, 2009.

Rusner C, Streller B, Stegmaier C, Trocchi P, Kuss O, McGlynn KA, Trabert B,

Stang A. Risk of second primary cancers after testicular cancer in East and West Germany: a focus on contralateral testicular cancers. *Asian J Androl*. 2014 Mar-Apr;16(2):285-9. doi: 10.4103/1008-682X.122069.

Sincic N, Kulis T, Znaor A, Bray F. Time trends in testicular cancer in Croatia 1983-2007: rapid increases in incidence, no declines in mortality. *Cancer Epidemiol*. 2012 Feb;36(1):11-5. doi: 10.1016/j.canep.2011.09.010. Epub 2011 Oct 20.

Singhera M, Huddart R. Testicular cancer: changing patterns of incidence in testicular germ cell tumours. *Nat Rev Urol*. 2013 Jun;10(6):312-4. doi: 10.1038/nrurol.2013.79. Epub 2013 Apr 23.

The incidences of malignant gonadal and extragonadal germ cell tumors in males and females: a population-based study covering over 40 years in Finland. Pauniah SL, Salonen J, Helminen M, Vetenranta K, Heikinheimo M, Heikinheimo O. *Cancer Causes Control*. 2012 Dec;23(12):1921-7.

Valsero Herguedas ME, Pascual Samaniego M, Garcia Lagarto E, Martín Martín S, Muñoz Moreno MF, Cortiñas Gonzalez JR. Testicular cancer: our experience after 10 years. *Arch Esp Urol*. 2012 May;65(4):467-75.

17. Linfomas en personas mayores de 15 años

Términos de Búsqueda: Linfom - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 0 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 0 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Karin Ekström-Smedby. Epidemiology and etiology of non-Hodgkin lymphoma, a review. *Acta Oncologica*, 2006; 45: 258-271.

Chiu BC, Hou N. Epidemiology and etiology of non-hodgkin lymphoma. *Cancer Treat Res*. 2015;165:1-25. doi: 10.1007/978-3-319-13150-4_1.

18. VIH SIDA

Términos de Búsqueda: VIV SIDA - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Marsden MD; Zack JA. Neutralizing the HIV reservoir. *Cell* 2014; 5: 971-972

Gao F; Bonsignori M; Liao HX; Kumar A; Xia SM; Lu X; Cai F; Hwang KK; Song H; Zhou T; Lynch RM; Alam SM; Moody MA; Ferrari G; Berrong M; Kelsoe G; Shaw GM; Hahn BH; Montefiori DC; Kamanga G; Cohen MS; Hraber P; Kwong PD; Korber BT; Mascola JR; Kepler TB; Haynes BF. Cooperation of B cell lineages in induction of HIV-1-broadly neutralizing antibodies. *Cell* 2014; 3: 481-491.

Saharia KK; Koup RA. T cell susceptibility to HIV influences outcome of opportunistic infections. *Cell* 2014; 3: 505-514.

Goldberg DE; Siliciano RF; Jacobs WR. Outwitting evolution: fighting drug-resistant TB, malaria, and HIV. *Cell* 2012; 6: 1271-83.

McMichael AJ; Haynes BF. Lessons learned from HIV-1 vaccine trials: new priorities and directions. *Nat Immunol* 2012 ; 5: 423-427.

19. Infección respiratoria aguda baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años

Términos de Búsqueda: Infección respiratoria aguda baja en niños - incidencia - prevalencia - CHILE - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 10 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 659 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Adegbola R y cols Carriage of *Streptococcus pneumoniae* and Other Respiratory Bacterial Pathogens in Low and Lower Middle Income Countries: A Systematic Review and

Meta-Analysis. PLOS ONE August 2014 | Volume 9 | Issue 8 | e103293.

Budge P Acute Viral Respiratory Illnesses in Andean Children: a Household-Based Cohort Study. *Pediatr Infect Dis J*. Author manuscript; available in PMC 2014 November 07.

Darrow LA y cols Air pollution and acute respiratory infections among children 0-4 years of age: an 18-year time-series study. *Am J Epidemiol*. 2014 Nov 15;180(10):968-77. doi: 10.1093/aje/kwu234. Epub 2014 Oct 16.

Li R Breastfeeding and risk of infections at 6 years. *Pediatrics*. 2014 Sep;134 Suppl 1:S13-20. doi: 10.1542/peds.2014-0646D.

Luchsinger V Comparison of virological profiles of respiratory syncytial virus and rhinovirus in acute lower tract respiratory infections in very young Chilean infants, according to their clinical outcome. *J Clin Virol*. 2014 Sep;61(1):138-44. doi: 10.1016/j.jcv.2014.06.004. Epub 2014 Jun 13.

Luczynska A y cols Cord blood 25(OH)D levels and the subsequent risk of lower respiratory tract infections in early childhood: the Ulm birth cohort. *Eur J Epidemiol*. 2014 Aug;29(8):585-94. doi: 10.1007/s10654-014-9918-z. Epub 2014 May 25.

López I Infección respiratoria aguda baja (IRAB) del niño en atención primaria. *Rev. chil. pediatr.* v.72 n.3 Santiago mayo 2001

Pokhrel S Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. *Arch Dis Child* 2015;100:334-340. doi:10.1136/archdischild-2014-306701

Szabo SM A population-based study of childhood respiratory morbidity after severe lower respiratory tract infections in early childhood. *J Pediatr*. 2014 Jul;165(1):123-128.e3. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.02.053. Epub 2014 Apr 13.

20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en mayores de 65 años

Términos de Búsqueda: Neumonía adquirida en la comunidad - incidencia - prevalencia - CHILE - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 3 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 9 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Almirall J Neumonía adquirida en la comunidad en fumadores Arch Bronconeumol. 2014;50(6):250-254.

Arancibia F y cols Importance of Legionella pneumophila in the Etiology of Severe Community-Acquired Pneumonia in Santiago, Chile. Chest / 145 / 2 / FEBRUARY 2014: 290-296.

Fica A Bacteremic pneumococcal pneumonia: serotype distribution, antimicrobial susceptibility, severity scores, risk factors, and mortality in a single center in Chile braz j infect dis 2014;18(2):115-123.

Luchsinger V y cols Community-acquired pneumonia in Chile: the clinical relevance in the detection of viruses and atypical bacteria. Thorax. 2013 Nov;68(11):1000-6. doi: 10.1136/thoraxjnl-2013-203551. Epub 2013 Jun 19.

Moya PEvaluación de la eficacia y seguridad de tigeciclina en el tratamiento de infecciones del tracto respiratorio. Revisión sistemática de la literatura científica. Rev. chil. infectol. vol.30 no.6 Santiago dic. 2013

Saldías F Sobrevida a largo plazo en adultos inmuno competentes mayores de 60 años hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad. Rev Med Chile 2013; 141: 831-843

Saldías F Predictores clínicos de mortalidad en neumonía adquirida en la comunidad. Rev Med Chile 2013; 141: 143-152.

21. Hipertensión arterial en personas mayores de 15 años

Términos de Búsqueda: Hipertensión arterial - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

PUBMED

Resultados: 57 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Béjot Y, Osseby GV, Gremeaux V, Durier J, Rouaud O, Moreau T, Giroud M.

Changes in risk factors and preventive treatments by stroke subtypes over 20 years: a population-based study. J Neurol Sci. 2009 Dec 15;287(1-2):84-8.

Brujbu I, Macovei A, Murariu RV, Radulescu M. Clinical and epidemiological assessment of the incidence of arterial hypertension in a permanent medical center.Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2014 Apr-Jun;118(2):471-8.

de Menezes TN., Oliveira EC, de Sousa Fischer MA.Validity and concordance between self-reported and clinical diagnosis ofhypertension among elderly residents in northeastern Brazil. Am J Hypertens. 2014 Feb;27(2):215-21.

Dieterle T, Sigle JP, Bengel G, Kiefer G, Brenneisen V, Martina B. Cardiovascular risk stratification in unselected primary care patients with newlydetected arterial hypertension. *Hypertens Res.* 2010 Jun;33(6):607-15.

Genelhu VA., Celoria BM, Duarte SF, Cabello PH, Francischetti EA. Not all obese subjects of multiethnic origin are at similar risk for developing hypertension and type 2 diabetes. *Eur J Intern Med.* 2009 May;20(3):289-95.

Kusuma YS., Gupta SK, Pandav CS. Treatment seeking behaviour in hypertension: factors associated with awareness and medication among socioeconomically disadvantaged migrants in Delhi, India. *Coll Antropol.* 2013 Sep;37(3):717-22.

Labeit AM., Klotsche J, Pieper L, Pittrow D, Einsle F, Stalla GK, Lehnert H, Silber S, Zeiher AM, März W, Wehling M, Wittchen HU. Changes in the prevalence, treatment and control of hypertension in Germany? A clinical-epidemiological study of 50.000 primary care patients. *PLoS One.* 2012;7(12):e52229.

Lima NK., Abbasi F, Lamendola C, Reaven GM. Prevalence of insulin resistance and related risk factors for cardiovascular disease in patients with essential hypertension. *Am J Hypertens.* 2009 Jan;22(1):106-11.

Mitu F., Stefanachi E(2), Leon MM.. The incidence of essential hypertension in elderly patients with metabolic syndrome. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2013 Jul-Sep;117(3):630-4.

Muniz LC., Cascaes AM, Wehrmeister FC, Martínez-Mesa J, Barros AJ, Menezes AM. Trends in self-reported arterial hypertension in Brazilian adults: an analysis of data from the Brazilian National Household Sample Survey, 1998-2008. *Cad Saude Publica.* 2012 Aug;28(8):1599-607.

Steiner S., Helis E, Chen L, Turton P, Leenen FH, Sonkodi S, Sonkodi B, D'Angelo MS, Fodor JG. A cross-national comparative study of blood pressure levels and hypertension prevalence in Canada and Hungary. *J Hypertens.* 2012 Nov;30(11):2105-11.

Valderrama AL., Tong X, Ayala C, Keenan NL. Prevalence of self-reported hypertension, advice received from health care professionals, and actions taken to reduce blood pressure among US adults - HealthStyles, 2008. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2010 Oct;12(10):784-92.

22. Tratamiento médico de la epilepsia No refractaria. en niños de 1 a 15 años

Términos de Búsqueda:-Epilepsia, 1 a 15 años, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 17 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 79 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Pandey S, Singhi P, Bharti B. J Trop Prevalence and treatment gap in childhood epilepsy in a north Indian city: a community-based study. *Pediatr.* 2014 Apr; 60(2):118-23.

Surén P, Bakken IJ, Lie KK, Schjølberg S, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Magnus P, Øyen AS, Svendsen BK, Aaberg KM, Andersen GL, Stoltenberg C. Differences across counties in the registered prevalence of autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2013 Oct 1;133(18):1929-34.

Huseyinoglu N, Ozben S, Arhan E, Palanci Y, Gunes N. Prevalence and risk factors of epilepsy among school children in eastern Turkey. *Pediatr Neurol*. 2012 Jul; 47(1):13-8.

Casetta I, Pugliatti M, Faggioli R, Cesnik E, Simioni V, Bencivelli D, De Carlo L, Granieri E. Incidence of childhood and adolescence epilepsy: a community-based prospective study in the province of Ferrara and in Copparo, Italy, 1996-2005. *Eur J Neurol*. 2012 Feb;19(2):312-6.

Malik MA(1), Akram RM, Tarar MA, Sultan A. Childhood epilepsy. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2011 Feb;21(2):74-8. doi: 02.2011/JCPSP.7478.

Nunes ML(1), Geib LT; Grupo Apego. Incidence of epilepsy and seizure disorders in childhood and association with social determinants: a birth cohort study. *J Pediatr (Rio J)*. 2011 Jan-Feb;87(1):50-6. doi:10.2223/JPED.2062. Epub 2011 Jan11.

SwiderskaN(1), Gondwe J, Joseph J, Gibbs J. The prevalence and management of epilepsy in secondary school pupils with and without special educational needs. *Child Care Health Dev*. 2011 Jan;37(1):96-102.

Shah PA(1), Shapoo SF, Koul RK, Khan MA. Prevalence of epilepsy in school-going children (6-18 years) in Kashmir Valley of North-west India. *J Indian Med Assoc*. 2009 Apr;107(4):216-8.

23. Salud oral Integral niños de 6 años

Términos de Búsqueda: Salud oral - salud bucal - escolares - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 06 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 04 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Alcantara, Thais Leite de; Batista, Marília Jesus; Gibilini, Cristina; Ferreira, Naiara de Paula; Sousa, Maria da Luz Rosário de. Factors associated with oral health of preschool children in educative-preventive program in Piracicaba/SP. *RPG rev. pos-grad*;18(2):102-107, abr.-jun. 2011.

Camargo Maria Beatriz Junqueira; Barros, Aluísio J D; Frazão, Paulo; Matijasevich, Alicia; Santos, Iná S; Peres, Marco Aurélio; Peres, Karen Glazer. Predictores de la realización de consultas odontológicas de rutina y por problema en preescolares. *Rev. saúde pública = J. public health*;46(1):87-97, fev 2012.

Dogar F, Kruger E, Dyson K, Tennant M. Oral health of pre-school children in rural and remote Western Australia. *Rural Remote Health*. 2011;11(4):1869. Epub 2011 Dec 4.

Dye BA, Li X, Beltran-Aguilar ED. Selected oral health indicators in the United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief*. 2012 May;(96):1-8.

Hernández Suárez, Alicia María; Espeso Nápoles, Nelia; Reyes Obediente, Fidela; Landrian Díaz, Clara.. Promoción de salud para la prevención de caries en niños de 5 a 12 años. Arch. méd. Camaguey;13(6), nov.-dic. 2009.

Isong IA, Soobader MJ, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Gansky SA, Platt LJ, Newacheck PW. Racial disparity trends in children's dental visits: US National Health Interview Survey, 1964-2010. Pediatrics. 2012 Aug;130(2):306-14.

Medina-Solís, Cario Eduardo; Maupomé, Gerardo; Pelcastre-Villafuerte, Blanca; Avila-Burgos, Leticia; Vallejos-Sánchez, Ana Alicia; Casanova-Rosado, Alejandro José. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad Rev. invest. clín;58(4):296-304, jul.-ago. 2006.

Oliveira, Luisa Jardim Correa de; Correa, Marcos Britto; Nascimento, Gustavo Giacomelli; Goettems, Marilia Leao; Tarquinio, Sandra Beatriz Chaves; Torriani, Dione Dias; Demarco, Flavio Fernando. Inequidades en salud bucal: escolares beneficiarios de la Beca Familia son mas vulnerables? . Rev. saúde pública = J. public health;47(6):1047-1047, dez. 2013.

24. Prevención del Parto Prematuro

Términos de Búsqueda: Parto Prematuro - incidencia - prevalencia - CHILE - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Conzález C y cols L-arginina: suplemento nutricional sin beneficios demostrados en patologías del embarazo. Rev chil obstet ginecol 2013; 78(3): 179 - 186.

López P y col Trends in gestational age and birth weight in Chile, 1991-2008. A descriptive epidemiological study. BMC Pregnancy and Childbirth 2012, 12:121.

López P y col Sociodemographic characteristics of mother's population and risk of preterm birth in Chile. Reproductive Health 2013, 10:26.

Luque LJ y cols A risk prediction model for severe intraventricular hemorrhage in very low birth weight infants and the effect of prophylactic indomethacin. Journal of Perinatology (2014) 34, 43-48.

Muñoz-Martínes C y cols sulfato de magnesio para neuroprotección fetal: revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 65 No. 3 · Julio-Septiembre 2014 · (215-227).

Rose J y cols Neonatal physiological correlates of near-term brain development on MRI and DTI in very-low-birth-weight preterm infants. NeuroImage: Clinical 5 (2014) 169-177.

25. Arritmia - marcapaso

Términos de Búsqueda: - incidencia - prevalencia - GES - AUGÉ - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Vardas PE, Auricchio A, Blanc J-J, et al. Guías europeas de práctica clínica sobre marcapasos y terapia de resincronización cardiaca. Rev Esp Cardiol. 2007;60(12):1272.e1-e51.

Cheng S, Keyes MJ, Larson MG, McCabe EL, Newton-Cheh C, Levy D, Benjamin EJ, Vasan RS, Wang TJ. Long-term outcomes in individuals with prolonged PR interval or first-degree atrioventricular block. JAMA. 2009 Jun 24;301(24):2571-7.

26. Colecistectomía

Términos de Búsqueda:- Colelitiasis, Colecistis u otras enfermedades de la vesícula biliar, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 12 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 21 artículos.

No hay artículos de interés en esta patología.

27. Cáncer gástrico

Términos de Búsqueda:- Cáncer Gástrico, cáncer de estómago, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 17 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 19 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Anderson WF(1), Camargo MC, Fraumeni JF Jr, Correa P, Rosenberg PS, Rabkin, Age-specific trends in incidence of noncardia gastric cancer in US adults. JAMA. 2010 May 5;303(17):1723-8. doi: 10.1001/jama.2010.496.

Heise K(1), Bertran E, Andia ME, Ferreccio C. Incidence and survival of stomach cancer in a high-risk population of Chile. World J Gastroenterol. 2009 Apr 21;15(15):1854-62.

Oliveira, Julio Fernando Pinto. Câncer de estômago: incidência, mortalidade e sobrevida no município de Fortaleza, Ceará / Stomach cancer: incidence, mortality and survival in Fortaleza, Ceará. Rio de Janeiro; s.n; 2010. vi,91 p. tab, graf.

28. Cáncer de Prostata

Términos de Búsqueda: Cáncer de próstata - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 20 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 44 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Aiken, WD. Prostate cancer incidence in Jamaica before and after the introduction of prostate-specific antigen. *West Indian med. j*;60(5):597–598, Oct. 2011.

Aiken, WD. Screening for prostate cancer: throwing out the baby with the bathwater. *West Indian med. j*;60(5):503–504, Oct. 2011.

Akre O, Garmo H, Adolffsson J, Lambe M, Bratt O, Stattin P. Mortality among men with locally advanced prostate cancer managed with noncurative intent: a nationwide study in PCBaSe Sweden. *Eur Urol.* 2011 Sep;60(3):554–63. doi: 10.1016 / j.eururo.2011.05.047.

Baade PD, Youlten DR, Coory MD, Gardiner RA, Chambers SK. Urban-rural differences in prostate cancer outcomes in Australia: what has changed? *Med J Aust.* 2011 Mar 21;194(6):293–6.

Cetin K(1), Beebe-Dimmer JL, Fryzek JP, Markus R, Carducci MA. Recent time trends in the epidemiology of stage IV prostate cancer in the United States: analysis of data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Urology.* 2010 Jun;75(6):1396–404. doi: 10.1016/j.urology.2009.07.1360.

Ferguson, TS. Screening for prostate cancer: a randomized controlled trial in men of African ancestry is needed. *West Indian med. j*;61(1):112–113, Jan. 2012.

Ghirlanda, J. M; Mazza, O. N; González Primomo, N. S. Cáncer de próstata en el momento actual de la vida argentina / Present status of prostate cancer in Argentina. *Prensa méd. argent*;96(10):607–629, dic. 2009.

López, José Francisco; Gutiérrez, Catalina. Desigualdad en cáncer de próstata en Chile (1990–2005). *Rev. chil. urol*;75(1):31–36, 2010.

Gibson, TN; Hanchard, B; Waugh, N; McNaughton, D. Thirty-year trends in incidence and age-distribution of prostate cancer in Kingston and St Andrew, Jamaica, 1978–2007. *West Indian med. j*;60(1):9–12, Jan. 2011.

Graziottin, Túlio; Marques, José Alfredo; Ros, Carlos T. da; Moreira, Bernardo da Silva; Zelmanowicz, Alice de Medeiros; Pioner, Giovanni T; Carvalhal, Eduardo; Neto, Brasil. Screening and diagnosis of prostate cancer. *Rev. AMRIGS*;53(2):179–183, abr.-jun. 2009.

International Braz J Urol; Romero, Frederico R.; Romero, Antonio W.; Almeida, Rui Manuel S. de; Oliveira Jr., Fernando Cesar de; Tambara Filho, Renato. The significance of biological, environmental, and social risk factors for prostate cancer in a cohort study in Brazil. *Int. braz. j. urol*;38(6):778–778, Nov-Dec/2012.

Lima, Carlos Anselmo; Silva, Angela Maria da; Kuwano, André Yoichi; Rangel, Margareth Rose Uchôa; Macedo-Lima, Matheus. Trends in prostate cancer incidence and mortality in a mid-sized Northeastern Brazilian city. *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1992);59(1):15–20, Jan.-Feb. 2013.

Lima, Carlos Anselmo; Silva, Angela Maria da; Kuwano, André Yoichi; Rangel, Margareth Rose Uchôa; Macedo-Lima, Matheus. Trends in prostate cancer incidence and mortality in a mid-sized Northeastern Brazilian city. *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1992);59(1):15–20, Jan.-Feb. 2013.

Lima, Carlos Anselmo; Silva, Angela Maria da; Kuwano, André Yoichi; Rangel, Margareth Rose Uchôa; Macedo-Lima, Matheus. Trends in prostate cancer incidence and mortality in a mid-sized Northeastern Brazilian city. *Rev. Assoc. Med. Bras.* (1992);59(1):15–20, Jan.-Feb. 2013.

Murtola TJ(1), Tammela TL, Määttä L, Ala-Opas M, Stenman UH, Auvinen A. Prostate cancer incidence among finasteride and alpha-blocker users in the Finnish Prostate Cancer Screening Trial. *Br J Cancer*. 2009 Sep 1;101(5):843-8.

Nassif, Aissar Eduardo; TãmbaraFilho, Renato; Paula, Regina Xavier Gomes de; Taguchi, Willian Setsumi; Pozzobon, Helio Jorge. Epidemiologic profile and prognostic factors in clinically localized prostate adenocarcinoma submitted to surgical treatment. *Rev. Col. Bras. Cir*;36(4):327-331, jul.-ago. 2009.

Niclis, Camila; Pou, Sonia A; Bengiõ, Rubén H; Osella, Alberto R; Díaz, María del Pilar. Tendencias en la mortalidad por cáncer de próstata en Argentina 1986-2006: análisis joinpoint y de edad-período-cohorte. *Cad. saúde pública = Rep. public health*;27(1):123-130, Jan. 2011.

Pettaway CA, Lamerato LE, Eaddy MT, Edwards JK, Hogue SL, Crane MM. Benign prostatic hyperplasia: racial differences in treatment patterns and prostate cancer prevalence. *BJU Int*. 2011 Oct;108(8):1302-8.

Raymundo EM, Rice KR, Chen Y, Zhao J, Brassell SA. Prostate cancer in Asian Americans: incidence, management and outcomes in an equal access healthcare system. *BJU Int*. 2011 Apr;107(8):1216-22.

Romero, Frederico R.; Romero, Antonio W.; Almeida, Rui Manuel S. de; Tambara Filho, Renato. The prevalence of prostate cancer in Brazil is higher in Black men than in White men: systematic review and meta-analysis. *Int. braz. j. urol*;38(4):440-447, July-Aug. 2012.

Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Lilja H, Zappa M, Denis LJ, Recker F, Berenguer A, Määttä L, Bangma CH, Aus G, Villers A, Rebillard X, van der Kwast T, Blijenberg BG, MossSM, de Koning HJ, Auvinen A; ERSPC Investigators. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2009 Mar 26;360(13):1320-8. doi: 10.1056/NEJMoa0810084. Epub 2009Mar 18.

Stattin P, Holmberg E, Johansson JE, Holmberg L, Adolfsson J, Hugosson J; National Prostate Cancer Register (NPCR) of Sweden. Collaborators: Stattin P, Widmark A, Karlsson S, Törnblom M, Adolfsson J, Bill-Axelsson A, Andrén O, Robinson D, Pettersson B, Hugosson J, Damber JE, Bratt O, Ahlgren G, Egevad L, Ehrnström R. Outcomes in localized prostate cancer: National Prostate Cancer Register of Sweden follow-up study. *J Natl Cancer Inst*. 2010 Jul 7;102(13):950-8. doi: 10.1093/jnci/djq154

Van Hemelrijck M, Wigertz A, Sandin F, Garmo H, Hellström K, Fransson P, Widmark A, Lambe M, Adolfsson J, Varenhorst E, Johansson JE, Stattin P; NPCR and PCBaSe Sweden. Collaborators: Drevin L, Bill-Axelsson A, Robinson D, Akre O. Cohort Profile: the National Prostate Cancer Register of Sweden and Prostate Cancer data Base Sweden 2.0. *Int J Epidemiol*. 2013 Aug;42(4):956-67. doi: 10.1093/ije/dys068. Epub 2012 May 4.

Vilches M., Teresa; Alvarado O., Sergio; Cáceres L., Dante. Perfil epidemiológico del paciente con antígeno prostático específico sobre 4 ng/mL: Región del Bío Bío, Chile. *Rev. chil. urol*;75(3/4):203-208, 2010.

29. Vicios de Refracción mayores de 65 años

Términos de Búsqueda:- incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Robinson B, Feng Y, Woods CA, Fonn D, Gold D, Gordon K. Prevalence of visual impairment and uncorrected refractive error - report from a Canadian urban population-based study. *Ophthalmic Epidemiol.* 2013 jun;20(3):123-30.

Pan CW, Wong TY, Lavanya R, Wu RY, Zheng YF, Lin XY, Mitchell P, Aung T, Saw SM. Prevalence and risk factors for refractive errors in Indians: the Singapore Indian Eye Study (SINDI) *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2011 May 16;52(6):3166-73.

30. Estrabismo menores de 9 años

Términos de Búsqueda: Estrabismo - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

López G., Juan Pablo; Osandón V., Diego; Denk V., Oliver; Stevenon A., Ricardo; Agurto R., Ricardo; Uauy N., Andrés; Salinas G., Ricardo; Pérez R., Marcela; Cox M., Horacio; Maturana P., Andrés; Elías A., Soledad. Prevalencia de patología oftalmológica en prematuros menores de un año de edad. *Rev. chil. pediatr;*83(6):570-576, dic. 2012.

Larsson E, Rydberg A, Holmström G. Accommodation and convergence in 10-year-old prematurely born and full-term children: a population-based study. *Strabismus.* 2012 Sep;20(3):127-32.

Holmström GE, Källén K, Hellström A, Jakobsson PG, Serenius F, Stjernqvist K, Tornqvist K.

Ophthalmologic outcome at 30 months' corrected age of a prospective Swedish cohort of children born before 27 weeks of gestation: the extremely preterm infants in sweden study. *JAMA Ophthalmol.* 2014 Feb;132(2):182-9.

McKean-Cowdin R, Cotter SA, Tarczy-Hornoch K, Wen G, Kim J, Borchert M, Varma R; Multi-Ethnic Pediatric Eye Disease Study Group. Prevalence of amblyopia or strabismus in asian and non-Hispanic white preschool children: multi-ethnic pediatric eye disease study. *Ophthalmology.* 2013 Oct;120(10):2117-24.

Cotter SA(1), Varma R, Tarczy-Hornoch K, McKean-Cowdin R, Lin J, Wen G, Wei J, Borchert M, Azen SP, Torres M, Tielsch JM, Friedman DS, Repka MX, Katz J, Ibrionke J, Giordano L; Joint Writing Committee for the Multi-Ethnic Pediatric Eye Disease Study and the Baltimore Pediatric Eye Disease Study Groups. Risk factors associated with childhood strabismus: the multi-ethnic pediatric eye disease and Baltimore pediatric eye disease studies. *Ophthalmology.* 2011 Nov;118(11):2251-61.

Pai A, Mitchell P. Prevalence of amblyopia and strabismus. *Ophthalmology.* 2010 Oct;117(10):2043-4.

31. Retinopatía Diabética

Términos de Búsqueda: Retinopatía diabética - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Ronald Klein, Barbara E. K. Klein, Scot E. Moss,; Matthew D. Davis, David L. DeMets. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. II. Prevalence and Risk of Diabetic Retinopathy When Age at Diagnosis Is Less Than 30 Years. Arch Ophthalmol. 1984;102(4):520-526.

Zhang X, Saaddine JB, Chou C, et al. Prevalence of Diabetic Retinopathy in the United States, 2005-2008. JAMA. 2010;304(6):649-656.

Sivaprasad, Sobha, Bhaskar Gupta; Roxanne Crosby-Nwaobi, . Prevalence of Diabetic Retinopathy in various Ethnic Groups: A Worldwide Perspective. Survey of Ophthalmology , Volume 57 , Issue 4 , 347 - 370.

32. Desprendimiento de Retina toda edad

Términos de Búsqueda: Desprendimiento de retina - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Mitry D, Charteris DG, Fleck BW, Campbell H, Singh J. The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment: geographical variation and clinical associations. Br J Ophthalmol. 2010 Jun;94(6):678-84.

Ruiz-Moreno JM, Montero JA, de la Vega C. Retinal detachment in myopic eyes after phakic intraocular lens implantation. . J Refract Surg 2006;22:247-52.

33. Hemofilia

Términos de Búsqueda: Hemofilia - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Donoso Scroppo, Mario. Hemofilia en Chile: 1996-2006 / Hemophilia in Chile, 1996-2006. Medwave;13(5), jun. 2013.

Donoso Scroppo, Mario. Resultados de operación acceso y del Programa Nacional de Hemostasia y Trombosis / The results of operation access and the National Hemostasis and Thrombosis Program. Medwave;13(5), jun. 2013.

34. Depresión en mayores de 15 años

Términos de Búsqueda:-Depresión , incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 21 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 190 artículos.

Revista Brasileira de Psiquiatria; Castro-de-Araujo, Luis Fernando S.; Barcelos-Ferreira, Ricardo; Martins, Camila Bertini; Bottino, Cassio M.C. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. *Rev. bras. psiquiatr.*;35(2):207-207, April-June/2013. tab, graf.

Molina, Mariane Ricardo Acosta Lopez; Wiener, Carolina David; Branco, Jerônimo Costa; Jansen, Karen; Souza, Luciano Dias Mattos De; Tomasi, Elaine; Silva, Ricardo Azevedo Da; Pinheiro, Ricardo Tavares. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária / Prevalence of depression in users of primary care settings. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*;39(6):194-197, 2012. tab.

Ruiz-Grosso, Paulo; Osada, Jorge; Hoppe, Wolfgang; Pedraz, Bruno; Vega-Dienstmaier, Johann. Subregistro de trastornos depresivos / Underreporting of depressive disorders. *Rev. peru. med. exp. salud publica*;28(4):697-697, dic. 2011.

Lee S(1), Tsang A, Huang YQ, He YL, Liu ZR, Zhang MY, Shen YC, Kessler RC. The epidemiology of depression in metropolitan China.

Psychol Med. 2009 May;39(5):735-47. doi: 10.1017/S0033291708004091. Epub 2008 Aug 20.

Pirkis J(1), Pfaff J, Williamson M, Tyson O, Stocks N, Goldney R, Draper B. The community prevalence of depression in older Australians.

Snowdon J, Lautenschlager N, Almeida OP. *J Affect Disord.* 2009 May;115(1-2):54-61. doi: 10.1016/j.jad.2008.08.014. Epub 2008 Sep 24.

Barroilhet, Sergio; Fritsch, Rosemarie; Guajardo, Viviana; Martínez, Vania; Vöhringer, Paul; Araya, Ricardo; Rojas, Graciela. Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos / Suicidal ideation, self-directed violence and depression among Chilean school adolescents. *Rev. méd. Chile*;140(7):873-881, jul. 2012. ilustr.

Pickett YR(1), Bazalais KN, Bruce ML. Late-life depression in older African Americans: a comprehensive review of epidemiological and clinical data. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2013 Sep;28(9):903-13. doi: 10.1002/gps.3908. Epub 2012 Dec 7.

35. Hiperplasia benigna de próstata

Términos de Búsqueda: -Hiperplasia benigna de próstata incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 2 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 25 artículos.

No hay artículos de relevancia para esta estimación de demanda

36. Ortesis Mayores de 65 años

Términos de Búsqueda: Eortesis, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Tratamiento quirúrgico, Años 2011 a la fecha.

No hubo artículos que informaran sobre la epidemiología de la enfermedad.

37. Accidente Cerebrovascular isquémico

Términos de Búsqueda: Accidente Cerebrovascular isquémico- incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 23 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 139 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Abboud H., Labreuche J, Arauz A, Bryer A, Lavados PG, Massaro A, Munoz Collazos

M, Steg PG, Yamout BI, Vicaut E, Amarenco P; OPTIC Registry Investigators. Demographics, socioeconomic characteristics, and risk factor prevalence in patients with non-cardioembolic ischaemic stroke in low- and middle-income countries: the OPTIC registry. *Int J Stroke*. 2013 Oct;8 Suppl A100:4-13. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00893.x. Epub 2012 Sep 13.

Al-Shimmery EK., Amein SH, Al-Tawil NG. Prevalence of silent stroke in Kurdistan, Iraq. *Neurosciences (Riyadh)*. 2010 Jul;15(3):167-71.

Andersen KK, Andersen ZJ, Olsen TS. Age- and gender-specific prevalence of cardiovascular risk factors in 40,102 patients with first-ever ischemic stroke: a Nationwide Danish Study. *Stroke*. 2010 Dec;41(12):2768-74. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.595785. Epub 2010 Oct 21.

Arias-Rivas S., Vivancos-Mora J, Castillo J; En Nombre de Los Investigadores Del Registro Epices.[Epidemiology of the subtypes of stroke in hospitalised patients attended by neurologists: results of the EPICES registry (I)]. *Rev Neurol*. 2012 Apr 1;54(7):385-93.

Arquivos de Neuro-Psiquiatria; Copstein, Leslie; Fernandes, Jefferson Gomes; Bastos, Gisele Alsina Nader.Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil / Prevalência e fatores de risco para AVC numa população do sul do Brasil. *Arq. neuropsiquiatr*;71(5):300-300, maio 2013.

Barengo NC., Hu G, Kastarinen M, Antikainen R, Tuomilehto J. The effects of awareness, treatment and control of hypertension on future stroke incidence in a community-based population study in Finland. *J Hypertens*. 2009 Jul;27(7):1459-65.

Béjot Y., Daubail B, Jacquin A, Durier J, Osseby GV, Rouaud O, Giroud M.Trends in the incidence of ischaemic stroke in young adults between 1985 and2011: the Dijon Stroke Registry. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014 May;85(5):509-13.

Bjorn-Mortensen K., Lynggaard F, Pedersen ML.Incidence of Greenlandic stroke-survivors in Greenland: a 2-year cross-sectional study. *Int J Circumpolar Health*. 2013 Nov 22;72:22626. doi: 10.3402/ijch.v72i0.22626.

Cesaroni G., Agabiti N, Forastiere F, Perucci CA. Socioeconomic differences in stroke incidence and prognosis under a universal healthcare system. *Stroke*. 2009 Aug;40(8):2812-9. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.542944. Epub 2009 May 28.

Chau PH., Woo J, Goggins WB, Tse YK, Chan KC, Lo SV, Ho SC. Trends in stroke incidence in Hong Kong differ by stroke subtype. *Cerebrovasc Dis*. 2011;31(2):138-46. doi: 10.1159/000321734. Epub 2010 Dec 4.

Chen CY., Huang YB, Tzu-Chi Lee C. Epidemiology and disease burden of ischemic stroke in Taiwan. *Int J Neurosci*. 2013 Oct;123(10):724-31.

Christerson S., Strömberg B. Childhood stroke in Sweden I: incidence, symptoms, risk factors and short-term outcome. *Acta Paediatr*. 2010 Nov;99(11):1641-9.

Copstein L., Fernandes JG, Bastos GA. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013 May;71(5):294-300.

de Carvalho JJ., Alves MB, Viana GÃ, Machado CB, dos Santos BF, Kanamura AH, Lottenberg CL, Neto MC, Silva GS. Stroke epidemiology, patterns of management, and outcomes in Fortaleza, Brazil: a hospital-based multicenter prospective study. *Stroke*. 2011 Dec;42(12):3341-6.

de Jesús Llibre J., Valhuerdi A, Fernández O, Llibre JC, Porto R, López AM, Marcheco B, Moreno C. Prevalence of stroke and associated risk factors in older adults in Havana City and Matanzas Provinces, Cuba (10/66 population-based study). *MEDICC Rev*. 2010 Jul;12(3):20-6.

Feigin VL., Barker-Collo S, Krishnamurthi R, Theadom A, Starkey N. Epidemiology of ischaemic stroke and traumatic brain injury. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2010 Dec;24(4):485-94. doi:10.1016/j.bpa.2010.10.006. Epub 2010 Nov 29.

Hajduk M, Androvic A, Bilic-Genter M, Trkulja V. A population-based prospective 24-month study of stroke: incidence and 30-day case-fatality rates of first-ever strokes in Croatia. *Neuroepidemiology*. 2012;38(3):164-71.

Harmsen P., Wilhelmsen L, Jacobsson A. Stroke incidence and mortality rates 1987 to 2006 related to secular trends of cardiovascular risk factors in Gothenburg, Sweden. *Stroke*. 2009 Aug;40(8):2691-7.

Hilmarsson A., Kjartansson O, Olafsson E. Incidence of first stroke: a population study in Iceland. *Stroke*. 2013 Jun;44(6):1714-6.

Howard VJ., Kleindorfer DO, Judd SE, McClure LA, Safford MM, Rhodes JD, Cushma M, Moy CS, Soliman EZ, Kissela BM, Howard G. Disparities in stroke incidence contributing to disparities in stroke mortality. *Ann Neurol*. 2011 Apr;69(4):619-27.

Iguchi Y., Kimura K, Sone K, Miura H, Endo H, Yamagata S, Koide H, Suzuki K, Kimura T, Sakurai M, Mishima N, Yoshii K, Fujisawa H, Ebisutani S; Kurashiki Stroke Registry investigators. Stroke incidence and usage rate of thrombolysis in a Japanese urban city: the Kurashiki stroke registry. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2013 May;22(4):349-57.

Ihle-Hansen H., Thommessen B, Wyller TB, Engedal K, Fure B. Risk factors for and incidence of subtypes of ischemic stroke. *Funct Neurol*. 2012 Jan-Mar;27(1):35-40.

Incidence of stroke subtypes, prognosis and prevalence of risk factors in Joinville, Brazil: a 2 year community based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009 Jul;80(7):755-61.

Ivankovi M., Drobac M, Gverović-Antunica A, Demarin V. The incidence of stroke at Department of Neurology, Dubrovnik General Hospital in 2008. *Acta Clin Croat.* 2011 Dec;50(4):509-12.

Janes F., Gigli GL, D'Anna L, Cancelli I, Perelli A, Canal G, Russo V, Zanchettin B, Valente M. Stroke incidence and 30-day and six-month case fatality rates in Udine, Italy: a population-based prospective study. *Int J Stroke.* 2013 Oct;8 Suppl A100:100-5.

Kamal AK., Itrat A, Murtaza M, Khan M, Rasheed A, Ali A, Akber A, Akber Z, Iqbal N, Shoukat S, Majeed F, Saleheen D. The burden of stroke and transient ischemic attack in Pakistan: a community-based prevalence study. *BMC Neurol.* 2009 Dec 1;9:58.

Kelly PJ., Crispino G, Sheehan O, Kelly L, Marnane M, Merwick A, Hannon N, Ní Chróinín D, Callaly E, Harris D, Horgan G, Williams EB, Duggan J, Kyne L, McCormack P, Dolan E, Williams D, Moroney J, Kelleher C, Daly L. Incidence, event rates, and early outcome of stroke in Dublin, Ireland: the North Dublin population stroke study. *Stroke.* 2012 Aug;43(8):2042-7. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.645721. Epub 2012 Jun 12.

Khellaf M., Quantin C, d'Athis P, Fassa M, Jooste V, Hervieu M, Giroud M, Béjot Y. Age-period-cohort analysis of stroke incidence in Dijon from 1985 to 2005. *Stroke.* 2010 Dec;41(12):2762-7. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.592147. Epub 2010 Nov 11.

Kissela BM., Khoury JC, Alwell K, Moomaw CJ, Woo D, Adeoye O, Flaherty ML, Khatri P, Ferioli S, De Los Rios La Rosa F, Broderick JP, Kleindorfer DO. Age at stroke: temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. *Neurology.* 2012 Oct 23;79(17):1781-7.

Kleindorfer DO., Khoury J, Moomaw CJ, Alwell K, Woo D, Flaherty ML, Khatri P, Adeoye O, Ferioli S, Broderick JP, Kissela BM. Stroke incidence is decreasing in whites but not in blacks: a population-based estimate of temporal trends in stroke incidence from the Greater Cincinnati / Northern Kentucky Stroke Study. *Stroke.* 2010 Jul;41(7):1326-31.

Koton S., Schneider AL., Rosamond WD(3), Shahar E., Sang Y., Gottesman RF., Coresh J. Stroke incidence and mortality trends in US communities, 1987 to 2011. *JAMA.* 2014 Jul 16;312(3):259-68. doi: 10.1001/jama.2014.7692.

Kotsaftis P., Ntaios G, Savopoulos C, Kiparoglou R, Agapakis D, Baltatzi M, Tsesmeli N, Hatzitolios A. Trend in incidence of cardiovascular risk factors in elderly and over-aged stroke patients between 2003 and 2007 in Greece. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010 May-Jun;50(3):e31-5. doi: 10.1016/j.archger.2009.05.002. Epub 2009 Jun 10.

Laugesaar R., Kolk A, Uustalu U, Ilves P, Tomberg T, Talvik I, Köbas K, Sander V, Talvik T. Epidemiology of childhood stroke in Estonia. *Pediatr Neurol.* 2010 Feb;42(2):93-100.

Leyden JM., Kleinig TJ, Newbury J, Castle S, Cranefield J, Anderson CS, Crotty

M, Whitford D, Jannes J, Lee A, Greenhill J. Adelaide stroke incidence study: declining stroke rates but many preventable cardioembolic strokes. *Stroke.* 2013 May;44(5):1226-31. doi: 10.1161/STROKEAHA.113.675140. Epub 2013 Mar 12.

Maheswaran R., Pearson T, Smeeton NC, Beevers SD, Campbell MJ, Wolfe CD. Outdoor air pollution and incidence of ischemic and hemorrhagic stroke: a small-area level ecological study. *Stroke.* 2012 Jan;43(1):22-7.

Mallick AA., Ganesan V., Kirkham FJ, Fallon P., Hedderly T., McShane T, Parker AP, Wassmer E, Wraight E, Amin S, Edwards HB, Tilling K, O'Callaghan FJ. Childhood arterial ischaemic stroke incidence, presenting features, and risk factors: a prospective population-based study. *Lancet Neurol.* 2014 Jan;13(1):35-43. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70290-4. Epub 2013 Dec 2.

Marshall IJ., Wang Y, McKeivitt C, Rudd AG, Wolfe CD. Trends in risk factor prevalence and management before first stroke: data from the South London Stroke Register 1995-2011. *Stroke.* 2013 Jul;44(7):1809-16. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.000655. Epub 2013 May 9.

Morgenstern LB., Smith MA, Sánchez BN, Brown DL, Zahuranec DB, Garcia N, Kerber KA, Skolarus LE, Meurer WJ, Burke JF, Adelman EE, Baek J, Lisabeth LD. Persistent ischemic stroke disparities despite declining incidence in Mexican Americans. *Ann Neurol.* 2013 Dec;74(6):778-85. doi: 10.1002/ana.23972. Epub 2013 Aug 13.

Morren JA, Salgado ED. Prevalence and control of stroke risk factors in a South Florida population. *Int J Neurosci.* 2012 Dec;122(12):734-41. doi: 10.3109/00207454.2012.721410. Epub 2012 Sep 25.

Nguyen HN., Fujiyoshi A, Abbott RD, Miura K. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Asian countries. *Circ J.* 2013;77(12):2851-9. Epub 2013 Nov 15.

Noda H., Iso H, Saito I, Konishi M, Inoue M, Tsugane S; JPHC Study Group. The impact of the metabolic syndrome and its components on the incidence of ischemic heart disease and stroke: the Japan public health center-based study. *Hypertens Res.* 2009 Apr;32(4):289-98. doi: 10.1038/hr.2009.14. Epub 2009 Feb 27.

Palm F., Urbanek C, Rose S, Buggle F, Bode B, Hennerici MG, Schmieder K, Inselmann G, Reiter R, Fleischer R, Piplack KO, Safer A, Becher H, Grau AJ. Stroke Incidence and Survival in Ludwigshafen am Rhein, Germany: the Ludwigshafen Stroke Study (LuSSt). *Stroke.* 2010 Sep;41(9):1865-70.

Pikija S., Cvetko D, Malojčić B, Trkanjec Z, Pavliček I, Lukić A, Kopjar A, Rosengren A., Giang KW, Lappas G, Jern C, Torén K, Björck L. Twenty-four-year trends in the incidence of ischemic stroke in Sweden from 1987 to 2010. *Stroke.* 2013 Sep;44(9):2388-93.

Sacco S., Stracci F, Cerone D, Ricci S, Carolei A. Epidemiology of stroke in Italy. *Int J Stroke.* 2011 Jun;6(3):219-27.

Sridharan SE., Unnikrishnan JP, Sukumaran S, Sylaja PN, Nayak SD, Sarma PS, Radhakrishnan K. Incidence, types, risk factors, and outcome of stroke in a developing country: the Trivandrum Stroke Registry. *Stroke.* 2009 Apr;40(4):1212-8.

Sun XG., Wang YL., Zhang N., Wang T., Liu YH., Jin X., Li LJ., Feng J. Incidence and trends of stroke and its subtypes in Changsha, China from 2005 to 2011. *J Clin Neurosci.* 2014 Mar;21(3):436-40. doi: 10.1016/j.jocn.2013.04.028.

Takizawa S., Shibata T, Takagi S, Kobayashi S; Japan Standard Stroke Registry Study Group. Seasonal variation of stroke incidence in Japan for 35631 stroke patients in the Japanese Standard Stroke Registry, 1998-2007. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2013 Jan;22(1):36-41. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.06.005. Epub 2011 Jul 19.

Thrift AG., Dewey HM, Sturm JW, Srikanth VK, Gilligan AK, Gall SL, Macdonell RA, McNeil JJ, Donnan GA. Incidence of stroke subtypes in the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS): differences between men and women. *Neuroepidemiology.* 2009;32(1):11-8.

Tsai CF., Thomas B, Sudlow CL. Epidemiology of stroke and its subtypes in Chinese vs white populations: a systematic review. *Neurology*. 2013 Jul 16;81(3):264-72.

Tse LA., Fang XH, Wang WZ, Qiu H, Yu IT. Incidence of ischaemic and haemorrhagic stroke and the association with smoking and smoking cessation: a 10-year multicentre prospective study in China. *Public Health*. 2012 Nov;126(11):960-6.

Vaartjes I., O'Flaherty M, Capewell S, Kappelle J, Bots M. Remarkable decline in ischemic stroke mortality is not matched by changes in incidence. *Stroke*. 2013 Mar;44(3):591-7. doi: 10.1161/STROKEA-HA.112.677724. Epub 2012 Dec 4.

Wang Y., Rudd AG, Wolfe CD. Age and ethnic disparities in incidence of stroke over time: the South London Stroke Register. *Stroke*. 2013 Dec;44(12):3298-304.

Wawrzynczyk M., Pierzchala K, Braczkowska B, Manka-Gaca I, Kumor K, Borowski D, Grodzicka-Zawisza L, Zejda J. Estimates of stroke incidence and case fatality in Zabrze, 2005-2006. *Neurol Neurochir Pol*. 2011 Jan-Feb;45(1):3-10.

Woodward M., Tsukinoki-Murakami R, Murakami Y, Suh I, Fang X, Ueshima H, Lam TH; Asia-Pacific Cohort Studies Collaboration. The epidemiology of stroke amongst women in the Asia-Pacific region. *Womens Health (Lond Engl)*. 2011 May;7(3):305-17.

Yonemoto K., Doi Y, Hata J, Ninomiya T, Fukuhara M, Ikeda F, Mukai N, Iida M, Kiyohara Y. Body mass index and stroke incidence in a Japanese community: the Hisayama study. *Hypertens Res*. 2011 Feb;34(2):274-9.

38. Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica

Términos de Búsqueda: Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica - incidencia - prevalencia - CHILE - Epidemiología. Años 2009 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 17 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 23 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Antunes F Desigualdades sociales en la distribución espacial de las hospitalizaciones por enfermedades respiratorias. *Cad saúde pública Rep. public health*;29(7):1346-1356, Jul. 2013. ilus, tab.

Izquierdo-Alonso JL Prevalence and characteristics of three clinical phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respir Med*. 2013 May;107(5):724-31. doi: 10.1016/j.rmed.2013.01.001. Epub 2013 Feb 16.

Papaioannou AI Sex discrepancies in COPD patients and burden of the disease in females: a nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health ecoNomics: GOLDEN study). *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014 Feb 17;9:203-13. doi: 10.2147/COPD.S52500. eCollection 2014.

39. Asma moderada y grave en menores de 15 años

Términos de Búsqueda: Asma Bronquial - incidencia - prevalencia - CHILE - Epidemiología. Años 2009 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 40 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 25 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Backman K y cols Adults face increased asthma risk after infant RSV bronchiolitis and reduced respiratory health-related quality of life after RSV pneumonia. *Acta Paediatrica* Volume 103, Issue 8, pages 850-855, August 2014.

Boneberger A y cols Environmental risk factors in the first year of life and childhood asthma in the Central South of Chile. *J Asthma*. 2011 Jun;48(5):464-9. doi: 10.3109/02770903.2011.576740. Epub 2011 May 9.

Bröms K y cols A nationwide study of asthma incidence rate and its determinants in Swedish pre-school children. *Eur J Epidemiol*. 2012 Sep;27(9):695-703. doi: 10.1007/s10654-012-9725-3. Epub 2012 Aug 22.

Bruske I Body mass index and the incidence of asthma in children. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2014 Apr;14 (2):155-60.

Mallol J y cols Prevalencia y perfil de sensibilización a aeroalérgenos en 1.199 niños asmáticos: serie consecutiva de casos. *Rev Med Chile* 2014; 142: 567-573.

Kausel L y cols Childhood Asthma and Allergies in Urban, Semiurban, and Rural Residential Sectors in Chile. *The Scientific World Journal* Volume 2013, Article ID 937935, 4 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/937935>.

Sharma BS y cols Prevalence of asthma in urban school children in Jaipur, Rajasthan. *Indian Pediatr*. 2012 Oct;49(10):835-6.

Song N Prevalence, severity and risk factors of asthma, rhinitis and eczema in a large group of Chinese school children. *J Asthma*. 2014 Apr;51(3):232-42. doi: 10.3109/02770903.2013.867973. Epub 2013 Dec 19.

Sousa y cols Prevalencia de asma y factores asociados: estudio de base poblacional en Sao Paulo, Sudeste de Brasil, 2008-2009. *Rev. saúde pública = J. public health*;46(5):825-833, out. 2012. Tab.

Vargas y cols Asociación inversa entre asma y defectos del tubo neural: estudio ecológico binacional. *Salud pública Méx*;54(4):418-424, jul.-ago. 2012. ilus, tab.

Backman K y cols Adults face increased asthma risk after infant RSV bronchiolitis and reduced respiratory health-related quality of life after RSV pneumonia. *Acta Paediatrica* Volume 103, Issue 8, pages 850-855, August 2014.

Sousa y cols Prevalencia de asma y factores asociados: estudio de base poblacional en Sao Paulo, Sudeste de Brasil, 2008-2009. Rev. saúde pública = J. public health;46(5):825-833, out. 2012. Tab.

Vargas y cols Asociación inversa entre asma y defectos del tubo neural: estudio ecológico binacional Salud pública Méx;54(4):418-424, jul.-ago. 2012. ilus, tab.

40. Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido

Términos de Búsqueda: Síndrome de dificultad Respiratoria del Recién Nacido - incidencia - prevalencia - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 2 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 7 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Minsal Guía Clínica Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido, 2011

Moura C A multicenter, randomized, double-blind trial of a new porcine surfactant in premature infants with respiratory distress syndrome. Einstein (Sao Paulo). 2014 Oct-Dec;12(4):397-404. doi: 10.1590/S1679-45082014A03095

Torvie AL Labor and delivery outcomes among young adolescents. Am J Obstet Gynecol 2015 Apr 30. pii: S0002-9378(15)00388-9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.04.024. [Epub ahead of print]

Valdés R y cols Morbilidad neonatal de los prematuros tardíos en embarazos únicos: estudio de caso-control. Rev chil obst.ginecol; 77(3):195-200, 2012.

41. tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla .

Términos de Búsqueda:-Artrosis, cadera y o rodilla, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 4 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 29 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Nguyen US(1), Zhang Y, Zhu Y, Niu J, Zhang B, Felson DT. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: survey and cohort data. Ann Intern Med. 2011 Dec 6;155(11):725-32.

Tamayo R, Mauro; Rebolledo S, Jame. Garantía de oportunidad, artrosis y autorreporte de salud en personas con artrosis en una comuna de la Región Metropolitana / Knowledge about health care rights among a group of Chilean patients with knee osteoarthritis Rev. méd. Chile;139(12):1617-1623, dic. 2011.

42. Ruptura Aneurismas Cerebrales toda edad

Términos de Búsqueda: Aneurismas cerebrales - incidencia - prevalencia - GES - AUGÉ - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Zhao L, Zhang L, Zhang X, Li Z(2), Tian L, Wang YX. An analysis of 1256 cases of sporadic ruptured cerebral aneurysm in a single Chinese institution. *PLoS One*. 2014 Jan 15;9(1):e85668.

Rincon F. Response to journal club: The epidemiology of admissions of nontraumatic subarachnoid hemorrhage in the United States. *Neurosurgery*. 2014 Feb;74(2):230-1.

Sabatino G, Della Pepa GM, Scerrati A, Maira G, Rollo M, Albanese A, Marchese E. Anatomical variants of the basal vein of Rosenthal: prevalence in idiopathic subarachnoid hemorrhage. *Acta Neurochir (Wien)*. 2014 Jan;156(1):45-51.

Korja M, Silventoinen K, Laatikainen T, Jousilahti P, Salomaa V, Hernesniemi J, Kaprio J. Risk factors and their combined effects on the incidence rate of subarachnoid Hemorrhage --a population-based cohort study. *PLoS One*. 2013 Sep 9;8(9):e73760

Zhang J, Liu G, Arima H, Li Y, Cheng G, Shiue I, Lv L, Wang H, Zhang C, Zhao J, Anderson CS; CHERISH Investigators. Incidence and risks of subarachnoid hemorrhage in China. *Stroke*. 2013 Oct;44(10):2891-3.

Juvela S, Poussa K, Lehto H, Porras M. Natural history of unruptured intracranial aneurysms: a long-term follow-up study. *Stroke*. 2013 Sep;44(9):2414-21.

Kim YW, Neal D, Hoh BL. Risk factors, incidence, and effect of cardiac failure and myocardial infarction in aneurysmal subarachnoid hemorrhage patients. *Neurosurgery*. 2013 Sep;73(3):450-7

Müller TB, Sandvei MS, Kvistad KA, Rydland J, Håberg A, Vik A, Gårseth M, Stovner LJ. Unruptured intracranial aneurysms in the Norwegian Nord-Trøndelag Health Study (HUNT): risk of rupture calculated from data in a population-based cohort study. *Neurosurgery*. 2013 Aug;73(2):256-61; discussion 260; quiz 261.

Shiue I. Patterns of subarachnoid hemorrhage admissions in England, 2008-2011. *Eur Neurol*. 2013;69(4):242-5.

Alvarez G, Cox P, Pairoa M, García M, Delgado I, Lavados PM. Incidence of subarachnoid haemorrhage in the Aconcagua Valley, Chile: a community-based, prospective surveillance project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010 Jul;81(7):778-82.

43. Tratamiento Quirúrgico de los Tumores del Sistema Nervioso Central

Términos de Búsqueda: Tumores del Sistema Nervioso Central - incidencia - prevalencia - GES - AUGÉ - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 5 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 179 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Cambruzzi, Eduardo; Zettler, Cláudio Galeano; Pêgas, Karla Laís; Wanderlei, Ana Beatriz Sperb; Kaercher Junior, Darci; Duarte, Márcia Ribeiro; Penno, Allan Kruger; Giliane Gianissella, Giliane; Basso, Monique Giongo. Prevalence and histological aspects of primary central nervous system tumors at the Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. *Rev. AMRIGS*;54(1):7-12, jan.-mar. 2010.

Rojas Z., David. Registro nacional de tumores del sistema nervioso central: [Editorial] *Rev. chil. neuro-psiquiatr*;50(2):83-84, jun. 2012.

Ramos-Clason, Enrique C; Tuñón-Pitalua, Martha C; Rivas-Muñoz, Fabio A; Veloza-Cabrera, Luis A. Tumores primarios del sistema nervioso central en Cartagena, 2001- 2006. *Rev. salud pública*;12(2):257-267, abr. 2010.

Ozawa H., Aizawa T, Kanno H, Sano H, Itoi E. Epidemiology of surgically treated primary spinal cord tumors in Miyagi, Japan. *Neuroepidemiology*. 2013;41(3-4):156-60.

Marcus LP, McCutcheon BA, Noorbakhsh A, Parina RP, Gonda DD, Chen C, Chang DC, Carter BS. Incidence and predictors of 30-day readmission for patients discharged home after craniotomy for malignant supratentorial tumors in California (1995-2010). *J Neurosurg*. 2014 May;120(5):1201-11.

Hansen TM., Batra S, Lim M, Gallia GL, Burger PC, Salvatori R, Wand G, Quinones-Hinojosa A, Kleinberg L, Redmond KJ. Invasive adenoma and pituitary carcinoma: a SEER database analysis. *Neurosurg Rev*. 2014 Apr;37(2):279-85; discussion 285-6. doi:10.1007 / s10143-014-0525-y.

Agarwal V., Babu R, Grier J, Adogwa O, Back A, Friedman AH, Fukushima T,

Adamson C. Cerebellopontine angle meningiomas: postoperative outcomes in a modern cohort. *Neurosurg Focus*. 2013 Dec;35(6):E10.

Nowak A, Dziedzic T, Marchel A. Surgical management of posterior petrous meningiomas. *Neurol Neurochir Pol*. 2013 Sep-Oct;47(5):456-66.

Voulgaris S., Alexiou GA, Zigouris A, Fotakopoulos G, Michos E, Katsiafas I, Savvanis G, Pachatouridis D. Spinal ependymomas: prognostic factors and treatment results. *J Cancer Res Ther*. 2013 Jan-Mar;9(1):60-3.

Riad H., Knafo S, Segnarbieux F, Lonjon N. Spinal meningiomas: surgical outcome and literature review. *Neurochirurgie*. 2013 Feb;59(1):30-4.

Oh MC., Kim JM, Kaur G, Safaee M, Sun MZ, Singh A, Aranda D, Molinaro AM, Parsa

AT. Prognosis by tumor location in adults with spinal ependymomas. *J Neurosurg Spine*. 2013 Mar;18(3):226-35. doi: 10.3171/2012.12.SPINE12591.

Raysi Dehcordi S., De Paulis D, Marzi S, Ricci A, Cimini A, Cifone MG, Galzio RJ. Survival prognostic factors in patients with glioblastoma: our experience. *J Neurosurg Sci*. 2012 Sep;56(3):239-45.

Hirano K., Imagama S, Sato K, Kato F, Yukawa Y, Yoshihara H, Kamiya M, Deguchi M, Kanemura T, Matsubara Y, Inoh H, Kawakami N, Takatsu T, Ito Z, Wakao N, Ando K, Tauchi R, Muramoto A, Matsuyama Y, Ishiguro N. Primary spinal cord tumors: review of 678 surgically treated patients in Japan. A multicenter study. *Eur Spine J*. 2012 Oct;21 (10):2019-26.

Selvanathan SK., Hammouche S, Smethurst W, Salminen HJ, Jenkinson MD. Outcome and prognostic features in adult pineoblastomas: analysis of cases from the SEER database. *Acta Neurochir (Wien)*. 2012 May;154(5):863-9.

Solheim O., Jakola AS, Gulati S, Johannesen TB. Incidence and causes of perioperative mortality after primary surgery for intracranial tumors: a national, population-based study. *J Neurosurg*. 2012 Apr;116(4):825-34.

Fernandez-Miranda JC., Gardner PA, Snyderman CH, Devaney KO, Strojan P, Suárez C, Genden EM, Rinaldo A, Ferlito A. Craniopharyngioma: a pathologic, clinical, and surgical review. *Head Neck*. 2012 Jul;34(7):1036-44.

Chaichana KL., Chaichana KK, Olivi A, Weingart JD, Bennett R, Brem H, Quiñones - Hinojosa A. Surgical outcomes for older patients with glioblastoma multiforme: preoperative factors associated with decreased survival. Clinical article. *J Neurosurg*. 2011 Mar;114(3):587-94. doi: 10.3171/2010.8.JNS1081.

Steiger HJ., Turowski B, Hänggi D. Prognostic factors for the outcome of surgical and conservative treatment of symptomatic spinal cord cavernous malformations: a review of a series of 20 patients. *Neurosurg Focus*. 2010 Sep;29(3):E13. doi: 10.3171/2010.6.FOCUS10123.

Rodríguez D., Cheung MC, Housri N, Quinones-Hinojosa A, Camphausen K, Koniaris LG. Outcomes of malignant CNS ependymomas: an examination of 2408 cases through the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) database (1973-2005). *J Surg Res*. 2009 Oct;156(2):340-51.

44. Tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo

Términos de Búsqueda: -hernia lumbar, hernia del núcleo pulposo lumbar, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 11 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 61 artículos.

No ha artículos para seleccionar que sean útiles para este estudio

45. Leucemia en personas de 15 años y más

Términos de Búsqueda: Leucemia - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 8 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 122 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Abrisqueta P., Pereira A, Rozman C, Aymerich M, Giné E, Moreno C, Muntañola A, Rozman M, Villamor N, Hodgson K, Campo E, Bosch F, Montserrat E. Improving survival in patients with chronic lymphocytic leukemia (1980-2008): the Hospital Clinic of Barcelona experience. *Blood*. 2009 Sep 3;114(10):2044-50.

Bekadja MA., Hamladji RM, Belhani M, Ardjoun FZ, Abad MT, Touhami H, Ait-Ali H, Zouaoui Z, Sidimansour N, Hamdi S, Grifi F, Mesli N, Saidi M, Mehalhal N, Bachiri A, Bouhass R, Said YM, Midoun N. A population-based study of the epidemiology and clinical features of adults with acute myeloid leukemia in Algeria: report on behalf of the Algerian Acute Leukemia Study Group. *HematolOncol Stem Cell Ther.* 2011;4(4):161-6.

Call TG., Norman AD, Hanson CA, Achenbach SJ, Kay NE, Zent CS, Ding W, Cerhan JR, Rabe KG, Vachon CM, Hallberg EJ, Shanafelt TD, Slager SL. Incidence of chronic lymphocytic leukemia and high-count monoclonal B-cell lymphocytosis using the 2008 guidelines. *Cancer.* 2014 Jul 1;120(13):2000-5

Chen Y., Kantarjian H, Wang H, Cortes J, Ravandi F. Acute promyelocytic leukemia: a population-based study on incidence and survival in the United States, 1975-2008. *Cancer.* 2012 Dec 1;118(23):5811-8.

El Rassi F, Ward KC., Flowers CR., Heffner LT., Waller EK., Winton EF., Vaughn J., Hill BG., Langston A., Nooka A., Arellano M., Khoury HJ. Incidence and geographic distribution of adult acute leukemia in the state of Georgia. *South Med J.* 2014 Aug;107(8):497-500.

Lengfelder E., Hanfstein B, Haferlach C, Braess J, Krug U, Spiekermann K, Haferlach T, Kreuzer KA, Serve H, Horst HA, Schnittger S, Aul C, Schultheis B, Erben P, Schneider S, Müller-Tidow C, Wörmann B, Berdel WE, Sauerland C, Heinecke A, Hehlmann R, Hofmann WK, Hiddemann W, Büchner T; German Acute Myeloid Leukemia Cooperative Group (AMLCG). Outcome of elderly patients with acute promyelocytic leukemia: results of the German Acute Myeloid Leukemia Cooperative Group. *Ann Hematol.* 2013 Jan;92(1):41-52.

Lerch E., Espeli V, Zucca E, Leoncini L, Scali G, Mora O, Bordoni A, Cavalli F, Ghielmini M. Prognosis of acute myeloid leukemia in the general population: data from southern Switzerland. *Tumori.* 2009 May-Jun;95(3):303-10.

Matsunaga T., Yamashita K, Kubuki Y, Toyama T, Imataki O, Maeda K, Kawano N, Satou S, Kawano H, Ishizaki J, Yoshida S, Kameda T, Sasaki T, Sekine M, Kamiunten A, Taniguchi Y, Hidaka T, Katayose K, K-Shimoda H, Shide K, Yamamoto S, Moritake H, Nuno H, Makino S, Kitanaka A, Matsuoka H, Shimoda K. Acute myeloid leukemia in clinical practice: a retrospective population-based cohort study in Miyazaki Prefecture, Japan. *Int J Hematol.* 2012 Sep;96(3):342-9.

Maynadié M., Girodon F, Manivet-Janoray I, Mounier M, Mugneret F, Bailly F, Favre B, Caillot D, Petrella T, Flesch M, Carli PM. Twenty-five years of epidemiological recording on myeloid malignancies: data from the specialized registry of hematologic malignancies of Cote d'Or (Burgundy, France). *Haematologica.* 2011 Jan;96(1):55-61.

Ni X., Shen ZX, Chen FY, Liang H, Lu FJ, Chen J, Wang C, Shao JB, Hou J, Zou SH, Wang JM. Trend in the incidence and geographic variations of acute lymphoblastic leukemia in Shanghai, China from 2002 to 2006. *Chin Med J (Engl).* 2011 Aug;124(16):2406-10.

Osca-Gelis G., Puig-Vives M, Saez M, Gallardo D, Solé F, Marcos-Gragera R. Incidence and survival of chronic myelomonocytic leukemia in Girona (Spain): a population-based study, 1993-2007. *Leuk Res.* 2012 Oct;36(10):1262-6.

Pardo Ramos, Constanza; Cendales Duarte, Ricardo. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006 / Estimated incidence and mortality from cancer in Colombia 2002-2006. Bogotá; Instituto Nacional de Cancerología; 2010. 143 p. ab.

Paulson K., Serebrin A, Lambert P, Bergeron J, Everett J, Kew A, Jones D, Mahmud S, Meloche C, Sabloff M, Sharif I, Storrington J, Turner D, Seftel MD. Acute promyelocytic leukaemia is characterized by stable incidence and improved survival that is restricted to patients managed in leukaemia referral centres: a pan-Canadian epidemiological study. *Br J Haematol.* 2014 Sep;166(5):660-6.

Polednak AP. Recent improvement in completeness of incidence data on acute myeloid leukemia in US cancer registries. *J Registry Manag.* 2014 Summer;41(2):77-84.

Pullarkat ST, Danley K, Bernstein L, Brynes RK, Cozen W. High lifetime incidence of adult acute lymphoblastic leukemia among Hispanics in California. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009 Feb;18(2):611-5

Storm HH., Klint A, Tryggvadóttir L, Gislum M, Engholm G, Bray F, Hakulinen T. Trends in the survival of patients diagnosed with malignant neoplasms of lymphoid, haematopoietic, and related tissue in the Nordic countries 1964-2003 followed up to the end of 2006. *Acta Oncol.* 2010 Jun;49(5):694-712.

Thygesen LC., Nielsen OJ, Johansen C. Trends in adult leukemia incidence and survival in Denmark, 1943-2003. *Cancer Causes Control.* 2009 Nov;20(9):1671-80.

van den Broek EC., Kater AP, van de Schans SA, Karim-Kos HE, Janssen-Heijnen ML, Peters WG, Nooijen PT, Coebergh JW, Posthuma EF. Chronic lymphocytic leukaemia in the Netherlands: trends in incidence, treatment and survival, 1989-2008. *Eur J Cancer.* 2012 Apr;48(6):889-95.

Wang AH., Wang YY, Yao Y, Xu ZZ, Zhou L, Wang L, Zhang L, Chen Y, Shen ZX, Hu J, Li JM. Summary of 615 patients of chronic myeloid leukemia in Shanghai from 2001 to 2006. *J Exp Clin Cancer Res.* 2010 Mar 3;29:20. doi: 10.1186/1756-9966-29-20.

Wennström L., Safai-Kutti S, Stockelberg D, Holmberg E, Palk K, Varik M, Viigimaa I, Vaht K, Luik E, Everaus H, Kutti J. The incidence and survival of acute de novo leukemias in Estonia and in a well-defined region of western Sweden during 1997-2001: a survey of patients aged 16-64 years. *Acta Haematol.* 2011;126(3):176-85.

46. Urgencias odontológicas ambulatorias

Términos de Búsqueda: Urgencias odontológicas - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 8 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 6 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Cigales Reyes, Anabel; Chaviano Moreno, Magalys; Sánchez Delgado, Zoe; Robaina Rivero, Estela del Rosario; García Romero, Milaida. Comportamiento epidemiológico de urgencia por caries dental: policlínico Universitario 7 de Diciembre, Jagüey Grande, septiembre-diciembre 2007. *Rev. medica electron;*33(4):416-422, jul.-ago. 2011.

Figueiredo, Priscilla Bittencourt de Almeida; Silva, Alexandre Roberto Queiroz da; Silva, Bruna Queiroz da. Profile of pediatric dentistry services in the urgency and emergency sectors of the dental clinic at centro Universitário do Pará (CESUPA). *Arq. odontol*;49(2):88-95, 2013.

García Pérez, Neivys; Legañoa Alonso, Jacqueline; Alonso Montes de Oca, Carmen; Montalvo Céspedes, Neisa. Comportamiento de los traumatismos dentoalveolares en niños y adolescentes / Behavior of dentoalveolar traumatism in children and adolescents. *Arch. méd. Camaguey*;14(1), ene.-feb. 2010.

Mirabal Peón, Magaly Sofía; Tabares Alonso, Yadelis; Duque Reyes, María Victoria; Alfonso Biart, Belkis; Reyes Martín, Belkis; Villegas Rojas, Ivèrnis. Urgencias por caries dental en pacientes de 4 a 12 años. Municipio Píritu, Venezuela: 2011 / Dental caries urgencies in patients aged 4 to 12 years. Municipality of Píritu, Venezuela: 2011. *Rev. medica electron*;36(1):25-33, ene.-feb. 2014.

Shqair AQ, Gomes GB, Oliveira A, Goettems ML, Romano AR, Schardozim LR, Bonow ML, Torriani DD. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. *Braz Oral Res*. 2012 Jan-Feb;26(1):50-6.

Shqair, Ayah Qassem; Gomes, Genara Brum; Oliveira, Aduê; Goettems, Marília Leão; Romano, Ana Regina; Schardozim, Lisandrea Rocha; Bonow, Maria Laura Menezes; Torriani, Dione Dias. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. *Braz. oral res*;26(1):50-56, Jan.-Feb. 2012.

Verma S, Chambers I. Dental emergencies presenting to a general hospital emergency department in Hobart, Australia. *Aust Dent J*. 2014 Sep;59(3):329-33.

47. Salud oral integral para adultos de 60 años

Términos de Búsqueda: salud oral - incidencia - prevalencia - GES - AUGÉ - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 14 publicaciones.

Artículos seleccionados para revisión:

Graça, Claudia Cerqueira. Oral health of adults and the elderly: epidemiological situation and study the association with the perception of the quality of life. Salvador; s.n; 2009. 90 p. Presentada en Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva para obtención del grado de Doutor.

Mallmann, Fernanda Hilgert; Toassi, Ramona Fernanda Ceriotti; Abegg, Claides. Epidemiological profile of need and use of dental prosthesis by individuals aged 50-74 years, residents in three Health Districts of the Municipality of Porto Alegre, State of Rio Grande do Sul, Brazil, in 2008. *Epidemiol. serv. saúde*;21(1):79-88, jan.-mar. 2012.

Ribeiro, Marco Túlio Freitas; Rosa, Marco Aurélio Camargo da; Lima, Rosa Maria Natal de; Vargas, Andréa Maria Duarte; Haddad, João Paulo Amaral; Ferreira e Ferreira, Efigênia. Edentulismo dental y arco dental reducido en ancianos de la Pesquisa Nacional de Salud Bucal 2003. *Rev. saúde pública = J. public health*;45(5):817-823, Oct. 2011.

Torres, Marcelo Ferreira; Cardoso, Mayra; Martins, Carolina Dacier Lobato; Lourenço, Eduardo José Veras; Telles, Daniel de Moraes. The need for complete dentures in Brazil: an epidemiological approach for the next 10 years. *RPG rev. pos-grad*;16(2):71-74, abr.-jun. 2009.

48. Politraumatizado Grave

Términos de Búsqueda: XX - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Latifi R, El-Menyar A, El-Hennawy H, Al-Thani H. Rollover car crashes with ejection: a deadly combination--an analysis of 719 patients. *Scientific World Journal*. 2014 Feb 16;2014:250540.

49. Traumatismo Encéfalo Craneano toda edad

Términos de Búsqueda: XX - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Raj R, Siironen J, Kivisaari R, Kuisma M, Brinck T, Lappalainen J, Skrifvars MB. Factors correlating with delayed trauma center admission following traumatic brain injury. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2013 Sep 10;21:67.

Sugerman DE, Xu L, Pearson WS, Faul M. Patients with severe traumatic brain injury transferred to a Level I or II trauma center: United States, 2007 to 2009. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012 Dec;73(6):1491-9.

Koepsell TD, Rivara FP, Vavilala MS, Wang J, Temkin N, Jaffe KM, Durbin DR. Incidence and descriptive epidemiologic features of traumatic brain injury in King County, Washington. *Pediatr Emerg Care*. 2012 Sep;28(9):926-32.

Andriessen TM, Horn J, Franschman G, van der Naalt J, Haitsma I, Jacobs B, Steyerberg EW, Vos PE. Epidemiology, severity classification, and outcome of moderate and severe traumatic brain injury: a prospective multicenter study. *J Neurotrauma*. 2011 Oct;28(10):2019-31.

Rickels E, von Wild K, Wenzlaff P. Head injury in Germany: A population-based prospective study on epidemiology, causes, treatment and outcome of all degrees of head-injury severity in two distinct areas. *Emerg Med J*. 2012 Jun;29(6):451-4. Katsaragakis S, Drimousis PG, Toutouzas K, Stefanatou M, Larentzakis A, Theodoraki ME, Stergiopoulos S, Theodorou D. Traumatic brain injury in Greece: report of a countrywide registry. *Brain Inj*. 2010;24(6):871-6.

Marin JR, Weaver MD(2), Yealy DM(2), Mannix RC. Trends in visits for traumatic brain injury to emergency departments in the United States. *JAMA*. 2014 May 14;311(18):1917-9.

50. Trauma Ocular toda edad

Términos de Búsqueda: Trauma ocular - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Cheung CA, Rogers-Martel M, Golas L, Chepurny A, Martel JB, Martel JR. Hospital-based ocular emergencies: epidemiology, treatment, and visual outcomes. *Am J Emerg Med*. 2014 Mar;32(3):221-4.

Larque-Daza AB, Peralta-Calvo J, Lopez-Andrade J. Epidemiology of open-globe trauma in the southeast of Spain. *Eur J Ophthalmol.* 2010 May-Jun;20 (3):578-83.

Wisse RP, Bijlsma WR, Stilma JS. Ocular firework trauma: a systematic review on incidence, severity, outcome and prevention. *Br J Ophthalmol.* 2010 Dec; 94(12):1586-91.

51. Fibrosis Quística

Términos de Búsqueda: fibrosis quística - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Cutting GR. Cystic fibrosis genetics: from molecular understanding to clinical application. *Nat Rev Genet* 2015; 1: 45-56.

Almaça J; Faria D; Sousa M; Uliyakina I; Conrad C; Sirianant L; Clarke LA; Martins JP; Santos M; Heriché JK; Huber W; Schreiber R; Pepperkok R; Kunzelmann K; Amaral MD. High-content siRNA screen reveals global ENaC regulators and potential cystic fibrosis therapy targets. *Cell* 2013; 6: 1390-1400

52. Artritis Reumatoides.

Términos de Búsqueda: Artritis reumatoide, adultos, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Rossini M(1), Rossi E, Bernardi D, Viapiana O, Gatti D, Idolazzi L, Caimmi C, Derosa M, Adami S. Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in Italy. *Rheumatol Int.* 2014 May;34(5):659-64. doi: 10.1007/s00296-014-2974-6.

Charles J(1), Britt H, Pan Y. Aust Rheumatoid arthritis. *Fam Physician.* 2013 Nov;42(11):765.

Eriksson JK(1), Neovius M, Ernestam S, Lindblad S, Simard JF, Askling J. Incidence of rheumatoid arthritis in Sweden: a nationwide population-based assessment of incidence, its determinants, and treatment penetration. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2013 Jun;65(6):870-8.

Sung YK(1), Cho SK, Choi CB, Bae SC. Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in South Korea. *Rheumatol Int.* 2013 Jun;33(6):1525-32.

Neovius M(1), Simard JF, Askling J; Collaborators: Baecklund E, Coster L, Dackhammar C, Feltelius N, Geborek P, Jacobsson L, Klareskog L, Lindblad S, Rantapaa-Dahlqvist S, Saxne T, van Vollenhoven R. ARTIS study group. Nationwide prevalence of rheumatoid arthritis and penetration of disease-modifying drugs in Sweden. *Ann Rheum Dis.* 2011 Apr;70(4):624-9.

53. Consumo de Alcohol y Drogas en menores de 20 años

Términos de Búsqueda: PS - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Mosqueda-Díaz, Angélica; Ferriani, Maria das Graças Carvalho. Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011; 19(spe): 789-795.

Ramirez Castillo, Julia; Cunningham, John; Brands, Bruna; Strike, Carol; Wright, Maria da Gloria Miotto. Normas percibidas por los estudiantes universitarios acerca de sus pares y uso de drogas en una universidad en Chile *Rev Lat Am Enfermagem* 2009; 17(spe): 907-912.

Rodríguez J; Fernández AM; Hernández E; Valdés M; Villalón M; Ramírez S; Ramírez R; Valenzuela C; Cardemil S. Prevalence of drug abuse among children in basic schools. *Rev Med Chil* 2009; 6: 774-784.

54. Analgesia del Parto

Términos de Búsqueda: Analgesia del parto - Uso - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 11 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 30 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Abdolahian S Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Glob J Health Sci* 2014 Mar 30;6(3):219-26.

Carvalho J A prospective observational study evaluating the ability of prelabor psychological tests to predict labor pain, epidural analgesic consumption, and maternal satisfaction. *Int J Obstet Anesth.* 2012 Oct;21(4):317-23.

Koteles J y cols Maternal characteristics and satisfaction associated with intrapartum epidural analgesia use in Canadian women *Int J Obstet Anesth.* 2012 Oct;21(4):317-23. doi: 10.1016/j.ijoa.2012.06.006. Epub 2012 Aug 20.

Lacassie HJ y cols Impact on the implementation of patient controlled epidural analgesia for pain management during labor. A survey in a university hospital in Chile. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2013 Jan;60(1):23-8. doi: 10.1016/j.redar.2012.07.022. Epub 2012 Oct 22.

Ogboli-Nwazor Between pain and pleasure: Pregnant women's knowledge and preferences for pain relief in labor, a pilot study from Zaria, Northern Nigeria. *Saudi J Anaesth.* 2014 Nov; 8(Suppl 1): S20-S24.

55. Quemado Grave Tratamiento integral

Términos de Búsqueda: quemado - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Teo AI, Van As AB, Cooper J. A comparison of the epidemiology of paediatric burns in Scotland and South Africa. *Burns*. 2012 Sep;38(6):802-6.

Farooq U, Nasrullah M, Bhatti JA, Majeed M, Hanif M, Khan JS, Khan MM. Incidence of burns and factors associated with their hospitalisation in Rawalpindi, Pakistan. *Burns*. 2011 May;37(3):535-40.

DeKoning EP, Hakenewerth A, Platts-Mills TF, Tintinalli JE. Epidemiology of burn injuries presenting to North Carolina emergency departments in 2006-2007. *Burns*. 2009 Sep;35(6):776-82.

56. Hipoacusia y uso audífonos mayores de 54 años

Términos de Búsqueda: Hipoacusia - audífonos - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Zhang T; Dorman MF; Gifford R; Moore BC. Cochlear dead regions constrain the benefit of combining acoustic stimulation with electric stimulation. *Ear Hear* 2014; 4: 410-417.

Dawes P; Fortnum H; Moore DR; Emsley R; Norman P; Cruickshanks K; Davis A; Edmondson-Jones M; McCormack A; Lutman M; Munro K. Hearing in middle age: a population snapshot of 40- to 69-year olds in the United Kingdom. *Ear Hear* 2014; 3: e44-51.

Bainbridge KE; Ramachandran V. Hearing aid use among older U.S. adults; the national health and nutrition examination survey, 2005-2006 and 2009-2010. *Ear Hear* 2014; 3: 289-94.

Barker F; Mackenzie E; Elliott L; Jones S; de Lusignan S. Interventions to improve hearing aid use in adult auditory rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*; 7: CD010342, 2014.

57. Retinopatía del Prematuro

Términos de Búsqueda: Retinopatía del Prematuro - Incidencia- Prevalencia - Epidemiología- Human - Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 46 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 298 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Bas AY y cols. Incidence and severity of retinopathy of prematurity in Turkey. *Br J Ophthalmol*. 2015 Apr 13. pii: bjophthalmol-2014-306286. doi: 10.1136/bjophthalmol-2014-306286.

Fernández y cols. Survival and morbidity of very low birth weight infant in a South American neonatal network. *Arch Argent Pediatr* 2014, oct;;112(5):405-12.

Goncalves E y cols. Incidence and risk factors for retinopathy of prematurity in a Brazilian reference service. *Sao Paulo Med J*. 2014;132(2):85-91.

Liu Q y cols. Incidence of retinopathy of prematurity in southwestern China and analysis of risk factors. *Med SciMonit.* 2014 Aug 15;20:1442-51. doi: 10.12659/MSM.890688.

Sohaila y cols. Frequency of retinopathy of prematurity in premature neonates with a birth weight below 1500 grams and a gestational age less than 32 weeks: a study from a tertiary care hospital in a lower-middle income country. *PLoSOne.* 2014 Jul 2;9(7):e100785. doi: 10.1371/journal.pone.0100785. eCollection 2014.

58. Displasia Broncopulmonar del Prematuro

Términos de Búsqueda: Displasia Broncopulmonar - Incidencia- Prevalencia - Epidemiología- Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 0 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 6 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Jensen EA y cols. Epidemiology of bronchopulmonary dysplasia. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2014 Mar;100(3):145-57. doi: 10.1002/bdra.23235. Epub 2014 Mar 17.

Fernández y cols. Survival and morbidity of very low birth weight infant in a South American neonatal network. *Arch Argent Pediatr* 2014, oct;;112(5):405-12.

Lapcharoensap y cols. Hospital variation and risk factors for bronchopulmonary dysplasia in a population-based cohort. *JAMA Pediatr.* 2015 Feb;169(2):e143676.

Ruiz-Peláez JG y cols. Bronchopulmonary dysplasia epidemic: incidence and associated factors in a cohort of premature infants in Bogotá, Colombia. *Biomedica.* 2014 Jan-Mar;34(1):29-39.

Tapia JL y cols. Bronchopulmonary dysplasia: incidence, risk factors and resource utilization in a population of South American very low birth weight infants. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82(1):15-20.

59. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro

Términos de Búsqueda: Hipoacusia Neurosensorial - Incidencia- Prevalencia - Epidemiología- Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 0 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 6 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Amatuzzi M y cols. Selective inner hair cell loss in prematurity: a temporal bone study of infants from a neonatal intensive care unit. *J Assoc Res Otolaryngol.* 2011 Oct;12(5):595-604. doi: 10.1007/s10162-011-0273-4. Epub 2011 Jun 14.

60. Epilepsia no refractaria personas de 15 años y más

Términos de Búsqueda: Epilepsia, incidencia - prevalencia - GES - AUGÉ - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 11 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 60 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

García-Martin G(1), Pérez-Erazquin F, Chamorro-Muñoz MI, Romero-Acebal M, Martín-Reyes G, Dawid-Milner MS. Prevalence and clinical characteristics of epilepsy in the South of Spain. *Epilepsy Res.* 2012 Nov;102(1-2):100-8.

D'Souza WJ(1), Quinn SJ, Fryer JL, Taylor BV, Ficker DM, O'Brien TJ, Pearce N. The prevalence and demographic distribution of treated epilepsy: a community-based study in Tasmania, Australia. *Cook MJ. Acta Neurol Scand.* 2012 Feb;125(2):96-104.

Guekht A(1), Hauser WA, Milchakova L, Churillin Y, Shpak A, Gusev E. The epidemiology of epilepsy in the Russian Federation. *Epilepsy Res.* 2010 Dec;92(2-3):209-18.

61. Asma Bronquial en personas de 15 años y más

Términos de Búsqueda: Asma Bronquial - incidencia - prevalencia - CHILE - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 83 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 2337 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Aumann L y cols. Epidemiology and costs of asthma in Germany - a systematic literature review. *Pneumologie.* 2014 Aug;68(8):557-67. doi: 10.1055/s-0034-1377225. Epub 2014 Jul 8.

Bural F y cols. Asthma prevalence among Hispanic adults in Puerto Rico and Hispanic adults of Puerto Rican descent in the United States - results from two national surveys. *J Asthma.* 2015 Feb;52(1):3-9. doi: 10.3109/02770903.2014.950427. Epub 2014 Aug 19.

Minsal Guía Clínica Asma Bronquial en Adulto, 2013.

Muñoz X y cols. Work-related asthma: diagnosis and prognosis of immunological occupational asthma and work-exacerbated asthma. *J Invest Allergol Clin Immunol.* 2014;24(6):396-405.

Pite H y cols. Prevalence of asthma and its association with rhinitis in the elderly. *Respir Med.* 2014 Aug;108(8):1117-26. doi: 10.1016/j.rmed.2014.05.002. Epub 2014 May 14.

Silverberg JI y cols. Association between birthplace, prevalence, and age of asthma onset in adults: a United States population-based study. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2014 Oct;113(4):410-7.e1. doi: 10.1016/j.anai.2014.07.006. Epub 2014 Aug 20.

Su N y cols. An epidemiological survey of current asthma control status in China. *ZhonghuaNeiKeZa Zhi*. 2014 Aug;53(8):601-6.

Kravchenko J y cols. Long-term dynamics of death rates of emphysema, asthma, and pneumonia and improving air quality. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014 Jun 16;9:613-27.

Walters GI Twenty years of SHIELD: decreasing incidence of occupational asthma in the West Midlands, UK? *Occup Environ Med*. 2015 Apr;72(4):304-10. doi: 10.1136/oemed-2014-102141. Epub 2015 Jan 21.

62. Enfermedad de Parkinson

Términos de Búsqueda: Parkinson - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Martin I; Kim JW; Lee BD; Kang HC; Xu JC; Jia H; Stankowski J; Kim MS; Zhong J; Kumar M; Andrabi SA; Xiong Y; Dickson DW; Wszolek ZK; Pandey A; Dawson TM; Dawson VL. Ribosomal protein s15 phosphorylation mediates LRRK2 neurodegeneration in Parkinson's disease. *Cell* 2014; 2: 472-485.

Soldner F; Laganière J; Cheng AW; Hockemeyer D; Gao Q; Alagappan R; Khurana V; Golbe LI; Myers RH; Lindquist S; Zhang L; Guschin D; Fong LK; Vu BJ; Meng X; Urnov FD; Rebar EJ; Gregory PD; Zhang HS; Jaenisch R. Generation of isogenic pluripotent stem cells differing exclusively at two early onset Parkinson point mutations. *Cell* 2011; 2: 318-331

Dauer WT; Guo M. Multiplying messages LRRK beneath Parkinson disease. *Cell* 2014; 2: 291-293.

63. Artritis idiopática Juvenil

Términos de Búsqueda: Artritis Idiopática juvenil, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 2 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 56 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Thierry S(1), Fautrel B(2), Lemelle I(3), Guillemin F(4). Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. *Joint Bone Spine*. 2014 Mar;81(2):112-7.

Angeles-Han ST(1), Pelajo CF, Vogler LB, Rouster-Stevens K, Kennedy C, Ponder L, McCracken C, Lopez-Benitez J, Drews-Botsch C, Prahalad S; et col CARRA Registry

Investigators.Risk markers of juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis in the Childhood, Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA) Registry. *J Rheumatol*. 2013 Dec;40(12):2088-96.

Harrold LR(1), Salman C, Shoor S, Curtis JR, Asgari MM, Gelfand JM, Wu JJ, Herrinton LJ. Incidence and prevalence of juvenile idiopathic arthritis among children in a managed care population, 1996-2009. Department of Medicine, University of Massachusetts Medical School, Meyers Primary Care Institute and Fallon Clinic, Worcester, Massachusetts 01605, USA.

Abou El-SoudAM(1), El-Najjar AR, El-Shahawy EE, Amar HA, Hassan TH, Abd-AllahaSH, Ragab HM. Prevalence of juvenile idiopathic arthritis in Sharkia Governorate, Egypt: epidemiological study. *Rheumatol Int.* 2013 Sep;33(9):2315-22.

Azam S(1), Dipti T, Rahman S. Prevalence and clinical pattern of juvenile idiopathic arthritis in a semi-urban area of Bangladesh. *Int J Rheum Dis.* 2012 Feb;15(1):116-20.

Modesto C(1), Antón J, Rodríguez B, Bou R, Arnal C, Ros J, Tena X, Rodrigo C,

RotésI, Hermosilla E, Barceló P. Incidence and prevalence of juvenile idiopathic arthritis in Catalonia (Spain). *Scand J Rheumatol.* 2010 Nov;39(6):472-9.

Sendagorta E(1), Peralta J, Romero R, García-Consuegra R, Abelairas J, Ortega I. Uveitis and idiopathic juvenile arthritis in Spain. [Epidemiological and therapeutic aspects].: *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2009 Mar;84(3):133-8.

64. Prevención de la Enfermedad Renal

Términos de Búsqueda: prevención enfermedad renal - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Villarroel R P; Parra L X; Ardiles A L. Frequency of chronic kidney disease among ambulatory patients with type 2 diabetes. *Rev Med Chil;* 3: 287-294.

Peña O C; Intriago B M; Gray H AM; Cabrera C ME. Primary amyloidosis associated with multiple myeloma and renal failure: case report. *Rev Med Chil;* 11: 1471-1474

65. Displasia de caderas

Términos de Búsqueda: displasia cadera, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 1 publicación.

PUBMED

Resultados: 25 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Moosa NK(1), Kumar PT, Mahmoodi SM. Incidence of developmental dysplasia of the hip in Dubai. *Saudi Med J.* 2009 Jul;30(7):952-5. *Saudi Med J.* 2010 Jan;31(1):94; author reply 94.

66. Salud oral integral en embarazadas

Términos de Búsqueda: Salud oral integral en embarazadas - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 24 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 4 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Bressane, Larissa Borges; Costa, Lúcia Nancy Bulcão da Silva; Vieira, Janete Maria Rebelo; Rebelo, Maria Augusta Bessa. Oral health conditions among pregnant women attended to at a health care center in Manaus, Amazonas, Brazil. *Rev. odonto ciênc*; 26(4):291-296, 2011.

Cartes Velásquez, Ricardo; Mardones, Sandra; Paredes, Constanza. Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. *Rev. chil. salud pública*; 13(3):136-142, 2009.

Cornejo, Celina; Rossi, Glenda; Rama, Andrés; Gómez Gutiérrez, Narda; Alvaredo, Gabriela; Squassi, Aldo Fabián; Klemonskis, Graciela. Oral health status and oral health-related quality of life in pregnant women from socially deprived populations. *Acta odontol. latinoam*; 26(2):68-74, 2013.

Fonseca, Bruna Basso; Wapniarz, Rayza Santiago; Torres-Pereira, Cassius Carvalho. Attitudes and access to information on oral health of a group of pregnant adolescents. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*; 68(3):254-258, jul.-set. 2014.

Guerra, ME; Gutiérrez, H. Información sobre salud bucal a embarazadas en la consulta prenatal del ambulatorio docente del Hospital Universitario de Caracas. *Acta odontol. Venez*; 49(2), 2011. 9/24.

Hwang SS, Smith VC, McCormick MC, Barfield WD. The association between maternal oral health experiences and risk of preterm birth in 10 states, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2004-2006. *Matern Child Health J*. 2012 Nov;16(8):1688-95. doi: 10.1007/s10995-011-0870-1.

Hwang SS, Smith VC, McCormick MC, Barfield WD. Racial/ethnic disparities in maternal oral health experiences in 10 states, pregnancy risk assessment monitoring system, 2004-2006. *Matern Child Health J*. 2011 Aug;15(6):722-9. doi: 10.1007/s10995-010-0643-2.

Kanotra, Shikha; Sholapurkar, Amar A; Pai, Keerthilatha M. Dental considerations in pregnancy: review. *J. dent. clin. Res*; 6(2):161-165, maio-ago. 2010.

Machado Ramos, Sadys; López Otero, Elsa; Torres Garri, Lina I. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en embarazadas. *Mediciego*; 18(1), mar. 2012.

Moimaz, Suzely Adas Saliba; Carmo, Marcio Penha; Zina, Livia Guimaraes; Saliba, Nemre Adas. Association between the periodontal condition of pregnant women and maternal variables and health assistance. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. Integr*; 10(2), maio-ago. 2010

Moura, Marcoeli Silva; Silva, Karoline Rocha; Rodrigues, Raquel Paz; Santos, Danila Lorena Nunes; Lima, Marina de Deus Moura; Moura, Lúcia de Fátima Almeida de Deus. Oral health of pregnant women attending a dental care program maternal child. *Rev. ABO nac*; 20(6):338-344, dez. 2011-jan. 2012

Sánchez Martínez, Rolando; Cadenas Freixas, José Luis; De la Torre Menéndez, Luisa. Factores que limitan el acceso de las embarazadas al tratamiento estomatológico. *Rev. medica electron*; 33(5):575-587, sep.-oct. 2011.

Silva, Mônica Vasconcelos; Martelli, Petrônio J. L. Oral health promotion for pregnant women: a review of literature. *Odontol. Clín cient*; 8(3):219-224, jul.-set. 2009.

Venancio, Elizandra de Queiroz; Paula, Elza Maria de Queiroz Venancio de; Imada, Sandra Regina; Reis, Cássia Barbosa. Cuidado de la salud oral en el embarazo y la percepción de la enfermera de salud de la familia. *Ciênc. cuid. Saúde* 10(4):812-819, out.-dez. 2011.

67. Esclerosis Multiple remitente

Términos de Búsqueda: Esclerosis multiple - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Leonavicius R, Adomaitiene V. Features of sleep disturbances in multiple sclerosis patients. *PsychiatrDanub.* 2014 Sep;26(3):249-55.

Correale J, Abad P, Alvarenga R, Alves-Leon S, Armas E, Barahona J, Buzó R, Corona T, Cristiano E, Gracia F, Bonitto JG, Macías MA, Soto A, Vizcarra D, Freedman MS. Management of relapsing-remitting multiple sclerosis in Latin America: practical recommendations for treatment optimization. *J Neurol Sci.* 2014 Apr 15;339(1-2):196-206.

Nakamura M, Houzen H, Niino M, Tanaka K, Sasaki H. Relationship between Barkhof criteria and the clinical features of multiple sclerosis in northern Japan. *Mult Scler.* 2009 Dec;15(12):1450-8.

Glad SB, Nyland HI, Aarseth JH, Riise T, Myhr KM. Long-term follow-up of benign multiple sclerosis in Hordaland County, Western Norway. *Mult Scler.* 2009 Aug;15(8):942-50.

68. Hepatitis B

Términos de Búsqueda: Hepatitis B - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Ramachandran S; Purdy MA; Xia GL; Campo DS; Dimitrova ZE; Teshale EH; Teo CG; Khudyakov YE. Recent population expansions of hepatitis B virus in the United States. *J Virol* 2014; 24: 13971-13980.

Kruse RL; Kramer JR; Tyson GL; Duan Z; Chen L; El-Serag HB; Kanwal F. Clinical outcomes of hepatitis B virus coinfection in a United States cohort of hepatitis C virus-infected patients. *Hepatology* 2014; 6: 1871-1878

Kubo A; Shlager L; Marks AR; Lakritz D; Beaumont C; Gabellini K; Corley DA. Prevention of vertical transmission of hepatitis B: an observational study. *Ann Intern Med* 2014; 12: 828-835.

69. Hepatitis C

Términos de Búsqueda: Hepatitis C - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Luna JM; Scheel TK; Danino T; Shaw KS; Mele A; Fak JJ; Nishiuchi E; Takacs CN; Catanese MT; de Jong YP; Jacobson IM; Rice CM; Darnell RB. Hepatitis C Virus RNA Functionally Sequesters miR-122. *Cell* 2015; 6: 1099-1100.

Messina JP; Humphreys I; Flaxman A; Brown A; Cooke GS; Pybus OG; Barnes E. Global distribution and prevalence of hepatitis C virus genotypes. *Hepatology* 2015; 1: 77-87

Kuniholm MH; Jung M; Everhart JE; Cotler S; Heiss G; McQuillan G; Kim RS; Strickler HD; Thyagarajan B; Youngblood M; Kaplan RC; Ho GY. Prevalence of hepatitis C virus infection in US Hispanic/Latino adults: results from the NHANES 2007-2010 and HCHS/SOL studies. *J Infect Dis* 2014; 10: 1585-1590.

70. Cáncer Colorectal en personas de 15 años y más

Términos de Búsqueda: cáncer de colon - cáncer de recto - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 18 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 200 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Aarts MJ., Lemmens VE, Louwman MW, Kunst AE, Coebergh JW. Socioeconomic status and changing inequalities in colorectal cancer? A review of the associations with risk, treatment and outcome. *Eur J Cancer*. 2010 Oct;46(15):2681-95.

Amri R., Bordeianou LG, Sylla P, Berger DL. Impact of screening colonoscopy on outcomes in colon cancer surgery. *JAMA Surg*. 2013 Aug;148(8):747-54.

Ashktorab H., Nouraie M, Hosseinkhah F, Lee E, Rotimi C, Smoot D. A 50-year review of colorectal cancer in African Americans: implications for prevention and treatment. *Dig Dis Sci*. 2009 Sep;54(9):1985-90.

Austin H., Henley SJ, King J, Richardson LC, Ehemann C. Changes in colorectal cancer incidence rates in young and older adults in the United States: what does it tell us about screening. *Cancer Causes Control*. 2014 Feb;25(2):191-201.

Avksentyeva M. Colorectal cancer in Russia. *Eur J Health Econ*. 2010 Jan;10 Suppl 1:S91-8.

Bamia C., Lagiou P, Buckland G, Gioni S, Agnoli C, Taylor AJ, Dahm CC, Overvad K, Olsen A, Tjønneland A, Cottet V, Boutron-Ruault MC, Morois S, Grote V, Teucher B, Boeing H, Buijsse B, Trichopoulos D, Adarakis G, Tumino R, Naccarati A, Panico S, Palli D, Bueno-de-Mesquita HB, van Duijnhoven FJ, Peeters PH, Engeset D, Skeie G, Lund E, Sánchez MJ, Barricarte A, Huerta JM, Quirós JR, Dorransoro M,

Ljuslinder I, Palmqvist R, Drake I, Key TJ, Khaw KT, Wareham N, Romieu I, Fedirko V, Jenab M, Romaguera D, Norat T, Trichopoulou A. Mediterranean diet and colorectal cancer risk: results from a European cohort. *Eur J Epidemiol.* 2013 Apr;28(4):317-28.

Béjar L., Gili M, López J, Ramírez G, Cabanillas J, Cruz C. Trends in colorectal cancer in Spain from 1951-2007 and alcohol and cigarette consumption. *Gastroenterol Hepatol.* 2010 Feb;33(2):71-9.

Berut M, Mik M, Kedzia-Berut R, Kujawski R, Trzcinski R, Dziki k, Dziki A. Colorectal cancer in young and elderly patients. *Pol Przegl Chir.* 2013 Aug;85(8):446-51.

Johnson CM., Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B, Berry DA. Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control.* 2013 Jun;24(6):1207-22.

Brenner H., Kloor M, Pox CP. Colorectal cancer. *Lancet.* 2014 Apr 26;383(9927):1490-502.

Chung SJ., Kim YS, Yang SY, Song JH, Park MJ, Kim JS, Jung HC, Song IS.

Prevalence and risk of colorectal adenoma in asymptomatic Koreans aged 40-49 years undergoing screening colonoscopy. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010 Mar;25(3):519-25.

Cooley EK., McPhee JT, Simons JP, Sweeney WB, Tseng JF, Alavi K. Colorectal neoplasia screening before age 50?: current epidemiologic trends in the United States. *Dis Colon Rectum.* 2009 Feb;52(2):222-9.

Cueto CV. Disparities in treatment and survival of white and Native American patients with colorectal cancer: a SEER analysis. *J Am Coll Surg.* 2011 Oct;213(4):469-74.

Edwards BK., Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauber AG, Anderson RN, Jemal A, Schymura MJ, Lansdorp-Vogelaar I, Seeff LC, van Ballegooijen M, Goede SL, Ries LA. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening and treatment) to reduce future rates. *Cancer.* 2010 Feb 1;116(3):544-73.

Fonseca, Leonardo Maciel da; Quites, Lucas Viana; Cabral, Mônica Maria Demas Álvares; Silva, Rodrigo Gomes da; Luz, Magda Maria Profeta da; Lacerda Filho, Antônio. Colorectal cancer: results of standardized pathologic evaluation of 521 patients underwent surgery at Hospital das Clínicas, Federal University of Minas Gerais. *Rev. bras. colo-proctol;* 31(1):17-25, jan.-mar. 2011.

Funari, Pedro Gessinger; Andres, Rafael; Souza, Hamilton Petry de; Vilhordo, Daniel Wiess; Breigeiron, Ricardo. Câncer colorretal: epidemiologia, diagnóstico e tratamento / Colorectal cancer: epidemiology, diagnosis and treatment. *Acta méd. (Porto Alegre);* 32:61-70, 2011.

Gellad ZF., Provenzale D. Colorectal cancer: national and international perspective on the burden of disease and public health impact. *Gastroenterology.* 2010 Jun;138(6):2177-90.

Holme ø., Lø berg M, Kalager M, Bretthauer M, Hernán MA, Aas E, Eide TJ, Skovlund E, Schneede J, Tveit KM), Hoff G. Effect of flexible sigmoidoscopy screening on colorectal cancer incidence and mortality: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014 Aug 13;312(6):606-15.

Hubbard JM., Grothey A. Adolescent and young adult colorectal cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2013 Oct 1;11(10):1219-25.

Jullumstrø E., Wibe A, Lydersen S, Edna TH. Colon cancer incidence, presentation, treatment and outcomes over 25 years. *Colorectal Dis.* 2011 May;13(5):512-8.

Laiyemo AO., Doubeni C, Brim H, Ashktorab H, Schoen RE, Gupta S, Charabaty A, Lanza E, Smoot DT, Platz E, Cross AJ. Short- and long-term risk of colorectal adenoma recurrence among whites and blacks. *Gastrointest Endosc.* 2013 Mar;77(3):447-54.

Leiro, Fabio; Travieso, Lucas; Labiano, Sergio; Mospañe, Claudio; Gómez, Félix. Aumento en la incidencia de cáncer colorrectal en pacientes jóvenes en un Hospital General de Agudos / Increase in the incidence of colorectal cancer in young patients at a general hospital. *Rev. argent. Coloproctología;* 20(4):211-215, dic. 2009.

López-Abente G., Ardanaz E, Torrella-Ramos A, Mateos A, Delgado-Sanz C, Chirlaque MD; Colorectal Cancer Working Group. Collaborators: Sánchez MJ, Saladié F, Sánchez-González SC, Buxó X, Ramos M, Llano

J, Martos C, Alemán A, Perucha J. Changes in colorectal cancer incidence and mortality trends in Spain. *Ann Oncol.* 2010 May;21 Suppl 3:iii76-82.

Manser CN., Bachmann LM, Brunner J, Hunold F, Bauerfeind P, Marbet UA. Colonoscopy screening markedly reduces the occurrence of colon carcinomas and carcinoma-related death: a closed cohort study. *Gastrointest Endosc.* 2012 Jul;76(1):110-7.

McClements PL., Madurasinghe V, Thomson CS, Fraser CG, Carey FA, Steele RJ, Lawrence G, Brewster DH. Impact of the UK colorectal cancer screening pilot studies on incidence, stage distribution and mortality trends. *Cancer Epidemiol.* 2012 Aug;36(4):e232-42.

Mendes, Carlos Ramon Silveira; Sapucaia, Ricardo Aguiar; Ferreira, Luciano Santana de Miranda. Surgical treatment of colorectal cancer: three-year historical series of a health service in Salvador, Bahia, Brazil. *Rev. bras. colo-proctol;* 30(4):440-443, out.-dez. 2010.

Paulson EC., Wirtalla C, Armstrong K, Mahmoud NN. Gender influences treatment and survival in colorectal cancer surgery. *Dis Colon Rectum.* 2009 Dec;52(12):1982-91.

Pereyra, Lisandro; Gómez, Estanislao J.; Mella, José M.; Cimmino, Daniel G.; Boerr, Luis A. La colonoscopia en la pesquisa de cáncer colorrectal / Colorectal cancer screening with colonoscopy. *Medicina (B.Aires);*73(6):567-572, dic. 2013.

Pescatore P., Scheiden R, Abeywickrama KH, Braun M, Capesius C. Evolution of colorectal cancer epidemiology in a setting of opportunistic screening. A 20 year national survey in Luxembourg. *Acta Gastroenterol Belg.* 2013 Mar;76(1):25-33.

Pinto CG., Paquete AT, Pissarra I. Colorectal cancer in Portugal. *Eur J Health Econ.* 2010 Jan;10 Suppl 1:S65-73.

Rêgo, Ana Graziela Soares; Borges, Isabel Cristina Vieira; Valença, Rodrigo José de Vasconcelos; Teles, João Batista Mendes; Pinto, Lucielma Salmito Soares. Câncer colorretal em pacientes jovens / Colorectal carcinoma in young patients. *Rev. bras. Cancerol;* 58(2):173-180, abr.-jun. 2012.

Schnoor M., Waldmann A, Eberle A, Holleczeck B, Katalinic A. Colorectal cancer incidence in Germany: stage-shift 6 years after implementation of a colonoscopy screening program. *Cancer Epidemiol.* 2012 Oct;36(5):417-20.

Singh S., Singh PP, Murad MH, Singh H, Samadder NJ. Prevalence, risk factors, and outcomes of interval colorectal cancers: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2014 Sep;109(9):1375-89.

Sinicrope PS., Goode EL, Limburg PJ, Vernon SW, Wick JB, Patten CA, Decker PA, Hanson AC, Smith CM, Beebe TJ, Sinicrope FA, Lindor NM, Brockman TA, Melton LJ 3rd, Petersen GM. A population-based study of prevalence and adherence trends in average risk colorectal cancer screening, 1997 to 2008. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012 Feb;21(2):347-50.

Steele SR., Park GE, Johnson EK, Martin MJ, Stojadinovic A, Maykel JA, Causey MW. The impact of age on colorectal cancer incidence, treatment, and outcomes in an equal-access health care system. *Dis Colon Rectum.* 2014 Mar;57(3):303-10.

Tamma VS., Laiyemo AO. Colorectal cancer disparities: issues, controversies and solutions. *World J Gastroenterol.* 2014 Jan 28;20(4):869-76.

Tapia E., Oscar; Roa S., Juan Carlos; Manterola D., Carlos; Bellolio J., Enrique. Cáncer de colon y recto: descripción morfológica y clínica de 322 casos / Colon and rectum cancer: morphological and clinical description of 322 cases. *Int. J. Morphol.* 28(2):393-398, jun. 2010.

Tatar M., Tatar F. Colorectal cancer in Turkey: current situation and challenges for the future. *Eur J Health Econ.* 2010 Jan;10 Suppl 1:S99-105.

Umpiérrez García, Ibis; Herrera Hernández, Norma; Hernández Ortega, Ania; Román Castellini, Vilma; Alonso Pereira, Yasnay; Díaz González, Leticia. Endoscopic, epidemiologic and clinic characterization of the colorectal cancer in geriatric patients. *Rev. medica electron;* 31(6), nov.-dic. 2009.

van Duijnhoven FJ., Bueno-De-Mesquita HB, Ferrari P, Jenab M, Boshuizen HC, Ros MM, Casagrande C, Tjønneland A, Olsen A, Overvad K, Thorlacius-Ussing O, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault MC, Morois S, Kaaks R, Linseisen J, Boeing H, Nöthlings U, Trichopoulou A, Trichopoulos D, Misirli G, Palli D, Sieri S, Panico S, Tumino R, Vineis P, Peeters PH, van Gils CH, Ocké MC, Lund E, Engeset D, Skeie G, Suárez LR, González CA, Sánchez MJ, Dorronsoro M, Navarro C, Barricarte A, Berglund G, Manjer J, Hallmans G, Palmqvist R, Bingham SA, Khaw KT, Key TJ, Allen NE, Boffetta P, Slimani N, Rinaldi S, Gallo V, Norat T, Riboli E. Fruit, vegetables, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Am J Clin Nutr.* 2009 May;89(5):1441-52.

Wichmann MW., Beukes E, Esufali ST, Plaumann L, Maddern G. Five-year results of surgical colorectal cancer treatment in rural Australia. *ANZ J Surg.* 2013 Mar;83(3):112-7.

Yee YK., Tan VP, Chan P, Hung IF, Pang R, Wong BC. Epidemiology of colorectal cancer in Asia. *J Gastroenterol Hepatol.* 2009 Dec;24(12):1810-6.

71. Cáncer de ovario epitelial

Términos de Búsqueda: cáncer de ovario epitelial - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 8 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 58 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Cuello F, Mauricio. GES en cáncer de ovario epitelial: un avance sanitario necesario pero no exento de riesgos y dificultades futuras: [Editorial] / GES in epithelial ovarian cancer: [Editorial]. *Rev. chil. obstet. ginecol*;78(3):161-166, 2013.

Bhurgri Y., Shaheen Y, Kayani N, Nazir K, Ahmed R, Usman A, Bashir I, Setna F, Bhurgri A, Hasan SH, Zaidi SM. Incidence, trends and morphology of ovarian cancer in Karachi (1995-2002). *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(6):1567-71.

Cheroni, Gabriela Paula; Saike, Gisele Denise; Navarro, Verónica Laura; Giarmaná, María Julieta. Cáncer de ovario. *Hosp. Aeronáut. Cent*;7(1):16-20, 2012.

Naik JD., Seligmann J, Perren TJ. Mucinous tumours of the ovary. *J Clin Pathol*. 2012 Jul;65(7):580-4.

Howell EA., Egorova N, Hayes MP, Wisnivesky J, Franco R, Bickell N. Racial disparities in the treatment of advanced epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol*. 2013 Nov;122(5):1025-32.

George EM., Herzog TJ, Neugut AI, Lu YS, Burke WM, Lewin SN, Hershman DL, Wright JD. Carcinosarcoma of the ovary: natural history, patterns of treatment, and outcome. *Gynecol Oncol*. 2013 Oct;131(1):42-5.

Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, Beral V, Gaijskell K, Hermon C, Moser K, Reeves G, Peto R. Ovarian cancer and smoking: individual participant meta-analysis including 28,114 women with ovarian cancer from 51 epidemiological studies. *Lancet Oncol*. 2012 Sep;13(9):946-56.

Baldwin LA., Huang B, Miller RW, Tucker T, Goodrich ST, Podzielinski I, DeSimone CP, Ueland FR, van Nagell JR, Seamon LG. Ten-year relative survival for epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol*. 2012 Sep;120(3):612-8.

Koskela-Niska V., Lyytinen H, Riska A, Pukkala E, Ylikorkala O. Ovarian cancer risk in postmenopausal women using estradiol-progestin therapy - a nationwide study. *Climacteric*. 2013 Feb;16(1):48-53.

Hannibal CG., Huusom LD, Kjaerbye-Thygesen A, Tabor A, Kjaer SK. Trends in incidence of borderline ovarian tumors in Denmark 1978-2006. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011 Apr;90(4):305-12.

Weiderpass E., Sandin S, Inoue M, Shimazu T, Iwasaki M, Sasazuki S, Sawada N, Yamaji T, Tsugane S. Risk factors for epithelial ovarian cancer in Japan - results from the Japan Public Health Center-based Prospective Study cohort. *Int J Oncol*. 2012 Jan;40(1):21-30.

Mørch LS., Løkkegaard E, Andreassen AH, Krüger-Kjaer S, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. *JAMA*. 2009 Jul 15;302(3):298-305.

72. Cáncer Vesical, 15 años y más

Términos de Búsqueda: Cáncer de Vejiga, incidencia - prevalencia - GES - AUGÉ - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 2 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 101 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Yang Y(1), Xie L, Zheng JL, Tan YT, Zhang W, Xiang YB. Incidence trends of urinary bladder and kidney cancers in urban Shanghai, 1973-2005. *PLoS One*. 2013 Dec 4;8(12):e82430. doi: 10.1371/journal.pone.0082430. eCollection 2013.

Nielsen ME(1), Smith AB, Meyer AM, Kuo TM, Tyree S, Kim WY, Milowsky MI, PruthiRS, Millikan RC. Trends in stage-specific incidence rates for urothelial carcinoma of the bladder in the United States: 1988 to 2006. Lineberger Comprehensive Cancer Center, University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina; Department of Urology, University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina; Department of Epidemiology, University of North Carolina Gillings School of Global Public Health, Chapel Hill, North Carolina.

Mir MC(1), Stephenson AJ, Grubb RL 3rd, Black A, Kibel AS, Izmirlian G. Predicting risk of bladder cancer using clinical and demographic information from prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial participants. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2013 Dec;22(12):2241-9.

Miñana B, Cózar JM, Palou J, Unda Urzaiz M, Medina-Lopez RA, Subirá Ríos J, de laRosa-Kehrmann F, Chantada-Abal V, Lozano F, Ribal MJ, Rodríguez Fernández E, Castiñeiras Fernández J, Concepción Masip T, Requena-Tapia MJ, Moreno-Sierra J, Hevia M, Gómez Rodríguez A, Martínez-Ballesteros C, Ramos M, Amón Sesmero JH, Pizá Reus P, Bohorquez Barrientos A, Rioja Sanz C, Gomez-Pascual JA, Hidalgo Zabala E, Parra Escobar JL, Serrano O. Bladder cancer in Spain 2011: population based study. *J Urol*. 2014 Feb;191(2):323-8.

Ranasinghe WK(1), Attia J, Oldmeadow C, Lawrentschuk N, Robertson J, Ranasinghe T, Bolton D, Persad R. Bladder carcinoma in situ (CIS) in Australia: a rising incidence for an under-reported malignancy. *BJU Int*. 2013 Nov;112 Suppl 2:46-52.

Abdollah F(1), Gandaglia G, Thuret R, Schmitges J, Tian Z, Jeldres C, Passoni NM, Briganti A, Shariat SF, Perrotte P, Montorsi F, Karakiewicz PI, Sun M.

Incidence, survival and mortality rates of stage-specific bladder cancer in

United States: a trend analysis. Cancer Prognostics and Health Outcomes Unit, University of Montreal Health Centre, Montreal, Canada.

Nielsen ME(1), Smith AB, Meyer AM, Kuo TM, Tyree S, Kim WY, Milowsky MI, PruthiRS, Millikan RC. , Trends in stage-specific incidence rates for urothelial carcinoma of the bladder in the United States: 1988 to 2006. *Cancer*. 2014 Jan 1;120(1):86-95.

73. Osteosarcoma en mayores de 15 años

Términos de Búsqueda: osteosarcoma - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 1 publicación.

PUBMED

Resultados: 33 artículos.

Artículos seleccionados para revisión:

Ahmed SK, Robinson SI, Okuno SH, Rose PS, Issa Laack NN. Adult Ewing sarcoma: survival and local control outcomes in 36 patients with metastatic disease. *Am J Clin Oncol*. 2014 Oct;37(5):423-9.

Aksnes LH, Bauer HC, Dahl AA, Fosså SD, Hjorth L, Jebesen N, Lervisedal H, Hall

Aljubran AH, Griffin A, Pintilie M, Blackstein M. Osteosarcoma in adolescents and adults: survival analysis with and without lung metastases. *Ann Oncol*. 2009 Jun; 20(6):1136-41.

Kivioja A, Tarkkanen M, Böhling T. Incidence, epidemiology and treatment results of osteosarcoma in Finland - a nationwide population-based study. *Acta Oncol*. 2011 Nov;50(8):1206-14. Sampo M, Koivikko M, Taskinen M, Kallio P,

KS. Health status at long-term follow-up in patients treated for extremity localized Ewing Sarcoma or osteosarcoma: a Scandinavian sarcoma group study. *Pediatr Blood Cancer*. 2009 Jul; 53(1):84-9.

Muscolo, D. Luis; Farfalli, German; Aponte Tinao, Luis; Ayerza, Miguel. Actualización en osteosarcoma. *Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol*; 74(1):85-101, mar. 2009.

Nishida Y, Isu K, Ueda T, Nishimoto Y, Tsuchiya H, Wada T, Sato K, Tsukushi S, Sugiura H. Osteosarcoma in the elderly over 60 years: a multicenter study by the Japanese Musculoskeletal Oncology Group. *J Surg Oncol*. 2009 Jul 1;100(1):48-54.

Pakos EE, Nearchou AD, Grimer RJ, Koumoullis HD, Abudu A, Bramer JA, Jeys LM, Franchi A, Scoccianti G, Campanacci D, Capanna R, Aparicio J, Tabone MD, Holzer G, Abdolvahab F, Funovics P, Dominkus M, Ilhan I, Berrak SG, Patino-Garcia A, Sierrasesumaga L, San-Julian M, Garraus M, Petrilli AS, Filho RJ, Macedo CR, Alves MT, Seiwerth S, Nagarajan R, Cripe TP, Ioannidis JP. Prognostic factors and outcomes for osteosarcoma: an international collaboration. *Eur J Cancer*. 2009 Sep;45(13):2367-75.

Whelan J, McTiernan A, Cooper N, Wong YK, Francis M, Vernon S, Strauss SJ. Incidence and survival of malignant bone sarcomas in England 1979-2007. *Int J Cancer*. 2012 Aug 15;131(4): E508-17.

Worch J, Matthay KK, Neuhaus J, Goldsby R, DuBois SG. Ethnic and racial differences in patients with Ewing sarcoma. *Cancer*. 2010 Feb 15; 116(4):983-8.

74. Trastornos quirúrgicos de la válvula Aortica

Términos de Búsqueda: trastorno válvula aortica, quirúrgico, incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Salman A, Juan; Bahamondes S, Juan Carlos; Silva V, Abelardo; Gundelach M, Joaquín; Díaz H, Andrés. Implante de conducto áptico-aórtico en pacientes con estenosis aórtica severa post reemplazo valvular protésico. *Rev. Chil Cir* 2014; 2: 163-166.

Martín Cazorla, F; López Calvo, A. M; Rubio Lamia, L. Estenosis aórtica por válvula bicúspide: una causa de muerte súbita en jóvenes deportistas / Aortic stenosis due to bicuspid valve: cause of sudden death in young athletes. *Cuadmed forense* 2014; 2: 123-125.

75. Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más

Términos de Búsqueda: Trastorno bipolar - incidencia - prevalencia - CHILE - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 16 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 275 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Cabrera J Clínica de trastornos del ánimo del Instituto Psiquiátrico de Santiago: experiencia de 6 años / A six year assesment of a mood disorder clinic in Santiago, Chile. Rev. chil. neuro-psiquiatr; 34(2): 151-8, abr.-jun. 1996.

Castello MS Screening for bipolar disorder in the primary care: a Brazilian survey. J AffectDisord. 2012 Dec 20;143(1-3):118-24. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.040. Epub 2012 Sep 7.

Minsal Guía Clínica Trastorno bipolar en personas de 15 años y más. 2013.

Castilla Puentes R y cols. A multicenter study of bipolar disorder among emergency department patients in Latin-American countries. J Psychiatry Med; 42(1): 49-67, 2011.

Kroons JL Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. Bipolar Disord. 2013 May;15(3):306-13.

Volkert J The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. Ageing Res Rev. 2013 Jan;12(1):339-53.

76. Hipotiroidismo

Términos de Búsqueda: Hipotiroidismo - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Cadavid, Leonardo; Vivas, John Jairo; Medina, Ronald. Conversión a hipotiroidismo en tratamiento con l131 por hipertiroidismo secundario a enfermedad de Graves Hospital de San José, enero 2005 - diciembre 2008. Repert. med. cir;18(4):231-236, 2009.

González-Rodríguez LA, Felici-Giovanini ME, Haddock . Thyroid dysfunction in an adult female population: A population-based study of Latin American Vertebral Osteoporosis Study (LAVOS) - Puerto Rico site. P R Health Sci J. 2013 Jun;32(2):57-62.

77. Hipoacusia menores de 2 años

Términos de Búsqueda: Hipoacusia menor de 2 años incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Bush ML; Bianchi K; Lester C; Shinn JB; Gal TJ; Fardo DW; Schoenberg N. Delays in diagnosis of congenital hearing loss in rural children. *J Pediatr* 2014; 2: 393-397.

Yiengprugsawan V; Hogan A; Strazdins L. Longitudinal analysis of earinfection and hearingimpairment: findingsfrom 6-year prospectivecohorts of Australianchildren. *BMC Pediatr* 2013; 13: 28.

78. Lupus Sistémico

Términos de Búsqueda: Lupus - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Chung SA; Brown EE; Williams AH; Ramos PS; Berthier CC; Bhangale T; Alarcon-Riquelme ME; Behrens TW; Criswell LA; Graham DC; Demirci FY; Edberg JC; Gaffney PM; Harley JB; Jacob CO; Kamboh MI; Kelly JA; Manzi S; Moser-Sivils KL; Russell LP; Petri M; Tsao BP; Vyse TJ; Zidovetzki R; Kretzler M; Kimberly RP; Freedman BI; Graham RR; Langefeld CD. Lupus nephritis susceptibility loci in women with systemic lupus erythematosus. *J Am Soc Nephrol* 2014; 12: 2859-2870.

Ramos PS; Williams AH; Ziegler JT; Comeau ME; Guy RT; Lessard CJ; Li H; Edberg JC; Zidovetzki R; Criswell LA; Gaffney PM; Graham DC; Graham RR; Kelly JA; Kaufman KM; Brown EE; Alarcón GS; Petri MA; Reveille JD; McGwin G; Vilá LM; Ramsey-Goldman R; Jacob CO; Vyse TJ; Tsao BP; Harley JB; Kimberly RP; Alarcón-Riquelme ME; Langefeld CD; Moser KL. Genetic analyses of interferon pathway-related genes reveal multiple new loci associated with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2011; 7: 2049-2057.

Van Praet JT; Donovan E; Vanassche I; Drennan MB; Windels F; Dendooven A; Allais L; Cuvelier CA; van de Loo F; Norris PS; Kruglov AA; Nedospasov SA; Rabot S; Tito R; Raes J; Gaboriau-Routhiau V; Cerf-Bensussan N; Van de Wiele T; Eberl G; Ware CF; Elewaut D. Commensal microbiota influence systemic autoimmune responses. *EMBO J* 2015; 4: 466-474.

79. Tratamiento Quirúrgico Válvula Mitral y Tricúspide

Términos de Búsqueda: Válvula mitral - válvula tricúspide - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Bernal, José M; Mestres, Carlos A. Tratamiento quirúrgico de la valvulopatía tricuspídea orgánica y funcional / Surgical treatment of organic and functional tricuspid valve disease. *Rev Esp Cardiol* 2013; 12: 1006-1006

80. Erradicación del helicobarter Piloni

Kodaman N; Pazos A; Schneider BG; Piazuolo MB; Mera R; Sobota RS; Sicinschi LA; Shaffer CL; Romero-Gallo J; de Sablet T; Harder RH; Bravo LE; Peek RM; Wilson KT; Cover TL; Williams SM; Correa P. Human and Helicobacter pylori coevolutionshapetherisk of gastricdisease. *ProcNatlAcadSci U S A* 2014; 4: 1455-1460.

Murphy G; Michel A; Taylor PR; Albanes D; Weinstein SJ; Virtamo J; Parisi D; Snyder K; Butt J; McGlynn KA; Koshiol J; Pawlita M; Lai GY; Abnet CC; Dawsey SM; Freedman ND. Association of seropositivity to Helicobacter species and biliary tract cancer in the ATBC study. *Hepatology* 2014; 6: 1963-1971.

Suvak, Burak; Dulger, AhmetCumhur; Suvak, Ozlem; Aytemiz, Enver; Kemik, Ozgur. The prevalence of helicobacter pylori among dyspeptic patients in an earthquake-stricken area. *Clinics* 2015; 1: 69-72.

Hsu PI; Wu DC; Chen WC; Tseng HH; Yu HC; Wang HM; Kao SS; Lai KH; Chen A; Tsay FW. Randomized controlled trial comparing 7-day triple, 10-day sequential, and 7-day concomitant therapies for Helicobacter pylori infection. *Antimicrob Agents Chemother* 2014; 10: 5936-42.

81. Examen de Medicina Preventiva

Términos de Búsqueda: Examen de Medicina Preventiva- papanicolau - Epidemiología. Años 1999 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 6 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 8 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Cervical cancer screening among women aged 18-30 years - United States, 2000-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2013 Jan 4;61(51-52):1038-42.

Coughlin S y Wilson KM. Breast and cervical cancer screening among migrant and seasonal farmworkers: a review. *Cancer Detect Prev.* 2002;26(3):203-9.

Coughlin S y cols Breast and cervical carcinoma screening practices among women in rural and non-rural areas of the United States, 1998-1999. *Cancer.* 2002 Jun 1;94(11):2801-12.

DeLaet DE1, Shea S, Carrasquillo O. Receipt of preventive services among privately insured minorities in managed care versus fee-for-service insurance plans. *J Gen Intern Med.* 2002 Jun;17(6):451-7.

Lennox Ny cols. Effects of a comprehensive health assessment programme for Australian adults with intellectual disability: a cluster randomized trial. *Int J Epidemiol.* 2007 Feb;36(1):139-46. Epub 2007 Jan 11.

Meneses-González M y cols Prevalencia de uso de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años en México. *Rev Inst Nac Cancerol (Mex);* 45(1): 17-23, ene.-mar. 1999.

Miranda P y cols. Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da faculdade de medicina - UFMG / Practice of precocious diagnosis for prostate cancer among professors of the school of medicine, Minas Gerais Federal University- Brazil. *Rev Assoc Med Bras;* 50(3): 272-275, jul.-set. 2004.

Pinilla A y cols. Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. *Rev Salud Pública (Bogota);* 13(2): 262-273, abr. 2011.

Tani C1 y cols. Adherence to cervical cancer screening in an Italian SLE cohort. *Reumatismo.* 2011 Mar;63(1):11-7.

82. NUEVO Glaucoma

Términos de Búsqueda: Glaucoma - incidencia - prevalencia - GES - AUGE - Mortalidad - Epidemiología. Años 2011 a la fecha.

Artículos seleccionados para revisión:

Donegan RK; Hill SE; Freeman DM; Nguyen E; Orwig SD; Turnage KC; Lieberman RL. Structural basis for misfolding in myocilin-associated glaucoma. *Hum Mol Genet* 2015; 8: 2111-2124.

Carnes MU; Liu YP; Allingham RR; Whigham BT; Havens S; Garrett ME; Qiao C; Katsanis N; Wiggs JL; Pasquale LR; Ashley-Koch A; Oh EC; Hauser MA. Discovery and functional annotation of SIX6 variants in primary open-angle glaucoma. *PLoS Genet* 2014; 5: e1004372.

83. NUEVO Depresión de 9 a 14 años

Términos de Búsqueda: Depresión , adolescentes Incidencia, prevalencia, Epidemiología. Años 2010 a la fecha.

Base de Datos LILACS

Resultados: 17 publicaciones.

PUBMED

Resultados: 28 artículos

Artículos seleccionados para revisión:

LamersF(1), Hickie I, Merikangas KR.

Prevalence and correlates of prolonged fatigue in a U.S. sample of adolescents.

Am J Psychiatry. 2013 May;170(5):502-10. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12040454.

KhasakhalaLI(1), Ndetei DM, Mutiso V, Mbwai AW, Mathai M.

The prevalence of depressive symptoms among adolescents in Nairobi publicsecondary schools: association with perceived maladaptive parental behaviour.*Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2012 Mar;15(2):106-13. doi:http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v15i2.14.

Pereyra-Elías R(1), Ocampo-Mascaró J, Silva-Salazar V, Vélez-Segovia E,

Costa-Bullón AD, Toro-Polo LM, Vicuña-Ortega J.Prevalence and associated factors with depressive symptoms in Health Sciencesstudents from a private university in Lima, Peru 2010].*Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010 Oct-Dec;27(4):520-6.

Simancas, Miguel; Arrieta, Katherine.Common mental disorders and relatedfactors in undergraduate and graduatestudentsfromthree dental schools in Cartagena, Colombia / Trastornos mentales comunes y factores relacionados en estudiantes de pre y posgrado de tres facultades odontología en Cartagena, Colombia: protocolo de estudioJ. oral res. (Impresa);3(3):178-183, Sept. 2014. ilustración, tab.

Berenzon, Shoshana; Lara, María Asunción; Robles, Rebeca; Medina-Mora, María Elena.Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México / Depression: state of the art and theneedforpublicpolicy and actionplans in Mexico*Salud pública Méx*;55(1):74-80, ene.-feb..

Ospina-Ospina, Fanny del Carmen; Hinestrosa-Upegui, María F.; Paredes, María C.; Guzmán, Yahira; Granados, Carlos. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia / Symptoms of anxiety and depression in adolescents between 10 to 17 year-old attending schools in Chía, Colombia *Rev. salud pública*;13(6):908-920, dic. 2011. tab.

Golfeto, José Hércules; D'Oliveira, Augusto Brandão; Baptista, Carlos; Bisson, Flávia. Prevalência da sintomatologia depressiva nas cidades de Ribeirão Preto e região / Prevalence of depressive symptoms in Ribeirão Preto and neighboring cities *Pediatr. mod*;47(1), jan.-fev. 2011.

Florenzano U., Ramón; Cáceres C., Eugenio; Valdés C., Macarena; Calderón S., Silvia; Santander R., Sylvia; Casassus T., Martín. Conductas de riesgo, síntomas depresivos, auto y heteroagresión en una muestra de adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana de Santiago de Chile, 2007 / Risk behaviors, depressive symptoms, auto and heteroagresion in a sample of adolescent students in Metropolitan Santiago de Chile, 2007 *Rev. chil. neuro-psiquiatr*;47(1):24-33, mar. 2009. ilustración, tab.

Anexo 2. Ejemplos de precios públicos de las prestaciones aranceladas actualizadas según el ECPS 2011, en pesos 2015

Código MAI	Descripción prestación	ECPS 2011			Actualización ECPS a 2015		
		Valor ECPS 2011	Valor MAI 2011	ECPS/MAI var %	Valor MAI 2015	Var MAI 2015/2011 %	Valor ECPS corregido 2015
101101	CONSULTA O CONTROL MEDICO INTEGRAL EN ATENCION PRIMARIA	3.661	3.830	-4,4%	4.300	12,3%	4.110
101102	CONSULTA O CONTROL MEDICO INTEGRAL EN ESPECIALIDADES (HOSP. TIPO 3)	6.682	4.820	38,6%	5.400	12,0%	7.486
101103	CONSULTA MEDICA INTEGRAL EN SERVICIO DE URGENCIA (HOSP. TIPO 1)	29.021	10.320	181,2%	11.590	12,3%	32.592
101105	CONSULTA MEDICA INTEGRAL EN SERVICIO DE URGENCIA (HOSP. TIPO 2 Y 3)	12.440	6.770	83,8%	7.590	12,1%	13.947
101107	ATENCION MEDICA DEL RECIEN NACIDO	20.472	12.950	58,1%	14.530	12,2%	22.970
101108	CONSULTA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES EN CIRUGIA, GINECOLOGIA Y	26.326	5.210	405,3%	5.860	12,5%	29.610
101109	CONSULTA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES EN UROLOGIA,	30.702	6.250	391,2%	7.020	12,3%	34.484
101110	CONSULTA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES EN MEDICINA INTERNA Y	38.976	7.760	402,3%	8.710	12,2%	43.748
101111	CONSULTA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES EN CIRUGIA, GINECOLOGIA Y	18.217	5.210	249,7%	5.860	12,5%	20.490
101112	CONSULTA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES EN UROLOGIA,	24.373	6.250	290,0%	7.020	12,3%	27.376
101113	CONSULTA INTEGRAL DE ESPECIALIDADES EN MEDICINA INTERNA Y	39.725	7.760	411,9%	8.710	12,2%	44.588
102001	CONSULTA O CONTROL POR ENFERMERA, MATRONA O NUTRICIONISTA	4.269	1.020	318,5%	1.140	11,8%	4.771
102006	ATENCION KINESIOLOGICA INTEGRAL AMBULATORIA	8.489	1.110	664,8%	1.250	12,6%	9.560
106006	OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA (PACIENTES OXIGENO DEPENDIENTES)	92.668	31.670	192,6%	35.550	12,3%	104.021
203001	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL MEDICINA, CIRUGIA, PEDIATRIA,	86.980	30.310	187,0%	34.010	12,2%	97.598
203002	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL ADULTO EN UNIDAD DE	328.786	126.000	160,9%	141.410	12,2%	368.997
203003	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL PEDIATRICA EN UNIDAD DE	294.060	126.000	133,4%	141.410	12,2%	330.024

203004	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL NEONATAL EN UNIDAD DE	230.553	126.000	83,0%	141.410	12,2%	258.750
203005	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL ADULTO EN UNIDAD DE	177.750	60.860	192,1%	68.290	12,2%	199.450
203006	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL PEDIATRICA EN UNIDAD DE	165.071	60.860	171,2%	68.290	12,2%	185.223
203007	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL NEONATAL EN UNIDAD DE	145.243	60.860	138,7%	68.290	12,2%	162.975
203102	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL MEDICINA, CIRUGIA, PEDIATRIA,	64.090	27.900	129,7%	31.310	12,2%	71.923
203103	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTEGRAL MEDICINA, CIRUGIA, PEDIATRIA,	55.634	23.260	139,2%	26.100	12,2%	62.427
203109	DIA CAMA HOSP. INTEGRAL PSIQUIATRIA CORTA ESTADIA	63.281	24.280	160,6%	27.240	12,2%	70.996
301034	& GRUPOS SANGUINEOS ABO Y RHO (INCLUYE ESTUDIO DE FACTOR DU EN	3.201	1.620	97,6%	1.820	12,3%	3.596
301045	& HEMOGRAMA (INCLUYE RECUENTOS DE LEUCOCITOS Y ERITROCITOS,	3.036	2.050	48,1%	2.310	12,7%	3.421
301059	PROTROMBINA, TIEMPO DE O CONSUMO DE (INCLUYE INR, RELACION INTERNACIONAL NOR-	1.486	1.000	48,6%	1.120	12,0%	1.664
301067	RECuento DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)	1.777	790	124,9%	880	11,4%	1.979
301085	TROMBOPLASTINA, TIEMPO PARCIAL DE (TTPA, TTPK O SIMILARES)	2.043	1.570	30,1%	1.760	12,1%	2.290

Fuente: elaboración propia en base a ECPS 2011

Anexo 3. Precios públicos de prestaciones aranceladas, variaciones por grupo de prestaciones del ECPS respecto del Arancel MAI 2015

Grupo	Promedio Var. ECPS/MAI	Máximo Var. ECPS/MAI	Mínimo Var ECPS/MAI
Grupo 01: Atención Abierta	262%	634%	-4%
Grupo 02: Atención Cerrada	149%	192%	82%
Grupo 03: Exámenes De Laboratorio	26%	123%	-61%
Grupo 04: Imagenología	-32%	3%	-63%
Grupo 07: Medicina Transfusional	127%	183%	59%
Grupo 08: Anatomía Patológica	44%	104%	-41%
Grupo 09: Psiquiatría Y Salud Mental	28%	28%	28%
Grupo 11: Intervenciones Quirúrgicas Y Procedimientos	-29%	-19%	-40%
Grupo 12: Cirugía Oftalmológica	72%	174%	-80%
Grupo 13: Cirugía Otorrinolaringológica	-2%	-2%	-2%
Grupo 14: Cirugía De Cabeza Y Cuello	-34%	-34%	-34%
Grupo 15: Cirugía Plástica Y Reparadora	297%	297%	297%
Grupo 16: Dermatología Y Tegumentos	-18%	-18%	-18%
Grupo 17: Cardiología	-16%	61%	-66%
Grupo 18: Gastroenterología	21%	97%	-18%
Grupo 19: Urología y Nefrología	-4%	11%	-15%
Grupo 20: Ginecología y Obstetricia	5%	153%	-50%
Grupo 21: Traumatología	124%	240%	10%
Grupo 22: Anestesia	23%	23%	23%
Grupo 24: Rescates, Traslados Y Rondas Rurales	186%	186%	186%
Grupo 27: Atención Odontológica	183%	499%	16%
Grupo 30: Grupo de Prestaciones: lentes, audífonos, Pnda Y Tbc.	131%	131%	131%
Total	77%	634%	-80%

Fuente: Informe Final Costo de Prestaciones de Salud 2011, Departamento de Salud Pública PUC, página XIV.

Anexo 4. Ejemplos de precios públicos de prestaciones aranceladas de los EVC 2006 y 2007, en valor 2015

Código	Descripción	Estudio Verificación Costos 2006-2007 en \$ 2006			Actualización \$ 2015		
		2007	2006	Arancel MAI 2006	EVC 2007 \$2015	EVC 2006 \$2015	Arancel MAI 2015
0101101	Consulta o control médico integral en atención primaria	3.214	2.106	3.200	4.319	2.830	4.300
0101102	Consulta o control médico integral en especialidades (Hosp. tipo 3)	5.930	9.132	4.020	7.966	12.267	5.400
0101103	Consulta médica integral en servicio de urgencia (Hosp. tipo 1)	16.925	16.252	8.600	22.809	21.902	11.590
0101105	Consulta médica integral en servicio de urgencia (Hosp. tipo 2 y 3)	14.982	11.576	5.630	20.198	15.606	7.590
0101108	(en CDT)	4.623	9.679	4.340	6.242	13.069	5.860
0101109	Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en CDT)	6.014	11.159	5.200	8.119	15.065	7.020
0101110	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en CDT)	4.306	13.310	6.460	5.806	17.946	8.710
0101111	Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología (en Hospitales tipo 1 y 2)	7.697	9.676	4.340	10.393	13.065	5.860
0101112	Consulta integral de especialidades en Urología, Otorrinolaringología, Medicina Física y Rehabilitación, Dermatología, Pediatría y Subespecialidades (en Hospitales tipo 1 y 2)	6.283	11.159	5.200	8.482	15.065	7.020
0101113	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en Hospitales tipo 1 y 2)	6.517	13.310	6.460	8.787	17.946	8.710
0102001	Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista	3.396	38.111	850	4.555	51.114	1.140
0102005	Consulta por fonoaudiólogo	4.768	944	1.150	6.426	1.272	1.550
0102006	Atención kinesiológica integral ambulatoria	3.411	810	920	4.635	1.101	1.250
0102007	Atención integral por terapeuta ocupacional	5.510	774	850	7.390	1.038	1.140
0103001	Educación de grupo por médico	1.544	9.877	2.770	2.090	13.371	3.750
0103002	Educación de grupo por enfermera, matrona o nutricionista	937	5.600	1.530	1.262	7.540	2.060
0103004	Educación de grupo por auxiliar de enfermería	535	1.858	450	749	2.601	630

Anexo 5. Precios públicos de prestaciones aranceladas, detalle para algunos precios

5.1. Revalorización Arancel Según Promedio Variación Grupo Costo ECPS 2015

Grupo	Código	Glosa	Nº veces en Canastas GES 2013	Precio (\$) Arancel MAI o MLE 2015	Tipo Arancel	Precio ECPS \$2015	% de Revalorización Arancel según Promedio Variación Grupo ECPS	Revalorización Arancel Según Promedio Variación Grupo Costo ECPS 2015
1	101004	Visita Médica Domiciliaria En Horario Hábil	1	10.050	MLE	0	262%	36.381
1	101009	Visita Por Medico Interconsultor (O En Junta Medica C/U) A Enfermo Hospitalizado	25	10.050	MLE	0	262%	36.381
1	101101	Consulta O Control Médico Integral En Atención Primaria	36	4.300	MAI	4.110	262%	4.110
1	101102	Consulta O Control Médico Integral En Especialidades (Hospital Tipo 3)	2	5.400	MAI	7.486	262%	7.486
1	101103	Consulta Médica Integral En Servicio De Urgencia (Hospital Tipo 1)	6	11.590	MAI	32.592	262%	32.592
1	101108	Consulta Integral De Especialidades En Cirugía, Ginecología Y	16	5.860	MAI	29.610	262%	29.610
1	101109	Consulta Integral De Especialidades En Urología,	8	7.020	MAI	34.484	262%	34.484
1	101110	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y	38	8.710	MAI	43.748	262%	43.748
1	101111	Consulta Integral De Especialidades En Cirugía, Ginecología Y	62	5.860	MAI	20.490	262%	20.490
1	101112	Consulta Integral De Especialidades En Urología,	103	7.020	MAI	27.376	262%	27.376
1	101113	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y	157	8.710	MAI	44.588	262%	44.588
1	101113	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y	2	8.710	MAI	44.588	262%	44.588
1	102001	Consulta O Control Por Enfermera, Matrona O Nutricionista	82	1.140	MAI	4.771	262%	4.771
1	102005	Consulta Por Fonoaudiólogo	51	1.550	MAI	0	262%	5.611
1	102006	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria	88	1.250	MAI	9.560	262%	9.560
1	102007	Atención Integral Por Terapeuta Ocupacional	31	1.140	MAI	0	262%	4.127

1	103001	Educación De Grupo Por Medico	1	3.750	MAI	0	262%	13.575
1	103002	Educación De Grupo Por Enfermera, Matrona O Nutricionista	34	2.060	MAI	0	262%	7.457
1	103003	Educación De Grupo Por Asistente Social	2	2.060	MAI	0	262%	7.457
1	103004	Educación De Grupo Por Auxiliar De Enfermería	1	630	MAI	0	262%	2.281

5.2. Revalorización Arancel Según Máxima Variación Grupo Costo ECPS 2015

Grupo	Código	Glosa	Nº veces en Canastas GES 2013	Precio (\$) Arancel MAI o MLE 2015	Tipo Arancel	Precio ECPS \$2015	% de Revalorización Arancel según Máxima Variación Grupo ECPS	Revalorización Arancel Según Máxima Variación Grupo Costo ECPS 2015
1	101004	Visita Médica Domiciliaria En Horario Hábil	1	10.050	MLE	0	634%	73.767
1	101009	Visita Por Medico Interconsultor (O En Junta Medica C/U) A Enfermo Hospitalizado	25	10.050	MLE	0	634%	73.767
1	101101	Consulta O Control Médico Integral En Atención Primaria	36	4.300	MAI	4.110	634%	4.110
1	101102	Consulta O Control Médico Integral En Especialidades (Hospital Tipo 3)	2	5.400	MAI	7.486	634%	7.486
1	101103	Consulta Médica Integral En Servicio De Urgencia (Hospital Tipo 1)	6	11.590	MAI	32.592	634%	32.592
1	101108	Consulta Integral De Especialidades En Cirugía, Ginecología Y	16	5.860	MAI	29.610	634%	29.610
1	101109	Consulta Integral De Especialidades En Urología,	8	7.020	MAI	34.484	634%	34.484
1	101110	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y	38	8.710	MAI	43.748	634%	43.748
1	101111	Consulta Integral De Especialidades En Cirugía, Ginecología Y	62	5.860	MAI	20.490	634%	20.490
1	101112	Consulta Integral De Especialidades En Urología,	103	7.020	MAI	27.376	634%	27.376
1	101113	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y	157	8.710	MAI	44.588	634%	44.588
1	101113	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y	2	8.710	MAI	44.588	634%	44.588

1	102001	Consulta O Control Por Enfermera, Matrona O Nutricionista	82	1.140	MAI	4.771	634%	4.771
1	102005	Consulta Por Fonoaudiólogo	51	1.550	MAI	0	634%	11.377
1	102006	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria	88	1.250	MAI	9.560	634%	9.560
1	102007	Atención Integral Por Terapeuta Ocupacional	31	1.140	MAI	0	634%	8.368
1	103001	Educación De Grupo Por Medico	1	3.750	MAI	0	634%	27.525
1	103002	Educación De Grupo Por Enfermera, Matrona O Nutricionista	34	2.060	MAI	0	634%	15.120
1	103003	Educación De Grupo Por Asistente Social	2	2.060	MAI	0	634%	15.120
1	103004	Educación De Grupo Por Auxiliar De Enfermería	1	630	MAI	0	634%	4.624

5.3. Revalorización Arancel Según Mínima Variación Grupo Costo ECPS 2015

Grupo	Código	Glosa	Nº veces en Canastas GES 2013	Precio (\$) Arancel MAI o MLE 2015	Tipo Arancel	Precio ECPS \$2015	% de Revalorización Arancel según Mínima Variación Grupo ECPS	Revalorización Arancel Según Mínima Variación Grupo Costo ECPS 2015
1	101004	Visita Médica Domiciliaria En Horario Hábil	1	10.050	MLE	0	-4%	9.648
1	101009	Visita Por Medico Interconsultor (O En Junta Medica C/U) A Enfermo Hospitalizado	25	10.050	MLE	0	-4%	9.648
1	101101	Consulta O Control Médico Integral En Atención Primaria	36	4.300	MAI	4.110	-4%	4.110
1	101102	Consulta O Control Médico Integral En Especialidades (Hospital Tipo 3)	2	5.400	MAI	7.486	-4%	7.486
1	101103	Consulta Médica Integral En Servicio De Urgencia (Hospital Tipo 1)	6	11.590	MAI	32.592	-4%	32.592
1	101108	Consulta Integral De Especialidades En Cirugía, Ginecología Y	16	5.860	MAI	29.610	-4%	29.610
1	101109	Consulta Integral De Especialidades En Urología,	8	7.020	MAI	34.484	-4%	34.484
1	101110	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y	38	8.710	MAI	43.748	-4%	43.748

1	101111	Consulta Integral De Especialidades En Cirugía, Ginecología Y	62	5.860	MAI	20.490	-4%	20.490
1	101112	Consulta Integral De Especialidades En Urología,	103	7.020	MAI	27.376	-4%	27.376
1	101113	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y	157	8.710	MAI	44.588	-4%	44.588
1	101113	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y	2	8.710	MAI	44.588	-4%	44.588
1	102001	Consulta O Control Por Enfermera, Matrona O Nutricionista	82	1.140	MAI	4.771	-4%	4.771
1	102005	Consulta Por Fonoaudiólogo	51	1.550	MAI	0	-4%	1.488
1	102006	Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria	88	1.250	MAI	9.560	-4%	9.560
1	102007	Atención Integral Por Terapeuta Ocupacional	31	1.140	MAI	0	-4%	1.094
1	103001	Educación De Grupo Por Médico	1	3.750	MAI	0	-4%	3.600
1	103002	Educación De Grupo Por Enfermera, Matrona O Nutricionista	34	2.060	MAI	0	-4%	1.978
1	103003	Educación De Grupo Por Asistente Social	2	2.060	MAI	0	-4%	1.978
1	103004	Educación De Grupo Por Auxiliar De Enfermería	1	630	MAI	0	-4%	605

Anexo 6. Códigos Prestaciones No Aranceladas

6.1. Códigos para categorías de prestaciones no aranceladas (corresponde a la segunda letra del código)

Código	Categoría
A	Analgesia
B	Anestesia y Cirugía
C	Cáncer
D	Cardiovascular
E	Dental
F	Dermatología
G	Digestivo
H	Hormona
I	Infecciones
J	Inmunología
K	Metabolismo
L	Nutrición
M	Oftalmología
N	Respiratorio
O	SNC
P	Tocolisis
X	Prótesis
Y	Insumos
Z	Otros

* Códigos A-P corresponden a categorías de fármacos. Códigos X-Z corresponden a prótesis, insumos u otras prestaciones no aranceladas.

6.2. Códigos para clases de prestaciones no aranceladas (corresponde a la tercera letra del código)

Categoría	Código	Clase
Analgesia	A	Aine
	B	Antigoso
	C	Opioide
Anestesia y Cirugía	A	Anestésico general
	B	Anestésico local
	C	Bloqueador Neuromuscular
Cáncer	A	Anticancerígeno
	B	Coadyuvante en Cáncer

Categoría	Código	Clase
Cardiovascular	A	Antiagregante Plaquetario
	B	Antianginoso
	C	Antiarrítmico
	D	Anticoagulante
	E	Antihipertensivo
	F	Diurético
	G	Estimulante Cardíaco
	H	Estimulante Eritropoyesis
	I	Expansor Plasmático
	J	Hemostático
	K	Trombolítico
Dental	A	Colutorio
Dermatología	A	Astringente
	B	Antiacné
Digestivo	A	Antidiarrético
	B	Antiemético
	C	Antiespasmódico
	D	Antiinflamatorio Intestinal
	E	Antiulceroso
	F	Enzimas Digestivas
	G	Hepatoprotector
	H	Laxante
Hormona	A	Anticonceptivo
	B	Antidiurético
	C	Corticoide
	D	Hormona Crecimiento
	E	Hormona Tiroidea
	F	Reemplazo Hormonal Femenino
	G	Terapia Fertilidad
	H	Análogo Somatostatina
	I	Andrógeno
	J	Hormona Luteinizante
	K	Inhibidor de Prolactina
Infecciones	A	Aminoglicósido
	B	Anfotericina
	C	Antiséptico Urinario
	D	Azólicos
	E	Cefalosporina
	F	Cloramfenicol
	G	Lincosamida
	H	Macrólido
	I	Metronidazol

Categoría	Código	Clase
Infecciones	J	Nistatina
	K	Otros Antimicóticos
	L	Otros Antivirales
	M	Oxalidinona
	N	Penicilina
	O	Quinilona
	P	Sulfa
	Q	Vancomicina
Inmunología	R	Antirretrovirales
	A	Antihistamínico
	B	Antirreumático
	C	Estimulante Neurológico
	D	Inmunosupresor
Metabolismo	E	Vacunas
	A	Bifosfanato
	B	Estatinas
	C	Hipo/Hiperglicemiante
Nutrición	D	Insulina
	A	Calcio Oral
	B	Electrolito
	C	Glucosa
	D	Nutrición Parenteral
	E	Suero Fisiológico
	F	Nutrición
	F	Suplemento Alimenticio
G	Vitaminas	
Oftalmología	A	Antibiótico Oftálmico
Respiratorio	A	Broncodilatador
	B	Facilitador de Respiración
SNC	A	Antagonista Benzodizepinas
	B	Antagonista Opioide
	C	Anticonvulsivante
	D	Antidepresivo
	E	Antiparkinsoniano
	F	Antipsicótico
	G	Estimulante SNC
	H	Hipnótico
	I	Sedante

Categoría	Código	Clase
Tocólisis	A	Tocolítico
Prótesis	A	Prótesis
Insumos	A	Insumos
Otros	P	Prestación No Arancelada
	Z	Otros

6.3. Códigos para presentación de fármacos

Código	Presentación
AM	Ampolla
CM	Comprimido
CO	Colirio
FC	Frasco
GO	Gotas Orales
JB	Jarabe
JG	Jeringa
NB	Solución para Nebulización
PF	Puff
PO	Polvo
SA	Sachet

Anexo 7. Solicitud de Bases de Datos a las ISAPRE

Esta solicitud se basa en el Oficio Circular IF/ N° 11 de la Superintendencia de Salud a las ISAPRE con fecha 2 de mayo de 2013 que "Solicita información sobre prestaciones de salud garantizadas que forman parte del Listado de Prestaciones Específicas correspondiente al D.S N°1, de 2010, vinculadas con los problemas de salud con Garantías Explícitas de Salud (GES)" y son esenciales para el cálculo del valor de las prestaciones AUGÉ en el sistema. Específicamente, la solicitud es:

Características Generales del Archivo

Nombre Archivo

Prestaciones GES específicas

Nombre computacional Archivo

Deberá utilizarse el formato sCCCCAAAMM.EEE, donde:

- s: nombre del archivo comienza con el carácter "s".
- CCC: código de la aseguradora asignado por la Superintendencia.
- AAAA: en este caso debe informar el valor 2013 a 2014.
- MM: en este caso debe informar el valor 12.
- EEE: extensión que identifica al archivo, en este caso debe informarse "071".

Características del Archivo

- Archivo plano
- Código ASCII
- Un registro por línea
- Separador de campo carácter pipe (|)
- Largo de registro variable, de acuerdo a la definición de cada estructura.

Información contenida en los registros del Archivo

Cada registro del Archivo corresponde a una prestación unitaria o grupo de prestaciones, que forman parte del Listado de Prestaciones Específicas de los Problemas de Salud con Garantías Explícitas de Salud (GES) para un RUN de beneficiario en particular. No se debe agrupar la información bajo ningún criterio.

No se incluirán en este archivo las prestaciones que, derivadas de un problema de salud garantizado, hayan sido bonificadas a través de plan complementario y/o que no se encuentren en el listado de prestaciones específicas.

Período de la información contenida en el Archivo

Debe informar las Prestaciones Específicas de los Problemas de Salud con Garantías Explícitas en Salud cuya fecha de bonificación pertenezca al periodo comprendido entre los meses de enero a diciembre -inclusive- de los años 2013 y 2014.

Periodicidad de envío del Archivo

Este archivo debe enviarse por única vez a más tardar el día XX de XXXX de 2015.

Definiciones

Código Aseguradora

Corresponde al número de identificación de la aseguradora registrado en esta Superintendencia.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo numérico.
- No se aceptan valores distintos al especificado para la aseguradora.

Fecha Información

Corresponde al mes y año en que se bonificó la(s) prestación(es) de salud GES que se informa(n).

La información que se remita corresponderá a un detalle de las prestaciones de salud GES bonificadas, en el mes que se informa.

Formato MMAAAA, donde: MM = mes y AAAA = año.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo numérico.

Identificación Única GES

Corresponde a la identificación única que le otorga la aseguradora a un caso GES.

Corresponderá registrar las identificaciones asociadas a solicitudes de acceso aprobadas por la aseguradora y que registren prestaciones o grupo de prestaciones derivados del problema de salud GES.

Validadores Técnicos del campo:

- Campo de tipo alfanumérico
- Debe informarse siempre.

Sexo Beneficiario

- Identifica el sexo del beneficiario objeto de la prestación de salud GES bonificada.
- En caso de aquellos beneficiarios Nonatos, deberá informarse la letra X.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo alfabético.
- Valores posibles: F= Femenino, M = Masculino, X=Nonato.

Edad Beneficiario

Corresponde a la edad del beneficiario al momento en que fue o fueron bonificadas la(s) prestación(es) de salud GES que se informa (n).

La edad debe estar expresada en años, debiendo considerarse para ello los años cumplidos a la fecha de bonificación.

En caso de aquellos beneficiarios Nonatos y aquellos que tengan menos de un año de vida, deberá informarse como edad el valor 0 (cero).

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo numérico.
- El valor informado debe ser mayor o igual a cero.

RUT del Prestador

Corresponde al RUT del prestador asociado a la(s) prestación(es) de salud GES bonificada(s).

Se deberá informar en este campo el RUT del prestador institucional, aun cuando la prestación haya sido efectivamente otorgada por un profesional.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo numérico.

DV del Prestador

Corresponde al dígito verificador calculado a partir del número del Rut del Prestador (campo 06) aplicando la rutina denominada Módulo 11.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo alfanumérico.
- Valores posibles: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y K.
- Validadores de Consistencia:
- Se validará su consistencia con el campo (06) RUT del Prestador.

Tipo Atención

Identifica la modalidad de atención en que se otorgó la prestación GES, conforme haya sido bonificada por el asegurador. Se utilizará la siguiente codificación:

1: Atención Ambulatoria

2: Atención Hospitalaria

Para estos efectos se entenderá por:

- Prestación de Atención ambulatoria: aquella realizada a un beneficiario, por un prestador, sin que requiera, complementariamente, de prestaciones de días cama.
- Prestación de Atención hospitalaria: aquella realizada a un beneficiario y que requiere o requirió que se haya efectuado con el paciente hospitalizado. La hospitalización no necesariamente requiere que el paciente pernocte en el establecimiento, por lo tanto el alcance de la atención hospitalaria deberá definirse de acuerdo a la normativa que regula la materia.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo numérico.
- Valores Posibles: 1, 2.

Código de Problema de Salud GES

Corresponde a la enumeración de cada uno de los Problemas de Salud GES contenidos en los Decretos Supremos que aprueban las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

Los valores a emplear son los definidos en el Anexo N° 4 de la Circular IF N°193/2013 del 18 de junio de 2013.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo numérico.
- Valores posibles: los códigos definidos en el Anexo N° 4 de la referida Circular IF N°193/2013 del 18 de junio de 2013.

Tipo de Intervención Sanitaria

Se refiere a la codificación de la etapa diagnóstica, tratamiento o seguimiento, asociada al código del grupo de prestaciones que se informa.

Validadores Técnicos del campo:

- Campo de tipo alfabético.
- Valores posibles: D, T o S.
- Debe informarse siempre.

Código Grupo de Prestaciones GES

Se refiere a la codificación del grupo de prestaciones que se informa.

Validadores Técnicos del campo:

- Campo de tipo numérico.
- Valores posibles: Los códigos definidos en el Anexo N° 6 de la Anexo N° 4 de la Circular IF N°193/2013 del 18 de junio de 2013 y de la Circular IF N°198/2013 del 13 de agosto de 2013..
- Debe informarse siempre.

Código Prestación de Salud Unitaria GES

Corresponde al código que identifica a la prestación de salud unitaria GES bonificada al usuario, sea este cotizante o carga, en el mes y año que se informa.

La información de las prestaciones de salud GES bonificadas que se envíe deberá utilizar como base para su codificación el Listado de Prestaciones Específicas anexo al Decreto Supremo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud que se encuentre vigente a la fecha de la bonificación GES, respetando su orden y estructura, sin el sufijo GES.

Debe informarse como, por ejemplo:

- 0101101 Consulta o control médico integral
- 0101111 Consulta integral de especialidades en Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología.

Sin perjuicio de lo anterior, deberá considerarse lo siguiente:

- Los insumos y materiales clínicos sin códigos GES deberán informarse agrupados bajo el código 4000000
- Los Medicamentos sin códigos GES deberán informarse bajo el código 6100000.
- Las prestaciones dentales sin códigos GES deberán informarse agrupadas bajo el código 5000000.
- Las Drogas Antineoplásicas sin códigos GES deberán informarse agrupadas bajo el código 6200000.
- Las Drogas inmunosupresoras sin códigos GES deberán informarse agrupadas bajo el código 6400000.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo alfanumérico.

Frecuencia

Corresponde al número de veces que se bonificó la prestación unitaria que se informa.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo numérico.

Valor Facturado

Corresponde al monto total en pesos que el prestador en convenio ha facturado o facturará por cada prestación unitaria que se informa.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo numérico.

Valor Bonificado

Corresponde al monto total en pesos bonificado por el asegurador, por cada prestación unitaria que se informa.

Validadores Técnicos:

- Campo de tipo numérico.

Es importante destacar que la solicitud en comento será trabajada en conjunto con la contraparte técnica y con la Superintendencia de Salud y deberá ser esta última institución la que solicite y reúna la información entregada finalmente por las instituciones de salud previsual.

Con esta información, a través del valor facturado, del valor bonificado y de la frecuencia de cada prestación, se podrá obtener el valor promedio de cada componente de las prestaciones GES y por cada problema en particular. Una ventaja de este método es que los valores resultantes no son los valores lista de los prestadores de salud o el promedio de la industria, sino que los valores que efectivamente han acordado las ISAPRE con cada prestador y específicamente para los problemas GES. Al efectuar la división entre el facturado y la frecuencia, los valores se encuentran determinados por el uso efectivo que dan los beneficiarios al AUGE.

Anexo 8. Análisis del Programa de Cálculo del EVC 2012

Introducción

La base de datos del Estudio de Verificación de Costos (EVC), contiene toda la información y algoritmos necesarios para calcular los costos de los problemas de salud GES. En ella se encuentran los modelos epidemiológicos y económicos para estimar la demanda por cada intervención sanitaria, año a año, y la información de precios unitarios de FONASA e ISAPRE.

La base contiene 81 problemas de salud ya ingresados, los cuales están interrelacionados con el resto de la información.

Metodología

La metodología de actualización de la información contenida en las bases, se ha preocupado de resguardar la integridad de los datos y de evitar problemas de estructura.

La primera actualización de información es la relacionada con los problemas de salud, las canastas, subcanastas y prestaciones asociadas a ella³⁷. La información posee un orden lógico, pero no presenta una estructura apta para trabajo con bases de datos, por lo que se debe trabajar la información y parametrizar los datos para su uso.

Adicionalmente, al comparar la información de la base de datos con el Decreto se observa que los problemas de salud poseen nombres nuevos, orden de canastas, subcanastas y prestaciones diferentes.

Por lo tanto, al realizar modificaciones a los problemas de salud ya sea por glosa, cantidad de canastas, subcanastas o prestaciones, debe efectuarse una validación de la información antes de ingresar los nuevos órdenes y nombres, de forma tal que siempre resguarde la integridad de los datos. De esta forma nos aseguraremos de que los datos funcionen y se relacionen en forma correcta con el resto de las hojas.

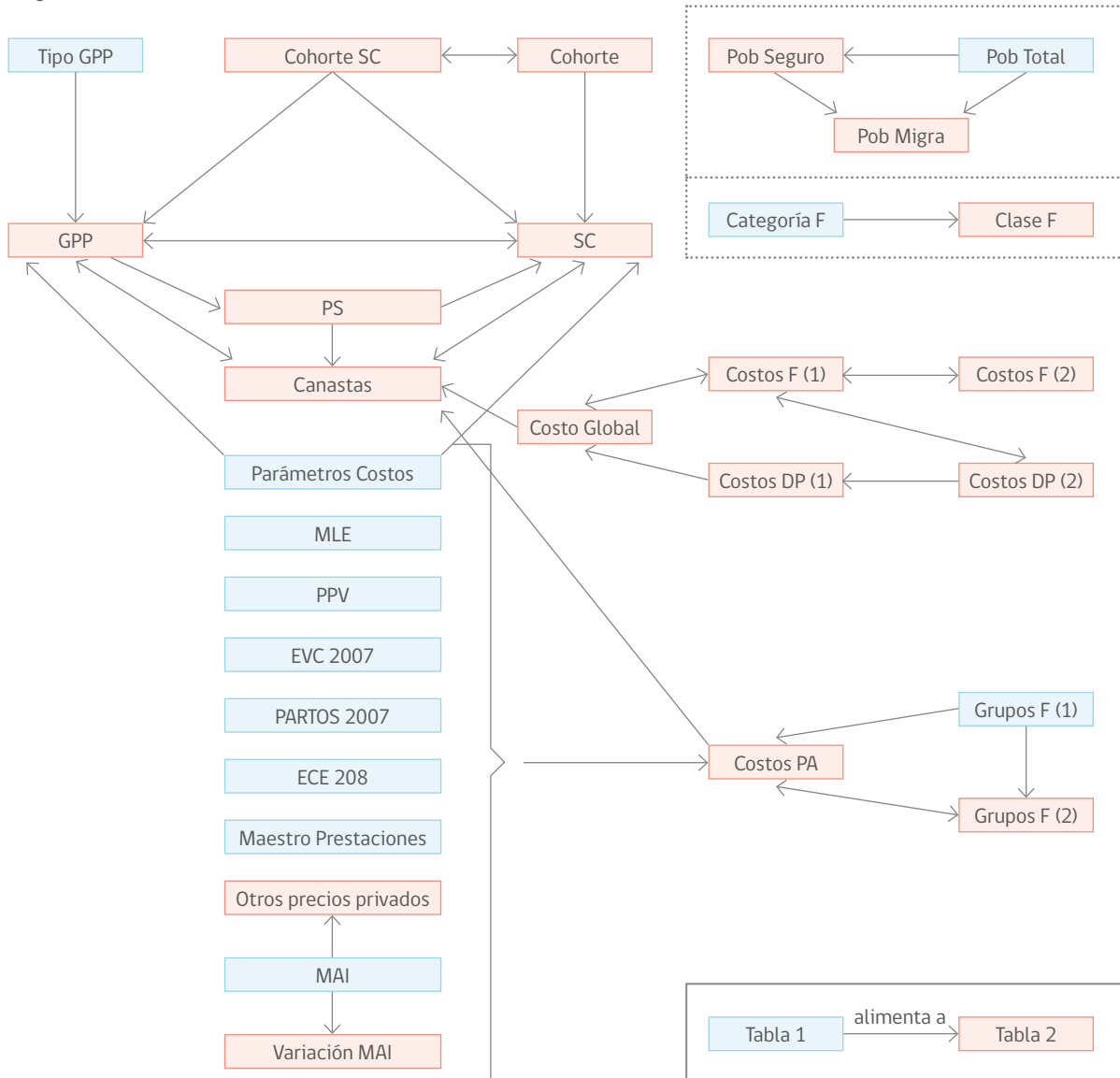
Para ello se desarrollaron dos algoritmos, orientados a verificar la entrada y salida de información y su integridad, asegurándose que no existen redundancias o problemas en las estructuras de búsqueda de información.

En el diagrama N°1, se muestra la interacción de las planillas que conforman el EVC, es decir, como los datos se encuentran enlazados y su interacción entre las diferentes bases, la que muestra el grado de dependencia de cada uno de los datos entre las hojas. Esta dependencia se debe respetar para mantener la integridad de la base de datos.

³⁷ Para esta actualización se utiliza el listado de prestaciones específicas anexas al Decreto N° 4 del 2013.

DIAGRAMA N°1: INTERACCIÓN DE LAS PLANILLAS QUE CONFORMAN EL EVC

Diagrama de EVC 2012 - Referencias de las tablas



Las plantillas en Azul son los datos que originan la información, es decir son estas bases las que no tienen dependencia, pero a su vez son las que generan o conforman el resto de plantillas relacionadas y generan bases de datos con diferentes asociaciones.

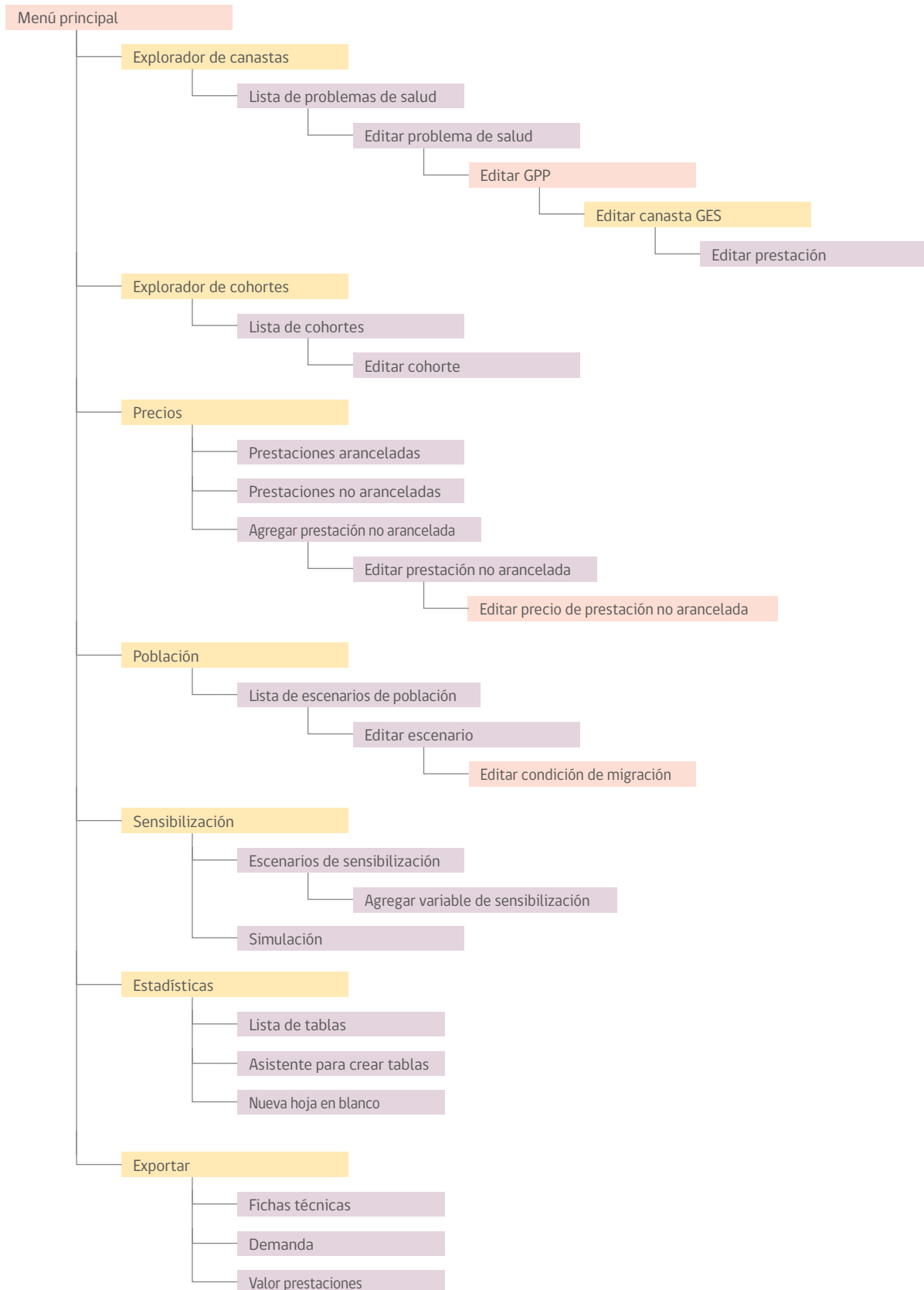
Para poder ingresar la información en la base de datos, se trabajará con las plantillas por separado para luego unirlas según la estructura inicial.

El sistema posee 76 Hojas las cuales se interrelacionan según el diagrama expuesto, siendo las mencionadas en el diagrama las que mueven la información.

Las plantillas en rosa, son tablas que poseen dependencia de información entre sus datos, por lo que es muy importante realizar las pruebas de integridad para asegurar el correcto funcionamiento de los datos.

La nomenclatura de las hojas que conforman los datos está conformada según la lógica de las personas que realizaron la base de datos originalmente y no siempre tiene un nombre que represente o resuma la información que ella contiene, por lo que es necesario informar el contenido de estas (ver Anexo N°4.11.1).

DIAGRAMA N°2: FLUJO DE INFORMACIÓN



Trabajo con base de datos en Excel

Una de las tareas iniciales es la incorporación de la información proveniente del Decreto Supremo N° 4 de 2013.

La base de datos en Excel entregada al equipo de trabajo contiene información de los PS.

Se efectuó una revisión de la información incluida en las bases con el objetivo de evaluar la permanencia de la estructura y el contenido, pero se encontraron diferencias de carácter estructural.

1. Glosas diferentes
2. Orden de canastas
3. Problemas con subcanastas.

Esta última diferencia (subcanastas) obliga a que sea necesario acordar un criterio de trabajo diferente al presentado en los datos de la base.

Los PS definidos en el DS N°4 definen muy bien la canasta, su descripción, pero no explicitan las subcanastas. Esto implica que el nivel de subcanasta encontrado en el programa es utilizado solo en algunos casos, mientras que en su gran mayoría las canastas generan una subcanasta con el mismo nombre, como lo muestra la Figura 1.

FIGURA 1: EJEMPLO N°1

- » 001 - Insuficiencia Renal Cronica Terminal (17)
 - » 001.001 - Peritoneodiálisis (2)
 - » 001.001.001 - Peritoneodiálisis
 - » 001.001.002 - Instalación Cateter Peritoneodialisis
 - » 001.002 - Hemodiálisis (1)
 - » 001.002.001 - Hemodiálisis
 - » 001.007 - Hierro Endovenoso Pacientes En Diálisis (1)
 - » 001.007.001 - Hierro Endovenoso Pacientes En Diálisis
 - » 001.008 - Eritropoyetina Pacientes En Diálisis Menor De 15 Años (1)
 - » 001.008.001 - Eritropoyetina Pacientes En Diálisis Menor De 15 Años
 - » 001.009 - Estudio Pretrasplante Receptor (1)
 - » 001.009.001 - Estudio Pretrasplante Receptor
 - » 001.010 - Trasplante Renal (1)
 - » 001.010.001 - Trasplante Renal
 - » 001.015 - Hormona Del Crecimiento Niños (1)
 - » 001.015.001 - Hormona Del Crecimiento Niños
 - » 001.016 - Estudio Donante Vivo (1)
 - » 001.016.001 - Estudio Donante Vivo
 - » 001.017 - Nefrectomia Donante Vivo (1)
 - » 001.017.001 - Nefrectomia Donante Vivo
 - » 001.018 - Estudio, Evaluación Y Nefrectomía Donante Cadaver (1)
 - » 001.018.001 - Estudio, Evaluación Y Nefrectomía Donante Cadaver
 - » 001.019 - Seguimiento (2)
 - » 001.019.001 - Seguimiento Trasplante Renal 1° Año
 - » 001.019.002 - Seguimiento Trasplante Renal A Partir 2° Año
 - » 001.020 - Rechazo Trasplante Renal (1)
 - » 001.020.001 - Rechazo Trasplante Renal
 - » 001.021 - Accesos Vasculares (5)
 - » 001.021.001 - Acceso Vascular Autólogo En Brazo O Antebrazo
 - » 001.021.002 - Acceso Vascular Con Prótesis En Extremidad Superior
 - » 001.021.003 - Acceso Vascular Autólogo De Alta Complejidad
 - » 001.021.004 - Reparación De Fistula Disfuncionante U Ocluida
 - » 001.021.005 - Instalación Catéter Tunelizado
 - » 001.022 - Profilaxis De Infeccion Por Cmv: Cmv (+) Donante Y Cmv (-) Receptor (1)
 - » 001.022.001 - Profilaxis De Infeccion Por Cmv: Cmv (+) Donante Y Cmv (-) Receptor
 - » 001.023 - Profilaxis De Infeccion Por Cmv: Cmv (+) Receptor (1)
 - » 001.023.001 - Profilaxis De Infeccion Por Cmv: Cmv (+) Receptor
 - » 001.024 - Protocolos Inmunosupresion (7)
 - » 001.024.001 - Droga Inmunosupresora Protocolo 0
 - » 001.024.002 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1A
 - » 001.024.003 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1B
 - » 001.024.004 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1C
 - » 001.024.005 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1D
 - » 001.024.006 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1E
 - » 001.024.007 - Droga Inmunosupresora Protocolo 2A
 - » 001.026 - Confirmacion Retardo Crecimiento Oseo (1)
 - » 001.026.001 - Confirmacion Retardo Crecimiento Oseo

Como ejemplo, el problema de salud 001, Insuficiencia Renal Crónica Terminal, posee 17 canastas, de las cuales 13 de ellas son iguales a las subcanastas. Es por esta razón que se decide mantener los niveles canasta y no subcanasta. Cabe señalar que esta medida genera un aumento considerable en las canastas de cada problema de salud.

Como se puede ver en el ejemplo, el problema de salud N°1 originalmente tenía 17 canastas, y el mismo problema de salud ahora posee 29 canastas (Figura 2).

FIGURA 2: EJEMPLO N°2

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 001 - Insuficiencia Renal Crónica Terminal (17) ▶ 001.001 - Peritoneodialis (2) ▶ 001.002 - Hemodialis (1) ▶ 001.007 - Hierro Endovenoso Pacientes En Diálisis (1) ▶ 001.008 - Eritropoyetina Pacientes En Diálisis Menor De 15 Años (1) ▶ 001.009 - Estudio Pretrasplante Receptor (1) ▶ 001.010 - Trasplante Renal (1) ▶ 001.015 - Hormona Del Crecimiento Niños (1) ▶ 001.016 - Estudio Donante Vivo (1) ▶ 001.017 - Nefrectomia Donante Vivo (1) ▶ 001.018 - Estudio, Evaluación Y Nefrectomia Donante Cadaver (1) ▶ 001.019 - Seguimiento (2) ▶ 001.020 - Rechazo Trasplante Renal (1) ▶ 001.021 - Accesos Vasculares (5) ▶ 001.022 - Profilaxis De Infeccion Por Cmv: Cmv (+) Donante Y Cmv (-) Receptor (1) ▶ 001.023 - Profilaxis De Infeccion Por Cmv: Cmv (+) Receptor (1) ▶ 001.024 - Protocolos Inmunosupresion (7) ▶ 001.026 - Confirmacion Retardo Crecimiento Oseo (1) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 001 - ICRT (29) ▶ 001.001 - Estudio Pretrasplante receptor (1) ▶ 001.002 - Estudio Donante Vivo (1) ▶ 001.003 - Nefrectomia Donante Vivo (1) ▶ 001.004 - Estudio, Evaluación Y Nefrectomia Donante Cadaver (1) ▶ 001.005 - Trasplante Renal (1) ▶ 001.006 - Seguimiento Trasplante Renal 1° año (1) ▶ 001.007 - Seguimiento Trasplante Renal a partir 2° año (1) ▶ 001.008 - Rechazo Trasplante Renal (1) ▶ 001.009 - Droga Inmunosupresora Protocolo 0 (1) ▶ 001.010 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1A (1) ▶ 001.011 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1B (1) ▶ 001.012 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1C (1) ▶ 001.013 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1D (1) ▶ 001.014 - Droga Inmunosupresora Protocolo 1E (1) ▶ 001.015 - Droga Inmunosupresora Protocolo 2A (1) ▶ 001.016 - Acceso Vascular Autólogo en Brazo o Anle Brazo (1) ▶ 001.017 - Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior (1) ▶ 001.018 - Acceso Vascular Autólogo de Alta Complejidad (1) ▶ 001.019 - Reparación de Fístula Disfuncionante u Ocluida (1) ▶ 001.020 - Instalación Catéter Tunelizado (1) ▶ 001.021 - Hemodialis mensual (1) ▶ 001.022 - Instalación Cateter Peritoneodialis (1) ▶ 001.023 - Peritoneodialis (1) ▶ 001.024 - Eritropoyetina Pacientes en Diálisis (1) ▶ 001.025 - Hierro Endovenoso Pacientes en Diálisis (1) ▶ 001.026 - Confirmación Retardo Crecimiento Óseo (1) ▶ 001.027 - Tratamiento con Hormona de Crecimiento en menores de 15 años (1) ▶ 001.028 - Profilaxis Citomegalovirus Alto Riesgo / PROFILAXIS DE INFECCION POR CMV: CMV (+) DONANTE Y CMV (-) RECEPTOR (1) ▶ 001.029 - Profilaxis Citomegalovirus Bajo Riesgo / PROFILAXIS DE INFECCION POR CMV: CMV (+) RECEPTOR (1) |
|--|---|

Para mantener la estructura de la base, se replica el nombre de la canasta en la subcanasta. Como consecuencia de lo anterior, el número de canastas aumenta considerablemente lo que a su vez ralentiza y dificulta el trabajo de gestión de datos en la aplicación (Excel)³⁸.

Los tiempos de operación del programa no mejoran sustantivamente cuando se trabaja con equipos más poderosos. Si bien los valores de espera mejoran, no guarda relación con el cambio entre un computador normal y un servidor poderoso.

Lo anterior se debe a que se trabaja con un Excel al límite de su capacidad, el cual posee funciones creadas para relacionar bases de datos, búsqueda, informes y reportes propios de un motor de Base de Datos. Como solución a los tiempos de respuesta, se dividieron los problemas de salud en más de un archivo, con el objetivo de tornar más manejable los datos, brindando mejores resultados.

Una hipótesis de trabajo para explicar la dificultad con los tiempos de procesamiento es la realización de una programación en Excel para trabajar como una base de datos, con las consecuencias que posee un programa que no está diseñado para este trabajo. Estas funciones auxiliares para una planilla normal son aceptables si los datos son discretos, pero cuando esta información posee una

³⁸ Un archivo Excel con datos compuestos de macros, formulas, tablas dinámicas bases de datos y motores de búsqueda, genera problemas en su ejecución.⁹

extensión importante y se relacionan con otras bases de datos, se debe utilizar programas diseñados para este fin. En este contexto, se recomienda a futuro programar esta misma aplicación en una herramienta especialmente diseñada para este fin.

Anexo 8.1. Descriptor de Hojas

Pob escenario: contiene la lista de escenarios definidos.

Pob Resultado: contiene los gráficos que usan los datos de las dos tablas de cifras.

Pob total: contiene la cantidad de personas registradas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) separadas por edades y sexo.

PS: muestra las proyecciones desde el año 2005 al 2020 del costo total público y privado, cantidad de beneficiarios públicos y privados; y el costo por beneficiario público y privado de problemas de salud. Utiliza información de las hojas GPP, SC y de Canastas.

Pob seguro, Pob total y Pob migra: forman una red cerrada.

Pob Migra: utiliza información de Pob seguro y Pob total.

Pob seguro: utiliza la información de Pob total.

La tabla **Pob migra** se usa en los campo beneficia público y privado de los distintos años de la hoja PS.

GPP: muestra costo unitario público y privado, las proyecciones desde el año 2005 al 2020 de las Canastas Utilizadas públicas y privadas, costo total público y privado de los grupos principales de prestaciones (GPP).

Tipo GPP: muestra los grupos en los cuales se pueden clasificar cada uno de los GPP: sospecha, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

SC: muestra las proyecciones desde el año 2005 al 2020 de las canastas utilizadas, costo total, cantidad de canastas GPP, las frecuencias, costo esperado, todos los datos anteriores para el área pública y privada para las subcanastas.

Canastas: muestra detalle de cada una de las prestaciones, como PPV (Programa de Prestaciones Valoradas) privado y público, posología, frecuencia, precios, precios

Alternativos, costos, costos imputados, y algunos datos informados por el MINSAL (precio original, código original y glosa original)

Parámetros Costos: muestra Ajuste de inflación para arancel MAI, Ajuste privado/público, Proporción del costo de GPP hospitalarias destinado a insumos en sector Privado, Actualización Junio 2006 - Junio 2012 y Actualización Junio 2007 - Junio 2012.

Estos datos son utilizados los campos Valor MAI 2012 imputado y Valor EVC 2012 Privado de la hoja Costos PA.

Diagrama: explica la fuente de los códigos para cada una de las prestaciones: MAI, MLE, PPV. Otros valores privados, MP y proxy.

Costos PA: costo de la prestaciones aranceladas. Reúne diferentes datos que se utilizan para determinar el Valor EVC 2012 tanto público como privado.

Grupos F (1): asigna un número de Grupo F a cada una de las prestaciones definidas. Este dato se usa para calcular los factores de corrección en la hoja Costos PA.

Grupos F (2): genera un factor de corrección promedio usando la cantidad de prestaciones aranceladas según grupo y la cantidad de prestaciones costeadas

MAI (Modalidad Atención Institucional): muestra los precios de las prestaciones de Modalidad de Atención Institucional (MAI) y las variaciones del año 2005 al 2009 con respecto al 2012. Estos datos se usan para alimentar a la hoja Variación MAI.

PPV (Programa de Prestaciones Valoradas): tabla fuente que alimenta a la hoja Costos PA. Muestra los precios PPV de las prestaciones al año 2009.

MLE (Modalidad Libre Elección): tabla fuente que alimenta a la hoja Costos PA. Muestras precios MLE a nivel 1 y nivel 3 del año 2011.

Variación MAI: muestra factores de corrección por subgrupo de las prestaciones MAI desde el año 2005 al 2009 con respecto al 2012.

EVC 2007: tabla fuente que alimenta a la hoja Costos PA. Muestra los precios costeados en EVC (Estudio Verificación de Costos) 2007 y 2006, además del registro MAI del año 2006.

Partos 2007: tabla fuente que alimenta a la hoja Costos PA. Muestras los costos de las prestaciones involucrados en el procedimiento del parto.

ECE 2008 (Evaluación Costo Efectividad): tabla fuente que alimenta a la hoja Costos PA. Muestra los montos de los diferentes tipos de costos involucrados (RRHH, insumos, depreciación, etc) y el precio para las prestaciones.

Maestro Prestaciones: tabla fuente que alimenta a la hoja Costos PA. Precios que pagan las ISAPRE por las diferentes prestaciones.

Otros Valores Privados: alimenta Valor privado alternativo de la tabla Costos PA.

Costos F (1): precios de fármacos obtenidos de la hoja Costos F (2).

Costos F (2): tabla fuente de los precios de fármacos obtenidos y sus referencias.

Presentaciones F: los tipos de presentación de los fármacos. No alimenta a ninguna hoja.

Categorías F: Categorías de fármacos. Alimenta a la hoja Clases F.

Clases F: asigna una glosa al código que resulta de combinar categoría y clase (hoja de Presentaciones F y hoja Categorías F)

Costos DP (1): muestra precio público y privado de prestaciones DP (medicamentos correspondientes a Tratamiento de Neutropenia Infantil). La información viene de la hoja Costos DP (2)

Costos DP (2): muestra detalles de las prestaciones DP así como costos y precios privados y públicos.

Costos Global: muestra los precios públicos y privados para las prestaciones definidas. Se alimenta de las tablas Costo F(1), Costo DP(1) y Costos PA, para los tipos de prestación F,DP y PA respectivamente.

Cohortes: muestra la demanda estimada por GES desde el año 2005 al 2020 para los diferentes cohortes de los diferentes problemas de salud.

Cohortes.SC: Muestra las frecuencias, demandas ges estimada y las canastas utilizadas de los cohortes por las subcanastas para los diferentes problemas de salud. Estas cifras alimentan la hoja de Cohortes.

Anexo 8.2. Definiciones desde el Manual de Usuario

Explorador de canastas

Permite editar los problemas de salud y sus canastas.

Cuando se ingresa al explorador de canastas, la pantalla se divide en dos: a su izquierda se aparece el explorador, y a su derecha aparece la lista de problemas de salud. El explorador a la izquierda tiene tres niveles:

1. Problema de salud
2. Grupo de prestaciones principales (GPP)
3. Subcanasta.

Explorador de cohortes

Permite editar los grupos de población que padecen de problemas de salud GES, y definir en qué proporción utilizan las canastas de prestaciones. Cuando se ingresa al explorador de cohortes, a su izquierda se aparece el explorador. El explorador tiene tres niveles:

1. Problema de salud
2. Cohorte
3. GPP/Subcanasta.

Precios

Existen dos grandes grupos de listas de precios: las prestaciones aranceladas y las prestaciones no aranceladas. Las prestaciones aranceladas no se pueden editar, pues corresponden a servicios de salud listados en los aranceles MAI, PPV o MLE, o que han sido costeados en estudios anteriores. Las prestaciones no aranceladas sí se pueden editar, pues corresponden a fármacos, insumos, prótesis, y otros procedimientos médicos no listados en los aranceles MAI, PPV o MLE.

Población

Permite editar escenarios de Población

El explorador tiene dos niveles:

1. Escenario de población
2. Condición de migración entre grupos previsionales

Sensibilización

La opción Sensibilización permite editar la lista de variables de entrada sujetas a sensibilización para el escenario seleccionado.

Estadísticas

La opción Estadísticas permite generar resúmenes de costos y demanda.

Exportar

Esta opción permite generar resúmenes imprimibles de los datos en la base. Existen tres tipos de resúmenes:

1. Fichas técnicas.
2. Demanda.
3. Valor prestaciones.

SIGLAS Y ABREVIACIONES

ACV	Accidente Cerebrovascular
Diagnóstico	Intervención sanitaria
Tratamiento	Intervención sanitaria
Seguimiento	Intervención sanitaria
AIJ	Artritis Idiopática Juvenil
AINES	Analgésicos Antiinflamatorios No Esteroidales
AR	Artritis Reumatoidea
AUGE	Acceso Universal a Garantías Explícitas
AVE	Accidente Vascular Encefálico
AVISA	Años de Vida perdidos ajustados por discapacidad
Ca	Cáncer
Ca Menores	Cáncer en Menores de 15 años
CaCu	Cáncer Cérvico Uterino
CAEC	Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas
CaMa	Cáncer de Mama
CaOv	Cáncer de Ovario
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento
CIE-10	Código Internacional de Enfermedades Versión 10
CVIS	Cáncer de Vejiga, in situ
D GES	Demanda expresada en GES
D no S	Demanda No Satisfecha
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
DIPRES	Dirección de Presupuestos
DISMOD	Disease Model
DLC	Displasia luxante de caderas
DM I	Diabetes Mellitus Tipo I
DM II	Diabetes Mellitas Tipo II
DP	Demanda Potencial -
DRR	Desprendimiento de retina regmatógeno
DS	Demanda Satisfecha
DS	Decreto Supremo
DT	Demanda Total
EC 2007	Estudio de Carga de Enfermedad 2007
EM	Esclerosis Múltiple
EMP	Exámenes de Medicina Preventiva
EMPA	Examen de Medicina Preventiva Adultos
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EVC	Estudio de Verificación del Costo Esperado Promedio
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FQ	Fibrosis Quística

GES	Garantías Explícitas en Salud
GPC	Guía de Práctica Clínica MINSAL - se obtienen de la Secretaría Técnica de GES
GPP	Grupo de Prestaciones Principales - se obtienen de información de FONASA
HNPL	Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar
HPBP	Hiperplasia Benigna de Próstata
HSA	Hemorragia Subaracnoidea
HTA	Hipertensión Arterial
HTS	Hospital del Trabajador de Santiago
HVC	Hepatitis por Virus C
IAM	Infarto Agudo del Miocardio
IARC	International Agency for Research on Cancer (Agencia Internacional de Investigación en Cáncer)
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IPC	Índice de Precios al Consumidor
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IRCT	Insuficiencia Renal Crónica Terminal
IS (TIS)	Intervenciones Sanitarias - Diagnóstico - Tratamiento - Seguimiento
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
MAI	Modalidad de Atención Institucional
MCO	Mínimos Cuadrados Ordinarios
MINSAL	Ministerio de Salud
MLE	Modalidad de Libre Elección
NAC	Neumonía adquirida en la comunidad
OS	Osteosarcoma
PA	Pared Abdominal
PA	Prestaciones Aranceladas
PAD	Pago Asociado a Diagnóstico
PINDA	Programa Infantil de Drogas Antineoplásicas
PNA	Prestaciones No Aranceladas
PoliT G	Politraumatismo grave
PS	Problema de Salud
RD	Retinopatía Diabética
RN	Recién Nacidos
SCA	Síndrome Coronario Agudo
SdS	Superintendencia de Salud
SERNAC	Servicio Nacional del Consumidor
SGB	Síndrome de Guillain Barré
SIGGES	Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud
SNC	Sistema Nervioso Central
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SOI	Salud Oral Integral
TC	Trastornos de conducción del impulso cardíaco
TEC	Traumatismo Encéfalo Craneano
TEP	Trombo embolismo Pulmonar

TIS	Tipo de Intervención Sanitaria
TIS (IS)	Intervenciones Sanitarias - Diagnóstico - Tratamiento - Seguimiento
TOG	Traumatismo ocular grave
Tu SNC	Tumores del Sistema Nervioso Central
Tu SNC	Tumores primarios del Sistema Nervioso Central
TVR y NR	Trastornos Valvulares Reumáticos y No Reumáticos
UOA	Urgencias Odontológicas Ambulatorias
VHC	Virus Hepatitis C
VIH-SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

GLOSARIO

Término	Definición
Análisis de Sensibilidad	Análisis que se basa en la alteración de algunos parámetros, como por ejemplo precios, que permite estimar variaciones en distintos escenarios. Por lo general se estima un escenario positivo (con precios bajos), uno negativo (con precios más altos) y un escenario de base (el más probable) que sirve para las comparaciones.
Canasta	Conjunto de prestaciones asociadas a un problema de salud.
Codificación	Proceso por el cual se le entrega un rol, por lo general alfanumérico, a alguna canasta, prestación o insumo sin rol previo.
Código de Prestación Unitaria	Códigos asociados a prestaciones entregadas por ISAPRE.
Garantías Explícitas Salud	Constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas a FONASA y a las ISAPRE.
Grupo Prestaciones Principales	Conjunto de prestaciones de salud agrupadas con el criterio de resolución de los problemas de salud en forma parcial o total. El DS4 establece un total de 644 canastas para los 80 PS garantizados.
IMS Health	Compañía líder a nivel mundial en servicios de información, data y de tecnología para el área de la salud.
Integración Vertical	Forma de organización corporativa, que consiste en dos organizaciones que comparten un mismo propietario, pero realizan distintas actividades dentro de un ciclo productivo.
Intervenciones Sanitarias Garantizadas	Diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
MAI	Modalidad de atención en la cual las prestaciones médicas son otorgadas a los beneficiarios del FONASA por los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, sean dependientes del Ministerio de Salud o entidades públicas o privadas con las cuales los Servicios de Salud o el Fondo hayan celebrado convenios para estos efectos.
MLE	Modalidad de Atención, bajo la tuición y fiscalización del FONASA, en la cual el beneficiario elige libremente al profesional y/o entidad, del sector público o privado, que se encuentre inscrito en el Rol de FONASA, haya celebrado convenio con éste y otorgue las prestaciones que se requieran.
Mínimos Cuadrados Ordinarios	Método estadístico que permite encontrar parámetros poblacionales en un modelo de regresión lineal.
Prestaciones Aranceladas	Cualquier prestación de salud que se encuentra incluida en los aranceles MAI o MLE del FONASA.
Prestaciones No Aranceladas	Corresponden a fármacos, insumos médicos, órtesis y prótesis.
Problemas de Salud Garantizados	80 patologías aseguradas por el AUGE.
Tendencia temporal	Entenderemos como tendencia temporal a una serie de datos que siguen algún tipo de patrón en el tiempo. Este patrón es capturado por algún parámetro del modelo para purificar la estimación.
Vector de Precios	Conjunto de precios (sea para el sistema público o privado) que permiten estimar el costo de prestaciones asociadas a cada uno de los problemas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Akaike, H., 1973. "Information theory and an extension of the maximum likelihood principle," Second International Symposium on Information Theory (B.N. Petrov and F. Csaki, Eds). Budapest, Hungary: Akademiai Kiado, 267-281.
- Berry, S., 1994, "Estimating Discrete-Choice Models of Product Differentiation," *Rand Journal of Economics*, 25, 242-262.
- Berry, S., J. Levinsohn, y A. Pakes, 1995, "Automobile Prices in Market Equilibrium," *Econometrica*, 63, 841-890.
- Duchesne, Louis, 1984, *Perspectives Demographiques Infraregionales, 1981-2001*, Bureau de la Statistique du Québec.
- Greene, W., 1999, "Análisis Económico". Tercera Edición, PEARSON Educación, Madrid.
- McFadden, D., 1973, "Conditional Logit Analysis of Qualitative Choice Behavior," en P. Zarembka, ed., *Frontiers of Econometrics*, New York: Academic Press.
- Nevo A., 2000, "Measuring Market Power in the Ready-to-Eat Cereal Industry," *Econometrica*
- Pittenger, Donald B., 1976, *Projecting State and Local Population*, Ballinger, Cambridge.
- Schwarz, G., 1978. "Estimating the dimension of a model," *The Annals of Statistics*, 6, 461-464.
- Shryock, H. y Siegel, J., 1976, *The Methods and Materials of Demography*, Academic Press, Nueva York
- W.R. and Cho L. J.; 1965, *Methodology for the Measurement of Current Fertility From Population Data on Young Children*, *Demography*, March 1965, Volume 2. U.S. Bureau of the Census and University of Chicago.