

20 de abril de 2011

ACTA DE SESIÓN N° 36

Consejo Cosultivo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud

Ley N°19.966

DÍA:	20 de abril de 2011
HORA INICIO:	11:00 hrs
LUGAR DE REUNIÓN:	Sala de Reuniones del Sr. Ministro de Salud
FECHA DE APROBACIÓN:	Aprobada el 22 de julio de 2011

1. Consejeros asistentes

Dra. Cecilia Sepúlveda (CS)
Dra. Q.F. Inés Ruiz (IR)
Dr. Joaquín Montero (JMo)
Dr. Emilio Santelices (ES)
Dr. Vicente Valdivieso (VV)
Dr. Rodrigo Salinas, Presidente (RS)

Secretaria Ejecutiva: Sra. Ecilda Soto (ESo)

Invitados: Sr. Ministro de Salud Dr. Jaime Mañalich (JM), Sr. Subsecretario de Salud Pública Dr. Jorge Díaz (JD), Sr. Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades Dr. Felipe Solar (FS), Dra. Francisca Rodríguez asesora de la Secretaría Ejecutiva del Régimen GES, Dra. Mónica Zagolín.

2. Temas tratados y acuerdos

Se da inicio a la reunión a las 11:10, con la asistencia de los consejeros indicados más arriba. Se ofrece la palabra al Sr. Ministro de Salud, quien reafirma el compromiso del actual Gobierno con la Reforma de la Salud que se inició a comienzos de la década pasada, expresada principalmente a través de la Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley GES. Lo que corresponde ahora -señala- es perfeccionar estos cuerpos legales, así como su administración, y en ningún caso dejarlos de lado o abandonarlos. La gran Ley de la Reforma, que es la Ley de Derechos y Deberes fue votada por unanimidad en la Comisión de Salud del Senado y la cree bien encaminada, haciendo énfasis en que se envió una indicación que hace exigible que la garantía

20 de abril de 2011

de calidad se hace exigible a todas las prestaciones, independiente si estas forman parte, o no, del Régimen de Garantías Explícitas, terminando, así, con una inequidad difícilmente explicable. La presente administración, agrega, tiene por propósito contar con un nuevo Decreto para el Régimen GES antes de la fecha a la que nos obliga la Ley; la fecha en que se publicó el último Decreto supone que debiera haber uno nuevo en enero de 2013, pero la propia Ley autoriza al Presidente de la República a dictarlo en forma anticipada en aquellos casos en que los fundamentos técnicos así lo aconsejen. Este decreto tiene como efecto indexar los seguros privados permitiendo un alza de precio, cada tres años, de los planes de las ISAPRES, por lo que, al mismo tiempo, es relevante para el Gobierno, antes de la dictación del nuevo decreto, haber fijado el IPC de la Salud, que evite alzas injustificadas y que cree una banda obligatoria de precios en que se muevan las ISAPRES. En lo que se refiere a la disminución de la lista de espera, en marzo de 2010 existía 340.000 garantías GES atrasadas, que en marzo de 2011 se redujo a 73.000. Se ha cursado, a la fecha, sólo 3.200 bonos AUGE para gente que tiene garantías atrasadas, lo que demuestra que la mayor parte de la reducción de la lista de espera se debe al esfuerzo de los hospitales públicos, particularmente de los oftalmólogos. De las 73.000 garantías atrasadas, al día de hoy, 40.000 corresponden a prestaciones oftalmológicas, las que se verán impactadas favorablemente gracias a la modificación del Código Sanitario, que permite a los tecnólogos médicos con mención en oftalmología prescribir lentes para vicios de refracción, lo que permite a los oftalmólogos concentrarse en prestaciones de mayor complejidad. El AUGE ha tenido un efecto adverso, que es la postergación de personas que padecen enfermedades que no están contempladas en el listado AUGE; así es como, por ejemplo, existe una importante cantidad de personas que requieren intervenciones quirúrgicas y que han visto postergadas sus intervenciones por más de un año. EL MINSAL tiene, hoy, los recursos y la financiación para resolver la lista de espera de personas que esperan por una patología AUGE por más de un año, en los próximos dos años. Hoy los seguros de salud tanto públicos como privados, entregan prestaciones acciones de salud pública que son obligatorias en su entrega para todos los chilenos, tanto públicos como privados, como por ejemplo las vacunas. Del mismo modo, se entrega aquellas prestaciones de carácter preventivo que están incluidas en el Régimen GES y en el arancel FONASA que deben ser entregadas a todos los beneficiarios de esos sistemas, así como prestaciones adicionales que entregan algunos planes de ISAPRES. De estos fondos se resta el 2,7% (del 7%) en licencias médicas. En el sistema público, por año, se entrega 800 millones de dólares por concepto de licencia médica, de los cuales entre 200 y 250 millones son de carácter fraudulento, algunas entregadas por verdaderas empresas dedicadas a esto. A la presente administración le interesa incorporar en el nuevo decreto la revisión de las actuales 69 condiciones de salud, sus garantías específicas y las guías clínicas que las acompañan. Interesa, además, incorporar con acceso universal un paquete de acciones preventivas de alto impacto en salud pública y con una razón de costo-beneficio demostrada. Esta acción se hace más urgente frente a los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud, que mueve a actuar de modo más decidido en la prevención de la enfermedad y en el diagnóstico precoz de aquellas enfermedades en que esto sea posible. A modo de ejemplo el Sr. Ministro menciona, entre puntos que se debe revisar: las drogas inmunosupresoras contenidas en las guías clínicas de transplante, algunas de las cuales están desactualizadas; en el screening de cáncer

20 de abril de 2011

cervicouterino debemos preguntarnos si nuestra política es la adecuada; la actualización de las coberturas en salud oral, en presencia de una mayor oferta de profesionales en esta área; la cobertura de ecografía en colelitiasis, etc. En lo que se refiere al AUGE preventivo, en el actual decreto se incorpora acciones preventivas como metas poblacionales, no como una obligación, por ejemplo una meta de 25% en el examen de medicina preventiva, que no permite avanzar del modo que el país necesita en materias de prevención en salud. Deberíamos definir un paquete que sea entregado de modo obligatorio, y que contenga, por ejemplo, el derecho a consulta por nutricionista por todos aquellos que tengan algún grado de sobrepeso. Señala, para terminar, que el rol del Consejo Consultivo es central en la definición de todas estas iniciativas que buscan perfeccionar el régimen vigente.

El Sr. Subsecretario de Salud Pública menciona dos temas que son de interés para la subsecretaría que dirige, para su discusión con el Consejo Consultivo, como son las dificultades existentes para el examen del VIH por las exigencias contenidas en la guía clínica, así como ciertos vacíos en el examen preventivo en términos de ciertas etapas del ciclo vital que se encuentran sin cobertura, por ejemplo la edad infantil entre 10 y 14 años.

La Dra. Mónica Zagolín¹, académica de la Universidad de Chile con reconocida experiencia en el diagnóstico y tratamiento del cuadro de Hipertensión Pulmonar, expone respecto a la situación de los pacientes que padecen esta enfermedad en Chile y las dificultades que enfrentan en el acceso a fármacos eficaces. El Consejo Consultivo acuerda enviar los antecedentes a la Subsecretaría de Salud Pública para la consideración de esta patología en el listado de enfermedades que sean estudiada en sus características para una eventual incorporación en el grupo de problemas de salud que forman parte del Régimen de Garantías Explícitas en Salud. En el sitio web del MINSAL se encuentra disponible la presentación de la Dra. Zagolín y en el pie de página la declaración de conflicto de intereses respectiva.

La Dra. Francisca Rodríguez, en representación del Comité Ejecutivo del Régimen GES, expone sobre el proyecto de GES Preventivo al que hizo alusión el Sr. Ministro de Salud, explicando el algoritmo para la definición de las patologías y sus respectivas estrategias preventivas, que serán propuestas para inclusión en el próximo decreto. La presentación de la Dra. Rodríguez se encuentra disponible en el sitio web del MINSAL.

Los srs. consejeros preguntan sobre las cifras presentadas en torno a la costo-efectividad contenidas en la presentación. VV destaca la claridad conceptual del estudio de costo-

¹ Declaración de Conflicto de Intereses de la Dra. Mónica Zagolín: "Nunca he recibido ni recibo un sueldo ni participación sistemática de ninguna casa comercial, de ningún laboratorio. No soy asesor ni *speaker* de ningún laboratorio. He sido invitada a viajes de congresos (Europeo, CHEST, Mundial y Latinoamericano de Hipertensión Pulmonar) por los laboratorios: AztraCeneca, Glaxo SK, Actelion. He sido invitada a viajes cortos de lanzamiento o promoción de productos por laboratorios Pfizer, Boeringher, Bayer sin embargo no he aceptado ni concretado ninguno. Participo de dos protocolos internacionales (Aries y Seraphin) cuyo reclutamiento y seguimiento de pacientes es financiado por Actelion y Kendle."

20 de abril de 2011

efectividad encargado a la UFRO para la elaboración del último decreto GES y que se encuentra disponible en una publicación del MINSAL que se le hizo llegar.

FS se refiere a cómo el GES preventivo tiene una responsabilidad individual diferente a la del GES curativo, que pasa por la conciencia de enfermedad que tiene la persona frente a una molestia o dolencia. En la prevención esta conciencia no está siempre presente. Por otra parte, en los establecimientos de salud los recursos de acciones preventivas se desvían, a menudo, hacia acciones curativas. El examen médico preventivo, actualmente garantizado, es un examen de carácter diagnóstico, pero sin estrategias de intervención asociadas, orientadas a la resolución de los factores. Desde la mirada de los factores de riesgo debemos tener presente que estos están presentes en personas que están sanas y en personas que se encuentran enfermas y pueden estar asociados a otros factores; esto nos lleva a la perspectiva de las personas que nos obliga a investigar las preferencias sociales. Es necesario, además, un abordaje integral a los factores de riesgo: una persona que está fumando o que tenga obesidad es probable que tenga otros factores, de carácter social, que contribuyan a la aparición de estos factores. Una consjería de tabaquismo puede tener, por ejemplo, una evidencia científica de buena calidad que respalde su eficacia, pero tener un pobre impacto social si no se incluye en una perspectiva más global que incluya estrategias, por ejemplo, de educación y vivienda. El paso entre la guía clínica y el decreto, es decir el conjunto de prestaciones que quedan garantizadas en definitiva, pudiera precisarse a partir de programas pilotos en algunas regiones del país, que seleccione aquellas intervenciones que parezcan tener mayor impacto en términos de resultado. Es así como a diferencia de los curativos, donde la evidencia científica tiene un rol central, en el caso de estrategias preventivas la evaluación de su resultado en términos de impacto social es indispensable.

ES destaca la necesidad de una intervención multisectorial para la estrategia preventiva y pregunta si la estrategia que se proponga deba abarcar más allá del sector salud. El primer factor del resultado de una intervención es el propio paciente, lo que implica trasladar el análisis a un ámbito social que va más allá de la guía. Cuando miramos, por ejemplo, colecistectomía, la pregunta no es si debemos hacer una ecografía cada seis meses, sino si debemos trasladar la ecografía a la APS.

FS complementa lo dicho señalando que la mirada que se debe dar sobre las guías clínicas debe considerar, particularmente en aquellas intervenciones dirigidas a la prevención, el modo como se inserta en la sociedad.

CS destaca la importancia de la inserción intersectorial de las estrategias. Propone recibir a los representantes de la iniciativa Chile Libre de Humo de Tabaco en una próxima reunión, lo que es aprobado por el resto de los consejeros. Pide, además, discutir en el seno del Consejo la estrategia de formación de recursos humanos. Se acuerda invitar al Dr. Pablo Araya para la próxima sesión del Consejo.

JM se declara escéptico y pesimista por la ausencia de diagnóstico en lo que se refiere a la red en la cual operará esta iniciativa. Si se pretende que esto opere en la red de APS en su

20 de abril de 2011

condición actual, superada por una papelería nimerosa que se debe llenar y que quita tiempo real que se debe destinar a la atención de los pacientes. Tenemos, por otra parte, la mitad de los médicos atendiendo en APS de origen extranjero, con un pobre rendimiento al ser medidos en el EUNACOM. El espacio físico es insuficiente. Las municipalidades han rechazado ampliar los centros de salud porque significaría aumentar el déficit de cumplimiento de la canasta AUGE para la APS que, según estudios de la PUC, alcanza el 50%. Por estas razones ve con escepticismo el éxito que pueda venir de una aumento aún mayor de la carga que debe asumir la atención primaria. Si siguiéramos la metodología AUGE, que contempla la capacidad de respuesta de la red a las exigencias que imponen las garantías, terminaríamos suspendiendo un buen número de ellas. Debemos remirar el modelo de gestión asociado a la incorporación de nuevas garantías y al cabal cumplimiento de las existentes.

ES está de acuerdo con parte de lo que dice JM. La experiencia adquirida en el tratamiento del GES no-preventivo no obliga a plantear de modo paralelo la incorporación de la estrategia preventiva con una agenda de perfeccionamiento de la APS, que deben marchar al mismo tiempo.

JM enfatiza que la estrategia, por ejemplo, en RRHH, es a más largo plazo, y una que responda a las necesidades de incorporación de garantías en aspectos preventivos debería haber comenzado hace más de siete años.

VV señala que lo que más le preocupa es la magnitud de la materia que se enfrenta, sin que exista un método para ello. Por ejemplo, cómo revisaremos las guías existentes. Cuando se llega a la discusión del GES preventivo el problema se amplía logarítmicamente, particularmente por el problema que significa la ausencia de conciencia de enfermedad a ese nivel. En el documento de preferencias sociales no se hace alusión a la responsabilidad de las personas. Todas las acciones planteadas son acciones que la población espera pasivamente que le den. No hay ninguna señal que indique que a la población se le dirá aquello de lo que debe ser responsable. Siente el peso de lo que se está pidiendo como algo difícil de hacer. Existe un desfase tpmoral entre lo que planteamos como GES preventivo y la formación de RRHH para que esto pueda ocurrir al momento de entrar en vigencia. Nos exponemos a que ocurra, una vez más, que escribamos una norma perfecta que no sea implementable en la realidad. Propone una aproximación más modesta, que

RS está de acuerdo con VV en una aproximación de corte minimalista a la elaboración del nuevo decreto, pero con rigurosidad en la exigencia de los estudios requeridos para anticipar el éxito de lo comprometido, particularmente en una materia que ha estado ausente en las últimas definiciones, como es la evaluación de la capacidad de la red para dar respuesta a las mayores exigencias asociadas a las garantías comprometidas.

CS solicita se recabe mayor información sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a compatir el sobrepeso y la obesidad, que en una reunión anterior fueron cuestionadas por especialistas invitados, particularmente en lo que se refiere a su efectividad a largo plazo.

20 de abril de 2011

FS dice que es responsabilidad de la DIPRECE la actualización de las guías clínicas para presentarlas al Consejo Consultivo para su evaluación.

CS enfatiza la necesidad de discutir la política de RRHH del MINSAL, particularmente con la necesidad de dar una nueva mirada a la formación de especialistas, particularmente orientados a una estrategia de corte preventivo.

VV pregunta cuál es la capacidad del MINSAL de convocar especialistas con suficiente conocimiento sobre la materia y desprovistos de conflictos de intereses. Propone que se invite especialistas, a quienes se les pague por sus servicios, que nos puedan ilustrar sobre la actualización propuesta para las guías.

ES indica que deberá haber una declaración explícita de conflicto de intereses al momento de exponer al Consejo o al participar en la elaboración de guías clínicas. Agrega que, al momento de actualizar las guías clínicas, debemos establecer el modo como se implementará en la práctica.

IR pregunta sobre el estado de avance de la elección de los consejeros representantes de las Facultades de Economía y sobre la posibilidad que el Decano de una Facultad proponga un académico de otra casa de estudios.

RS señala que se ha topado, en esta materia, con la exigencia del rango de Profesor Titular para postular que establece el reglamento. Se intentará flexibilizar esta exigencia, que está contenida en el reglamento y no en la Ley. Respecto a la posibilidad de presentar candidatos de otras facultades, esto es perfectamente posible de acuerdo al reglamento vigente.

Se acuerda la tabla para la próxima reunión, del día miércoles 18 de mayo de 2011. Se cursará invitaciones al Dr. Pablo Araya y a representantes de la red Chile Libre del Humo del Tabaco. Aquellos miembros que no hayan recibido los estudios enviados se les sugiere enviar un mensaje a ES solicitándolo.

Se da término a la reunión a las 13:10 horas.