

18 de mayo de 2011

**ACTA DE SESIÓN N° 37**

Consejo Cosultivo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud

Ley N°19.966

<b>DÍA:</b>	18 de mayo de 2011
<b>HORA INICIO:</b>	11:00 hrs
<b>LUGAR DE REUNIÓN:</b>	Sala de Reuniones del Sr. Ministro de Salud
<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>	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: Dra. Francisca Rodríguez (FR) asesora de la Secretaría Ejecutiva del Régimen GES, Dra. Beatriz Heyermann (BH) Jefa Departamento de Gestión de Garantías Explícitas de DIGERA, Dra. Sibila Iñíguez (SI) Jefa División Atención Primaria, Dra. María Cristina Escobar (MCE) Jefa (s) División de Prevención y Control de Enfermedades, Sr. Luis Eduardo Díaz (LED) Departamento de Asesoría Política del MINSAL.

**2. Temas tratados y acuerdos**

Se da inicio a la sesión a las 11:00 con la asistencia de los consejeros señalados más arriba. No hay lectura de acta. ESo da lectura a los nombres de los candidatos a ocupar los cargos vacantes como representantes de las facultades de economía y administración: hay seis candidatos: los profesores Arístides Torche y Claudio Sapelli de la PUC, Liliana Nery y Andras Uthoff de la U de Chile, Miguel Bustamante de la Universidad de Talca y Héctor San Martín de

18 de mayo de 2011

la Universidad Mayor. Todos los decanos están informados de los candidatos y la votación se cierra el día 19 de mayo. Participan alrededor de quince decanos en la votación.

RS explica que contamos con más candidatos gracias a la modificación del reglamento, que exigía a los candidatos algo que la ley no exigía, como era el que tuviese el rango académico de profesor titular. El Sr. Ministro propuso una modificación del reglamento dado que el hecho de haber sido presentado por un decano y haber sido votado por el resto de las facultades entregaba suficiente respaldo académico como para ocupar esta representación.

Se ofrece la palabra a don Luis Eduardo Díaz (LED) quien expone respecto a los plazos para la entrada en vigencia del nuevo decreto, el proceso de llenado de los puestos vacantes y la elección del nuevo consejo. El período de tres años de todos los consejeros vence en septiembre de este año, debiendo comenzar las funciones del nuevo consejo en el mes de octubre. Del 17 de mayo al 17 de septiembre se debe llevar a cabo el proceso de presentación de candidatos y elección de los nuevos consejeros, que pueden ser reelectos por una vez. En lo que se refiere a la modificación del decreto GES, las hay aquellas que corresponden a simples correcciones del decreto, que se pueden hacer en cualquier momento, tal como se hizo dos años atrás. Las otras modificaciones, que están regladas, tienen que ver con incorporación, eliminación o modificación de los problemas de salud, de los tratamientos y canastas que comprende cada problema de salud. En estos casos se debe realizar, tal como lo establece la ley y el reglamento respectivo, los estudios epidemiológicos, de carga enfermedad, de oferta y verificación de costos. Se puede utilizar los estudios ya existentes pero debe cumplirse cada uno de los procesos preestablecidos en la ley. La modificación debe pasar por el consejo consultivo, que tiene treinta días para evacuar el informe. En el último decreto la Contraloría General de la República (CGR) pidió que se hiciera llegar todos los antecedentes, incluyendo la opinión del consejo consultivo, y es probable que en esta ocasión ocurra lo mismo.

RS pregunta respecto al tipo de correcciones que se puede hacer sin pasar por este proceso. LED señala que en la última corrección se enmendaron nombres de fantasía, se incorporó y se sacó algunos diagnósticos relacionados con problemas de salud que correspondían a errores que se cometieron al momento de escribirlos. Al hacer las correcciones se debió dar explicaciones a la CGR en una minuta que explicaba que estas correspondían sólo a problemas de redacción y correcciones formales. Cualquier otra modificación debe cumplir con todo el proceso señalado en la ley y el reglamento.

FR pregunta cuánto tiempo se requiere para modificar la prima, entendiendo que para ello se requiere una modificación de la ley de garantías explícitas.

LED indica que la prima actual es de 3,06 UF más una corrección. Una modificación de ésta necesita un cambio en la ley, pero estima que no debiera ser problema en el Congreso pasar una ley en ese sentido, pero sí pudiese serlo en el Ministerio de Hacienda, donde la Dirección de Presupuesto ha sido tradicionalmente reticente a aumentarla.

VV pregunta si la modificación del decreto es motivo de ley.

18 de mayo de 2011

LED aclara que sólo la modificación de la prima es motivo de ley. La modificación del decreto es sólo materia de decreto afecto a tomad de razón por la CGR.

VV señala que no parece conveniente proponer una modificación de la prima para evitar tener que ir al parlamento, donde nos podemos encontrar con modificaciones al parlamento donde hay senadores que están interesados en incorporar enfermedades que darían cuenta de un porcentaje importante del aumento de la prima.

ES propone estimar cuanto costaría el auge preventivo y a partir de esto ver si calza con la prima. Sólo en ese momento podremos juzgar si es necesario modificarla, o no. En lo que se refiere a enfermedades raras, a través de un estudio que se está haciendo con la Universidad Católica, usando la metodología propuesta por el grupo EVIPNET, se está explorando cuál es la mejor definición para nuestro país en lo que se refiere a estrategias de financiación del tratamiento de enfermedades raras. A través de la incorporación de esta metodología en la toma de decisiones, que se basa en un análisis sistemático de la evidencia científica, evitaremos la instrumentalización de este problema de salud.

RS indica que no es nuestra responsabilidad preocuparnos del tema de la prima, sino que debemos cuidar que se haya seguido todos los pasos establecidos por la ley y el reglamento al momento de definir el decreto, particularmente en lo que dice relación con la realización de los estudios que establece la ley y la coherencia existente entre los resultados de estos y las garantías y problemas de salud incluidas en el decreto. La responsabilidad de que lo propuesto calce con la prima es responsabilidad de los ministerios de Salud y de Hacienda.

LED señala que la ley no exige que lo propuesto deba calzar exactamente con la prima. Puede ser menor. En lo que se refiere al tema de la incorporación de enfermedades raras, se está en conversaciones con la Dirección de Presupuesto, que ha tenido una apertura mayor que en períodos anteriores, respecto a un proyecto de ley que aborde este problema.

JM pregunta si existe claridad respecto al uso de la prima y si estamos en el tope o existe algún margen. Lo pregunta, señala, porque mientras no haya economistas en el Consejo, debemos preocuparnos el resto de los consejeros de la relación existente entre el monto de la prima y los costos del régimen de garantías.

BH responde que la apreciación del Ministerio de Hacienda es que la prima está en el tope, si bien no existe un estudio acabado que respalde esta estimación.

BH realiza una exposición, que está disponible en el sitio web del MINSAL, respecto al cumplimiento de las garantías en la red de salud. Indica que al 31 de diciembre de 2010 alrededor de cinco millones de casos se encontraban abiertos, correspondientes a un número menor de personas, pues muchas pueden tener más de un problema de salud. A través del sistema de seguimiento en el sector público se sigue fundamentalmente el cumplimiento de la garantía de oportunidad, entendiendo que el problema en este sector está en el cumplimiento de esta garantía, más que en la relacionada con el acceso. Estamos en un 96 % de acciones realizadas y un 94.3% de las ellas completadas dentro de los tiempos exigidos por las

18 de mayo de 2011

garantías. Entre enero y abril de 2011, que son las cifras más actualizadas, hay 770.000 atenciones que tienen garantías, de las cuales se ha realizado el 96% y sólo el 3% fuera de plazo. Hay variaciones por servicio de salud, que tiene que ver con la capacidad de gestión que tiene cada servicio. Frente una pregunta de JM aclara que estas cifras no están desglosadas hasta el nivel municipal. ES señala que las malas notas en estos indicadores coinciden con las malas notas en otros indicadores, afectando a los mismos servicios de salud. BH dice que el cumplimiento de las garantías requiere gran coordinación de todo el equipo de salud y para que estas se sigan cumpliendo se debe universalizar esta forma de trabajo. En aquellos servicios en que se ha personalizado el cumplimiento en un equipo o en una persona (generalmente de sexo femenino), en lugar de enfrentarlo como equipo, se aprecia menor cumplimiento que en los lugares donde se ha enfrentado por todos los profesionales. Al mirar el tipo de garantía en que existen problemas, en general tienen que ver con aquellas en que se requiere consulta de especialidades. Muchas veces se debe comprar prestaciones externas, lo que generalmente afecta el cumplimiento del plazo, por el tiempo que esto toma. En algunos problemas de salud, como es el caso de la escoliosis, estamos con mayor retraso fundamentalmente por problemas de falta de oferta de las redes. En lo que se refiere a las garantías oncológicas hay un incumplimiento por mala planificación de algunos tiempos de garantía, que no dan cuenta del proceso real tornando algunas garantías incumplibles. Se está estudiando la modificación respectiva de estas garantías. La APS tiene muy buen cumplimiento de las garantías, aunque no el 100%. En el caso de la colecistectomía hay incumplimiento, como en todas las garantías que implican cirugía, aunque sea ambulatoria, pues necesitan recursos escasos como camas críticas, pabellón y anestesiista. ES destaca que la cuarta causa de ingreso a urgencia es patología vesicular, lo que llama la atención pese a que tiene garantías asociadas.

VV apunta al estado de funcionamiento del sistema de registro, indicando que hasta hace poco las críticas al sistema de registro eran comunes y pregunta si han existido mejoras en los procedimientos administrativos asociados a éste.

BH responde que ha mejorado notablemente, pero cuesta mucho tener la notificación al día por la necesidad de tener digitadores que ingresen los datos. Debemos preocuparnos que los médicos llenen los papeles y que estos lleguen a los digitadores y que estos ingresen los datos sin equivocarse. Es un sistema que ha mejorado mucho, pero aún queda espacio para mejoras.

JM felicita a BH y señala que el acceso a esta información es parte del corazón de nuestro funcionamiento. Si cruzamos esta información con información proveniente de la encuesta nacional de salud (ENS), desglosada a nivel regional, se puede obtener información valiosa para la toma de decisiones en políticas de salud.

VV solicita un breve comentario sobre lo que está ocurriendo en el sector privado.

BH indica que toda esta información corresponde al sector público y que lo correspondiente al sector privado es seguido por la superintendencia de salud, que cuenta con un sistema similar

18 de mayo de 2011

de supervisión de cumplimiento de las garantías. Se acuerda invitar en una próxima ocasión a un representante de esa institución.

SI expone respecto al funcionamiento de la red de APS y el cumplimiento de garantías a ese nivel. Destaca que el cumplimiento, en general, es bueno y en aquellas garantías en que el cumplimiento se encuentra bajo el 80% tienen que ver, fundamentalmente, con la falta de especialistas en el nivel secundario, como es el caso, por ejemplo, de la DM. ES pregunta si eso se puede deber al temor de los médicos en APS a ciertas indicaciones, como por ejemplo el uso de insulina. MCE aclara que eso ya no es así, lo que queda demostrado por el notorio incremento del uso de insulina en APS. VV distingue entre el aumento del cumplimiento de garantías en la APS y el que este nivel de atención lo esté “haciendo bien”. Hay algunos controles, indica, que requieren ser realizados en el nivel secundario, dada la situación actual de la APS. ES plantea que una solución alternativa es mejorar la calidad de atención en la APS. VV estima que esa tarea es de tal magnitud que es difícil que sea viable en la situación actual. CS enfatiza que esto tiene estrecha relación con los programas de formación de especialistas, desde donde se puede entregar una dirección a la ubicación de los especialistas en la red de salud. JM apunta que la calidad de la atención en la atención secundaria también le merece reparos. RS agrega un tercer problema, que es el divorcio existente entre la atención primaria y secundaria, con profunda desconfianza entre ellas; en ese sentido el programa de formación de especialistas que combina formación en APS y atención secundaria es un tremendo avance en resolver este problema. SI agrega que en las evaluaciones hechas a nivel primario destaca un buen cumplimiento de las garantías de oportunidad, que en servicios como Atacama o Metropolitano Oriente alcanza el 100%, si bien en algunos casos esto significa la postergación de patologías no-GES. IR agrega que esta postergación también alcanza a los fármacos. SI agrega que una queja frecuente de las entidades administradoras de la APS, es que algunas variables relacionadas con el crecimiento del gasto asociado al GES no se consideró al momento de calcular el incremento del per cápita.

JM pregunta cómo se puede cuantificar la gravedad de lo dicho, en el sentido que en algunos casos se entrega prioridad a patologías GES, postergando problemas no-GES, lo que contribuye a agravar las inequidades existentes; pregunta, además, cómo se puede realizar gestión oportuna cuando existe retardo en la llegada de los datos sobre funcionamiento del GES, agravado por el hecho que el 7% del tiempo profesional en APS se ocupa en llenar papeles.

SI señala que al observar la tasa de consulta de morbilidad, ésta se ha visto afectada en los grupos no priorizados, lo que ha significado un aumento en la consulta en SAPU, con la menor calidad que significa la atención en esa modalidad. En lo que se refiere a la financiación, ésta ha mejorado en la provisión de insulina, venlafaxina y programas IRA y ERA. Persisten áreas de penumbra, como por ejemplo la intervención sobre los factores de riesgo identificados en el examen de medicina preventiva. En el futuro es imprescindible abordar el problema de la infraestructura, que en algunos casos es insuficiente para el crecimiento de las exigencias que se han colocado a ese nivel de la red.

18 de mayo de 2011

RS solicita la participación de SI una vez que el MINSAL proponga las garantías preventivas para ser incluidas en el próximo decreto.

MCE señala que no está claro, aún, el significado del GES preventivo. Desde el momento que el GES corresponde a garantías individuales, estas deben recibir un tratamiento distinto al que tradicionalmente se ha entregado a las estrategias preventivas. En este momento, en materias relacionadas con prevención, el GES ofrece el examen de medicina preventiva, cuya cobertura real desconocemos por la ausencia de un sistema de registro que esté asociado al RUT. Este examen mide distintos parámetros y exámenes, como por ejemplo colesterol y glicemia. Algunos de estos factores de riesgo tienen respuestas eficaces en el GES, pero otras no lo tienen. El GES preventivo debiera elaborar una respuesta en aquellos factores de riesgo, como alcohol, tabaco, obesidad y sedentarismo, en que no tenemos una respuesta estructurada una vez que el factor fue detectado. Parece conveniente, en estos casos, incorporar consejería e, idealmente, ir más allá de la estrategia de orientación individual que caracteriza al GES e incorporar intervenciones de carácter poblacional.

RS agradece la presentación de SI y los comentarios de MCE y destaca la necesidad de contar lo antes posible con las garantías, aunque sea en borrador, para iniciar el estudio de la evidencia científica, la costo-efectividad y la capacidad de oferta de la red de salud para entregarlas.

VV enfatiza la necesidad de contar con información proveniente de la ENS para poder apreciar la real magnitud de cada uno de estos problemas. Espera la presentación de la Dra. Paula Margozzini en nuestra próxima reunión para complementar esta discusión.

ES señala que debemos tener cuidado al tratar de forzar las garantías preventivas en el formato que ha sido hasta ahora el del GES. Estas nuevas garantías deben ser multisectoriales y multifactoriales. Esta intervención no es una simple canasta de prestaciones sino que una profunda intervención en el modelo de atención, tanto personal como colectivo, en cuyo diseño deben participar MIDEPLAN y otros ministerios sociales.

FR anticipa que se pidió a los distintos departamentos del MINSAL un listado de enfermedades que pudieran incorporarse en un futuro decreto. En una reunión con las sociedades científicas se les solicitó que enviaran un listado de factores de riesgo que pudieran incorporarse en la estrategia de un futuro GES preventivo.

Se da término a la sesión a las 13:10 horas y se acuerda la próxima reunión para el día miércoles 22 de junio.