



ACTA DE SESIÓN N° 46

Consejo Consultivo Garantías Explícitas en Salud

Ley N°19.966

DÍA:

Viernes 11 Mayo 2012

HORA INICIO:

11 hrs.

LUGAR DE REUNIÓN:

Ministerio de Salud

ASISTENTES

- 1. Don Gonzalo Cordero Mendoza**
- 2. Don Humberto Dölz Vargas**
- 3. Don Fernando Lanas Zanetti**
- 4. Doña Gloria López Stewart**
- 5. Don Joaquín Montero Labbé**
- 6. Don Rodrigo Salinas Ríos**
- 7. Don Emilio Santelices Cuevas**

Se excusan: Don Miguel Bustamante, Don Arístides Torche.

Por el MINSAL asisten: Dr. Felipe Solar Tobar, Jefe División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Dra. Sibila Iñiguez (Jefa DIVAP), Dra. Beatriz Heyermann (Encargada AUGE DIGERA) Dra. María Cristina Escobar (Jefa Depto. Enfermedades no transmisibles), Dra. María Francisca Rodríguez (Sec. Técnica AUGE).

Invitados: Dr. Vicente Valdivieso, Dr. Alfonso Calvo

1. ORDEN DEL DÍA

- a) Introducción Dr. Emilio Santelices.
- b) Lectura del Acta reunión anterior.
- c) Presentación Tabaco: Dra. M^a Francisca Rodríguez.
- d) Puesta al día del proceso de revisión de canastas 69 problemas de Salud: Dra. M^a Francisca Rodríguez.
- e) Revisión nuevos problemas: Ulcera Péptica Dra. M^a Dolores Tohá.
- f) Discusión Consejeros.

2. TEMAS TRATADOS

Dr. Santelices plantea que es posible invitar a la E.U. Carolina Nazzar para presentar su trabajo realizado sobre Infarto Agudo al Miocardio, en conjunto con el Dr. Lanás.

- a. Lectura del Acta anterior y se aceptan correcciones de Dra. López y Dr. Salinas.
- b. Dra. Rodríguez informa sobre proceso de revisión de las garantías financieras (canastas), que se está realizando en la DIPRECE, en este momento se está en la tercera etapa, de valorización por FONASA.

Dr. Santelices comenta que las nuevas canastas nos permitirán tener la prima estimada y se va a necesitar la colaboración de Jurídica para ver lo que implica el cambio de prima desde el punto de vista legal.

Dra. López pregunta cómo se sabe lo que realmente se le entrega a los pacientes ya que por ej. no hay monofilamentos para examinar a los pacientes diabéticos y evitar las úlceras. El manejo debería estar en la Guía Clínica y se debería financiar en forma explícita, ya que el monofilamento es muy sencillo. Dra Heyermann

comenta que hay una mezcla de desconocimiento y de financiamiento. Hay que explicitarlo en la Guía y la canasta.

Dr. Santelices plantea que además de existir una canasta específica, deben hacerse cargo igual de los otros aspectos. Hay un gap entre lo que opinan los expertos y lo que hacen los operadores. Este Consejo puede ser un catalizador, pero Redes debe preocuparse de resolverlo.

Dra. López plantea la existencia de hacer un curso con la Federación Internacional, para lo cual Dra. Heyermann indica que lo tienen incorporar para el 2013.

- c. Dra. Rodríguez realiza presentación respecto a tabaco. Dr. Solar comenta que se creó un comité de tabaco, que analizó las Revisiones Sistemáticas.

Dr Lanas piensa que es fundamental realizar un piloto, ya que un consejo breve tiene una efectividad de alrededor de 3% y con las otras intervenciones mostradas llega a 70%.

Dr. Calvo sugiere que incorporar el tema en los colegios. Dr. Salinas piensa que el piloto debería estructurarse de acuerdo a cómo esté la garantía. Hay que tener en cuenta que la Vareniclina es mono proveedor.

Dr. Santelices plantea que la lógica de GES es difícil cuando son problemas poblacionales. Se podría avanzar y más bien hablar de prevención garantizada con programas nacionales multisectoriales. La evidencia no permite ponerlo en la lógica del GES.

- d. Dra. Tohá introduce la discusión en relación al nuevo problema posiblemente a ingresar en GES Úlcera Péptica, que está en el 8º lugar de carga de enfermedad y su tratamiento es altamente costoefectivo. Se muestra borrador de Guía Clínica y canastas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Dr. Vicente Valdivieso plantea que este tema esta muy contaminado con la “dispepsia”. La dispepsia disfuncional quedaría afuera. Le pregunta al Dr. Calvo en relación con la selección de estos pacientes, ya que el tiene una publicación en la

Rev. Médica de Chile 2010;138:529-135 sobre la experiencia endoscópica del Consultorio San Rafael, en que de 5.664 enfermos con dolor abdominal alto, se demostró una úlcera péptica en el 14.5%; este rendimiento diagnóstico puede aumentar mejorando la selección clínica de los pacientes.

Dr. Calvo señala que esto partió con el Ca Gástrico, dolor localizado, duración mayor de 15 días, especialmente hombres y mayores de 40 años. La endoscopia pasó a ser el gold estándar, se quería ver cuál era el rendimiento de la endoscopia para la detección del Ca Gástrico. Tenía 2 consultas, 1 en APS y otra en el CRS. En un comienzo no funcionó y lo que se hacía era erradicación del Helicobacter y según evolución se hacía la endoscopia. La demanda de endoscopia es muy alta y no se está evaluando lo que pasa con las personas mayores de 40 años que están esperando la endoscopia. El ulceroso y no ulceroso tienen dolor epigástrico y en la APS no se hace diferencia. En el sector público una alternativa sería la detección de Helicobacter en aire espirado y si es + tratarlo. Si bien hay pacientes que no les pasa nada, otros están desarrollando gastritis, aplasia, metaplasma.

Dr. Valdivieso comenta que el 76% de la población adulta en Chile es HP positivo. Quisiera centrar la discusión en la garantía que se le puede ofrecer al paciente que se le ha diagnosticado una úlcera péptica o duodenitis erosiva, en estos casos el diagnóstico es claro, con biopsia. Respecto al dolor abdominal le gustaría que fuera acompañado buena anamnesis y según esta el uso de antiácidos por 5 días.

Dr. Calvo indica que el 2001 se incorpora una hoja de referencia con un interrogatorio dirigido para unificar el criterio.

En relación a Programas de Formación, Dra Iñiguez señala que el año pasado se comenzó a hacer ecografía en APS, en este momento se está Haciendo en el Hospital de Concepción. Se podría también diseñar un programa de formación para endoscopia diagnóstica, en coordinación con Redes. En la VIII región tienen un programa de resolutiveidad con compra de servicios.

Dr. Valdivieso indica que en 1990 estaba el plan del Banco Mundial para la estructura de Redes y lo más atractivo eran los CRS y es lo que no ha funcionado;

ahí deberían estar los internistas. En mujeres se hacen más endoscopías por 2 problemas: colon irritable y dolor pélvico. En resumen, si se maneja bien el problema de la APS y se refuerza los CRS, se podría garantizar.

Dr. Montero señala que 2/3 de las consultas son de mujeres y en la ENS un 30% tenía dispepsia y si esto se va a garantizar, podría sobrecargar más la APS, pero el entrenamiento de los médicos también es posible.

Dr. Lanús piensa que en este momento es difícil garantizar el dg. ya que no tenemos la logística correspondiente, quizás en 5 años más sería posible. ¿se podría garantizar solamente la terapia?

Dr. Valdivieso comenta que ya tenemos garantizada la pesquisa del Ca gástrico que es de un rendimiento muy bajo. Hay varios puntos en que el MINSAL podría ir avanzando, pedir la colaboración de las universidades para formar especialistas en endoscopía diagnóstica.

Dr. Santelices piensa que si la garantía la construimos bien y por otro lado generamos un plan con inversiones y capacitaciones podríamos ir por el camino adecuado.

Dra. Heyermann indica que desde la lógica del AUGGE no hay problemas en las endoscopías de los mayores de 40 años, el problema es en los menores de 40 años. Los CRS están en la lógica Metropolitana y no se ha puesto el foco en los Hospitales de baja complejidad, que no pueden comprar servicios. Habría que mejorar la resolutiveidad en esos Hospitales.

Al Dr. Valdivieso le parece excelente el comentario de la Dra. Heyermann, con los médicos que deben estar. El problema es disponer del instrumento antes que el programa, el programa debe ser muy claramente especificado.

Dr. Salinas indica que se puede partir en forma progresiva desde garantizar el tratamiento, como se ha hecho en otros problemas de salud.

Sr. Cordero señala que a lo imposible nadie está obligado. Deberían tenerse los recursos antes; pero también se podría plantear como política pública, hoy los economistas son más proclives a partir después de tener la implementación.

Dr. Calvo señala que desde el punto de vista de la información, algo está fallando. En el Hospital Sótero del Río de 3 mil endoscopías, en el SIGGES solo aparecen 500.

Dr. Montero plantea necesario tener estudios de cuánto ha rendido el GES Ca Gástrico, necesitamos información válida.

Dra. López plantea partir con lo que es factible, o sea la úlcera ya diagnosticada y seguir gradualmente trabajando en el resto del problema.

Dr. Santelices considera importante informar a Hacienda de cuántos Ca se están evitando.

Se cierra la sesión a las 13:30, y se fija la próxima para el Viernes 15 de Junio.

Dra. Tohá hace entrega a los Consejeros de un CD con las presentaciones de los últimos 3 Consejos y el Estudio de Preferencias Sociales.

Dra. María Dolores Tohá Torm

Secretaria Ejecutiva

Consejo Consultivo Garantías Explícitas en Salud

Ley N°19.966