



ACTA DE SESIÓN N°127

Proyecto / Tema	Reunión Consejo Consultivo GES				
Fecha inicio	27/04/2023	Hora inicio	9:00	Lugar	Reunión virtual en plataforma Zoom
Fecha finalización	27/04/2023	Hora término	11:00		
Consejeros	Representación- Organismo				
Emilio Santelices	Presidente Consejo Consultivo. Designado por S.E. el Sr. Presidente de la República				
Cecilia Albala	Vicepresidenta Consejo Consultivo. Representación Academia Chilena de Medicina.				
Fernando Chuecas	Representación Facultades de Medicina				
Fabián Duarte	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile				
Sandra Alvear	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile.				
Soledad Velásquez	Designada por S.E el Sr. Presidente de la República				
Otros Participantes					
Camilo Cid	Director de FONASA				
Participantes Ministerio de Salud					
Carolina Mendoza	Jefa (s) del Departamento de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)				
Yerty Martínez	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas temáticas (DIGERA)				
Ana María Merello	Profesional del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas temáticas (DIGERA)				
Andrea Guerrero	Jefa del Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud				
Trinidad Covarrubias	Profesional, Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud				
María Teresa Soto	Profesional, Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud				
TABLA					
<ol style="list-style-type: none">1. Bienvenida.2. Presentación propuesta Modalidad de cobertura ampliada. Director FONASA Sr. Camilo Cid.3. Presentación diagnóstica del PS Salud oral en personas de 60 años. Carolina Mendoza, DIPRECE4. Aprobación del acta anterior5. Varios					

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Bienvenida

Se da la bienvenida a todos/as los/as participantes. Preside la sesión Dr. Emilio Santelices, Presidente del Consejo Consultivo.

2. Presentación propuesta Modalidad de cobertura ampliada.

El Presidente del Consejo Consultivo agradece la participación del Director de FONASA en esta sesión, ya que los/as consejeros/as quieren conocer algunos detalles sobre las implicancias y el desarrollo de las políticas públicas sobre la modalidad de cobertura ampliada para lo referido a las Garantías Explícitas en Salud. El Director de FONASA señala que se enviará por email una presentación explicativa, pero se presenta a modo general esta nueva modalidad y cómo operaría en el caso de GES.

Se señala que se está trabajando en el contexto de la Ley Corta para que FONASA pueda poner a disposición de las personas un seguro complementario. Es un seguro financiero complementario con diferentes copagos, que se basa en la información de lo que ocurre actualmente en el sector privado. Está diseñado para las personas que migran de ISAPRE a FONASA, por cualquier circunstancia, ya sea voluntariamente o en forma masiva por insolvencia económica, por ejemplo. Con este proyecto se busca reestructurar el financiamiento que ya realizan las personas en el sector privado (cerca al 11% de sus ingresos), considerando su disponibilidad de pago. De esta manera, cuando las personas se afilien a FONASA pueden contar con un seguro complementario, con características ventajosas que se pueden garantizar a través de las licitaciones. Estos seguros se basan en primas planas comunitarias, es decir, mantienen el mismo precio para todo el grupo y con las mismas características. Esto evita la discriminación por edad, y no excluye por pre-existencias. Todo esto, permite que las personas opten voluntariamente por este aseguramiento.

FONASA actuará de intermediador con las aseguradoras privadas en cuanto al pago de los usuarios que sería a través de FONASA. El usuario compra su seguro y le paga a FONASA por el mismo, FONASA intermedia con la aseguradora y el proveedor de servicios.

Este proyecto incluye 3 valores de primas planas, con lo cual se establecerían 3 grupos de prestadores diferenciados por costos, por lo tanto, cuando se liciten se deberían proponer 3 tipos de redes con estas 3 primas planas respectivamente.

En el caso de temas específicos como GES, este proyecto señala que en el caso de insolvencia o de cambio obligado de las personas desde el sistema privado al sistema público, se respetará el hecho de que ya cuentan con un prestador GES y por lo mismo, FONASA haría el convenio con estos prestadores, para mantener la continuidad de las atenciones. En el caso de las personas que vengán del sistema privado voluntariamente, ingresarían a FONASA con las mismas condiciones que existen hoy para GES. Por lo tanto, no habría indicaciones especiales sobre GES en la ley corta que se está trabajando.

El gasto GES en el sector privado es aproximadamente el 5% de sus ingresos, ya que existen los planes complementarios que las personas utilizan.

⇒ Los consejeros agradecen esta información y expresan sus preocupaciones sobre el hecho de que los pacientes en el sistema privado no utilizan GES y solicitan profundizar sobre esta situación.

Desde FONASA se señala que efectivamente como GES es más bien voluntario en los beneficiarios de ISAPRE, muchas veces ellos no lo utilizan, ya que su red de prestadores habitual pudiera ser diferente. Además, las ISAPREs no fomentan el uso de estos prestadores. El uso de GES es diferente entre un sistema y el otro. Por lo mismo, esta modalidad de cobertura ampliada sería igual a lo que ya existe, teniendo en consideración que las personas que ya se atienden con un prestador GES mantendrían dicho prestador.

⇒ Los consejeros consultan sobre el seguro complementario, ya que las personas que pagan menos se pudieran cambiar a FONASA. También consultan para saber cómo se realizará la selección, considerando el cálculo de extra-cobertura en ISAPRE y cuáles serían las implicancias a los seguros.

Desde FONASA se comenta que se han estudiado las circunstancias y la situación actual del aseguramiento privado no ISAPRE, y se sabe que hay muchos seguros privados con diferentes coberturas. El 80% de los planes de salud no ISAPRE son colectivos, por lo tanto, tienen primas planas. En los estudios de cohorte, que tiene como antecedente FONASA, se ha observado que las personas que están ingresando a FONASA son jóvenes, relativamente sanas y con ingresos medios-altos. De todas maneras, se sabe que existirán procesos de selección, más bien del punto de vista del comportamiento de las personas.

- ⇒ Los consejeros consultan sobre el grupo de personas ISAPRE que van a un médico GES solo para recibir la receta médica cuando los fármacos que deben usar son muy caros, y luego regresan con su médico de cabecera de ISAPRE, es decir, están usando “ambos sistemas”, ¿qué ocurrirá con estas personas? Mientras más caro es un medicamento, las personas tienden a utilizar más ambas vías. Y el otro punto es lo relacionado a personas mayores que se cambian a FONASA al llegar a cierta edad, ¿existirá un plan especial pensando en el envejecimiento de la población?

Desde FONASA se comenta que en el tema de resguardar la atención GES, esto no sufrirá cambios en este proyecto. Y en el caso de lo que ocurre con personas mayores que no cuentan con recursos financieros para seguir manteniendo los copagos de ISAPRE, hay que tener en cuenta que estas personas poseen planes de ISAPRE bastante “completos”, los que casi no están disponibles en el mercado actual, por lo que no desean terminarlos. Además, se sabe que casi el 95% de personas mayores está en FONASA. De todas maneras, con esta ley se intenta abordar estos temas en forma gradual y siempre con la mirada de complementar con las otras medidas políticas que se están trabajando, como, por ejemplo, la Atención Primaria Universal.

- ⇒ Los consejeros preguntan sobre cómo se absorben los costos de los seguros colectivos en el marco del gasto fiscal. Además, consultan sobre el comportamiento oportunista de las personas, cómo fluyen de un sistema al otro.

Al respecto, FONASA señala que cada ley lleva un informe financiero. Desde el contexto general del financiamiento de las personas se observa una holgura en lo referido a gastos de administración. Cuando se realizan las imputaciones de estos gastos, los resultados financieros son favorables para FONASA, ya que son más bajos. Con este panorama de holgura, la reestructuración que se está proponiendo debería estar bien.

De todas maneras, existen algunos riesgos de gasto fiscal: el reforzamiento de FONASA, que incluye reforzamiento administrativo principalmente, también las situaciones en caso de que los seguros no acepten a las personas en todo el ciclo de vida, lo cual está siendo evaluado para evitar las exclusiones.

En lo que respecta al comportamiento de las personas entre los sistemas en relación con GES, se observa que siguen manteniendo lo que vienen haciendo. Esto es algo que se está evaluando con las demás reformas que se están analizando.

- ⇒ Los consejeros preguntan sobre la modalidad de cobertura ampliada y que pasa cuando el seguro complementario rechaza pagarlo porque considera que no es pertinente el pago, cómo se regularían estas situaciones.

Al respecto FONASA menciona que es necesario desarrollar una ley más larga para la regulación de las aseguradoras. En la ley corta, se está regulando a través de la licitación. Cuando se realizan los convenios con clínicas, por ejemplo, FONASA les paga por GRD, lo cual significa un 20% menos de ingresos. Las regulaciones de aseguradores en sí, deben ser tratadas en detalle más adelante en el proceso legislativo.

Se informa también que esta modalidad de cobertura complementaria está dentro de la modalidad libre elección de FONASA. Por lo cual, las atribuciones de la Superintendencia de Salud se activan como siempre. De todas maneras, las regulaciones deben armonizarse y es algo que se está trabajando.

- ⇒ Desde Secretaría Técnica GES se comenta sobre si habrá ingresos del seguro hacia FONASA o si es solo el ingreso del aporte del 7% de las personas.

Al respecto, FONASA señala que solo recibirían el 7% del aporte de las personas, lo que significa que cuando lleguen las cuentas, se deben resguardar las reglas para compartir el pago, pre-acordadas en el convenio, para dar las valoraciones que deben ser cubiertas por FONASA y por el seguro; tratando de resguardar el mismo porcentaje que se paga en modalidad libre elección. El resto de la cuenta debe ser pagada por el seguro y el remanente que falte, directamente por la persona con gasto de bolsillo. Este punto es importante dejarlo claro, ya que este proyecto no está planteando un mejoramiento de copagos para las personas que están en el sistema privado, sino más bien se trata de una continuidad de lo que ya poseen.

La cobertura promedio de FONASA es 38% y la cobertura promedio efectiva de ISAPRE es 65% y este diseño de proyecto intenta disminuir estas brechas.

- ⇒ Los consejeros comentan que actualmente se entiende que hay una relación bidireccional entre FONASA y los prestadores públicos de salud, dado que es FONASA quien establece el costo de

las prestaciones, limitando la atención. Se pregunta si se tiene contemplado revisar el sistema de costeo frente al cambio de cobertura y si el rol de FONASA cambiaría entendiendo este tema de financiamiento público y la administración de los seguros o se mantendrá esta relación.

Desde FONASA se comenta que la restricción de recursos en el sistema público es de carácter presupuestario y los aranceles representan ciertos costos esperados de las prestaciones, pero el gasto efectivo de los establecimientos de salud está supeditado al presupuesto. También es importante señalar que muchas prestaciones hospitalarias están regidas por Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD), lo que es diferente a los aranceles, con lo cual se ha ido mejorando el presupuesto de los hospitales de cierta forma. Se sabe también que los costos van aumentando y probablemente estas gestiones están algo retrasadas, sin embargo, se observan mejoras en los costeos. Se estima que un 60% de los ingresos es por GRD. Por lo mismo FONASA hace actualizaciones de los aranceles.

⇒ Se agradece esta presentación del Director de FONASA.

Los consejeros comentan a modo general que en el caso de GES es importante estar observando esta nueva modalidad de FONASA.

3. Presentación del PS Salud oral en personas de 60 años.

Desde la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) se presenta sobre este tema para entregar antecedentes al consejo consultivo GES. Se muestran datos epidemiológicos, además de la caracterización de la población entre 60 y 64 años.

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2016-2017 el 41,5% de personas entre 45 y 64 años tienen dentición no funcional (menos de 20 dientes y requiere tratamiento rehabilitador), siendo las principales causas de pérdidas dentales: las caries dentales y las enfermedades periodontales. En el caso de las lesiones de caries cavitadas que requieren tratamiento se observa que casi el 60% de las personas de 45 a 60 años tienen estas lesiones.

La percepción de salud bucal de las personas en la misma ENS muestra que un 36,5 % en el mismo grupo de edad considera que su salud es buena-muy buena, pero un 19% considera que es mala- muy mala. Esta percepción negativa aumenta con la edad.

Para dar respuesta a estas necesidades de salud se garantiza en GES el problema de salud: Salud oral integral en personas de 60 años. Se muestran las garantías de acceso y oportunidad vigentes. Sus prestaciones están en un grupo de prestaciones principales, la cual incluye prestaciones del nivel primario como del nivel de especialidad. También se muestra la protección financiera de estas prestaciones.

En el sistema público de salud se implementa a través de un programa de reforzamiento de Atención Primaria, denominado programa GES odontológico, que tiene como objetivo: asegurar el cumplimiento de todos los problemas GES asociados a salud oral, y sus componentes son:

- Atención odontológica en niños y niñas de 6 años
- Atención odontológica en embarazadas
- Atención odontológica de urgencia
- Atención odontológica de personas de 60 años

En el caso de las personas de 60 años se observa que el ciclo de atención inicia cuando la persona cumple 60 años y que aún no cumple 61 años. La persona se presenta en el establecimiento de salud en el cual se encuentra inscrito, allí se verifica su edad y se asigna la cita con el odontólogo para evaluación. Luego de ello, se da inicio al tratamiento, ya sea en forma inmediata o diferida. Se espera que todas las prestaciones sean realizadas en la Atención Primaria. Si se detecta alguna situación más compleja se realiza una derivación con interconsulta e ingresa a la lista de espera correspondiente.

Los registros disponibles muestran que en el año 2022 se realizaron 33.506 altas integrales odontológicas para las personas de 60 años. Si se considera que la población inscrita validada de 60 años (per-cápita) es de 170.920, la cobertura alcanza un 19,6%, del cual un 63% son mujeres.

Si se consideran los casos creados GES en la plataforma SIGGES en el año 2022, se crearon 40.864 casos, alcanzando una cobertura de 23,9%.

Con respecto a los recursos que se distribuyen para la atención odontológica de las personas de 60 años, estos alcanzan aproximadamente los \$12.581.658.830 pesos a nivel nacional, lo que equivale a cerca de 40.000 altas integrales comprometidas, tanto en APS dependiente de municipios como en APS dependiente de Servicios de Salud.

Para este problema de salud GES se han propuesto varias mejoras a lo largo de los decretos GES, las últimas mejoras propuestas fueron el año 2019 donde se propuso garantizar una atención para todas las personas entre los 60 y 69 años de edad y mantener en seguimiento anual a las personas que han recibido tratamiento. Además, se propuso incorporar prestaciones para las personas con dependencia severa y tratamiento rehabilitador con prótesis sobre implantes para las personas desdentadas totales. Esto fue evaluado en el Estudio de Verificación del Costo (EVC), pero no fue incorporada en el decreto. Para el nuevo periodo 2022-2026, dentro del programa de gobierno se proponen modificaciones al GES salud oral de 60 años, en el contexto del nuevo Régimen General de Cobertura, cambiando la cobertura garantizada al periodo entre los 65 y 69 años.

Se enviará la presentación de DIPRECE al Consejo Consultivo GES.

- ⇒ Las consejeras agradecen la presentación y consultan si hay estudios que muestren el grado de conocimiento de las personas sobre estas garantías, ya que parece ser que no lo conocen, esto tanto para sistema público como privado. Se consulta si el sistema tiene capacidad para abordar una cobertura mayor a lo reportado.

Desde DIPRECE se comenta que el financiamiento está propuesto para una cobertura del 20% aproximadamente, ya que principalmente es por vía de programa de reforzamiento. El tema de listas de espera es bastante complejo y la posibilidad de que el sistema pueda dar atenciones a más personas debe ser evaluado en forma integral, para ver el estado real de las redes asistenciales.

En relación con los antecedentes del grado de conocimiento de este GES por parte de la población, se informa que no se han realizado estudios de este tipo directamente en DIPRECE, pero se sabe que la academia ha mostrado resultados con bajo grado de conocimiento por parte de las personas de las garantías existentes. Hay un trabajo pendiente para que la población se entere de estas atenciones GES.

- ⇒ Las consejeras preguntan sobre las listas de espera respecto a este problema GES.

Al respecto desde DIPRECE se comenta que no se están registrando listas de espera de este problema GES, ya que los centros de salud atienden a las personas que lo solicitan, hasta que se terminan los recursos.

- ⇒ Se consulta sobre los registros de atenciones en ISAPRE.

DIPRECE no posee datos al respecto de las ISAPRE.

Los consejeros comentan a modo general sobre los antecedentes expuestos y cuáles podrían ser los pasos a seguir como consejo consultivo. Se abre la conversación para este análisis.

Se comenta sobre los cupos que reciben los centros de salud y cuáles son los lineamientos para priorizar los pacientes, entendiendo también que las personas se están acercando a solicitar atención GES. Esto como dato referido desde un centro de salud de regiones.

Se menciona sobre la valorización de las prestaciones de prótesis, que al parecer, están con precios más bajos que en el mercado en relación con los honorarios del profesional que realiza esta actividad, considerando también que involucra mayor tiempo de atención con el paciente, lo cual limita atenciones a más personas.

Desde DIPRECE se comenta que cada localidad tiene situaciones muy específicas y diversas.

Las consejeras consultan en relación con los institutos de referencia y cómo se evalúa la situación de estos establecimientos para este problema GES.

Desde DIPRECE se menciona que no se tienen datos específicos de estos establecimientos. Se sabe que desde la División de APS se realizan auditorías a algunos centros, pero en el caso de GES no hay auditorías, sino más bien se trabaja con registros de referencia y contra-referencia, y esto podría ser insumo para monitorizar los casos.

Desde Secretaría Técnica GES se comentan los pasos a seguir, ya que se ha dado inicio al proceso de priorización de revisión de problemas GES y en este caso se han considerado las prioridades del gobierno y del consejo consultivo. Actualmente, se estará haciendo una revisión con el equipo DIPRECE para revisar también las garantías de acceso, oportunidad, así como las prestaciones de cada canasta.

La metodología del proceso anterior (que está siendo revisada para el nuevo decreto), consideraba que solo cuando había cambios en los grupos de prestaciones se actualizaba el costo de esos grupos de prestaciones. En el caso de las canastas que no tuvieron cambios, solo se aplicaba un inflator de acuerdo con lo que señalaba Hacienda y, por lo tanto, no quedaban con un costo actualizado.

Para el Estudio de Verificación del Costo hay una prelación para la asignación de precios de las prestaciones, que se inicia con el arancel FONASA y luego a otros precios del mercado. Es muy importante poder revisar este método para que sea más cercano a la realidad, todo lo cual debe ajustarse a la prima informada por el Ministerio de Hacienda. Se debe acordar previamente con la División de Presupuesto de Hacienda si se realiza una actualización completa de las prestaciones GES, lo cual afecta directamente en la prima, siendo quizás parte de un presupuesto adicional. Para este tema se levantó una mesa de trabajo para revisar la metodología del impacto presupuestario del GES.

Se propone que una vez se tengan las propuestas de mejoras emanadas del equipo DIPRECE se puedan presentar al consejo consultivo. Y en cuanto al método de impacto presupuestario se consultará en qué fecha podrían tener algún antecedente que se pudiera presentar al consejo también.

Además, se propone revisar con el consejo consultivo el mecanismo de prelación de precios para el EVC.

Los consejeros comentan sobre las consecuencias del edentulismo, que al parecer no están consideradas en la propuesta previa, si será posible tenerlas en cuenta para abordar estas problemáticas.

Se comenta sobre los resultados de la mesa que abordaba impacto presupuestario con costos evitados que fue presentado hace tiempo en este consejo, sin embargo, se señala que DIPRES no lo aprobó para el decreto vigente. De todas maneras, es algo que quedó en antecedente para tomar decisiones a futuro. Se podrían generar evidencias más específicas para este punto y tal vez pudiera abrirse a la academia para contar con estos resultados de aplicación.

Los consejeros proponen mostrar evidencia sobre la necesidad de mejorar la metodología presupuestaria que incluya menores costos para el sistema a lo largo del tiempo. Se conversa sobre la posibilidad de que algún tesista del área económica pueda estudiar y analizar este método. La preocupación es la entrega de datos desde el nivel central, que a veces demoran más del tiempo que cuentan los tesistas.

Se acuerda que con el apoyo de dos consejeros se revisen si hay datos relacionados a este tema como encuestas ENS, CASEN u otras, de manera que se pueda entender la magnitud del problema y de acuerdo a ello, se definan los pasos a seguir. Se citará a reunión específica con estos consejeros.

4. Aprobación del acta anterior

Se verifica que todos/as los/as consejeros/as han aprobado el acta de la sesión pasada.

5. Varios

Se recuerda que este año ocurrirá el cambio del consejo consultivo para el siguiente periodo para estar pendiente de este proceso. Se confirmará con División Jurídica la fecha en que debería asumir el nuevo consejo consultivo GES.

Queda pendiente verificar fecha para la siguiente sesión de mayo, se enviarán opciones vía email.

Se agradece y se cierra sesión siendo las 11 horas.

ACUERDOS Y COMPROMISOS				
Nro.	Descripción de acuerdo / compromiso	Fecha Comprometida	Responsable	Estado
1	Enviar acta de la sesión	Antes de próxima reunión	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	Enviada
2	Solicitar presentaciones de FONASA y DIPRECE	Antes de próxima reunión	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	Enviada
Próxima sesión: por definir				
Acta elaborada por		María Teresa Soto/Andrea Guerrero Ahumada Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud División de Planificación Sanitaria Ministerio de Salud		

Aprobación ACTA DE SESIÓN N°127, 27.04.2023		
Consejeros	Representación- Organismo	Firma
Sr. Emilio Santelices	Presidente Consejo Consultivo. Designado por S.E. el señor Presidente de la República.	Aprobada en plataforma virtual
Sra. Cecilia Albala	Vicepresidenta Consejo Consultivo. Representación Academia Chilena de Medicina.	Aprobada en plataforma virtual
Sr. Fernando Chuecas	Representante Facultades de Medicina de Chile.	Aprobada en plataforma virtual
Sra. Margot Acuña(Se excusó)	Representante Facultades de Medicina de Chile.	Aprobada en plataforma virtual
Sr. Fabián Duarte	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile.	Aprobada en plataforma virtual
Sra. Sandra Alvear	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile.	Aprobada en plataforma virtual
Sra. A. Patricia Acuña (Se excusó)	Representante Facultades de Química y Farmacia de Chile.	Aprobada en plataforma virtual

Sr. Rodrigo Castro (Se excusó)	Designado por S.E. el señor Presidente de la República	Aprobada en plataforma virtual
Sra. Soledad Velásquez	Designada por S.E. el señor Presidente de la República	Aprobada en plataforma virtual