

**ACTA DE SESIÓN N°116**

<b>Proyecto / Tema</b>	<b>Reunión Consejo Consultivo GES</b>				
<b>Fecha inicio</b>	01/10/2021	<b>Hora inicio</b>	9:00	<b>Lugar</b>	Reunión virtual en plataforma Zoom
<b>Fecha finalización</b>	01/10/2021	<b>Hora término</b>	10:40		
<b>Consejeros</b>	<b>Representación- Organismo</b>				
Emilio Santelices	Presidente del Consejo Consultivo. Designado por S.E el Sr. Presidente de la República				
Cecilia Albala	Vicepresidenta del Consejo Consultivo. Representación Academia Chilena de Medicina				
Fernando Chuecas	Representación Facultades de Medicina				
Margot Acuña	Representación Facultades de Medicina				
Sandra Alvear	Representación Facultades Economía o Administración				
Fabián Duarte	Representación Facultades Economía o Administración				
Soledad Velásquez	Designada por S.E el Sr. Presidente de la República				
<b>Participantes Ministerio de Salud</b>					
Sylvia Santander	Jefa División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)				
Ana María Merello	Jefa Departamento Redes Asistenciales y alta complejidad				
Yasmina Viera	Profesional División Jurídica				
Andrea Guerrero	Jefa Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud/DIPLAS				
Fabiola Rosso	Profesional, 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				
<b>TABLA</b>					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lectura del acta anterior.</li> <li>2. Proceso para la elaboración de Decreto GES 2022-2025. Fabiola Rosso profesional Secretaría Técnica GES.</li> <li>3. Varios.</li> <li>4. Acordar fecha próxima sesión.</li> </ol>					

## DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

### 1. Revisión del acta sesión anterior.

Los consejeros aprueban sin observaciones el acta anterior, felicitando la redacción de la misma.

### 2. Presentación del proceso para la elaboración de Decreto GES 2022-2025.

Desde la Secretaría Técnica GES se realiza presentación del proceso para elaborar el nuevo decreto 2022-2025.

Se explica que el procedimiento diseñado para la elaboración de un decreto GES está en conformidad con lo dispuesto en la ley 19.966, lo cual ha permitido contar con una hoja de ruta clara en la elaboración de las Garantías Explícitas en Salud.

Se muestran los antecedentes y los criterios imperativos de la ley, haciendo foco en el estado actual del proceso para la elaboración del nuevo decreto GES.

El flujo para establecer las garantías explícitas inicia con la fijación de la prima por parte del Ministerio de Hacienda.

Las propuestas de mejoras o nuevos problemas de salud (PS) los realiza la División de Control y Prevención de Enfermedades (DIPRECE). En paralelo se realiza el Estudio de Verificación del Costo (EVC), a cargo del Departamento de Economía de la Salud. Uno de los criterios adicionales para este decreto es que los cambios en las garantías no deben tener impacto presupuestario, es decir, no deben generar gasto adicional. Para evaluar esto, se realizan ejercicios de impacto presupuestario dentro del proceso.

Se comenta también que para cada decreto se establece una mesa de trabajo de decreto GES donde participan varias entidades: FONASA- Superintendencia de Salud-DIPRES y otros departamentos técnicos ministeriales.

Los criterios de priorización basados en lo señalado en la ley 19.966 son:

- Alineación con los objetivos sanitarios de la década (ENS) Estrategia Nacional de Salud: si bien actualmente va con algo de retraso debido a la pandemia, se espera contar a noviembre con el informe que permita cumplir este criterio para las propuestas nuevas.
- Evidencia científica de las propuestas: relacionada con las mejoras en la calidad de vida y de efectividad de las intervenciones. Este criterio se trabaja en conjunto con Evidencia Tecnologías Sanitarias (ETESA).
- Factibilidad de implementación: tanto en recursos humanos como en equipamiento e infraestructura que se requiera para implementar las propuestas. Este criterio se trabaja conjuntamente con la División de Atención Primaria (DIVAP) y División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) quienes aportan estos informes.

Cuando las propuestas GES pasan estos 3 criterios, se realiza un análisis multicriterio, donde se evalúan indicadores epidemiológicos como por ejemplo: carga enfermedad, evidencia, equidad, preferencias sociales, entre otros.

Actualmente, se está desarrollando el análisis de los 3 criterios, aún falta el análisis multicriterio para los problemas de salud nuevos, con lo cual se presentará un ranking al ministro de salud, quien define finalmente las propuestas que se incorporarán.

Aun cuando no habría expansión presupuestaria para decreto GES 2022-2025, se ha trabajado en escenarios alternativos para el caso que existieran recursos adicionales a futuro. En el contexto de este escenario, es que la División de Prevención y Control de Enfermedades ha propuesto 5 problemas de salud nuevos a incorporar al GES y son:

- Fibrilación auricular, principalmente su tratamiento.
- Depresión en personas menores de 15 años, incluyendo prestaciones de diagnóstico y tratamiento.

- Espectro autista en personas menores de 19 años, que incluye prestaciones de diagnóstico y tratamiento.
- Atención integral para víctimas de agresión sexual que incluye prestaciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, relacionadas a vacunas para prevención de enfermedades y atenciones psicológicas.
- Equinococosis quística/hidatidosis que incluye tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Para estos PS nuevos se están desarrollando las estimaciones de demandas y costos.

- ⇒ Los consejeros consultan sobre el orden jerárquico de los PS nuevos, en caso de que se deba elegir entre algunos.

Al respecto se comenta que este orden aún no está definido, ya que debe realizarse el análisis multicriterio y ser presentado a la autoridad.

Se presenta también un resumen de las principales modificaciones que se están estudiando actualmente: (excluyendo aún a los PS oncológicos, ya que conlleva mayores complejidades).

Hay 19 PS sin propuestas de cambios ya que se consideró que los cambios requeridos implicaban recursos adicionales, por ejemplo, salud mental no presentó propuestas de mejoras, debido a que todas suponían impacto presupuestario.

- ⇒ Los consejeros consultan sobre si existirá una relación con el Consejo de Cáncer, ya que la ley de Cáncer tiene un presupuesto y sería interesante hacer converger mecanismos de recursos y estrategias, relacionadas con los problemas de salud cáncer GES.

Al respecto, desde la DIPRECE, que es la División que coordina ese consejo, se señala que aún no está constituido completamente, encontrándose en etapa de votaciones. En un mes más se podría constituir ese consejo, por lo tanto, no alcanzaría a ser integrado directamente para este nuevo decreto GES, pero sí a futuro.

En cuanto al presupuesto por la ley de cáncer, DIPRECE señala que estaría enfocado a las GPC (Guías de Práctica Clínica GES). No hay una asignación específica para actividades GES en la Ley de Cáncer.

Se comenta que es muy interesante hacer el diálogo entre ambas leyes, para analizar las mejores estrategias.

- ⇒ Los consejeros agradecen la presentación viendo que hay una evaluación multicriterio que es muy importante. Y se pregunta sobre el problema nuevo que se está estudiando sobre atención integral para víctimas de agresión sexual, ya que en el caso de los servicios de salud se aplica la ley de delitos sexuales vigente y se estarían realizando las actividades descritas para ese PS. Lo que se observa como posible mejora es la capacitación de los profesionales para aplicar esta ley y las salas de acogida y acompañamiento posterior. Por lo tanto, ¿qué valor agregado tendría el incorporarlo al en GES?

Al respecto, desde la División jurídica se comenta que la cobertura prevención de infecciones de transmisión sexual surge de un reglamento antiguo (años 60) que habla de la gratuidad, pero un reglamento no establece recursos, y ocurre que en algunos lugares queda a discreción de las autoridades locales si se financia o no, como en el caso de las vacunas, por ejemplo. También la inversión en salas de acogida ha sido dada por otros presupuestos. Por lo tanto, se explica que el Ministerio de Salud recibe bastantes consultas sobre quien financia estas atenciones y por eso se observan beneficios el que se esté evaluando en GES.

- ⇒ Los consejeros comentan que las dificultades de esta atención integral están más claras en el acompañamiento y la disponibilidad de salas de acogida. Se propone que la Secretaría Técnica GES levante este punto con DIGERA para validar lo que se realiza actualmente antes de que sea incorporada a GES.

Desde la Secretaría Técnica GES se propone también que los equipos técnicos de DIPRECE puedan ir presentando los PS nuevos que han propuesto al Consejo Consultivo GES. Debido a tiempos de agenda, los consejeros acuerdan que se realice primero la consulta específica de lo relatado en el caso de la aplicación de la Ley de delitos sexuales y en caso necesario presentar detalles al Consejo.

Desde DIGERA se propone revisar este punto al interior de la División, teniendo en cuenta la aplicación de la ley de delitos sexuales. El que esté incluido en la ley no significa que exista financiamiento, ya que también se observa un déficit de infraestructura. Se compromete respuesta al Consejo Consultivo.

Además, en el caso de expansión de presupuesto en relación con cáncer, DIGERA señala que los presupuestos solicitados en las líneas oncológicas van orientados a recursos humanos y de infraestructura necesarios.

DIPRECE también se compromete a levantar la consulta sobre el PS sobre atención a víctimas de agresión sexual en la división. Ya que según lo relatado se sabe que habría brechas en capacitaciones y en temas del manejo de las cadenas de custodia.

Se continúa la presentación desde Secretaría Técnica GES. En el resumen de propuestas se observan 109 PS con Grupo de Prestaciones Principales (GPP) nuevas, en estas se consideran los cambios relativos al cambio en la intervención de rehabilitación que no necesariamente implica nuevas prestaciones, sino que a un cambio de categoría de las GPP.

También se observan 169 modificaciones de grupos de prestaciones que incluyen mejora en eficiencia de procesos, cantidades, frecuencias, entre otros, y dos nuevas garantías de acceso que están en evaluación.

En cuanto a la evaluación de los criterios imperativos:

**Reducción de costos:** se acordó un criterio basal de evaluar si reduce costos en el PS, si su IP (Impacto Presupuestario) es cero o menor al 5% del costo del PS.

**Alineación con ENS:** se acordó como criterio hacer el análisis e informe con el Departamento de ENS (Estrategia Nacional de Salud).

**Revisión de Evidencia Científica:** se acordó como criterio evaluar si la propuesta está contenida en alguna GPC con metodología GRADE o con 5 años de vigencia atrás máximo. O si cuenta con registros de evidencia que el equipo DIPRECE ha adjuntado. Esto también se trabaja en conjunto con ETESA.

**Factibilidad de implementación:** se acordó como criterio evaluar con DIGERA y DIVAP.

Se muestra también una gráfica del estado actual en relación de los impactos presupuestarios de los PS vigentes, donde se observa que en total las propuestas de mejoras para GES superan los MM \$97.390.161 pesos. El IP corresponde a la diferencia entre los costos de la propuesta de modificaciones o mejoras y los costos del PS vigente.

- ⇒ Los consejeros consultan sobre ¿si el IP positivo (es decir gasto) genera que no se siga evaluando para GES? Esto considerando que el IP cero debería considerar el total del GES y que si se evalúa a más largo plazo (calidad de vida, años de vida ganados, etc), los ahorros serían mayores, aunque haya un gasto inicial de la propuesta.

Al respecto se comenta que primero se determinarán los cambios propuestos que no generan IP y que sean factibles de implementar y luego se abordarán si se puede con ese ahorro financiar otras mejoras. Para ello, se debe finalizar la evaluación de los criterios imperativos. Por lo tanto, una vez clarificado esto se determinará la priorización de las mejoras que se puedan incorporar con el ahorro.

- ⇒ Los consejeros consultan sobre el aumento de costos de mejoras en DM2 se ¿está considerando los ahorros que se podrían generar en ERC?

En este punto se comenta que este análisis está hecho en un plazo anual, que es el método utilizado por DIPRES actualmente. Sin embargo, se está realizando un trabajo para contar con una metodología de IP de más largo plazo, que incluya costos evitados. Como esto es algo nuevo, aún se están estudiando todos los escenarios posibles de los costos y ahorros.

En el caso de DM2, se está aplicando la metodología propuesta con el fin de probarla, es decir como un piloto. Una vez realizado esto se espera pueda aplicarse a otras condiciones de salud.

- ⇒ Los consejeros comentan sobre las desviaciones desfavorables y favorables de los impactos presupuestarios que muestra la gráfica. Si un PS tiene una desviación desfavorable en cuanto a IP, las razones podrían ser: por volumen (cantidad de pacientes) o por efecto eficiencia (precios). ¿Se están analizando estas desviaciones? ¿cuántas se deben a volumen o a precios? Y ¿cuáles serían los pasos a seguir con el diagnóstico?

Al respecto se comenta que específicamente se están evaluando los motivos que dan el mayor peso en el impacto presupuestario. Se están identificando los grupos de prestaciones que tienen estas condiciones de precios diferentes, por ejemplo, en relación a FONASA. Esta gráfica es solo preliminar y general, no muestra detalles de qué ocurre al interior de cada PS ni qué variables están influyendo.

- ⇒ Los consejeros consultan ¿qué ocurre en la práctica para GES si se identifica, por ejemplo, que el IP es asociado a mayor precio de una prestación, significa que se debería aumentar el presupuesto para esa condición de salud al siguiente año?

Se comenta que, en este caso, como hay un escenario restrictivo económicamente, no se podría aumentar el presupuesto, pero esto sería considerado en un decreto posterior o modificatorio.

En el caso del volumen de pacientes con DM2 las nuevas intervenciones se están estudiando desde el decreto pasado, y actualmente desde DIPRECE se han establecido criterios de focalización en cierto grupo de pacientes, esto forma parte del estudio que se está realizando.

- ⇒ Los consejeros consultan sobre ¿si las propuestas de mejoras se basan en las actualizaciones de la evidencia científica expuesta en las GPC?

Se comenta que las actualizaciones y las recomendaciones emitidas por las GPC siempre son insumo para las mejoras que se van proponiendo, pero también hay mejoras relativas a la eficiencia de los procesos clínicos GES.

En el caso del criterio de alineación con los objetivos sanitarios, se cuenta con los resultados preliminares para los PS nuevos que se proponen, donde los 5 estarían alineados, uno de ellos aún pendiente de validación final en este criterio.

En el caso de los PS vigentes se observa que casi la totalidad está alineada con la ENS. Se evaluaron 22 PS con sus GPP.

Con respecto al criterio de evidencia científica, la evaluación se encuentra en proceso y se están estudiando 18 preguntas.

En el caso del criterio de factibilidad de implementación, se crearon fichas para los nuevos PS y los PS vigentes para ser completadas por DIVAP y DIGERA. A modo general, para las prestaciones nuevas de los PS vigentes se podrían implementar las que actualmente están disponibles en la red de atención, que no requieren presupuesto adicional. Para los PS nuevos, a modo preliminar, se evalúa que sería difícil de implementar la Depresión en personas menores de 15 años y el Espectro autista en menores de 19 años, debido a que requieren incorporación de recursos humanos, y en el caso del espectro autista requiere también infraestructura.

En el caso de equinococosis quística/hidatidosis, este se podría implementar actualmente en las redes asistenciales. En el caso de fibrilación auricular sería difícil implementarlo debido a que requiere expansión de recursos humanos y como incluye grupos de prestaciones del nivel primario, se ha señalado por parte de DIVAP que los medicamentos propuestos deben ser revisados ya que no están disponibles en ese nivel de atención.

- ⇒ Los consejeros señalan que es importante considerar no cerrar completamente la posibilidad a los PS nuevos cuando se requieran recursos adicionales, y que sería óptimo ir avanzando en buscar las estrategias necesarias para poder incluirlos en GES.

Se comenta que las Divisiones de Atención Primaria y Redes Asistenciales presentarán estos análisis en la mesa de decreto GES dentro de los próximos días, de forma de profundizar dicha evaluación y ver las necesidades para que se puedan implementar.

En el caso del PS nuevo Atención Integral en salud para víctimas de agresiones sexuales, en forma preliminar se podría implementar en las redes asistenciales, pero revisando una prestación asociada al servicio médico legal.

Se complementa desde Secretaría Técnica GES que, en esta primera evaluación de este criterio, tanto DIGERA como DIVAP señalan los alcances que se requieren, no cerrando completamente la posibilidad, sino explicitando los requerimientos para que se incorporen. Por ejemplo, en el caso de necesidad de expansión de recursos humanos, se aplica en conjunto con DIGEDEP (División de Gestión de Personas) un método que permite dar cuenta de la brecha necesaria para que se puedan solicitar estos recursos adicionales al Ministerio de Hacienda.

En el caso de las mejoras de los PS vigentes, a modo preliminar se menciona que muchas prestaciones podrían ser implementadas.

A modo de resumen general:

1. Criterio de revisión de evidencia científica: se espera contar con resultados el primer trimestre de 2022.
2. En el caso del EVC, sus resultados estarán en diciembre 2021.
3. Criterios imperativos (factibilidad de implementación y alineación ENS) sus resultados estarían en diciembre 2021.
4. Análisis multicriterio se realizará en el primer trimestre de 2022.

⇒ Los consejeros agradecen la presentación y felicitan por el trabajo realizado.

**3. Varios.**

En este punto, desde DIGERA se consulta sobre los plazos para el nuevo decreto GES.

Al respecto se comenta que, si se rige por el decreto de 2019, el cual tiene vigencia hasta octubre de 2022, y considerando los 6 meses necesarios para la implementación, se debería contar con un nuevo decreto en marzo 2022, para entrar en vigencia en octubre 2022. Desde Jurídica se señala que la ley entrega libertad en cuanto a que existan justificaciones para realizar modificaciones en las fechas de decretos, lo que no sería el caso actual. Por lo tanto, se mantiene la vigencia de los 3 años, que estaría dado por la fecha de 1 de octubre de 2022.

Los consejeros consultan del plazo que tiene el Consejo Consultivo para revisar el decreto GES. Al respecto se señala que se hará un cronograma para presentarles las modificaciones que podrían ingresar. En el reglamento del Consejo Consultivo GES se señala que se debe emitir una carta con su opinión fundada de las propuestas de nuevas garantías explícitas. Además, se comenta que ha sido un trabajo colaborativo en el proceso de elaboración GES con el Consejo Consultivo.

También se comenta la importancia de que exista una relación directa entre la nueva comisión de cáncer y GES, para colaborar en estrategias conjuntas.

Desde DIPRECE se señala que es un trabajo conjunto entre los planes de salud, los programas, GES y los consejos asesores.

**4. Acordar fecha próxima sesión.**

Se fija próxima reunión para el 05 de noviembre a las 09 am.

Se cierra sesión a las 10:40 horas.

<b>ACUERDOS Y COMPROMISOS</b>				
<b>Nro.</b>	<b>Descripción de acuerdo / compromiso</b>	<b>Fecha Comprometida</b>	<b>Responsable</b>	<b>Estado</b>
1	Enviar acta, documentos y presentaciones realizadas.	Antes de próxima reunión 05 noviembre de 2021	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	<b>Enviados</b>
2	Presentación de PS nuevos propuestos	Próxima sesión del CC GES	DIPRECE	<b>Pendiente</b>
<b>Próxima Reunión: 05 de noviembre de 2021 a las 09 am</b>				
<b>Acta elaborada por</b>		María Teresa Soto/Andrea Guerrero Ahumada Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud División de Planificación Sanitaria Ministerio de Salud		

<b>Aprobación ACTA DE SESIÓN N° 116, 01.10.2021</b>		
<b>Consejeros</b>	<b>Representación- Organismo</b>	<b>Firma</b>
Sr. Emilio Santelices	Presidente Consejo Consultivo. Designado por S.E. el señor Presidente de la República.	<b>Aprobada por plataforma virtual</b>
Sra. Cecilia Albala	Vicepresidenta Consejo Consultivo. Representación Academia Chilena de Medicina.	<b>Aprobada por plataforma virtual</b>
Sr. Fernando Chuecas	Representante Facultades de Medicina de Chile.	<b>Aprobada por plataforma virtual</b>
Sra. Margot Acuña	Representante Facultades de Medicina de Chile.	<b>Aprobada por plataforma virtual</b>
Sr. Fabián Duarte	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile.	<b>Aprobada por plataforma virtual</b>
Sra. Sandra Alvear	Representante Facultades de Economía o Administración de Chile.	<b>Aprobada por plataforma virtual</b>
Sra. A. Patricia Acuña	Representante Facultades de Química y Farmacia de Chile.	<b>Se excusa</b>
Sr. Rodrigo Castro	Designado por S.E. el señor Presidente de la República	<b>Se excusa</b>
Sra. Soledad Velásquez	Designada por S.E. el señor Presidente de la República	<b>Aprobada por plataforma virtual</b>