



ACTA DE SESIÓN N°128

Proyecto / Tema	Reunión Consejo Consultivo GES				
Fecha inicio	23/06/2023	Hora inicio	9:00	Lugar	Reunión virtual en plataforma Zoom
Fecha finalización	23/06/2023	Hora término	10:40		
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.				
Margot Acuña	Representación Facultades de Medicina				
Soledad Velásquez	Designada por S.E el Sr. Presidente de la República				
Patricia Acuña	Representante Facultades de Química y Farmacia de Chile.				
Otros Participantes					
Maximiliano Barahona	Médico especialista en Traumatología y Ortopedia, Universidad de Chile.				
Participantes Ministerio de Salud					
Trinidad Covarrubias	Profesional, Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud				
Macarena Eriza	Profesional, Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud				
TABLA					
<ol style="list-style-type: none">1. Bienvenida.2. Aprobación y comentarios acta anterior.3. Presentación Traumatología y Salud Pública (Dr. Maximiliano Barahona).4. Comentarios sobre posibilidad de investigación en salud bucal.5. Varios.					

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

1. Bienvenida

Habiendo quórum para sesionar a las 9:00 horas, se da la bienvenida a todos/as los/as participantes. Preside la sesión el Dr. Emilio Santelices, presidente del Consejo Consultivo. Se presenta tabla de contenidos y se inicia la sesión.

2. Aprobación y comentarios acta anterior.

Se aprueba el acta anterior sin comentarios. Se presenta excusa de los participantes que no pudieron asistir.

3. Presentación Traumatología y Salud Pública (Dr. Maximiliano Barahona).

La presentación tiene por objetivo evidenciar los problemas de salud pública en ortopedia y traumatología, específicamente artroplastia de rodilla y fractura de cadera.

Se señala que la información para esta presentación fue recolectada a través de Departamento de Estadísticas e información de salud (DEIS), FONASA, Consejo de Transparencia, Superintendencia de Salud e Instituto Nacional De Estadísticas, abordando la población del seguro público (FONASA) y del seguro privado (ISAPRE) excluyendo a las fuerzas armadas y mutualidades. Se analizaron los egresos hospitalarios de 2004 al 2020 para estudiar la tendencia de la situación de traumatología en Chile.

Al respecto, se señala que en el 2004 se realizaban alrededor 200 procedimientos quirúrgicos por 100.000 habitantes y en el 2019 se llegó a 700 procedimientos por cada 100.000 habitantes. El número de traumatólogos ha aumentado 3 veces en ese mismo periodo analizado.

En cuanto a la cantidad de egresos hospitalarios en traumatología, en el 2004 representaban solo un 2% por cualquier causa, aumentando 4 veces en el 2019.

Además, existe una diferencia en el número de procedimientos al que acceden los beneficiarios de ISAPRE y FONASA evidenciando que 1/3 de las cirugías de los pacientes beneficiarios del FONASA se realizan en instituciones privadas.

En los últimos 15 años ha habido un aumento a nivel internacional en la importancia de realizar la intervención quirúrgica de fractura de cadera lo más pronto posible. Un ejemplo de esto se observa en países como Reino Unido y Australia, donde se exige una resolución quirúrgica en un plazo máximo de 48 horas.

En Chile la fractura de cadera tiene resolución quirúrgica para fracturas extracapsulares e intracapsulares. Al analizar la importancia de la patología se pueden extraer 4 parámetros para evaluar:

1. Magnitud: Luego de revisar una cohorte en el 2017, se estableció una incidencia de 40 fracturas de cadera por cada 100.000 habitantes (7.000 fracturas al año en Chile) afectando más a pacientes FONASA y del sexo femenino con una mediana de edad de 80 años. Así mismo, compara estos resultados con otro estudio realizado por chilenos llamado *Hip fractures in the elderly Chilean population: a projection for 2030*¹, realizado con los mismos datos de egresos hospitalarios del DEIS, demostrando que, si sigue la tendencia actual, para el 2030 habrá un aumento en la incidencia cercana a un 38% vs lo que ocurrió en el 2017. Se plantea que la incidencia ya es alta y que probablemente continuará en aumento dado el envejecimiento de la población.

¹ Diaz-Ledezma C, Bengoa F, Dabed D, Rojas N, López A. Hip fractures in the elderly Chilean population: a projection for 2030. Arch Osteoporos. 2020 Jul 27;15(1):116. doi: 10.1007/s11657-020-00794-5. PMID: 32720199.

2. Trascendencia: Se ha informado que aproximadamente 3 de cada 10 pacientes que han sufrido una fractura de cadera fallecen dentro del primer año.

Un estudio realizado por el Hospital Clínico Universidad de Chile², a través del análisis de la mortalidad tras una fractura de cadera en un periodo de 15 años, mostró que, si bien es un hospital con bajo volumen de fracturas de caderas, hay una mortalidad anual global de 16% en promedio, y una mediana de espera para cirugía de 3 días y que prácticamente el 75% de los pacientes está operado en un plazo menor o igual a 5 días. En la misma línea de trabajo, con el objetivo de evaluar la tendencia de la letalidad al año y a 2 años, el tiempo de espera de cirugía y estadía hospitalaria en fractura de cadera entre 2002 y 2016, no han variado significativamente en el periodo estudiado. Se observa una fuerte correlación entre la letalidad a uno y dos años, lo que sugiere un riesgo constante de mortalidad después de una fractura de cadera².

Si esto se compara con la sobrevivencia de la población general de 60-80 años, esta es menor en pacientes con fractura de cadera independiente del tiempo en el que recibieron cirugía, pero se muestra en la presentación que los pacientes que recibieron cirugía tardía, mayor a 5 días, tienen menor sobrevivencia. Para el grupo etario >80 años ocurre lo mismo. Por lo tanto, los pacientes que presentan una fractura de cadera tienen menor sobrevivencia que la población general comparado con población de su misma edad.

3. Vulnerabilidad: Se realizó la comparación de 2 hospitales, Hospital Clínico Universidad de Chile (privado) y el Hospital San José de Independencia (público), con el objetivo de evidenciar las diferencias en el sistema de salud. En el sistema público existe un mayor volumen de casos vs el privado y la edad era similar en ambos grupos (80 años)³.

La tasa de no cirugía era significativamente mayor en el hospital público llegando casi al 10% de pacientes que no reciben cirugía, con un tiempo de espera que duplica el tiempo en la institución privada. La expectativa de vida para el grupo etario 60-69 años va decreciendo acorde aumenta el tiempo de espera para la cirugía, siendo mayor la expectativa de vida para el privado, por lo tanto, puede haber factores que influyan en la expectativa de vida como comorbilidades y determinantes en salud. La diferencia en tiempo de espera es de 3 a 5 días entre pacientes del sistema público vs privado.

Luego de esta comparación, se muestran los resultados generales de la realidad nacional:

4 de cada 5 pacientes reciben cirugía (78.7% recibe vs un 21,2% que no recibe).

Analizado por sistema de salud, para el grupo etario 60-80 y >80 años se muestra que, hay 4 veces más probabilidad de recibir cirugías si el paciente pertenece al sector privado que al sistema público.

Respecto a la estadía hospitalaria del sistema de salud público de los pacientes mayores a 60 años, un estudio transversal sobre registros nacionales de 2017 en Chile⁴ muestra que la mediana de hospitalización son 12 días si es FONASA, pero si es ISAPRE y se atiende en el sector público (se da bastante en región) la mediana es menor a 8 días. Respecto al prestador privado,

² Palma, D., Barahona, M., Palma, J., Catalán, J., & Barrientos, C. (2021). Análisis de la mortalidad tras una fractura de cadera en un periodo de 15 años: la mortalidad al año se correlaciona directamente con la mortalidad a los 2 años. *Revista Chilena de Ortopedia y Traumatología*, 62(02), e113–e117. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735294>.

³ Barahona M, Martínez A Sr, Barrientos C, Barahona MA, Cavada G, Brañes J. Survival After Hip Fracture: A Comparative Analysis Between a Private and a Public Health Center in Chile. *Cureus*. 2020 Nov 29;12(11):e11773. doi: 10.7759/cureus.11773. PMID: 33274170; PMCID: PMC7707142.

⁴ Barahona M, Martínez A, Brañes J, Rodríguez D, Barrientos C. Incidence, risk factors and case fatality rate for hip fracture in Chile: A cross-sectional study based on 2017 national registries. *Medwave* 2020;20(5):e7939.

la mediana es constante independiente si se atiende ISAPRE o FONASA con una mediana de 6 días de estadía hospitalaria.

Se revisaron estos mismos datos para 2019 – 2020 respecto a la estadía hospitalaria de los mayores de 60 años, y se observa un aumento de 14 días en la mediana para el sistema público y de 8 días para el privado⁴.

En la cohorte del año 2017, se llevó a cabo un estudio para inferir la tasa de mortalidad al año en nuestro país, utilizando datos de mortalidad obtenidos del Hospital San José y del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Estos datos se aplicaron a todos los hospitales públicos y privados, ajustando por edad, sexo y tiempo de estadía hospitalaria. Los resultados indican que en Chile se estima una tasa de mortalidad del 28% para las fracturas de cadera y si lo comparamos con China, que es el país que tiene menor tasa de mortalidad por esta patología, la mortalidad del 28% se da para el grupo etario de 95-99 años.

Para el 2019-2020, la tasa de resolución quirúrgica tuvo una leve alza entre enero 2019 y antes del inicio de pandemia logrando superar el 80%, sin embargo, post pandemia volvió por debajo del 80%.

La tasa de resolución quirúrgica es significativamente distinta en regiones, como por ejemplo en Antofagasta que es de 56%, Maule 45% vs otras regiones como Tarapacá que llegan al 94%.

La tasa de traslado a nivel nacional es de 7% y se evidencia una coincidencia de que las regiones que tienen mayor traslado son los que tienen mayor tasa de cirugía de cadera.

En Chile, la tasa de atención en instituciones de la red pública es de un 82% al año.

En cuanto al acceso a la cirugía por fractura en una institución pública vs privada por región, se observa que hay más posibilidades de cirugía a nivel de institución privada que pública y se da en todas las regiones excepto Tarapacá, Atacama, Biobío, Aysén, Arica y Ñuble que si bien hay una tendencia de una mayor cantidad de cirugías en institución privada, esto no es significativo.

En conclusión, respecto al parámetro de vulnerabilidad, se pueden disminuir los tiempos de espera de cirugía, aumentar la tasa de resolución quirúrgica y mejorar los traslados.

En el 2019, en la revista médica de Chile, se hizo una encuesta a 77 cirujanos de cadera de Chile consultando cuales son las mejores prácticas para abordar una fractura de cadera, dando como resultado: que el 97% dice que el plazo ideal es menos de 72 horas y el 92% está de acuerdo o muy de acuerdo que el manejo precoz es fundamental.

4. Costo-efectividad: Se indica que el único artículo publicado con relación a este tema fue realizado por un grupo de endocrinólogos y estimaron que el costo fuera alrededor de 33 millones de dólares en el escenario donde se operen la totalidad de las de fracturas de cadera con un promedio de estadía hospitalaria de 15 días⁵.

Al presentar los resultados de este estudio, el especialista, indica que las estimaciones distan de la realidad ya que se usó el sistema privado con promedio hospitalario de 15 días y como único tratamiento la osteosíntesis, pero que en Chile hay 1/3 de fracturas de caderas que requieren prótesis (valor de 4 millones de pesos vía GRD) y esto elevaría el costo.

Finaliza con la discusión, haciendo referencia a las estrategias que ayuden a solucionar este problema de salud en Chile mediante la prevención, ya que la fractura de cadera es la última instancia, pero ante de la fractura se encuentra las personas mayores con osteoporosis (23,2%) y sarcopenia (19,5%) y que, si más personas accedieran a este tratamiento, la incidencia de fracturas de cadera probablemente disminuiría.

⁵Quevedo I, Ormeño JC, Weissglas B, Opazo C. Epidemiology and Direct Medical Cost of Osteoporotic Hip Fracture in Chile. J Osteoporos. 2020 Mar 25;2020:5360467. doi: 10.1155/2020/5360467. PMID: 32273971; PMCID: PMC7132582.

Refiere la necesidad de aumentar el acceso al tratamiento quirúrgico ya que el problema se encuentra en quienes no reciben cirugía. Otro parámetro para evaluar es cómo se realizan las retribuciones a los equipos quirúrgicos, mostrando un estudio comparativo que se realizó en Inglaterra y en Escocia en donde la remuneración es por cirugía realizada en Inglaterra y por horario en Escocia.

⇒Finaliza la presentación de fractura de cadera, para iniciar con la presentación de prótesis de rodilla y cadera. El consejo realizará las consultas finalizado ambos temas.

¿Es la prótesis de rodilla y de caderas un problema de salud pública?

Chile se encuentra bajo el número 30 de la OECD relativo al acceso de prótesis de cadera y rodilla. En Chile se realizan más cirugías de prótesis de cadera que de rodilla, se hipotetiza que se debe a que la primera pertenece al GES. En Chile, con el dato ajustado por población de riesgo en mayores de 60 años (FONASA 17% e ISAPRE 8%), se realizan 1.8 cirugías de prótesis de cadera en beneficiarios de ISAPRE por cada una realizada en beneficiarios de FONASA y 2,5 cirugías de prótesis de rodilla por cada una realizada en asegurados de FONASA.

Una alternativa para mejorar el acceso sería incluir la cirugía de reemplazo articular al pago asociado a diagnóstico (PAD), el cual actualmente no contempla este tipo de procedimiento. Por otro lado, existe el GES para la prótesis de cadera, pero está dirigido únicamente a personas mayores de 65 años.

El 42% que accede a prótesis de cadera tiene menos de 65 años, por lo tanto, solo el 58% son beneficiarios a través de GES.

Con relación a los tiempos de espera no AUGE para una prótesis de rodilla o cadera en menores de 65 años, la mediana de espera en Chile es de 2,2 años y si se compara la realidad de la OECD, en Portugal no más del 12% espera más allá de los 12 meses.

En la actualidad la lista de espera aumentó en artroplastia de rodilla, pasando de 15 mil personas en el 2019 pre-pandemia, a un total de 20.316 personas en agosto del 2022. Para artroplastia de cadera los pacientes en lista de espera no GES son cerca de 7.000.

Se presenta una estimación del costo asociado a la artroplastia de rodilla para el año 2019, basada en el valor establecido por GRD, que en el 2019 asciende a \$4.300.845. Esto resulta en un costo total de \$4.980.172.069 para el año 2019. Además, se observa que, en el año 2021, este costo ha superado los \$5.165.297.642

A modo de discusión, el GES beneficia a personas mayores de 65 años dejando fuera a quienes se encuentran en edad laboral que son los menores de 65 años, quedando en lista de espera.

Para la artroplastia de rodilla se requiere un mejor acceso, hoy en día tiene una lista de espera alta, siendo la segunda patología con mayor lista de espera en Chile. Según una investigación publicada en *medwave*; Evaluación económica en salud: costo-utilidad de la incorporación del reemplazo total de rodilla en la cobertura del régimen de Garantías Explícitas en Salud en Chile⁶, la incorporación de este problema de salud al GES sería costo utilitario.

Se comparó la satisfacción de los pacientes a través de la escala Goodman para evidenciar como la prótesis de rodilla ha ido en aumento en cuanto a la satisfacción de los usuarios, con resultados positivos comparables a la prótesis de cadera.

Respecto al uso de pabellones, el porcentaje de uso es del 75%. 1 de cada 4 pabellones está desocupado vs pabellones de urgencias donde están todos ocupados. Para ser considerado un sistema eficiente, la suspensión de pabellones no debería superar el 5%, en ninguno de los años analizados (2018 al 2021) se alcanzaba este parámetro.

⁶ Lenz-Alcayaga, R., Paredes-Fernández, D., Edwards-Silva, D., & Gálvez-Ortega, P. (2020). Economic evaluation in health: Cost-utility of the incorporation of total knee replacement to the Chilean Explicit Health-Guarantees regime. *Medwave*, 20(11), e8086. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.11.8086>

Es necesario implementar mejoras en los registros nacionales con el fin de proporcionar las herramientas necesarias para obtener información sobre los resultados funcionales de endoprótesis de cadera, la supervivencia de los pacientes, la duración de estas y la tasa de infecciones.

Dentro de las propuestas para mejorar el tratamiento de la fractura de cadera en GES, está el destinar pabellones solo para fracturas, que exista un tiempo límite de resolución y así liberar espacio a cirugías electivas de la especialidad.

⇒ Los consejeros felicitan la presentación completa del especialista. Comentan sobre la gravedad de la obesidad y el envejecimiento donde se evidencia que las personas obesas tienen o van a generar alguna osteoartritis de rodilla o de cadera y que probablemente van a requerir cirugías a futuro. También de cómo va ligado al déficit de vitamina D sobre todo en la zona centro.

⇒ Los consejeros comentan que el aumento de la cobertura a los 60 años en el GES para las personas mayores podría evitar una cantidad importante de discapacidad y muertes.

⇒ Los consejeros consultan al especialista cual es la impresión que tiene respecto de bajar la edad de acceso a prótesis de cadera a 60 años y si esta tendría un impacto positivo o existiría un problema basal de la capacidad de resolución de los hospitales, horas traumatólogos, especialistas, etc.

En respuesta, se comenta que la experiencia de Reino Unido y Australia desde que cambiaron la ley a una resolución en 48 horas muestra que el impacto que ha tenido en la mortalidad, sobrevida y calidad de vida es significativa. Por lo tanto, si homologamos a Chile, deberíamos tener el mismo impacto. Respecto a la mención de iniciar la cobertura desde los 60 años, se indica que es una mejor cohorte si se quiere aumentar la cobertura

Adicional a lo anterior, propone la implementación de pabellones exclusivos para fracturas, acompañado de un aumento en la cobertura de prótesis de cadera y de rodilla.

⇒ Los consejeros consultan sobre la cantidad de traumatólogos en Chile vs todo el aumento dramático en el número de fracturas y de la necesidad de prótesis rodilla y cadera, y que si es factible resolver la brecha que tenemos ahora.

Al respecto, se señala que el número de traumatólogos ha aumentado considerablemente en Chile, un traumatólogo realiza diez cirugías al mes aproximadamente. Si dividimos el total de cirugías y la cantidad de traumatólogos disponibles, son alrededor de 9 cirugías por especialista en Chile.

⇒ Los consejeros comentan sobre la baja productividad de los pabellones y que Chile está 20% a 40% más bajo Reino Unido en el uso de pabellones por día. Comentan que otro tema importante son los mecanismos de pago e incentivos a los especialistas por la realización de cirugías.

⇒ Dado todo lo anterior, el consejo propone en primer lugar que desde la Secretaría GES, se tomen todos estos insumos para que, en un próximo decreto, se pueda bajar la edad en el GES para el reemplazo de cadera y, en segundo lugar, incorporar por los costos que tienen, el reemplazo de rodilla en algún grupo, mejorando el acceso a estas patologías.

Desde Secretaría Técnica GES, se indica que se planteará esta información a DIGERA y DIPRECE para poder iniciar un trabajo en conjunto, tomando las propuestas para poder avanzar.

⇒ Los consejeros y Secretaria Técnica GES agradecen la presentación del especialista Maximiliano Barahona.

4. Comentarios sobre posibilidad de investigación en salud bucal

Desde la Secretaria Técnica GES, se informa que hubo reuniones con consejeros para evaluar como avanzar en la investigación en salud bucal de las personas mayores.

Los consejeros informan que no hay espacio para poder realizar una evaluación de impacto ya que no hay mucha data para este tipo de evaluación.

El consejo refiere que, en las encuestas nacionales, el impacto que se observa respecto al edentulismo y del problema de falta de prótesis, entre otros, como factores de riesgo es de tal magnitud que incluso se ha visto como impacta no solo en la calidad de vida, sino también en el deterioro cognitivo. Esto, podría avalar el hecho de cambiar la edad de la garantía Salud Oral Integral para Adultos que hoy solo es para 60 años. En la misma línea, refieren que más que retrasar la edad de este problema de salud, adelantar evitaría que a los 60 se llegue con una dentadura deteriorada.

Desde el consejo se propone enviar carta a todas las facultades de odontología para fomentar la realización de estudios. Mientras, el consejo avanzará en una propuesta para que salud oral pase a tener mayor relevancia desde la política GES.

El problema radica en que se entregan prótesis a las personas mayores que no son funcionales, pero al cambiarlo por implantes, las prótesis se fijarían bien a estos implantes con un costo más razonable. Mientras antes se haga, más beneficioso, ya que la persona puede presentar deterioros o retraimiento que impiden la instalación del implante.

Varios

Los consejeros se refieren al nuevo periodo de elección del siguiente consejo consultivo y la importancia de realizar un traspaso completo al siguiente consejo para que puedan continuar y avanzar en estos temas revisando los que quedaron pendientes y que sean insumos para redactar el documento final. Desde la Secretaría Técnica GES, se enviará un consolidado al consejo consultivo con los pendientes de las actas anteriores

Se propone realizar una reunión por primera vez presencial del consejo para generar un documento trabajado en conjunto antes de que termine el periodo (noviembre). Desde la Secretaría Técnica GES se realizarán las consultas sobre factibilidad de esta reunión presencial.

Consejeros refieren que las políticas de salud deberían ser a largo plazo y no cada vez que hay periodos de gobierno. Los indicadores de evaluación de desempeño que están asociados a los altos directivos de salud, todos los años tienen un 95% de cumplimiento. Pero en la realidad, hay un problema de indicadores de gestión necesarios para poder medir correctamente.

Se fija fecha para la siguiente reunión que será el 28 de Julio a las 9:00 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	Enviar documentos y presentaciones realizadas	Antes de próxima reunión	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	Enviada**
3	Realizar invitación a facultad de odontología referido por el consejo para presentar estudios relacionados con salud bucal.	Antes de próxima reunión	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	Pendiente
4	Evaluar factibilidad de reunión presencial del consejo consultivo en Santiago.	Antes de próxima reunión	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	Realizado. **
5	Enviar un consolidado de lo pendiente al consejo consultivo.	Antes de próxima reunión	Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud	Pendiente**

Próxima sesión: Viernes 25 de agosto.

Acta elaborada por

Macarena Eriza Quezada/Andrea Guerrero Ahumada
Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones en Salud
División de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud

Aprobación ACTA DE SESIÓN N°128, 23.06.2023		
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	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	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