

Concurso Políticas Públicas / 2014

Propuestas para Chile



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Índice

I. Estructura jurídica y gobierno de las universidades del Estado: bases para una reforma	21
Andrés Bernasconi - Gabriel Bocksang	
II. Inclusión de estudiantes con discapacidad en universidades chilenas: mecanismos de admisión y recursos para su implementación	55
María Soledad Zuzulich - Consuelo Achiardi Ana María Hojas - María Rosa Lissi	
III. Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo	89
Matías González - Jorge Calderón - Álvaro Jeria - Paula Repetto Gonzalo Valdivia - Ángela Vivanco	
IV. Evaluación de tecnologías sanitarias en Chile: propuesta de institucionalización de un nuevo proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud	119
Manuel Espinoza - Gonzalo Candía - Raúl Madrid	
V. Institucionalidad de la evaluación e innovación en las políticas públicas: una propuesta multidimensional	149
Francisco Gallego - Paula Bedregal - Fernando Irrázaval Ryan Cooper - Claudia Macías - Fiorella Squadritto	
VI. Planes de Desarrollo Comunal: propuestas para mejorar su efectividad como instrumento de planificación, participación y rendición de cuentas municipal	183
Miguel Ángel Ruz - Maximiliano Maldonado Arturo Orellana - Magdalena Vicuña	
VII. Currículos comparados, percepciones docentes y formación de profesores para la formación ciudadana: tendencias y proposiciones de mejoramiento	215
Rodrigo Mardones - Cristián Cox - Ana Farías - Carolina García	
VIII. Hacia una ley de financiamiento público de partidos y organizaciones políticas	247
Juan Pablo Luna - Nicolás Somma	
IX. Inmigrantes profesionales: propuestas de mejora para que ejerzan en Chile	273
Claudia Silva - Rosario Palacios - José Tessada	
X. Pago de pensiones alimenticias: avanzando hacia una real y eficiente tutela de la infancia y la familia	305
Claudio Valdivia - Fabiola Cortez-Monroy Carolina Escárte - Carolina Salinas	

Evaluación de tecnologías sanitarias en Chile: propuesta de institucionalización de un proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud

INVESTIGADORES

MANUEL ESPINOZA

Facultad de Medicina

GONZALO CANDIA

Facultad de Derecho

RAÚL MADRID

Facultad de Derecho

AYUDANTES DE INVESTIGACIÓN

RAFAEL ALANIZ

Facultad de Medicina

CONSTANZA LAVÍN

Facultad de Medicina

MARÍA PAZ MADRID

Facultad de Derecho

Resumen

La evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA) corresponde a un campo multidisciplinario de análisis que estudia las implicancias médicas, económicas, sociales, éticas y jurídicas del desarrollo, difusión y utilización de tecnologías en salud. El desarrollo de la ETESA en Chile ha sido paulatino y se ha centrado fundamentalmente en áreas de análisis de evidencia de efectividad y seguridad. Sin embargo, en tiempos recientes se ha reconocido la necesidad de avanzar hacia un proceso capaz de informar sobre todos aquellos aspectos relevantes a las decisiones sobre cobertura de tecnologías en salud, incluyendo aspectos económicos, sociales y éticos. Este capítulo presenta una propuesta de institucionalización del proceso de ETESA en Chile, la cual ha sido elaborada en base a un análisis del marco normativo y legal chileno, así como a la consideración de visiones, percepciones y conocimientos de representantes de futuros beneficiarios de un proceso de este tipo.

Se propone la generación de un instituto de excelencia siguiendo el modelo de agencia independiente del poder ejecutivo, capaz de tomar decisiones sobre cobertura de tecnologías sanitarias en sector público de salud, cuyo financiamiento provenga fundamentalmente del presupuesto nacional. La creación de la nueva institución deberá realizarse por medio de un proyecto de ley que fije sus potestades, estructura y la planta administrativa.

Antecedentes

1. Antecedentes generales

El rápido desarrollo tecnológico de los últimos años ha llegado al sector sanitario desafiando a los sistemas de salud en su capacidad de brindar acceso a cuidados de salud de calidad, a menudo enfrentando mayores costos en un contexto de limitación presupuestaria. Este escenario ha producido el desarrollo de metodologías capaces de informar sobre lo apropiado de incorporar nuevas tecnologías e intervenciones en los sistemas de salud. En este contexto es que se han desarrollado disciplinas tales como la medicina basada en evidencia (MBE), la investigación de efectividad comparativa (IEC) y la evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA), las cuales han sido crecientemente incorporadas en los procesos de decisión de un gran número de países.

La evaluación de tecnologías sanitarias se ha definido como un campo multidisciplinario de análisis que estudia las implicancias médicas, económicas, sociales, éticas y legales del desarrollo, difusión y utilización de tecnologías en salud (INAHTA, 2012). El concepto de tecnología en ETESA es utilizado en su sentido amplio, es decir, incluyendo métodos de diagnóstico y tratamiento, equipos médicos, medicamentos, vacunas, programas de prevención y rehabilitación así como sistemas organizacionales y de soporte utilizados para la entrega de prestaciones y cuidados de salud (Banta, 2009). En este proceso no solo se estiman y exponen las posibles consecuencias de cursos alternativos de decisión, sino que también se contrastan las transacciones de riesgo/beneficio y costos de oportunidad a nivel poblacional de la implementación de las intervenciones en comparación en el largo plazo.

Adicionalmente, se han desarrollado aproximaciones cuantitativas capaces de caracterizar la incertidumbre en torno a la decisión y de informar si el desarrollar mayor investigación representa un buen uso de los recursos del sistema de salud (Espinoza et al., 2014b). Por otro lado, la estimación de esta incertidumbre permite, además, informar oportunidades de generar mecanismos de pago donde tanto compradores como vendedores puedan compartir el riesgo asociado a la incertidumbre de primer orden, es decir, la incertidumbre que explica distintos resultados en salud en distintos pacientes (Espinoza et al., 2014a).

Además de los elementos de valor científico de base empírica, es decir, la evidencia de seguridad, efectividad y la evaluación económica (costo-efectividad, impacto presupuestario), la ETESA incorpora juicios de valor social en el proceso de decisión. Estos elementos incluyen equidad, libre elección, reglas de rescate y consideraciones especiales al final de la vida, entre otros (NICE, 2005). La complejidad que reviste tomar en cuenta estos elementos en el proceso de decisión ha llevado a distintos sistemas de salud a implementar alguna metodología de toma de decisiones propiamente tal, por ejemplo, la deliberación, el análisis multicriterio o los métodos consultivos (Culyer y Lomas, 2006; Goetghebeur et al., 2010). Estos múltiples factores hacen de la definición de un proceso de ETESA un desafío importante que requiere, al menos, una amplia discusión social.

2. Presentación del problema y situación actual

Los sistemas de salud enfrentan el desafío de mejorar la salud de la población en un contexto donde tanto los recursos como la información para tomar decisiones sobre la asignación de ellos son limitados. Adicionalmente, el sistema enfrenta una creciente y continua demanda por nuevas tecnologías cada vez más costosas, al mismo tiempo que debe asegurar la ejecución de otras medidas de conocida efectividad a sectores de la población que enfrentan barreras de acceso. En tercer lugar, el sistema de salud con frecuencia enfrenta diversas visiones –provenientes de distintos actores sociales– respecto de la prioridad que tienen ciertos problemas de salud sobre otros.

Este complejo problema de toma de decisiones no puede ser simplemente adjudicado en un único individuo que representa a la autoridad sanitaria, pues la adecuada atención y análisis de factores de valor empírico, social, ético y jurídico requiere la consideración de distintas visiones y argumentos. Incluso en aquellos casos donde la evidencia disponible sea limitada o las visiones respecto del problema sean opuestas e irreconciliables, una aproximación científica que permita un proceso justo y capaz de rendir cuentas a la sociedad ha sido planteado como la mejor alternativa (Daniels, 2000). Esta es la motivación que origina los procesos de ETESA en el mundo.

En Chile, el Ministerio de Salud (Minsal) ha dado señales de su interés en incorporar la ETESA desde hace más de 15 años; sin embargo, los esfuerzos realizados hasta la fecha no han logrado concretar un proceso tal como lo entendemos en la actualidad. Uno de los hitos más importantes es la puesta en práctica del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) en el contexto de la reforma de salud del año 2005. Esta política pública determinó la sistematización del análisis de evidencia y la inclusión de algunos valores sociales en las decisiones sobre cobertura¹. Más recientemente, el Minsal conformó la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la cual propuso la

1 Ley 19.966 que establece un régimen de garantías en salud del año 2004.

creación de una institución centralizada de carácter nacional, independiente en su quehacer técnico en el largo plazo, que tendría por misión hacerse cargo de la evaluación de la evidencia disponible y de la elaboración de recomendaciones a la autoridad sanitaria (Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2014). Esta propuesta es producto de un trabajo de las distintas instituciones que forman parte de la misma autoridad sanitaria sin involucrar a otros actores sociales como la academia, sociedades científicas, prestadores, pacientes y expertos externos. Si bien la Comisión fue ratificada por la nueva administración, hasta la fecha no existen señales de que la propuesta de una nueva institucionalidad sea considerada en el corto o mediano plazo, limitando el desarrollo de ETESA a un modesto aumento de las capacidades presentes en el Ministerio de Salud en la actualidad.

A pesar de lo anterior, existe un conjunto de factores que apuntan a que la necesidad de un proceso de ETESA será mayor en el futuro cercano. En primer lugar, el gasto en salud seguirá aumentando conforme siga creciendo el país, lo cual impone una necesidad de abordar el problema de la asignación de recursos. Segundo, existe una creciente demanda de la población porque el sistema de salud se haga cargo de enfermedades fuera del esquema de coberturas GES, lo cual ha sido recogido en el proyecto de ley anunciado por la Presidenta Michelle Bachelet destinado a crear un fondo específico de medicamentos de alto costo (Espinoza y Cabieses, 2014) el que requerirá un proceso que permita definir qué fármacos serán incluidos en la lista de cobertura. Tercero, en abril de 2014 se creó la Comisión Asesora Presidencial de Salud con el objeto de revisar y generar propuestas para una nueva Ley del Sistema de Aseguramiento de la Salud en Chile. Esta comisión convocó a un conjunto de expertos externos al gobierno incluyendo académicos salubristas, economistas y representantes de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud (ISAPRES), entre otros.

Las propuestas emanadas de este grupo han sido fruto de un intenso debate que ha mostrado discrepancias importantes entre distintos sectores. Sin embargo, cabe destacar dos elementos que contaron con amplio acuerdo. El primero de ellos es la creación de un “Plan de la Seguridad Social (PSS) en el conjunto del sistema de salud chileno, Fonasa e Isapres (...) el cual será definido por la autoridad sanitaria y contendrá un conjunto de beneficios definido, universal y estandarizado” (Comisión Asesora Presidencial, 2014). El segundo elemento se refiere a que las prestaciones que se vayan incorporando al PSS “deben surgir de una revisión sistemática y técnicamente avalada, cuya responsabilidad corresponderá al Ministerio de Salud. Para este proceso se propone la creación formal de un equipo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) que puede estar instalado ya sea en el Ministerio de Salud, el ISP u otra institucionalidad sanitaria, pero independiente del fondo” (Comisión Asesora Presidencial, 2014).

El mismo informe –en el punto 3.7.9– especifica aun más el eventual papel de la ETESA: “Se propone avanzar en la creación de una institucionalidad para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) en Chile. Se requiere de una agencia o instituto autónomo que establezca la seguridad, costo efectividad e impacto social de las nuevas tecnologías y que sea un referente para la toma de decisiones tanto en el sector público como privado” (Comisión Asesora Presidencial, 2014). El informe agrega: “Se propone que este organismo analice las intervenciones ofrecidas al asegurado, las nuevas prestaciones incorporadas y las existentes, no importando si ellas están o no cubiertas por las Garantías Explícitas o el nuevo Plan de Seguridad Social (PSS). Este organismo sería responsable, entonces, en forma independiente, de todos los complejos y rigurosos procesos técnicos y participativos que permiten generar recomendaciones consensuadas, guías clínicas y los estándares de calidad y métrica asociada” (Comisión Asesora Presidencial, 2014).

Hasta la fecha la única propuesta formal es la realizada por la Comisión Nacional ETESA, la cual es citada por el mencionado informe. Si bien la propuesta está basada en un análisis técnico que da cuenta de su coherencia interna y validez, no incorpora visiones ni opiniones de actores externos a las instituciones que conforman la Comisión; ni tampoco revisa elementos normativos ni jurídicos en profundidad. El esquema actual de desarrollo de políticas en Chile, donde se procura tener amplia participación y discusión para una mejor legitimidad de las propuestas, requiere mayor representatividad y discusión que la reflejada en la propuesta ministerial. Es en este contexto que la propuesta desarrollada en este capítulo intenta aportar al desarrollo de un proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile desde una mirada académica, considerando visiones y percepciones de actores sociales que aún no han participado formalmente en esta discusión.

La propuesta ha sido elaborada a partir del estudio de elementos normativos y descriptivos. Respecto del análisis normativo se condujo una revisión de las normas sanitarias chilenas y de las estructuras institucionales que podrían servir como marco para un proceso de ETESA en Chile. Adicionalmente, se examinó la estructura normativa de tres instituciones de ETESA existentes en Latinoamérica desde la perspectiva del derecho comparado. El análisis descriptivo se realizó en base a una investigación cualitativa de entrevistas semiestructuradas de actores relevantes. En las siguientes dos secciones se presentan los resultados de las investigaciones realizadas para luego dar paso a la propuesta propiamente tal.

Investigación del marco normativo

1. Análisis del marco normativo chileno

La Administración del Estado de Chile está compuesta por una variedad de

personas jurídicas que realizan la función administrativa, que son: (i) Fisco (persona que agrupa a todos los servicios públicos no personificados); (ii) Municipalidades; (iii) Gobiernos Regionales; (iv) Empresas del Estado, e (v) Instituciones. Políticamente, la entidad administrativa que debe hacerse cargo de la evaluación de tecnologías sanitarias debe ser una “institución”, entendiendo por tal al “conjunto de servicios públicos a los cuales la ley los ha dotado de personalidad jurídica, con el fin de darles autonomía de gestión y una mayor independencia del Poder Central” (Soto Kloss, 2012, p. 257). Dicha labor no puede ser realizada por una municipalidad, un gobierno regional, o una empresa del Estado, puesto que la estructura de dichas entidades no está dispuesta para cumplir con el objetivo propuesto.

Dentro de las instituciones, encontramos una especie que se caracteriza por su independencia respecto del poder central. Estas son las agencias o agencias independientes. Esta institución no es privativa de la administración chilena, sino que se encuentra presente en otros ordenamientos jurídicos: *agency* es el nombre que toman en los Estados Unidos; en el Reino Unido se llaman *quangos* o *non-departmental public bodies*; en tanto en España, reciben el nombre de autoridades independientes.

El origen del concepto de agencia surge en el derecho estadounidense (Cosculluela, 2007). El *Administrative Procedure Act* de 1956 define en términos generales a las agencias como “cada autoridad del Gobierno de los Estados Unidos, esté o no dentro de o sujeta al control de otra agencia”; la definición excluye al Congreso, a las Cortes, entre otras entidades estatales. La *agency* es la unidad básica en torno a la cual se estructura la administración de los Estados Unidos. Dentro del género de las *agencias*, existe una especie particular, la *independent agency*, que es la institución que se ha replicado en el Derecho Comparado. Si bien es cierto que no existe consenso respecto a su definición, sí pueden darse ciertos lineamientos respecto a ella: (i) están separadas del poder ejecutivo; (ii) están un tanto separadas de la jerarquía del poder ejecutivo, tomando la forma de un cuerpo de comisionados que solo pueden ser removidos por el Presidente en tanto se verifiquen las causas establecidas para ello; (iii) la *independent agency* busca introducir los criterios de “experiencia” y “profesionalismo” al actuar de la administración pública, como una forma de frenar el poder del partido político ganador (Halberstam, 2010).

Respecto al caso del Reino Unido, los *non-departmental public bodies* son organizaciones que no forman parte de ningún “departamento de gobierno”, pero tienen importantes funciones de ejecución, regulación o consultivas; estos se crean por un *statute*. El gobierno a menudo retiene poderes para nombrar al consejo directivo (Leyland y Gordon, 2013).

En el caso de España, las autoridades administrativas independientes son: (i) entidades de Derecho Público que ejercen la potestad administrativa; (ii)

no están sometidas a la supervisión del ministerio correspondiente, teniendo, incluso, potestades normativas; (iii) se limita el poder de nombramiento del Gobierno, respecto de los miembros que componen dichos organismos; (iv) la Administración Central tiene un poder de dirección y control muy débil sobre estas entidades, pudiendo nombrar a los directivos, impartir instrucciones generales, entre otros (Bilbao, 1999).

El derecho administrativo en Chile ha configurado un tipo de institución que genéricamente ha venido en denominarse “agencia”. Dichas instituciones pueden ser definidas como “ciertos organismos públicos, insertos en la Administración del Estado, que (...) disponen de una considerable autonomía frente al Gobierno y a la potestad presidencial, dado que actúan en ámbitos de trascendencia económica, política o social, en donde resulta indispensable que exista desvinculación del centro administrativo de decisión” (Martínez, 2002, p. 29).

Lo que define la esencia de la agencia es su alto grado de autonomía, la que le permite formar parte de la administración descentralizada del Estado. Sin embargo, los grados de autonomía conferidos a las agencias son superiores a aquellos reconocidos a órganos que tradicionalmente forman parte de la administración descentralizada. Por ejemplo, tratándose de los mecanismos de nombramientos y remoción dentro de las agencias, aquellos tratan de atenuar al máximo la intervención directa del ejecutivo. Por el contrario, tratándose de jerarcas de servicios descentralizados, muchos de ellos son directamente removibles por la autoridad presidencial.

Ahora bien, la autonomía con la que se configura a las agencias se debe, esencialmente, a la función institucional que desempeñan. Así, se dota de amplia autonomía decisoria a órganos tales como el Consejo Nacional de Televisión, el Servicio Electoral, el Consejo para la Transparencia y la Comisión Nacional de Acreditación. Dichas agencias desempeñan una labor de interés público cuya importancia ha querido ser protegida por el legislador a través del beneficio de la autonomía.

Las razones que justifican que el legislador configure un estatuto especial para las agencias, son (Martínez, 2002):

- a. **La necesidad de preservar la neutralidad política en el desempeño de ciertas funciones de interés público.** El estatuto de la autonomía busca preservar un contexto que permita a las agencias desempeñar sus funciones de la forma más imparcial posible. Es por ello que el legislador busca extraer la agencia del estatuto común propio de la administración centralizada e, incluso, descentralizada.
- b. **El alto grado de especialización técnica de las funciones que se van a desempeñar.** Esto busca evitar que se produzca dentro del sistema la “inconsistencia dinámica”; esto es, la confusión de objetivos de corto y largo plazo. El

carácter técnico de las decisiones adoptadas por las agencias requiere que el tomador de decisiones considere objetivos de largo plazo y se abstraiga de las consecuencias políticas inmediatas de la misma.

- c. **Eficacia.** Al ser separadas de órganos políticos, se espera que las decisiones adoptadas por las agencias sean las más adecuadas para resolver las cuestiones de interés público en las que estén envueltas.

2. Regulaciones normativas básicas del sector salud en Chile

En este respecto, las principales normas constitucionales, legales y reglamentarias que rigen hoy el sector salud en Chile son:

- a. La Constitución Política de la República. La Constitución en su artículo 19 n° 9 establece el derecho a la protección de la salud como un derecho social y el derecho a elegir el sistema de salud estatal o privado como garantía exigible judicialmente;
- b. El Decreto Ley N° 2.763 de 1979, que se encuentra hoy contenido en el Libro I del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005. Esta norma legal hoy regula las siguientes instituciones: el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremi) de Salud, los Servicios de Salud, los Establecimientos de Autogestión en Red, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central Nacional de Abastecimientos (Cenabast) y la Superintendencia de Salud;
- c. La Ley 19.378 que contiene el Estatuto de Atención Primaria de la Salud;
- d. El Decreto Supremo N° 136 del Ministerio de Salud de 2004. Este reglamenta cuestiones vinculadas al Ministerio de Salud;
- e. El Decreto Supremo N° 140 del Ministerio de Salud de 2004. Este reglamenta cuestiones relacionadas con los Servicios de Salud;
- f. El Decreto Supremo N° 38 del Ministerio de Salud de 2005. Este reglamenta cuestiones vinculadas a los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red;
- g. La Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Dentro de este esquema normativo complejo, el sistema distingue las instituciones con potestades en materia de rectoría, regulación y fiscalización en salud de aquellas cuyo objetivo es realizar prestaciones de salud. Dichos organismos están regulados en el referido Decreto con Fuerza de Ley N° 1 del Ministerio de Salud del año 2005. En ese sentido, la ley busca establecer de forma clara las instituciones que ejercen funciones de rectoría de políticas públicas en materia de salud (el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales), aquellas que realizan labores de ejecución de las políticas definidas por los órganos rectores (Cenabast, Fonasa, Isapres) y las que efectúan funciones de fiscalización (ISP, Superintendencia de Salud, Seremis).

3. Análisis de las instituciones de ETESA en Latinoamérica: una visión desde el derecho comparado

La institucionalización de ETESA en la región de Latinoamérica ha sido más lenta que en países de ingresos altos, y se ha desarrollado como entidad específica para este fin solo en tres países: Colombia, México y Brasil. Dado el reciente desarrollo de estos cuerpos normativos y la falta de análisis comparado entre ellos, se llevó a cabo un análisis del marco jurídico de estas instituciones desde la perspectiva del derecho comparado, el cual es presentado en esta sección.

En Colombia, la evaluación de tecnologías sanitarias le corresponde al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), creado en virtud del art. 92 de la Ley 1.438 de 2011. De acuerdo con dicha normativa, la naturaleza jurídica del IETS es una corporación sin ánimo de lucro, otorgándole facultades al Ministerio de Salud y de Protección Social para su creación. El objetivo general de la institución consiste en la realización de la evaluación de las tecnologías sanitarias, basada en la evidencia científica; además, la producción de evidencia científica y protocolos sobre medicamentos, de acuerdo con el art. 5 de los estatutos del IETS. Cabe destacar que todo el resultado de la investigación hecha por el IETS solo tiene carácter de recomendación para los actores del sector salud.

En cuanto a su organización, el IETS se compone de: (i) órganos de administración y dirección; e (ii) instancias de asesorías y apoyo. Los órganos de administración y dirección se subdividen en: a. Asamblea General de asociados; b. Consejo Directivo; c. Dirección Ejecutiva. Las instancias de asesorías y apoyo se clasifican en: a. Comités Técnicos de Deliberación y b. el Comité Extraordinario de Revisión.

La Asamblea² es la máxima autoridad del órgano, cuya función principal consiste en señalar las políticas generales que debe seguir el IETS para el cumplimiento de su objeto y para el desarrollo de sus propósitos (art. 23 n. 1 Estatutos). Por su parte, el Consejo Directivo³ tiene como principal función asesorar, planear, dirigir, coordinar, controlar y evaluar la ejecución de los programas y actividades del IETS (art. 28 n. 1 Estatutos). El Director Ejecutivo es aquel órgano encargado de dirigir el IETS de acuerdo con las decisiones de la Asamblea General, del Consejo Directivo y de conformidad con sus Estatutos (art. 30 n. 2 Estatutos). Los Comités Técnicos de Deliberación –compuestos por diferentes actores relevantes del sector salud– están encargados de deliberar de manera participativa respecto al contenido y calidad de la mejor evidencia

2 La Asamblea General se compone por los miembros. Por miembro debe entenderse todas aquellas personas que se comprometan con el objeto del IETS, sus propósitos y que suscriban –en el caso de los fundadores– o se adhieran a la suscripción –si se trata de los vinculados– del Acta de Constitución del IETS.

3 Este se compone de representantes de la administración pública, y otras pertenecientes al sector privado.

disponible en cuanto a su efectividad clínica, costo-efectividad y posible impacto presupuestal de las diferentes tecnologías evaluadas (art. 34 n. 1 Estatutos). Por último, el Comité Extraordinario de Revisión –conformado también por actores relevantes del sector salud– es un órgano del IETS cuya labor consiste en recibir, analizar y tramitar las solicitudes de revisión interpuestas por las partes interesadas a lo largo del proceso de evaluación y de acuerdo con el objeto del IETS (art. 35 Estatutos).

En México, es el Consejo de Salubridad General (CSG) el órgano encargado de la evaluación de tecnología sanitaria, creado por el art. 15 de la Ley General de Salud. Esta institución no forma parte de la administración central, y depende directamente del Presidente de la República, en conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Las potestades que la Ley General de Salud y el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General le otorgan al CSG, son amplísimas. Entre ellas podemos destacar las siguientes: la elaboración de un cuadro básico de insumos para el sector salud (art. 9 n. 3 Reglamento); la elaboración del catálogo de medicamentos genéricos (art. 9 n. 4 Reg.); determinar las acciones e instrumentos que sean necesarios para la evaluación y la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica (art. 9 n. 9 Reg.); y, en general, concentrar, analizar y emitir opinión sobre las diferentes evaluaciones que se realicen al sector salud (art. 9 n. 14 Reg.). En conformidad con el art. 1 del Reglamento, las disposiciones que emita, en relación a las materias que están dentro de su competencia, serán de carácter general y obligatorias en el país.

El CSG se compone de: (i) el Consejo con sus respectivos Vocales; (ii) Presidente, y (iii) Secretario. Los Vocales que forman el Consejo son los Secretarios de las distintas Secretarías del Estado mexicano⁴, más autoridades sanitarias y personas del mundo académico. Las responsabilidades de los Vocales, principalmente, son: asistir a las sesiones (art. 12 I) y proponer los asuntos que deban formar parte del orden del día (art. 12 II). En cuanto a la Presidencia del Consejo, le pertenece al Secretario de Salud y su principal responsabilidad es la representación del Consejo (art. 10 I), además de presidir las sesiones y dirigir el debate (art. 10 IV). Finalmente, al Secretario le corresponde la administración de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desempeño de las funciones del Consejo (art. 11 I).

Junto a la estructura anterior, el Consejo cuenta con Comisiones y Comités, de carácter transitorio o permanente, que se encargan de asuntos específicos (art. 14 Reglamento).

Respecto al caso brasileño, la evaluación de tecnologías sanitarias queda a cargo de la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnología en el Sistema

4 La Secretaría es el equivalente al Ministerio.

Único de Salud (Conitec). Esta se crea en virtud del art. 19-Q de la Ley 8.080 del 19 de septiembre de 1990, modificada por la Ley 12.401 del 28 de abril de 2011. La Comisión forma parte del Ministerio de Salud, siendo una institución que forma parte de la administración central. Su objetivo es asesorar al Ministerio de Salud en las atribuciones relativas a la incorporación, exclusión o cambio de las tecnologías en salud respecto del Sistema Único de Salud, en la creación o en el cambio de los Protocolos Clínicos y las Pautas Terapéuticas, y en la actualización de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (art. 2 Reglamento Conitec).

En lo concerniente a su estructura, la Comisión cuenta con: (i) un Plenario y (ii) una Secretaría Ejecutiva. El Plenario es un foro responsable de la discusión y deliberación de las materias presentadas a la Conitec (art. 7 Reglamento), el que está integrado por diversas autoridades sanitarias. Sus competencias comprenden analizar las materias que le fueren distribuidas (art. 10 II Reg.), la elaboración de un informe y voto fundamentado sobre dichas materias (art. 10 III Reg.) y la elección de las mismas por votación (art. 10 IV Reg.). Por su parte, la Secretaría Ejecutiva es la responsable de la gestión y el apoyo administrativo a la Comisión (art. 11 Reg.), teniendo como competencia –entre otras– realizar todos los actos administrativos necesarios para el desarrollo de sus actividades (art. 12 III Reg.).

La Comisión también cuenta con Subcomisiones Técnicas, las que tienen por función proveer de apoyo técnico a las reuniones del Plenario (art. 13 Reg.).

Análisis de visiones y percepciones de actores relevantes

Se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas a un conjunto de 19 actores potenciales beneficiarios de un proceso de ETESA⁵. Estos incluyeron representantes del mundo académico y sociedades científicas, del sector público y privado con capacidad de decisión sobre la adquisición e implementación de tecnologías sanitarias (prestadores y aseguradores públicos y privados), políticos (parlamentarios) y representantes de la sociedad civil (asociaciones de pacientes, asociaciones de consumidores y fundaciones). Cada entrevista fue realizada por una psicóloga, con la contraparte técnica de uno de los especialistas en salud pública que forman parte del equipo investigador. La transcripción de las mismas fue realizada por un equipo externo de profesionales para controlar sesgos (triangulación). El análisis de la información recopilada se realizó a partir del método de Codificación Abierta. El sistema de códigos utilizado en este estudio se presenta en el Anexo. Los resultados del análisis se presentan a continuación separados en tres áreas temáticas: (i) los principios que debiesen guiar el proceso de ETESA; (ii) la institucionalidad para Chile; y (iii) los elementos asociados a su implementación.

5 Una entrevista contó con 2 entrevistados simultáneos.

1. Sobre los principios para ETESA en Chile

En lo relativo a los principios, entendidos como los criterios en base a los cuales debiese regirse y concretarse cualquier proceso de ETESA, la gran mayoría de los entrevistados señalan que la participación y transparencia son ejes fundamentales. En lo que respecta a la **participación**, el 94% menciona la importancia de que se consideren e incluyan durante el proceso todas las visiones de aquellos grupos de la sociedad que se vean influenciados por el financiamiento de una cierta tecnología sanitaria. Sin embargo, las visiones respecto al grado de participación que deben tener los distintos actores participantes varían.

En lo relativo a los grupos que deben ser considerados, un 83% de los entrevistados recalca la necesidad de que participen personas del mundo de la academia, provenientes de universidades o centros de estudio, mientras un 67% señala que además deben ser partícipes tanto los desarrolladores de tecnologías como los pacientes. Un 50% incorpora también a la sociedad civil en su conjunto (fundaciones, corporaciones y sociedades de consumidores) y a los profesionales/técnicos de diversas disciplinas que sean expertos en las materias abordadas (médicos, economistas, bioeticistas, epidemiólogos y profesionales del área de las ciencias sociales).

En relación a la ciudadanía, los pacientes y desarrolladores de tecnologías señalan que es fundamental recoger sus opiniones, aunque en el caso de los dos últimos, dos tercios de los entrevistados consideran que estos grupos son generadores de información sesgada y que presentan grandes conflictos de interés, de manera que deben ser considerados a modo de insumo. Para la incorporación de estos proponen la utilización de métodos cualitativos de recolección de datos, tales como la formulación de grupos focales o estudios de opinión, así como el desarrollo de foros, audiencias y generación de Consejos Consultivos. Algunos participantes consideran la inclusión de otros actores provenientes del Estado, tales como el Ministerio de Salud, el Instituto de Salud Pública, el Ministerio de Hacienda, Fonasa, personas del mundo político (parlamentarios) y otros provenientes del mundo privado, tales como prestadores y aseguradoras.

En relación a la **transparencia**, el 94% de los participantes plantea que el proceso debe estar regido por un conjunto de reglas y criterios claros, disponibles para toda la ciudadanía, recalcando la necesidad de que estas se encuentren documentadas y se adecúen a los diversos interlocutores, para que puedan ser comprendidas por todos los interesados. Asimismo, señalan que toda la información relacionada al proceso y los resultados de la ETESA debe estar disponible para la opinión pública, particularmente lo relacionado tanto a las etapas del proceso, como a los criterios, protocolos y periodos asociados a la formulación de los estudios y/o del ingreso de nuevas tecnologías al país. De igual modo, consideran relevante que estén disponibles

las metodologías utilizadas como parte del proceso, así como las fuentes de información y evidencia disponible en cada caso. Algunos participantes recalcan la importancia de que se transparente el manejo de los fondos y los actores involucrados en las diversas etapas, contemplando la declaración de sus conflictos de interés. Según indican, todo esto permitiría otorgarle mayor credibilidad y legitimidad al proceso. Cabe considerar que algunos participantes mencionan que la difusión de estos contenidos debe estar amparada en una normativa que regule el proceso global de ETESA, la creación de una plataforma web y la utilización de los recursos tecnológicos existentes en la actualidad, incluyendo las redes sociales.

En cuanto a los principios, también se buscó indagar acerca de la pertinencia de incorporar la **equidad**⁶ como un eje central de los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias, principalmente debido a que en los últimos años las reformas chilenas en salud lo han considerado dentro de sus programas e intervenciones. Al respecto, entre los participantes existen opiniones diversas: por un lado, el 61% de estos considera necesario incluir este principio como un mecanismo que incorpore una base de no discriminación arbitraria en todos los procesos de ETESA, contemplando indicadores acerca de acceso, cobertura financiera, sobrevida, disminución de carga-enfermedad, y otras consideraciones. Por su parte, el 39% restante de los entrevistados considera que la equidad no debe ser incorporada como un principio de la ETESA, principalmente porque esta dimensión tiene un componente más político que técnico. Desde esta perspectiva, señalan que la equidad es un insumo que debe ser considerado en instancias posteriores a la toma de decisión, debiendo ser considerada junto a otras variables. Sin embargo, independientemente de la postura de los participantes respecto a la manera de incorporar la equidad en la ETESA, algunos rescatan el hecho de que instalar un proceso de estas características contribuye a que el sistema de salud sea más equitativo.

Finalmente, además de los principios antes mencionados, algunos participantes consideran la incorporación de otros principios que deben estar en la base de una ETESA. Un 39% de los entrevistados señala que el proceso de ETESA debe estar **basado en evidencia**, debiendo incorporar distintos tipos de esta. Por otra parte, un pequeño grupo de entrevistados otorga relevancia a la incorporación de principios como la **rigurosidad técnica**, que conlleva la mejora continua de los procesos; la **independencia** respecto al funcionamiento del libre examen de los problemas potenciales de evaluación, y del análisis y estudios formulados por esta instancia; así como el perseguir la **eficiencia** en el uso de los recursos.

6 La equidad ha sido referida en las entrevistas como la ausencia de desigualdades que son consideradas injustas y evitables. Esta definición de equidad es coherente con el uso del término en el ámbito de la salud pública (Irwin et al., 2006).

2. Sobre la institucionalidad para la ETESA en Chile

Mientras un 78% de los participantes tiene conocimiento sobre la experiencia de agencias u organismos internacionales que abordan materias vinculadas a la ETESA, en otros países solo un 61% tiene conocimiento de la manera en que estas se desarrollan. En el ámbito de la institucionalidad chilena, un 83% de los entrevistados explicita la importancia de que se genere un **organismo autónomo de carácter público** para la evaluación de tecnologías sanitarias, en tanto se vincule con las entidades del estado, el mundo privado y el tercer sector. Al respecto, se recalca la necesidad de mantener la independencia en su gestión y funcionamiento, para lo cual algunos actores proponen la conformación de un **consejo directivo**, encargado de velar por el cumplimiento de su autonomía. Asimismo, algunos entrevistados proponen la incorporación de un **consejo de expertos** que reúna a actores provenientes del ámbito público y privado, que sean de diversas disciplinas. Al respecto, los participantes consideran positiva la presencia de interdisciplinariedad, ya sea en la conformación de este consejo o en los equipos de trabajo que se formen, independientemente de si los estudios son realizados por el propio organismo o son externalizados. Un 17% restante propone un modelo de institucionalidad que esté más imbricado en los procesos que existen actualmente, considerando la ETESA como parte del quehacer institucional de los organismos ya existentes, posicionando al Ministerio de Salud como coordinador de estos procesos como parte de su función rectora. En esta línea, uno de los participantes señala la necesidad de incorporar una red de deliberación comunal que permita el análisis de temáticas y levantamiento de necesidades.

En relación a las funciones de un organismo de esta naturaleza, solo un tercio de los participantes señala cuáles debiesen ser estas. Principalmente, los entrevistados centran el ámbito de acción de este organismo en la formulación de evaluaciones y estudios de tecnologías sanitarias, la generación de indicaciones de uso y configurarse como un centro de documentación y recopilación de evidencia. Por su parte, respecto a las materias y/o ámbitos a ser evaluados por este organismo, los participantes señalan que se deben incorporar todas las tecnologías sanitarias; sin embargo, algunos señalan la importancia de que exista priorización de las temáticas, considerando los acuerdos con la autoridad sanitaria, coyunturas acerca de problemáticas de salud, presencia de inequidades en salud, gasto de bolsillo e inversión pública, y prioridades definidas en el ámbito académico.

Con respecto a los productos e indicaciones generados por esta instancia, el 56% de los participantes considera que el tipo de mandato debiese ser una recomendación para los sectores público y privado, posicionando el proceso de ETESA como un insumo más a considerar por quienes toman las decisiones, ya sean actores políticos, gestores u otros. Por el contrario, un 39% de los participantes considera que el tipo de mandato emanado por una institución

como esta debe ser obligatorio para el sector público, con el fin de resguardar que las decisiones sean tomadas en base a evidencia y rigurosidad científica. Sin embargo, en el caso de este grupo de participantes no existe un acuerdo claro respecto al tipo de mandato emanado hacia el sector privado. Algunos consideran que debiese ser una recomendación y otros, vinculante.

En lo que concierne a la incorporación de mecanismos de control que permitan la revisión de las recomendaciones realizadas por este organismo y/o a la inclusión de nuevas evidencias en los procesos de evaluación, el 72% de los participantes considera positivo que exista la posibilidad de revisar las recomendaciones, aunque la mayor parte de estos considera que las revisiones deben centrarse en aspectos técnicos. La formalización de estos mecanismos de apelación debería estar dirigidas a quienes toman las decisiones y/o al ámbito jurídico, de manera que el proceso de ETESA no sea “contaminado” por aspectos que se encuentren fuera de su alcance. Ahora bien, se presume que al ser una recomendación y al incorporar mecanismos de participación y trazabilidad del proceso decisional, los involucrados se sentirían partícipes de la toma de decisiones, por lo que se evitaría la judicialización de los casos. De igual manera algunos participantes señalan la necesidad de que el organismo cuente con asistencia jurídica.

En lo relativo al financiamiento de este organismo, todos los participantes consideran que debe contar con fondos fiscales como línea base, de modo que se asegure la ejecución y desarrollo de las distintas actividades y el funcionamiento general del mismo. Ahora bien, el 39% de los participantes considera la posibilidad de incorporar fondos provenientes de privados, siempre que estos no tengan un conflicto de interés y se constituya como una vía de ingresos regulada, para que no exista ningún tipo de captura por parte de alguna institución y el organismo conserve su independencia. En efecto, dos participantes proponen la exploración de nuevos fondos de financiamiento privado provenientes de la industria del juego (juegos de azar).

Finalmente, respecto de los aspectos normativos, un 33% de los participantes señala como fundamental que la creación de un órgano de estas características deba ser materia de ley, de manera que sus procesos sean transparentes, estén asociados a reglamentos y normas de procedimientos, se aseguren los fondos para su operatividad y se le otorgue continuidad a los procesos llevados a cabo por esta instancia, independiente de las coyunturas a nivel político.

3. Sobre los elementos asociados a la puesta en marcha de ETESA en Chile

En relación a los potenciales impactos asociados a la creación e implementación en Chile de un organismo, con las características y principios que han sido descritos con anterioridad, los participantes reconocen la existencia de diversos desafíos y beneficios. En lo que respecta a los desafíos que habría que enfrentar, el 39% de los participantes señala que actualmente en el país no se

posee la formación y desarrollo de competencias necesarias en torno a estas temáticas, siendo la ETESA un tópico desconocido en muchos sectores. En este contexto, se considera relevante su incorporación como parte de la formación de los profesionales relacionados al área de la salud.

Otro de los grandes desafíos que señala el 33% de los participantes, es que se debe lograr la participación activa y acuerdo de los distintos actores, de manera que el proceso sea comprendido –desde todos los sectores– como una necesidad para el país, exista la voluntad política para que se le de prioridad y se otorguen los recursos necesarios para su implementación. En este contexto, algunos participantes indican que la incorporación de la ETESA implicaría una pérdida de poder en muchas áreas en las que hasta ahora existe gran flexibilidad y autonomía para quienes toman las decisiones respecto a la incorporación de nuevas tecnologías. Esto podría generar resistencias desde distintos sectores, incluyendo a los equipos técnicos, el gremio médico y el mundo político. Finalmente, algunos participantes recalcan la importancia que tiene la implementación de la ETESA, en tanto constituye un cambio cultural, puesto que modifica la manera en que se toman las decisiones en la actualidad, conduciéndolas desde el ámbito puramente político hacia la consideración de aspectos más bien técnicos.

En lo relativo a los beneficios de la formalización de un proceso de ETESA con las características antes descritas, el 61% de los participantes señala que su incorporación permitiría un uso eficiente de los recursos, liberando parte de estos para que sean utilizados en otras intervenciones. En segundo lugar, el 50% de los participantes señala que la incorporación de la ETESA permitiría la sistematización de los procesos de toma de decisión, incorporando el uso de evidencia científica como un requerimiento. El 39% de los participantes señala que con la implementación de un proceso como este se logrará evitar la entrada e instalación de tecnologías sin evidencia científica, en tanto el proceso funcionará como un filtro en el que consideren alcances, costos e impactos. Además, se destaca que un proceso como el explicado, que considere la percepción de los distintos actores involucrados, ayuda a la legitimidad de los procesos de toma de decisiones, conformándose como una instancia de enriquecimiento de la democracia. Finalmente, cabe considerar que solo un 28% de los entrevistados considera que la formalización y creación de un organismo dedicado a guiar la evaluación de tecnologías sanitarias en Chile debiese ser prioridad, mientras un 22% piensa que si bien es importante, no existen las condiciones en la actualidad para la creación de un organismo como este. El resto de los participantes no mencionó su postura al respecto.

Propuesta

1. Consideraciones ético-políticas previas

La decisión de crear o no un órgano que tenga por objeto evaluar las tecnologías sanitarias en Chile, así como la de determinar si se trata de una institución centralizada o no, es, en definitiva, una opción de políticas públicas. Como todos los actos humanos, las decisiones de políticas públicas son actos morales. Los actos de gobierno o de administración de la sociedad civil se dicen buenos cuando llevan de manera real al bien común, y malos cuando no lo hacen. La noción de bien común no es una noción abstracta; esto quiere decir que, desde el punto de vista sanitario, las decisiones correctas deben ser determinadas mediante un ejercicio directo de la razón práctica, que tome en cuenta las circunstancias concretas del estado de la salud y las necesidades susceptibles de ser subsanadas aquí y ahora.

La decisión sobre el significado, objetivo, valor y condiciones de la evaluación de tecnologías sanitarias no puede ser simplemente económica o numérica, en base a lo que cuesta en términos monetarios, y a los beneficios materiales que produce. La institución cuya creación favorecemos tendrá que medir, por ejemplo, asuntos como el siguiente: adquirir una tecnología que trate la enfermedad de un número alto de personas, o bien adquirir otra cuyo universo de pacientes sea más limitado, pero afecte una enfermedad más dañosa o más dolorosa. Desde el punto de vista puramente cuantitativo, la respuesta es evidente: deberá adquirirse la que sane a un mayor número de personas. Sin embargo, al hacer participar otros criterios, el asunto se hace más complejo. ¿Cómo se contribuye mejor al bien común, sanando a más simplemente, o sanando a pocos cuya enfermedad importa un grave trauma moral para ellos y su entorno? Este tipo de dilemas deberían formularse al interior de la nueva entidad y, por lo tanto, una sana sugerencia es que, dentro de los directivos o de los consejos consultivos se incorporen personas que tengan conocimientos de ética en general, o de bioética.

Es preciso tener en cuenta que la salud pública es parte del bien común, y que hay aspectos de ella que deben ser resueltos fuera del ámbito privado, que es el primer llamado a atender el cuidado de este bien humano, antes de la intervención estatal. La razón de esta participación supletoria o subsidiaria del Estado es, en su aspecto intrínseco, que existen ciertas directrices generales para la consecución de un cierto bien que los particulares no pueden advertir en toda su dimensión, por cuanto estos buscan exclusivamente su bien particular, y por lo tanto deben ser resueltas con autoridad y para todos los ciudadanos.

En este sentido, puede decirse que hay, por parte del Estado, obligaciones negativas y positivas (Gregg, 2011). Las primeras consisten en no hacer, y son mucho más sencillas de determinar, por cuanto se refieren a conductas específicas, determinadas o determinables. Las obligaciones positivas, sin embargo,

son obligaciones de hacer. Esto conlleva una serie de problemas, tanto teóricos como prácticos, y se plantean fundamentalmente en torno a los derechos llamados de “segunda generación”⁷. Estos derechos son aquellos cuya naturaleza es fundamentalmente económica y social, e inciden sobre la expresión de igualdad de los individuos. Si los derechos de primera generación defendían a los ciudadanos frente al poder del Estado, los de segunda generación se exigen para compensar las desigualdades naturales creadas por las ventajas y desventajas de clases, raza y religión que caracterizan las diferencias sociales de los individuos desde su propio nacimiento (Suay, 1985). Se exige de ese modo al Estado garantizar el acceso a la educación, al trabajo, a la salud, a la protección social, entre otros, creando las condiciones jurídicas que hagan posible un ejercicio real de las libertades en una sociedad donde no todos los hombres nacen iguales (Bidart Campos, 1993). Su origen histórico reside en el fracaso del proyecto moderno para mejorar las condiciones reales de vida de los hombres y la cuestión social en general. Se puede decir que estos derechos de segunda generación constituyen una reacción también contra la inutilidad de los anteriores: se trata, en cierta medida, de derechos reactivos y suponen una actitud positiva del Estado, a diferencia de los primeros, en los que se reclama más bien su omisión.

El problema de estos derechos es que los mismos representan más bien declaraciones cuyo contenido jurídico es difícilmente discernible. Ello en la medida en que resulta altamente complejo determinar a priori quiénes son sus actores (beneficiario y obligado) y cuál es el contenido esencial de la misma prestación. En este sentido, la determinación del contenido de este tipo de derechos es materia de políticas públicas y su definición corresponde al legislador. Es esa ambigüedad propia de los derechos sociales la que exige que sea la ley la que configure el alcance y contenido del derecho a la salud en cuanto obligación positiva del Estado (Gregg, 2011).

Por último, es necesario también tener en cuenta que el acceso a los bienes como la salud, que constituyen estos derechos sociales y culturales, debe tener presente el principio de igualdad, lo que apoya la idea del desarrollo de ETESA. Las patologías incluidas dentro del Programa AUGE permiten que, si una persona padece una de ellas, disponga de acceso a un conjunto de garantías comparativamente de un modo mucho más efectivo y sumario que en las enfermedades no incluidas en dicho programa. Así también, cuando surgen nuevos tratamientos, las enfermedades AUGE disponen de una evaluación mucho más veloz,

7 El Derecho Constitucional e Internacional han tendido en los últimos años al establecimiento de categorías o clasificaciones entre los derechos que no siempre son compartidas por todos los autores y que han dado lugar a sucesivos debates doctrinales. Sin embargo, la más extendida, la *koiné glossa*, para usar la expresión que Vattimo aplica a la hermenéutica, es la que distingue entre derechos de primera, de segunda y de tercera generación. Esta clasificación no se genera desde lo más fundamental a lo más periférico en el orden sistemático, como podría pensarse en un principio, sino que se refiere al aspecto temporalmente sucesivo en el surgimiento de los tres modelos de derechos.

lo que ofrece la posibilidad de tener acceso a estas nuevas tecnologías en un periodo más corto de tiempo. La existencia de ETESA tendría el valor ético-político de ofrecer a las enfermedades no AUGE un procedimiento de eficiencia que permitiera solventar esta desigualdad mencionada, obrando de este modo a favor de las alternativas que se brindan a los ciudadanos en pos del bien común.

2. Estructura y características del órgano

Por las razones antes descritas se propone que la naturaleza propia de las agencias es la que más se adapta a las exigencias propias de un proceso de ETESA. En efecto, la ETESA requiere de la adopción de decisiones cuya imparcialidad es requerida por estándares mínimos de buen gobierno, lo cual sitúa al modelo de agencia como el mejor contexto institucional para que dichas decisiones sean adoptadas. En efecto, la existencia de una agencia independiente permite garantizar los principios de (a) neutralidad política, (b) especialización técnica y (c) eficacia, todos ellos clave para la adopción de decisiones de política pública independientes y adecuadas. En otros términos, la adopción del modelo de agencia independiente en el caso de la ETESA evita la politización de la toma de decisiones en cuestión. Esta propuesta es coherente con las percepciones obtenidas de la amplia mayoría de los actores entrevistados. En este marco, la ETESA puede desarrollarse anclada en los principios de independencia, autonomía y transparencia que estuvieron fuertemente presentes en las visiones de actores sociales.

Se propone que la nueva agencia tome el nombre de Instituto de Excelencia para relevar su condición de institución de referencia nacional en lo técnico y científico. La estructura interna propuesta del instituto destinado a la realización de los procesos de ETESA es la siguiente: (a) un Consejo Directivo, (b) un Comité Consultivo, (c) un Director Ejecutivo y (d) otros departamentos. Dicha estructura replica el modelo existente en los órganos de la administración que responden técnicamente a la naturaleza que le es propia a las agencias, tales como la Agencia Nacional de Acreditación.

El Consejo Directivo será el órgano de dirección de la agencia. Estará presidido por una autoridad designada por el Presidente de la República, el que podría ser el mismo Ministro de Salud o un delegado de este. Adicionalmente, este Consejo estará integrado por otros miembros representantes de organismos públicos y privados. Se propone que dentro de los miembros esté el director de Fonasa, un representante del Ministerio de Hacienda y representantes de las academias de medicina, de ciencias de la salud y economía. Además, la conformación del consejo deberá dar cuenta de un equilibrio entre los participantes evitando la sobrerrepresentación del poder ejecutivo. En ese sentido, el modelo de integración también deberá seguir los parámetros del Consejo Consultivo del AUGE, integrado por nueve miembros, de los cuales solo tres son designados directamente por el Presidente de la República. Es esperable que dentro de los miembros se

designen individuos que gocen de un alto respeto social reconocido sobre la base de su testimonio de vida ligado a la academia y el quehacer sanitario.

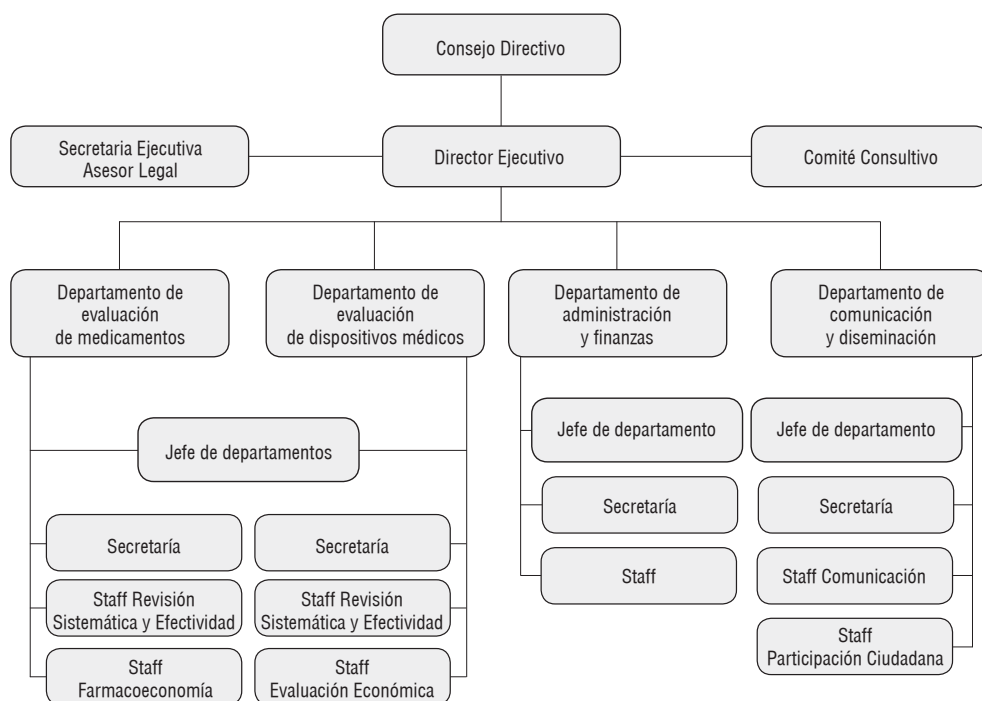
Dentro de sus funciones el Consejo deberá planificar y definir las actividades de la agencia, lo cual puede ser hecho a propuesta del director ejecutivo. Además, podrá nombrar a algunos miembros del Comité Consultivo y controlar la gestión del director ejecutivo. La función más importante de este Consejo es la toma de decisiones, las cuales tendrán carácter obligatorio para el sector público de la salud. Respecto del alcance de estas decisiones, parece razonable que no puedan ser impuestas directamente a los actores privados del sistema en la medida en que no exista un mecanismo de financiamiento asociado. Estas decisiones, a su vez, no serán susceptibles de apelación administrativa y solo podrá proceder respecto de las mismas el recurso de reposición formulado ante el propio Consejo. Respecto de la judicialización de las decisiones, los jueces ordinarios deberían aplicar a los casos un estándar de revisión centrado en el análisis del cumplimiento de los mecanismos formales que definirían los procesos de ETESA y no en el contenido sustantivo de la medida.

También existirá un Comité Consultivo cuyo principal objeto sería asesorar al Consejo Directivo en todas aquellas materias que requieran de una recomendación para la toma de decisiones. Dicho Comité estaría conformado por un grupo de miembros permanentes provenientes de disciplinas transversales a los distintos problemas de salud (bioeticistas, epidemiólogos, economistas, salubristas) y miembros no permanentes, cuya inclusión dentro de los procesos del Comité dependerá de la materia específica a tratar (expertos clínicos). Es dentro de este Comité que se harán presentes los intereses de grupos interesados, tales como asociaciones de consumidores, pacientes, operadores privados de salud y la propia industria productora de tecnologías. De esta forma se previene la captura del Consejo Directivo por grupos de interés. Este modelo es coherente con las percepciones de la mayoría de los entrevistados, quienes valoran el modelo consultivo existente en el país (AUGE) y consideran que la participación de los grupos de interés debe estar limitada a recoger sus visiones y argumentos, pero no a participar de la deliberación interna del Comité.

La gestión de la agencia estaría a cargo de un Director Ejecutivo, el cual será designado por el Consejo Directivo y servirá como ministro de fe de las decisiones adoptadas por el Consejo y, además, se encargará de: (a) administrar el personal de la Secretaría Ejecutiva y (b) coordinar el trabajo de los comités consultivos. A su vez, este director será apoyado por una secretaria ejecutiva – que prestará además servicios como secretaria del Comité Consultivo y Consejo Directivo– y por un asesor legal. Además, la agencia contará con cuatro departamentos, cada uno dependerá de una jefatura responsable de ejecutar las acciones encomendadas por el Director Ejecutivo. Estos son: el departamento de medicamentos, de dispositivos médicos, de administración y finanzas, y de comunicación y diseminación. Los dos primeros tendrán una jefatura común,

sin embargo, el personal será especializado para atender las evaluaciones de medicamentos y dispositivos según corresponda. Además, el personal podrá ejecutar un programa de acreditación de instituciones externas que podrán desarrollar estudios, los que serán posteriormente evaluados por estos mismos departamentos. El departamento de administración y finanzas tendrá a cargo el manejo presupuestario de la agencia así como la administración del capital físico y humano. Finalmente, el de comunicación y diseminación, será el responsable de mantener los sistemas de información pública general de la agencia, así como aquellas específicas con sus usuarios directos. En este contexto, este departamento trabajará el aseguramiento de la participación ciudadana en los procesos de ETESA. Esta estructura se ilustra en la Figura 1.

FIGURA 1. **Organigrama propuesto de la agencia de ETESA en Chile**



Fuente: elaboración propia.

3. Consideraciones para la puesta en marcha del instituto

El inicio de las operaciones de la agencia de ETESA en Chile depende de tres elementos fundamentales: (i) el marco normativo legal; (ii) la generación de una planificación estratégica y definición de procesos y (iii) la definición del financiamiento anual.

El marco normativo de la ETESA debe ser establecido por medio de una ley. Ello de acuerdo a lo señalado en el artículo 63 N° 4 de la Constitución, el que indica que son materias de ley aquellas “relativas al régimen jurídico (...) previsional y de seguridad social”. Dicha ley deberá establecer las potestades, la estructura y la planta administrativa de ETESA. Ahora bien, de acuerdo al artículo 65 N° 2 de la Constitución, el proyecto de ley que establezca ETESA sería materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República. De lo anterior se deduce que el impulso creador de ETESA radica exclusivamente en la máxima autoridad ejecutiva.

La implementación se deberá iniciar conforme al plazo que establezca dicha ley a través de la conformación de su Consejo Directivo y la designación de su Director Ejecutivo. Además, la ley deberá contemplar la asignación presupuestaria que garantice el quehacer de la nueva institución, incluyendo su capital físico y dotación de profesionales. Es esperable que la ley contemple que la puesta en marcha de esta nueva institución deba considerar un periodo de conformación que incluye el establecimiento de la planta física y humana, el fortalecimiento de las capacidades técnicas y el ajuste organizacional a los requerimientos de la autoridad sanitaria a través del Consejo Directivo.

El Consejo Directivo será llamado a conducir la primera planificación estratégica de la nueva institución a partir de la cual se definirán misión, visión y objetivos estratégicos. Adicionalmente, deberá elaborar un plan de desarrollo de las capacidades de la agencia tales como: (i) el entrenamiento de capital humano; el (ii) el ajuste de los procesos internos y de la organización; y (iii) el ajuste de los procesos de interacción con los actores externos a la institución. Este plan debiese ser implementado en un plazo no superior a 5 años.

Se espera que el Instituto de Excelencia colabore con el Ministerio de Salud en varios ámbitos de su quehacer. En sus inicios se espera que la definición de procesos que guiará las operaciones del instituto sea realizadas por el Minsal, en base a lo ya avanzado por la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Además, se espera que esta cartera sea quien defina los temas prioritarios de evaluación. Esto, sin perjuicio de que el instituto pueda realizar un número mayor de evaluaciones que las requeridas por el ministerio. Para esto, deberá generar mecanismos que aseguren su viabilidad financiera, por ejemplo, a través del cobro de aranceles por evaluación de un *dossier* de evidencia presentado voluntariamente.

Se espera también que sea el Ministerio de Salud el que desarrolle la implementación y monitorización de las decisiones de cobertura que emanen del instituto, sin perjuicio que este pueda participar de una reevaluación futura. En términos de la generación de guías clínicas, el instituto deberá colaborar con el Ministerio en su generación en su primera etapa. Sin embargo, sería recomendable que en el largo plazo esta función sea traspasada al instituto. Por otro lado,

este debiera apoyar al Minsal en un futuro proceso de tarificación, en especial, para tecnologías ofertadas por mono u oligo proveedores.

Se propone que la nueva institución dedique sus recursos profesionales a la evaluación de la evidencia de seguridad, eficacia y efectividad, costo efectividad e impacto presupuestal y no al desarrollo de estudios de *novo*. Se sugiere que el manual de procesos debe incluir un llamado público a presentar evidencia a la industria productora de las tecnologías que serán evaluadas, la cual deberá ser generada cumpliendo estándares metodológicos definidos por la nueva institución. En los casos donde la industria no responda al llamado, donde la evidencia presentada sea considerada insuficiente o donde se requieran estudios con múltiples comparadores, la nueva institución podrá encargar estos estudios a centros académicos o privados de investigación, o entidades públicas con capacidades instaladas (por ejemplo, el Instituto de Salud Pública, universidades u otros centros de investigación acreditados por el Instituto de Excelencia).

Las operaciones de la agencia, de acuerdo a su planificación anual, deben estar aseguradas a través de una base de financiamiento público proveniente directamente del presupuesto de la nación. Este financiamiento debe cubrir los gastos operativos del instituto así como los incurridos en los estudios que la entidad pueda encargar a terceros. En concordancia con las visiones de varios entrevistados, se propone que el esquema de financiamiento pueda progresar hacia uno que permita que parte de este se obtenga a partir de fuentes no fiscales. Tal cual ha sido mencionado anteriormente, esto incluye el cobro de aranceles por la gestión administrativa de cualquier revisión de material externo que sea considerado dentro del proceso de ETESA.

Además de los elementos mencionados, parece razonable avanzar tempranamente en la generación de incentivos para el desarrollo de ETESA en el país. Un elemento urgente es la generación de capacidades instaladas para llevar a cabo estudios, especialmente, profesionales calificados. Para ello la nueva institución debe establecer un programa de desarrollo de ETESA en colaboración con centros académicos capaces de hacer estudios y de formar capital humano. La factibilidad de esta colaboración pasa por la definición de un presupuesto que será utilizado en estudios de ETESA encargados a estas instituciones.

Por otro lado, la nueva institución podría solicitar que los estudios de evaluación económica –que requieren de datos locales– sean llevados a cabo por centros de investigación locales acreditados por esta institución. Esto generaría una demanda por estudios que le permitiría a los centros académicos el desarrollo de unidades y programas de formación de posgrado.

Otro elemento es la integración activa y participativa a redes internacionales de ETESA, avanzando rápidamente hacia un posicionamiento de liderazgo regional por medio de una estrategia definida específicamente para este fin. Los argumentos para invertir tiempo y recursos en estas instancias son: el empodera-

miento del capital humano de la institución en su área de trabajo, estar expuestos a incentivos que obligan a los profesionales a mantenerse actualizados en los temas técnicos, el incentivo a hacer carrera en la institución y ser parte de grupos que protegen de potenciales conflictos de interés.

Un tercer elemento es la interacción de la nueva institución con entidades financiadoras de investigación en salud. El proceso de ETESA no es solo generador de información sino también identificador de vacíos de evidencia. En la medida en que el proceso sea capaz de evaluar la necesidad y pertinencia de conducir nueva investigación que facilite la asignación de recursos de investigación futura, la articulación del quehacer de la nueva institución y los financiadores de investigación debe ser muy estrecha.

Conclusiones

Los análisis conducidos en el presente estudio, así como la propuesta planteada, muestran varias áreas de convergencia con la propuesta de la Comisión Nacional de ETESA. Los principios sobre los cuales debe estar fundada la ETESA, recogidos de las entrevistas realizadas, tales como transparencia e independencia, parecen ser bastante universales en cuanto son totalmente coherentes con la propuesta ministerial, y las propuestas internacionales respecto de cómo estas instituciones debieran funcionar (Drummond et al., 2008). Respecto de la autonomía, esta es limitada a su quehacer técnico en la propuesta ministerial, mientras que en la mayoría de los entrevistados se presenta con un grado mayor de independencia, lo cual es recogido en esta propuesta que le otorga el máximo grado de autonomía posible en el contexto de una institución de carácter público. Esto se materializa en la propuesta de un organigrama general que difiere de la propuesta ministerial.

Respecto de la implementación del proceso de ETESA, la presente propuesta contrasta con la propuesta ministerial en cuanto propone directa y explícitamente que la puesta en marcha de la agencia sigue a la promulgación de la ley que la crea. El fortalecimiento de capacidades y otros procesos internos y externos de responsabilidad de la institución se plantean como actividades que la misma agencia debe planificar y ejecutar gradualmente. En contraste, la propuesta ministerial, si bien menciona los elementos que deben ser atendidos en el tránsito hacia su concreción, no explicita que esta es una función de la misma agencia, lo que abre la posibilidad de que este proceso gradual pueda ser función de alguna de las estructuras que hoy existen.

Tanto la propuesta ministerial como la mayoría de los entrevistados refieren que este órgano debe emitir recomendaciones. Sin embargo, en este punto la presente propuesta es consistente con los argumentos normativos que sugieren la creación de una instancia dentro de la agencia capaz de asumir el rol de decisor. Esto no quiere decir que no se haya considerado la instancia de recomendación,

en efecto, este rol está definido en la estructura del Comité Consultivo, el cual guarda coherencia con las percepciones de una instancia de deliberación en torno a evidencia y valores sociales. Sin embargo, creemos que la etapa de decisión debe estar protegida de eventuales fluctuaciones políticas, no debe recaer en una única persona y debe guardar consistencia con los principios de la ética del procedimiento que le otorguen legitimidad social (Daniels and Sabin, 2008).

Finalmente, es destacable la consistencia entre las visiones de los encuestados, la propuesta de la comisión nacional ETESA, la reciente propuesta de la comisión presidencial de reforma al sistema de financiamiento y la propuesta actual respecto que un proceso de ETESA debe hacerse cargo de todas las tecnologías. Esta visión se contrapone con la idea de priorización por problemas de salud dispuesta en la política del AUGE. Este punto plantea un elemento que requiere mayor discusión respecto de cómo se articulará esta nueva agencia de ETESA en el actual modelo AUGE. En principio, la agencia puede servir de apoyo a las definiciones requeridas por el AUGE. Sin embargo, dado el compromiso del país en avanzar hacia la cobertura universal, es razonable que la agencia deba absorber el trabajo del AUGE en el largo plazo, o una vez que haya alcanzado los estándares requeridos para este fin.

Referencias

- Banta, D.** 2009. What is technology assessment? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25 Suppl 1, 7-9.
- Bidart Campos, G.,** 1993. *Teoría general de los derechos humanos*. México D.F., México. Ediciones de la Universidad Autónoma de México.
- Bilbao, J.M.,** 1999. Las agencias independientes: un análisis desde la perspectiva jurídico-constitucional. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, 3, 163-181.
- Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias,** 2014. Propuesta de un modelo de implementación e institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalPropuestaETESACHile.pdf>. Santiago.
- Cosculluela, L.,** 2007. Las agencias estatales. *Revista Española de Control Externo*, VIII, 29-53.
- Culyer, A. y Lomas, J.** 2006. Deliberative processes and evidence-informed decision-making in health care - do they work and how might we know? *Evidence and Policy*, 2, 357-371.
- Daniels, N.,** 2000. Accountability for reasonableness. *BMJ*, 321, 1300-1.
- Daniels, N. y Sabin, J.E.,** 2008. Accountability for reasonableness: an update. *BMJ*, 337, a1850.

- Drummond, M., Schwartz, J.S., Jonsson, B., Luce, B., Neumann, P.J., Siebert, U. & Sullivan, S.**, 2008. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. *International Journal of Health Technology Assessment*, 24, 244-258.
- Espinoza, M. y Cabieses, B.**, 2014. Fondo solidario de medicamentos: ¿representa un buen uso de los recursos? *Revista Médica de Chile*, 142, 398-399.
- Espinoza, M., Sculpher, M., Manca, A. y Basu, A.**, 2014a. Heterogeneity in decision-making about health interventions. In: CULYER, A. (ed.) *Encyclopedia of Health Economics*. Elsevier.
- Espinoza, M. A., Cabieses, B. y Paraje, G.**, 2014b. Health research and health technology assessment in Chile. *Revista Médica de Chile*, 142 Suppl 1, 39-44.
- Goetghbeur, M. M., Wagner, M., Khoury, H., Rindress, D., Gregoire, J.P. y Deal, C.**, 2010. Combining multicriteria decision analysis, ethics and health technology assessment: applying the EVIDEM decision-making framework to growth hormone for Turner syndrome patients. *Cost effectiveness and resource allocation, C/E*, 8, 4.
- Gregg**, 2011. Health, health care and rights. *Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy*, 471.
- Halberstam, D.**, 2010. The promise of comparative administrative law: a constitutional perspective on independent agencies. In: ROSE-ACKERMAN, S. & LINDSETH, P. L. (eds.) *Comparative Administrative Law* Massachusetts, USA: Edward Elgar Publishing Limited.
- INAHTA**, 2012. *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* [Online]. Disponible en: <http://www.inahta.net/>
- Irwin, A., Valentine, N., Brown, C., Loewenson, R., Solar, O., Brown, H., Koller, T. y Vega, J.**, 2006. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS medicine*, 3, e106.
- Leyland, P. y Gordon, A.**, 2013. *Textbook on Administrative Law*. Oxford, UK, Oxford University Press.
- NICE**, 2005. *Social value judgments: Principles for the development of NICE guidelines*. 2nd ed.
- Martínez, M.**, 2002. *Autoridades Independientes*. Madrid, España, Ariel Derecho.
- Soto Kloss, E.**, 2012. *Derecho Administrativo. Temas fundamentales*. Santiago, Chile, Abeledo Perrot, Legal Publishing-Thomson Reuters.
- Suay Rincón, J.**, 1985. *El Principio de Igualdad en la Justicia Constitucional*. Madrid, España. Instituto de Administración Local.

ANEXO

Sistema de códigos, codificación abierta

Categorías (Temas)	Dimensiones	Conceptos
1. Caracterización del entrevistado/a	1.1 Organización y cargo	1.1.1 Docente
		1.1.2 Sociedad Civil (Paciente/Consumidor/Profesional)
		1.1.3 Gestor
		1.1.4 Ministerio
		1.1.5 Sociedad Científica
		1.1.6 Industria
		1.1.7 Prestador (Clínicas)
		1.1.8 Parlamentario
	1.2 Profesión	1.2.1 Ingeniero Comercial
		1.2.2 No señalada
		1.2.3 Médico
		1.2.4 Enfermera
		1.2.5 Ingeniero Civil
1.2.6 Arquitecto		
1.3 Otros cargos relevantes (anteriores o actuales)		
2. Conocimientos previos	2.1 Experiencias de trabajo/relación con tecnologías sanitarias	2.1.1 Docencia
		2.1.2 Consultoría
		2.1.3 Experiencia directa con los tratamientos (pacientes)
		2.1.4 Utilizadas para la producción de servicios (gestor)
		2.1.5 Práctica profesional clínica
		2.1.6 Acercamiento teórico
		2.1.7 AUGE
		2.1.8 Formación
		2.1.9 Responsabilidades de la organización en que trabaja
	2.2 Conocimiento acerca de organismos internacionales	2.2.1 Agencias u Organismos
		2.2.2 Medio (experiencia)
	2.3 Modelos de toma de decisiones	2.3.1 Conocimiento (si/no)
		2.3.2 Modelo/forma más apropiada
		2.3.3 Consideraciones

3. Principios	3.1 Transparencia	3.1.1 Definición
		3.1.2 Ámbitos
		3.1.3 Mecanismos
	3.2 Participación	3.2.1 Actores relevantes
		3.2.2 Mecanismos de inclusión
		3.2.3 Consideraciones
	3.3 Equidad	3.3.1 Pertinencia
		3.3.2 Indicadores
		3.3.3 Mecanismos
	3.4 Basado en evidencia	3.4.1 Mecanismos
		3.4.2 Definición
	3.5 Rigurosidad técnica	3.5.1 Definición
	3.6 Independencia	3.6.1 Definición
3.6.2 Ámbitos		
3.7 Perseguir la eficiencia	3.7.1 Definición	
4. Institucionalidad	4.1 Naturaleza del órgano	4.1.1 Conformación
		4.1.2 Grado de dependencia y autonomía (centralización)
	4.2 Función	4.2.1 Funciones
		4.2.2 Ámbitos de evaluación
	4.3 Efecto normativo	4.3.1 Tipo de mandato
		4.3.2 Mecanismos de apelación
		4.3.3 Consideraciones
	4.4 Recursos y financiamiento	4.4.1 Estatal
4.4.2 Privado		
5. Proceso de ETESA	5.1 Elementos de priorización	5.1.1 Estrategia de Salud
		5.1.2 Costo-efectividad
		5.1.3 Problemas de salud (tecnologías más conflictivas)
		5.1.4 Perspectiva académica
		5.1.5 Prioridades de gestión de autoridades de salud
		5.1.6 Gasto de bolsillo e inversión pública
		5.1.7 Inequidades
	5.2 Comunicación (¿A quiénes?)	5.2.1 Comunidad (a todos)

6. Efectos	6.1 Beneficios de su implementación	6.1.1 Instalar una cultura de evaluación
		6.1.2 Evitar la instalación de tecnologías sin evidencia científica
		6.1.3 Sistematizar los procesos para la toma de decisiones
		6.1.4 Legitimar el sistema de salud y la toma de decisiones
		6.1.5 Mejoraría el ingreso al sistema y acceso a tecnologías
		6.1.6 Uso eficiente de los recursos
		6.1.7 Permite ganar años de vida
		6.1.8 Racionalidad sanitaria (costo-efectividad)
		6.1.9 Enfocar la investigación a las necesidades del país
		6.1.10 Mejorar la atención sanitaria
		6.1.11 Disponibiliza la información
	6.2 Desafíos para su implementación	6.2.1 Manejo de los conflictos de interés
		6.2.2 Involucramiento y acuerdo de actores (compromiso)
		6.2.3 Necesidad de inmediatez en la toma de decisiones
		6.2.4 Voluntad política
		6.2.5 Resistencia de los actores
		6.2.6 Incorporación implica un cambio cultural
		6.2.7 Permeabilidad al pensamiento exterior
		6.2.8 Formación y desarrollo de competencias
		6.2.9 Grado de autonomía
		6.2.10 Existencia de otras prioridades
6.2.11 Aspecto Comunicacional		
6.3 Prioridad	6.3.1 Argumentos a favor	
	6.3.2 Argumentos en contra	

7. Temáticas emergentes	7.1 Problemáticas actuales del sistema (sin evaluación de tecnologías)	7.1.1 Instauración de tecnologías sin demostración
		7.1.2 Pobreza en los procesos de deliberación
		7.1.3 Participación mal entendida
		7.1.4 Falta de regulación en el ingreso de tecnologías
		7.1.5 Se perdió la consideración hacia el paciente
		7.1.6 Poca institucionalización de procesos de compra
		7.1.7 Decisiones parceladas
		7.1.8 La evaluación no es parte de la cultura
		7.1.9 Poca autonomía de las instituciones del mundo político partidista
		7.1.10 Falta de integración
		7.1.11 Visión de la salud como bien de consumo
	7.2 Aspectos positivos del sistema	7.2.1 Las tecnologías están sometidas a escrutinio
	7.3 Relevancia	7.3.1 Problema de todos