

Chile. Diagnóstico y educación colectiva: los nuevos desafíos en hepatitis C

Andrea Riquelme P.

Diagnosis and collective education: New challenges in hepatitis C

Tras 13 años de trayectoria del Plan de Garantías Explícitas en Salud chileno, AUGE, no es posible conformarse con los resultados en cobertura y atención de patologías prioritarias, es preciso complejizar el análisis, aumentar la cobertura y mejorar los resultados con una mirada de gestión pública. Este es el balance de años de trabajo por incorporar el virus de la hepatitis C en la cobertura de la salud chilena y el compromiso de algunos líderes de la ACHHEP y la SCHGE en este proceso.

En el año 2004 se promulgó en Chile la ley que dio origen al Régimen de garantías explícitas en salud, conocido como Plan AUGE, que un año más tarde comenzó a regir cubriendo solo 25 problemas de salud, garantizando aspectos de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. Según cifras de la Superintendencia de Salud, entre julio de 2005 y junio de 2017, este plan ha resuelto 29.830.037 problemas de salud bajo el régimen FONASA y 1.614.898 bajo las instituciones de salud previsional (ISAPRES), proceso en el que la Sociedad Chilena de Gastroenterología (SCHGE), se involucró tempranamente para priorizar enfermedades digestivas. Este primer paso por democratizar el acceso oportuno a una atención en salud para aquellas enfermedades de prioridad en la población chilena, con los años ha logrado ampliar su cobertura a más problemas de salud, y el sistema algo más maduro exige de una reflexión más profunda para sofisticar la selección de terapias costo efectivas para el Estado, con un fuerte énfasis en la prevención.

La Sociedad Chilena de Gastroenterología (SCHGE) y su filial Asociación Chilena de Hepatología (ACHHEP) tienen un extenso recorrido en la colaboración con el Ministerio de Salud de Chile (Minsal), para brindar cobertura a enfermedades prevalentes como es el caso del tratamiento de la hepatitis B y C y de la úlcera péptica y la infección por *Helicobacter pylori*, así como la participación de la Asociación para el estudio de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACTECCU) en la ley Ricarte Soto, entregando linea-

mientos científicos actualizados en la optimización de protocolos clínicos y tratamientos asertivos. Este proceso ha involucrado el trabajo persistente y metódico de médicos que lograron sensibilizar a la autoridad sanitaria, educar al ecosistema clínico, mejorar protocolos y concretar beneficios y garantías para los pacientes en el país.

Sensibilización para comprender la realidad del VHC

La hepatitis C (VHC) es una infección crónica del hígado que afecta al 0,3-0,5% de la población chilena, según estudios epidemiológicos realizados en la comuna de La Florida; y se estima por tanto, que en el país hay una población infectada que potencialmente podría desarrollar cirrosis y cáncer hepático.

Hacia el año 2010, una comisión liderada por los doctores Jorge Brahm, Alejandro Soza, Jaime Poniachik y Rodrigo Zapata, colaboró en la entrega de un documento formal de Guía de Manejo de Hepatitis C, hito que impulsó su condición de garantía GES tras varios años de trabajo, incluyendo dos planes pilotos para hepatitis C, el primero de 30 cupos realizado en el 2005; y el segundo con 50 cupos, entre los años 2006-2008, bajo un tratamiento de alto costo que además implicaba un control médico estricto dado sus considerables efectos adversos. El **Dr. Rodrigo Zapata, Past Presidente de la ACHHEP (2008-2010) y de la SCHGE (2012-2014)**, comenta que "la aprobación de la hepatitis B y C en el GES/AUGE, fue el resultado de muchos años de esfuerzo y participación en diversas mesas de trabajo, para argumentar al Minsal, la importancia de cubrir esta enfermedad, ello considerando que más de 70.000 chilenos tienen hepatitis C y que muchos de ellos podrían terminar con una enfermedad terminal hepática o cáncer de hígado".

En el mismo sentido, el **Dr. Alejandro Soza, Past Presidente de la ACHHEP (2010-2012)**, explica que los primeros esfuerzos se remontan al año 2003, cuan-

Periodista de la Sociedad Chilena de Gastroenterología.

Recibido: 28 de julio de 2018
Aceptado: 30 de julio de 2018

Correspondencia a:
Andrea Riquelme
El Trovador 4280,
Of. 909, Las Condes,
Santiago, Chile.
Tel (+56 2) 2342
(+56 2) 2342 4004
acriquelme@gmail.com

Gastroenterología y algo más...



Dr. Rodrigo Zapata



Dr. Alejandro Soza

do en el Minsal “nos dijeron que la hepatitis C era una infección viral que no causaba enfermedad, algo similar a las teorías negacionistas del VIH. La autoridad de entonces no vislumbraba una conexión entre el virus y la enfermedad, mucho menos como causa de mortalidad. Desde entonces se trabajó una acuciosa labor de sensibilización del Ministerio en torno a este tema, hasta que en 2006 se iniciaron los planes pilotos con interferón (IFN) y ribavirina (RBV)”. El hepatólogo explica que esta terapia permitió tratar a muchas personas en el sistema público y en paralelo, el sistema de salud privado comenzó a abrirse a estos

mismos tratamientos, lo que eran poco asertivos y con muchos efectos adversos.

De aquel proceso, el Dr. Rodrigo Zapata, recuerda: “Teníamos la misión de convencer al Ministerio que la hepatitis C no era algo que estaba en los libros solamente, sino una realidad que se observaba con mucha frecuencia en hospitales públicos, incluso con casos de pacientes cirróticos con VHC que estaban muriendo o que implicaban trasplante”. La terapia de entonces otorgaba entre 40 y 70% de respuesta viral sostenida, o sea curación; y se sumaba el antecedente de que la cirrosis hepática es la segunda causa de muerte en el país, de los cuales 20 a 30% son por virus hepatitis C, no por alcohol.

“La SCHGE y la ACHEP hizo una gran labor de educación para sensibilizar a colegas, gastroenterólogos y hepatólogos, sobre la importancia de buscar el diagnóstico y ver opciones de tratamiento. Esta presión sumada a la experiencia de los pilotos, ayudó a que se aprobara su ingreso al plan Auge, con los medicamentos disponibles en aquellos tiempos”, añade el Dr. Alejandro Soza.

Si bien ambas hepatitis, B y C, fueron incorporadas al Auge en julio de 2010, la vacuna contra la hepatitis B se implementó como obligatoriedad ya en el año 2006. En cuanto a la hepatitis A, 2017 experimentó un rebrote en la población joven, que fue atendido oportunamente con apoyo de campañas educacionales y un plan de vacunación que va en vías de ojalar revertir pronto la situación.

A esto se sumó que a inicios de la década, se detectaron en bancos de sangre de nuestro país algunos casos de donantes de sangre portadores de hepatitis C no notificados, lo cual fue un escándalo y dio pie a que se activara un estricto protocolo para informar oportunamente a los portadores de su condición e iniciar su estudio y manejo. En este largo proceso, cumplió un rol preponderante la lucha de agrupaciones de pacientes con hepatitis, que buscaron que sus tratamientos fueran parte de las garantías explícitas en salud del Minsal, y el apoyo y asesoría de las sociedades científicas y apoyo legal, en la conformación de las guías nacionales.

Desde el año 2009 se han ido actualizado las canastas de prestaciones, incluyendo nuevos medicamentos en las guías del año 2010 y 2015, además de varias publicaciones científicas desarrolladas por la SCHGE, en las que se analizan los resultados de diversas terapias. “Hoy con solo 3 meses de tratamiento, un paciente con hepatitis C, se cura de esta patología. El problema actual es que los pacientes de los hospitales que hoy reciben tratamiento de virus C, tienen prioridad solo en los casos de ser cirróticos, trasplantados y hemofílicos, pero hay muchos otros que no reciben aun tratamiento por no ser de un segmento prioritario”, puntualiza el Dr. Rodrigo Zapata.

Nuevos desafíos orientados al diagnóstico

En opinión del **Dr. Fernando Gómez, Past Presidente ACHHEP (2016-2018)**, la canasta de tratamiento vigente hasta 2017 (Interferón pegilado y Ribavirina) lograba la cura en 35 a 40% de los casos, con importantes efectos colaterales y una duración promedio de 48 semanas de tratamiento, estando contraindicada en pacientes con cirrosis avanzada. A partir de marzo de 2018, entró en vigencia la nueva canasta GES, que incluye drogas antivirales de acción directa, de alta efectividad, sin contraindicaciones relevantes y que logra la cura en 12 semanas de tratamiento en 95 % de los casos.

Actualmente, la SCHGE trabaja estrechamente con sociedad científicas pares en Brasil y Argentina, y comparte información con países de la Región, con menos recursos y otras prioridades sanitarias, como son Perú, Ecuador y Paraguay, entre otros. Este trabajo mancomunado científico, público-privado, ha colaborado en desarrollar una activa comunidad clínica, preocupada por la implementación de nuevas terapias y métodos de diagnóstico y seguimiento de pacientes; colaborando en el desarrollo de políticas públicas en salud más asertivas.

Chile es de los primeros países en la aprobación de los medicamentos de segunda generación, aunque ha avanzado a paso más tardío en la cobertura (reembolso de medicamentos) en sistema público y privado, respecto de países como Argentina y Brasil. Asimismo, a parecer del Dr. Alejandro Soza, “aún estamos más atrás en el diseño de estrategias de diagnóstico, control y tratamiento, y prevención de esta enfermedad; y la idea es lograr la erradicación de la hepatitis C al año 2030 –según lo recomienda la OMS-, con la meta de diagnosticar el 90% de las hepatitis existentes, disminuir el 90% las nuevas infecciones y disminuir la mortalidad hepática en 65%. No obstante, se sabe que en Chile solo está diagnosticado menos de 5 a 10% de la población portadora”.

La recomendación según la Guía Ministerial es que toda persona mayor de 45 años debiera realizarse el examen, independientemente de la presencia de factores de riesgo, pero este examen aún no está disponible en la red de atención primaria. Al examen simple de serología solo se tiene acceso desde el nivel terciario.

“Con la llegada de las primeras terapias virales, desgraciadamente no tuvimos acceso en el sistema público ni en el AUGE, pero la actualización de la guía de tratamiento fue el puntapié para que la segunda generación de drogas -vigente en la actualidad-, sí estuviera incluida en la canasta. Probablemente el elemento catalizador no fue ni la labor de médicos ni de las sociedades, sino la presión que ejercieron las agrupaciones de pacientes, para que las terapias estuviesen incluidas en las canastas, respetando y concretando las



Dr. Fernando Gómez

recomendaciones de las guías clínicas, materializadas en marzo de este año”, añade el Dr. Soza. Y agrega: “las canastas que tenemos son muy buenas, pero el principal problema es el diagnóstico”.

Hace 30 años atrás la principal causa de contagio de hepatitis C era a través de transfusiones de sangre, pues en esa época no se conocía bien este virus y no se hacía tamizaje en los bancos de sangre. En Chile recién se comienza a realizar en forma universal y obligatoria en Bancos de Sangre, tamizaje de hepatitis C en sangre donada desde 1996. De esta forma la posibilidad actual de contagiarse de hepatitis C a través de una transfusión de sangre en un Hospital en Chile es prácticamente imposible. Actualmente, al igual que en otros países en desarrollo, la principal causa de contagio en de VHC es atribuida al uso de agujas contaminadas. En Chile, por tanto, la alerta está puesta en personas con tatuajes y piercing, y en particular en usuarios que comparten drogas intravenosas como ocurre en países como Estados Unidos, abriendo una desafiante tarea de educación colectiva y campañas de educación preventivas acerca de este tipo de prácticas. En opinión de algunos entendidos, las estadísticas de prevalencia en Chile también podrían ser modificadas con la llegada de inmigrantes desde países con mayor prevalencia de la enfermedad.

Soluciones adaptadas a la realidad nacional

La **Dra. Leyla Nazal, actual presidenta de ACHHEP (2018-2020)**, señala que “En Chile y el mundo las hepatitis crónicas causadas por virus B y C siguen siendo causa importante de cirrosis y cáncer hepático, siendo uno de los principales problemas el diagnóstico tardío. Actualmente contamos con

Gastroenterología y algo más...**Dra. Leyla Nazal**

vacuna para la hepatitis B, la cual está incluida en el calendario de vacunación universal desde el año 2006, pero no existe vacuna para la hepatitis C, por lo que debemos concentrarnos en su prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos”.

Urge implementar una mirada costo-efectiva de la situación VHC, dado que la población controlada en Cefam (Centros de Salud Familiar) hoy no dispone de un examen serológico en este nivel de atención, lo que una vez incorporado, ayudaría a tener diagnósticos más precoces y un menor índice de desarrollo de enfermedades asociadas, lo que también significaría un ahorro para el Estado y la asignación inteligente de recursos, a aquellos casos de prioridad, a la par que todo chileno tendría la garantía de un diagnóstico temprano y efectivo.