



**“ANÁLISIS DE CASO DEL PROGRAMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD
DESDE UN ENFOQUE DE CALIDAD, ACCESO Y MORTALIDAD EN CHILE”**

Tesis entregada a la Universidad Mayor en cumplimiento parcial de los requisitos para optar al
Grado de Doctor en Políticas Públicas

CHRISTOPHER ORLANDO SANCHEZ MOYA

Directora de Tesis: Dra. Antonia Díaz-Valdés Iriarte

Octubre 2023

ACTA APROBACIÓN COMISIÓN DE TESIS



COMISIÓN EVALUADORA

Directora de Tesis

Dra. Antonia Díaz-Valdés Iriarte

Firma:

Fecha:

Co- director de Tesis

Dr. Nicolás Montalva

Firma :

Fecha:

Informante Interno

Dra. Katherine Dinamarca Aravena

Firma:

Fecha:

Informante Externo

Dra. Katiuska Reynaldos Grandón

Firma:

Fecha:

EXPEDIENTE DE GRADUACION DOCTORADO

ANTECEDENTES DEL PROGRAMA:

FACULTAD/ESCUELA: VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN
OPTA AL GRADO DE: DOCTOR EN POLÍTICAS PÚBLICAS

ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE COMPLETO: CHRISTOPHER ORLANDO SÁNCHEZ MOYA
RUT: 16.710.292-1
FECHA DE NACIMIENTO: 30/07/1987
SEXO: MASCULINO

ACTA DE CALIFICACIONES

	NOTA		PONDERACIÓN
PROMEDIO DE NOTAS P.E.	6,0	1,2	20%
NOTA PROYECTO (EX CALIF)	5,8	1,16	20%
DEFENSA DE TESIS DOCTORAL	6,6	3,96	60%
NOTA FINAL	6,3		
HONOR			

FECHA: 20 12 2023
FECHA DIRECTORIO:

Nº DIRECTORIO:

JEFE OFICINA DE REGISTRO DE ESTUDIANTES

FIRMA ESTUDIANTE

DIRECTOR(A) DE DOCTORADOS

EXPEDIENTE DE GRADUACION DOCTORADO

FACULTAD/ESCUELA: VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN
NOMBRE COMPLETO: CHRISTOPHER ORLANDO SÁNCHEZ MOYA
RUT: 16.710.292-1

La Comisión Examinadora del Examen de Grado del(la) estudiante

ha determinado aprobarlo(a) con nota 6,6 reprobarlo(a) con nota

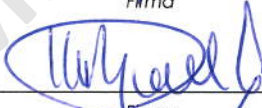
Antonia Díaz-Valdés Friarte
Nombre


Firma

Nicolás Moncalva Rivera
Nombre


Firma

Katiuska Reynaldos Grandón
Nombre


Firma

Katherine Innamaria Aravena
Nombre


Firma

Nombre

Firma

FECHA: 20 12 2023
FECHA DIRECTORIO:

Nº DIRECTORIO:

		
--	---	---

JEFE OFICINA DE REGISTRO DE ESTUDIANTES

FIRMA ESTUDIANTE

DIRECTOR(A) DE DOCTORADOS

DEDICATORIA

A los que son mi vida: Mis padres y hermanos, gracias por jamás detenerme en cada uno de mis sueños, aunque sean muy imposibles de concretar, y enseñarme que no existen límites.

A la familia que uno elige, a los que se quedaron y a los que ya no están.

Y a todas esas personas que buscan respuestas en medio de lo imposible, a los que creen en los desafíos, y a los que están inquietos por una salud mejor para Chile.

SOLO USO ACADÉMICO

AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Doctorado en Políticas Públicas por la oportunidad de formación, especialmente a su director Dr. Álvaro Castillo.

A mi directora de tesis, Dra. Antonia Díaz-Valdés, por su disposición, orientación y paciencia en mi proceso de formación

A la Dra. Katuska Reynaldos, Dr. José Miguel Cabezas, Dr. Nicolás Montalva y Dra. Katherine Dinamarca, por su disposición en la evaluación de este proceso de tesis.

A mis colegas y amigas/os de academia: Rocío Zúñiga, Ana Luisa Vargas, Ivonne Brevis, Daniela Barriga, Pía Bustamante, Marcelo Canales, Fabiola Toro, Roxana Millán, Claudia Barría, Alexandra Torres, Fernando Rojas y Natalia Aguayo, por sus aportes metodológicos, pero por, sobre todo, por su paciencia, contención y cada una de las palabras que motivaron a terminar este proceso.

A mis amigos Mauricio, Bárbara, Camila y Eva por sus terapias de vida.

Y a los más importantes: Verónica, Orlando, John, Katherine y Cristian por su amor incondicional.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE.....	1
INDICE DE TABLAS.....	3
INDICE DE FIGURAS.....	4
RESUMEN	5
SUMMARY	7
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN Y PROBLEMATIZACIÓN.....	9
Necesidad de Reforma Sanitaria en Chile, a Fines de los 90	9
Reforma AUGE- GES: Deudas Pendientes	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
Una comprensión de la Política Pública y su generación.....	17
Políticas Públicas de Salud en Chile, desde un Enfoque de Derechos	20
Sistema de Salud en Chile	24
<i>Financiamiento del sistema de salud chileno: Lo público y lo privado</i>	24
Acceso y cobertura en salud: Modelos en Salud Pública.....	31
Calidad en Salud como Parte del Derecho Fundamental de Acceso a Salud	39
CAPITULO III. METODOLOGÍA	43
Componente Cualitativo.....	44
Componente Cuantitativo	47
<i>Evaluación por expertos de la calidad de Guías de Práctica Clínica GES, fiabilidad y confiabilidad de la evaluación.</i>	47
<i>Muestra y Procedimiento</i>	50
<i>Estrategia de análisis</i>	50
<i>Análisis de mortalidad: Cáncer</i>	51
<i>Base de datos y Muestra</i>	53
<i>Estrategia de Análisis de datos</i>	54
Aspectos éticos de la investigación.....	56
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	58

<i>Evolución histórica del Plan AUGE – GES y su relación con el acceso y la cobertura dentro del sistema de salud chilena.....</i>	58
<i>Análisis de la Calidad de las Guías de Práctica Clínica asociada a AUGE-GES y la correlación entre los evaluadores.....</i>	66
<i>Análisis descriptivo e inferencial de la intervención del Programa AUGE-GES en las defunciones asociadas al cáncer con mayor tasa de mortalidad en Chile.</i>	69
CAPITULO V. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	76
Implicancias y Limitaciones	81
REFERENCIAS.....	86
ANEXOS.....	95

SOLO USO ACADÉMICO

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de los Afiliados a FONASA y pagos de prestaciones	27
Tabla 2: Número de artículos identificados por palabra clave y base de datos	45
Tabla 3: Aspectos analizados y número de artículos que lo presentan	47
Tabla 4: Variables estudiadas desde AGREE II	48
Tabla 5: Promedio de mortalidad por cáncer incluido en GES, 2000-2022	52
Tabla 6: Resultados: Principales documentos incluidos en Revisión Sistemática ...	59
Tabla 7: Evaluación de Guías de Práctica Clínica GES por grupo	67
Tabla 8: Aplicación de análisis ANOVA entre grupos de patologías, por evaluador.	68
Tabla 9: Aplicación de Coeficiente Kappa para el análisis de correlación entre los evaluadores, posterior a la aplicación del instrumento.....	68
Tabla 10: Tasa de mortalidad por cáncer más prevalente en Chile, entre los años 2000 y 2022.....	69
Tabla 11: Análisis de series de tiempo con cambios estructurales por prueba de Chow, por patología.....	70

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Cobertura Efectiva	34
Figura 2: Modelo HCAB a partir de Carrillo, 2011	38
Figura 3: Diagrama de flujo del proceso de búsqueda según PRISMA.....	46
Figura 4: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer de Mamas, 2000 -2022	71
Figura 5: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer de Próstata, 2000 -2022	72
Figura 6: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer de Pulmón, 2000 -2022	73
Figura 7: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer Gástrico, 2000 -2022	74
Figura 8: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer Colorectal, 2000 -2022	75

RESUMEN

La necesidad de mayor acceso a la salud en Chile, durante la reforma sanitaria a fines de los años 90, llevó a la creación e implementación del Plan de Garantías Explícitas en Salud. Por definición, las Garantías Explícitas en Salud (GES) es una política pública sanitaria determinada en un conjunto de prestaciones y beneficios en salud que están garantizados por el Estado en Chile bajo la ley 19.966.

Estas garantías buscan asegurar el acceso, calidad y oportunidad en la atención de ciertas enfermedades y condiciones de salud específicas. Las GES se basan principalmente en un conjunto de enfermedades o problemas de salud prioritarios que fueron identificados como prioritarios por su impacto en la salud de la población y la carga asistencial y financiera que representan, interviniendo en la salud pública desde el año 2004. Si bien esta política se ha instaurado paulatinamente en el sistema de salud chileno, existe necesidad de una evaluación constante de su desarrollo e implementación, a casi 20 años desde su inicio. A partir de esto, el presente documento presenta una investigación basada en un estudio de caso, con un diseño mixto convergente que responde a las siguientes preguntas: ¿Cómo ha sido el desarrollo histórico del Plan GES, desde una perspectiva de cobertura y acceso en el sistema de salud chileno? ¿Cómo es la calidad de las Guías de Práctica Clínica asociadas al Plan AUGE-GES? ¿Cómo ha intervenido el Plan AUGE- ¿GES en la mortalidad del Cáncer, patología con alta prevalencia en Chile?

La investigación se desarrolló a partir de dos fases: una cualitativa y cuantitativa. En la fase cualitativa, se realizó una revisión sistemática de la literatura a partir de metodología PRISMA, realizando un análisis final de 11 artículos. La fase cuantitativa, primero desarrolla un análisis

de la evaluación aplicada a las Guías de Práctica Clínica por parte de tres evaluadores expertos, aplicando el instrumento AGREE II en las 85 patologías, y luego, se evaluó la correlación de la evaluación entregada. En segundo lugar, realiza un análisis de la mortalidad por cáncer, más prevalentes, mediante series temporales, verificando la intervención de la política pública mediante la búsqueda de cambios estructurales. Los resultados, detectaron la presencia permanente de barreras de acceso a la salud, que durante la época 2000-2010 no lograron ser solucionados. A partir del año 2010, se detectó movimientos epidemiológicos y demográficos, que llevaron a modificar la dirección de la política pública, además del fortalecimiento de la atención primaria, esfuerzo por aumentar la cantidad de especialistas y disminución de brechas geográficas y déficit de centros hospitalarios, demandas que se agudizaron a partir del año 2019. Desde el punto de vista de las Guías Clínicas, se detectó una calidad moderada de ellas, existiendo diferencias significativas de su elaboración. A pesar de ello, no existe una objetividad detectada en los criterios profesionales de su ejecución, ya que su correlación entre profesionales es baja ($Kappa = 0.27$). Respecto al análisis de la mortalidad, los cinco fallecimientos más frecuentes por cáncer son: Mamas, Próstata, Pulmón, Gástrico y Colorectal. En todos, existen cambios estructurales en su curva de series de tiempo, relacionados con la implementación del GES en la patología respectiva ($F_{Chow} > 1$; $p\text{-valor} < 0.05$), siendo el cáncer gástrico y de mamas los más significativos (relacionados con su implementación y su actualización en el tamizaje y diagnóstico precoz).

Esta investigación, aporta significativamente a la evaluación del Plan GES como política pública, desde una mirada cualitativa y cuantitativa de investigación, con una técnica inferencial de series de tiempo innovadora, y que permitiría proyectar una investigación mayor, con un análisis a las 82 patologías restantes, que actualmente están presentes en el programa.

SUMMARY

The need for greater access to healthcare in Chile, during the health reform at the end of the 1990s, led to the creation and implementation of the Explicit Health Guarantees Plan. By definition, the Explicit Health Guarantees (GES) is a public health policy determined in a set of health benefits and benefits that are guaranteed by the State in Chile under Law 19.966.

These guarantees seek to ensure access, quality and timeliness of care for certain diseases and specific health conditions. The GES are based mainly on a set of priority diseases or health problems that were identified as a priority because of their impact on the health of the population and the health care and financial burden they represent, intervening in public health since 2004. Although this policy has been gradually established in the Chilean health system, there is a need for a constant evaluation of its development and implementation, almost 20 years after its inception. Based on this, the present document presents a research based on a case study, with a convergent mixed design that answers the following questions: How has the historical development of the GES Plan been, from a coverage and access perspective in the Chilean health system? How is the quality of the Clinical Practice Guidelines associated to the AUGE-GES Plan? How has the AUGE-GES Plan intervened in the mortality of Cancer, a pathology with high prevalence in Chile?

The research was carried out in two phases: qualitative and quantitative. In the qualitative phase, a systematic review of the literature was carried out using PRISMA methodology, performing a final analysis of 11 articles. The quantitative phase, first, develops an analysis of the evaluation applied to the Clinical Practice Guidelines by three expert evaluators, applying the AGREE II instrument in the 85 pathologies, and then, the correlation of the evaluation delivered was

evaluated. Secondly, an analysis of the most prevalent cancer mortality was carried out by means of time series, verifying the intervention of public policy through the search for structural changes. The results detected the permanent presence of barriers to access to health care, which during the period 2000-2010 failed to be solved. From 2010 onwards, epidemiological and demographic movements were detected, which led to a change in the direction of public policy, in addition to the strengthening of primary care, efforts to increase the number of specialists and reduce geographic gaps and the deficit of hospital centers, demands that became more acute from 2019 onwards. From the point of view of the Clinical Guidelines, a moderate quality of them was detected, with significant differences in their elaboration. Despite this, there is no objectivity detected in the professional criteria for their execution, since their correlation between professionals is low ($Kappa = 0.27$). With regard to the analysis of mortality, the five most frequent deaths due to cancer are: Breast, Prostate, Lung, Gastric and Colorectal. In all of them, there are structural changes in their time series curve, related to the implementation of GES in the respective pathology ($F_{chow} > 1$; $p\text{-value} < 0.05$), being gastric and breast cancer the most significant (related to its implementation and its updating in screening and early diagnosis). This research contributes significantly to the evaluation of the GES Plan as a public policy, from a qualitative and quantitative research perspective, with an innovative inferential technique of time series, and that would allow projecting further research, with an analysis of the remaining 82 pathologies, which are currently present in the program.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN Y PROBLEMATIZACIÓN

A finales del siglo XX, Chile se enfrentaba a un deficiente acceso y escasa cobertura en salud, lo que fue relevado por diferentes organismos de la sociedad civil y Estatales. Este problema se materializaba como una baja oferta de prestaciones complejas, tales como cirugías de alto costo, hospitales de alta complejidad, ausencia de especialistas en territorios nacionales extremos y/o rurales (Bastías, 2000; Ghio, 2001). El aumento de necesidades sanitarias durante esta década requirió de una reforma que permitiera garantizar el acceso y la cobertura en la salud de la población, respondiendo a uno de los lineamientos de Organización Mundial de la Salud, respecto al acercamiento de la salud a la población (OMS, 2000), avanzando en materia de equidad en el acceso a la salud, desde una amplia cobertura y calidad. A raíz de esto, se formula el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) en salud.

Necesidad de Reforma Sanitaria en Chile, a Fines de los 90

La cobertura en salud en Chile está establecida por dos sectores, público y privado. En Chile, el Decreto de Ley 2.763 instaurado a finales de los años 70, dio paso a la consolidación de ambos sectores, por un lado, el sector público, conocido como Fondo Nacional de Salud (FONASA) que combinó lo que era el Servicio Nacional de Empleados (SERMENA) y el Servicio Nacional de Salud (SNS). Por otro lado, el sistema privado se consolidó a través de la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (Titelman, 2000).

Hasta el año 2017, FONASA cuenta con una cobertura aproximada del 74.1% de la población (CASEN, 2017). FONASA, a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y la red establecida por otros 29 Servicios de Salud Regionales cubren el 64% de la

población nacional. Otro 3% está cubierto por Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes que no cotizan en salud, pero que utilizan igualmente los servicios del sector público. Esto, hasta el año 2019 y la aparición de la Ley 21.133 que mantiene la obligación de cotizar en salud, a trabajadores dependientes e independientes, garantizando la protección social (SUSESO, 2021). La cobertura del sector privado está constituida por Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que alcanza el 15,8% de la población. Otros entes de cobertura aparecen posteriormente, y están establecidos por mutuales (dos al 2005, tres desde el 2021), que otorgan atención exclusiva a trabajadores afiliados (sin incluir a familias), presentando el 10% de la población (Reyes, 2010; Artaza, 2022).

En Chile, la salud es considerada un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Estado y en diversos tratados internacionales ratificados por el país, como la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este derecho implica el acceso universal a servicios de salud de calidad, sin discriminación y con enfoque en la prevención y promoción de la salud (Goic, 2014).

A finales de la década de los noventa en Chile, el diagnóstico del sistema de salud reflejaba las constantes dificultades para el acceso a los servicios de salud, incluyendo a usuarios del servicio público y privado, así como a aquellos sin acceso a la salud. El mayor problema se definía como la escasa oferta para usuarios de FONASA y desamparo económico ante diagnósticos de alto costo para usuarios de las ISAPRE (Mesa, 2005). A esto se sumaba un bajo gasto público destinado a salud, definido en un bajo porcentaje para programas gubernamentales de cobertura extra hospitalaria. El gasto público en salud a fines de los años noventa era de

59.6% para la modalidad institucional (atención primaria, secundaria y terciaria en salud), 13.8% para la modalidad libre elección, 6.4% para programas de salud pública, 5.7% para subsidios de incapacidad laboral y un 14.5% para otros gastos. Dentro de la definición de modalidad institucional, el 16.2% del gasto el año 1999-2000 corresponde a atención primaria y el resto a atención secundaria y terciaria, respecto a la clasificación de los servicios de salud en la red pública (Mesa, 2005). A fines de los 90, el sector público en salud representaba aproximadamente un 3% del PIB, mientras que el privado representaba un 2% (Titelman, 2000).

En ámbitos presupuestarios en salud, el contexto del país a fines de los años noventa es manejado por FONASA y el Sistema de Salud Previsional, siendo en 1999, el financiamiento total promedio per cápita de 114.500 pesos para la población beneficiaria de FONASA e ISAPRE, o sea 235 USD, bajo en comparación a los altos costos de enfermedades prevalentes (OMS, 2000). En cuanto al financiamiento público, su origen se distribuye entre el aporte fiscal para salud, las cotizaciones de los trabajadores, copagos de las personas inscritas en el sistema público y los ingresos de Perfil del Sistema de Servicios de Salud en Chile. Entre 1980 y 1990 aumentó el financiamiento por parte de las cotizaciones de los trabajadores, pasando de un 39% a un 53%, mientras que el aporte fiscal disminuyó de un 54% a un 41%, y el copago disminuyó de un 7% a un 6%.

Una fuente de financiamiento adicional está constituida por los aportes directos de los municipios, cuyo total, para 1998, se estimaba en 4.031 pesos mensuales en promedio per cápita (FONASA, 2000; OMS, 2000), además del aporte instaurado por el Decreto de Ley 2.763, dónde organiza y distribuye el presupuesto en salud desde los Servicios de Salud, Instituto de Salud Pública y Central de Abastecimiento Nacional, quienes otorgan un financiamiento

sectorizado a las necesidades de la población, con énfasis entre los años 1997 y 2003 (FONASA, 2000).

Plan de Atención Universal con Garantías Explícitas en Salud: Una reforma sanitaria.

En términos de cobertura en salud, no existían garantías de una atención curativa o rehabilitadora para toda la población. Esto, promueve la necesidad de creación de comisiones gubernamentales cuya misión sería trabajar en la búsqueda de alternativas que impacten en el desarrollo de la población, desde un punto de vista integral, colaborativo, sanitario y epidemiológico. En este contexto, se crea el Plan de Atención Universal de Garantías Explícitas (AUGE), como parte de la reforma en Salud creada en el sistema de salud chileno a partir del año 2000 bajo la presidencia de Ricardo Lagos. La creación del Plan AUGE no sólo buscaba ser un programa que intentaba mejorar la atención de la salud en la población chilena, si no también colaboraría, directa o indirectamente, en la transformación del acceso a la salud como una herramienta que se acercaría a los conceptos de equidad e igualdad social desde una mirada de cobertura en salud (Armijo, 2011).

Durante el año 2002, comisiones formadas por profesionales de salud entregan al expresidente de la República Ricardo Lagos, un documento que expresaba los “objetivos sanitarios para la década 2000-2010”. Este documento busca la intervención de los objetivos en salud pública desde una nueva perspectiva, con definiciones claras de metas a corto y largo plazo, con una visión más realista de las condicionantes sociales, enfermedades prevalentes y la evidencia de políticas públicas desarrolladas en décadas anteriores, dirigidas principalmente a

la erradicación de la pobreza, disminución de la mortalidad y aumento del acceso en salud (Armijo, 2011; MINSAL, 2016).

En este mismo año, continuando los lineamientos expuestos en los objetivos sanitarios de la década, el Ministerio de Salud (MINSAL) plantea cuatro ejes para la formación de un nuevo plan de salud: Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera, elementos que definieron el Plan de Atención Universal con Garantías Explícitas (AUGE). La nueva política generada debería garantizar a todos los ciudadanos el derecho a acceder a un conjunto de prestaciones mínimas (25 identificadas inicialmente en base a prevalencia de éstas), en condiciones estipuladas contractualmente y que, en paralelo, especifique los plazos de espera, protocolos de atención y copagos conocidos y limitados (Bastías, 2007).

En el año 2004, durante la elaboración del plan piloto del programa, el Ministerio de Salud es reestructurado, creando la Subsecretaría de Redes y Salud Pública, y la subsecretaría de Superintendencia de Salud, entes reguladores que se encargarían de controlar el curso del plan AUGE. Esta reestructuración consideró además el cambio del AUGE, que pasó a llamarse Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) y que consideraba 40 patologías más prevalentes a la fecha. Además, se estipuló el control independiente de los sistemas de salud pública y privada, velando por el cumplimiento de la política pública y monitorizando y verificando la concordancia de su ejecución con la realidad socio sanitaria del país, considerándose un programa transversal a todos los sistemas de salud, independiente del origen y su financiamiento (Goic, 2005).

En el contexto de lo establecido en la Ley N.º 19.966, promulgada en el año 2004, el Ministerio de Salud elabora y publica lo que denomina las Guías de Práctica Clínica, conocidas

como Guías Clínicas (GC), que corresponden a cada uno de los problemas de salud que son objeto de garantías explícitas. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica (Pantoja, 2014).

El fin de la elaboración e implantación de guías de práctica clínica, desde un enfoque basado en la evidencia, es pasar de criterios basados en la validez subjetiva de los procedimientos y métodos clínicos utilizados en la práctica médica, a otros que se fundamenten en datos objetivos, utilizando un método que favorezca la toma de decisiones racionales estableciendo criterios de prioridad en la actuación, y considerando las disposiciones técnicas y administrativas (Pantoja, 2014).

En base al principio básico del enfoque basado en evidencia, de utilizar la mejor evidencia posible para así dar el mejor tratamiento y diagnóstico, las GC tienen el potencial de mejorar la atención de los pacientes a través de la promoción de las intervenciones de beneficio probado y desaconsejando las inefectivas. Para ello es fundamental que las guías se incorporen en la práctica clínica, es decir, que los profesionales sanitarios adopten sus recomendaciones y las apliquen a sus pacientes, y que, además, cumplan con estándares de calidad, seguridad y actualización. La implementación de las GC involucra un proceso de cambio que en muchas ocasiones es complejo y depende de múltiples factores, siendo frecuente la falta de actualización profesional y la resistencia al cambio, a pesar de no haber sido validada por un proceso sistemático de búsqueda de evidencia que la sustente. En este contexto, se destacan las brechas

de implementación desde una perspectiva clínica (médica y no médica), además de otras profesiones afines, y que están insertas en las GC, con una mirada transversal de implementación y ejecución de objetivos hacia la práctica, y el cumplimiento de la política pública, de salud, hacia la población (Artaza, 2022; Diaz-Valdés, 2023). Desde el inicio del Plan AUGE, la elaboración de las Guías de Práctica Clínica se ha realizado, pero muy pocas veces se han actualizado dentro de la evolución de la patología, los nuevos requerimientos clínicos y el contexto socio sanitario en el avance de los años, lo que promueve a una disminución de los niveles de calidad de las guías en sus inicios, versus el contexto actual, razón que promueve a un análisis constante, cada tres años, del plan en general y de las GC como instrumento de dirección inserto en el Plan AUGE.

Reforma AUGE- GES: Deudas Pendientes

El trabajo de la implementación del Plan AUGE-GES ha involucrado éxitos y fracasos, por lo que la reformulación de las recomendaciones e intervenciones ha jugado un rol protagónico en su evolución como política pública en salud. Las principales medidas sanitarias se han manifestado en la renovación, actualización e implementación de los sistemas sanitarios (establecidos dentro de los ámbitos primarios, secundarios y terciarios del sector público), definiendo los objetivos de cada uno de ellos en el nivel de patologías que se presentan: agudas, crónicas o terapéuticas. Estos niveles han ido de la mano con la evolución de la prevalencia de enfermedades emergentes, la disminución de enfermedades erradicadas y el protagonismo del recurso físico y humano en el correcto desarrollo de la estrategia en el ámbito hospitalario, social y gubernamental (Goic, 2015).

Como se mencionó anteriormente, en un comienzo, este plan considera trabajar en la cobertura de patologías específicas, más prevalentes en la población, y que no lograban ser resueltas principalmente por contextos técnicos o presupuestarios, tales como: falta de personal capacitado, recursos físicos, largas listas de esperas, fallecimiento por falta de resolución, ausencia de articulación de la red nacional de salud. Actualmente, parte de estos problemas aún persisten en la población, y siguen apareciendo en el discurso social del año 2019, como demandas del estallido social, y que se traducen principalmente en la disminución de la brecha existente entre la atención pública y privada, en conjunto con sus coberturas correspondientes (Bastías, 2007).

El Plan AUGE, ahora GES, desde sus inicios, se ha encontrado con dificultades de diversa índole, destacando tres áreas. En primer lugar, dificultades programáticas, ya que no coinciden los lineamientos de cobertura, acceso y los resultados en la sociedad. Esto debido a que no se observa una disminución en las listas y tiempos de espera para el tratamiento de patologías específicas de resolución quirúrgica. En segundo lugar, dificultades metodológicas relacionadas a un deficiente diseño y actualización de las GC, esto en base al contexto epidemiológico cambiante en Chile. Finalmente, hay dificultades externas tales como la reestructuración de la prestación de servicios, invisibilización de la importancia de la atención primaria sobre la hospitalaria, factores epidemiológicos y demográficos como el envejecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida (Goic, 2015). A partir de lo expuesto surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se ha desarrollado el Plan de Garantías Explícitas en el sistema sanitario de Chile, desde un enfoque del acceso, la calidad y la mortalidad en Chile?

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Una comprensión de la Política Pública y su generación

Las políticas públicas constituyen un marco formal que permite la especificación de las intenciones y objetivos que se desprenden de una agenda pública, o a su vez, de una demanda social o problemática poblacional. Se entiende por política pública a la expresión formal de la decisión del aparato central de implementar acciones frente a un problema (González, 2015).

El proceso de elaboración de una política pública se sitúa en un escenario donde convergen, luchan y se conciertan fuerzas políticas y de poder que buscan responder a un problema (Aguilar, 2009; Parsons, 2007). Es así como no existen políticas públicas universales, las políticas dependen de las necesidades reveladas a nivel local y dependiente del contexto en el que esté inmerso. El proceso de formulación, generalmente, se desarrolla en distintos escenarios formales e informales en los que intervienen múltiples actores, individuales y colectivos, tales como: agentes estatales oficiales, políticos profesionales, partidos políticos, grupos privados, sindicatos, medios de comunicación, movimientos sociales, empresas y diversos miembros de la sociedad civil, entre otros (Aguilar, 2009).

Las instituciones cumplen un rol determinante en la construcción de políticas públicas, y en los conflictos y negociaciones que éstas suponen a través de la identificación del problema y planteamiento de soluciones, los incentivos, oportunidades y limitaciones que las instituciones proporcionan a los actores que desempeñan un papel relevante (Villanueva, 1992).

El proceso de generación e implementación de políticas públicas supone etapas. Con fines pedagógicos, estas etapas se suelen describir de manera desagregada y lineal, pero en la

práctica no existe una separación real entre ellas y puede haber componentes holísticos y habiendo incluso superposición de estas. Existen diversos modelos para describir la secuencia de las etapas que componen el proceso de elaboración de una política pública. Para efectos del presente estudio, por su eficiencia operativa, se utilizará como guía el modelo de Acuña y Repetto (2001) que reconoce cinco etapas: (i) estructuración del problema público e ingreso a la agenda gubernamental/política, (ii) generación de alternativas, (iii) toma de decisión y diseño, (iv) implementación y (v) evaluación (Acuña, 2001).

De acuerdo con el modelo de Acuña y Repetto (2001), la primera fase constituye la estructuración de un problema público a partir del quehacer de actores vinculados entre sí alrededor de un tema-problema. En esta fase, se define el problema, se plantean hipótesis sobre sus causas y se proyectan soluciones posibles, desde una mirada que involucre a todos los actores. Los diferentes gobiernos han hecho esfuerzos para ordenar demandas, definir problemas, diseñar y generar políticas. El posicionamiento de un asunto en la agenda depende de la convergencia de actores, oportunidades de elección, problemas, actores y soluciones (Carrasco, 2019). Es importante destacar que los requisitos para que un problema, generalmente de carácter social, tenga la importancia correspondiente e ingrese a agenda, son: a) ser objeto de atención amplia o contar con un vasto conocimiento público; b) conseguir que el público considere que su abordaje requiere acciones urgentes; c) precisar que las acciones que su solución demanda sean de competencia de alguna entidad gubernamental (Zuluaga, 2017). Para cumplir con estos tres requisitos, individuos u organizaciones fuerzan intercambios mediante el diálogo ciudadano, la invocación de leyes, las polémicas con la autoridad, las aclaraciones públicas, las negociaciones colectivas y los acuerdos de diversa índole, entre otras estrategias (Aguilar-Villanueva, 1993; Zuluaga, 2017).

De manera complementaria se consideran los factores que se establecen como indispensables: que la demanda social alcance ribetes de crisis o escándalo público, que genere impacto emocional en la opinión pública y que cuente con una cantidad importante de personas afectadas (Moreno, 2009), siendo claves los papeles que desempeñen, en plena elaboración de una política pública: los grupos de interés, los medios de comunicación, la tradición y la cultura (Garretón, 2004).

La segunda etapa del ciclo consiste en la incorporación del problema a la agenda gubernamental correspondiente (Acuña, 2001, Araujo 2000). El proceso de formación de agenda constituye un proceso complejo y coyuntural, a través del cual problemas y cuestiones llegan a llamar la atención seria y activa del gobierno en tanto asuntos posibles de ser subsumidos en una política pública (Aguilar, 1993; Acuña y Repetto, 2001). En este sentido, es menester considerar el carácter dinámico, cambiante y complejo que tiene el proceso de instalación de un problema en la agenda. Las interpretaciones y objetivos mutan en función de los distintos actores que se van involucrando o excluyendo, y de los cambios en los marcos de sentido que los orientan (Araujo, 2000; Acuña y Repetto, 2001).

La formación de la agenda pública es un proceso político relacionado con la dinámica de las relaciones de poder que da cuenta del carácter del sistema político que lo alberga y del tipo de relaciones particulares que se establecen entre el Estado y la sociedad civil en un momento específico (Lahera, 1998; Acuña y Repetto, 2001). Por lo mismo, no es aventurado considerar que la formación de la agenda permite resolver varias interrogantes: ¿cuáles son los agentes que efectivamente definen los problemas públicos?, ¿quiénes pueden transformar cuestiones sociales en políticas públicas prioritarias para un gobierno?, ¿quiénes están siempre

dispuestos a actuar ante demandas de ciertos grupos? o ¿cuál es el marco ideológico que sustenta la priorización de los asuntos públicos? (Villanueva, 1993).

En Chile, el modelo de Acuña y Repetto (2001) y su metodología, ha sido utilizado en diferentes iniciativas de política pública en salud. Por ejemplo, en el año 2010 se implementó en el país el Plan Nacional de Salud 2011-2020, el cual se basó en los principios de este modelo para orientar la asignación de recursos y la definición de prioridades en el sistema de salud. Además, de la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020 usado para identificar los principales determinantes de la salud y establecer las acciones y políticas necesarias para abordarlos. Otro ejemplo de aplicación del modelo de Acuña y Repetto en Chile es el Programa de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE), el cual establece un conjunto de prestaciones garantizadas y financiadas por el Estado para enfermedades específicas, con el objetivo de mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria (Escobar, 2021).

Políticas Públicas de Salud en Chile, desde un Enfoque de Derechos

La salud de los individuos está relacionada directamente con la existencia, con la vida misma. Por lo mismo, el derecho a la salud es considerado un derecho humano fundamental (Franco, 2008). Más aún, la salud de las poblaciones se relaciona íntimamente con el desarrollo de las sociedades, con la gestión de políticas públicas, con la marcha de la política exterior, con la interacción entre diversos actores en los contextos regionales y mundiales, y con los avances de la ciencia, la tecnología y el acceso a la información (OPS-OMS, 2012).

En América Latina, la exclusión en salud afecta a un 60% de la población, en parte, porque la capacidad de pago de las personas se transforma en un factor restrictivo (OPS-OMS, 2002). Esta situación favorece el surgimiento de grupos desprotegidos, desprovistos de cualquier respuesta de atención hacia sus necesidades y demandas en salud. En este escenario, la labor de los Estados consiste en interpretar las necesidades de la sociedad para, luego, actuar de la manera más eficaz posible y así llegar a satisfacer las demandas originadas (Carrasco, 2009). Existe consenso en que los Estados están llamados a diseñar, implementar y administrar políticas públicas de amplio acceso, capaces de reducir las desigualdades y dar respuesta a las distintas demandas sociales. Por medio de acciones estatales eficientes se conseguiría aportar en el respeto de los derechos fundamentales de las personas y el desarrollo humano integral (Erazo, 2010; OPS-OMS, 2002).

La relación entre salud y derechos humanos emerge como un imperativo ético; no obstante, el derecho a la salud aún está sujeto a la regulación legislativa particular de cada país (Franco, 2008). En términos normativos, la Constitución Política de la República de Chile (promulgada en el año 1980, durante el gobierno de Augusto Pinochet) establece el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. Específicamente, en lo relativo al derecho a la protección de la salud, el texto establece que “el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación del individuo, ya sea a través del sistema público o privado de salud (Art. 9º) (Goic, 2015).

Durante las últimas décadas ha ganado gran importancia el enfoque economicista en lo que refiere a políticas públicas en América Latina. Este enfoque implica que los ministerios de Hacienda han ganado gran poder como actores decisivos a la hora de la formulación y discusión

de políticas públicas (Dávila, 2011). Como organismo internacional, la OMS establece tres grupos fundamentales de políticas públicas en salud. El primer grupo está constituido por las políticas de los 48 sistemas sanitarios relacionadas con temas como medicamentos esenciales, tecnologías, controles de calidad, recursos humanos y acreditaciones. El segundo grupo está conformado por las políticas y programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios y a intervenciones de salud pública clásicas, tales como: higiene pública, prevención de enfermedades y promoción de la salud. El tercer grupo, en tanto, está compuesto por las políticas basadas en el mejoramiento de la salud de la población mediante la acción de sectores distintos al sanitario (OMS, 2009).

La actual Estrategia Nacional de Salud, en parte, da cuenta de la direccionalidad con la que Chile establece sus prioridades en términos de políticas públicas de salud. Dicha estrategia propone cuatro amplios objetivos sanitarios para el periodo 2011-2020: (a) Mejorar la salud de la población. (b) Disminuir las desigualdades en salud. (c) Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud. (d) Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. Junto con sus objetivos, la estrategia incorpora recomendaciones de políticas públicas destinadas al Inter sector (Goic, 2015). Para el periodo 2021 -2030, los objetivos sanitarios se traducen en: (a) Mejorar la salud y el bienestar de la población, (b) Disminuir las inequidades en salud, (c) Asegurar la calidad de la atención en Salud, (d) Avanzar en la construcción de comunidades y entornos saludables (MINSAL, 2019).

Estas recomendaciones son concebidas como orientaciones para un trabajo periódico y sistemático de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, dónde sobresalen focos

tales como los accidentes de trabajo, los accidentes de tránsito, la calidad de las aguas rurales, las condiciones de empleo, el consumo de alcohol, el consumo de drogas ilícitas, el consumo de tabaco, la discapacidad, el entorno urbano en relación con la salud, la regulación de la fecundidad, la salud en el adulto mayor, la salud en los inmigrantes, la salud en las personas en situación de calle, la salud mental en personas privadas de libertad, la salud en los pueblos indígenas, el sedentarismo, la seguridad de los alimentos y nutrientes críticos, el sexo seguro, la vigilancia de contaminantes atmosféricos relevantes para salud y la violencia intrafamiliar (MINSAL, 2011).

Entre las políticas de protección social del sector salud creadas en la primera década del siglo XXI en Chile, destaca el Plan Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). El Plan AUGE nace en el marco de la reforma de la salud y se propone asegurar la atención de todas las personas que sufren un grupo de enfermedades determinadas, de mayor prevalencia en el país. El fin de este plan es terminar con la incertidumbre que ocasionan las listas de espera para los adscritos al sistema público de salud y, también, con la desmesurada carga financiera que deben padecer los adscritos al sistema de salud privado (Larrañaga, 2010). Por consiguiente, este sistema de priorización de salud define garantías de oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de problemas de salud, para el total de la población adscrita a los sistemas de salud tanto públicos como privados.

Sistema de Salud en Chile

El principal objetivo del sistema de salud chileno busca garantizar un acceso libre, cercano e igualitario de todos los habitantes a la salud. Para el cumplimiento de este objetivo, desde el año 2000 se ha trabajado en múltiples normas y leyes que en su conjunto conforman la Reforma de Salud: Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, Ley 19.895 de Instituciones de salud privada, Ley 19.966 GES- AUGE, Ley 20.015 de regulación de ISAPRES, Ley de Derechos y Deberes del paciente. Estas leyes buscan un acceso libre, equitativo e igualitario a la salud en todas sus prestaciones, considerando la Ley AUGE-GES como la más relevante en este aspecto, debido a la creación de un plan de salud de carácter obligatorio, y que considera en sus normas técnicas tanto a usuarios FONASA, como usuarios ISAPRE, trabajando en conjunto para garantizar el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, y que deben ser otorgadas a todos los problemas de salud incluidos. Las prestaciones de salud que involucra la reforma, en los ámbitos antes descritos, consideran los de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo. El trabajo de las nuevas leyes en salud intenta lograr una mejoría en la eficiencia del sistema público, con una disminución de brecha existente en el sistema privado.

Financiamiento del sistema de salud chileno: Lo público y lo privado

El Sistema Público en salud, es liderado por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, a quienes les corresponde la función normativa, el diseño de políticas o programas y la coordinación de las entidades del área. Prevalece un enfoque de auto regulación, de tal manera que el organismo financiero público no es controlado de la misma forma que las

instituciones privadas. En el caso de los prestadores, el Sistema Público actúa como fiscalizador del sector privado y de sus propios establecimientos. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es el servicio descentralizado responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del Sistema Público, teniendo a su cargo la operatoria del seguro social de salud de los usuarios del sector público. La base productiva de este sistema está conformada por más de veinte Servicios de Salud, organismos autónomos con personalidad jurídica y patrimonio propio, responsables de las prestaciones de salud secundaria y terciaria ofrecidas a través de una red de establecimientos hospitalarios, así como de centros de atención abierta, adosados a los hospitales (MINSAL, 2009).

Por otro lado, la atención de salud primaria en el Sistema Público está a cargo de Centros de Atención Primaria, los cuales ofrecen servicios curativos de baja complejidad técnica a través de una modalidad de atención abierta, realizando también, actividades de fomento y prevención de salud (Gatica, 2008).

La elección del Sistema Público tiene carácter unilateral, puesto que basta la decisión del demandante para que acceda, junto a sus dependientes, a los beneficios de salud provistos por el sector. Esta modalidad corresponde al tipo de seguro social en la medida que los beneficios que se obtienen no poseen necesaria relación con el nivel de la cotización efectuada. Por otro lado, se produce la redistribución característica de estos sistemas, desde las personas que perciben mayores ingresos hacia aquellas que perciben ingresos más bajos (Goic, 2005).

Cuando las personas se incorporan a FONASA obtienen acceso a dos tipos de oferentes de salud. La primera, es la modalidad institucional, que permite acudir a los consultorios de atención primaria de las Municipalidades y, en caso de las atenciones de mayor complejidad,

ser referido a los establecimientos hospitalarios del Sistema Público. La segunda modalidad de atención de libre elección, está abierta solamente para los beneficiarios cotizantes de FONASA, los cuales pueden acudir a un conjunto de prestadores privados, asociados con FONASA para tal efecto.

Tal como lo señala el artículo 159 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, los afiliados, con las excepciones que establece la ley, deben contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban del Régimen, mediante pago directo, en la proporción y forma establecidas por la normativa vigente. Asimismo, el Sistema Público acoge a las personas y/o familias que no disponen de ingresos, que para términos administrativos son denominados indigentes, los cuales son clasificados como beneficiarios no cotizantes de FONASA.

Los beneficiarios de FONASA tienen derecho a atención y medicamentos gratuitos en los consultorios de atención primaria del Sistema Público. Sin embargo, como se muestra en la Tabla 1, desde su creación y hasta el año 2023 el acceso a los establecimientos hospitalarios requiere un copago que varía según el nivel de ingreso del usuario, entre un 0% y 75% del arancel establecido para la prestación (Sagredo, 2000), habiendo un cambio en el año 2022, en que se modifica la Resolución 1112 existente desde el año 1999 respecto a copago FONASA, incluyendo el copago cero en todas las prestaciones hacia los beneficiarios FONASA, independiente de su categoría (FONASA, 2023).

Tabla 1: Clasificación de los Afiliados a FONASA y copagos de prestaciones

Grupo de Afiliación	Característica	Copago	
		Hasta 2022	Desde 2023
Grupo A	Personas indigentes o carentes de recursos. Adscritos a Ley 18.020 de subsidio familiar o DFL N° 869 de pensiones.	0%	Cero
Grupo B	Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda el ingreso mínimo mensual aplicable a trabajadores mayores de 18 años o menores de 65 años.	25%	Cero
Grupo C	Afiliados cuyo ingreso mensual sea mayor al mínimo mensual aplicable, sin exceder 1.46 veces dicho monto	50%	Cero
Grupo D	Afiliados cuyo ingreso sea superior en 1.46 veces el ingreso mínimo mensual, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean mayor de dos.	75%	Cero

Fuente: MINSAL, 2023

La modalidad dominante respecto del pago a los prestadores de salud en el sector público ha sido de carácter centralizado y burocrático. La asignación de recursos se ha efectuado sobre la base de presupuestos históricos y por criterios de negociación discrecional (Sepúlveda, 2003). En el último tiempo se ha diseñado un conjunto de instrumentos de pago basados en criterios prospectivos según la población adscrita, en el caso de los consultorios municipales y según el tipo de prestación en la atención hospitalaria, los cuales intentan introducir un mayor nivel de eficiencia y rendición de cuentas en la oferta de prestaciones del Sistema Público (Sepúlveda, 2003).

Desde el punto de vista financiero, el Sistema Público cuenta con un presupuesto promedio anual de aproximadamente dos mil millones de pesos para la atención de las necesidades de salud de alrededor de once millones de personas. Según datos del gasto público, durante el periodo 1974-1990, hubo en Chile una caída del Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB, pasando de alrededor de 3,3% el año 1974 a menos de 2,0% el año 1990. Según MINSAL, a partir del año 1991, se experimenta un fuerte crecimiento del gasto en términos absolutos y como porcentaje del PIB (MINSAL, 2009). A partir del año 2008, se retoman los niveles de hacía 35 años, cuando el Gasto Público de Salud como porcentaje del PIB alcanza el nivel superior a 3%, aunque en condiciones demográficas y epidemiológicas diferentes, debido al envejecimiento acelerado de la población (MINSAL, 2015). Actualmente, nos encontramos con un gasto público del 5.83% del PIB, encontrándose en el ranking de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de gasto público en salud en el lugar 42 de 192 países (DIPRES, 2020).

FONASA, a partir del año 2000 y en el contexto de la reforma sanitaria en Chile y como organismo responsable de la gestión financiera del sector, ha puesto en marcha una política destinada a ordenar las fuentes de financiamiento, tomándose como base criterios de eficiencia y equidad. De esta manera, se ha planteado que las cotizaciones no serán destinadas a financiar atenciones de los indigentes, ya que, esto aumentaría la inequidad de un sistema en el cual los cotizantes de altas rentas, se encuentran en las Instituciones de Salud Previsionales Privadas. Adicionalmente, la política respecto al sistema público apunta a evitar que se usen cotizaciones para financiar bienes públicos, ya que, éstos deben ser financiados con recursos provenientes de impuestos generales (Sagredo, 2000).

Por el otro lado, el sistema privado de salud, opera como un seguro de salud individual y privado, donde los beneficios ofrecidos son en función de la prima pagada y del nivel de riesgo médico de los asegurados. En este contexto, la obligación de cotizar el 7% de los ingresos, confiere un rasgo particular al sistema de ISAPRE de nuestro país. Una excepción a esta práctica está dada por la posibilidad de adquirir planes de seguro adicional a cambio de una cotización superior al 7% del ingreso. En efecto, de acuerdo con el monto de la cotización, que puede ser complementado por el asegurado, así como al riesgo médico de los asegurados, la ISAPRE ofrece un plan de seguro de salud que relaciona el gasto esperado con los pagos efectuados (MINSAL, 2016).

Estudios mencionan que los adscritos a este sistema acceden generalmente a prestadores privados (Celedón, 2004). El pago a los prestadores privados opera a través de reembolsos por servicios prestados, sistema que minimiza el riesgo financiero para los oferentes de salud. También existen alternativas de acceso a subconjuntos acotados de prestadores a precios más reducidos que en la variante de libre elección. Esta última modalidad, puede operar a través de listas de prestadores que tienen convenio con la ISAPRE respectiva, donde el sistema de pago continúa siendo por servicio prestado o a través de una modalidad de atención cerrada, en el caso de aquellas ISAPRE que poseen infraestructura propia de prestadores de salud. Actualmente, existen convenios en distintos centros de salud privados, que les otorgan un arancel preferencial o convenios directos de financiamiento, con copagos establecidos y en prestaciones definidas (Artaza, 2022).

La función de regulación del sistema privado es ejercida por el Estado, a través de la Superintendencia de Salud, la cual fiscaliza el cumplimiento de los cuerpos legales específicos

que norman el funcionamiento de dichas instituciones. Hasta el año 2019, la tasa de crecimiento relacionada con el número de afiliados de las ISAPRE ha bordeado el 20% como promedio anual, este crecimiento es aún más fuerte si se considera el subconjunto de la población que cotiza y, en particular, a aquellos laboralmente activos, asimismo se ve reflejado en los indicadores de gasto y de prestaciones de salud (Artaza, 2022).

La preferencia de un conjunto creciente de la población por las ISAPRE, entre los años 2005 y 2015, es un elemento esencial en la evaluación del progreso del sistema de salud chileno, puesto que reveló la mayor elección de los usuarios por el Sistema Privado sobre la alternativa del sector público. Para tal efecto, es válido considerar que, de acuerdo con un estudio cualitativo en salud realizado por Escobar en el año 2008, un 55% de los beneficiarios del sector público estarían insatisfechos o muy insatisfechos con su sistema de salud, mientras que un 69% se sentiría sin protección o insuficientemente cubierto. Al mismo tiempo, un porcentaje significativo de usuarios del sector de ISAPRE, 45%, manifestó insatisfacción respecto de su propio sistema de salud, y el 39% decía sentirse inseguro en tal esquema (Gatica, 2008). Observando así que el sistema de ISAPRE ha sido exitoso en ampliar su base de cobertura, lo cual ha sido posible por el rápido crecimiento económico experimentado por la economía chilena a partir de 1986, y el hecho de que las ISAPRE han desarrollado una agresiva política de crecimiento hacia sectores de ingresos medios y medios-bajos sobre la base de planes colectivos y seguros de menor cobertura. A pesar de ello, gran parte de la población permanece en la actualidad, adscrito al sistema FONASA con los descuentos previsionales correspondientes (Sepúlveda, 2003).

Acceso y cobertura en salud: Modelos en Salud Pública

El acceso a la salud es un resultado homogéneo de variables que interactúan directamente con la disponibilidad de recursos y la forma como la salud llega a una población determinada, principalmente en los ámbitos sociodemográficos, organizacionales y geográficos (Hirmas, 2013). Las garantías en salud están determinadas por las políticas correctamente aplicadas, la utilización de servicios y satisfacción, características del sistema sanitario y la población de riesgo, enfatizando como las reformas en salud y cada una de las planificaciones determinan la utilización de los servicios, características del sistema que se involucran directamente con la satisfacción y el correcto sondeo de los indicadores de calidad en salud. Existen cuatro dimensiones en las cuales trabaja el acceso: características individuales, conductas de salud, características contextuales y los resultados, con una retroalimentación constante para una correcta ejecución de los planes (Andersen, 1974; Hirmas, 2013).

El acceso a la salud estaría relacionado con el resultado del ajuste entre oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda. El modelo de Cobertura de Tanahashi (1976) o “Modelo de cobertura efectiva” define la cobertura como la proporción de la población que recibe atención eficaz, y se explica directamente con la relación del rendimiento del servicio entregado y su resultado como satisfactorio, cuando se logran los objetivos esperados (Hirmas, 2013). El modelo de Tanahashi considera cinco etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva (Figura 1): (i) Disponibilidad, entendida como disponibilidad de servicios del programa, política o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información; (ii) Accesibilidad, asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y/o tiempo de transporte, características

organizacionales en la atención, modalidad para obtener horas y aspectos financieros en general; (iii) Aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros; (iv) Contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención y (v) Cobertura efectiva.

En Chile, el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi ha sido utilizado como un marco conceptual para evaluar la cobertura efectiva de los servicios de salud y orientar la toma de decisiones en materia de políticas públicas. El Ministerio de Salud ha utilizado las dimensiones propuestas por Tanahashi como un marco para medir la cobertura efectiva de las prestaciones de salud en el país.

Por ejemplo, en el año 2014 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Calidad de Atención en Salud (ENCA), que evaluó la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud en Chile, en línea con el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi. Los resultados de la encuesta permitieron identificar áreas de mejora en la cobertura efectiva de los servicios de salud en el país y orientar la toma de decisiones en materia de políticas públicas, focalizados principalmente en los tópicos de satisfacción usuaria, tiempos de espera de atención y disponibilidad de recursos intra y extra hospitalarios.

Asimismo, el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi ha sido utilizado como marco conceptual en el diseño y evaluación de programas y políticas públicas en el ámbito de la salud en Chile. Por ejemplo, el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) de Chile, implementado en el año 2000, utilizó las dimensiones propuestas por Tanahashi para evaluar la cobertura

efectiva del programa y orientar la toma de decisiones en materia de mejora continua (MINSAL, 2015)

SOLO USO ACADÉMICO

Figura 1: Modelo de Cobertura Efectiva.



Elaboración propia

El acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores y obstaculizadoras identificables en las distintas fases del modelo, donde hay grupos sociales, en general las poblaciones más vulnerables, que enfrentan diversas barreras y no tienen contacto con los servicios. Actualmente, el modelo de cobertura y acceso en salud de Tanahashi relaciona la cobertura efectiva con la proporción de la población y su eficacia: el servicio sanitario que se está entregando se debe apreciar como satisfactorio en la medida que logra los resultados esperados en su aplicación. Se logra vincular actualmente con la equidad en el acceso, identifica grupos específicos con necesidades insatisfechas, y todas las barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de los objetivos en la población. Si bien este es un modelo eficiente, su principal debilidad es que, a pesar de representar una población, lo hace desde un factor individual de satisfacción con el servicio y su vinculación con las condiciones de vida. Su enfoque es principalmente constructivista y económico (León et al., 2018).

Existen conceptos relacionados con las inequidades en salud y los determinantes sociales que la provocan, y la forma de evitar estos contextos, las reformas en salud buscan promover un aumento de la equidad en el acceso a la atención en salud. Entendiendo que el acceso a la salud corresponde a todas las acciones individuales de aproximarse o llegar a los servicios de salud, se elabora el concepto de acceso efectivo a los servicios de salud como la posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios de salud cuando lo requiere, entendiéndose además, que los servicios que debe recibir deben cumplir con criterios de calidad, disponibilidad, evitar la mayor cantidad de impedimentos y sean oportunos en cuanto al espacio de prestación (Gutierrez, 2015).

El acceso a la salud es multidimensional, donde las barreras juegan un importante rol, desde los ámbitos espaciales y no espaciales que dificultan una correcta operacionalización (Mejía, 2007). El acceso efectivo se ve limitado por una serie de obstáculos, denominados barreras de acceso, relacionadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas principalmente por la falta de recursos humanos, técnicos y físicos, una inadecuada asignación de recursos, o como consecuencia de una mala definición de plan de beneficios y procedimientos establecidos que trabajan directamente con una lista de beneficiarios que debe solucionar. Existen otras barreras relacionadas con ámbitos presupuestarios, y al sistema de prestación de servicios: fallas en la entrada de usuarios, ineficacia del contacto inicial, mal seguimiento e inadecuada salida o nula resolución del problema. Relacionado con la demanda, intervienen factores como de la predisposición, necesidad y habilidad de los agentes (León, 2018).

Existen modelos que complementan la intención de acceso universal y cobertura efectiva, y que están destinados a clasificar las barreras y facilitadores de acceso a salud existentes. El *Health Care Access Barriers Model* (HCAB), estipula que barreras de acceso a la atención en salud que son modificables, y cuya finalidad es servir como una herramienta práctica para analizar los orígenes de la causa, generar evaluaciones e intervenciones en la sociedad (ver figura 2 página 39). A partir de HCAB, se identifican tres tipos de barreras (Carrillo, 2011):

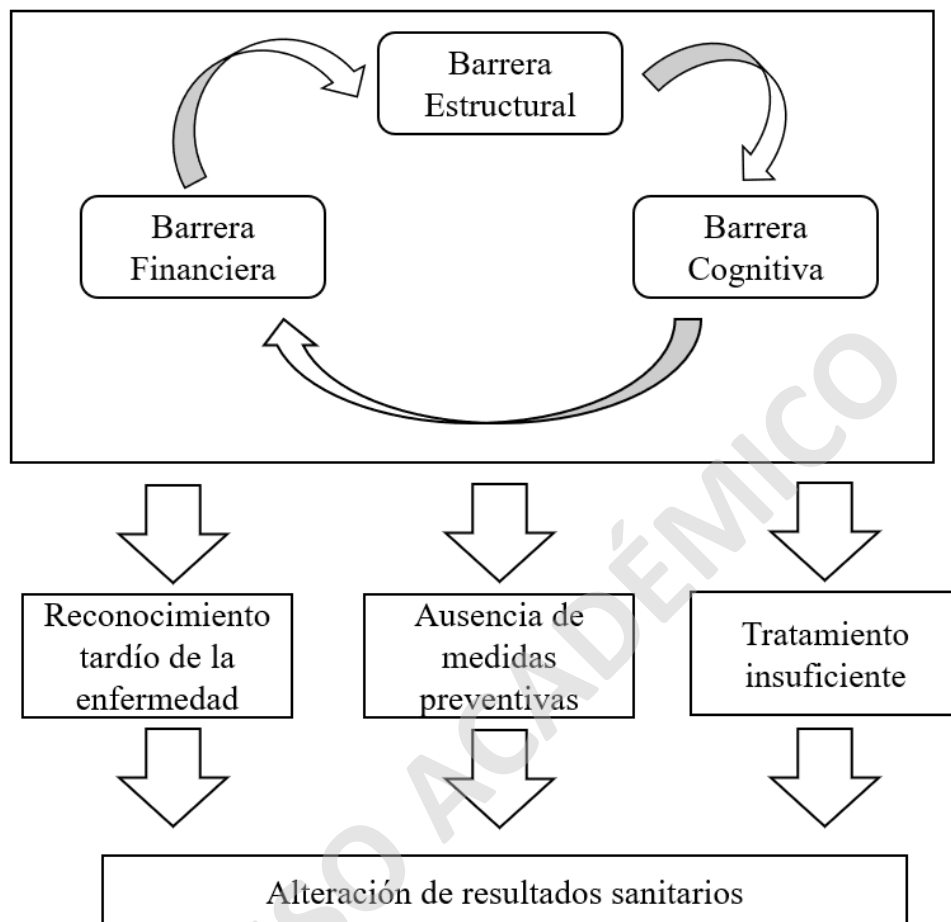
1. Financieras: Asociadas al costo del plan, atención o prestación, uso de seguros de salud, tipos de cobertura y financiamiento .
2. Estructurales: Barreras de carácter institucional y organizacional (disponibilidad física de centros de salud, transporte, acceso digital, recursos de cuidado y seguridad).

3. Cognitivas: Barreras de conocimiento, comunicación, estrategias de prevención, tratamiento y diagnóstico y entendimiento de ello.

El modelo *Health Care Barriers Model* ha sido utilizado en Chile para analizar las barreras que enfrentan los pacientes en el acceso a los servicios de salud. Bermedo (2019), analizó desde HCAB las barreras que enfrentan las mujeres que viven en áreas rurales de Chile para acceder a servicios de salud, utilizando el modelo de barreras de atención médica. Los resultados del estudio mostraron que las principales barreras son financieras y geográficas.

Asimismo, el modelo ha sido utilizado en otros estudios en Chile para analizar las barreras que enfrentan las personas con discapacidad (relacionadas con el trato directo de profesionales y recursos físicos) en el acceso a los servicios de salud, así como las barreras que enfrentan las personas que viven en zonas urbanas marginales (focalizados en distancias geográficas y falta de disponibilidad de especialistas) (Bermedo, 2019).

Figura 2: Modelo HCAB a partir de Carrillo, 2011.



Elaboración propia.

Calidad en Salud como Parte del Derecho Fundamental de Acceso a Salud

Al acceso como derecho fundamental se suma además el derecho a recibir cuidados y tratamientos de calidad. En el ámbito de la salud la calidad se traduce como la propiedad o conjunto de propiedades inherente a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie (Alonso, 2001), pero en el mundo de la gestión, generalmente la definición se acerca a ser el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas (Guix, 2004).

Actualmente, el concepto de calidad en los programas, servicios o instituciones de salud han tomado protagonismo, principalmente por la implicancia de la aplicación de estas medidas en personas, por lo que es imprescindible producir actos de calidad que sean percibidas por el público objetivo. Generalmente se relaciona el concepto de calidad en salud con cuatro ámbitos: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia (Alonso, 2001).

Forrellat (2014) afirma que la equidad se entiende como el otorgamiento de prestaciones a todos por igual, siempre garantizando la accesibilidad; la eficacia hace referencia a las metodologías, tecnologías, estrategias, recomendaciones o parámetros adecuados de atención; la efectividad hace referencia al alcance de cobertura e impacto adecuados a la demanda de la sociedad Finalmente la eficiencia, hace referencia al rendimiento y costos acordes a las prestaciones.

La calidad en salud considera de vital aspecto, la constante mejora de la información, la obtención de resultados y sus análisis en todo el espectro relacionado con la medicina y la atención de personas. Con informaciones adecuadas y actualizadas se puede promover la

disminución de errores, generando impactos sanitarios y epidemiológicos, teniendo datos certeros y claros (Guix, 2004).

Para un trabajo constante en salud, se consideran cuatro parámetros fundamentales de enfoque de calidad: (i) Calidad con enfoque en el paciente, centrado en las necesidades del paciente y su familia; (ii) Mejora de procesos, identificando las necesidades del paciente y la dirección de los procesos clínicos; (iii) Mejora continua, estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo, revisando las formas de dirección y medición de los procesos y los resultados esperados; (iv) Reconocimiento de los éxitos, permitiendo consolidar la correcta ejecución de los procesos, actualizaciones y flujos implementados (Forrellat, 2014).

La calidad en salud en Chile se visualiza a través de distintas herramientas y estrategias que permiten medir y evaluar la calidad de los servicios de salud prestados a la población. Algunas de estas herramientas y estrategias son: (i) Encuestas de satisfacción de usuarios: se realizan encuestas a los pacientes que utilizan los servicios de salud para evaluar su satisfacción y percepción de la calidad de los servicios recibidos; (ii) Indicadores de calidad: se utilizan indicadores de calidad que miden aspectos específicos de la atención de salud, como por ejemplo la mortalidad infantil, la tasa de infecciones intrahospitalarias, la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas, entre otros; (iii) Acreditación de prestadores: los prestadores de servicios de salud pueden someterse a procesos de acreditación para certificar que cumplen con los estándares de calidad exigidos por el sistema de salud chileno; (iv) Programa Nacional de Garantía de Calidad: es un programa que busca mejorar la calidad de la atención en salud a través del fortalecimiento de la gestión de calidad en los establecimientos de salud públicos y privados; (v) Sistema de Alerta Temprana de Eventos Adversos: es un sistema que permite

identificar y reportar oportunamente eventos adversos en la atención de salud para tomar medidas de mejora.

Estas herramientas y estrategias permiten visualizar la calidad en salud en Chile, identificar áreas de mejora y fortalecer la gestión de calidad en los servicios de salud para garantizar una atención de salud segura y efectiva para la población (MINSAL, 2015)

Destaca así, que para el programa AUGE- GES, las guías con recomendaciones y práctica clínica relacionadas con el programa ministerial de Garantías Explícitas en Salud se definen principalmente como textos que incluyen directrices destinados a optimizar el cuidado del paciente, basada en fundamentos científicos y evidencia clínica, evaluando constantemente los riesgos y beneficios de las distintas alternativas terapéuticas. Son una herramienta fundamental para el cuidado de los pacientes en Chile, que, desde su promulgación, tienen la función de responder a las inquietudes sociales y epidemiológicas en la población chilena (Rodríguez, 2016).

La importancia de que las guías clínicas sean elaboradas con estrictos estándares de calidad se manifiesta en la constante aplicación en los centros clínicos, permitiendo optimizar, mejorar y modernizar los tratamientos de enfermedades prevalentes en Chile. Existen múltiples herramientas que han permitido evaluar la calidad de guías clínicas, con distintos porcentajes de evaluación, y que, en Chile, se han aplicado parcialmente hasta el año 2010 en 81 guías ministeriales que responden a 25 patologías, por medio de cuatro instrumentos validados que han permitido la actualización de algunas guías de forma rigurosa, aproximándose a la calidad de excelencia, pero sólo obteniendo resultados aceptables en un gran porcentaje de los programas (Alonso, 2010).

A partir de lo anterior surge la necesidad de estudiar el acceso y calidad de políticas de salud en Chile, para que de esta forma el Estado pueda cumplir con rol de garante de derechos fundamentales, entre los que destaca el acceso a salud de calidad. Por lo que el objetivo general es: Analizar los componentes de acceso y calidad en el sistema de salud chileno, a través del estudio del Plan AUGE- GES (Ley 19.966), la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y su intervención en la mortalidad de enfermedades prevalentes en Chile. De esta se desprenden los siguientes objetivos específicos:

1. Desarrollar la evolución histórica del Plan AUGE – GES y su relación con el acceso y la cobertura dentro del sistema de salud chileno, desde el diseño e implementación en el año 2004, al presente, para así contextualizar en base a las necesidades sociales el surgimiento y aplicación del programa.
2. Realizar una evaluación global de la calidad de las Guías Clínicas (GC) definidas para cada una de las 85 patologías presentes en el Plan AUGE-GES desde la perspectiva de tres evaluadores, e identificar el nivel de relación entre ellos al puntaje otorgado.
3. Explorar el éxito sanitario, a través del análisis de la mortalidad de un grupo de patologías relacionadas con el cáncer, incluidas en el Plan GES, entre el periodo 2000-2022, en el sistema de salud chileno, para deducir la intervención del programa en este ámbito en la población.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

El desarrollo de la investigación se realizó mediante el modelo de Estudio de Caso. Un estudio de caso es un tipo de investigación empírica que se enfoca en el análisis detallado de un fenómeno, evento, individuo, grupo o situación específica. El objetivo del estudio de caso es comprender en profundidad el fenómeno en cuestión y obtener una comprensión completa de sus características, dinámicas y contextos (Yin, 2017).

Para lo anterior, se utilizó un diseño mixto convergente, con aspectos cualitativos y cuantitativos de estudio. El carácter del estudio es descriptivo - analítico, cuya finalidad es describir el fenómeno de estudio dentro de la población en base a sus fundamentos, no existiendo intervención alguna en la ejecución de la investigación. La ejecución de un diseño mixto permitió responder la pregunta principal, sin requerir una intervención o control sobre los acontecimientos, se trata de un evento contemporáneo, posee un sustento teórico regido por dos modelos de salud pública establecidos, y se permite realizar el estudio fenomenológico respondiendo los objetivos de forma convergente en base a dos unidades de análisis (Yacuzzi, 2005). El diseño permite medir, analizar y estudiar el contexto del programa GES y su desarrollo en el sistema de salud chileno (Veiga et al., 2008).

Es importante destacar que en la presente investigación se utilizó un diseño convergente, en que el componente cualitativo y cuantitativo tienen el mismo peso, y no requieren de secuencia, ya que no se desprende el uno del otro (Yacuzzi, 2005). De esta forma, se utilizó un componente cualitativo para dar respuesta al primer objetivo, y un componente cuantitativo para dar respuesta al segundo y tercer objetivo de investigación, como se detalla a continuación.

Componente Cualitativo

Para dar cumplimiento al primer objetivo de investigación, se realizó una revisión sistemática de la literatura, siguiendo la metodología PRISMA, entendida como una guía que se utiliza para este tipo de revisiones, de manera transparente y rigurosa. Considera 10 pasos en el proceso: i) Formulación de la pregunta de investigación, ii) Búsqueda bibliográfica, iii) Selección de estudios, iv) Extracción de datos, v) Evaluación de la calidad de estudios, vi) Síntesis de los resultados, vii) Evaluación de la heterogeneidad, viii) Informe y presentación de la revisión, ix) Discusión e interpretación de los resultados x) Conclusión y recomendaciones (Booth, 2012).

Se realizó la búsqueda de artículos publicados entre los años 2010 y 2020, en las bases de datos bibliográficas de: Scielo, PubMED/MEDLINE, SCOPUS en idioma español e inglés, disponibles en internet y de acceso abierto; y a nivel nacional en la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Para la búsqueda de acceso abierto en internet se siguieron las recomendaciones de la edición 2022 de los descriptores en Ciencias de la Salud, en la página <https://decs.bvsalud.org/es/>. Esta búsqueda permite realizar una actualización de los conceptos en estudios realizados anteriormente, desde una perspectiva de reforma previo y posterior a la implementación de la Ley GES. Se realizó una búsqueda a partir de las siguientes palabras claves: i) “acceso universal a los servicios de salud” AND “Chile”, ii) “cobertura universal de salud” AND “Chile”, iii) “políticas públicas de salud” AND “Chile”, iv) “garantías explícitas en salud”. La búsqueda también se realizó en inglés con los descriptores: i) “universal access to health services” AND “Chile”, ii) “universal health coverage” AND “Chile”, iii) “health

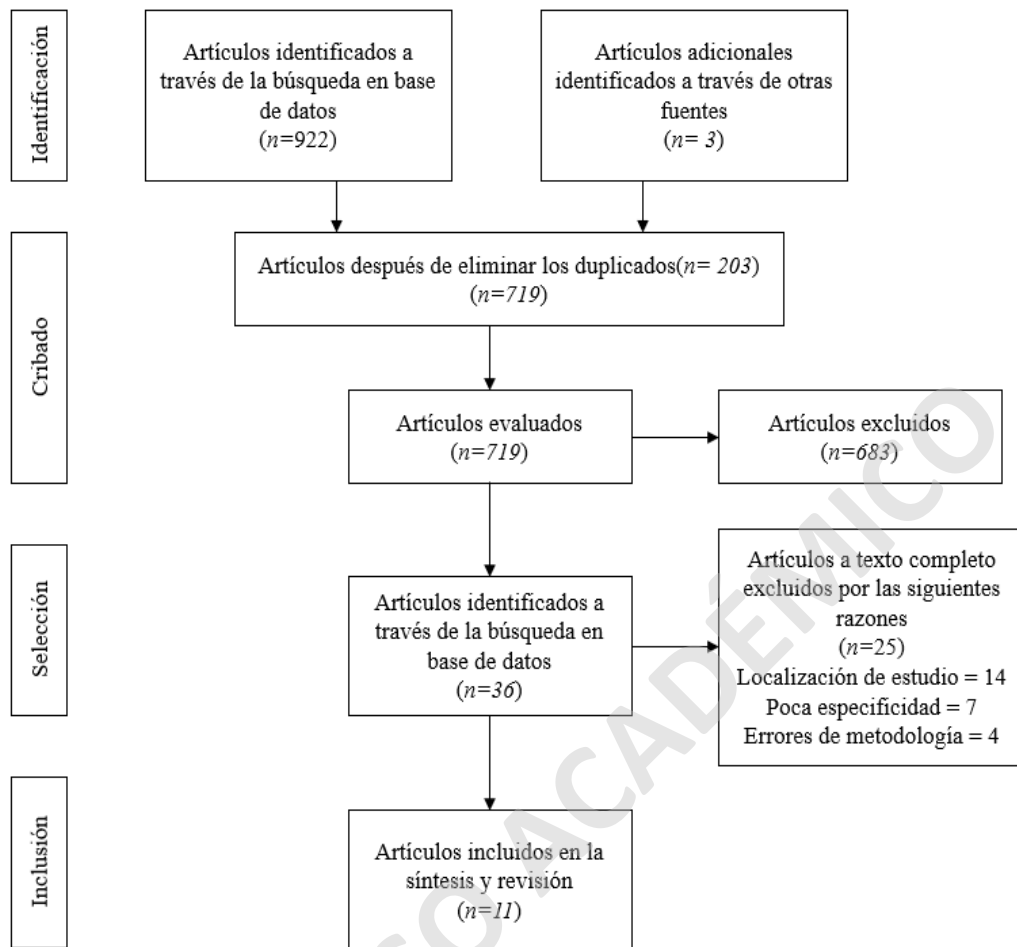
public policies” AND “Chile”, iv) “explicit guarantees in health”. En la tabla 2, se resume la cantidad de artículos identificados por cada base de datos y según sus palabras claves:

Tabla 2: Número de artículos identificados por palabra clave y base de datos

Palabras Clave	PUBMED	SCOPUS	Scielo
Acceso universal a los servicios de salud en Chile	79	88	8
Cobertura universal de salud en Chile	76	156	14
Políticas Públicas de salud en Chile	192	171	61
Garantías Explícitas en Salud	13	13	51

Como se ilustra en la figura 3, se identificaron 925 artículos, habiendo 203 duplicados. De los 719 restantes, se seleccionaron 36, en base a los siguientes criterios de inclusión: i) Artículo relacionado con políticas de salud en Chile (n=6), ii) Desarrollo histórico y reforma de salud en Chile (n= 9) iii) Metodología clara y comprensible: definición de los pasos de estudio, análisis claro, objetivo, concreto y de fácil comprensión para el investigador, (n=12), iv) Relacionado directamente con AUGE -GES y política de salud en Chile. (n=9). Los criterios de exclusión incluyeron: i) Artículos con una publicación de tiempo mayor a 15 años (n=13), ii) Análisis de Programas de Salud que no pertenecen en su totalidad a Chile (n=12), posterior a ello se llega a un total de 11 artículos incluidos en el análisis. Algunos artículos que estaban seleccionados para estudio (n=25) fueron excluidos por poca especificidad de los objetivos de estudio o errores metodológicos, tales como diseños poco claros, ausencia de descripción de variables o metodologías sistemáticas PRISMA o similares, mal aplicadas.

Figura 3: Diagrama de flujo del proceso de búsqueda según PRISMA



La mayoría de los estudios seleccionados aborda las temáticas de acceso y cobertura de forma combinada, y las políticas públicas insertas en el análisis del acceso a la salud en Chile. En la tabla 3, se exponen los principales aspectos detectados y el número de artículos que lo utilizan, para la presente revisión sistemática:

Tabla 3: Aspectos analizados y número de artículos que lo presentan

Aspectos Analizados	Número de Artículos
Acceso a los servicios de salud en Chile	8
Cobertura de salud en Chile	7
Políticas Públicas de Salud en Chile	7
Garantías Explícitas en Salud	4

Componente Cuantitativo

Evaluación por expertos de la calidad de Guías de Práctica Clínica GES, fiabilidad y confiabilidad de la evaluación.

Instrumento

Para dar cumplimiento al segundo objetivo de investigación, se utilizó un instrumento de evaluación denominado “*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*” (AGREE II), desarrollado por un grupo de trabajo internacional compuesto por investigadores y profesionales de la salud, que fue coordinado por la *Guideline International Network* (GIN) y el *McMaster University Health Sciences Centre* en Canadá (Browman, 2010). El instrumento AGREE II se considera una herramienta de evaluación que se utiliza para examinar la calidad y fiabilidad de las guías de práctica clínica (GPC), logrando proporcionar un marco estructurado

para evaluar y mejorar la calidad de éstas (Kho, 2010). En la tabla 4 a continuación, se presentan las dimensiones incluidas en el instrumento, y la cantidad de preguntas incluidas por cada ámbito de estudio, cada una de ellas medida en una escala numérica de 1 a 7, cuya interpretación varía desde muy en desacuerdo (1), a muy de acuerdo (7), exceptuando la variable “Evaluación Global”, que le otorga una calificación a la Guía de Práctica Clínica, desde Muy Malo (1), a Excelente (7).

Tabla 4: Dimensiones estudiadas a partir de la variable calidad, desde AGREE II

Dimensiones Nominal	Definición	Nº Preguntas
Alcance y Objetivos	Evalúa si la guía especifica claramente los objetivos y el alcance de las recomendaciones, identifica el público objetivo y describe las intervenciones o condiciones clínicas a las que se aplica	3
Participación de los Interesados	Evalúa si se involucra a los grupos relevantes de profesionales de la salud y a los pacientes en el desarrollo de la guía.	4
Rigor en el Desarrollo	Evalúa la metodología utilizada para desarrollar la guía, incluyendo la búsqueda y síntesis de la evidencia, el proceso de formulación de recomendaciones y la revisión externa de la guía.	7
Claridad y Presentación	Evalúa si la guía se presenta de manera clara y organizada, con recomendaciones específicas y herramientas prácticas para su implementación.	3
Aplicabilidad	Evalúa la consideración de los potenciales facilitadores y barreras para la implementación de las recomendaciones, así como la existencia de estrategias para su aplicación en la práctica clínica.	4
Independencia Editorial	Evalúa la gestión de conflictos de interés y la transparencia en el proceso de desarrollo de la guía.	2
Evaluación Global	Evalúa la Guía de Práctica Clínica, desde una apreciación completa por parte del evaluador	1

El instrumento AGREE II, durante su creación, fue validado a través de un proceso que ha implicado la participación de expertos en el campo de la investigación y el desarrollo de Guías de Práctica Clínica, con el desarrollo de los siguientes pasos: i) desarrollo del instrumento, ii) revisión de la literatura, con las respectivas recomendaciones de organismos referentes internacionales de la temática de guías clínicas, iii) Realización de metodología Delphi desde sus creadores, cuyo resultado acepta la aplicación del instrumento desde un punto de vista de guías clínicas, iv) Prueba piloto, realizada durante su elaboración y posterior al análisis de expertos, v) Estudio de campo, que contribuye a la fiabilidad y validez del AGREE II, en diferentes contextos. El instrumento fue creado por la Unión Europea, Canadá y Estados Unidos, su proceso de desarrollo inicio entre 1998 y 2001 mediante la conformación de un subgrupo de la revisión de la literatura con financiación del cuarto programa marco de la Unión Europea para tres años (1998-2001); aplicado el primer instrumento de validación a 100 guías de 11 países en el año 2000 siguiendo el mismo protocolo y por diferentes evaluadores. El estudio de validación final se realizó en el año 2001 a 33 guías seleccionadas de manera aleatoria con participación de los mismos países y con un grupo de evaluadores. Tras el análisis de componentes principales la versión final del instrumento refinado contuvo 23 ítems en 6 áreas; la fiabilidad fue satisfactoria y útil para un 95% de las guías (Wurcel, 2012).

En Chile, Rodríguez y colaboradores (2016) aplicó el AGREE II en algunas guías clínicas asociadas al plan AUGE, para un estudio de calidad enfocado en Enfermedades Transmisibles (VIH), Enfermedades Crónicas (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus) y Enfermedades Quirúrgicas (Colecistectomía). Los resultados evidenciaron resultados favorables relacionados con la claridad de los contenidos, pero deficiente en el rigor de la elaboración y aplicabilidad de las guías clínicas (Pantoja, 2011; Rodríguez, 2016).

Muestra y Procedimiento

Para objetivos de estudio, el instrumento AGREE II fue aplicado a las 85 Guías de Práctica Clínica vigentes a octubre del año 2022, lo cual permitió analizar la calidad en todas las dimensiones expuestas por el instrumento, focalizando para objetivos de estudio, la evaluación global de la calidad para cada una de las GC presentes. La aplicación se llevó a cabo por tres expertos profesionales de la salud, que trabajan en temas relacionados con temáticas de GES – dos de ellos que se encontraban trabajando en un Hospital de Alta Complejidad, y uno de ellos estaba trabajando en un Hospital de Baja Complejidad, todos pertenecientes a la Región del Bío Bío. La elección de la ciudad se llevó a cabo intencionalmente por el investigador, debido a la disponibilidad de los expertos a colaborar con la investigación, además de la experiencia y el trabajo directo con el Plan GES presentes en ellos.

Estrategia de análisis

La estrategia de análisis comprometió tres pasos. En primer lugar, se realizó un análisis de medias de calidad para cada grupo de patologías, por cada evaluador en separado y en forma conjunta. En segundo lugar, para evaluar si hubo diferencias significativas en las medias de calidad entre evaluadores se realizó un modelo ANOVA, que se define como una técnica estadística que es utilizada para comparar las medias de tres o más grupos al comparar la magnitud de la variación entre grupos (variación explicada) con la variación dentro de los grupos (variación no explicada). Si la variación explicada es significativamente mayor que la variación

no explicada, se concluye que hay diferencias significativas entre los grupos (Montgomery, 2012).

Finalmente, para medir la concordancia del puntaje otorgado por los tres evaluadores al nivel global de calidad de las GC, una vez aplicado el instrumento, se utilizó el Coeficiente de Correlación Kappa. El coeficiente kappa es una medida estadística utilizada para evaluar el grado de acuerdo entre dos o más evaluadores en una clasificación o categorización de datos categóricos. Es comúnmente utilizado para evaluar la concordancia inter evaluador en estudios de investigación (Cerdeira, 2008). La fórmula se define como:

$$kappa(\kappa) = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

Donde P_o : proporción de concordancia observada, P_e : proporción de acuerdo de probabilidad.

El coeficiente kappa varía entre -1 (desacuerdo total) y 1 (acuerdo perfecto). Se considera que un valor de kappa de 0.75 o superior indica una concordancia sustancial, mientras que valores entre 0.41 y 0.75 se consideran una concordancia moderada, y valores inferiores a 0.4 indican una concordancia pobre. En el caso de tres evaluadores, se utiliza la adaptación de Fleiss Kappa, donde el número de evaluadores n puede ser igual o mayor a 2 (Fleiss, 2013). Para los análisis se utilizó R 4.1.3.

Análisis de mortalidad: Cáncer

Para dar cumplimiento al tercer objetivo, se realizó un análisis de cohorte transversal retrospectivo, que se caracteriza por la selección de un grupo de personas con una característica o exposición en común – entendido como cohorte, quienes son seguidos retrospectivamente en el tiempo, por lo que los datos sobre la exposición y los resultados ya están disponibles al inicio

del estudio. Al ser un estudio retrospectivo, el investigador no tuvo control directo sobre la asignación de la exposición y generalmente no pueden modificar o intervenir en la exposición de interés. En cambio, se basan en datos ya existentes para analizar las asociaciones entre la exposición y los resultados de interés (Rothman, 2008).

El interés de estudio es la evaluación de la mortalidad de los cinco cánceres con mayor prevalencia en la población chilena, ya que, el cáncer es considerado una patología de alta prevalencia e integrada a la Política Pública GES. Para el presente estudio se seleccionó el Cáncer debido a su impacto significativo en la salud y calidad de vida de las personas, así como su alta prevalencia y por ser la primera causa de mortalidad en Chile (Rothman, 2011).

Para efectos de clasificación y ordenamiento de los datos, se confeccionó una planilla Excel de los datos de defunción de 15 patologías cuya causa de muerte es Cáncer, y que están actualmente incluido en GES (Ver el Anexo 1). Una vez realizado el orden según prevalencia, y para efectos del objetivo, se identificó y seleccionó los cinco tipos de cáncer más prevalentes y de mayor mortalidad en Chile: Cáncer Gástrico, Cáncer Colorrectal, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Próstata y Cáncer de Mamas (Descritas en la Tabla 5)

Tabla 5: Promedio de mortalidad por cáncer incluido en GES, en el periodo 2000-2022.

Cáncer	Tasa Mortalidad Promedio 2000-2022
Próstata	21,1
Gástrico	18,9
Pulmón	15,2
Colorectal	8,1
Mamas	7,5
Cervicouterino	6,5
Ovario	4,4
Leucemia (Mayor 15 Años)	4
Renal	3,6

Cáncer	Tasa Mortalidad Promedio 2000-2022
Linfoma (Mayor 15 Años)	3,4
Mieloma Múltiple	2,6
Vesical	2,4
Testículo	1,2
Osteosarcoma	0,7
Tiroides	0,6

Base de datos y Muestra

La recolección de los datos se realizó desde la base de datos de libre acceso del Departamento de Información y Estadística en Salud del Gobierno de Chile, cuyo acceso web es <http://www.deis.cl> y su presentación es en una plantilla anual con la totalidad de las defunciones por año.

La población objetivo corresponde al total de personas fallecidas por cáncer en Chile, entre los años 2000 a 2022, con registro de defunción ingresado en el Departamento de Información y Estadística en Salud (DEIS). Para la inclusión se considerará el total de personas fallecidas por Cáncer Gástrico, Cáncer Color rectal, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Próstata y Cáncer de Mamas, cuyo registro esté completo. No se considerará para el análisis, a todo paciente que tenga como diagnóstico de defunción principal o secundario, la codificación de cáncer no incluida en el programa GES. Lo anterior según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, que se traduce en un sistema de clasificación y codificación de enfermedades, condiciones de salud y causas de morbilidad estandarizados a nivel internacional (OMS, 2002) (Ver anexo 2, para más información). La unidad de medida que se utilizó para calcular la cantidad de defunciones en una población durante un período de tiempo específico,

y fue expresada en cantidad de muertes por cada 100,000 personas en la población en riesgo (López, 2006).

Estrategia de Análisis de datos

La estrategia de análisis comprometió dos pasos. En primer lugar, un análisis descriptivo y exploratorio, para identificar la mortalidad estandarizada anual por cáncer más prevalente en Chile, entre los años 2000 y 2022. En segundo lugar, se realizó un análisis inferencial a través del uso de Series de Tiempo con Cambios Estructurales – utilizando la prueba estadística *de* Chow para su identificación. Todos los análisis fueron realizados en R en su versión 4.3.1.

Las series de tiempo con cambios estructurales, también conocidas como series de tiempo con cambios de régimen, se refieren a aquellos casos en los que hay alteraciones significativas en el comportamiento o las características de una serie de tiempo en un punto específico. Un cambio estructural en una serie de tiempo implica un cambio abrupto y duradero en las propiedades estadísticas o en la relación entre las variables en estudio (Rodríguez, 2002). Estos cambios pueden ser causados por eventos económicos, políticos, sociales, cambios en políticas públicas, intervenciones o cualquier otro factor que afecte de manera significativa el comportamiento de los datos.

Los cambios estructurales pueden manifestarse de diferentes maneras en una serie de tiempo. Algunos ejemplos comunes incluyen cambios en la tendencia, cambios en la varianza, cambios en los niveles o cambios en la relación entre variables (Chow, 1960). En el presente estudio, para identificar y modelar los cambios estructurales se utilizó la prueba estadística de Chow. Que se define como una prueba estadística utilizada para evaluar la significancia de un

cambio estructural en un modelo de regresión. La prueba F de Chow se basa en la comparación de la suma de los cuadrados de los residuos del modelo restringido (que combina todos los datos) con la suma de los cuadrados de los residuos de dos modelos separados para cada subconjunto de datos y sigue una distribución de F (Sánchez, 2008).

Para realizar la prueba de Chow, se calculó la estadística F de Chow y se comparó con los valores críticos de la distribución F correspondientes al nivel de significancia deseado y los grados de libertad apropiados. Si la estadística F calculada es mayor que el valor crítico, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay evidencia de un cambio estructural significativo en el modelo de regresión.

Para esto, se utilizó un modelo para un conjunto de datos definido como:

Ecuación 1: $y_t = a + bx_{1t} + cx_{2t} + \varepsilon.$

el cual es dividido en dos grupos, se obteniendo (Howard, 1989):

Ecuación 2: $y_t = a_1 + b_1x_{1t} + c_1x_{2t} + \varepsilon.$

Ecuación 3: $y_t = a_2 + b_2x_{1t} + c_2x_{2t} + \varepsilon. .$

La hipótesis nula de la prueba de Chow será que $a_1 = a_2$; $b_1 = b_2$, y $c_1 = c_2$, indicando que no hay cambios estructurales. El estadístico del Test de Chow se define en la siguiente formula:

$$\frac{(S_C - (S_1 + S_2))/(k)}{(S_1 + S_2)/(N_1 + N_2 - 2k)}.$$

Donde S_c la suma de cuadrados residuos de la serie original, S_1 la suma de cuadrados residuos del primer grupo y S_2 la suma de cuadrados residuos del segundo grupo, N_1 y N_2 son el grupo de observaciones de cada grupo y k es el número total de parámetros,

Aspectos éticos de la investigación.

El presente estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico Institucional de la Universidad Mayor y posee folio de la carta de aprobación número 0381 (Anexo 5). Este estudio no involucra información personal ni sensible de seres humanos, al tratarse de manejo y tratamiento de datos secundarios de información. Además, no existe análisis experimental, ni muestras biológicas, por lo que conforme a la Ley 20.120 y Ley 20.584 sobre investigación en seres humanos, por lo que se obtuvo carta de excepción por parte del Comité.

Desde el punto de vista ético para la investigación, este estudio maneja las consideraciones para ser ejecutada como estudio social y descriptivo considerando la beneficencia, autonomía y la justicia, principios básicos para cualquier estudio relacionado con personas, y aplicados en el desarrollo de esta investigación.

Para la aplicación del instrumento en el segundo objetivo de investigación, el AGREE II tiene una validación científica y técnica en su estructura y traducción, por lo tanto, para la aplicación en las Guías de Práctica Clínica por parte de expertos en virtud, se requirió de una carta de invitación a la investigación y el fundamento del uso de los resultados para fines estrictamente investigativos, sin conflictos de interés.

Para el cumplimiento del tercer objetivo de investigación, se consideró el análisis de bases de datos secundarias de información disponibles en internet para libre acceso, dónde no

se involucra nombre de las personas, ni ningún antecedente personal que pueda dañar la integridad de ellos. Dado que es un estudio con datos ya recolectados, no necesita de aplicación de consentimiento informado, que fue informado al Comité de Ética correspondiente.

Respecto del principio de beneficencia, se optimizó el beneficio del conocimiento y reduce al mínimo cualquier posibilidad de daño a las personas. Posee un diseño investigativo riguroso, que asegura la validez de sus resultados sin la intervención con personas.

Dentro de los siete requisitos éticos de la investigación en la población propuestos por Ezequiel Emanuel, el valor de esta investigación consiste en generar conocimiento acerca de las implicancias de las reformas de salud en la población chilena, con lo cual se busca contribuir a mejorar las políticas públicas, toda vez que este estudio permitirá tomar razón de las medidas estatales y profesionales de acceso a la salud en Chile, contribuyendo a mejorar la cobertura. El proyecto no expone a riesgos a seres humanos ni a daños potenciales, ni a ellos, ni a la sociedad en la que se presentan (Emmanuel, 2002).

CAPITULO IV: RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se presentan de acuerdo con la metodología aplicada a cada uno de los objetivos específicos determinados para el estudio.

Evolución histórica del Plan AUGE – GES y su relación con el acceso y la cobertura dentro del sistema de salud chilena.

En la tabla 6, a continuación, se detallan los resultados obtenidos conforme a la aplicación de la metodología PRISMA para el análisis histórico de la implementación del Plan AUGE- GES asociado a la reforma en salud.

El plan AUGE surge en complemento a otros programas asociados al acceso a la salud desarrollados en década de los 90', tales como: Programa de la Mujer, Programa de Alimentación Complementaria, Programa de Salud Infantil (Olivera, 2001). Se detecta en un inicio la presencia de barreras y facilitadores que estaban interviniendo en el acceso a la salud en Chile. Estas barreras estaban determinadas principalmente por inequidades sociales y la falta de acciones conjuntas del Ministerio de Salud con otras entidades gubernamentales que pudieran permitir el acceso a la salud a la sociedad en general, asociados a planes ya implementados en el país, enfocados principalmente en una atención primaria con escaso desarrollo (Hirnas, 2013). Si bien se destaca la existencia de barreras, también existen facilitadores que permitieron que la salud esté nuevamente en la población, por medio de los distintos programas de salud que se elaboraron a partir de la reforma sanitaria en Chile, durante el año 2000, que incluyó: mejoramiento de la atención primaria y programas de alimentación complementaria, entre otros (Hirnas, 2013; Oliva, 2022).

Tabla 6: Principales características de los estudios incluidos en la revisión sistemática

<i>Autor/Año</i>	<i>Título</i>	<i>Base de Datos</i>	<i>Metodología</i>	<i>Resultados</i>
Hirnas et al, 2013	Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión cualitativa.	SciELO	Revisión sistemática de literatura publicada durante el periodo 2000-2010 en seis fuentes internacional, con metodología Caspe y declaración STROBE.	- Existen barreras y facilitadores en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud. - Las barreras de acceso a la salud están socialmente determinadas, principalmente por expresión de inequidades sociales y que requieren acción conjunta con otros sectores para ser reducidas o eliminadas.
Urriola et al, 2015	Chilean Health reform ten years since its implementation.	SciELO	Revisión de literatura sobre antecedentes pre-reforma en salud en Chile, diseño e implementación del programa AUGE y entrevistas a informantes del desarrollo.	- Se destaca la importancia de la definición de la equidad en salud en la pre-reforma, determinando cuatro dimensiones de diseño y nueve fases de implementación. - El AUGE expresa un fortalecimiento de la salud pública, desde una mirada de inversión y de Guías de Práctica Clínica que estandarizan las acciones de salud hacia la población.
Alvear et.al, 2022	Determinantes sociales que influyen en el acceso en Chile al Plan GES, Según CASEN 2017.	SciELO	Análisis cuantitativo de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del año 2017.	- Las personas con mayor probabilidad de acceso al plan GES pertenecen a los quintiles de menores ingresos y son en su mayoría mayores de 60 años. - Las enfermedades con mayor probabilidad de acceso al programa son hipertensión arterial primaria, diabetes mellitus tipo 1 y 2, infarto agudo al miocardio, asma bronquial moderada y severa, cáncer de mama, cáncer de colon y trastorno bipolar.

Tabla 6: Principales características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (Continuación)

Autor/Año	Título	Base de Datos	Metodología	- Resultados
Oliva et.al, 2022	Análisis del sistema de salud chileno y su estructura en la participación social.	Scielo	Análisis cualitativo de tipo narrativo	- Define la organización de la política sanitaria como altamente centralizada y estructurada desde el estado. - La participación de la sociedad dentro del sistema de salud chileno está establecida desde una mirada institucional, con constantes presiones desde estamentos no gubernamentales. - Involucra la participación ciudadana, y los cambios requeridos para satisfacer a la población.
Gómez et.al, 2021	Vigilancia del acceso a la salud en Chile: Un sistema de indicadores para monitoreo multidimensional.	PubMed	Estudio descriptivo longitudinal por aplicación de encuestas representativas en tres regiones de Chile.	- El estudio propone un sistema de 26 indicadores que construyen directamente en la monitorización de las barreras de acceso en Chile. - Logra identificar los elementos que están asociados a una mayor utilización de los servicios de salud, centrados principalmente en: acceso a la salud, satisfacción de los usuarios, características del sistema sanitario y políticas públicas sanitarias.
Artaza et. al, 2020	Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud.	SCOPUS	Análisis cualitativo de tipo narrativo.	- Define la relación entre los movimientos sociales en Chile y la demanda por una mejor cobertura en salud, con una preocupación de la población sobre el acceso a la salud en el país. - Los cambios en el sistema de salud son considerados imposterables, y requieren una evaluación política y técnica de gran calidad para ser viables. - Se precisa la implementación de transformación en el sistema público y privado, y generar modelos estructurados de redes de atención.

Tabla 6: Principales características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (Continuación)

Autor/Año	Título	Base de Datos	Metodología	- Resultados
Lemp & Calvo, 2012	¿Aceptación o rechazo de la estandarización clínica? Médicos chilenos hablan de las guías clínicas y canastas de prestaciones.	PubMed	Entrevistas semiestructuradas que exploran el nivel de aceptación de la estandarización y variación de la práctica clínica en el AUGÉ-GES	- Los resultados muestran una ausencia del rechazo hacia la estandarización de los procesos clínicos. - Existen diferencias en el discurso de los médicos en relación con la práctica clínica involucrada en el AUGÉ.
Núñez et.al, 2013	Equity in Health care utilization in Chile.	PubMed	Análisis secundario de datos desde CASEN 1992-2009 y encuesta de satisfacción 2006.	Existen desigualdades en el sistema sanitario que benefician a los más favorecidos, y se identifica a la educación y el pago de la atención en salud como factores que afectan el acceso en salud.
Román & Muñoz 2013	Una mirada crítica en torno al plan AUGÉ. Algunos aspectos generales y valóricos.	Scielo	Revisión documental de las disposiciones generales del programa y gestión de valores.	- Existe una constante discusión respecto a los aspectos involucrados con la atención directa de la población. - Existe un contraste de los aspectos positivos y negativos desde un punto de vista ético, que promueve a eventuales cambios en la dirección de la política pública.
Masad, 2016	Reforma de Salud en Chile	PubMed	Artículo cualitativo narrativo.	- Considera el contexto de la reforma en salud en Chile como un proceso y desarrollo en la sociedad. - Enumera y menciona las tareas de cambio programáticas: Generar conciencia del cambio, adecuar los programas a los perfiles de salud, descentralización de las decisiones, establecer incentivos y corregir el sistema privado de salud.

Tabla 6: Principales características de los estudios incluidos en la revisión sistemática (Continuación)

<i>Autor/Año</i>	<i>Título</i>	<i>Base de Datos</i>	<i>Metodología</i>	<i>- Resultados</i>
Domínguez et. al, 2020	National Health Policy Reform from Primary Care in Chile: A qualitative Analysis of the Health Program Documents.	PubMed	Análisis documental con muestra intencional de documentos programáticos de Atención Primaria en Salud.	- La mayoría de las justificaciones del programa se centraron en el enfoque biopsicosocial de la atención al tiempo que incluían intervenciones biomédicas y apoyaban el trabajo profesional independiente. - Solo 4 de los 13 programas estudiados fueron consistentes en la justificación, 2 desde la perspectiva biopsicosocial y 2 desde la mirada biomédica.

Para la implementación correcta de este nuevo plan contemporáneo asociado al acceso “universal” de la salud, se torna relevante la importancia de la definición de equidad en salud, existente antes y posterior a la implementación de este programa, determinando la existencia de fases de implementación que permitieron un acceso paulatino a la salud resolviendo las principales problemáticas existentes en Chile, entre los años 1998 y 2005. Si bien el AUGE está dentro de esta reforma en salud, este programa lo que busca es generar estandarización de las acciones asociadas exclusivamente a las patologías más prevalentes, y que permitan solucionar las principales problemáticas, entre las que se encuentra la lista de espera (Urriola, 2015).

En un contexto de necesidad de acceso y cobertura presente en Chile durante esta época, es importante el trabajo conjunto con los determinantes sociales establecidos por la Organización Mundial de la Salud, y que concluyen principalmente que la mayor probabilidad de este nuevo Plan AUGE-GES serían las personas que pertenecen a los menores ingresos, sin considerar los requerimientos de los usuarios del sistema privado o particular. Esto, debido a la definición de población de riesgo con necesidad de solución de su salud, más que una perspectiva de acceso universal existente en la época. Destaca como enfoque prioritario a la población mayor a 60 años, y usuarios con enfermedades crónicas, trabajando de la mano con los objetivos sanitarios de la época establecidos por la OMS, y el posterior reflejo de los resultados en la encuesta CAsEN del año 2017 (Alvear, 2022).

Desde una visión histórica del GES, también se describen desigualdades en el sistema sanitario durante el periodo 2008- 2012, que benefician principalmente a los más favorecidos económicamente (tratándose de usuarios que tiene una mayor disponibilidad de recursos y atención en salud o prestaciones no relacionadas directamente con el programa), periodo que

se relaciona con la reestructuración del Plan GES en el año 2007, que busca subsanar deficiencias de barreras detectadas en la década anterior. Por otro lado, se detecta una resistencia constante al cambio, principalmente en la implementación de Guías Clínicas, por parte de los servicios de salud y de los profesionales, y que han sido un nodo crítico en el flujo del programa AUGE en la población chilena, determinando diferencias de objetividad en la implementación de las medidas clínicas a la población, otorgándole subjetividad a las recomendaciones otorgadas por los expertos del programa y su desarrollo. (Lemp, 2012; Nuñez, 2013).

Actualmente, estudios señalan los contrastes positivos y negativos frente a la implementación de nuevas políticas públicas en salud, con el temor de que el financiamiento se vea disminuido y que la población continúe aumentando las listas de espera, concepto de mayor inquietud en la población y la satisfacción usuaria. Esto, se contrarresta con lo mencionado por Massad (1996), que define la implementación de políticas en salud como un proceso paulatino, y que esas fases ordenadas permitan una pérdida del temor en la población y su resguardo a la salud, frente a los distintos perfiles sociodemográficos.

Durante la elaboración de esta política pública, dirigida principalmente por la reforma de salud, en un principio se destacó por ser muy centralizada, y bajo esta arista, si existe una evolución paulatina, focalizando la necesidad de la población rural y de distancias geográficas, concluyendo uno de los principales hitos de acceso a la salud de la población entre los años 2015 y 2020 (hasta dos décadas después de su implementación), además de la participación ciudadana, y el levantamiento de los requerimientos enfocados a la salud pública (Oliva, 2022).

Hay estudios que contribuyen en la búsqueda de indicadores frente a la implementación del Plan AUGE-GES como política pública, así como la presencia de barreras y su extinción

en el paso de los años. Entre ellos, Gómez (2021) determina que los principales elementos y que han sido fundamentales en la reforma en salud e implementación del Plan AUGE como política pública están enfocados principalmente en el acceso, la satisfacción usuaria y los aspectos de calidad del sistema sanitario, además de las características que poseen las políticas públicas en salud implementadas en el año 2005, y que evolucionan favorablemente, hacia el año 2020.

Estudios más recientes, Artaza (2020) determina la relación entre el acceso a la salud, la demanda de la población y los movimientos sociales que se efectuaron en Chile, desde una mirada de política pública más moderna, y un enfoque histórico, destacando a la población como el principal actor demandante de la renovación y la nueva implementación de las reformas en salud que involucren los aspectos en salud no resueltos y que están relacionados directamente con el concepto de salud como derecho fundamental, el financiamiento y la calidad, en la actualidad, 20 años desde la implementación del Plan AUGE, y la búsqueda constante del acceso universal a la salud que, según el autor, nunca se cumplió: Dentro de estas evidencias están las listas de espera inconclusas y falta de financiamiento en salud. Estos cambios deben ser impostergables y que necesitan de una renovación política y técnica, precisando la búsqueda de modelos de políticas públicas de acceso que permitan optimizar las ya existentes, relacionadas con el ciclo vital y alimentación, además de la resolución quirúrgica y la búsqueda de especialistas.

Domínguez (2020), concluye la intervención del AUGE como un enfoque de actuación biopsicosocial en sus inicios, y que se desarrolla frente a la demanda de la población, desde una visión centrada en el usuario, y que responde, hacia el año 2018, como una necesidad desde la atención primaria, como un enfoque multiprofesional y protagonista de la salud de acuerdo

a los nuevos objetivos sanitarios establecidos por la OMS en el umbral 2021-2030, permitiendo detectar como resultado un mayor acercamiento a la población, desde un enfoque de distancias geográficas y medidas de educación.

Análisis de la Calidad de las Guías de Práctica Clínica asociada a AUGES y la correlación entre los evaluadores.

A continuación, se detallan los resultados obtenidos conforme a la aplicación de la metodología de investigación propuesta para el objetivo número 2.

Posterior a la aplicación del instrumento AGREE II, y para efectos de la investigación, la evaluación de las Guías GES de las patologías vigentes se realizaron por grupos, obteniendo la evaluación expuesta en la Tabla 7, de acuerdo con la escala establecida por el instrumento, en valor categórico de 1 a 7.

Desde una perspectiva general, la evaluación de la calidad en promedio está entre la puntuación 4 y 5 entre todos los evaluadores, calificando las Guías de Práctica Clínica (GPC) con una calidad de elaboración “moderada”. Se detectan dos grupos de guías que tienen una calificación de evaluación de 2 en su mínimo: Enfermedades Crónicas y Enfermedades de la Visión, catalogándose como una evaluación de GPC de mala calidad entre sus integrantes. En uno de los grupos antes mencionados (Enfermedades de la Visión), también existe una GPC asociada a una de sus patologías, calificada con nota máxima 7, de muy buena calidad.

En general, la evaluación de la calidad de las GPC asociadas al Plan AUGES- GES es de 4,74, establecida como calidad moderada en la aplicación del instrumento en un total de 85 GPC, con una desviación estándar de 0.14.

Tabla 7: Evaluación de Guías de Práctica Clínica GES por grupo

Grupo de Patologías	Nº de Patología	Ev. 1	Ev. 2	Ev. 3	Mín	Máx	Media	DS
Personas menores de 15 años	9	5,11	4,89	4,89	4	6	4,96	0,14
Accidentes Graves	4	4,25	4,00	5,00	4	5	4,41	0,48
Cáncer	17	4,94	4,47	4,88	4	6	4,76	0,11
Enfermedades de Corazón y Cerebro	7	4,86	4,43	4,71	4	6	4,66	0,04
Enfermedades Crónicas	20	4,60	4,75	4,90	2	6	4,75	0,15
Intervenciones Quirúrgicas	4	4,75	5,00	4,75	4	6	4,58	0,18
Enfermedades del Adulto Mayor	4	4,50	5,00	5,00	4	6	4,50	0,50
Enfermedades del Recién Nacido	6	5,00	4,17	5,00	4	6	5,05	0,94
Salud Bucal	4	4,75	4,00	4,75	4	6	4,25	0,25
Salud Mental	4	4,50	4,50	5,00	4	6	4,66	0,38
Tratamientos Preventivos	2	4,50	5,00	5,50	4	6	5,00	0,50
Enfermedades de la Visión	4	4,00	5,00	4,75	2	7	4,58	0,25
Total	85	4,75	4,60	4,89	2	7	4,74	0,14

Nota: Ev. Corresponde a evaluador y DS corresponde a desviación estándar.

Una vez aplicado ANOVA para el análisis de significancia entre los grupos por cada evaluador se obtuvo como resultado el rechazo de la hipótesis de investigación (diferencias significativas entre los grupos de estudio), aceptándose la hipótesis nula (sin

diferencias significativas entre los grupos) para los 3 evaluadores, con un *p* valor mayor a 0,05 (fluctuante entre 0,812 y 0,998) y prueba Tukey > 0,05.

Tabla 8: Aplicación de análisis ANOVA entre grupos de patologías, por evaluador

Evaluador	Valor F	<i>P</i> value	Prueba Tukey
Evaluador 1	2,26	0,812	0,847
Evaluador 2	0,527	0,879	0,975
Evaluador 3	0,193	0,998	0,941

Al aplicar el instrumento AGREE II, en todas sus dimensiones por los tres evaluadores, y según las indicaciones entregadas para su ejecución, se visualiza un puntaje estandarizado por ítem, entre 47% y 63%, confirmando que la calidad de las Guías Clínicas asociadas a GES es moderada.

Tabla 9: Aplicación de Coeficiente Kappa para el análisis de correlación entre los evaluadores, posterior a la aplicación del instrumento

Ámbito de evaluación	Puntaje estandarizado	Valor Kappa	Concordancia
Alcance y objetivos	52%	0.267	Baja
Participación de los implicados	62%	0.271	Baja
Rigor de elaboración	47%	0.281	Baja
Claridad de la presentación	62%	0.3	Baja
Aplicabilidad	63%	0.32	Baja
Independencia editorial	53%	0.33	Baja
Evaluación Global	62%	0.27	Baja

No obstante, al calcular el coeficiente de correlación entre los evaluadores, por ítem y en evaluación global, encontramos una baja concordancia entre ellos, en la totalidad de la

aplicación del instrumento. Esto, confirma el criterio de subjetividad en la apreciación de la Guía Clínica, que va a depender del criterio, experiencia del profesional, contexto sanitario o visión clínica del profesional que ejecuta las directrices de la guía ministerial, independiente de la rigurosidad clínica de su elaboración, o de las recomendaciones que posea para su aplicación en la población.

Análisis descriptivo e inferencial de la intervención del Programa AUGE-GES en las defunciones asociadas al cáncer con mayor tasa de mortalidad en Chile.

A continuación, se detallan los resultados obtenidos conforme a la aplicación de la metodología de investigación propuesta para el objetivo número 3.

Tabla 10: Tasa de mortalidad por cáncer más prevalente en Chile, entre los años 2000 y 2022

Año	Gástrico	Colorrectal	Mamas	Pulmón	Próstata
2000	19,6	5,6	6,7	12,3	16,8
2001	18,8	5,6	6,6	12,9	16,7
2002	19,9	5,5	6,7	13,0	17,3
2003	19,6	6,1	6,8	12,7	18,7
2004	19,0	6,2	6,8	13,8	18,4
2005	19,0	6,4	7,2	14,1	18,8
2006	18,9	6,6	7,0	14,7	19,6
2007	18,5	6,7	7,0	15,2	20,0
2008	18,6	7,2	7,4	14,6	20,2
2009	19,8	7,5	8,0	15,0	20,9
2010	19,4	8,0	7,6	15,6	22,7
2011	18,8	8,2	7,9	16,1	22,7
2012	19,3	8,9	7,9	16,4	23,7
2013	18,4	9,3	8,0	17,2	23,4
2014	18,3	9,7	8,1	17,1	23,3
2015	18,7	10,3	8,5	17,3	23,5
2016	18,7	10,4	7,7	17,3	23,3
2017	18,5	10,6	8,0	17,6	23,7
2018	18,3	10,8	7,9	17,8	23,5
2019	18,2	10,6	8,0	17,9	23,7
2020	18,2	10,8	7,6	17,5	23,9
2021	18,1	10,7	7,5	17,5	23,7
2022	18,0	10,8	7,3	17,3	23,9

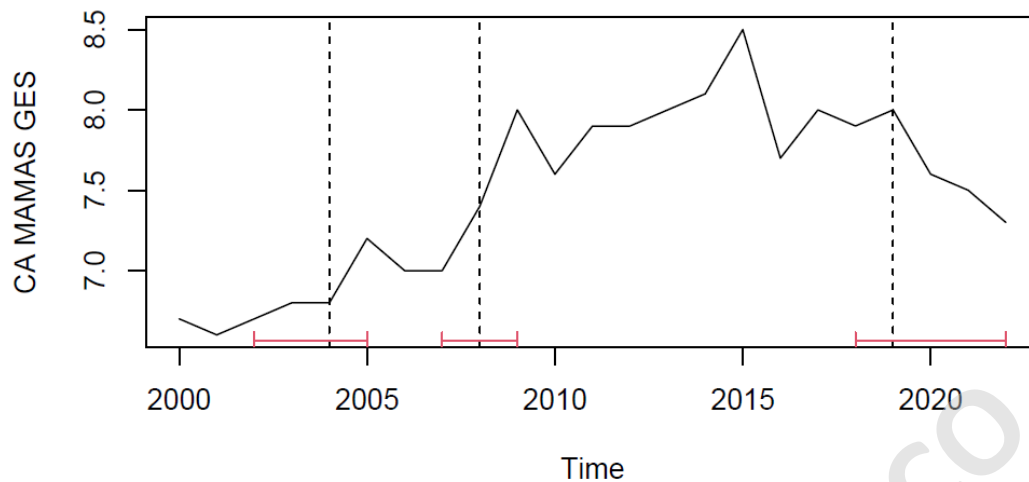
La tabla 10, muestra el promedio de la tasa de mortalidad durante el periodo 2000-2022 de las cinco patologías asociadas a cáncer con mayor tasa de mortalidad. Una vez que se analizaron los datos por medio de Series de Tiempo con Cambio Estructural, se identificó que el Cáncer de Próstata (Figura 5) y el Cáncer Colorrectal (Figura 8) son las dos patologías que presentan mayores cambios estructurales durante el periodo 2000-2022, ($p\text{-valor} < 0.05$; F Chow > 1) confirmado la hipótesis de investigación. Las otras tres patologías, Cáncer de Mamas (Figura 4), Cáncer de Pulmón (Figura 6) y Cáncer Gástrico (Figura 7) también presentan cambios estructurales, pero con un número de puntos de quiebre menores a los anteriores ($p\text{-valor} < 0.05$; F Chow > 1).

Tabla 11: Análisis de series de tiempo con cambios estructurales por prueba de Chow, por patología.

Cáncer	F Chow	Valor de p	Puntos de quiebre	Años de Cambio Estructural
Mamas	64.14	0,00	3	2004 -2008-2012
Pulmón	90.70	0,00	3	2003-2006-2011
Próstata	125.56	0,00	4	2002-2005-2009-2016
Gástrico	25.62	0,001	1	2012
Colorrectal	86.15	0,00	5	2022–2005-2008- 2011-2014

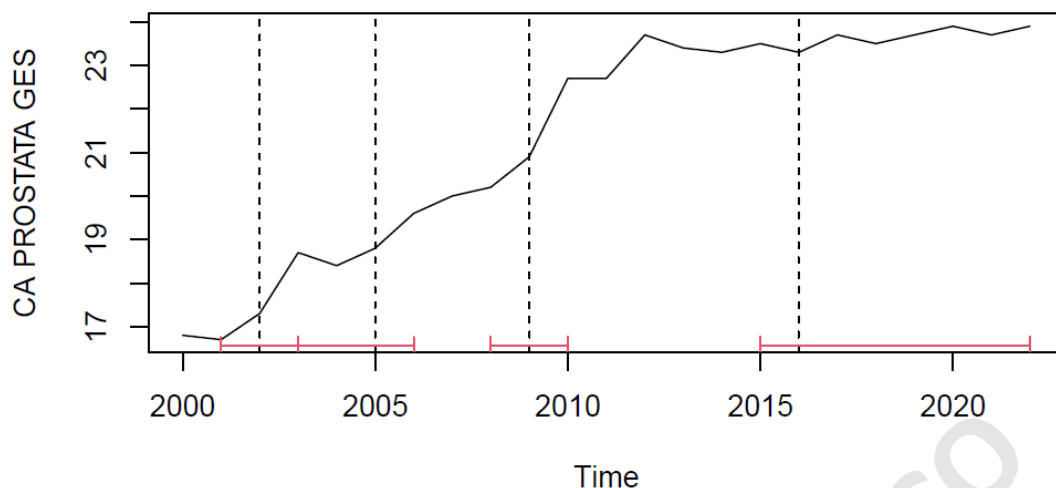
El periodo que coincide transversalmente en los cambios de la tasa de mortalidad asociada a estas patologías se encuentra concentrado entre los años 2009 y 2012, periodo establecido en la implementación de la mayor cantidad de patologías incluidas en el Plan GES, y la reformulación de medidas de tamizaje y diagnóstico precoz aplicada todos los niveles de atención, con foco en la atención primaria y terciaria.

Figura 4: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer de Mamas, 2000-2022



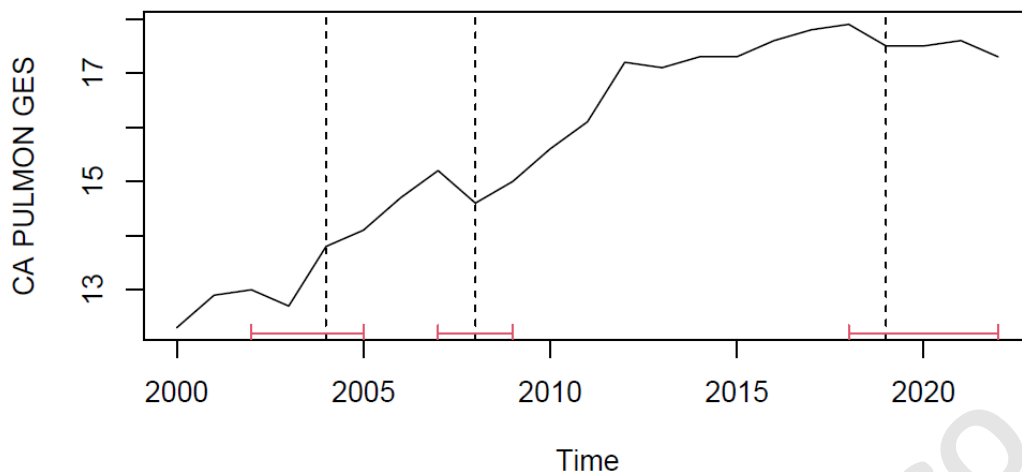
Al realizar el análisis de serie de tiempo con cambios estructurales sobre la serie de tiempo con los datos asociados a defunciones por Cáncer de Mamas, se obtuvo un valor estadístico de Chow $F = 64.14$ ($p < 0.001$). El análisis identificó tres quiebres estructurales significativos ($p < 0,05$) en la regresión, puntualizada en los años 2004, 2008 y 2012. Además, en el análisis se detecta variaciones en la mortalidad, durante el periodo comprendido entre los años 2003 y 2005, que se explica por la incorporación del cáncer de mamas al GES en 2005, año en el que aumenta la mortalidad que puede ser explicada por la detección en las estrategias preventivas del GES. En el periodo 2007 y 2008 se observa un segundo quiebre donde se observa la mayor alza en la mortalidad de dicho cáncer, lo cual coincide con la incorporación y mayor detección de este cáncer. Presentando una baja sostenida desde 2020 al presente, lo cual puede responder a estrategias y tratamientos tempranos (Figura 4). Estos puntos de quiebre se pueden asociar a un trabajo paulatino de medidas de promoción, prevención y aumento del tamizaje.

Figura 5: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer de Próstata, 2000-2022



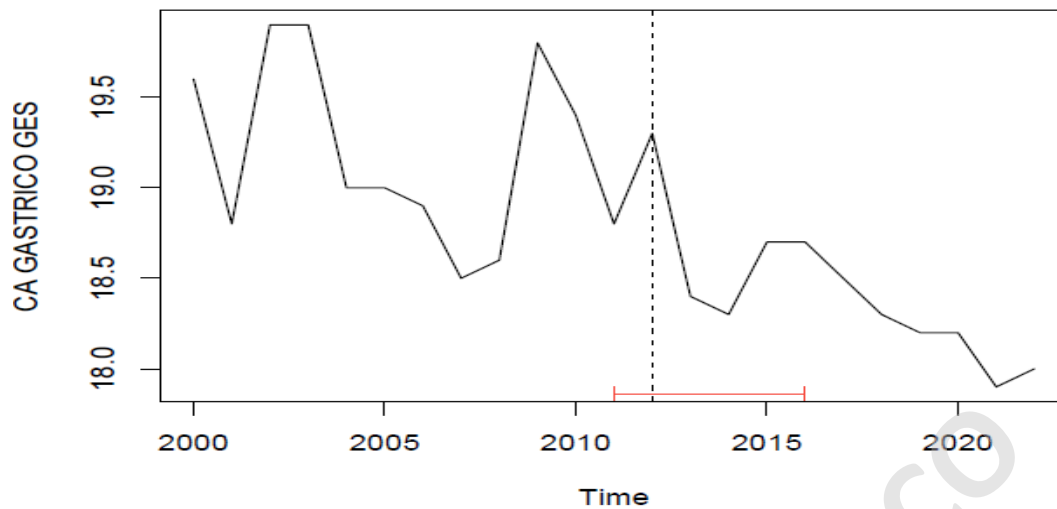
En el análisis estadístico de serie de tiempo con cambios estructurales, sobre la serie de tiempo en el periodo establecido de defunciones por Cáncer de Próstata, se obtuvo un valor estadístico de Chow $F = 125.56$ ($p < 0.001$). Se identificaron cuatro quiebres estructurales significativos en la serie temporal ($p\text{-valor} < 0,05$) asociado a la regresión, establecidas en los años 2002, 2005, 2009 y 2016. Además, la aplicación del análisis detecta tres variaciones en la mortalidad: entre los años 2002 y 2006; 2009 y 2011; 2015 y 2022 (Figura 5). El programa de Cáncer de Próstata se incluyó en el Plan GES durante el año 2006, coincidiendo con uno de sus puntos de quiebre en el año 2009, con aumento de la detección y diagnóstico de casos nuevos. Existen también tres periodos que presentan cambios en la mortalidad, que es acompañado de estrategias asociadas al Plan AUGES- GES de detección y diagnóstico precoz, además de un aumento del tamizaje, observando un aumento de la mortalidad, enfocado principalmente en las medidas de promoción en salud desarrolladas desde la atención primaria en salud. Desde el segundo quiebre, año 2010, la curva de mortalidad se comporta estacionaria, demostrando un control en la relación diagnóstico, tratamiento y mortalidad en el sistema de salud chileno.

Figura 6: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer de Pulmón, 2000-2022



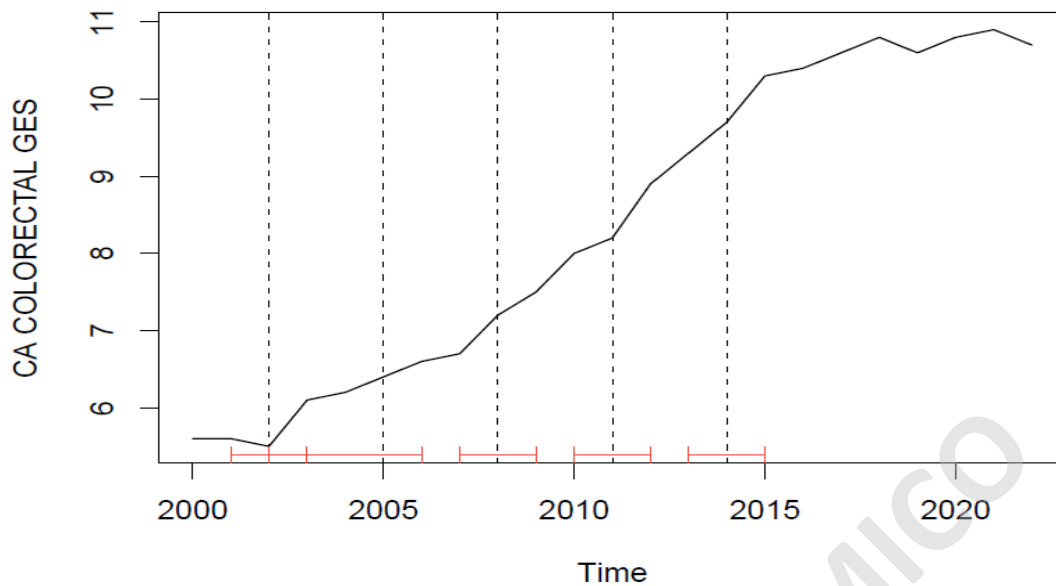
Al realizar el estudio sobre la serie de tiempo por mortalidad de cáncer de pulmón se obtuvo un valor estadístico de Chow $F=90.70$ ($p<0.001$). Se detectaron tres quiebres estructurales significativos ($p<0,05$) en la regresión, puntualizadas en los años 2003, 2006 y 2011. Existen también variaciones en la mortalidad menos significativas, entre los años 2022 y 2006; 2008 y 2009; 2018 y 2021 (Figura 6). El programa de Cáncer de pulmón se incluyó en la política pública del GES durante el año 2018, en respuesta a una creciente prevalencia y mortalidad por este tipo de cáncer en los años previos. Se puede visualizar que existe una disminución de la mortalidad entre los periodos 2018 y 2021, visualizando la intervención del programa en la mortalidad por esta causa, con un efecto inmediato tras su implementación. Tal como se ha observado en los casos anteriores, se observa un periodo de tiempo (2009-2019) con un aumento de la mortalidad, concordante con las medidas de reforma en salud, enfocadas en la prevención y promoción de la salud. Una vez que se trabaja en ello, se observa una conducta estacionaria, que relaciona una correcta incorporación del programa en el cáncer de pulmón, y un tratamiento adecuado para evitar el aumento de la tasa de mortalidad.

Figura 7: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer Gástrico, 2000-2022



Al aplicar la técnica de serie de tiempo con cambios estructurales, sobre la serie de tiempo simple ya obtenida, se obtuvo un valor estadístico de Chow $F=25.62$, con un p -value de 1.572×10^{-5} . El análisis identificó un quiebre estructural significativo (p -valor $< 0,05$) en la regresión, puntualizada en el año 2012. Si bien el principal punto de quiebre está ubicado en el año 2012, la aplicación del análisis detecta variaciones en la mortalidad, durante el periodo comprendido entre los años 2011 y 2016 (Figura 7). El GES de Cáncer Gástrico se incluye en el programa durante el año 2006, con una actualización reciente en el año 2019. La intervención de la política en la mortalidad por esta patología, se puede visualizar en el año 2012. La disminución visualizada de la mortalidad en el país, es concordante con las estrategias internacionales de tratamiento para este cáncer, uno de los más prevalentes en el mundo. Por otro lado, a nivel local, las estrategias ambulatorias de detección y diagnóstico en población de riesgo, ha sido uno de los trabajos realizados, y que van de la mano con las recomendaciones establecidas en el Plan AUGÉ-GES desde su implementación. Este cáncer, es uno de los pioneros integrados en esta política.

Figura 8: Análisis por serie de tiempo con cambio estructural en la mortalidad por Cáncer Colorrectal, 2000-2022



Tras la aplicación estadística de serie de tiempo con cambios estructurales, sobre la serie de tiempo por mortalidad de Cáncer Colorrectal, se obtuvo un valor estadístico de Chow $F=86.15$, con un $p < 0,01$. El análisis encontró cinco cambios estructurales (p -valor $< 0,05$) en la regresión, identificadas en los años 2002, 2005, 2008, 2011 y 2014. Es el cáncer que presenta mayores fluctuaciones, con una elevada cantidad de periodos menos significativos de variación de la mortalidad en comparación con los otros estudiados (Figura 8). La implementación del Cáncer Colorrectal en el plan GES, se inicia en el año 2013, coincidiendo con uno de los puntos de quiebre en el año 2014, sin mostrar disminución de la mortalidad. Es uno de los cánceres más complejos de detectar, principalmente por tener características sintomatológicas difusas en su presentación, por ello, muchos de los pacientes son diagnosticados con un proceso de la enfermedad muy avanzado. El Plan GES (ya que se integra en el año 2013) se ha preocupado de mantener un proceso terapéutico que contribuya sistemáticamente en la disminución de la mortalidad en el país, visualizado a partir del año 2020.

CAPITULO V. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El Plan AUGE, conocido en sus inicios como Acceso Universal con Garantías Explícitas, representó un hito crucial en la evolución del sistema de salud de Chile. Esta investigación abordó la importancia del desarrollo de la política pública, desde la perspectiva del contexto de la transformación paulatina del sistema de salud chileno.

Para comprender la creación del Plan AUGE, fue fundamental retroceder en el tiempo y analizar el contexto histórico de la salud en Chile. A principios del siglo XXI, el país enfrentaba desafíos significativos en su sistema de salud. A pesar de la promulgación de una Constitución en 1980 que establecía la salud como un derecho fundamental, se hacía evidente la necesidad de abordar problemas crónicos del sistema.

Uno de los desafíos más apremiantes que enfrentaba Chile era la presencia de barreras de acceso a la atención médica y resolución de patologías prevalentes en el país. Estas barreras se manifestaban en múltiples formas, desde largas listas de espera para consultas y resoluciones quirúrgicas o procedimientos, hasta un déficit de profesionales de la salud, además de una infraestructura hospitalaria insuficiente y de baja complejidad. Chile buscó alinearse con los objetivos sanitarios contemporáneos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que abogaba por un acceso equitativo a la salud. Sin embargo, se encontró con diversos obstáculos significativos en el camino, entre ellos, el financiamiento y la coexistencia de un sistema de salud público y privado, amparado por instituciones que ejecutan una diferente administración: desde la adquisición de fondos hasta la cobertura de los usuarios. (Oliva, 20022; Alvear, 2022).

Desde una mirada teórica, la implementación del Plan GES se relaciona directamente con el modelo de Tanahashi, relacionado con la cobertura efectiva, desde varios aspectos: (i) Accesibilidad y cobertura: es una política pública que se diseñó con el objetivo de garantizar un mayor acceso a la atención clínica y tratamientos de salud para la población chilena. Al establecer desde sus inicios un conjunto de garantías explícitas, el plan buscó desde un comienzo mejorar esta accesibilidad, independiente de la condición económica de los pacientes, enfocado principalmente en las variaciones epidemiológicas de la población, contribuyendo directamente con la ampliación de cobertura de servicios de salud en toda la red nacional, (ii) Calidad: el programa se enfoca en la calidad de la atención al establecer estándares a todos los procedimientos incluidos en el plan, (iii) Accesibilidad Financiera: contribuye a lo largo de los veinte años a reducir las brechas financieras que puedan impedir el acceso prioritario a los servicios de salud, relacionándose directamente con el concepto expuesto en el modelo de “aceptabilidad”, trabajando en la protección financiera sin intervenir principalmente a los sectores más vulnerables de la población (Hirmas, 2008; León, 2015).

A pesar de ello, en el proceso de abordar las barreras de acceso, el Estado chileno trabajó permanentemente en el desarrollo y fortalecimiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA), aun cuando a lo largo de la década del 2000 se observó un cambio de preferencia hacia la salud privada. Esto, planteó una de las más importantes interrogantes a resolver: la sostenibilidad y la eficiencia de ambos sistemas y la protección permanente de el servicio público de salud, que sostiene a un alto porcentaje de la población (Oliva, 2022).

Tras la implementación de la política pública en el país, que tiene actualmente el nombre de Garantías Explícitas en Salud (GES), no solo se marcó un hito en la salud de Chile, sino también conllevó a una constante modernización de sus procesos, en las que se incluyen

las recomendaciones clínicas establecidas en las Guías de Práctica Clínica. Estas guías desempeñan un papel fundamental en la ejecución de cada uno de los procesos clínicos, asegurando permanentemente que los procedimientos se realicen de manera óptima y contribuyan a los pilares esenciales de oportunidad y calidad de la atención clínica médica y no médica, incluyendo paulatinamente a todos los profesionales de salud y afines, a adquirir un rol importante en la resolución de problemas prevalentes de salud. A partir del año 2010, se produjo un fortalecimiento significativo de la Atención Primaria de Salud, desde una mirada preventiva y curativa, convirtiéndose en el eje central para mejorar el acceso a la atención de salud. Este fortalecimiento, se centró en el tamizaje y diagnóstico precoz, permitiendo abordar las condiciones de salud de manera más temprana y efectiva (Artaza, 2020; Alvear, 2022).

Al realizar un análisis de la implementación del Plan GES y su desarrollo en el sistema de salud chileno desde el año 2000, el Modelo de Barreras en Salud contribuye a identificar las barreras que enfrenta la población para acceder a la atención en salud: distancias geográficas, déficit de especialistas, contextos socio sanitarios locales, experiencia de los profesionales y poco control de las listas de espera, y analiza además las posibles estrategias que puedan contribuir a eliminar o reducir estas barreras: Al desarrollar este modelo, se identificó barreras de acceso: escasa disponibilidad de servicios a inicios del año 2000, la distancia geográfica y la atención rural, las barreras financieras relacionadas directamente con patologías no incluidas en la política pública, entre otros. La evaluación realizada durante el año 2007, con la reestructuración del Plan GES, contribuyó favorablemente al rediseño de la política y la implementación efectiva de los servicios requeridos por la población. El diseño y rediseño de intervenciones dirigidas a reparar las barreras de salud, permitió abordar problemáticas que estaban agudizándose entre los años 2005 y 2015, enfocados principalmente

en la modificación epidemiológica, cambios en la población y reducción de la centralización en salud, mejorando directamente el acceso y las disparidades en salud, trabajo conjunto con la reducción de usuarios contribuyentes del sector privado y la modernización del sector público, evidenciado por las demandas sociales durante el año 2019 (Hirmas, 2008; Olavarría, 2015; Urriola, 2015; Oliva 2022).

En la actualidad, las demandas en el sector salud siguen siendo un desafío fundamental. Se han implementado medidas significativas para fortalecer la protección financiera de los ciudadanos, incluyendo al año 2022 la incorporación de 85 patologías al Plan GES (Bastías, 2007). Por otro lado, se han visibilizado medidas concretas de acceso a la salud: acceso a especialistas en regiones que se encontraban con déficit (principalmente extremo norte y sur del país), y la contribución de reducir las largas listas de espera, aunque en esto último, aún quedan tareas pendientes por concretar: detección de patologías prevalentes y aumento en la resolución quirúrgica. A pesar de esto, el panorama de la salud en Chile ha sufrido cambios sustanciales desde un punto de vista epidemiológico y demográfico, además de los cambios en las prevalencias de enfermedades. Algunas enfermedades que antes eran poco comunes, ahora se encuentran más presentes en la población, lo que ha llevado a una complejización de la atención, y una constante reestructuración de la normativa clínica asociada al programa. En el presente, la direccionalidad de la salud tiene una visión desde el tamizaje precoz, el inicio rápido de los tratamientos recuperativos y atención temprana, que han permitido intervenir en la mortalidad de las que ahora, son las patologías más prevalentes en Chile (Artaza, 2020).

El análisis realizado en la presente investigación detectó desde una perspectiva centrada en la calidad, la importancia de identificar que el nivel de las Guías de Práctica Clínica es medio, detectando la necesidad urgente de mejora en varios aspectos fundamentales, y que

están presentes en todas las patologías asociadas a GES. Si bien estas GPC están presentes desde los inicios del programa, se ha requerido constantemente una actualización (que no ha sido regular en el tiempo, para todas las patologías), además de la optimización de los procesos de implementación y resultados, que indiscutiblemente varían en el tiempo. La aplicación y comprensión de las GPC demostró ser un proceso subjetivo, en el que se reconoció la disminución de la efectividad de las recomendaciones presentes, debido a variaciones clínicas en sus conceptos y aplicación. Este hallazgo, permitió destacar la importancia de considerar el programa como una política pública en constante evolución, que requiere impostergablemente una evaluación periódica, en ciclos de tiempo determinados, para así asegurar que se siga cumpliendo, de forma constante, el propósito fundamental de mejorar la atención y el acceso a la salud por parte de la población chilena.

También, como parte de esta investigación, una de las estrategias fue la evaluación del impacto del programa GES dentro de su desarrollo, mediante el análisis de la tendencia de la mortalidad en enfermedades incluidas en el programa, con un enfoque especial en las cinco formas de cáncer más prevalentes en la población: mamas, colorectal, gástrico, pulmón y próstata, y que ha presentado un comportamiento de mortalidad elevado, desde los inicios del año 2000. Los datos estadísticos han revelado modificaciones significativas (dentro de su comportamiento en las series de tiempo) en la tasa de mortalidad, demostrándose una fuerte asociación entre esta variación, y la inclusión de las respectivas patologías en la política pública. Realizar este estudio, y desde este enfoque, permitió proporcionar, y proyectar, evidencia concreta de que la implementación de garantías explícitas en el sistema de salud ha tenido un impacto positivo en la reducción paulatina de la mortalidad, lo que subraya la importancia de estas medidas en la mejora de la cobertura en salud, además de otros aspectos

relevantes: mayor esperanza de vida, protección sanitaria y bienestar en la población, que puede ir de la mano con aumento de medidas de prevención y promoción en salud, de manera interprofesional y transversal a todo el equipo de salud (Reyes 2010; Armijo, 2011; Goic, 2015).

Implicancias y Limitaciones

A través del presente estudio se genera información integrada de la política pública de Garantías Explicitas en Salud en Chile (GES) desde una perspectiva de acceso, calidad y mortalidad, relevando tanto aspectos históricos de diseño e implementación, así como también elementos de evaluación de impacto y calidad de éste. Con esto se pretende no solo contribuir a la literatura ya existente sino ampliarla, en cuanto se consideran los elementos que llevan a su surgimiento comparándolo a las deudas pendientes de su implementación para así relevar aspectos claves de intervención. Se evaluó las 85 GC existentes a la fecha, relevando importantes desafíos en su implementación y calidad dependiendo del contexto y subjetividad profesional. Finalmente, se estudia la mortalidad del cáncer, considerando sus cinco tipos más prevalentes para evidenciar en cierto grado el impacto que ha tenido el programa a la fecha.

Al detectar estos hallazgos, esta información es de utilidad para detectar las fortalezas y falencias que ha presentado el desarrollo del sistema de salud chileno, en general, desde la implementación de la reforma sanitaria hacia el año 2000, y concretamente para el Plan GES, para realizar una correcta evaluación dentro de un ciclo de política pública ordenado y estructurado (Parsons, 2007; Bastías, 2009). Lo cual permitiría mejorar su implementación y evaluación al corto, mediano y largo plazo, teniendo un impacto directo en la salud de las personas, particularmente de aquellos de grupos más vulnerables como personas mayores, el 60% más vulnerable la población y enfermos crónicos.

Este estudio no es sin limitantes. En primer lugar, destaca la baja disponibilidad de documentación completa, relevante y clara sobre el programa AUGÉ-GES (n=11), a lo cual este estudio busca aportar. En salud trabajar desde un enfoque basado en evidencia es clave para asegurar los mejores resultados posibles con los recursos e información disponible, por lo que es menester generar más información de políticas claves transversales y su impacto en la población, para así cumplir el imperativo ético de no generar más daño del que se busca reparar. En segundo lugar, la aplicación del AGREE II para el análisis de congruencia de calidad fue limitado a tres profesionales, todos de la región del Biobío, lo que limita las posibilidades de extrapolación de los resultados y comparación de éstos a otros contextos tanto geográficos como hospitalarios, que han sido relevados como barreras importantes de acceso a salud. En futuras investigaciones, se propone ampliar la muestra de evaluadores a diferentes contextos para comparar congruencia entre los mismos controlando por complejidad del recinto asistencial y localización geográfica, lo cual refleja además condiciones del sistema como recursos físicos y humanos.

El análisis de la mortalidad en relación con el GES fue importante desde una mirada de evaluación del impacto objetivo del programa en la población. Al examinar las tendencias de mortalidad de patologías específicas incluidas en el Plan, se logró obtener evidencia concreta de la efectividad del GES en la intervención de muertes y, además, el descubrimiento de casos que, en otros momentos del sistema sanitarios, no hubiesen sido detectados de forma oportuna. Sin embargo, y como tercera limitación, debido a los recursos y tiempo disponibles, este análisis tuvo que ser limitado a solo 5 patologías – los cinco cánceres con mayor prevalencia en Chile. En futuras investigaciones se recomienda ampliarlo a las patologías con mayor prevalencia y que además conformar las principales causas de defunción, para así comenzar a

generar evidencia de impacto del programa de forma más amplia. No obstante, la técnica estadística de series de tiempo con cambios estructurales permitió inferir una intervención paulatina en la mortalidad por cáncer más prevalentes, lo que permite visualizar una intervención positiva en el acceso a patologías específicas en la población. En el estudio, se puede detectar el periodo de tiempo en el cual existen modificaciones, coincidentes con la aplicación del programa, lo que permitiría generar una puerta de entrada a otros estudios, que detecten una intervención a problemáticas de salud específicas, que permitieran evidenciar la presencia de limitantes antes mencionadas y la necesidad de realizar acciones para promover mejores resultados en la población.

Desde una perspectiva de contenidos, el enfoque de la calidad visualizada en el análisis identificó criterios que permiten garantizar los tratamientos y procedimientos, y que ellos, sean efectivos y seguros (Alonso, 2001). El estudio permitió evaluar los criterios y estándares de los protocolos vigentes, identificando áreas de mejora y aseguramiento de la recepción de atención adecuada y basada en evidencia por parte de la población, tales como un correcto desarrollo editorial, recomendaciones clínicas actualizadas y fundamentos clínicos de ingreso y egreso claros y precisos, además de las recomendaciones asociadas a las actividades de los profesionales clínicos y administrativos en los pasos del proceso de atención. Para ello, es importante proponer una actualización establecida periódicamente, y transversal para todas las patologías, y que sea concordante con los requerimientos sanitarios de la población, las competencias profesionales y la necesidad que presenta la población en el contexto y realidad socio sanitaria contemporánea.

Entre los principales resultados de esta investigación, se destaca los hallazgos de las principales limitantes durante la aplicación del programa GES en el sistema sanitario en los

últimos veinte años, tales como: falta de especialistas, subjetividad de la comprensión de las recomendaciones clínicas y desarrollo del fortalecimiento de la atención primaria para el trabajo en red, con los otros niveles de atención, además de una calidad que no destaca como buena en sus guías de recomendación clínica.

A pesar de estos resultados, la proyección de este estudio, presenta variados desafíos y complejidades, que pueden ser abarcados desde distintos puntos de vista en futuras investigaciones: (i) Evaluación de Impacto a largo plazo, mediante estudios longitudinales y datos a largo plazo, y que permita evaluar calidad de vida y prevalencia de una gran cantidad de enfermedades, permitiendo incluir patologías que son requeridas y que actualmente no están presentes en el plan, (ii): Efectos indirectos y comorbilidades: la presencia simultánea de varias enfermedades en un paciente puede ser muy útil para evaluar los resultados, aunque puede ser complejo al momento de aplicar alguna metodología estadística, (iii) Evaluación de la calidad multidimensional: que incluya la satisfacción usuaria y la percepción en la recepción de los servicios sanitarios profesionales y no profesionales, (iv) Estudio de aspectos económicos y financieros: evaluando el impacto financiero y económico del GES en el sistema de salud y en los pacientes, considerando los aspectos de costo-efectividad y la sostenibilidad, (v) Cambios epidemiológicos: podría resultar satisfactorio realizar una evaluación de la evolución epidemiológica de enfermedades en Chile a lo largo del tiempo, y su progreso o deterioro en el acceso a la salud, (vi) Medición de la Educación en Salud: evaluar el impacto de la educación respecto al GES podría resultar útil en la medición del impacto que puede ocasionar en el estilo de vida de los chilenos.

A pesar de las dificultades expuestas, la investigación logró reconocer las principales características asociadas al desarrollo histórico del Plan GES como política pública en Chile,

desde sus inicios de posicionamiento en la agenda, hasta la actualidad con las demandas pendientes. Permitiendo también la detección del nivel de calidad y congruencia de su evaluación entre profesionales del área de la salud, del principal instrumento utilizado en la implementación del programa, como son las guías clínicas, que buscan estandarizar los procedimientos asegurando una calidad y acceso igualitario. Relevando como las recomendaciones clínicas, y la disponibilidad de sus recursos, y acciones implementadas han generado mejoras en la salud de la población chilena, con énfasis en las patologías más prevalentes del país.

SOLO USO ACADÉMICO

REFERENCIAS

- Acevedo, M., & Morales, J. (2020). Calidad de la atención en salud en Chile: avances y desafíos. *Revista médica de Chile*, 148(7), 939-947.
- AGREE Next Steps Consortium. (2017). The AGREE II Instrument. Recuperado de https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE-2017.pdf
- Aguilera, A., & Grandón, J. (2021). La reforma al sistema de salud en Chile: del seguro público a un sistema de salud de garantías explícitas. *Ciencia & saúde coletiva*, 26(6), 2561-2570. doi: 10.1590/1413-81232021266.17412019.
- Aguilera, A., & Riquelme, A. (2019). La Reforma de Salud en Chile: ¿una oportunidad para avanzar hacia un sistema más equitativo? *Ciencia & saúde coletiva*, 24(10), 3861-3872. doi: 10.1590/1413-812320182410.22552019.
- Albornoz, P., & Márquez, G. (2020). Evaluación de la calidad de la atención en salud en Chile: avances y desafíos. *Revista chilena de salud pública*, 24(4), 401-408.
- Altman, D. G., & De Stavola, B. L. (2012). Practical Problems in Fitting a Proportional Hazards Model to Data with Updated Measurements of the Covariates. *Statistics in Medicine*, 31(10), 901-911. DOI: 10.1002/sim.4453
- Andersen, P. K., & Gill, R. D. (1982). Cox's Regression Model for Counting Processes: A Large Sample Study. *The Annals of Statistics*, 10(4), 1100-1120.

- Araos, R., & Pino, C. (2020). La reforma al sistema de salud en Chile: necesidades y desafíos para las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1072-1081. doi: 10.4067/S0034-98872020000801072.
- Baeza, C., & Concha, L. (2020). Cobertura de Salud en Chile: Tendencias y Desafíos en el Contexto de la Reforma de Salud. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1157-1167.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
- Brouwers, M. C., Makarski, J., Kastner, M., Hayden, L., Bhattacharyya, O., Graham, I. D., & AGREE Next Steps Consortium. (2016). The landscape of knowledge translation interventions in cancer control: what do we know and where to next? A review of systematic reviews. *Implementation Science*, 11(1), 1-12. doi: 10.1186/s13012-016-0415-5
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., & Littlejohns, P. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*, 182(18), E839-E842. doi: 10.1503/cmaj.090449
- Bustos, L., & Bastías, G. (2020). Avances y desafíos de la Reforma de Salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(6), 858-866. doi: 10.4067/S0034-98872020000600858.
- Cámara de Diputados de Chile. (2020). Proyecto de Ley sobre Reforma al Sistema de Salud. Recuperado: https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=14189&prmBoletín=13378-11-

- Cerda J. (2008). Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. *Revista chilena de pediatría*, 79(1), 54-58
- Cid, C., & Bastías, G. (2020). Calidad en salud en Chile: avances y desafíos en la era de la Reforma de Salud. *Revista médica de Chile*, 148(9), 1279-1288.
- Cid, C., & Nuñez, C. (2020). Reforma de salud en Chile: desafíos y oportunidades para la atención primaria de salud. *Revista chilena de salud pública*, 24(1), 27-32. doi: 10.5354/0719-5281.2020.57446.
- Collett, D. (2015). *Modelling Survival Data in Medical Research* (3rd ed.). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Cox, D. R. (1972). Regression Models and Life-Tables. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, 34(2), 187-220. DOI: 10.1111/j.2517-6161.1972.tb00899.x
- Delgado, M. (2019). Cobertura Universal de Salud en Chile: Reflexiones para su Implementación. *Revista chilena de salud pública*, 23(2), 133-134.
- Díaz-Valdés, A. (2023). Políticas públicas: una mirada desde el enfoque basado en evidencia en trabajo social. *Propuestas Críticas En Trabajo Social-Critical Proposals in Social Work*, 5(3), 131–150. <https://doi.org/10.5354/2735-6620.2023.68725>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532-550. DOI: 10.5465/amr.1989.4308385

- Figueroa-González G, López-Köstner F, Soto-Pérez JC, Ferreccio C. Gastric cancer in Chile: trends in incidence and mortality (1988-2006). *Rev Med Chil.* 2011;139(6):743-750. DOI: 10.4067/S0034-98872011000600005
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. DOI: 10.1177/1077800405284363
- Fuentes, L., & González, P. (2020). Cobertura de salud en Chile: avances y desafíos. *Revista chilena de salud pública*, 24(1), 17-26. DOI: 10.5354/0719-5281.2020.57157
- Gálvez, M., & Román, O. (2020). Evaluación de la Reforma de Salud de Chile 2019-2020. *Revista médica de Chile*, 148(5), 707-715. DOI: 10.4067/S0034-98872020000500707.
- Hernán, M. A., & Robins, J. M. (2020). *Causal Inference: What If*. Boca Raton, FL: Chapman and Hall/CRC.
- Huenchumilla, F., & Peña, S. (2020). Cobertura de salud en Chile: avances y desafíos para una mayor equidad. *Revista chilena de salud pública*, 24(3), 268-274. doi: 10.5354/0719-5281.2020.57597
- Kleinbaum, D. G., & Klein, M. (2012). *Survival Analysis: A Self-Learning Text* (3rd ed.). New York, NY: Springer.
- Larrain, S. (2021). Chilean Health System Reform: The Challenge of Transforming an Insurance Model into a Public Health System. *The Lancet Regional Health – Americas*, 3, 100071. doi: 10.1016/j.lana.2021.100071

- Lemp, Sebastián, & Calvo, Esteban. (2012). ¿Aceptación o rechazo de la estandarización clínica?: Médicos chilenos hablan de las guías clínicas y canastas de prestaciones. *Salud colectiva*, 8(1), 61-68. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100006&lng=es&tlng=es.
- Núñez, A., & Oyarzún, P. (2020). Cobertura de salud en Chile: un desafío en el camino hacia la universalidad. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1082-1087. doi: 10.4067/S0034-98872020000801082
- Masad C. (1996). Reforma de salud en Chile. *Rev Med Chil*, 124 (7): 880-886. Recuperado en 11 de julio de 2023, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9138379/>
- Matus, J., & Arteaga, O. (2020). Políticas públicas en salud en Chile: avances y desafíos para la equidad. *Revista médica de Chile*, 148(5), 712-717.
- Mendoza, F., & Espinoza, M. (2019). Cobertura de salud en Chile: un análisis de equidad e inclusión. *Ciencia & saude coletiva*, 24(11), 4151-4160.
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). Plan Nacional de Calidad en Salud 2017-2021. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/PLAN-CALIDAD-SALUD-2017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). Guía Técnica de Calidad de Atención en Salud. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/Guia-Tecnica-CALIDAD-web-2019.pdf>

- Ministerio de Salud de Chile. (2019). Plan Nacional de Salud 2018-2028. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/07/PNS-2018-2028-web.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2020). Encuesta Nacional de Salud: Cobertura de Seguros de Salud. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/InformeENS-2019-Cobertura-de-Seguros-de-Salud.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2020). Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Recuperado de <https://www.minsal.cl/observatorio-de-calidad/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2021). Boletín Estadístico: Cobertura de Salud. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/Boletin-Estadistico-Cobertura-de-Salud-2020.pdf>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). Calidad en Salud en Chile: informe de país. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32940/9789275319462_spa.pdf
- Ovalle, A., & Soto, M. (2019). Políticas públicas en salud en Chile: desafíos para la atención primaria. *Revista chilena de salud pública*, 23(1), 92-97. doi: 10.5354/0719-5281.2019.53043
- Pantoja, Tomás, & Soto, Mauricio. (2014). Guías de práctica clínica: una introducción a su elaboración e implementación. *Revista médica de Chile*, 142(1), 98-104

- Paraje, G., & Vásquez, F. (2019). Cobertura Universal de Salud en Chile: Evaluación de los Avances y Desafíos Pendientes. *Ciencia & saude coletiva*, 24(6), 2361-2372.
- Pintilie, M. (2002). *Competing Risks: A Practical Perspective*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Ramírez, F., & González, P. (2018). Políticas públicas en salud en Chile: un análisis desde la perspectiva de género. *Revista chilena de salud pública*, 22(2), 214-220. doi: 10.5354/0719-5281.2018.50095
- Ríos, J., & Monsalves, M. (2019). Calidad de la atención en salud en Chile: situación actual y desafíos. *Revista chilena de salud pública*, 23(2), 207-214. doi: 10.5354/0719-5281.2019.54014
- Rodríguez M. (2016). Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica de los 80 problemas de salud del régimen de garantías explícitas en salud. *Revista médica de Chile*, 144(7), 862-869.
- Román A, Oscar, & Muñoz C, Félix. (2008). Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. *Revista médica de Chile*, 136(12), 1599-1603. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008001200014>
- Rutherford, M. J., Crowther, M. J., Lambert, P. C., & Bland, J. M. (2019). The Use of Restricted Mean Survival Time to Estimate the Treatment Effect in Randomized Clinical Trials When the Proportional Hazards Assumption Is in Doubt. *Statistics in Medicine*, 38(21), 3941-3956. DOI: 10.1002/sim.8291

- Salas, C., & Pantoja, T. (2020). Políticas públicas en salud en Chile: avances y desafíos para la promoción de la actividad física. *Revista chilena de salud pública*, 24(1), 40-45. doi: 10.5354/0719-5281.2020.57161
- Salinas, H., & Salinas, R. (2020). Cobertura de salud en Chile: una revisión de su evolución y desafíos pendientes. *Revista chilena de salud pública*, 24(2), 126-134.
- Soto, M., & Acevedo, C. (2020). Cobertura de salud en Chile: avances y desafíos en el marco de la Reforma de Salud. *Revista médica de Chile*, 148(12), 1717-1725. doi: 10.4067/S0034-98872020001201717.
- Superintendencia de Salud. (2020). Programa de Mejoramiento de la Calidad de Prestadores de Salud. Recuperado de <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/586/w3-propertyvalue-31875.html>
- Superintendencia de Salud. (2021). Informe de Calidad de Prestadores de Salud. Recuperado de <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/586/w3-propertyvalue-29433.html>
- Superintendencia de Salud. (2021). Informe de Cobertura en Salud. Recuperado de <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/586/w3-propertyvalue-26971.html>.
- Superintendencia de Salud. (2021). Informe de Cobertura en Salud. Recuperado de <https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-propertyvalue-3218.html>
- Therneau, T. M., & Grambsch, P. M. (2000). *Modeling Survival Data: Extending the Cox Model*. New York, NY: Springer.
- Vega, J. (2020). Cobertura Universal de Salud en Chile: Avances y Desafíos. *Revista chilena de salud pública*, 24(3), 313-317. DOI: 10.5354/0719-5281.2020.57595

Villarroel, V., & González, P. (2020). Políticas públicas en salud en Chile: avances y desafíos en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista médica de Chile*, 148(10), 1412-1420. doi: 10.4067/S0034-98872020001001412.

Wurcel V. (2012). Instrumento AGREE II – Elaboración de Guías de Práctica Clínica (2da Edición.

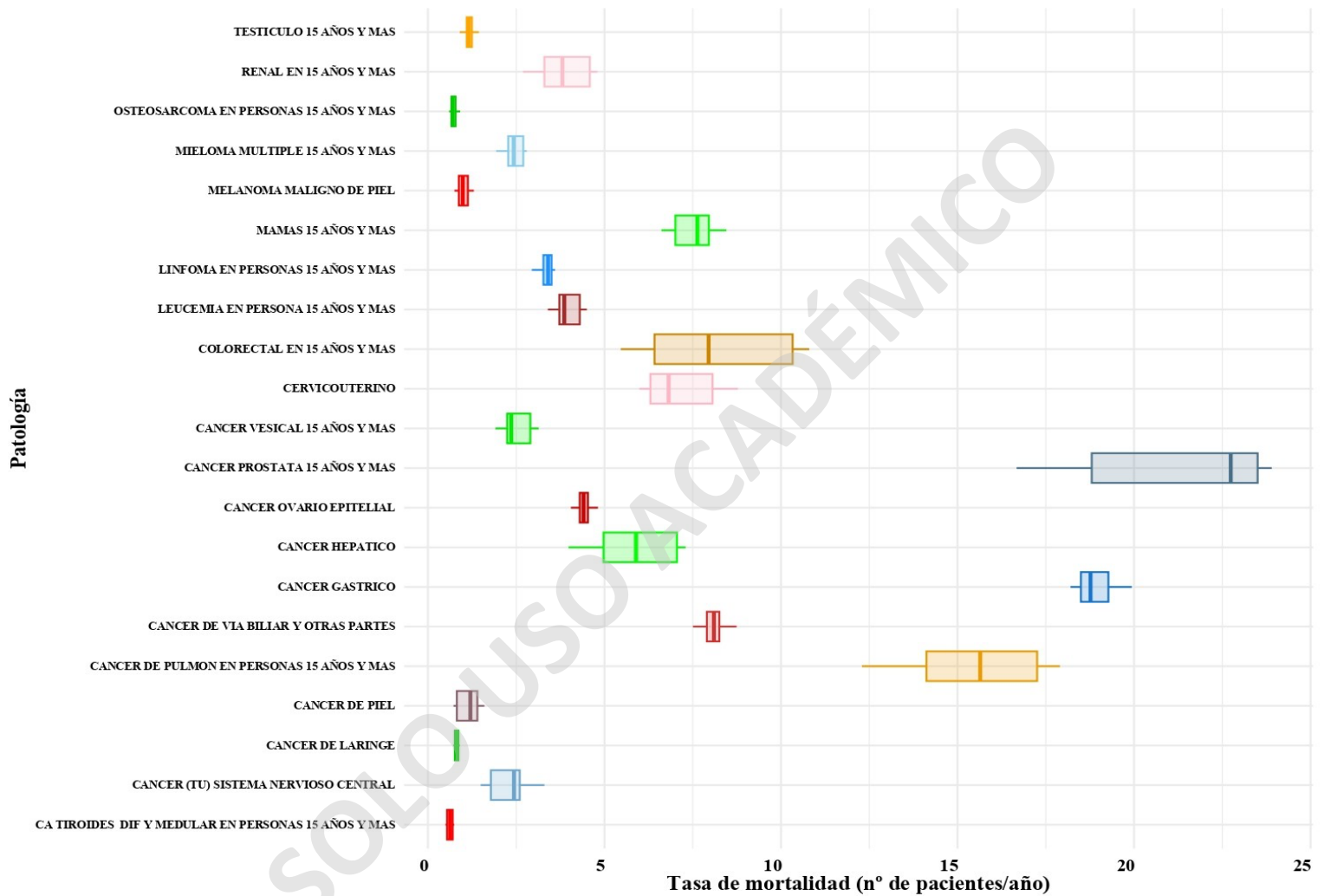
Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

SOLO USO ACADÉMICO

ANEXOS

ANEXO N° 1: Análisis de la mortalidad por Cáncer, incluidas en el programa GES-AUGE.
Periodo 2000-2022.

Mortalidad según Patología GES (20 años de registros)



ANEXO 2: CLASIFICACIÓN DE CÁNCER Y CODIFICACIÓN CIE 10

Año de inclusión	Año de actualización	Cáncer	Codificación CIE - 10
2005	2019	Cérvico Uterino	C53, C54, C55
2005	2021	Mamas (15 Años y más)	C50
2005	2017	Testículo (15 Años y más)	C62
2005	2018	Linfoma (15 Años y más)	C81, C82, C83, C84, C85
2006	2019	Cáncer Gástrico	C15, C16, C17
2006	2019	Cáncer Próstata (15 Años y más)	C61
2007	2014	Leucemia (15 Años y más)	C91, C92, C93, C94, C95
2013	2018	Colorrectal (15 Años y más)	C18, C20
2013	2018	Ovario Epitelial	C56
2013	2017	Vesical (15 Años y más)	C67
2013	2013	Osteosarcoma (15 Años y más)	C40, C41
2018	--	Pulmón (15 Años y más)	C33, C34
2013	--	Tiroides	C73
2021	--	Renal	C64, C66, C68
2021	--	Mieloma múltiple (15 Años y más)	C90

Elaboración Propia

ANEXO 3: ANALISIS DE MORTALIDAD POR CANCER EN EL PERIODO 2000-2010

Análisis de mortalidad por cáncer 2000-2010 <i>(cada 100.000 habitantes)</i> .											
Cáncer	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
C. Uterino	8,8	8,6	7,9	8,4	8,3	8,2	8,1	7,6	7,5	7,6	6,7
Mamas	6,7	6,6	6,7	6,8	6,8	7,2	7,0	7,0	7,4	8,0	7,6
Testículo	1,4	1,2	1,3	1,4	1,2	1,2	1,0	1,1	1,0	1,4	1,2
Linfoma	2,9	3,0	3,2	3,3	3,1	3,3	3,5	3,3	3,3	3,5	3,6
Gástrico	19,6	18,8	19,9	19,6	19,0	19,0	18,9	18,5	18,6	19,8	19,4
Próstata	16,8	16,7	17,3	18,7	18,4	18,8	19,6	20,0	20,2	20,9	22,7
Leucemia	3,4	3,7	3,7	3,9	3,7	3,6	3,7	3,9	3,8	3,6	3,7
Colorrect.	5,6	5,6	5,5	6,1	6,2	6,4	6,6	6,7	7,2	7,5	8,0
Ovario	4,4	4,4	3,8	4,1	4,0	4,5	4,5	4,2	4,1	4,4	4,9
Vesical	2,0	1,9	2,0	1,9	2,1	2,5	2,2	2,3	2,3	2,3	2,7
Osteosarc.	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7
Pulmón	12,3	12,9	13,0	12,7	13,8	14,1	14,7	15,2	14,6	15,0	15,6
Tiroides	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,7	0,5	0,6	0,7
Renal	2,7	2,9	2,9	2,9	3,2	3,6	3,3	3,6	3,6	3,8	3,8
Mieloma	2,1	1,9	2,2	2,3	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,3	2,4
Hepático	4,1	4,0	4,5	4,9	4,7	5,0	5,3	5,4	5,9	5,8	5,8
V.Biliar	8,3	7,5	8,2	8,3	8,0	8,3	8,0	8,7	8,4	8,1	7,8
Laringe	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8
Melanoma	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	1,1
Piel	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	1,0	1,0	1,3	1,4
SNC	1,5	1,7	1,6	1,6	2,0	1,8	1,7	2,1	2,3	2,3	2,6

Elaboración Propia

ANEXO 4: ANALISIS DE MORTALIDAD POR CANCER EN EL PERIODO 2010-2022

Análisis de mortalidad por cáncer 2010-2022 (cada 100.000 habitantes).												
Cáncer	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
C. Uterino	6,7	6,6	6,3	6,0	6,8	6,1	6,3	6,3	6,6	6,1	6,2	6,3
Mamas	7,9	7,9	8,0	8,1	8,5	7,7	8	7,9	8	7,6	7,5	7,3
Testículo	1,2	1,1	1,1	1,3	1,2	0,9	1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Linfoma	3,6	3,4	3,5	3,5	3,4	3,3	3,4	3,3	3,6	3,5	3,5	3,5
Gástrico	18,8	19,3	18,4	18,3	18,7	18,7	18,5	18,3	18,2	18,2	18,1	18
Próstata	22,7	23,7	23,4	23,3	23,5	23,3	23,7	23,5	23,7	23,9	23,7	23,9
Leucemia	3,8	4,0	4,3	4,2	4,2	4,4	4,3	4,4	4,5	4,5	4,5	4,5
Colorrect.	8,2	8,9	9,3	9,7	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,8	10,7	10,8
Ovario	4,7	4,4	4,7	4,3	4,8	4,5	4,6	4,3	4,4	4,4	4,5	4,4
Vesical	2,4	2,3	2,5	3,1	3,0	2,9	3	3	3,1	2,8	2,8	2,6
Osteosarc.	0,7	0,8	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
Pulmón	16,1	16,4	17,2	17,1	17,3	17,3	17,6	17,8	17,9	17,5	17,5	17,3
Tiroides	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
Renal	3,8	4,4	4,1	4,6	4,6	4,6	4,8	4,7	4,8	4,8	4,8	4,5
Mieloma	2,5	2,6	2,6	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8	2,6
Hepático	6,1	6,7	6,3	6,8	7,1	7,1	7,3	7,3	7,2	7,3	7,3	7,1
V.Biliar	8,1	8,0	7,6	7,3	7,3	7,9	8,3	8,2	8,1	7,9	7,9	7,8
Laringe	0,8	0,9	0,7	0,9	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,7
Melanom a	1,1	0,8	0,8	1,1	1,2	1,1	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1
Piel	1,2	1,4	1,2	1,3	1,3	1,4	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5	1,4
SNC	2,6	2,4	2,6	2,6	2,6	2,6	2,8	3,3	3,2	3,3	3,2	3,3

Elaboración Propia

SOLO USO ACADÉMICO

ANEXO 5: CARTA DE EXENCIÓN COMITÉ ETICO CIENTIFICO UNIVERSIDAD MAYOR



ACTA DE INFORME DE EVALUACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO INSTITUCIONAL

Nº FOLIO: 0381

ANT: No hay

MAT: Eximición de proyecto

Fecha: 23 de agosto de 2023

DE: NATALIA CHAHIN INOSTROZA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO INSTITUCIONAL
UNIVERSIDAD MAYOR

A: CHRISTOPHER ORLANDO SÁNCHEZ MOYA
INVESTIGADOR PRINCIPAL

Me permito informar a Usted que el Comité Ético Científico Institucional de la Universidad Mayor, Acreditado por la Autoridad Sanitaria, ha efectuado la revisión y aprobación en sesión ordinaria del día 23 de agosto de 2023, del siguiente proyecto de investigación:

Título de la Investigación	Estudio sobre el Programa de Garantías Explicitas en Salud y su Intervención en el Acceso y Mortalidad en Chile
Nombre Investigador Principal	Christopher Orlando Sánchez Moya
Nombre co-investigadores	No indica
Programa Académico	Doctorado en Políticas Públicas Postgrado, Universidad Mayor, sede Santiago
Docente Guía	Dra. Antonia Diaz-Valdés Iriarte
Nº Interno	631/2023
Versión	1

Comité Ético Científico Institucional, Universidad Mayor,
Acreditado por Seremi Salud Región de Araucanía. Resolución Exenta N°J1-6888 del 15/diciembre/2020

CONCLUSION FINAL:

Por lo anteriormente expuesto, este Comité resuelve dejar este proyecto de investigación en estado de EXIMIDO DEL PROCESO.

Para constancia y firma;


 
Natalia Chahin Inostroza
Presidente
Comité Ético Científico Institucional
Universidad Mayor

ANEXO 6: INVESTIGACIÓN PUBLICADA EN REVISTA SALUD PÚBLICA ARGENTINA

TITULO

PROGRAMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD EN CHILE PARA CÁNCER GÁSTRICO: ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y CAMBIOS ESTRUCTURALES

RESUMEN

Objetivo: Analizar la variación de los índices de mortalidad por cáncer gástrico en Chile con la implementación del Programa de Garantías Explícitas en Salud del Sistema de Salud de Chile desde su implementación en el año 2006 al año 2022.

Método: Estudio cuantitativo de tipo analítico, transversal retrospectivo. Se realizó un análisis secundario de los índices de mortalidad por cáncer gástrico, entre los años 2000 y 2022. La técnica utilizada fue por series de tiempo con cambio estructural, con prueba estadística de Chow. Se incluyeron todas las defunciones cuya causa principal es cáncer gástrico.

Resultados: Existe un cambio estructural en la serie de tiempo de la mortalidad estandarizada por cáncer gástrico en la población, en observaciones anuales desde el año 2000 al 2022, con una prueba de Chow = 25.62; $p < 0.05$; intervalo de confianza de 97.5%, y que fue identificada en el año 2012.

Conclusión: Posterior a la implementación del Programa de Garantías Explícitas en Salud en el año 2006, relacionada con el cáncer gástrico, se visualiza un cambio estructural en el análisis de la mortalidad en el año 2012. Las medidas de tamizaje, cobertura, acceso y promoción en salud contribuyen a la disminución de la mortalidad entre los años 2012 y 2022.

Palabras Clave: Cáncer Gástrico, Política Pública, Planes y Programas de Salud, Estudios de Series Temporales, Chile.

ABSTRACT

Objective: To analyze the variation in gastric cancer mortality rates in Chile with the implementation of the Explicit Health Guarantees Program of the Chilean Health System from its implementation in 2006 to 2022.

Methods: Quantitative, retrospective, cross-sectional, analytical, retrospective study. A secondary analysis of gastric cancer mortality rates between 2000 and 2022 was performed. The technique used was by time series with structural change, with Chow statistical test. All deaths whose main cause was gastric cancer were included.

Results: There is a structural change in the time series of standardized mortality from gastric cancer in the population, in annual observations from 2000 to 2022, with a Chow test = 25.62; p; confidence interval of 97.5%, defined in 2012.

Conclusion: After the implementation of the Explicit Health Guarantees Program in 2006, related to gastric cancer, a structural change is visualized in the analysis of mortality in 2012. Screening, coverage, access and health promotion measures contribute to the decrease in mortality between 2012 and 2022.

Key words: Gastric Cancer, Public Policy, Health Plans and Programs, Time Series Studies, Chile.

INTRODUCCION

La necesidad de mayor acceso a la salud en Chile, durante la reforma sanitaria a fines de los años 90, llevó a la creación e implementación del Plan de Garantías Explícitas en Salud. Por definición, las Garantías Explícitas en Salud (GES) es una política

pública sanitaria determinada en un conjunto de prestaciones y beneficios en salud que están garantizados por el Estado en Chile bajo la ley 19.966 (1).

Estas garantías buscan asegurar el acceso, calidad y oportunidad en la atención de ciertas enfermedades y condiciones de salud específicas. Las GES se basan principalmente en un conjunto de enfermedades o problemas de salud prioritarios, denominados "Plan AUGE" (Acceso Universal con Garantías Explícitas), y que fueron identificados como prioritarios por su impacto en la salud de la población y la carga asistencial y financiera que representan. Algunas de estas enfermedades incluyen el cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades mentales, incluyendo patologías de resolución quirúrgica y ambulatoria (1-3).

Las Garantías Explícitas en Salud establecen que todas las personas afiliadas a un sistema de salud público o privado en Chile tienen derecho a recibir, de manera oportuna y de calidad, un conjunto de acciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento para las enfermedades AUGE garantizadas por el estado. Estas acciones están definidas en protocolos clínicos y guías de manejo, y deben ser proporcionadas por las instituciones y profesionales de salud, tanto del sistema público como del sistema privado. Las GES, además, incluyen aspectos como la oportunidad de atención, los plazos máximos de espera para la realización de exámenes y procedimientos, la cobertura financiera, la garantía de calidad en la atención y el derecho a una segunda opinión médica. El principal objetivo de las Garantías Explícitas en Salud es reducir las brechas de acceso y calidad en la atención de enfermedades prioritarias, brindando una protección efectiva a las personas y asegurando un nivel mínimo de atención en salud para toda la población chilena (3).

En el año 2006 se integra al GES el cáncer Gástrico, y su diagnóstico generalmente implica una combinación de exámenes, como endoscopia digestiva alta, biopsias, análisis de sangre y pruebas de imagen, como tomografías computarizadas y resonancias magnéticas, y su tratamiento depende del estadio y la extensión del tumor, pero puede incluir cirugía para extirpar el tumor, quimioterapia, radioterapia y

terapias dirigidas (4-5). En el año 2023, el cáncer es la primera causa de muerte en Chile, y en el caso del cáncer gástrico, su mortalidad ha disminuido paulatinamente durante la última década, siendo su tasa de mortalidad de 23.2 por cada 100.000 habitantes en el año 1990, y 19.3 por cada 100.000 habitantes en el año 2017 (6).

El programa GES de Cáncer Gástrico está definido principalmente por estrategias que colaboran con la evolución de la enfermedad, establecidos como: acceso oportuno a la atención, diagnóstico y estadificación, tratamiento quirúrgico, tratamiento adyuvante, seguimiento y control, rehabilitación y cuidados paliativos, y que, en conjunto, contribuyen con el manejo de la enfermedad desde su diagnóstico, y la totalidad del tratamiento (1, 6). A pesar de las estrategias otorgadas, Chile continúa siendo un país con una alta incidencia y mortalidad por cáncer gástrico, ubicándose en un riesgo intermedio (tasa de 10-20/100.000 habitantes) (7-8). El presente artículo, analiza la mortalidad en esta patología, desde el año 2016 (año de implementación) al año 2022, mediante la técnica cuantitativa de series de tiempo con cambios estructurales, visualizando el comportamiento epidemiológico de la patología, relacionándolo con la implementación y modernización del programa GES de cáncer gástrico.

MATERIALES Y METODOS

La metodología de investigación se realizó mediante análisis de datos secundarios, de libre disposición. No involucró estudio ni intervención directa de seres humanos. Es un estudio analítico de tipo transversal retrospectivo realizado en Chile. La muestra estuvo conformada por la totalidad de datos de defunción por cáncer gástrico como causa principal o secundaria de fallecimiento, registrados bajo la codificación CIE-9: C15, C16 y C17 y recogidos desde el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) de Chile, con libre disposición vía web, registrados desde el 01 de enero del año 2000, al 31 de diciembre del año 2022. Se contó con un total de 4327 registros para efectos del estudio.

El análisis estadístico se realizó con un análisis descriptivo de los datos, obteniendo la tasa de mortalidad por año, formando una serie temporal de 22 observaciones. Para el análisis estadístico se aplicó un modelo de series de tiempo con cambio estructural (SCTS), identificando los puntos de quiebre (Breakpoints) asociados a los cambios estructurales de la muestra, y utilizando una prueba estadística de Chow con una significancia de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza de 97.5%. La prueba estadística de Chow permitió evaluar si hay diferencias significativas en los coeficientes de dos o más subgrupos dentro de la muestra de datos y se utilizó para determinar si estas diferencias son estadísticamente significativas, confirmando la presencia de cambios estructurales en la muestra (H_1), o ausencia de cambios estructurales en la aplicación de la regresión (H_0) (9). El intervalo de confianza fue determinado por el estadígrafo, de acuerdo con el grado de exactitud de la estimación, derivado de la distribución asintótica del estimador durante el cambio estructural percibido (11). El análisis estadístico se realizó en Software R estudio en su versión 4.3.1.

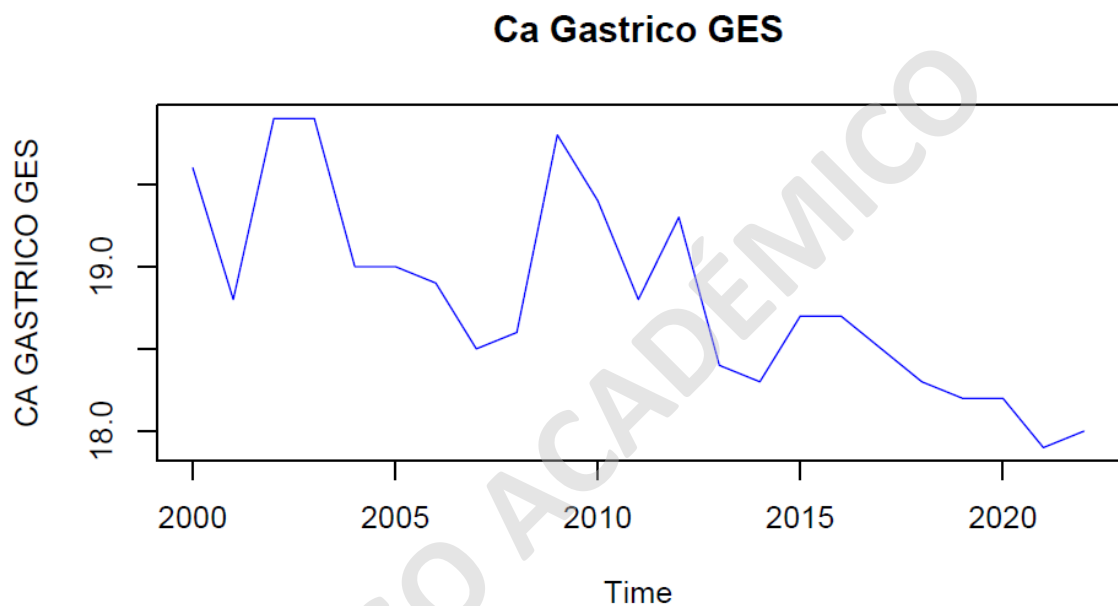
Aspectos éticos: Este estudio utilizó datos disponibles públicamente, que no requieren la aprobación de un comité de ética. Los datos fueron obtenidos desde el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) y están disponibles para su acceso público en <https://www.deis.cl>.

RESULTADOS

El promedio de la tasa de mortalidad en la población, por cáncer gástrico en primera o segunda causa de fallecimiento registrado, durante los años 2000 y 2022, fue de 19.6 por 100.000 habitantes, obtenido desde el total de registros de defunción de 4327 personas ingresadas a la base de datos estadísticos DEIS.

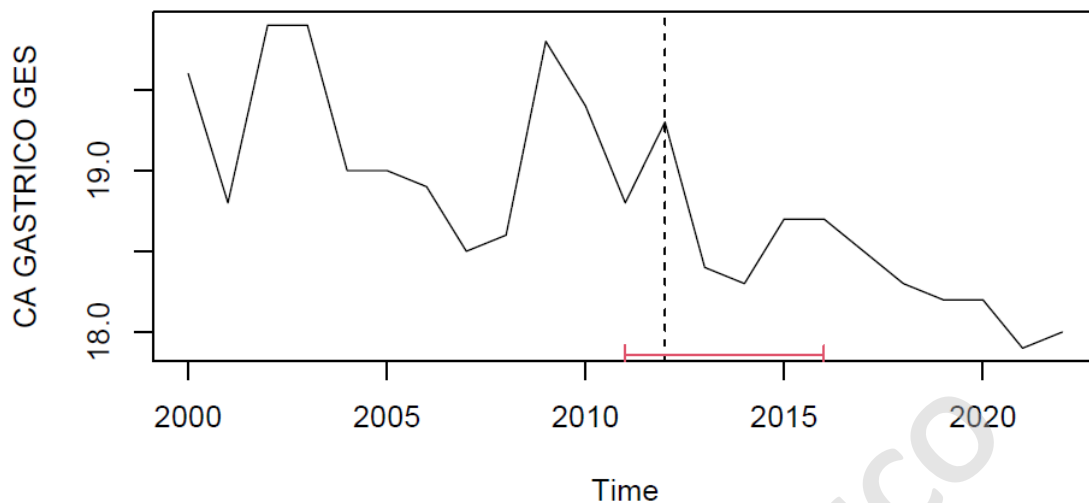
Para efectos de la investigación, se ordenó la base de datos de forma anual, realizando una serie de tiempo simple con 22 observaciones, resultado del cálculo de la tasa de mortalidad entre los años 2000 y 2022. (Figura 1).

Figura 1: Serie de tiempo de la mortalidad estandarizada por Cáncer Gástrico en Chile, entre los años 2000 y 2022.



Al aplicar la técnica de serie de tiempo con cambios estructurales, sobre la serie de tiempo simple ya obtenida, se obtuvo un valor estadístico de Chow $F=25.62$, con un p -value de 1.572×10^{-5} . El análisis identificó un quiebre estructural significativo (p -valor $< 0,05$) en la regresión, puntualizada en el año 2012. Si bien el principal Breakpoint está ubicado en el año 2012, la aplicación del análisis detecta variaciones en la mortalidad, durante el periodo comprendido entre los años 2011 y 2016 (Figura 2).

Figura 2: Serie de tiempo con cambio estructural relacionado a la mortalidad estandarizada por cáncer Gástrico en Chile, entre los años 2000 y 2022.



DISCUSIÓN

El estudio evidenció un cambio estructural importante en el análisis estadístico de la muestra, relacionada con los pacientes fallecidos cuya causa principal y secundaria estaba asociada a cáncer gástrico, durante el año 2012 principalmente. El rango de análisis frente al cambio estructural consideró también el periodo comprendido entre los años 2011 y 2016. El nivel de significancia de la prueba rechazó la hipótesis nula (H_0) confirmando la existencia de un Breakpoint en la serie de tiempo.

Tras visualizar el comportamiento de los datos, posterior al año 2012, se identificó una disminución progresiva de la mortalidad por este cáncer en la población que, en estudios anteriores, había sido evidenciado por Tapia y colaboradores en el año 2010 (10) y Scendes en el año 2017 (8), respecto al comportamiento de la enfermedad en la población chilena y la relevancia de un correcto tamizaje y diagnóstico precoz.

El programa de garantías explícitas en salud asociada a cáncer gástrico, fue instaurada como política pública en el país en el año 2006, cuyas directrices estaban dirigidas principalmente al mejoramiento de la calidad en salud, oportunidad de la atención y

protección financiera. Esto contribuyó, en primera instancia, a un mejor acceso a la atención por este cáncer en la población chilena. La política sufrió importantes modificaciones en los años siguientes, relacionados con un aumento del tamizaje, medidas de prevención y aumento de la cobertura, con una ampliación pública y privada de la atención. Estos cambios ocurrieron entre los años 2009 y 2010, correlacionando la existencia de un cambio estructural en la mortalidad por cáncer gástrico, existente en el año 2012, y que estuvo influenciado por la implementación y actualización del programa asociado a este cáncer (6).

El programa realizó una última actualización en el año 2019, focalizada principalmente en los ámbitos de cambios epidemiológicos, estilos de vida, alimentación, y clínicamente dirigidos a un aumento del tamizaje y diagnóstico precoz (6), donde se pudo observar una disminución continua de la tasa de mortalidad hacia el año 2022.

Si bien existen actualmente análisis de mortalidad relacionados con la evolución epidemiológica del cáncer y su mortalidad, no existe evidencia relacionada con la aplicación directa de técnicas con cambios estructurales y su relación con la aplicación de políticas públicas en salud.

CONCLUSIONES

La inclusión del programa de Garantías Explícitas en Salud bajo la ley 19.966 en el sistema de salud chileno, y la posterior implementación del Cáncer Gástrico como patología prioritaria en el año 2006, colaboró desde una perspectiva de acceso, cobertura, protección financiera y tratamiento en pacientes que cursan esta enfermedad. Tras el análisis de la mortalidad estandarizada en pacientes con Cáncer Gástrico, la implementación del programa y las posteriores modificaciones en tamizaje y prevención contribuyó a que, a partir del año 2012, se evidencie una disminución en los índices de mortalidad, convirtiéndose en una política pública adecuada a una patología de alto impacto epidemiológico en la población. Se debe considerar que

existen otros factores programáticos, sociales, culturales y epidemiológicos que también contribuyen directamente a la mortalidad por cáncer gástrico en la población chilena, y que deben ser estudiadas desde perspectivas multidimensionales del acceso a la salud, cobertura, protección financiera y cobertura.

Conflictos de Interés: Este trabajo no presenta conflictos de interés del autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Guías Clínicas AUGE-GES. [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; [actualizado en 2022; citado el 20 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/auge-ges/>
2. Ministerio de Salud de Chile. Garantías Explícitas en Salud (GES). [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; c2021 [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/garantias-expl%C3%ADcitas-en-salud-ges/>
3. Ley Número 19.966. Establece Garantías en Salud. Diario Oficial de la República de Chile. 29 de julio de 2004.
4. Figueroa-González G, López-Köstner F, Soto-Pérez JC, Ferreccio C. Gastric cancer in Chile: trends in incidence and mortality (1988-2006). Rev Med Chil. 2011;139(6):743-750. DOI: 10.4067/S0034-98872011000600005.
5. Ministerio de Salud. Vigilancia Epidemiológica del Cáncer en Chile: Informe 2018. Santiago: Ministerio de Salud; 2020.
6. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE-GES de Cáncer Gástrico. Santiago: Ministerio de Salud; 2016.

7. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data: Cancer. Geneva: World Health Organization. [Internet]. 2022. [citado el 14 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.who.int>
8. Csendes Atila, Figueroa Manuel. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. Rev. Chil Cir [Internet]. 2017. [citado 27 de Junio de 2023]; 69(6): 502-507. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.014>.
9. Chow GC. Tests of equality between sets of coefficients in two linear regressions. Econométrica. 1960;28(3):591-605.
10. Medina L Ernesto, Kaempffer R Ana M. Mortalidad del adulto en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2000 [citado 05 de junio de 2023]; 128(10): 1144-1149. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001000011>.
11. Sánchez, Paola Andrea. Cambios estructurales en series de tiempo: una revisión del estado del arte. *Revista Ingenierías Universidad de Medellín*. 2008; 7(12), 115-140.
12. Tapia Oscar, Roa Juan Carlos. Cáncer gástrico en una región de Chile: Comparación de variables clínicas y morfológicas en dos períodos (1986-1995 y 1996-2005). Rev Chil Cir [Internet]. 2010 Abr [citado 2023 Sep 26] ;62(2): 125-130. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000200006>.

SOLO USO ACADÉMICO