



Universidad de Chile
Instituto de Asuntos Públicos

INGRESO DEL CÁNCER DE PULMÓN AL AUGE/GES:
FACTORES QUE INFLUENCIARON SU INCORPORACIÓN.

*Actividad Formativa equivalente a Tesis para optar al grado de Magíster en Gobierno y
Gerencia Pública*

Autor: Christian Etxeberria Castro
Profesor Guía: Aldo Meneses Carvajal

Santiago, Chile
2021

Tabla de contenido

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	8
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	8
<i>PREGUNTA PRINCIPAL</i>	<i>8</i>
<i>PREGUNTAS SECUNDARIAS</i>	<i>8</i>
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
HIPÓTESIS	8
OPERACIONALIZACIÓN E INDICADORES.....	9
VARIABLES INDEPENDIENTES	9
VARIABLE DEPENDIENTE	9
INDICADORES	9
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	11
DELIMITACIÓN	11
TIPO DE INVESTIGACIÓN	12
MÉTODO	13
INSTRUMENTOS	13
SUJETOS	13
ALCANCE TEMPORAL DE LA INVESTIGACIÓN	13
FASES DEL ESTUDIO Y CRONOGRAMA.....	14
CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16

EL ROL DEL ESTADO EN LA SALUD PÚBLICA EN CHILE	16
AUGE/GES.....	18
CÁNCER DE PULMÓN.....	26
<u>MARCO TEÓRICO</u>	<u>28</u>
MODELOS SANITARIOS.....	28
MODELOS CONCEPTUALES EN SALUD PÚBLICA A PARTIR DE LAS DETERMINANTES SOCIALES	31
POLÍTICAS SANITARIAS PARA DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD.	32
PRIORIZACIÓN EN SALUD.....	34
TOMADORES DE DECISIÓN.....	35
CARGA DE ENFERMEDAD Y MÉTODOS DE PRIORIZACIÓN EN SALUD.....	36
QALYS (QUALITY ADJUSTED LIFE YEARS) COMO UNIDADES DE MEDICIÓN EN SALUD	38
AVISA (AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD) O DALYS (DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS) COMO UNIDADES DE MEDICIÓN DE SALUD.....	39
EL MÉTODO HANLON COMO HERRAMIENTA PARA PRIORIZAR NECESIDADES Y PROBLEMAS EN SALUD....	43
SALUD PÚBLICA BASADA EN EVIDENCIA (SBE)	45
EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (ETESA)	46
<u>ANÁLISIS DE RESULTADOS Y HALLAZGOS.....</u>	<u>48</u>
PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS.....	48
EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE UN PROBLEMA DE SALUD AL GES	48
CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL GES.....	48
DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER DE PULMÓN EN CHILE	51
FACTORES ECONÓMICOS Y DE COSTO-EFECTIVIDAD	52
DISPONER DE NUEVAS TERAPIAS EFECTIVAS.....	53
DISPONIBILIDAD DE OFERTA Y LA FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACIÓN	54
EL MÉTODO DE PRIORIZACIÓN	56
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HECHA EN BASE A SALUD BASADA EN EVIDENCIA (SBE).....	60
EL ROL DE LOS ACTORES.....	61
SECRETARÍA GES	61
CONSEJO CONSULTIVO GES	62
DISTINTAS DIVISIONES Y DEPARTAMENTOS AL INTERIOR DE MINSAL (EQUIPOS TÉCNICOS).....	65
DEPARTAMENTO DE MANEJO INTEGRAL DEL CÁNCER Y OTROS TUMORES DE DIPRECE.....	66
MINISTROS DE SALUD Y HACIENDA	66
PERCEPCIÓN DE LA SOCIEDAD	67
ORGANIZACIONES DE SOCIEDAD CIVIL	70
PARTICIPACIÓN CIUDADANA	72
RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE INCORPORACIÓN AL GES.....	72
LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL PROCESO DE PRIORIZACIÓN PARA EL GES	73
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>78</u>
EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE UN PROBLEMA DE SALUD AL GES	78
EL ROL DE LOS ACTORES.....	80

PARTICIPACIÓN CIUDADANA	81
CONSIDERACIONES FINALES	82
<u>REFERENCIAS</u>	<u>84</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>88</u>
ANEXO N°1 PAUTA DE CUESTIONARIOS	88
ANEXO N°2 EJEMPLOS DE CUESTIONARIOS	89

Resumen

El cáncer de pulmón tiene alta incidencia y alta mortalidad en la población mundial. En Chile los indicadores epidemiológicos confirman esta información. Por otra parte, la incorporación de patologías al GES se hace a través de un mecanismo de selección que permite ir priorizando las enfermedades según distintos criterios. Durante el proceso de incorporación del cáncer de pulmón al GES quedó de manifiesto la importancia de la existencia de tecnologías eficaces para realizar intervenciones en salud, y como la gestión desde departamentos al interior de MINSAL puede ayudar a potenciar un problema de salud en la priorización. Además de evidenciar el desafío de incorporar a la ciudadanía en el proceso de priorización de problemas de salud.

Palabras clave: GES, Cáncer de Pulmón, priorización en sistemas de salud, participación ciudadana.

Abstract

Lung cancer has a high incidence and high mortality in the world population. In Chile, epidemiological indicators confirm this information. On the other hand, the incorporation of pathologies to the GES is done through a selection mechanism that allows to prioritize the diseases according to different criteria. During the process of incorporating lung cancer into the GES, the importance of the existence of effective technologies to carry out health interventions became evident, and how management from departments within MINSAL can help to promote a health problem in prioritization. In addition to highlighting the challenge of incorporating citizens into the prioritization process of health problems.

Key words: GES, Lung cancer, prioritization in health systems, citizen participation.

Introducción

En Chile, la epidemiología ha evidenciado el aumento de la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles, debido tanto a cambios de hábitos de vida como al aumento de la esperanza de vida (Minsal, 2018), lo que ha llevado al aumento de la población en edades más avanzadas, en quienes la incidencia de cáncer es más alta. En este contexto, hoy en día el cáncer es la segunda causa de muerte de la población chilena, luego de las afecciones al sistema circulatorio y cardiovascular, en consecuencia, se prevé que al final de la próxima década, el cáncer llegará a ser la primera causa de muerte en el país. Por lo que se hace primordial una continua incorporación de distintos tipos de cáncer a políticas públicas de salud que aseguren la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y oportuno y el manejo de cuidados paliativos adecuado para estos pacientes. Se debe considerar que desde la promulgación del AUGE/GES (Garantías Explícitas en Salud) en el año 2004 (DIPRECE, 2020), este programa se ha convertido en una política pública de salud efectiva para dar garantías exigibles tanto de diagnóstico como de tratamiento oportuno a cada una de las 85 patologías que se encuentran incluidas en este hasta el día de hoy (AUGE, 2020). El AUGE/GES se encarga del acceso, la calidad, la protección financiera y la oportunidad, es decir los plazos máximos con que deben ser entregadas cada una de las prestaciones asociadas a cada una de las patologías que incluye, ya que el GES/AUGE constituye un derecho para sus beneficiarios y su cumplimiento debe ser exigido por estos (Decreto 22, 2019). Entre las patologías que se encuentran cubiertas por el AUGE/GES encontramos al Cáncer de Pulmón (CP), el cual fue incorporado en julio del 2019 y su cobertura entró en vigencia en octubre del mismo año, siendo este problema de salud el número 81 en ser incorporado.

El proceso de cómo son incorporados los distintos problemas de salud al AUGE/GES está relacionado con diversos factores, los cuales se evalúan en distintas etapas. Estudiar cómo se desarrolló el proceso de la incorporación del CP al AUGE/GES y dilucidar cuáles fueron los factores que más pesaron en su incorporación nos ayuda a visualizar y tratar de entender cuáles son los elementos que fueron prioritarios a la hora de su incorporación.

Justificación del problema de investigación

Por un lado, tenemos que el CP es uno de los tumores malignos más frecuentes en la población mundial (DIPRECE, 2020), teniendo una tasa de incidencia cruda de 27.4 por 100.000 habitantes, incluyendo a ambos sexos. Por otro lado, a nivel mundial el CP representa la primera causa de muerte por tumores malignos con 1.761.007 defunciones registradas para el 2018, lo que constituye el 18.4% del total de muertes por enfermedades asociadas al cáncer. En Chile se calcula que en el periodo 2003-2007 se registraban 2188 nuevos casos de CP por año.

Por otro lado, la última vez que se habían incorporado nuevas patologías al AUGE/GES había sido en el 2013, en el primer gobierno de Sebastián Piñera, cuando se pasó de 69 a 80 problemas de salud, desde esa fecha hasta el 2019 solo habían sido realizadas mejoras de las canastas de prestaciones de los problemas de salud ya incluidos (MINSAL, 2019).

Cómo se mencionó anteriormente el proceso de evaluación de la incorporación de los distintos problemas de salud al AUGE/GES van acompañados de varias fases en las cuales van apareciendo diversas barreras y agentes facilitadores, los cuales según su mirada o comportamiento pueden ir favoreciendo o definiendo la exclusión o postergación de la inclusión de una patología al AUGE/GES. Por ello es valioso estudiar el rol que jugaron estos factores en la decisión final de la incorporación de este problema de salud a una política pública de salud que se preocupa de asegurar la atención oportuna a los afectados de las patologías que incluye, como una forma de encontrar el mejor enfoque para abordar el proceso de evaluación a posteriores patologías que se desee o se necesite incorporar al AUGE/GES.

Diseño metodológico de la investigación

En base a lo anteriormente explicado resulta notoriamente relevante analizar el rol de los factores que influyeron en la incorporación del CP al AUGE/GES.

Preguntas de Investigación

Pregunta principal

- ¿Cuáles fueron los distintos factores que influyeron en la incorporación del Cáncer de Pulmón (CP) al AUGE/GES?

Preguntas secundarias

- ¿Cuál fue el rol de los actores involucrados con la incorporación del CP al AUGE/GES?
- ¿Existen actores de organizaciones de la sociedad civil que hayan pesado en la incorporación del CP al GES?

Objetivos

Objetivo general

Analizar los distintos factores que influyeron en la incorporación del CP al AUGE/GES.

Objetivos específicos

Describir cómo es el proceso de incorporación de una nueva patología al AUGE/GES.

Caracterizar cómo fue el proceso de incorporación del CP al AUGE/GES.

Describir el rol de los involucrados en la incorporación del CP al AUGE/GES.

Identificar actores de la sociedad civil que hayan trabajado a favor de la incorporación del CP al AUGE/GES.

Hipótesis

Existen factores tales como la epidemiología clásica, la evidencia científica y la percepción social que jugaron un rol imprescindible en la incorporación del CP al AUGE/GES.

Operacionalización e indicadores

Conforme a la pregunta de investigación y los objetivos planteados se puntualizaron las siguientes variables

Variables Independientes

- Política Pública de Salud: AUGE/GES.
- Actores que participan del proceso de incorporación del CP al AUGE/GES
- Factores que participan del proceso de incorporación del CP al AUGE/GES:
 - Epidemiología clásica y Carga de la Enfermedad
 - Evidencia Científica
 - Costo – Efectividad de la intervención.
 - Percepción social
 - Decisión de la Autoridad

Variable Dependiente

- La incorporación del CP al AUGE/GES.

Indicadores

Política Pública de Salud: AUGE/GES			
Dimensión	Indicadores	Fuentes	Técnicas
Información sobre el funcionamiento del AUGE/GES	% de cobertura efectiva del AUGE/GES previo a incorporación del CP	Informes del Ministerio de Salud sobre AUGE/GES	Revisión documental Entrevistas a actores relevantes

Epidemiología clásica y Carga de la Enfermedad			
Dimensión	Indicadores	Fuentes	Técnicas
Información del impacto del CP en la población nacional	Incidencia del CP en Chile Tasa de mortalidad del CP	Bases de datos del Ministerio de Salud	Revisión documental

	<p>Necesidad total del CP (Enfermos diagnosticados/ Población total)</p> <p>Sobrevida de los enfermos a los 5 años del diagnóstico por CP</p>		
--	---	--	--

Evidencia Científica			
Dimensión	Indicadores	Fuentes	Técnicas
Efectos de las intervenciones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del CP	Nivel de certeza de la evidencia	Bases de datos internacionales.	Revisión bibliográfica relacionada

Costo – Efectividad de la intervención			
Dimensión	Indicadores	Fuentes	Técnicas
	<p>Demanda de intervenciones de salud para diagnóstico</p> <p>Demanda de intervenciones de salud para tratamiento</p>	Documentos del Instituto de Administración de Salud de Universidad de Chile	Revisión bibliográfica relacionada

Percepción social			
Dimensión	Indicadores	Fuentes	Técnicas
Organizaciones de sociedad civil y otros	Existen Fundaciones u organizaciones preocupadas del CP	Páginas web institucionales	Revisión documental

Fuentes de información

- Entrevistas a actores relevantes.
- Revisión bibliográfica y documental.
- Revisión de prensa.

Delimitación

La presente investigación se basa principalmente en fuentes directas de información o fuentes primarias, por esta razón se incluyeron como fuentes actores relevantes que de algún modo estén relacionados con la incorporación del CP al AUGÉ/GES. La recopilación de esta información se hizo a través de un cuestionario de preguntas abiertas. Por otro lado, esta investigación también incluyó la revisión de leyes y decretos relacionados, además de medios de prensa y documentos institucionales.

En lo que se refiere a la unidad de análisis, es la patología en cuestión, el CP, debido a que el análisis de esta nos aporta variada información que complementa los factores a estudiar.

Tipo de investigación

El estudio que aquí se expone pertenece a los estudios de tipo aplicados, con un carácter empírico. La meta de la presente investigación es entregar una respuesta contundente a las preguntas de investigación.

Esta investigación posee un enfoque eminentemente cualitativo, de tipo exploratorio, con características descriptivas, ya que aún existe escasa información disponible de cómo es el proceso de incorporación de los problemas de salud al AUGE/GES y de cómo fue el proceso de inclusión del CP a esta política pública (Hernández, Fernández, Baptista, 2006). Es por esta razón que no se utilizarán variables e indicadores de manera estricta. Sin desestimar lo ya expuesto como variables e indicadores.

Las fuentes de información son mixtas, ya que se realizó en primer lugar una revisión bibliográfica del tema de investigación para buscar los antecedentes que existan sobre el proceso de incorporación del CP al AUGE/GES, intentando de esta manera obtener una visión general del problema de investigación. Posterior a esto, a fin de lograr información más acabada y profunda (Hernández, Fernández, Baptista, 2006) se realizaron cuestionarios de preguntas abiertas a actores relevantes que hayan participado o estén vinculados de algún modo con el ingreso del CP al AUGE/GES, lo que permitió generar información empírica sobre la situación estudiada.

Método

Instrumentos

Las siguientes son las técnicas de recolección de información que se utilizaron en este estudio:

- Cuestionario de Preguntas Abiertas:
Se utilizó esta técnica social a fin de que los entrevistados pudieran profundizar en su opinión o pudieran entregar las razones de porqué entregaron dichas respuestas (Hernández, Fernández, Baptista, 2006). El motivo de utilizar esta técnica de preguntas abiertas fue promover que el encuestado responda en sus propias palabras, evitando como investigador poder ir dirigiendo las respuestas. Así el entrevistado pudo mostrar sus reacciones u opiniones frente a algún tópico consultado (Bernal, 2010).
- Revisión de literatura:
Cómo fuentes secundarias se realizó una revisión exhaustiva de prensa y comunicados de páginas institucionales, además de revisar a cabalidad las leyes y decretos relacionados con la política pública en estudio y el proceso de inclusión del CP a esta.

Sujetos

Tomando en cuenta que la información relevante que se puede recopilar es a través de los cuestionarios de preguntas abiertas es que los sujetos incluidos en este estudio han sido seleccionados según el grado de participación que hayan tenido en el proceso de incorporación del CP al AUGE/GES o sean actores relevantes que en alguna ocasión hayan participado en la formulación del AUGE/GES propiamente tal.

Alcance temporal de la investigación

Desde el punto de vista temporal, esta investigación considera los periodos comprendidos entre los años 2013-2019, puesto que en 2013 fue la última vez que se incorporaron problemas de salud nuevos al AUGE/GES y se consideró desde esa fecha la partida del proceso de incorporación de nuevas patologías al AUGE/GES del año 2019, la que corresponde al proceso de inclusión del CP. Sin embargo, los cuestionarios se aplicaron a los actores relevantes durante el 2do semestre del 2021, debido a que este estudio es un estudio exploratorio, dichos cuestionarios se realizaron una vez que se concluyó el proceso de revisión bibliográfica.

Fases del estudio y cronograma

Con el fin de entregar una estructura a este trabajo de investigación se estableció el siguiente plan de trabajo:

- Primera etapa: Aspecto previos
 - Recopilación de bibliografía atingente.
 - Definición del problema de investigación.
 - Reconocer y demarcar variables e indicadores.
 - Construcción del marco metodológico.
- Segunda etapa: Preparación para el trabajo de campo
 - Correcciones al anteproyecto.
 - Elaboración del marco teórico.
 - Elaboración de los instrumentos para recolectar la información.
- Tercera etapa: Trabajo de campo
 - Contacto con los sujetos de estudio.
 - Trabajo de campo.
 - Análisis preliminar de la información.
- Cuarta etapa: Resultados, producto final y difusión.
 - Triangulación de fuentes primarias y secundarias.
 - Creación del borrador de resultados obtenidos.
 - Entrega y presentación de la investigación.

Año	2020						2021					
Actividades	Mar	Abr	May	Jun	Jul	2do semestre	1er semestre	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Recopilación bibliográfica	■	■										
Definición problema		■										
VARIABLES e indicadores		■										
Marco metodológico		■										
Correcciones anteproyecto			■									
Marco teórico			■	■								
Elaboración instrumentos				■	■							
Contacto con sujetos												
Trabajo de campo								■	■			
Análisis preliminar									■	■		
Triangulación resultados										■		
Elaboración borrador											■	
Entrega y presentación												■

Contexto de la investigación

El Rol del Estado en la Salud Pública en Chile

El Estado, a través de los distintos modelos de desarrollo que ha intentado aplicar a lo largo del siglo pasado y este, ha tomado distintos roles respecto a cómo aborda la salud pública. Durante el período 1964-1973 el Estado era el principal responsable de generar y ofrecer servicios sanitarios y el sistema de salud (Olmos & Silva, 2010), al tiempo que se estimulaba el uso de estos servicios a través de la concientización de la ciudadanía sobre la importancia social del hecho de que los servicios básicos lleguen a todos, incluyendo a las clases populares y además sobre el derecho de los ciudadanos a exigir al Estado la provisión de estos servicios. Esto produjo algunos avances en tema de salud pública como lo fue la profesionalización de la atención en salud y la disminución de la mortalidad infantil.

Posteriormente al año 1973, con el arribo de la dictadura militar, producto del cambio de modelo económico de desarrollo se produce un abandono de las políticas de bienestar social, entre las que se incluía el fortalecimiento de la salud pública, por lo que el rol del Estado pasa a focalizarse solamente en la pobreza y en darle apoyo solamente a los que no alcanzan a acceder a los beneficios que genera el crecimiento económico. Con el nuevo modelo de crecimiento propuesto por el gobierno militar el aparato estatal comenzó a sufrir una serie de mermas en ámbitos que habitualmente habían sido considerados que pertenecían al Estado como es el sistema de atención en Salud, lo que pasa a un fortalecimiento de prestadores privados de salud (Olmos & Silva, 2010). Ya durante los inicios de la década de los 80 se implementó la llamada red social, la cual consistía en concentrar el gasto en áreas que eran consideradas prioritarias como madre-hijo y nutrición en el caso de la salud pública. Aún con este enfoque de recursos en ciertas áreas específicas se produjo en términos generales para el área de salud una significativa reducción de los recursos de inversión, lo que causó un gran deterioro en los hospitales públicos y remuneraciones para el personal. Cabe mencionar también que es en este contexto en que se impulsan los seguros privados de salud, lo que desembocó en la creación de las ISAPRES.

Luego del retorno a la democracia, a inicios de los años 90, se volvió a tomar como prioridades temas sociales como educación, acceso a la justicia y salud. Con una tendiente mirada a generar políticas enfocadas a igualar las condiciones de oportunidades, de manera que en un inicio en esta etapa de transición se generaron políticas que ayudaran a corregir las brechas que había dejado el

periodo anterior y generando mejoras en las condiciones de trabajo del sector público, mediante aumentos en los salarios y el reconocimiento y formalización de asociaciones de funcionarios. Además de esto también se realizó una modernización del Fondo Nacional de Salud, FONASA (Olmos & Silva, 2010).

En esta etapa de retorno a la democracia se puede observar cómo se van combinando formas diferenciadas y de cierta manera heterogénea a como se llevaban las políticas de salud, distintas al gobierno anterior y también se puede ver el cambio de rol que asume el Estado. Por una parte, se observa el resabio del modelo liberal y por otra se fomentan algunas prestaciones de carácter universal, para que puedan funcionar de manera articulada. El liberalismo económico lo encontramos en agentes privados en la oferta de servicios de salud, los cuales buscan el lucro y el beneficio económico al prestar estos servicios. También debemos mencionar la importante vereda de la tendencia universalista que se generó con el retorno a la democracia, que se observa en generar garantías de servicios mínimos asegurados a través de subsidios estatales. Durante el gobierno de Lagos se formuló una reforma de salud que otorga prestaciones de naturaleza universal, el Plan Auge (Olmos & Silva, 2010).

Uno de los antecedentes técnicos más relevantes que podemos agregar para fundamentar lo expuesto en el párrafo anterior es la creación del documento Objetivos Sanitarios 2000-2010, el cual fue mandado por el entonces presidente Lagos en el que señalan las metas a nivel nacional en el ámbito de salud a cumplir antes del 2010, lo que serviría de marco de referencia para dirimir las intervenciones y acciones prioritarias que debe realizar el sistema de salud chileno para lograr estos objetivos. La creación de estos objetivos fueron el puntapié inicial al proceso de reforma en salud. Este documento consideró cuatro desafíos primordiales (Bastías, G., Valdivia, G.):

1. Considerar el envejecimiento progresivo de la población, ya que esto impacta en una creciente carga de enfermedades degenerativas de alto costo de atención.
2. Hacerse cargo de las desigualdades en temas de salud en la población, que se observan entre diferentes grupos de población de distinto nivel socioeconómico.
3. Dar una respuesta adecuada a las expectativas legítimas de la población en lo que respecta al sistema de salud, que continuamente aparece como un componente de insatisfacción de la ciudadanía.
4. Resolver problemas de salud pendientes y mantener los logros sanitarios ya alcanzados.

De los mismos desafíos sanitarios anteriormente expuestos se desprendieron los objetivos principales del documento Objetivos Sanitarios 2000-2010:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de la transición epidemiológica.
3. Disminuir las desigualdades ya explicadas.
4. Prestar servicios en salud acordes a las expectativas de la población.

AUGE/GES

Chile ha recorrido bastante en temas de Salud Pública. Se puede mencionar la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952. Posteriormente, en el año 1979 con la fusión del Sistema Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) se produce la reorganización del Ministerio de Salud (MINSAL), se crean los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP). En el año 1980, a través de varios decretos con fuerza de ley se puso en marcha el proceso de municipalización del sector primario, creando de esta manera los consultorios de atención primaria, los cuales dependen de las municipalidades. También este año se reformó el sistema previsional de pensiones y salud. Así se dio comienzo a la cotización obligatoria del 4% de las remuneraciones para la salud. Al año siguiente, en 1981, se crearon las instituciones de salud previsional (ISAPRES), instituciones privadas con sistemas de libre elección, que otorgan prestaciones de salud a sus afiliados (MINSAL, 2020). De este modo fue generado un sistema de salud mixto, público-privado, el cual continúa vigente hasta el día de hoy.

A pesar de lo ya mencionado, si bien el acceso a la atención de salud es un derecho que está mencionado en la Constitución (1980), ejercer este derecho no ha estado libre de limitaciones e inequidades. En los años noventa, con la recuperación de la democracia, se realizaron una serie de reformas sociales que buscaban la modernización del Estado, pero durante estos años se priorizaron reformas en otros sectores, como el sector educación, por lo que el sector salud fue relegado hasta entrada la primera década de los años 2000.

A comienzos de la década del 2000 las mayores preocupaciones de los chilenos estaban centradas en el empleo, la forma de disminuir la pobreza, y la salud. Por una parte, la población se percataba de las falencias de acceso a la atención de salud en el sector público, lo cual se veía reflejado en

las largas listas de espera y la mala calidad de atención proveída por este sector. Por otra parte, en el sector privado, los usuarios denunciaban la escasa protección que sentían con la cobertura otorgada por las ISAPRES y el no sentirse conformes con las políticas de precios manejadas por estas instituciones. Además de estas preocupaciones emanadas por la población, las autoridades de salud también se mostraban preocupadas por el aumento de los precios de los servicios de salud por encima de la inflación general, lo que fue evidenciando la necesidad de una reforma en este sector. Dentro de este proceso de reforma se fueron implementando distintas leyes que modificaron la estructura del sistema de salud en el país y su marco regulatorio, se definieron las fuentes de recursos para esta reforma, mediante la Ley de Financiamiento N° 19.888, la que fue promulgada en agosto del 2003 o la Ley de autoridad sanitaria y gestión N° 19.937, que separó las funciones de provisión de servicios de salud y regulación del sector, creando un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados; dicha ley fue promulgada en febrero del 2004 (Bastías et al, 2007). En el año 2000 comenzó a gestarse El AUGE/GES como una política pública de salud. Durante el gobierno del presidente Ricardo Lagos (Valdivieso, Montero, 2010) el Ministerio de Salud (MINSAL) estableció los “Objetivos Sanitarios para Chile” y también se diseñó su seguimiento para la década 2000-2010. Al mismo tiempo por encargo del mismísimo presidente se puso en marcha la Comisión para la Reforma de Salud. Esta Comisión se preocupó de estudiar los objetivos sanitarios de otros países que pudieran servir de ejemplo para el nuestro, se preocupó, además, de realizar un análisis de la situación de salud de Chile, además de revisar la carga de enfermedad y de la efectividad de algunas intervenciones en patologías específicas. Esta Comisión era una comisión externa al MINSAL, lo que les permitió a sus técnicos tener autonomía para elaborar un diseño el cual no estuviera interferido por problemas coyunturales del mismo MINSAL, ni que fuera políticamente influenciado por el ministro de Salud (Escobar, Bitrán, 2014).

Para pavimentar el camino hacia esta reforma se realizaron diversas reuniones que incluían académicos, profesionales de la salud, representantes de los usuarios y público en general. A través de estas reuniones se pudieron definir las prioridades, los objetivos y los métodos que se utilizarían para la reforma.

En el 2002 se le entregó al presidente Lagos la publicación de los “Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010”. En esta publicación se explicaban los siguientes objetivos: 1) Mejorar los logros sanitarios alcanzados en el siglo XX; 2) Disminuir la inequidad; 3) Enfrentar los nuevos desafíos producto del envejecimiento de la población y de los cambios ocurridos en la sociedad

chilena respecto a su visión de la salud, para lograr 4) Proveer servicios de salud a la altura de las expectativas de la población (Valdivieso, Montero, 2010).

Posteriormente, en el año 2002 en MINSAL nace el término AUGE, Acceso Universal a Garantías Explícitas, bautizando así al corazón de la reforma. En base a este nombre se desarrollaron y comprometieron 4 garantías explícitas:

- Acceso: La obligación por parte del Estado a través de algún sistema de salud de asegurar que se entreguen las prestaciones de salud incluidas en el AUGE/GES.
- Oportunidad: Estableciendo el plazo máximo para la entrega de las prestaciones de salud que están garantizadas, en la forma y condiciones que ordena el respectivo decreto, el cual es revisado cada 3 años.
- Calidad: Que se entreguen las prestaciones de salud garantizadas por el AUGE/GES a través de un prestador que se encuentre debidamente acreditado por la Superintendencia de Salud.
- Protección financiera: El aporte o copago que debe realizar el asegurado por cada prestación o grupo de prestaciones no puede ser superior al 20% del valor arancel referencia determinado por el AUGE/GES para estos efectos. Incluso los beneficiarios de bajos ingresos de FONASA o los beneficiarios indigentes no deben realizar copagos (Escobar, Bitrán, 2014).

Esto llevará a que este eje de la reforma se transforme en un derecho de los chilenos a recibir “Bienes de Salud” tanto de manera colectiva como individual.

En septiembre del 2004 se promulgó la Ley N° 19.966 que instauró el “Régimen General de Garantías de Salud” (De Enfermedad, E.D.C., 2008) para un número inicial de 56 problemas de salud a los cuales se han ido agregando otros a lo largo de los años hasta llegar a un total de 85 en 2019. En esta ley se establece que se deberá realizar una revisión del listado de los problemas de salud cada 3 años basados en estudios epidemiológicos y económicos (Ley N° 19.966, 2004). Esta ley implementó un paquete de servicios de salud mínimo garantizado para el grupo de problemas de salud que cubre, este paquete es conocido como “canasta de prestaciones”, en la cual se definen específicamente cuales son los productos o servicios a los que el beneficiario de cada patología GES tendrá acceso. La canasta tiene un nivel de detalle tal, que define la cantidad de consultas médicas generales y de especialidad, el número y el tipo de atenciones de enfermería y otros

profesionales de la salud, la cantidad y el tipo de exámenes de laboratorio y radiológicos, insumos, fármacos, ortesis, etc. para cada problema de salud garantizado por el GES (Bastías et al, 2007). El GES incluye tanto a los afiliados a FONASA como a los afiliados al sistema privado de salud (ISAPRES).

El Sistema de Salud en Chile

Chile cuenta con un sistema de seguridad social para la salud con cobertura casi universal. De sus 18.7 millones de habitantes proyectados por el INE para el 2019, su seguro público de salud, FONASA, cubre un 80% de la población, incluida la población indigente, la cual es asegurada totalmente con fondos del Estado. Por otro lado, en Chile también existen compañías de seguros de salud privadas, ISAPRES, que otorgan cobertura a un 17% de la población del país. Existen además otros sistemas, como los de las Fuerzas Armadas, sistemas que le dan cobertura de salud al porcentaje restante de la población. En general, los usuarios de FONASA acuden a las instituciones públicas de la red de salud, sin embargo, los usuarios no indigentes tienen acceso a un co-seguro básico que les permitiría acceder a la atención de salud mediante prestadores privados. Los usuarios de ISAPRES usan primordialmente proveedores privados de salud.

El Sistema de Salud en Chile, tiene algunos componentes obligatorios y otros voluntarios respecto a la selección de la aseguradora y al monto del aporte que hará el asegurado. Se supone que las personas pueden escoger de manera libre el asegurarse con FONASA o con una ISAPRE, pero en la realidad es el sueldo del individuo lo que va a determinar principalmente la elección, las personas que poseen ingresos medios-altos y altos suelen escoger un asegurador privado, ISAPRE, para conseguir servicios adicionales mediante aportes adicionales; Los individuos de ingresos medios, medios-bajos y bajos generalmente escogen FONASA, porque con los aportes que pueden hacer desde sus ingresos no lograrían tener una mejor cobertura en alguna ISAPRE. La ley obliga a que los trabajadores en el sector formal aporten una prima de seguro de salud mínima del 7% de sus ingresos con un tope de ingresos mensuales de hasta US\$1500 y a la vez permite que los que hayan optado por afiliarse a una ISAPRE puedan realizar contribuciones voluntarias por encima del 7% a cambio de mayores coberturas. Cabe mencionar que tanto FONASA como las ISAPRES funcionan con un sistema de copagos.

Desde su creación en 1981 hasta el año 1991 las ISAPRES estuvieron ajenas a cualquier tipo de fiscalización, ya que hasta ese momento no existía ningún ente responsable de supervisar sus

operaciones. En la década de los 80s las ISAPRES crecieron vertiginosamente. En el año 1990 se creó la Superintendencia de ISAPRES a cargo del Ministerio de Salud. Hasta ese año se les permitió a estas aseguradoras privadas seleccionar de manera libre que riesgos cubrir, con lo que priorizaban en su elección beneficiarios más adinerados, más jóvenes y más sanos que los de FONASA. Las ISAPRES siguieron creciendo en número de usuarios hasta 1997 cuando alcanzaron a cubrir al 25% del mercado. Desde entonces han ido disminuyendo su porcentaje de cobertura del mercado disponible y en la actualidad alcanzan a dar cobertura al 17% de la población.

Debido a que existían amplias diferencias en la calidad y en el acceso a la atención entre FONASA y las ISAPRES, el Gobierno se vio compelido a crear en el 2004 el ya mencionado plan AUGE, eje central de una reforma de salud en la cual se creaba un plan de beneficios mínimos, que era llamado indistintamente AUGE o GES, tanto para FONASA como para las ISAPRES. En el 2005 el Gobierno estableció la Superintendencia de Salud, un organismo encargado de regular y fiscalizar a FONASA y las ISAPRES, además de regular y fiscalizar a los prestadores de salud tanto públicos como privados.

Propósitos de la reforma de salud y del AUGE/GES

Los propósitos de la reforma y su eje principal AUGE/GES se enmarcaron en correspondencia con los objetivos sanitarios definidos por el Poder Ejecutivo para la década 2000-2010: Mejorar los logros en temas sanitarios que habían sido alcanzados en el siglo anterior, disminuir los niveles de inequidad, enfrentar de buena manera los desafíos que se observan a raíz del envejecimiento poblacional y de la evolución de la sociedad respecto a cómo observa la salud y el cómo proveer servicios que estén a la altura de las expectativas de la población. De este modo se buscó dar respuestas apropiadas a una población cada vez más envejecida, con mayor nivel educacional y con más conciencia de sus derechos. Lo que se quiere explicar es que el principal sustento de esta reforma ha sido la conjugación de las Garantías Explícitas de Salud (GES) avaladas por instrumentos legales que se encuentran a disposición de los beneficiarios para poder vigilar el cumplimiento de esas mismas garantías (Escobar, Bitrán, 2014).

Previa a esta política de salud, los beneficiarios de FONASA no contaban con ninguna garantía explícita en temas de cobertura y el acceso a atenciones de salud con que contaban estaba

completamente sometido a la disponibilidad existente dentro de la oferta, mientras que los usuarios de las ISAPRES contaban con contratos explícitos de cobertura.

Métodos de Priorización

Si bien no ha existido una forma rígida de priorización de las enfermedades para ser incluidas en el GES, se ha seguido ciertos lineamientos que siguen ciertas estructuras lógicas. Para comenzar a explicar podemos expresar como fue el primer proceso de priorización de problemas de salud incluidos en el AUGE/GES.

En el artículo 11 de la Ley 19.966 se estipula que las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en esa ley y en el reglamento; que además deberán ser aprobadas por decreto supremo de este Ministerio junto con la aprobación del Ministerio de Hacienda (Ley N. 19.966, 2004).

Cómo se describe en el artículo 13 de la ley, la creación de una propuesta GES comienza con la elaboración de estudios que permitan observar un listado de prioridades y de las intervenciones que sopesen la realidad de la situación de la salud de los habitantes del país, la efectividad que tendrían estas intervenciones y cuál sería el aporte de estas a la prolongación de la vida de los afectados o cual sería el aporte a su calidad de vida. También si es posible, debe evaluarse qué relación existe entre el costo y la efectividad de la intervención, para lo cual se deben desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, la demanda potencial y la real capacidad de oferta del sistema de salud chileno (Ley N. 19.966, 2004).

Según lo expresado en el artículo 14 de la ley 19.966, posteriormente, considerando el análisis de los estudios mencionados en el párrafo anterior, también considerando la experiencia y la evidencia tanto de la comunidad científica nacional como extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas, debiendo descartarse de éstas todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan un beneficio para la sobrevivencia o para la calidad de vida de los afectados. Al mismo tiempo, se debe estimar el costo de incorporarlas al régimen GES, de acuerdo con la capacidad de oferta de los sectores público y privado y con la demanda potencial de tales intervenciones.

Considerando los resultados de estos estudios, el Ministerio de Salud en conjunto con el de Hacienda llevarán la propuesta para ser evaluada al Consejo Consultivo. Una vez concluidos estos

trámites, ambos ministerios deben dictar el decreto correspondiente que incluya las nuevas garantías. (Ley N. 19.966, art. 17, 2004)

El proceso de priorización se realizó básicamente desde la evaluación de distintos problemas de salud según los parámetros establecidos por la misma ley. Posterior a esto a cada uno de ellos se definieron las prestaciones asociadas. Esto se basó en las guías de práctica clínica que fueron creadas especialmente para este fin y que fueron desarrolladas con el método de “medicina basada en la evidencia”. También se tuvo presente que fueran garantías que pudiesen ser cubiertas por los prestadores de salud en todo el país y que desde un punto de vista financiero pudiesen ser sostenibles (Escobar, Bitrán, 2014).

En conceptos operacionales, la ley le otorga una estructura a la organización del AUGE/GES a través del Consejo Consultivo, el cual está compuesto por nueve miembros que tengan amplia experiencia e idoneidad en los campos de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas (Ley N. 19.966, art. 21, 2004). Ellos priorizan los problemas de salud y sus respectivas intervenciones según los criterios revisados anteriormente y descartan aquellos que no poseen firmes fundamentos o los casos en que las prestaciones no permitan claramente aumentar la sobrevivencia o mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Otro aspecto importante en el proceso de priorización ha sido el evaluar cuales son las preferencias o las prioridades que tiene la población (Escobar, Bitrán, 2014).

En general en cada proceso de priorización de los problemas de salud y del contenido a incluir en las canastas de prestaciones ha tenido un marcado sello técnico, el cual ha pesado mucho más que aspectos políticos o de otro tipo. Para esto el rol del MINSAL es primordial en la priorización, ya que, aunque la mayoría de los estudios para la priorización son licitados, MINSAL ejerce una contraparte activa y categórica en las conclusiones de estos estudios. También FONASA suele contribuir al análisis, ya que entregan antecedentes con relación a problemas de salud que pertenezcan a programas especiales, como el Programa de Enfermedades Catastróficas. Otro aspecto importante de destacar corresponde a la selección de las prestaciones que conforman las terapias a los problemas de salud estudiadas, los cuales se sustentan en las guías clínicas desarrolladas a través del método de “medicina basada en la evidencia”. Estas guías muchas veces han sido el resultado de la cooperación entre MINSAL y distintas sociedades científicas relacionadas con cada una de las enfermedades evaluadas. Dichas guías entregan argumentos científicos explícitos que respaldan cada recomendación y en base a tales recomendaciones se

conforman los listados de prestaciones que se asociarán a cada problema de salud, llevando la claridad de que las garantías explícitas estarán incluyendo ese nivel. Lo que muestra la clara preeminencia de fundamentos técnicos en la selección de las prestaciones más allá de cualquier otro aspecto.

Se debe mencionar que la legitimidad del proceso de priorización de los problemas de salud se sostiene en el uso de un método que incluye las variables más importantes dirigidas a dar cumplimiento a los objetivos del GES. También se debe indicar que este método incluye datos de la población usuaria, los cuales se obtienen de diversas maneras, además de la participación de expertos especialistas tanto en la creación de los estudios como en la elaboración de las guías clínicas. Basadas en estas guías clínicas se han determinado garantías explícitas relacionadas a prestaciones a otorgar en cuatro etapas del proceso de resolución de un problema de salud: sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. Tanto la sospecha como la confirmación diagnóstica se agrupan en la etapa de diagnóstico del problema de salud. En cada etapa y en cada problema de salud está específicamente establecido (por eso garantías ‘explícitas’ de salud) las prestaciones asociadas a cada problema de salud y el examen de medicina preventiva con relación a cada grupo poblacional. En el caso de los medicamentos se definen los principios activos.

Guías de Práctica Clínica

Todos los problemas de salud que se encuentran actualmente cubiertos por el AUGE/GES poseen una guía clínica asociada que ha sido elaborada por un equipo profesional utilizando el método de medicina basada en la evidencia. Estas guías son públicas y cualquier ciudadano puede acceder a ellas. Estas guías van siendo actualizadas, por lo que las garantías de los problemas de salud pueden ser modificados cada 3 años según como estipula la ley 19.966, lo que en la mayoría de los casos ha significado que los beneficios que ofrece el AUGE/GES para cada patología se vayan ampliando (Escobar, Bitrán, 2014).

Financiamiento del AUGE/GES

El financiamiento de este proyecto se realiza de distintos modos, en el caso de FONASA su financiamiento se realiza mediante dos mecanismos, los aportes mensuales que hacen los afiliados a FONASA con las cotizaciones obligatorias equivalentes al 7% de su salario y a través de los

impuestos generales. Respecto a los impuestos, en el proceso legislativo se incluyó un dictamen, en un comienzo transitorio, pero que luego pasó a ser permanente para un aumento de un punto porcentual del impuesto al valor agregado (IVA) que en el 2005 pasó de ser un 18 a un 19%. En general FONASA es principalmente financiada por recursos del Estado, siendo las contribuciones de los afiliados una proporción menor de sus ingresos, pero esta situación ya se observaba desde antes de la implementación del AUGE/GES, por lo que no se puede decir que haya existido un cambio en los porcentajes de ingresos de FONASA que sean atribuibles a esta política de salud.

Por el otro lado, las ISAPRES están facultadas mediante una ley para cobrar un porcentaje adicional al 7% obligatorio para la salud. Esta ley determinó ese cobro para que las ISAPRES puedan cualquier costo atribuido a la adopción del GES. Cada ISAPRE ha adoptado distintos valores de primas para solventar el GES y ha implementado distintas políticas para realizar la actualización anual. Aunque las ISAPRES venden distintos planes de seguro de salud y cobran diferentes primas por estos planes (planes que los asegurados subvencionan con el 7% obligatorio más aportes adicionales voluntarios), cada ISAPRE cobra una única prima para GES, lo que quiere decir que cada ISAPRE financia el GES con una especie de prima comunitaria, mientras el resto de sus beneficios son solventados mediante primas diferenciadas que se calculan según el riesgo individual de cada asegurado.

Hoy en día el AUGE/GES puede traducirse en una gran conquista de parte de los ciudadanos, ya que desde el comienzo de su implementación ha logrado beneficiar a más de 10 millones de usuarios. Con los 85 problemas de salud que cubre hasta la actualidad logra dar una respuesta satisfactoria en base a sus garantías al 60% de la carga de enfermedad de la población de Chile (DIPRECE, 2020).

Cáncer de Pulmón

Es una enfermedad en la que se forman células malignas en los tejidos del pulmón y en las células que recubren las vías respiratorias. Los tipos más frecuentes de cáncer de pulmón son el de células pequeñas y el de células no pequeñas (Decreto 22, 2019). Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2004 el CP incluye a todos los tumores primitivos epiteliales malignos del pulmón, excluyendo tumores pleomórficos, sarcomatoides, carcinoides y los derivados de las glándulas salivares (DIPRECE, 2020).

Este cáncer se ha transformado en un problema importante para la salud pública por su elevada incidencia y alta mortalidad. Constituyéndose en una de las principales causas de muerte por cáncer tanto en mujeres como en hombres. Por la forma en que se desarrolla la enfermedad más del 70% de los casos se diagnostican en estados de una enfermedad ya avanzada o metastásica. La sobrevivencia a 5 años para pacientes con este tipo de cáncer alcanza entre el 15.7-17.4% (Expósito et al, 2017).

El CP tiene factores de riesgo asociados como el tabaco, siendo este el factor de riesgo más importante para el desarrollo de este tipo de cáncer, ya que el tabaquismo está presente entre el 80-90% de los pacientes que padecen de esta enfermedad. El riesgo de sufrir CP aumenta con la cantidad de cigarrillos fumados y con la duración del hábito, lamentablemente los fumadores pasivos también tienen un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. Además del tabaquismo existen factores ocupacionales y ambientales asociados al desarrollo del CP como la exposición a ciertos carcinógenos ambientales, por ejemplo, al asbesto, el radón, el clorometiléter, hidrocarburos policíclicos aromáticos y el níquel. Por otro lado, el CP ha sido asociado a enfermedades tales como la sarcoidosis, la esclerodermia y la fibrosis pulmonar (DIPRECE, 2020).

Contexto epidemiológico

Cómo se ha mencionado anteriormente, el CP es el tumor maligno más frecuente en la población mundial con 2.093.876 de casos nuevos reportados en 2018 (DIPRECE, 2020). Por otro lado, el CP figura como la primera causa de muerte por tumores malignos con 1.761.007 decesos en el año 2018, lo que corresponde al 18.4% del total de muertes por cáncer en todo el mundo.

A nivel nacional, la incidencia estimada para el periodo 2003-2007 fue de 2.188 casos nuevos de CP por año. Hay que mencionar que en los hombres la tasa de incidencia duplica a la tasa de incidencia estimada para las pacientes femeninas.

En cuanto a la mortalidad por CP, el Departamento de Estadísticas e Información (DEIS) informó 3.162 muertes por esta causa durante el 2016, entregando una tasa de mortalidad cruda de 17.38 por 100.000 habitantes (DIPRECE, 2020).

Marco Teórico

En el marco teórico se han descrito diferentes modelos sanitarios encontrados en la literatura, además se han especificado distintos modelos conceptuales de salud pública que toman en cuenta las determinantes sociales en salud y principios que promueven la implementación de políticas públicas en salud que disminuyan las inequidades en este ámbito. También se han revisado las formas utilizadas en priorización en salud, las herramientas que se utilizan para realizar esta labor y como estas herramientas ayudan finalmente a los tomadores de decisión a escoger en base a lo entregado por estas priorizaciones.

Modelos Sanitarios

Según los distintos países podemos encontrar distintos modelos de cómo se gestiona y cómo se concibe la forma en que el Estado se hace participe de la salud de su población. Podemos comenzar definiendo la palabra modelo para hacernos una idea de que es a lo que nos referimos. La RAE (RAE, 2021) define modelo como “un esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento”. Conforme a esta definición podemos describir distintos modelos sanitarios:

- Liberal: Es el modelo de salud desarrollado en el sistema privado de USA. En este modelo la salud es considerada como un bien de consumo y no tiene que estar necesariamente protegida por los poderes públicos; el uso de los servicios de salud se rige por la ley de oferta y demanda. El Estado se limita a dar soporte solo a la población más vulnerable, con mínimos aportes al sistema de salud por parte del Estado. El resto de la población contrata seguros de salud en compañías privadas o le pagan directamente al proveedor de la prestación medica, sin ningún intermediario (Plataforma de información para Políticas Públicas de la Universidad Nacional de Cuyo [PiPP], 2011). Este sistema genera grandes brechas y desigualdades en la población por ser un sistema altamente regresivo (Zuñiga Fajuri, 2007).
- Socialista o Estadista: La principal peculiaridad de este modelo es que las prestaciones se entregan siguiendo principios de equidad, gratuidad y universalidad para todos los estratos de la población. Subvencionado íntegramente por el Estado. No existe el sector privado. De este modelo tenemos dos tipos:

Modelo Semashko: Se inició en la URSS y países soviéticos posterior a la Segunda Guerra Mundial. Luego de la desintegración de la URSS todos los países comunistas de Europa dejaron atrás este modelo (PiPP, 2011). Su nombre deriva del ministro de salud del primer gobierno comunista en Rusia, durante los años veinte (Durán, A. 2004).

Modelo Público Unificado: Es el modelo utilizado en Cuba y Corea del Norte. Aquí el Estado ejerce un rol principal en garantizar el acceso a la salud financiando y suministrando los servicios de salud directamente mediante un sistema de salud único controlado por el Estado (PiPP, 2011). En este modelo la salud pública prioriza la medicina preventiva y la educación sanitaria buscando evitar la inversión en servicios asistenciales y medicaciones (PiPP, 2011).

- Mixto: Modelo utilizado en muchos países europeos y de Latinoamérica. Su principal característica es que recibe contribuciones tanto del sector público como del sector privado para gestionar el sistema. Cada país le otorga sus propias singularidades en lo referente a financiamiento, provisión de servicios y funcionalidad. Dos modelos mixtos destacables son:

Modelo de Bismark: Inspirado en la legislación alemana de 1883. Es el modelo sanitario más antiguo del mundo. El Estado garantiza las prestaciones de salud a través del pago de cotizaciones obligatorias realizadas por empleadores y empleados (Durán, 2004). Las prestaciones están garantizadas solo para los trabajadores que pagan el seguro obligatorio, por lo que se necesitan redes paralelas de asistencia para los trabajadores no cotizantes. La red de salud pública está en manos del Estado, pero los hospitales suelen ser privados y reciben cierto presupuesto (OPEM Universidades, 2021). Los países con este modelo entregan una salud universal, gratuita y equitativa (PiPP, 2011).

Modelo de Beveridge: Inspirado en el informe Beveridge de 1942, vino a ser una formalización del sistema adoptado en Suecia en la década de los treinta, también es conocido como “Sistema Nacional de Salud” (PiPP, 2011). Este modelo es financiado mediante impuestos y presupuestos estatales. Las prestaciones se dan en condiciones de universalidad, equidad, gratuidad y libertad de acceso a toda la población. El parlamento posee un amplio control sobre el sistema. Tiene un componente privado en el cual los pacientes participan del pago (Durán, 2004). Este modelo tiende a ser progresivo (Zuñiga Fajuri, 2007).

También se debe mencionar que en América Latina se desarrollaron otros modelos, con características históricas y sociales propias de la región.

- El modelo segmentado: Es el más frecuente usado en el continente. En este modelo coexisten tres grupos:
 1. *Sector Público*: El Estado es quien se ocupa de la asistencia de las poblaciones excluidas del mercado, o sea, de las poblaciones más vulnerables y sin cobertura social. Es financiado mediante recursos fiscales que vienen del presupuesto general o de impuestos específicos para esta finalidad. Al mismo tiempo el Estado es el prestador de servicios en esta red sanitaria (PiPP, 2011).
 2. *Sector Seguridad Social*: Son compañías intermedias, que no pertenecen al Estado, pero que tienen una gran regulación por parte de este. El financiamiento se realiza por parte de los trabajadores y contribuciones de los empleadores; estos aportes tienen carácter obligatorio. Esta seguridad social solo cubre a los cotizantes y sus familias (PiPP, 2011).
 3. *Sector Privado*: Los servicios de salud se brindan mediante prestadores privados. El financiamiento lo realiza el usuario mediante un sistema de prepago. Generalmente los seguros se contratan de manera individual según un calculo en base al riesgo a enfermar y a estar enfermo (PiPP, 2011).

Uno de los principales problemas que muestra este modelo es que no representa el comportamiento de la población, ya que las personas no respetan necesariamente las divisiones artificiales entre estos tres sectores. Por el contrario, encontramos un traslape de demanda, en que una considerable porción de los cotizantes de la seguridad social usa los servicios ofrecidos por el sector privado por el sector público. Esto es un problema, debido a que la decisión la ejerce el consumidor, el cual se ve forzado a pagar por los servicios que recibe en otro lado, aunque ya ha pagado una prima de aseguramiento. Esto genera una mayor desigualdad, por la realización de varios pagos que generan en muchos individuos una gran carga financiera. Por otro lado, los individuos no asegurados no pueden utilizar las instalaciones de la seguridad social, con excepción de urgencias (Londoño et al, 1997).

- Contrato público: En Latinoamérica este modelo se practicó en Brasil. El financiamiento público se mezcla con la participación privada a través de la contratación de distintos servicios. En este modelo la población tiene más opciones y los proveedores de servicios cuentan con mayor autonomía y competencia (PiPP, 2011). El presupuesto público es

asignado a un conjunto de proveedores de servicios en base a criterios de productividad y calidad. El mayor problema que evidencia este modelo es la falta de una articulación explícita, lo que lleva a una fragmentación de la prestación, lo que impide realizar un control de calidad y costos (Londoño et al, 1997).

- Pluralismo estructurado : Es un modelo que intenta evitar los extremos del monopolio del sector público y la atomización del sector privado. Este modelo pretende que el sistema no se organice por sectores sociales, sino por funciones. El ministerio de salud tiene un rol primordial de regulación, que promueva una gestión estratégica del sistema, buscando una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores, estructurando las reglas y poniendo los incentivos correctos, en vez de ser otro proveedor más de servicios sanitarios (PiPP, 2011). El suministro de servicios se realiza mediante un esquema pluralista de instituciones, que pueden ser públicas o privadas. La seguridad social es la responsable del financiamiento, avanzando gradualmente hacia una protección universal basado en los principios de las finanzas públicas, orientando más el presupuesto a la demanda que a la oferta, es decir, en vez de asignar un presupuesto a cada unidad de servicio independiente de su desempeño, recibirían pagos en base a la elección del asegurado como consumidor (Londoño et al, 1997), pretendiendo así estimular a que los proveedores de salud entreguen servicios de calidad con la finalidad de atraer a los asegurados y lograr cobrar los pagos desde el Estado (Medina, 2017).

Modelos conceptuales en Salud Pública a partir de las determinantes sociales

Abordando el proceso de salud-enfermedad se puede tener distintos enfoques de condiciones y las respuestas a estas condiciones que participan en este proceso para realizar la intervención. Observamos un modelo higienista o preventivo, en el que el objeto de intervención viene a ser el individuo o la familia, también encontramos el modelo sanitarista en que se busca intervenir en el ambiente biofísico y el modelo socio-médico, el cual propone intervenir el ambiente social (Frenk, J. 1992). Reconociendo la importancia del factor social en el modelo socio-médico podemos profundizar en que el contexto político y socio-económico influye en el estilo de vida y en la capacidad de decidir saludablemente en las personas. Tomando en cuenta el factor social podemos encontrar tres modelos:

- El modelo de campo de la salud de determinantes sociales canadiense : En este modelo se identifican cuatro determinantes del proceso salud-enfermedad: estilo de vida, ambiente, factores biológicos y servicios de salud (Hernández et al, 2017), por lo que describen que las estrategias para mejorar la salud en la población deben abordar de manera amplia todos estos factores (Rojas Ochoa, 2004).
- El modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud : Es un modelo estratificado en 3 categorías que poseen sub-segmentos. Los determinantes estructurales como la posición social de la persona, los contextos sociales, políticos, económicos y culturales, entre otros. Los determinantes intermedios, los que se refieren a las condiciones materiales en las que viven los individuos familias o poblaciones y están relacionadas con las exposiciones y vulnerabilidades que puedan tener las personas a nivel familiar, escolar, laboral o social, los cuales también juegan un rol generando inequidad en salud (García-Ramírez et al, 2013). Finalmente, tenemos los determinantes proximales que incluyen sus morbilidades de base, la edad, el sexo, la carga genética y la etnia del individuo (Hernández et al, 2017).
- El modelo histórico-social o de determinación social: En este modelo no basta con describir las desigualdades sociales y sanitarias, sino que también se hace empeño en evidenciar las raíces de estas desigualdades. Pone en tela de juicio el concepto de “determinantes estructurales” como causas de las causas del proceso de salud-enfermedad (Hernández et al, 2017).

Políticas sanitarias para disminuir las desigualdades en salud.

Desde los modelos descritos anteriormente se han generado políticas en salud con una concepción multidimensional que toman en cuenta las distintas determinantes sociales (García-Ramírez et al, 2013). Según Tobar (2000) las políticas en salud pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud y que una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en que el Estado asume un rol activo y explícito.

Whitehear y Dalghren (2006) propusieron diez principios para implementar políticas que disminuyan la desigualdad en salud:

1. Para disminuir las desigualdades entre los grupos diferentes se debe mejorar el nivel de salud de los menos favorecidos y no disminuir el nivel de salud de los grupos más privilegiados.
2. Las tres principales aproximaciones para reducir las inequidades sociales en salud son interdependientes y deben construirse en conjunto:
 - Enfocarse en las poblaciones más vulnerables como población objetivo de mejoras de salud, distinguiendo la diferencia entre poblaciones vulnerables y de riesgo, es decir, población de riesgo como una población expuesta a un factor de riesgo específico y población vulnerable como una población que por características sociales compartidas se expone a distintos factores de riesgo (Borrell et al, 2008).
 - Reducir la brecha sanitaria entre los grupos extremos de la sociedad, mejorando a un mayor ritmo la salud de los mas desfavorecidos.
 - Reducir las inequidades sociales de toda la población, ya que se reconoce que la morbilidad y mortalidad prematura aumentan de manera inversamente proporcional con la situación socioeconómica. Para reducir esta brecha deben establecerse políticas universales que logren igualar las oportunidades de acceso a la salud.
3. Las políticas de salud deben tener un doble propósito. Por una parte, promover beneficios en la salud de la población y por otro lado, reducir las desigualdades en salud.
4. Las acciones deben preocuparse de abordar los determinantes sociales de las desigualdades en salud y no solo las determinantes en salud, ya que puede ser que estas no sean las mismas, por lo que las intervenciones sanitarias enfocadas a disminuir las brechas en salud deben ser obligatoriamente multisectoriales (Borrell et al, 2008).
5. Deben ser monitoreados los posibles efectos adversos de las políticas implementadas. Se debe estar atento a que políticas amplias oculten impactos negativos en la salud. Cómo por ejemplo las reformas sanitarias realizadas en América Latina, las cuales fueron promovidas por el Banco Mundial, que muchas veces han aumentado las brechas, lo que ha impactado negativamente en los grupos mas vulnerables de la población (Borrell et al, 2008).
6. Seleccionar las herramientas apropiadas para evaluar el alcance de las desigualdades en salud y el progreso de las intervenciones puestas en marcha.

7. Realizar esfuerzos concertados para dar voz a los grupos más vulnerables, favoreciendo la participación de estos grupos, ya que muchas veces los grupos objetivos tienen actitudes, valores y preocupaciones diferentes que los responsables de las políticas sanitarias, por lo que es primordial la inclusión de miembros de grupos vulnerables en el análisis del problema, en la implementación de la política y en la evaluación de esta.
8. Siempre que sea posible, las inequidades sociales en salud deben ser descritas y analizadas por separado para hombres y mujeres, puesto que las determinantes pueden variar según el sexo.
9. Relacionar las diferencias en salud según el origen étnico o el área geográfica con la posición socioeconómica.
10. Los sistemas de salud deben estar basados en principios de equidad, independientemente de su capacidad económica.

Priorización en Salud

Ante la gran cantidad de problemas de salud con los que lidia una población se hace necesario establecer prioridades, puesto que en el área de la salud se tiene una demanda infinita y un stock de recursos limitados. Esta razón nos fuerza a administrar los recursos con los que contamos de forma estratégica.

La idea de priorizar en salud conlleva la aplicación de los conocimientos obtenidos sobre la importancia del problema de salud, la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones, todo esto ajustado y complementado con la opinión de expertos y de los grupos interesados de la población, por lo que el proceso de priorización debe incluir a todos los grupos de interés.

La idea de priorizar en salud va relacionada con el hecho de que se cuentan con recursos acotados, los cuales deben ser asignados entre una gran cantidad de problemas a resolver, por lo que la priorización en sí es un eje fundamental en el proceso del desarrollo de una política de salud, como lo es en este caso el AUGÉ/GES. El priorizar facilita la toma de decisiones, pero, así como existe el proceso de priorización también existen distintos enfoques y herramientas que dan cuenta de distintos estilos de priorización basadas en razones tanto teóricas como prácticas. También es prudente agregar que no existe un método que asegure la sostenibilidad del proceso de priorización en el tiempo, por lo que es necesario ir revisando los procesos de priorización cada cierto tiempo

(Escobar-Díaz, 2009). Es por esta razón que en cada país se usan diferentes métodos de priorización en base a sus propios criterios y definición de sus propias prioridades.

Además de los productos obtenidos por los procesos de priorización es importante, por un lado, tomar en cuenta el momento político que esté viviendo el país, ya que probablemente el mismo escenario político pueda determinar la forma en que se tomar las decisiones para la misma priorización y por otro lado la forma en que se involucren o participen los actores, no solo del ámbito científico, puede resultar primordial para conseguir legitimidad en el proceso, sean estas organizaciones de sociedad civil, los mismos formuladores de políticas, la academia, actores que aporten una mirada económica con el fin de ir en pos de conseguir una mirada unificada en el proceso de priorización. Básicamente, en cualquier proceso de asignación de recursos entre enfermedades prioritarias, obliga a aplicar juicios y valoraciones, ya que, en última instancia, supone asignar distintos recursos a diferentes personas. Además, estos procesos de asignación de recursos, como ya se ha mencionado anteriormente, suelen tener lugar en la arena política, donde los valores pueden no ser explícitos y los objetivos pueden no ser claros o resultar conflictivos entre sí (Hanson, 2000).

Tomadores de decisión

Para garantizar que un sistema de salud está apropiadamente alineado con los verdaderos problemas de salud de una población, los tomadores de decisión muchas veces necesitan de material técnico que los ayude a definir y avalar sus decisiones.

Los tomadores de decisiones habitualmente están bajo mucha presión y atienden muchos asuntos en un periodo de tiempo relativamente corto, por lo que ellos buscan fuentes que sean confiables, entendibles, disponibles y pertinentes a esos asuntos que son importantes de la agenda política, es decir, que estos indicadores que son usados tanto por los ciudadanos, como por los tomadores de decisiones, porque consideran que estos son relevantes y pueden ser usados para ayudar a resolver sus preocupaciones (Anaya, 2015).

Cuando un tomador de decisiones requiere información, es común que consulte con distintos profesionales, que él considere aptos para entregarle información veraz, por lo que debe tener la precaución de diferenciar si esta información es un hecho o una opinión (ISolano, 2003), puede distinguir entre si la información entregada por los profesionales es un hecho o una opinión comparando si a una misma pregunta que tipo de respuestas recibe, es decir, si son respuestas

parecidas o en la misma línea lo más probable es que correspondan a hechos y si son demasiado diferentes hay un mayor riesgo de que correspondan a opiniones. El hecho de que sean respuestas muy disímiles no implica que deba desechar esa información, sino más bien el tratar de entender el porqué de estas diferencias (ISolano, 2003).

Dentro de los factores que podríamos mencionar que los tomadores de decisiones toman en cuenta para validar la información recibida es si la institución que promueve el uso de un determinado indicador, mientras más prominente y poderosa sea la organización, atraerá más atención de los que están en posición de tomar decisiones. También es pertinente mencionar el factor de la confianza, ya que los tomadores de decisiones también irán filtrando la información que reciban según que tanto confíen en la fuente que les proporciona la información (Anaya, 2015).

Sin embargo puede suceder que la opción más apropiada para la decisión, aunque haya sido determinada mediante un proceso racional y sistematizado deba someterse a motivos políticos, que para el tomador de decisión puedan resultar más cruciales (Sánchez-Pedraza, Gamboa, Diaz, 2008).

Carga de Enfermedad y métodos de priorización en salud

Según la Organización Mundial de la Salud se define carga de la enfermedad como el impacto de un problema de salud en un área específica medida por la mortalidad y morbilidad (Romero, 2014). Por varias razones, resulta conveniente conocer la cantidad de mala salud, su distribución entre subgrupos de población y la contribución relativa de las distintas enfermedades y trastornos a la suma total. Estos conocimientos son útiles, por ejemplo, para entender la escala de los problemas de salud y su distribución entre los individuos, los países, las regiones, los grupos socioeconómicos, etc. Además, también son útiles como base para la formulación de políticas públicas destinadas a reducir la mala salud, para establecer prioridades y para medir el éxito de las políticas de salud (Hanson, 2000).

Es prudente reconocer las implicaciones éticas que tiene el medir el estado de salud. Partiendo porque toda medición incorpora una valoración de los distintos estados de salud; no es posible lograr la medición “pura y objetiva”. La valoración también forma parte de la decisión de incluir o excluir ciertos aspectos en la medición, como, por ejemplo, si la “carga” que se medirá debe ser solamente la del sujeto o si debe incluir efectos de segundo orden para otros que lo rodean, ya sean

efectos de salud o de otro tipo. Asimismo, la medición del estado de salud tiene connotaciones éticas si se usa para determinar la asignación de recursos entre las personas, como acontece habitualmente al establecer prioridades para las intervenciones en salud (Hanson, 2000).

Hasta hace unas décadas la apreciación del estado de salud de la población se realizaba basándose en el uso de indicadores simples de muerte, por ejemplo, la tasa de mortalidad general y la tasa de mortalidad infantil, además de indicadores de enfermedad, tales como la tasa de incidencia, la de prevalencia y la letalidad de la enfermedad. Estos indicadores de uso habitual presentan ciertas limitaciones ya que dejan ciertos aspectos desprovistos de evaluación, lo que ha impulsado a los investigadores a desarrollar indicadores que les permitan medir otros ámbitos del estado de salud, como sería el estado funcional y la calidad de vida (De Enfermedad, E.D.C., 2008). Es por esto que se ha hecho necesario contar con un indicador que permita comparar y priorizar entre distintos problemas de salud que están manifestados en riesgos de morir y de enfermar. Mathers, López y Murray (2006) han señalado las limitaciones que presentan estos indicadores clásicos para los tomadores de decisión, como por ejemplo serían:

- En general, las estadísticas de salud son parciales y muchas veces fragmentadas, debido a que en varios países no se disponen estadísticas vitales de buena calidad, aunque en Chile se ha ido mejorando la calidad de este tipo de estadísticas, o si bien se cuenta con estas estadísticas vitales, la información sobre la morbilidad no es suficiente.
- Las estimaciones de incidencia, prevalencia o mortalidad para una causa específica suelen estar sobredimensionadas, incluso aunque hayan sido realizadas por epidemiólogos bien intencionados, debido a la falta de estudios poblacionales y a la falta de herramientas que permitan evaluar la consistencia de los datos.
- Al tener las estadísticas de mortalidad y morbilidad separadas, ocurre que para un número considerable de problemas de salud no se puede lograr una correcta evaluación de resultados de las políticas y tampoco permite compararlas en costo-utilidad. Un indicador único que considere la mortalidad y discapacidad podría reflejar de mejor forma los resultados esperados mirados desde un punto de vista poblacional.

Es valioso mencionar que la importancia del estudio de la mortalidad prematura se debió a las plagas, hambrunas y epidemias de enfermedades transmisibles de la población, sin embargo, en gran cantidad de países ha habido una transición epidemiológica de los problemas de salud pública. Las enfermedades transmisibles han sido reemplazadas por enfermedades crónicas o degenerativas

no transmisibles lo que ha llevado a que aquel indicador de mortalidad ya no sea suficiente para diagnosticar el estado de salud de una población, ya que estaríamos ignorando una importante cantidad de mala salud que es capaz de provocar discapacidad o morbilidad (Anaya, 2015).

QALYS (Quality Adjusted Life Years) como unidades de medición en salud

Este término fue utilizado por primera vez en 1976 como una medición de salud combinando años de vida y la calidad de esta. No obstante, el concepto de QALY se comenzó a formar a inicios de los años 70, mientras se desarrollaba un índice de estado de salud (health status index), sin embargo, en 1968 ya se había utilizado una medida de ajuste subjetivo para la calidad de vida en un análisis de costo efectividad del tratamiento de la enfermedad renal crónica (Alvis y Valenzuela, 2010).

QALY es una unidad de medida de las preferencias de los individuos respecto a la calidad de vida que se ha producido mediante una intervención sanitaria, que se combina con los años obtenidos respecto a un determinado estado de salud. Es por eso que los QALYS son tan valorados en la toma de decisiones de salud, como un ingrediente básico en la evaluación de aspecto económico relacionado con salud.

Dicho indicador muestra un índice de salud en el que “cada año de vida remanente de una cohorte es multiplicado por ponderadores que expresan el grado de discapacidad experimentada por los sobrevivientes”. Según sus creadores, en un espectro de estado de salud que va desde la muerte a la salud completa, se le va asignando un valor de 0 a 1, tomando en cuenta la edad. Luego, el número de años vividos en cada uno de los estados de salud es multiplicado por la ponderación correspondiente y el producto de esta multiplicación es tomado como el número de años vividos con salud completa o bienestar, o sea, el número de QALYS (De Enfermedad, E.D.C., 2008). Como ya se ha mencionado, para su cálculo se combinan dos variables, la calidad de vida y la cantidad de vida. Para esto es necesario tener ponderaciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de cada estado de salud que se incluirá en el análisis, para conseguir estas ponderaciones de CVRS se puede recurrir a distintos métodos: Juego estándar, Escala visual analógica, Equivalencia temporal o Equivalencia de personas. Una opción ampliamente usada es evitar la tarea de medir y usar sistemas creados para clasificar el estado de salud multi-atributos ya ponderados. Entre los principales sistemas disponibles hoy en día encontramos: Calidad de Bienestar (QWB), el Índice de Utilidades de Salud (HUI) y el EuroQol (EQ-5D) (Alvis y

Valenzuela, 2010). El origen de estas ponderaciones es subjetivo, ya que está reflejando la percepción de los individuos mediante el valor asignado a cada estado de salud. QALY es un indicador de los años de vida vividos, o ganados por una intervención, ajustados por la calidad de vida, en las que se utiliza como referencia las preferencias sobre el estado de salud, estas van desde 0, la muerte, a 1, salud total. Este indicador, en general, es empleado para evaluar la efectividad que tienen las intervenciones en salud y para comparar el costo-utilidad de las intervenciones, según sus distintos perfiles de mejora de la morbilidad y la mortalidad. No es usado para medir el estado de salud de las poblaciones (Hanson, 2000).

En lo que concierne al uso de los QALYS, esta medición de resultado se convirtió en una medida estándar para los estudios de costo utilidad. En 1992, Gerard publicó una revisión en la que se incluyeron 51 estudios de evaluación económica en la cual se usaron los QALYS como medida para el resultado. Con posterioridad, el uso de este indicador ha sido ampliamente aceptado en los estudios de costos efectividad. Los QALYS se convirtieron en una fórmula que da respuesta a la falta de comparabilidad de resultados cuando se desea evaluar la utilidad de distintos programas de salud que han sido aplicados a distintas áreas sanitarias.

Una de las limitaciones principales que tiene QALY como indicador es que no necesariamente refleja las diferencias culturales en las preferencias por distintos estados de salud, en poblaciones diferentes, lo cual es un componente primordial para estimar la calidad de vida de los años vividos (De Enfermedad, E.D.C., 2008).

AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) o DALYS (Disability Adjusted Life Years) como unidades de medición de salud

En los años 60, con Sanders, se inició el diseño de indicadores de salud sintéticos y luego con Sullivan en la década del 70, se definieron los métodos para el cálculo de las expectativas de vida (EV) con y sin discapacidad. Posteriormente en 1993 se consolidaron los intentos previos por construir un indicador que resumiese las medidas de mortalidad y morbilidad, ya que se usaron los AVISA como un indicador sintético de salud en el marco del “Informe de Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud”. Los AVISA miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados, tiempo medido en años. Esta propiedad permite medir y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, lo que ayuda en la identificación de problemas salud prioritarios (De Enfermedad,

E.D.C., 2008). La mayoría de las personas familiarizadas con la asignación de recursos a través de distintas intervenciones en salud en distintos sistemas de salud alrededor del mundo reconocían una substancial ineficiencia de asignación, refiriéndonos aquí a eficiencia de asignación como la asignación de recursos a través de distintas intervenciones en salud para maximizar de alguna forma la salud medida. Por lo que AVISA es una medida que permite ser utilizada en el análisis de costo-efectividad y permite un estudio más a fondo y cuantificado de la ineficiencia de asignación de recursos, estudios de los cuales pueden surgir recomendaciones claras sobre como reasignar recursos dentro de un presupuesto dado para una política de salud (Murray, Acharya, 1997).

Al formular este indicador se incluyeron conceptos generales que avalan los supuestos técnicos en que se basa su cálculo:

- Cualquier tipo de consecuencia para la salud que represente una pérdida de bienestar, debe ser incorporada en el indicador, si esto es factible.
- Solo se tendrán en cuenta para el cálculo del indicador la edad y sexo, como características personales.
- Se debe dar idéntica consideración a idénticas consecuencias para la salud.
- La unidad de medida para la carga de enfermedad es el tiempo.

Mediante estos supuestos se logra comparar los resultados en distintos países, ya que se consigue incorporar un concepto de igualdad en la comparación. O sea, las muertes y la discapacidad contrastadas respecto de una norma, la cual no debería variar en distintas poblaciones. Los AVISA para una causa específica corresponden a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM) por la causa específica más los años de vida vividos con discapacidad (AVD) para los casos incidentes de la causa específica:

$$\text{AVISA} = \text{AVPM} + \text{AVD}$$

Por un lado, los AVPM se calculan como el número de muertes por una causa específica multiplicada por una función que establece los años perdidos, con relación a la edad en que ocurre la muerte (De Enfermedad, E.D.C., 2008), es el tiempo que las personas dejan de vivir cuando mueren en una edad previa a su esperanza de vida teórica.

Expectativa de vida al momento de morir (ExV) (Anaya, 2015):

$$\text{ExV} = \text{EsV} - \text{EMM}$$

En donde:

ExV: Expectativa de vida al momento de morir

EsV: Esperanza de vida que tenía la persona al momento de su muerte

EMM: Edad al momento de morir.

Luego para calcular *Años de Vida Perdidos por Muerte prematura (AVPM)*:

$$AVPM = N \times ExV$$

En donde:

AVPM: Años de vida perdidos por muerte prematura

N: Número de muertes registradas por una causa específica

ExV= Expectativa de vida al momento de morir.

Y, por otro lado, los AVD, como valoración del peso de la morbilidad para una causa específica medida en términos de los años que se pierden a consecuencia del padecimiento de esta enfermedad y sus secuelas. El tiempo vivido con una discapacidad se traduce en una pérdida de tiempo equivalente usando un conjunto de ponderaciones que reflejan la disminución de la capacidad funcional (Hanson, 2000). Se calculan a partir del número de casos incidentes en ese período, multiplicado por el promedio de duración de la enfermedad y un factor que refleja la severidad de la enfermedad que va del 0, siendo este la salud total, al 1, significando este la muerte (De Enfermedad, E.D.C., 2008).

Años Vividos con Discapacidad (AVD) (Anaya, 2015):

$$AVD = N \times PD \times T$$

En donde:

AVD: Años vividos con discapacidad

N: Número de casos

PD: Peso de la discapacidad

T: Tiempo en años que dura es estado de salud hasta su remisión o muerte.

Cualquier enfermedad produce una merma en el estado de salud en comparación con el estado de salud ideal; este estado de salud mermado puede ir desde un dolor de cabeza hasta estar conectado a un respirador artificial. La diferencia que hay entre ese estado de salud ideal y el generado por alguna enfermedad es lo que se define como peso de la discapacidad en el cálculo de los AVD (Anaya, 2015).

Los AVISA combinan los daños potenciales de vida perdidos, siendo este el componente de mortalidad, más los años vividos con discapacidad dentro del proceso salud-enfermedad, siendo

este el componente calidad de vida, lo que funciona como un indicador que permite medir las pérdidas de salud que, para una población específica, representan la mortalidad prematura y la discapacidad asociada a las enfermedades. Su mayor aporte se refiere a los estudios de carga de enfermedad, los cuales se definen como un indicador que permite medir las pérdidas de salud que para una población representan la mortalidad prematura y la discapacidad asociada a las enfermedades.

En estos estudios los problemas de salud son clasificados en tres grupos excluyentes:

- Grupo I Enfermedades infecciosas transmisibles, de causas maternas, de la etapa perinatal y enfermedades o condiciones nutricionales. Este grupo de enfermedades se caracteriza por un descenso rápido en la mortalidad durante la transición epidemiológica.
- Grupo II Enfermedades no transmisibles. Este grupo corresponde a las enfermedades que típicamente predominan en poblaciones con transición epidemiológica avanzada.
- Grupo III Accidentes y lesiones. En este grupo se incluye a las llamadas lesiones intencionales y no intencionales.

Al mismo tiempo estos grandes grupos se subdividen en una veintena de categorías también excluyentes (Alvis y Valenzuela, 2010).

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA, DALY en inglés) son el resultado de agregar los Años de Vida Perdidos por Muerte prematura (AVPM) más los Años Vividos con Discapacidad (AVD). En general, los años de vida perdidos por cada muerte se establecen en función de la Esperanza de Vida a la edad de cada muerte obtenida de tablas de vida estándar de baja mortalidad. Un AVISA representa la pérdida de un año que equivale a un año de completa salud, equivale a la pérdida de un año 100% saludable.

Según la metodología original, se deben incorporar otros parámetros para realizar su cálculo, como el valor social del tiempo vivido a diferentes edades y la preferencia de tiempo, es por esto que el cálculo de los AVISA requiere ponderar los años vividos a cada edad, lo cual está justificado en el hecho de que, en los años centrales de la vida, las personas no solo sostienen económicamente a los más jóvenes y ancianos, sino que realizan una serie de funciones sociales que repercuten favorablemente en la salud de individuos de otras edades (Alvis y Valenzuela, 2010).

En el proceso de estimación de los AVISA como medida de la carga de enfermedad, existen aspectos controversiales respecto a la selección de la tabla de vida, la diferencia entre las

expectativas de vida de hombres y mujeres, la cercanía temporal a la medición y a la ponderación de la severidad de los estados de salud discapacitantes. Para comprender mejor estas controversias, si se seleccionan tablas con alta expectativa de vida en relación al país donde se aplique, se genera un sesgo de ponderación de años por muerte prematura en individuos que mueren de acuerdo a otra realidad. Inicialmente los AVISA fueron propuestos con una expectativa de vida estándar de 80 años, pero desde hace bastante tiempo se ha hecho una norma usar expectativas de vida y tablas de vida específicas a cada país. Dado que las expectativas de vida por sexo son mayores en las mujeres, las muertes a igual edad por sexo contribuyen con diferentes APVP. En cuanto a la temporalidad, Las pérdidas de salud son más importantes cuanto más cercanas están al momento presente. así, los AVD y APVP más próximos en el tiempo tendrán mayor valor. No obstante, estos valores decrecen en función de una tasa de descuento; para los estudios de carga de enfermedad se establecen de manera arbitraria en el 3% (Alvis y Valenzuela, 2010). Es decir, la preferencia temporal es un concepto según el cual las personas prefieren los beneficios ahora y no en el futuro. Al aplicar la tasa, los beneficios futuros en salud se descuentan y por lo tanto se tiende a ponderar de una manera más equilibrada los beneficios actuales y futuros.

Al integrar el concepto de discapacidad los AVISA logran dar relevancia y visibilizar enfermedades que no son representadas por otros indicadores, como es el caso del glaucoma, la artritis reumatoidea y las enfermedades neuropsiquiátricas (Concha y Aguilera, 1996).

[El método Hanlon como herramienta para priorizar necesidades y problemas en salud.](#)

El método Hanlon es uno de los métodos que han sido más utilizados en el área de salud pública. Se ha preferido este método frente a otros por su objetividad y flexibilidad. Tiene la ventaja que como herramienta metodológica permite priorizar los problemas de salud según su magnitud, trascendencia o severidad, eficacia de la intervención y por la factibilidad que posea el problema. Este método establece 4 componentes, los que reciben una ponderación y mediante el cálculo de estos se obtiene una puntuación de prioridad:

Puntuación de prioridad: $A+B (C \times D)$

Donde:

- A: magnitud del problema
- B: severidad del problema.
- C: eficacia de la solución.
- D: factibilidad del programa.

Componente A: Magnitud del problema

La magnitud del problema toma en cuenta al número total de personas que tienen el problema de salud en cuestión, ya sea en grupos pequeños o grupos más grandes. Su ponderación se realiza en una escala de 0 a 10. Esta ponderación se puede realizar de dos maneras. De acuerdo al total de la población afectada o de acuerdo al porcentaje de población afectada.

Total de población afectada	
Unidades por 100.000 hab.	Puntuación
50000 o más	10
5000 a 49999	8
500 a 4999	6
50 a 499	4
5 a 49	2
0.5 a 4.9	0

Porcentaje de población afectada	
Unidades por 1000 hab.	Puntuación
50% o más	10
5% a 49%	8
0.5% a 4.9%	6
Menos de 0.5%	4

Componente B: Severidad del problema

Esta se define conforme cuatro componentes que están determinados por la urgencia, gravedad, pérdida económica y número de personas afectadas. El cálculo de este componente se basa en datos subjetivos y objetivos. Los datos subjetivos puede ser la carga social generada por la enfermedad y la morbilidad, mortalidad o la incapacidad serían los datos objetivos del mismo.

Componente C: Eficacia de la solución

La eficacia de la solución evalúa la capacidad para actuar sobre el problema de salud. Estima si los problemas se pueden controlar o erradicar en una escala con intervalos de 0.5, 1 y 1.5. Si el problema no se puede controlar su valor es 0.5, si se controla parcialmente su valor es 1 y si existe un control total del problema su valor es 1.5.

Componente D: factibilidad del programa o factibilidad PERLA

Este componente logra evaluar si un programa o actividad específica puede aplicarse y permite establecer si el problema tiene solución.

La sigla PERLA significa:

P: Pertinencia (grado de importancia).

E: Factibilidad económica.

R: Disponibilidad de los recursos.

L: Legalidad.

A: Aceptabilidad.

Cada uno de estos elementos se le asigna un valor de 0, si es negativo y 1, si es positivo. Si alguno de estos elementos llega a mostrar un valor 0, se considera que es un problema de salud no viable de solución. Para realizar esta valoración en se hace imprescindible un conocimiento teórico y estadístico del problema de salud para lograr dar respuesta a cada uno de los elementos (Morales, González, F., Cabrera Jiménez, M, 2018).

Salud Pública Basada en Evidencia (SBE)

Se puede definir la SBE como la integración de la mejor evidencia disponible con el conocimiento y juicios por parte de los actores y expertos que hayan sido incluidos en los paneles de estudio para el beneficio de las necesidades de una población (Cediel-Becerra, Krause, 2013). Desde otro punto de vista la medicina basada en evidencia ha sido definida como el desarrollo, implementación y evaluación de programas y políticas en salud pública a través de la aplicación de principios con razonamiento científico que incluyen usos sistemáticos de datos y sistemas de información, además del uso apropiado de modelos de planificación (Brownson et al, 1999). Lo que permite darle validez, importancia y aplicabilidad a las intervenciones, como especificó Hernández (2003). Según Hernández (2003) existen 5 pasos que son necesarios para practicar la Salud Basada en Evidencia:

1. Convertir la información que se necesita en una pregunta específica.
2. Buscar e identificar la mejor evidencia con la cual se pueda responder la pregunta, desde el examen clínico, un diagnóstico de laboratorio, la literatura publicada disponible u otros recursos.
3. Valorar críticamente la validez y uso clínico de la evidencia encontrada.
4. Aplicar los resultados de esta valoración o apreciación en la práctica clínica.
5. Evaluar que pasó una vez aplicado lo anterior.

Aún hoy se mantiene la discrepancia entre los que están a favor del uso de paneles de expertos basados en su experiencia versus los que apoyan los resultados entregados por los métodos de

SBE. Los críticos de la SBE apelan a que este sistema lleva a deshumanizar la medicina, ya que los convierte en tan solo unos aplicadores de recetas de cocina, lo que arruina la interacción entre médico y paciente. Aunque los que están a favor de la SBE reconocen que siempre será necesario contar con evidencia fiable, pero nunca será el único elemento necesario para tomar decisiones correctas, por lo que el uso de la evidencia debe ser utilizado con buen criterio y tomando en cuenta también otros factores. Finalmente la experiencia y la observación clínica son siempre el puntapié inicial para realizar investigaciones que puedan entregar evidencia científica (Letelier & Moore, 2003).

Letelier & Moore (2003) han declarado que la SBE se desarrolla en tres distintos niveles:

1. Quienes generan la evidencia. Son aquellos que realizan las investigaciones clínicas.
2. Quienes practican la SBE. Aquellos que realizan el proceso completo de la SBE, el cual fue descrito en los 5 pasos anteriores. Estas personas resumen y difunden los procesos para que puedan ser utilizados por otros.
3. Quienes usan la SBE. Aquellos que estando a favor con el uso de las metodologías de la SBE para tomar decisiones, no tienen las herramientas o el tiempo para realizar el proceso completo y utilizan la evidencia ya analizada y filtrada por los que practican la SBE.

Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA)

Según la Organización Panamericana de la Salud ETESA (PAHO, 2021) es el proceso sistemático de evaluación de las propiedades, efectos e impactos de la tecnología sanitaria. Esta evaluación debe considerar aspectos médicos, sociales, éticos y económicos. Su objetivo principal es el de entregar evidencias de calidad que permitan una toma de decisiones más informada en esferas de salud. La ETESA se ha usado para determinar que intervenciones incluir en los sistemas de salud, basándose en evidencias arrojadas por evaluaciones anteriores. Cómo habitualmente las tecnologías de vanguardia resultan más costosas que las ya tradicionales, por lo que su aplicación se traduciría en aumentar los costos en salud, es que ETESA debe abogar porque una tecnología no sea aplicada hasta que ya se haya demostrado su efectividad. También debe abogar porque una tecnología no sea sacada de las intervenciones ya aprobadas hasta que se demuestre una mala relación entre costo y efectividad (PAHO, 2021).

ETESA para realizar sus evaluaciones toma en cuenta distintos criterios, como son la eficacia, es decir el resultado de la aplicación de una intervención para resolver un PS. La efectividad, o sea, la medición del efecto de una intervención aplicada a una población de individuos que sufren el PS. La eficiencia, lo que corresponde a la relación entre los resultados obtenidos y los recursos empleados para realizar la intervención. La utilidad, es decir a la medida de calidad de vida y su extensión. También se evalúan criterios de seguridad/riesgo, es decir, la medición de los efectos no deseados que pudiesen ser consecuencia del empleo de alguna intervención. La necesidad, medición de la demanda de la intervención en cuestión, la cual debe ajustarse al contexto sanitario, según los datos demográficos, económicos y epidemiológicos con los que se cuente. La equidad, la cual puede ser medida a través de la posición socio-económica de quien recibe la intervención y un criterio de impacto social, lo que se puede valorar a través de determinantes sociales de salud y en general está enfocado en los grupos de mayor vulnerabilidad (Manterola et al, 2018).

Análisis de resultados y hallazgos

Presentación del Análisis

A partir del análisis de las respuestas entregadas en los cuestionarios realizados a los participantes de la investigación, así como de la revisión de las actas entregadas por el Consejo Consultivo GES fue posible identificar los siguientes núcleos de análisis:

- **El Cumplimiento de los Criterios de Inclusión de un Problema de Salud (PS) al GES.**
- **El Rol de los distintos Actores que participan del proceso de incluir una PS al GES.**
- **El Factor de la Percepción social y la Participación Ciudadana**

Con el propósito de desarrollar y poner ejemplos de cada uno de los núcleos de análisis, se realizarán subcategorías utilizando citas textuales de las Actas del Consejo Consultivo y de las respuestas entregadas por los participantes en los cuestionarios:

El Cumplimiento de los Criterios de Inclusión de un Problema de Salud al GES

En esta categoría se alude a las bases que debe cumplir un Problema de Salud (PS) para que se evalúe su inclusión al GES.

Criterios de Inclusión al GES

La Secretaría Técnica GES le indica a los consejeros los criterios mediante los cuales deben ser evaluados los PS para ser priorizados para ingresar al GES, además de revisar las intervenciones para los PS que ya se encuentran incluidos en el GES; todo esto buscando mejorar la cobertura de atención a nivel nacional y el aprovechamiento de las nuevas tecnologías y fármacos disponibles en la red de salud. Los criterios básicos mencionados para el ingreso de una patología al GES son la carga de enfermedad, la eficacia de las intervenciones disponibles, es decir cuanto reduce la mortalidad o mejora la calidad de los pacientes afectados y, las preferencias sociales. Esto se realiza buscando disminuir la inequidad que ciertos PS producen en algunos grupos de la población. Asimismo, no pueden obviarse criterios como el hecho de que la inclusión de esta

patología este en sintonía con la Estrategia Nacional de Salud y que exista la viabilidad de implementación de las intervenciones en el sistema de salud:

“La priorización comprende dos modelos que se aplican en paralelo: 1) de priorización de nuevos problemas a ingresar a GES y 2) de priorización de intervenciones para los problemas de salud que ya son parte de GES, con el fin de avanzar en el cierre de brechas de cobertura poblacional y en el cierre de brechas de tecnología y nuevos medicamentos.

Sobre el punto 1, se presenta a consejeros que los criterios incluidos para priorizar problemas de salud incluyen: la carga de enfermedad, la eficacia de las intervenciones existentes para dichos problemas, las preferencias sociales, el cierre en brechas de equidad que aporta la inclusión de un problema a GES”. (Acta 91, 09-07-2018).

“Para los nuevos problemas de salud se establecieron criterios imperativos, los cuales debieron cumplirse para su incorporación al Estudio de Verificación del Costo Esperado (EVC) con Garantías Explícitas en Salud - GES: a) Evidencia en reducción de la mortalidad o mejora en la calidad de vida, b) Alineación con la Estrategia Nacional de Salud (Objetivos Sanitarios de la década) y c) factibilidad de la Implementación”. (Acta 94, 30-11-2018).

“Luego del levantamiento de información con los PS nuevos a ser estudiados por el EVC se realizó un análisis multi-criterio utilizando: carga de enfermedad, inequidad, estudio de preferencias sociales y evidencia, en el que participó un grupo técnico del intra-sector salud. Posterior a este análisis se realizó un ranking de priorización”. (Acta 94, 30-11-2018).

Se recalca que el proceso de incorporación del CP al GES fue ajustado a los criterios mencionados en la LEY 19.966 y que esos criterios se aplicaron también a los otros PS que fueron incorporados en ese decreto. Desde lo indicado en la ley se desprende la metodología de priorización a utilizar. Los criterios mencionados son la alineación con los objetivos sanitarios, que exista evidencia científica que avale las intervenciones en dichos PS y que exista la factibilidad técnica y de recursos humanos para implementar estas intervenciones por parte de la red asistencial del país. Posterior a eso se llevó a cabo la aplicación de un análisis con criterios adicionales, como son la carga de enfermedad, indicadores epidemiológicos como incidencia y prevalencia; cuanto mejoraba la equidad en salud la incorporación del CP al GES, también se tomaron en cuenta las

preferencias sociales, además de evaluar cuanto mejora la equidad en salud la incorporación de estos PS al GES, sin olvidar realizar una valoración del impacto presupuestario que tendría este ingreso al GES :

“El proceso de incorporación (del CP) fue similar al de otras patologías que se incorporaron en ese momento. Hubo criterios de costo-efectividad, disponibilidad de oferta, percepción social, y económicos”. (Participante 2, pregunta 1)

“Para la incorporación de cualquier nueva garantía al GES se debe cumplir con los criterios de la ley 19.966. En base a eso se ha diseñado una metodología de priorización que establece tres criterios imperativos y copulativos que debe cumplirse y son: (1) Alineación con los objetivos sanitarios; (2) Evidencia científica; y (3) Factibilidad implementación por parte de las redes asistenciales. Si se cumplen estos tres criterios se aplica una evaluación multi-criterio, que en el caso del decreto de 2019, que incorporó el cáncer de pulmón, incluyó los siguientes criterios adicionales: Carga de enfermedad, equidad y preferencias sociales. También en esta etapa se agregó una evaluación en mayor profundidad de la evidencia científica de algunas prestaciones trazadoras propuestas en el tratamiento. Con esto se elaboró un listado priorizado que fue evaluado por las autoridades de Salud y Hacienda y, considerando los recursos disponibles, se definieron los 5 problemas nuevos que fueron incluidos en el decreto de 2019”. (Participante 5, pregunta 1)

“Para la incorporación de cualquier nuevo Problema de Salud a las Garantías Explícitas en Salud, se debe cumplir con una serie de requisitos explicitados en la Ley 19.966”. (Participante 9, pregunta 1)

“Una vez que los PS entran al proceso de priorización, existe una metodología creada para ello, que en el caso de Problemas Nuevos de Salud, pasa primero por revisar y evaluar criterios imperativos: 1)evidencia, 2)alineación con Estrategia Nacional de Salud y 3) evaluación de factibilidad de implementación en las redes asistenciales. Se continua con análisis multi-criterio, compuesto al menos por 3 puntos: 1) epidemiológicos, 2) Resultados en Salud y 3) Equidad, ética y justicia. Considerando estos puntos, se debe generar un ranking de priorización, y para hacerlo, los expertos definieron 4 criterios a aplicar (carga de enfermedad, efectividad y seguridad, preferencias sociales y equidad). Los PS seleccionados, se incluyen y evalúa el impacto presupuestario. La información de los PS que no se incluyen, sea antes o después de análisis de impacto presupuestario, queda incluida para un próximo Decreto”. (Participante 9, pregunta7)

Se evidencia que la percepción de la sociedad reflejaba el hecho de que el CP es un PS de alta incidencia y prevalencia, y que posteriormente, los procesos de Salud Basada en Evidencia (SBE) demostrarían que realizar intervenciones en este PS se verían manifestados en una mejora de la calidad de vida, además de extender la sobrevida del paciente.

“Todas las anteriores (factores económicos, costo-efectividad, factores epidemiológicos, percepción social, calidad de vida y sobrevida). En el estudio de percepción social salió como un tema relevante lo que concordaba con la epidemiología nacional. Luego en los procesos de medicina basada en la evidencia, calidad de vida, historia natural de la enfermedad y evaluación económica estuvo ok técnicamente como para ser presentado a la autoridad sanitaria”. (Participante 6, pregunta 1)

Datos Epidemiológicos del Cáncer de Pulmón en Chile

El hecho de contar con información de indicadores epidemiológicos clásicos, como la incidencia, la prevalencia y la tasa de mortalidad, además de indicadores de carga de enfermedad, como los AVISA, que muestran la disminución de los años de vida más la disminución en la calidad de vida de los enfermos debido al CP, mostraba el alto impacto que produce en la población este cáncer, al ser este uno de los más frecuentes y mortales, tanto en la población mundial, como en Chile. Lo que permitió realizar un análisis de estos datos y evidenciar a todas luces la magnitud de este problema:

“El hecho de ser la patología neoplásica que más personas mata en Chile, el ser el único de los primeros cinco cánceres más letales que no tenía coberturas y la presión que se hizo sobre las autoridades para incorporar esta enfermedad al GES, dadas las mejoras en sobrevida logradas en los centros que activamente hacían terapias efectivas”. (Participante 1, pregunta 1)

“Pienso que fue más que nada por percepción social y epidemiológico. Este diagnóstico suele ser catastrófico para la persona y su familia, y uno de los cánceres con mayor mortalidad en Chile. Sin embargo, con los avances en farmacológicos, ha ido mejorando paulatinamente el pronóstico de estos pacientes, siendo de a poco, cada vez más probable que el cáncer remita y que la persona sobreviva”. (Participante 4, pregunta 1)

“Epidemiológicos por la carga de enfermedad (incluye sobrevida/calidad de vida)”. (Participante 7, pregunta 1)

“Probablemente puede usted leerlos en cualquier revisión de cáncer de pulmón: el cáncer más frecuente y más mortal del mundo. En Chile el registro es poco confiable pero las cifras apuntan a la segunda causa de muerte por cáncer por lo que me acuerdo. En general: alta frecuencia de la enfermedad, alta letalidad, demostrado beneficio de intervención temprana en mejorar tasas de curación, indudable beneficio de intervenciones en enfermedad avanzada en cuanto a mortalidad, calidad de vida”. (Participante 8, pregunta 1)

“Entiendo que fue un proceso largo, que implicó el análisis de muchos factores epidemiológicos y económicos, se hicieron canastas tentativas y se costearon”. (Participante 4, pregunta 7)

Factores Económicos y de Costo-efectividad

Como es de suponer, también se tuvo que realizar una evaluación en base a criterios económicos, que permitiesen saber que las intervenciones para el CP podrían ser efectivamente costeadas por el GES, además de revisar la relación entre el costo de las intervenciones y la efectividad de estas, mediante un análisis de costo-efectividad, que permitiesen conocer cuanto mejoraría la sobrevida y la calidad de vida de los afectados, pues desde un inicio se sabía que, en general las intervenciones para este PS son de un costo bastante elevado, pero luego de realizados los análisis de los estudios correspondientes el Consejo Consultivo llegó a la conclusión de que merecía ser priorizado dentro de los PS estudiados para ser incorporados en ese decreto, lo cual, fue luego presentado a los ministros de salud y hacienda.

“Desarrollo de distintos tratamientos que implican alto costo, (más) dadas las mejoras en sobrevida logradas en los centros que activamente hacían terapias efectivas”. (Participante 1, pregunta 1)

“Hubo criterios de costo-efectividad, disponibilidad de oferta, percepción social, y económicos. No hubo en el caso del cáncer de pulmón ninguna consideración adicional a las que se tienen normalmente en el proceso”. (Participante 2, pregunta 1)

“Este diagnóstico suele ser catastrófico para la persona y su familia, y uno de los cánceres con mayor mortalidad en Chile. Sin embargo, con los avances en farmacológicos, ha ido mejorando paulatinamente el pronóstico de estos pacientes, siendo de a poco, cada vez más probable que el cáncer remita y que la persona sobreviva. De todos modos, los tratamientos contra el cáncer de pulmón suelen ser muy caros, en desmedro de su costo efectividad”. (Participante 4, pregunta 1)

“Luego en los procesos de medicina basada en la evidencia, calidad de vida, historia natural de la enfermedad y evaluación económica estuvo ok técnicamente como para ser presentado a la autoridad sanitaria”. (Participante 6, pregunta 1)

“Pero la verdad es que la incorporación del Cáncer Pulmonar, estuvo respaldada por el análisis descrito, pues estaba dentro del ranking de priorización antes del corte presupuestario, que es lo último que juega un rol preponderante para definir hasta que PS de los definidos en el ranking se puede incorporar”. (Participante 9, pregunta 2)

“Entiendo que fue un proceso largo, que implicó el análisis de muchos factores epidemiológicos y económicos, se hicieron canastas tentativas y se costearon. Luego hubo un proceso donde una lista acotada de patologías fue priorizada”. (Participante 4, pregunta 7)

Disponer de nuevas terapias efectivas

Ya en el 2016, el Consejo Consultivo mencionaba la necesidad de ir evaluando la oferta de nuevas tecnologías que permitiesen dar mejor respuesta a ciertos PS, como el CP, a fin de eliminar intervenciones obsoletas usadas en PS ya incorporados en el GES y al mismo tiempo lograr dar respuesta a PS que antes no eran relevados para ser incorporados en el GES, porque tal vez no existían las tecnologías necesarias:

“Consejeros refuerzan que esta decisión (de incluir o no nuevos PS al GES) depende de otros factores como la disminución de la carga de algunos Problemas de Salud ya atendidos por GES, o cambios en tecnologías, y consideran de relevancia el estudiar la posible incorporación de demencias y de cirrosis hepática, por su gran impacto en la carga de enfermedad en nuestro país, así como también de cuidados paliativos para dolor no derivado de cáncer, de obesidad y de cáncer de pulmón”. (Acta 77, 21-12-2016)

Para el 2019 ya se contaba en el país con nuevos fármacos y tecnologías que permitían que el CP fuese tratado de una manera más eficiente y esperanzadora, ya que estas nuevas terapias permiten extender la sobrevida y mejorar la calidad de vida de los pacientes aquejados por este cáncer. Por esta razón se llevó a cabo una evaluación más exhaustiva de las nuevas intervenciones propuestas. Por otro lado, también uno de los participantes menciona la evidencia que hoy existe de los beneficios de la intervención a tiempo para lograr una curación y los beneficios de las

intervenciones que recibe el paciente en un estado avanzado de la enfermedad en cuanto a sobrevida y calidad de vida:

“Desarrollo de distintos tratamientos que implican alto costo, (más) dadas las mejoras en sobrevida logradas en los centros que activamente hacían terapias efectivas”. (Participante 1, pregunta 1)

“Sin embargo, con los avances en farmacológicos, ha ido mejorando paulatinamente el pronóstico de estos pacientes, siendo de a poco, cada vez más probable que el cáncer remita y que la persona sobreviva”. (Participante 4, pregunta 1)

“Para la incorporación de cualquier nueva garantía al GES se debe cumplir con los criterios de la ley 19.966. En base a eso se ha diseñado una metodología de priorización que establece tres criterios imperativos y copulativos que debe cumplirse y son: (1) Alineación con los objetivos sanitarios; (2) Evidencia científica; y (3) Factibilidad implementación por parte de las redes asistenciales. Si se cumplen estos tres criterios se aplica una evaluación multi-criterio, que en el caso del decreto de 2019, que incorporó el cáncer de pulmón, incluyó los siguientes criterios adicionales: Carga de enfermedad, equidad y preferencias sociales. También en esta etapa se agregó una evaluación en mayor profundidad de la evidencia científica de algunas prestaciones trazadoras propuestas en el tratamiento. Con esto se elaboró un listado priorizado que fue evaluado por las autoridades de Salud y Hacienda y, considerando los recursos disponibles, se definieron los 5 problemas nuevos que fueron incluidos en el decreto de 2019”. (Participante 5, pregunta 1)

“Epidemiológicos por la carga de enfermedad (incluye sobrevida/calidad de vida), y de efectividad de las intervenciones, ya que había disponibilidad de nuevas terapias efectivas para el problema de salud”. (Participante 7, pregunta 1)

“En general: alta frecuencia de la enfermedad, alta letalidad, demostrado beneficio de intervención temprana en mejorar tasas de curación, indudable beneficio de intervenciones en enfermedad avanzada en cuanto a mortalidad, calidad de vida”. (Participante 8, pregunta 1)

Disponibilidad de oferta y la factibilidad de implementación

En abril del 2017 el Consejo comenta sobre la necesidad de que existan filtros de entrada de los PS a la evaluación para su priorización, porque si las intervenciones no cuentan con la evidencia científica necesaria para demostrar su efectividad o si no se cuenta en la red de salud del país con

los recursos técnicos y humanos para implementar en un tiempo prudente tales intervenciones, el PS de salud asociado no debe ser ingresado a la priorización:

Comentan sobre la importancia de contar con un aspecto o criterio de diferenciación de las razones de entrada de una intervención al listado a priorizar, y con desarrollar un sistema de criterios dicotómicos que filtren y un sistema de criterios copulativos para el ranking. Así, sugieren que deben crearse filtros de entrada, por ejemplo: si una intervención para un problema de salud es sugerida de incluir, pero no tiene evidencia de su eficacia o no es posible de implementar en un tiempo razonable, no debería incluirse en el proceso de priorización. (Acta 80, 28-04-2017)

Luego de que se agregaran los nuevos 5 PS al decreto supremo, el ministro de aquel entonces, Jaime Mañalich, recalca que los 5 PS que serán incluidos están en concordancia con la oferta disponible en la red de salud del país y que además están en concordancia con la priorización que se llevó a cabo por los equipos técnicos que participaron en el proceso:

Palabras del entonces ministro Mañalich: “Asimismo, menciona que el decreto GES que se había modificado y enviado a contraloría en enero del presente año, que presentaba algunas modificaciones menores, fue retirado de contraloría para entregar un nuevo Decreto Supremo que agregue 5 Problemas de Salud que sean concordantes con la disponibilidad de oferta de la red de salud del país, el financiamiento y la priorización realizada para GES. Lo anterior implica un aumento de la prima GES que daría cobertura a: 1. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2. Cáncer de Pulmón en personas de 15 años y más, 3. Mieloma Múltiple en personas de 15 años y más, 4. Cáncer Renal en personas de 15 años y más y 5. Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más”. (Acta sesión extraordinaria, 27-06-2019)

Ya para el 2019 se contaba en el país con distintas terapias, mucho más efectivas, que permitían mejorar la supervivencia de los pacientes con CP. Fue necesario realizar la evaluación de la disponibilidad de oferta de estas terapias a fin de lograr dar cumplimiento a las garantías ofrecidas por el GES. El mismo Consejo Consultivo y los equipos técnicos de MINSAL pusieron atención a la factibilidad de implementación de los tratamientos en la red asistencial con la finalidad de poder escalar en la priorización las patologías que se ingresaron en ese decreto:

“Desarrollo de distintos tratamientos que implican alto costo, (más) dadas las mejoras en sobrevida logradas en los centros que activamente hacían terapias efectivas”. (Participante 1, pregunta 1)

“El proceso de incorporación fue similar al de otras patologías que se incorporaron en ese momento. Hubo criterios de costo-efectividad, disponibilidad de oferta, percepción social, y económicos. No hubo en el caso del cáncer de pulmón ninguna consideración adicional a las que se tienen normalmente en el proceso”. (Participante 2, pregunta 1)

“Para la incorporación de cualquier nueva garantía al GES se debe cumplir con los criterios de la ley 19.966. En base a eso se ha diseñado una metodología de priorización que establece tres criterios imperativos y copulativos que debe cumplirse y son: (1) Alineación con los objetivos sanitarios; (2) Evidencia científica; y (3) Factibilidad implementación por parte de las redes asistenciales. Si se cumplen estos tres criterios se aplica una evaluación multi-criterio, que en el caso del decreto de 2019, que incorporó el cáncer de pulmón, incluyó los siguientes criterios adicionales: Carga de enfermedad, equidad y preferencias sociales. También en esta etapa se agregó una evaluación en mayor profundidad de la evidencia científica de algunas prestaciones trazadoras propuestas en el tratamiento. Con esto se elaboró un listado priorizado que fue evaluado por las autoridades de Salud y Hacienda y, considerando los recursos disponibles, se definieron los 5 problemas nuevos que fueron incluidos en el decreto de 2019”. (Participante 5, pregunta 1)

“Epidemiológicos por la carga de enfermedad (incluye sobrevida/calidad de vida), y de efectividad de las intervenciones, ya que había disponibilidad de nuevas terapias efectivas para el problema de salud”. (Participante 7, pregunta 1)

“Una vez que los PS entran al proceso de priorización, existe una metodología creada para ello, que en el caso de Problemas Nuevos de Salud, pasa primero por revisar y evaluar criterios imperativos: 1) evidencia, 2) alineación con Estrategia Nacional de Salud y 3) evaluación de factibilidad de implementación en las redes asistenciales”. (Participante 9, pregunta 7)

El método de priorización

Si bien el modo en que se debe realizar la priorización está definido en la ley 19.966, al ser la priorización un modelo de evolución continua va generando siempre dudas, las cuales han sido expuestas, en algunos casos por los miembros del Consejo Consultivo, cómo por ejemplo si para

realizar la priorización se toman en cuenta las listas de espera de atención, o si se evalúa diferenciando la variabilidad epidemiológica de cada región, etc.

“Consejeros preguntan cómo se contabilizan en la estimación de las demandas las personas que se encuentran en listas de espera de atención, y si aquello impactaría en la priorización de problemas de salud para ser incluidos en GES. Se responde que la metodología de estimación de demanda parte desde la estimación de todas las personas que presentan el problema de salud, la necesidad total, a partir del cálculo de incidencia y prevalencia y sus proyecciones; y luego se va ajustando, dependiendo del problema de salud, según el conocimiento de la condición de salud que tienen quienes padecen el problema y, según la demanda de atención o consulta que hacen las personas que conocen su condición. Posteriormente se hace una comparación de estas estimaciones con datos de demanda observada, utilizando como recursos los registros de atenciones u otro similar. Por esta razón es relevante contar con sistemas de encuestas, como la Encuesta Nacional de Salud, y con estudios, como el Estudio de Carga de Enfermedad, que sean periódicos, ya que a partir de ellos se obtiene los estimadores utilizados para el proceso de priorización y estimación de necesidad”. (Acta 75, 21-10-2016)

“Al respecto los consejeros:

Refieren que el proceso de priorización que se desarrolle debe considerar y cumplir lo estipulado en la ley, en ese sentido sugieren que el método debería enmarcarse en los dominios del marco legal, e incluir el resto de los criterios que se destacan en la revisión de métodos de priorización basado en la literatura, dentro de estos dominios principales.

Asimismo, sugieren considerar además otras variables o criterios para el método de priorización como: determinantes sociales, listas de espera, preferencias sociales, impacto financiero, variabilidad regional, interculturalidad y género”. (Acta 80, 28-04-2017)

El encargado de ETESA les señala a los miembros del Consejo Consultivo que el método de priorización que usado está basado en experiencias extranjeras y que buscan minimizar o erradicar el efecto del lobby o evitar que los expertos puedan realizar acuerdos previos antes de la toma de

decisiones, todo esto intentando siempre propender a la transparencia al momento de la toma de decisiones :

“Asimismo, se muestran preocupados de que los procesos de priorización puedan ser vulnerables a la influencia del lobby; y en particular comentan que mientras más tiempo tomen estos procesos este efecto de influencia pueda ser más difícil de controlar. Dr. Sepúlveda comenta que el sistema (de priorización) en desarrollo, basado en experiencias internacionales, ha sido diseñado considerando estas posibilidades y buscan minimizar el efecto del lobby o de acuerdos entre expertos previo a las votaciones y decisiones”. (Acta 87, 05-03-2018)

“Respecto a los criterios y dimensiones, los consejeros consultan si existe alguna forma de definición técnica del peso de cada categoría o dimensión involucrada en el ranking final de intervenciones/problemas de salud priorizados, especialmente en los casos en que exista falta de información en alguna categoría. Dr. Sepúlveda reconoce que ese aspecto es un tema en discusión continua, y argumenta que parte de esto se reduce en la medida en que se apliquen criterios de transparencia de las decisiones y del proceso en general”. (Acta 87, 05-03-2018)

El ministro de salud de ese tiempo destacó el hecho de que los PS incorporados en ese decreto hayan estado en coincidencia con la priorización que fue realizada para GES:

Palabras del entonces ministro Mañalich: “Asimismo, menciona que el decreto GES que se había modificado y enviado a contraloría en enero del presente año, que presentaba algunas modificaciones menores, fue retirado de contraloría para entregar un nuevo Decreto Supremo que agregue 5 Problemas de Salud que sean concordantes con la disponibilidad de oferta de la red de salud del país, el financiamiento y la priorización realizada para GES. Lo anterior implica un aumento de la prima GES que daría cobertura a: 1. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2. Cáncer de Pulmón en personas de 15 años y más, 3. Mieloma Múltiple en personas de 15 años y más, 4. Cáncer Renal en personas de 15 años y más y 5. Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más”. (Acta sesión extraordinaria, 27-06-2019)

Los consejeros mencionan la existencia de métodos de evaluación de los procesos de priorización, los cuales también pueden y merecen ser comparados con los procesos de priorización realizados anteriormente en la incorporación de patologías al GES:

“Consejeros sugieren que, en el trabajo de modelo de priorización de intervenciones, es necesario que se analice la incorporación de patologías que no se encuentran actualmente incluidas en GES. También comentan sobre la existencia de métodos de evaluación de los procesos de priorización y modelos de priorización que se han realizado anteriormente”.(Acta 79, 17-03-2017)

Cuando se les preguntó a los participantes de la investigación sobre que características del proceso de incorporación del CP al GES destacarían, los miembros de los equipos técnicos de MINSAL que participaron en el proceso mencionaban el método de priorización, el cual siempre es realizado apegado a los criterios indicados en la ley 19.966, y según ellos describen se realizó con transparencia, rigurosidad y eficiencia, lo que los deja bastante satisfechos con el proceso de priorización y el resultado en sí.

“Destacaría el proceso que hizo la secretaría GES para consultar a través de un consejo y priorizar las distintas opciones”. (Participante 4, pregunta 4)

“El Cáncer de pulmón fue parte, entre otros 18 problemas de salud, de un proceso de evaluación y priorización usando un método definido en base a los criterios establecidos en la ley y sus reglamentos”. (Participante 5, pregunta 4)

“(Destacaría) El método (de priorización)”. (Participante 6, pregunta 4)

“La Secretaría Técnica GES ha establecido un método de priorización que busca resguardar el cumplimiento de la ley y aplicar las herramientas técnicas disponibles para obtener resultados basados en un proceso explícito, sistemático y validado por los actores relevantes establecidos en la ley 19.966 y sus reglamentos”. (Participante 5, pregunta 5)

“Como profesional del departamento de coordinación de prestaciones y garantías en salud, considero que la metodología técnica para incorporar un nuevo PS al GES o realizar modificaciones en sus canastas, es de un alto estándar de transparencia, rigurosidad y eficiencia”. (Participante 6, pregunta 5)

“Como equipo de ETESA/SBE nos corresponde evaluar la efectividad de algunas de las intervenciones solicitadas de incorporar al sistema GES. En este caso en particular, dado que existía una Guía de Práctica Clínica desarrollada en conjunto con DIPRECE desde el año anterior, este proceso fue relativamente expedito”. (Participante 7, pregunta 5)

El método de priorización, al margen de estar respaldado con estudios técnicos, como los EVC (Estudio de Verificación de Costos) o los Estudios de Carga de Enfermedad, debe siempre ceñirse a criterios como la evidencia de la efectividad de las intervenciones, que la inclusión del PS este alineado con la estrategia nacional de salud, que la implementación del ingreso de dicho PS al GES sea factible, etc. Lo que posteriormente será examinado bajo otros criterios, como factores epidemiológicos, cuanto lograría acortar las brechas de inequidad en salud con su incorporación, etc. De este modo se realiza este ranking de priorización, el cual luego es ponderado según el impacto presupuestario que provocaría su inclusión en el GES y esta información se entrega en un informe a los ministros de salud y hacienda:

“Una vez que los PS entran al proceso de priorización, existe una metodología creada para ello, que en el caso de Problemas Nuevos de Salud, pasa primero por revisar y evaluar criterios imperativos: 1) evidencia, 2) alineación con Estrategia Nacional de Salud y 3) evaluación de factibilidad de implementación en las redes asistenciales. Se continúa con análisis multi-criterio, compuesto al menos por 3 puntos: 1) epidemiológicos, 2) Resultados en Salud y 3) Equidad, ética y justicia. Considerando estos puntos, se debe generar un ranking de priorización, y para hacerlo, los expertos definieron 4 criterios a aplicar (carga de enfermedad, efectividad y seguridad, preferencias sociales y equidad). Los PS seleccionados, se incluyen y evalúa el impacto presupuestario. La información de los PS que no se incluyen, sea antes o después de análisis de impacto presupuestario, queda incluida para un próximo Decreto”. (Participante 9, pregunta 7)

Guía de práctica clínica hecha en base a Salud Basada en Evidencia (SBE)

Aunque la realización de las guías de práctica clínica son bien recibidas, también generan ciertos resquemores porque los participantes del Consejo Consultivo están formados en evaluación a través de panel de expertos:

“Consultan sobre las Guías de Práctica Clínica y sobre su incorporación al proceso y sugieren que las sociedades científicas sean consideradas como parte de los expertos a consultar durante el proceso”. (Acta 80, 28-04-2017)

Existen visiones contrapuestas de los participantes en la investigación, si bien las tres opiniones son de personas que estuvieron ligadas con la creación de la guía de práctica clínica para el CP, el representante de ETESA (Evaluación de Tecnologías Sanitarias) indica que el hecho de contar con una guía de estas características permite llevar un proceso de priorización más expedito, mientras

que los expertos que participaron en la creación de la guía muestran sus suspicacias ya que refieren que estas guías generalizan demasiado despersonalizando al paciente o que impiden realizar evaluaciones sucesivas manteniendo los niveles de certeza:

“Como equipo de ETESA/SBE nos corresponde evaluar la efectividad de algunas de las intervenciones solicitadas de incorporar al sistema GES. En este caso en particular, dado que existía una Guía de Práctica Clínica desarrollada en conjunto con DIPRECE desde el año anterior, este proceso fue relativamente expedito”. (Participante 7, pregunta 5)

“Activo rol en el desarrollo de la guía clínica, aunque no estoy de acuerdo con parte de la metodología. El excesivo uso de técnicas de 'medicina basada en evidencia' minimiza el rol de la medicina clínica que está más en contacto con los pacientes. Entiendo perfecto que la idea es racionalizar los recursos dado que son escasos, pero eso de generalizar no es adecuado dado que cada vez mas sabemos que la medicina va hacia la personalización y clínicamente hay cada vez mas muestras de ello. La medicina basada en la evidencia no tiene respuestas para todo y menos en un momento en que estamos personalizando los tratamientos en cáncer”. (Participante 8, pregunta 5)

“Sobre la base de preguntas puntuales, se discute desde el punto de vista clínico y metodológico, las respuestas que se puede generar como recomendaciones. Si bien GRADE es una herramienta (de SBE) útil, es sobrevalorada en términos de la efectividad clínica de sus respuestas, ya que resulta imposible la evaluación de mejoras sucesivas, sin pérdida de sus niveles de certeza”. (Participante 1, pregunta 6)

El Rol de los Actores

En esta categoría logramos analizar que papel ha desempeñado cada participante del proceso de incorporación del CP al GES, mostrando cuales son sus funciones o sus roles durante el procedimiento.

Secretaría GES

La Secretaría GES aparece en las respuestas de los participantes de la investigación como la gran articuladora de todo el proceso de incorporación, tanto en gestionar el como se lleva a cabo la priorización de los PS, como en coordinar las distintas actividades llevadas en conjunto por los

diferentes equipos técnicos de MINSAL, el Consejo consultivo, etcétera. Además de siempre salvaguardar que todo el proceso se realice siempre conforme a la ley:

“Se siguieron los canales tradicionales. La Secretaría GES es clave en el proceso, luego interviene el Ministro de Salud y demás instancias”. (Participante 2, pregunta 2)

“La Secretaría GES diseñó, implementó y coordinó las actividades para llevar a cabo la priorización en base a un método validado por el grupo oficial de diseño del decreto, establecido por la normativa vigente, y por el Consejo Consultivo”. (Participante 5, pregunta 2)

“Destacaría el proceso que hizo la secretaria GES para consultar a través de un consejo y priorizar las distintas opciones”. (Participante 4, pregunta 4)

“La Secretaría Técnica GES ha establecido un método de priorización que busca resguardar el cumplimiento de la ley y aplicar las herramientas técnicas disponibles para obtener resultados basados en un proceso explícito, sistemático y validado por los actores relevantes establecidos en la ley 19.966 y sus reglamentos”. (Participante 5, pregunta 5)

“Los consejeros definen las fechas y periodicidad de sus reuniones y la Secretaría GES apoya el desarrollo de las reuniones y actividades”.(Participante 5, pregunta 6)

Consejo Consultivo GES

En las actas revisadas se pudo observar que el rol del Consejo Consultivo GES es el de brindar una opinión informada, basada en los distintos estudios técnicos realizados, a los cuales tienen acceso y que el decreto es redactado tomando en cuenta el criterio del Consejo Consultivo:

“Al respecto la jefa de la Secretaría GES comenta que la redacción del Decreto se elabora considerando la opinión de los consejeros respecto a los antecedentes y propuestas presentados, por lo tanto, dicho proceso de redacción es posterior a ella. Sin perjuicio de lo anterior, la Secretaría presentará al consejo el documento del "Decreto Modificatorio 1" en próxima sesión”. (Acta 75, 21-10-2016)

“En conjunto los consejeros comentan que la participación del consejo se encuentra normada, definida como una función consultiva en base a elementos objetivos, que incluye la verificación de la coherencia de los argumentos que se presentan junto a cada propuesta, y la entrega de una mirada externa e independiente sobre ellos”. (Acta 88, 09-04-2018)

Se observa a través de las respuestas entregadas por los participantes que el rol del Consejo Consultivo es de tipo asesor; y que en base a los análisis que realizó evaluando la priorización realizada por los equipos técnicos entregó una opinión fundada, la cual fue tomada en cuenta por los ministros de salud y hacienda, porque los PS que se incorporaron en ese decreto fueron seleccionados de acuerdo a dicha priorización e informe entregado por el Consejo Consultivo:

“La Secretaría GES diseñó, implementó y coordinó las actividades para llevar a cabo la priorización en base a un método validado por el grupo oficial de diseño del decreto, establecido por la normativa vigente, y por el Consejo Consultivo. Los ministros de Salud y Hacienda, en base a los recursos disponibles definen, entre los problemas de salud priorizados, los que serán incluidos al GES. El Consejo Consultivo GES emite su opinión fundada de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. En este caso manifestó su acuerdo con las prioridades y la decisión de incorporar los 5 nuevos problemas de salud”. (Participante 5, pregunta 2)

“La verdad es que cada uno de los actores cumple con el papel que le compete desde el Rol definido por la normativa vigente, por lo que la relación de cada uno con la incorporación o no de un PS al nuevo Decreto, está limitada a sus funciones. Pudiese darse que las máximas autoridades de Salud o Hacienda, definieran políticamente una decisión diferente a la priorización entregada por los técnicos y respaldada por el Consejo Consultivo, pero la verdad es que la incorporación del Cáncer Pulmonar, estuvo respaldada por el análisis descrito, pues estaba dentro del ranking de priorización antes del corte presupuestario, que es lo último que juega un rol preponderante para definir hasta que PS de los definidos en el ranking se puede incorporar”. (Participante 9, pregunta 2)

“Mi rol en el proceso de incorporación del cáncer de pulmón al GES, fue el mismo que el para los otros problemas de salud que quedaron incorporados. Participación activa a través de reuniones entre Consejo Consultivo y ST GES, conociendo y opinando sobre metodología de priorización, sobre cada uno de los pasos planteados, analizando los avances descritos y, al final del proceso, entregando opinión fundada al Ministro de Salud, en que el Consejo, entre otras opiniones, consideraba que la incorporación en el Decreto de los cambios propuestos, representaban una mejora sustantiva al régimen GES vigente”. (Participante 9, pregunta 5)

“Sus funciones son más bien de información y consulta. Si bien cuenta con personas de amplia experiencia, la mayoría de ellas se encuentra alejada de los análisis técnicos, por lo que su labor

se orienta más bien a verificar la coherencia sanitaria de la propuesta que al detalle específico de qué implica realmente para los pacientes la incorporación de una patología u otra”. (Participante 7, pregunta 6)

Existe un decreto, el N°69 del ministerio de salud, que define y establece de que modo debe funcionar el Consejo Consultivo GES. En este reglamento se establece el rol de carácter asesor y técnico del Consejo, esperando que puedan emitir opiniones a través de informes al ministro de salud, opiniones que se realicen de manera respaldada en los análisis de los estudios técnicos y los antecedentes con los que cuentan:

“Las funciones del Consejo Consultivo GES están descritas en el reglamento que establece las normas para su funcionamiento, Decreto N°69 del Ministerio de Salud. Los consejeros definen las fechas y periodicidad de sus reuniones y la Secretaría GES apoya el desarrollo de las reuniones y actividades”. (Participante 5, pregunta 6)

“El Consejo Consultivo GES cumple un rol de carácter asesor y técnico, cuyo objetivo es asesorar al Ministerio de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud (GES), además de emitir su opinión fundada a través de un informe al Ministro de Salud, sobre los contenidos de la propuesta de Garantías, proponiendo todas aquellas correcciones, modificaciones o indicaciones que estimare procedente y además dar su opinión en aquellas materias en que sea requerido por el Ministro. Está compuesto por miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas. Con el fin de emitir una opinión fundada sobre la propuesta de Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, entregará los estudios y antecedentes necesarios para que el Consejo cumpla cabalmente su labor. Sin perjuicio de lo anterior, y con el mismo fin, el Consejo podrá encargar, a través de la citada Subsecretaría, antecedentes y estudios técnicos complementarios. Su funcionamiento habitual es a través de sesiones ordinarias, que por reglamento deben ser mínimo 2 anuales, más todas las extraordinarias que sean requeridas. En períodos de trabajo intenso, como fue el necesario para generar este decreto, las sesiones, siempre que se pudo, fueron mensuales. Se necesita un quórum mínimo de 6 consejeros para su funcionamiento y de cada sesión debe quedar el siguiente registro:

a) El lugar, día, hora de inicio y término de la sesión;

- b) El nombre del Presidente del Consejo;
- c) La nómina de los consejeros que asistieron a la sesión;
- d) Una relación fiel de todo lo ocurrido durante la sesión, y
- e) Los acuerdos del Consejo sobre cada una de las materias tratadas, el resultado de las votaciones y los fundamentos de los votos cuando sean solicitados”. (Participante 9, pregunta 6)

Distintas divisiones y departamentos al interior de MINSAL (Equipos Técnicos)

El trabajo previo de evaluación de canastas de intervenciones, el de análisis de indicadores epidemiológicos para el CP y de proponer soluciones por parte de distintos equipos técnicos al interior del MINSAL favoreció su evaluación para el ingreso al GES:

“Cada problema de salud o modificaciones de canastas que son incorporadas al GES, viven un proceso metodológico extenso de estudio, análisis, resultados, revisión de resultados y reflexión de lo anterior. En cada parte del proceso metodológico intervienen diferentes actores relevantes del sector e intersector: CC, FONASA, DIGERA, DIPRECE, DIPLAS, DIPRES, SIS, Sociedades científicas, etc, coordinados por el departamento de coordinación de prestaciones y garantías en salud. Por lo tanto es un trabajo interrelacionado, colaborativo y propositivo”. (Participante 6, pregunta 2)

“El cáncer de pulmón fue durante muchos años una patología que se veía necesario incorporar al GES, lo que no ocurrió por distintos motivos. Para este proceso en particular destacaría que ya existía un trabajo de los equipos técnicos de varios años de mantener preparadas las canastas y análisis necesarios para poder realizar una tramitación expedita”. (Participante 7, pregunta 4)

“El GES, al tener una perspectiva de salud poblacional, tiene un proceso que parte por la identificación de los problemas de salud más relevantes para la población (de alta carga de enfermedad: por ser graves o por ser muy prevalentes); para estos problemas de salud los equipos técnicos generan planes o soluciones integrales para llevar adelante. Algunas de las medidas incorporadas en estos planes son potencialmente incorporables al GES, principalmente lo relacionado con diagnóstico y tratamiento”. (Participante 7, pregunta 7)

Departamento de manejo integral del cáncer y otros tumores de DIPRECE

El Departamento de Cáncer de DIPRECE fue el principal encargado de la preparación de las canastas de prestaciones para el CP, además de que este mismo departamento propuso la incorporación del CP al GES:

“El equipo técnico del depto. de Cáncer de la División de Prevención y control de enfermedades propuso el cáncer de pulmón y sus canastas de prestaciones para ser incorporado al GES”. (Participante 5, pregunta 2)

“Desde el punto de vista de los stakeholders (grupos de interés), el driver principal estuvo dado por los equipos técnicos del Ministerio de Salud, en particular el Departamento de Cáncer, que desde muchos años antes (al menos 2013), abogaba por la incorporación del cáncer de pulmón”. (Participante 7, pregunta 2)

Ministros de Salud y Hacienda

El mismísimo ministro de salud de ese entonces reconoce que la incorporación de las 5 nuevas patologías ingresadas al GES en ese decreto estaban en concordancia con la priorización que se realizó para el GES:

Palabras del entonces ministro Mañalich: “Asimismo, menciona que el decreto GES que se había modificado y enviado a contraloría en enero del presente año, que presentaba algunas modificaciones menores, fue retirado de contraloría para entregar un nuevo Decreto Supremo que agregue 5 Problemas de Salud que sean concordantes con la disponibilidad de oferta de la red de salud del país, el financiamiento y la priorización realizada para GES. Lo anterior implica un aumento de la prima GES que daría cobertura a: 1. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2. Cáncer de Pulmón en personas de 15 años y más, 3. Mieloma Múltiple en personas de 15 años y más, 4. Cáncer Renal en personas de 15 años y más y 5. Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más”. (Acta sesión extraordinaria, 27-06-2019)

Aún cuando las autoridades de Salud y Hacienda pudieran haber realizado una decisión basada en algún criterio político, estos determinaron su decisión en conformidad con la priorización que fue realizada para este proceso:

“Para la incorporación de cualquier nueva garantía al GES se debe cumplir con los criterios de la ley 19.966. En base a eso se ha diseñado una metodología de priorización que establece tres

criterios imperativos y copulativos que debe cumplirse y son: (1) Alineación con los objetivos sanitarios; (2) Evidencia científica; y (3) Factibilidad implementación por parte de las redes asistenciales. Si se cumplen estos tres criterios se aplica una evaluación multi-criterio, que en el caso del decreto de 2019, que incorporó el cáncer de pulmón, incluyó los siguientes criterios adicionales: Carga de enfermedad, equidad y preferencias sociales. También en esta etapa se agregó una evaluación en mayor profundidad de la evidencia científica de algunas prestaciones trazadoras propuestas en el tratamiento. Con esto se elaboró un listado priorizado que fue evaluado por las autoridades de Salud y Hacienda y, considerando los recursos disponibles, se definieron los 5 problemas nuevos que fueron incluidos en el decreto de 2019”. (Participante 5, pregunta 1)

“Los ministros de Salud y Hacienda, en base a los recursos disponibles definen, entre los problemas de salud priorizados, los que serán incluidos al GES. El Consejo Consultivo GES emite su opinión fundada de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. En este caso manifestó su acuerdo con las prioridades y la decisión de incorporar los 5 nuevos problemas de salud”. (Participante 5, pregunta 2)

“Pudiese darse que las máximas autoridades de Salud o Hacienda, definieran políticamente una decisión diferente a la priorización entregada por los técnicos y respaldada por el Consejo Consultivo, pero la verdad es que la incorporación del Cáncer Pulmonar, estuvo respaldada por el análisis descrito, pues estaba dentro del ranking de priorización antes del corte presupuestario, que es lo último que juega un rol preponderante para definir hasta que PS de los definidos en el ranking se puede incorporar”. (Participante 9, pregunta 2)

Percepción de la sociedad

En el año 2017 se les comunicó al Consejo Consultivo que no estaba contemplado un estudio de preferencias sociales, ya que no se había definido un presupuesto para su realización, por lo que algunos consejeros solicitaron su elaboración a través de un experto a honorarios con el fin de poder contar con este estudio cualitativo:

“Estudio de preferencias sociales: No tiene presupuesto asignado 2018 ya que no fue priorizado, ante esta noticia consejeros sugieren que se realice mediante la contratación de un experto a honorarios y desarrolle el estudio cualitativo”. (Acta 84, 06-10-2017)

En septiembre del 2018 se presenta el estudio de preferencias sociales al Consejo Consultivo, ante lo cual el Consejo señala que la muestra que fue estudiada no tiene un tamaño suficiente para lograr ser completamente representativa a nivel nacional, y que por esto, en lo sucesivo debe tenerse en cuenta un aumento presupuestario para realizar un estudio con una muestra mayor. Aún así del estudio se desprende que el CP estaba dentro de las preferencias sociales:

“Presentación Estudio de Priorización Social para decreto GES 2019-2022

Representantes de la consultora NOUS, presentan Estudio de Preferencias Sociales:

En la metodología: hubo revisión bibliográfica, 13 grupos focales en 6 regiones del país, 4 entrevistas a familiares en 2 regiones y 10 entrevistas a representantes de instituciones.

Consejeros destacan que en el presente estudio no fue considerada la región de la Araucanía siendo importante por la presencia de pueblos originarios, significativos para la población nacional. Ya que este es un estudio cualitativo, el aumento muestral tendría que ser acompañado de un presupuesto mayor para la realización del estudio.

Los criterios actuales y la lista propuesta para GES 2019-2022 son: 1. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2. cuidados paliativos no oncológicos y 3. depresión en personas entre 10 Y 14 años. En menor grado Cáncer renal y pulmonar”. (Acta 92, 03-09-2018)

Las presentadoras del estudio realizan la observación de que en este se manifiesta la necesidad de la ciudadanía de conocer la forma a través de como se realizan las decisiones; manifiestan que la población solicita mayor transparencia:

“Las presentadoras del grupo NOUS hacen referencia a la necesidad de la población de saber cómo se toman las decisiones. De transparentar las razones que se consideran, por ejemplo, en las listas de espera”. (Acta 92, 03-09-2018)

Luego de que el decreto estuviera listo, se siguieron realizando sesiones del Consejo Consultivo, en una de estas sesiones se presentaron propuestas de modificaciones a la ley 19.966. Estas propuestas fueron elaboradas en conjunto por la Secretaría GES, la División Jurídica de MINSAL, ETESA, el departamento de Economía de la Salud, la Superintendencia de Salud y Fonasa. Dentro de las propuestas hechas se destaca la necesidad de establecer estudios de preferencias sociales en

salud y que estos se realicen con una periodicidad no menor a los 5 años, pero no mayor a los 10 años:

“Ausencia de presupuesto asegurado o periodicidad establecida, de los estudios y encuestas necesarios para determinar las garantías en salud, salvo el Estudio de Verificación de Costos.”

Propuesta	Vía legal
<i>Establecer una periodicidad para la Encuesta Nacional de Salud (no menos de 5 y no más de 10 años), Estudio de Carga de Enfermedad (cada 10 años), Estudio de Preferencias Sociales en Salud (no menos de 5 y no más de 10 años), Estudio de costos y uso efectivo de prestaciones GES (no menos de 5 años y no más de 10 años)</i>	<i>Desarrollo de reglamento ministerial -DIPLAS</i>
<i>Establecer un método de financiamiento asegurado</i>	<i>No resuelto</i>

(Acta 101, 09-09-2019)

Más de la mitad de los participantes mencionó la percepción social, como uno de los factores que propició el ingreso del CP al GES. De lo analizado encontramos que esta percepción social la observaron en las distintas solicitudes que hicieron distintas entidades civiles del ingreso del CP al GES, como veremos más adelante o, a través del estudio de preferencias sociales realizado por el grupo NOUS:

“El proceso de incorporación fue similar al de otras patologías que se incorporaron en ese momento. Hubo criterios de costo-efectividad, disponibilidad de oferta, percepción social, y económicos. No hubo en el caso del cáncer de pulmón ninguna consideración adicional a las que se tienen normalmente en el proceso”. (Participante 2, pregunta 1)

“Pienso que fue más que nada por percepción social y epidemiológico. Este diagnóstico suele ser catastrófico para la persona y su familia, y uno de los cánceres con mayor mortalidad en Chile. Sin embargo, con los avances en farmacológicos, ha ido mejorando paulatinamente el pronóstico de estos pacientes, siendo de a poco, cada vez más probable que el cáncer remita y que la persona sobreviva. De todos modos, los tratamientos contra el cáncer de pulmón suelen ser muy caros, en desmedro de su costo efectividad”. (Participante 4, pregunta 1)

“Se ha diseñado una metodología de priorización que establece tres criterios imperativos y copulativos que debe cumplirse y son: (1) Alineación con los objetivos sanitarios; (2) Evidencia científica; y (3) Factibilidad implementación por parte de las redes asistenciales. Si se cumplen

estos tres criterios se aplica una evaluación multi-criterio, que en el caso del decreto de 2019, que incorporó el cáncer de pulmón, incluyó los siguientes criterios adicionales: Carga de enfermedad, equidad y preferencias sociales”. (Participante 5, pregunta 1)

“En el estudio de percepción social salió como un tema relevante lo que concordaba con la epidemiología nacional”. (Participante 6, pregunta 1)

“Una vez que los PS entran al proceso de priorización, existe una metodología creada para ello, que en el caso de Problemas Nuevos de Salud, pasa primero por revisar y evaluar criterios imperativos: 1) evidencia, 2) alineación con Estrategia Nacional de Salud y 3) evaluación de factibilidad de implementación en las redes asistenciales. Se continua con análisis multi-criterio, compuesto al menos por 3 puntos: 1) epidemiológicos, 2) Resultados en Salud y 3) Equidad, ética y justicia. Considerando estos puntos, se debe generar un ranking de priorización, y para hacerlo, los expertos definieron 4 criterios a aplicar (carga de enfermedad, efectividad y seguridad, preferencias sociales y equidad)”. (Participante 9, pregunta 7)

Organizaciones de sociedad civil

Algunos participantes evidenciaron que algunas organizaciones de sociedad civil habían realizado diferentes actividades con el fin de visibilizar la problemática del CP y a través de estas intentar que se relevara para lograr el ingreso de este PS al GES, además de hacer solicitudes directas a MINSAL para que esta patología entrara a la política pública en cuestión:

“Se trató de iniciativas de la sociedad civil a través de fundaciones, la exposición del problema a través de sociedades científicas, solicitudes al MINSAL para coberturas de excepción y la judicialización de casos por negación de tratamiento, las que llevaron a la secretaría GES a considerar realizar la Guía de Tratamiento y la ulterior incorporación de esta patología”. (Participante 1, pregunta 2)

“Respecto de la Sociedad Civil son vitales. Activistas que hacemos abogacía por el paciente”. (Participante 3, pregunta 2)

Presión de distintos sectores sobre las Autoridades

Participantes de la investigación, tanto de MINSAL, como integrantes de sociedad civil o miembro de panel de experto reconocen que hubo una presión de asociaciones de pacientes civiles para que se incorporara este cáncer al GES:

“El ser el único de los primeros cinco cánceres más letales que no tenía coberturas y la presión que se hizo sobre las autoridades para incorporar esta enfermedad al GES, dadas las mejoras en sobrevida logradas en los centros que activamente hacían terapias efectivas”. (Participante 1, pregunta 1)

“Presión de la Sociedad Civil y profesionales de la Salud”. (Participante 3, pregunta 1)

“De igual forma la sociedad civil organizada a través de las diferentes asociaciones de pacientes con cáncer habían presionado por mucho tiempo para su incorporación al GES”. (Participante 7, pregunta 2)

“Haber sido persistentes y accionar cada actor relevante en el proceso” (Participante 3, pregunta 5)

Fundación Cáncer Vida

Se menciona a esta fundación como un actor que a través de múltiples actividades y en distintas esferas ha trabajado por la exposición de este padecimiento buscando que se le de respuesta mediante la inclusión en el GES:

“Fundación Cáncer Vida a través de sus Simposios Latinoamericanos de Oncología Torácica, que aumentó la percepción de la cuantía del problema”. (Participante 1, pregunta 3)

“Cancervida, reiteradas acciones públicas y con autoridades legislativas y sanitarias”. (Participante 3, pregunta 3)

Foro Nacional del Cáncer

Participante de MINSAL menciona al Foro Nacional del Cáncer como una organización laboriosa respecto a influir en algún modo en la incorporación del CP al GES:

“El Foro Nacional del Cáncer fue muy activo, no recuerdo nombres particulares de asociaciones de pacientes”. (Participante 7, pregunta 3)

Desconocen la existencia de organizaciones de pacientes que hayan intervenido de alguna manera en el ingreso del CP al GES

Cabe mencionar que algunos de los participantes no conocían ninguna organización de sociedad civil que hubiese influido o participado de algún modo en la incorporación del CP al GES, a pesar de ser alguno de ellos del Consejo Consultivo o pertenecientes a la Secretaría GES:

“No, no conozco”. (Participante 2, pregunta 3)

“No, no las conozco”. (Participante 4, pregunta 3)

“No conozco”. (Participante 6, pregunta 3)

“No (conozco)”. (Participante 8, pregunta 3)

Participación ciudadana

Merece especial atención la forma en que la participación ciudadana ha influido en la incorporación del CP al GES. En las Actas del Consejo Consultivo y en las respuestas entregadas por los participantes de esta investigación se vislumbran distintas acciones realizadas por la ciudadanía y también se observan segmentos de participación ciudadana en los que el proceso de incorporación de patologías al GES se encuentra al debe.

Recepción de solicitudes de incorporación al GES

Tanto en las actas del Consejo Consultivo, como en las respuestas entregadas por los participantes de la investigación, se dejan entrever los diversos modos a través de los cuales eran recibidas las solicitudes de incorporación de PS al GES, las cuales podían venir desde una solicitud que viniera desde el congreso nacional, solicitudes que nacieran desde dentro del MINSAL, como la hecha por el departamento del cáncer en DIPRECE, o como también hechas por asociaciones de pacientes, como una organización de sociedad civil o de personas naturales haciendo una solicitud a través de las oficinas de información, reclamos y sugerencias (OIRS). También se recibieron solicitudes hechas por el mismo Consejo Consultivo o solicitudes que se fueron llevadas a cabo en reuniones por ley de lobby:

“Presentación sobre líneas de trabajo de Secretaría técnica GES:

Proceso del Decreto GES 2019-2022

Revisión de los posibles nuevos problemas a ser incorporados, que fueron propuestos por la sociedad civil, cámara de diputados, senado, autoridades MINSAL, Consejo Consultivo GES y equipos técnicos ministeriales”. (Acta 85, 30-11-2017)

“Se presenta el proceso de levantamiento de información sobre nuevos Problemas de Salud (PS) y de la modificación de los 80 PS vigentes. Se consideraron las solicitudes realizadas desde la

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) y aquellas enviadas por asociaciones de pacientes, del congreso nacional, de la oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS) y reuniones llevadas a cabo por ley de lobby. Asimismo, se consideraron las solicitudes del Consejo Consultivo GES del periodo anterior”. (Acta 94, 30-11-2018)

“Para la incorporación de cualquier nuevo Problema de Salud a las Garantías Explícitas en Salud, se debe cumplir con una serie de requisitos explicitados en la Ley 19.966. Se parte por recoger, de distintas Fuentes (Transparencia, OIRS, Cámaras de diputados y Senadores, Consejo Consultivo), todas las propuestas que solicitan que algunos problemas de salud, sean incorporados al proceso de selección. Este levantamiento lo realiza la Secretaría Técnica GES (ST GES). Una vez hecho el levantamiento se entrega para revisión y análisis a mesas de trabajo de expertos dentro del MINSAL, quienes configuran grupos de prestaciones que vuelven a la ST GES para iniciar proceso de priorización”. (Participante 9, pregunta 1)

“El equipo técnico del depto. de Cáncer de la División de Prevención y control de enfermedades propuso el cáncer de pulmón y sus canastas de prestaciones para ser incorporado al GES”. (Participante 5, pregunta 2)

“Para el caso del decreto GES 2019, se consideraron todas las solicitudes de incorporación de nuevos problemas de salud GES, hechas por distintos actores como: organizaciones civiles, congreso, personas naturales etc. Todas estas solicitudes fueron incorporadas al proceso de priorización”. (Participante 5, pregunta 3)

“Nos dieron a conocer en las primeras reuniones en forma ordenada todas las solicitudes que llegaron para ser incorporadas y su procedencia. Varias de ellas venían de distintas organizaciones. Todas las solicitudes pasaron por el mismo análisis, quedando 18 que entraron al proceso. Después de aplicación de criterios imperativos, se redujeron a 10 y con esos 10 se hizo el resto del análisis”. (Participante 9, pregunta 3)

La Participación ciudadana en el proceso de priorización para el GES

Ya en el inicio del ciclo del Consejo Consultivo del periodo 2017-2020 el Subsecretario de Salud, Jaime Burrows, les manifestaba el desafío de como propiciar la participación ciudadana en el Consejo Consultivo y en el GES. Posteriormente, a comienzo del año siguiente, en marzo del 2018, los consejeros ya se hacían conscientes de este desafío, ya que se hacía patente la falta de participación ciudadana y/o agrupaciones de pacientes en las discusiones sobre la priorización de

PS que se hace para el GES. Falta ese punto de conexión formal entre estas asociaciones y el entramado de participantes en la priorización para el GES:

“La Sra. Ministra de Salud y el Sr. Subsecretario de Salud Pública saludan a los nuevos integrantes del Consejo Consultivo 2017-2020. Destacan el compromiso que han tomado los nuevos consejeros al decidir aceptar participar en el consejo y recalcan la relevancia que se le ha dado a la coordinación del GES en este último periodo. El Subsecretario comenta sobre el desafío que tiene el país para incorporar la mirada de la ciudadanía en las discusiones del consejo y del sistema GES en general”. (Acta 85, 30-11-2017)

“Finalmente, los consejeros comentan que un gran desafío que visualizan en este trabajo es el cómo avanzar en mejoras en los modelos de participación”. (Acta 87, 05-03-2018)

“Se presenta a consejeros los principales puntos de discusión en torno a posibles mejoras y cambios legales susceptibles de ser realizados al régimen GES, con el fin de informarles del proceso de discusión y de recoger sus comentarios sobre como profundizar este trabajo en el futuro inmediato.

En particular se presentó lo discutido en los siguientes temas:

- la falta de instancias de participación ciudadana y/o de agrupaciones de pacientes en las decisiones de incorporación y revisión garantías e intervenciones de GES”. (Acta 87, 05-03-2018)

“Consejeros discuten sobre los distintos modelos de participación de la sociedad civil y agrupaciones de pacientes en las decisiones, recuerdan la importancia de los estudios de preferencias sociales realizados previamente y unos años después de la implementación del GES, y reconocen que la inclusión de la ciudadanía en las decisiones de salud es una materia urgente e importante”. (Acta 87, 05-03-2018)

En el estudio de preferencias sociales también se vio reflejada la necesidad de la ciudadanía de comprender cual es el modo en el que se toman las decisiones en salud y en el GES:

“Las presentadoras del grupo NOUS hacen referencia a la necesidad de la población de saber cómo se toman las decisiones. De transparentar las razones que se consideran, por ejemplo, en las listas de espera”. (Acta 92, 03-09-2018)

En una presentación de un representante de DIGERA al Consejo Consultivo, este mostró las directrices de la OPS que sugieren que se fortalezca la gobernanza para generar una cultura de calidad en sistemas de salud:

“A su vez, El Sr. Arriagada (representante DIGERA) presentó líneas estratégicas del comité ejecutivo del plan de acción para la calidad de la OPS;

Implementar procesos permanentes de calidad en los servicios de salud, para satisfacer las necesidades individuales y colectivas.

Fortalecer la rectoría y gobernanza para desarrollar una cultura de calidad en los sistemas de salud”. (Acta 96, 15-04-2019)

Se reunió un equipo interdisciplinario tanto con personas de MINSAL, como de la Superintendencia de Salud y FONASA, para generar propuestas de modificaciones a la ley 19.966 y entre estas modificaciones sugieren generar algún mecanismo de representación ciudadana durante el proceso de priorización de los PS para el GES:

“Propuesta de modificaciones legales a la ley 19.966

Con el objetivo de analizar las posibles modificaciones legales al régimen GES, se conformó un equipo de trabajo compuesto por profesionales de la Secretaría Técnica GES, División Jurídica de MINSAL, departamento de ETESA, Departamento de Economía de la salud, Superintendencia de Salud y FONASA.

Los objetivos de la mesa de trabajo fueron:

1. Evaluar como incorporar en el proceso la participación ciudadana.

1.1 Inexistencia de instancias establecidas de participación ciudadana y/o de agrupaciones de pacientes en las decisiones de incorporación y revisión garantías e intervenciones de GES

<i>Propuesta</i>	<i>Vía legal</i>
<i>Incorporar representación ciudadana en el proceso de priorización del GES.</i>	<i>Reglamento de priorización GES</i>
<i>Incorporar buenas prácticas de participación ciudadana de la ley Ricarte Soto.</i>	<i>Reglamento GES</i>
<i>Incorporar representante de la sociedad civil en el consejo consultivo.</i>	<i>Modificación legal — ley 19.966</i>

(Acta 101, 09-09-2019)

Un integrante de una asociación de pacientes con cáncer refiere lo excluidos que se sienten como organización, ya que no son considerados para el Consejo Consultivo, además de referirse al hecho de desconocer como es el proceso de inclusión de algún PS al GES, tachándolo de proceso poco transparente. Hace el alcance de que solo se enteran cuando las decisiones ya están tomadas:

“No pertenecemos a ese consejo consultivo pues hoy no considera a la sociedad civil”.
(Participante 3, pregunta 6)

“Técnicamente no estamos enterados, son proceso poco transparentes. Solo se nos comparten cuando las decisiones están tomadas”. (Participante 3, pregunta 7)

Cuando se les preguntó a los participantes de la investigación sobre la participación ciudadana en el proceso de inclusión de PS al GES, la gran mayoría de estos manifestó lo urgente que es que exista una participación ciudadana activa, con mayores grados de transparencia en todos los pasos del proceso de inclusión de patologías al GES, que sea una participación exigente, informada, en la que se incluya a algunas organizaciones de sociedad civil, que sean organizaciones que tengan buena representación de los grupos de pacientes. Que esta participación ciudadana sea considerada de manera consultiva, pero también se les logre incluir de alguna manera en las decisiones, ya sea a través de consultas de preferencias sociales u otros mecanismos.

“Es indispensable, debe ser progresivamente más exigente y más informada y debiera ser a través de organizaciones de la sociedad civil que tengan buena correspondencia con los diferentes grupos de pacientes”. (Participante 1, pregunta 8)

“Desde su acción civil es muy relevante, y como apoyo interno y consultivo, poco considerado” (refiriéndose a las organizaciones de pacientes). (Participante 3, pregunta 8)

“Es fundamental incorporar a ciudadanía en la toma de decisiones, tanto como asesores, como en la toma de decisión propiamente tal, sobre todo en estos temas que implican un presupuesto importante y que son de cobertura universal”. (Participante 4, pregunta 8)

“Creo se debiera avanzar hacia un método de priorización que incorpore la participación ciudadana en una forma más activa. Ya existe la experiencia con la ley 20.850, Ricarte Soto, y tomando estos aprendizajes se podrían generar modificaciones a la normativa en ese sentido”. (Participante 5, pregunta 8)

“Es necesario avanzar a un proceso más participativo a diferentes niveles: transparencia activa en los productos de cada etapa del proceso hacia la ciudadanía, así como un mayor involucramiento de la sociedad civil en el proceso (no circunscrito a las asociaciones de pacientes), a través de mecanismos de consulta de preferencias sociales, valoración de desenlaces, etc. Actualmente el estándar es muy bajo/inexistente”. (Participante 7, pregunta 8)

“Faltan instancias establecidas de participación ciudadana o de agrupaciones de pacientes en las decisiones de incorporación y revisión de garantías e intervenciones GES. Hace ya unos años, ha solicitud del Subsecretario Jaime Burrows, se creó un grupo de trabajo compuesto por profesionales de distintos Departamentos y áreas del MINSAL, FONASA y SIS, para evaluar algunas modificaciones legales a la Ley 19.966. Uno de los puntos a tratar, era evaluar la forma de incorporar en el proceso, la participación ciudadana. Hubo algunas propuestas al respecto que incluían el incorporar representante de la sociedad civil en el consejo consultivo. Imagino toda la situación sanitaria posterior, ha dejado esto detenido”. (Participante 9, pregunta 8)

Conclusiones

En esta sección se describen algunas conclusiones y recomendaciones que fueron obtenidas desde el análisis de la investigación y que exponen algunos desafíos en lo que respecta al proceso de incorporación de patologías al GES.

El cumplimiento de los criterios de inclusión de un problema de salud al GES

Para que una patología sea ingresada al GES debe cumplir ciertos requisitos estrictos, los que están mencionados en la ley 19.966. Estos criterios deben ser cumplidos a cabalidad y son evaluados desde el comienzo del proceso de priorización de patologías para que pueda seguir adelante en la carrera de evaluación de PS a ingresar al GES. Estos criterios están en relación a que el dar respuesta a ese PS esté alineado con la estrategia nacional de salud, que con su ingreso a esta política pública se reduzca la brecha de inequidad en salud existente en el país, a que existan indicadores epidemiológicos que acrediten la importancia del problema; que el PS en cuestión sea relevante dentro de las preferencias sociales; que se logre demostrar mediante evidencia científica que las intervenciones disponibles para esa enfermedad son eficaces, es decir fomentan la disminución de la mortalidad y/o mejoran sustancialmente la calidad de vida de los pacientes; que dentro de la red de salud asistencial del país exista tanto técnicamente, como en lo referente a recursos humanos la factibilidad de implementación de las intervenciones definidas para dar respuesta al PS específico y que las intervenciones se ajusten a los ítems presupuestarios definidos en el GES.

Efectivamente el CP cumplía con todos los requisitos descritos anteriormente, ya que se contaba con datos epidemiológicos clásicos y de carga de enfermedad que manifestaban la gravedad del problema. Se realizó el análisis económico respecto al impacto presupuestario que tendría la inclusión de este PS al GES y el análisis de costo efectividad de las intervenciones necesarias para este, y aunque los tratamientos del CP son de un elevado costo, demostraron la eficiencia de su costo efectividad, por lo que el Consejo Consultivo llegó a la conclusión de que merecía este ser priorizado dentro de los PS estudiados para ser incorporados en el decreto del 2019, lo cual, fue posteriormente presentado a las autoridades de salud y hacienda.

Por otra parte, el contar con nuevas tecnologías y terapias que contaban con la evidencia científica de tener una mayor eficiencia en la remisión de la enfermedad, si estas son empleadas a tiempo, más el uso de nuevos fármacos que muestran una clara mejora en la calidad de vida de los

pacientes, permitió darle más peso en el proceso de priorización a este PS, puesto que hace 10 años atrás no existían estas tecnologías, lo que hacía que el pronóstico de los pacientes aquejados por este cáncer resultara bastante catastrófico.

Pero aunque, en 2019 ya se sabía, que existían terapias mucho más eficaces en el tratamiento del CP, existía la necesidad de conocer la disponibilidad de oferta de las intervenciones en la red asistencial nacional para los pacientes aquejados por este mal, y saber también cual era la viabilidad de que estas intervenciones fuesen realmente llevadas a cabo, ya sea refiriéndonos a los componentes técnicos, como a los humanos. Cuando se obtuvo esta información y se tuvo la certeza de contar con la recursos técnicos y humanos para cubrir estas demandas, se logró que el CP pudiera avanzar en la priorización como una patología a la cual se le podía dar atención mediante el GES.

Aunque las bases de los criterios para realizar la priorización están descritas en la ley, el modelo de priorización es un modelo que está en evolución continua, puesto que siempre van apareciendo nuevas tecnologías y distintos modelos de priorización, los que se pueden encontrar en la literatura, además de que siempre irán surgiendo nuevas interrogantes, cómo por ejemplo, tomar o no tomar en cuenta las listas de espera, o realizar la priorización evaluando las diferencias regionales.

Buscando disminuir la posibilidad de la existencia de conflictos de interés, se han utilizado métodos de priorización que ya han sido probados en estudios realizados en el extranjero, siempre procurando mantener la mayor transparencia posible en el proceso. Esto se observa en la percepción que tienen del método de priorización los que participan de este, ya que destacan la rigurosidad, la eficiencia y transparencia con la que este se realiza.

La forma en que se hace la priorización está completamente respaldada por estudios técnicos tales como los Estudios de Verificación de Costos y los Estudios de Carga de la Enfermedad, además de contar con evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones propuestas.

El contar con Guías de práctica clínica realizada con metodología de Salud Basada en Evidencia (SBE), en general es bien aceptada, pero en algunas ocasiones es también recibida con ciertas suspicacias por parte de los miembros del CC, ya que estos, en general, han sido formados en un sistema de evaluación de intervenciones mediante panel de expertos, lo que es diametralmente opuesto a lo que quiere validar los métodos de SBE. Esto puede deberse a un asunto meramente generacional o debido a la forma en que estos profesionales fueron formados.

El Rol de los Actores

La Secretaría Ges se distingue cómo la gran articuladora del proceso incorporación de una patología al GES, ya sea dentro del proceso de priorización, como en su rol de coordinadora de las actividades entre los distintos actores participantes del proceso, pero siempre resguardando que el proceso se realice ajustado a la ley.

El rol principal del Consejo Consultivo GES es de tipo asesor, y tiene la finalidad de entregar una opinión informada a los ministros de Hacienda y Salud, opinión que entrega mediante informes, basados en los estudios técnicos revisados, todo esto con el propósito de brindarles información que los ayude a tomar la decisión sobre que patologías incluir en el GES en el próximo decreto.

Previo al proceso de priorización de los PS para la formulación del decreto GES correspondiente, distintos equipos técnicos del MINSAL, de manera colaborativa, ya habían realizado evaluaciones de canastas de prestaciones, algunos análisis epidemiológicos del CP y habían realizado propuestas en torno a esta enfermedad, lo que habría tenido de cierto modo un rol catalizador en todo el proceso de priorización, para la posterior incorporación del CP al GES. El Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros tumores, que pertenece a la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), propuso la incorporación del CP al GES, además de que tenían preparadas las canastas de intervenciones necesarias para este cáncer.

A pesar de que los ministros de Hacienda y Salud pudiesen haber realizado su decisión basado en motivos políticos o de otra índole, mostraron su total conformidad con la priorización hecha por el equipo técnico de MINSAL, más la opinión entregada por el Consejo Consultivo, lo que cómo tomadores de decisión los llevó a decidir en concordancia con la información entregada por estos. Luego de que el Consejo Consultivo manifestara la necesidad de contar con un estudio de preferencias sociales, este fue realizado en el 2018 y mostró al CP dentro de las principales patologías que la gente consultada indicaba que debería ser incluida en el GES, por lo que se tomaron en consideración esos antecedentes. Además, en ese estudio se pone en evidencia que la ciudadanía desconoce el cómo se lleva a cabo el proceso de selección de patologías para ser incluidas en el GES y por lo mismo demandan más transparencia en el proceso.

Después de finalizado el decreto en el que se ingresó el CP al GES, la secretaria GES junto a otros a otros equipos técnicos realizaron propuestas de modificación a la ley 19.966 para llevar a cabo mejoras en ciertos aspectos, dentro de las propuestas hechas se destaca la necesidad de establecer estudios de preferencias sociales de manera periódica.

Además más de la mitad de los participantes que respondieron el cuestionario de la investigación manifestaron que según ellos la percepción social favoreció la inclusión de esta patología al GES. Por otra parte, varios de los participantes de la investigación también expresaron que la presión realizada por diferentes organizaciones de la sociedad civil, a través de las solicitudes formales y/o distintas intervenciones que pretendían visibilizar el CP como problema, también contribuyeron a la incorporación del CP a la política pública en cuestión.

Se debe mencionar que aún hoy hay un gran desconocimiento por parte de los actores involucrados en el proceso de incorporación de patologías al GES de las organizaciones de pacientes que trabajan y difunden los problemas de salud por los que reclaman soluciones, ya que casi la mitad de los consultados en la investigación dijo desconocer la existencia de dichas organizaciones.

Participación ciudadana

Se puede comentar que existen dos aristas principales respecto a la participación ciudadana y la importancia de esta en la incorporación del CP al GES.

Por un lado, encontramos dentro de las distintas solicitudes que fueron hechas; tanto de organizaciones de pacientes al MINSAL, como de personas naturales a distintas OIRS. Solicitudes que luego fueron recepcionadas por la Secretaría GES para ser evaluadas y presentadas al proceso de priorización. Lo que nos lleva a concluir que aunque en un aspecto bastante limitado existen instancias de participación ciudadana, al menos en la sugerencia de los PS que deben ser evaluados para ser incorporados al GES.

Y por otro parte, aunque las personas naturales y las organizaciones de sociedad civil pueden manifestarse haciendo solicitudes por medio de los distintos canales existentes, luego en el proceso de priorización y de debate en el Consejo Consultivo, la participación ciudadana es inexistente. Esto fue reconocido en su momento por el subsecretario de salud, también fue expuesto por el Consejo Consultivo y finalmente también fue relevado como tema importante a corregir por el equipo técnico encabezado por la secretaria GES a fin de hacer mejoras a la ley 19.966 y al proceso de selección de los PS. Lo pendiente entonces es crear instancias y buscar mecanismos apropiados para poder promover la participación ciudadana dentro del proceso de priorización de enfermedades. Como conclusión podemos referirnos a la necesidad urgente de crear estas instancias en pos de dar mayor transparencia a la ciudadanía, para que esta pueda comprender como se toman las decisiones en salud y el de permitir que la ciudadanía misma participe en el

debate de la priorización de los PS, no bastando un estudio de preferencias sociales cada 5 o 10 años.

Consideraciones finales

Para que el CP fuese incorporado al GES existió la necesidad de conocer tanto la evidencia científica que avalara la efectividad de las intervenciones necesarias para esta enfermedad, como la necesidad de manejar la información que permitiera garantizar la existencia de los recursos técnicos y humanos para realizar dichas intervenciones en la red de salud del país.

A pesar de que se contaba con los antecedentes epidemiológicos que evidenciaban al CP cómo un problema relevante de salud en el país, este no fue incluido en decretos anteriores porque en aquel tiempo aun no se contaba con la tecnología que permitiese realizar intervenciones efectivas.

Equipos técnicos pertenecientes a MINSAL, ya daban cuenta desde antes de la necesidad de incorporar el CP al GES, por lo estos ya habían realizado análisis epidemiológicos y la elaboración de canastas de prestaciones, lo que permitió un proceso de priorización más fluido, por ya contar con todos estos antecedentes preparados al momento de realizar la priorización. Esto claramente agilizó su evaluación y posterior incorporación, lo que se traduce en el hecho de que dentro de los mismos estamentos de MINSAL son conscientes del estado epidemiológico de las patologías y pueden lograr potenciar algunas de estas a fin de que sean más rápidamente evaluadas.

Todas las patologías incorporadas al GES en el decreto del 2019 siguieron el mismo proceso de priorización, por lo que se puede inferir de que este proceso sigue un procedimiento bastante estandarizado. Asimismo, la mayoría de los actores que participan directamente en el proceso de priorización destacaron la rigurosidad, la eficiencia y transparencia con la que se realizó el proceso, aunque por otra parte, un participante miembro de una organización de pacientes señaló que el proceso es muy poco transparente, debido a que las organizaciones de sociedad civil se encuentran excluidas del proceso y a estas solo se les informan las decisiones finales.

La percepción de la sociedad si fue un factor relevante y si pesó en el proceso de priorización para la inclusión de nuestra patología estudiada al GES, ya que esto fue mencionado en variadas ocasiones por los participantes de la investigación y también declarado en diversas actas del Consejo Consultivo.

Pese a que las solicitudes de inclusión de PS al GES se recogen a través de distintos canales, como solicitudes directas de organizaciones de pacientes a MINSAL o personas naturales mediante diversas OIRS, estas solicitudes no logran sobresalir como acciones de participación ciudadana y solo quedan relegadas a hechos puntuales acotados a solicitudes. Por lo que se hace primordial para favorecer la participación ciudadana activa en el proceso de priorización de patologías para el GES, que existan mecanismos que permitan tener representantes tanto de organizaciones de pacientes representativas o actores de sociedad civil que puedan expresar su voz y sus fundamentos a fin de que los resultados de las patologías incluidas en el GES estén en completa correspondencia con lo que espera la ciudadanía. Como dato agregar que a lo publicado hasta octubre del 2021 en www.auge.minsal.cl hasta ahora no se han incorporado miembros de la sociedad civil al consejo consultivo GES.

Referencias

- Alvis, N., & Valenzuela, M. T. (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista médica de Chile*, 138, 83-87.
- Anaya, T. G. (2015). Entendiendo el uso y resultados del indicador “Años de vida ajustados por discapacidad”. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, (8), 195-210.1
- Bastías, G., Kohnenkamp, A., & Edgardo, M. (2007). Garantías explícitas en salud (GES): seis consideraciones para su implementación.
- Bastías, G., Valdivia, G. REFORMA DE SALUD EN CHILE; EL PLAN AUGE O RÉGIMEN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES). SU ORIGEN Y EVOLUCIÓN. *Escuela de Medicina UC: Una Propuesta Educativa*, 51.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la Investigación. *Administración, Economía, Humanidades y Ciencias Sociales. Tercera ed. Colombia.: PEARSON EDUCACIÓN, Colombia.*
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
- Brownson, R. C., Gurney, J. G., & Land, G. H. (1999). Evidence-based decision making in public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 5, 86-97.
- Canales, M., (2006); Metodologías de investigación social, 1era edición; Lom Ediciones.
- Cediél-Becerra, N. M., & Krause, G. (2013). Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. *Revista de Salud Pública*, 15, 694-706.
- Concha, M., Aguilera, X., Guerrero, A., & STEVENS, P. (1996). Estudio de carga de enfermedad. Ministerio de Salud–Chile.
- DE ENFERMEDAD, E. D. C. (2008). INFORME FINAL ESTUDIO DE CARGA DE ENFERMEDAD Y CARGA ATRIBUIBLE.
- Durán, A. (2004). *Políticas y sistemas sanitarios*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Escobar, L., & Bitrán, R. (2014). Chile: las Garantías Explícitas de Salud. *Planes de beneficios en salud de América Latina*, 46.

- Escobar-Díaz, F. A., & Agudelo, C. A. (2009). Evaluación del proceso de priorización en salud en Colombia: perspectiva de grupos de investigación ubicados en Bogotá. *Revista de Salud Pública, 11*, 212-224.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence-based methodologies for public health – How to assess the best available evidence when time is limited and there is lack of sound evidence. Stockholm: ECDC; 2011.
- Expósito, F. N., González, J. L., Castillo, C., Losada, C., & Soto, M. Á. M. (2017). Cáncer de pulmón no microcítico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12*(31), 1811-1824.
- Frenk, J. (1992). La nueva salud pública. *VV. AA: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS*, 75-94.
- García-Ramírez, J. A., & Vélez-Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública, 15*, 731-742.
- Hanson, K. (2000). La medición del estado de la salud: género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud. *OPS. Publicación Ocasional 5*.
- Hernández, L. (2003). ¿Qué es la salud pública basada en la evidencia. *Rev Salud Pública, 5*(1), 40-45.
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud pública, 19*, 393-395
- Hernández, R., Fernández, c., Baptista, p., (2006); Metodología de la Investigación, 4ta edición; McGraw-Hill.
- <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/>; recuperado 25-03-2020.
- <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/>; recuperado 16-06-2020.
- <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/cancer-de-pulmon/descripcion-y-epidemiologia/>; recuperado 16-06-2020
- <https://auge.minsal.cl/>; recuperado 25-03-2020.
- <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>; recuperado 09-06-2020.
- <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/cancer-de-pulmon/descripcion-y-epidemiologia/>; recuperado 02-05-2020.

- https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9229:2013-tecnologias-sanitarias&Itemid=41687&lang=es; recuperado 11-10-2021
- ISolano, A. I. (2003). Toma de decisiones gerenciales. *Tecnología en marcha*, 16(3), 44-51.
- Letelier, L. M., & Moore, P. (2003). La medicina basada en evidencia: Visión después de una década. *Revista médica de Chile*, 131(8), 939-946.
- Ley N. 19.966 (2004). *Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile*, 3.
- Ley 19.966, Decreto 22. *Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile*, 1 de julio de 2019.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* (No. 353). Working Paper.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2006). The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001-- Global Burden of Disease and Risk Factors.
- Manterola, C., Otzen, T., Castro, M., & Grande, L. (2018). Evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA) una visión global del concepto y de sus alcances. *International Journal of Morphology*, 36(3), 1134-1142.
- Medina, L. E. G. (2017). EL PLURALISMO ESTRUCTURADO: UNA ALTERNATIVA EN EL SECTOR SALUD EN MÉXICO.
- MINSAL 2018, Plan Nacional de Cáncer 2018-2028.
- MINSAL 2019, <https://www.minsal.cl/plan-auge-85/>; recuperado 03-05-2020
- Morales González, F., & Cabrera Jiménez, M. El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 21(1-2), 42-49.
- Murray, C. J., & Acharya, A. K. (1997). Understanding DALYs. *Journal of health economics*, 16(6), 703-730.
- Olmos, C., & Silva, R. (2010). El rol del Estado chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar. *Expansiva*, (27).

- OPEM Universidades. (30 de octubre del 2021) Modelos y sistemas sanitarios. Qué son y en qué se diferencian. <https://www.opemuniversidades.com/2019/11/14/modelos-y-sistemas-sanitarios-que-son-y-en-que-se-diferencian/>
- Plataforma de información para políticas públicas de la Universidad Nacional de Cuyo. (30 de octubre del 2021). “Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios”. <http://www.politicaspUBLICAS.uncuyo.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>
- Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3), 0-0.
- RAE. (30 de octubre del 2021) modelo. <https://dle.rae.es/modelo>
- Romero Placeres, M. (2014). Importancia de la carga de enfermedad debida a factores ambientales. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 52(2), 149-151.
- Sánchez-Pedraza, R., Gamboa, O., & Díaz, J. A. (2008). Modelos empleados para la Toma de Decisiones en el Cuidado de la Salud. *Revista de Salud Pública*, 10, 178-188.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y sociedad*, 23(2), 83-108.
- Valdivieso, V., & Montero, J. (2010). El plan AUGE: 2005 al 2009. *Revista médica de Chile*, 138(8), 1040-1046.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*, 2, 460-474.
- Zúñiga Fajuri, A. (2007). Sistemas sanitarios y Reforma AUGE en Chile. *Acta bioethica*, 13(2), 237-245.

Anexos

Anexo N°1 Pauta de Cuestionarios

1. Checklist de uso exclusivo del investigador:

Código cuestionario	Fecha	Hora

2. Datos del entrevistado:

DATOS DE ENTREVISTADO/A	
Nombre	
Mail	
Género	
Profesión /ocupación	
Otros:	

3. Cuestionario:

PREGUNTAS
1.- Según usted ¿Cuales fueron los distintos factores que influyeron en la incorporación del Cáncer de Pulmón al GES? (por ejemplo: Económicos, Costo-efectividad, Epidemiológicos, Percepción social, calidad de vida, sobrevida u otros.) Por favor, fundamente su respuesta.
2.- Según su opinión ¿Cómo se relaciona el rol de los actores involucrados con la incorporación del Cáncer de Pulmón al GES? (Miembros del Consejo consultivo; Ministro de Salud, Presidente, Organizaciones interesadas; Secretaría GES, etc.)
3.- ¿Usted conoce organizaciones de la sociedad civil que hayan influido o participado en la incorporación del Cáncer del Pulmón al GES? ¿Y de qué manera lo hicieron?
4.- ¿Qué características del proceso de incorporación del Cáncer de Pulmón al GES usted destacaría?
5.- ¿Qué le gustaría mencionar sobre su rol en el proceso de incorporación del Cáncer de Pulmón al GES?
6.- Por favor describa cómo funciona el consejo consultivo GES.
7.- ¿Cómo es el proceso de incorporación de patologías al GES? Comparta su visión.
8.- ¿Qué piensa usted de la participación ciudadana en el proceso de inclusión de problemas de salud al GES?

Anexo N°2 Ejemplos de Cuestionarios

Código cuestionario	Fecha	Hora
005	26/08/2021	11:25

DATOS DE ENTREVISTADO/A	
Nombre	
Mail	
Género	
Profesión /ocupación	
Otros:	

PREGUNTAS

1.- Según usted ¿Cuales fueron los distintos factores que influyeron en la incorporación del Cáncer de Pulmón al GES? (Económicos, Costo-efectividad, Epidemiológicos, Percepción social, calidad de vida, sobrevida u otros.) Por favor, fundamente su respuesta.

Para la incorporación de cualquier nueva garantía al GES se debe cumplir con los criterios de la ley 19.966. En base a eso se ha diseñado una metodología de priorización que establece tres criterios imperativos y copulativos que debe cumplirse y son: (1) Alineación con los objetivos sanitarios; (2) Evidencia científica; y (3) Factibilidad implementación por parte de las redes asistenciales. Si se cumplen estos tres criterios se aplica una evaluación multi-criterio, que en el caso del decreto de 2019, que incorporó el cáncer de pulmón, incluyó los siguientes criterios adicionales: Carga de enfermedad, equidad y preferencias sociales. También en esta etapa se agregó una evaluación en mayor profundidad de la evidencia científica de algunas prestaciones trazadoras propuestas en el tratamiento. Con esto se elaboró un listado priorizado que fue evaluado por las autoridades de Salud y Hacienda y, considerando los recursos disponibles, se definieron los 5 problemas nuevos que fueron incluidos en el decreto de 2019.

2.- Según su opinión ¿Cómo se relaciona el rol de los actores involucrados con la incorporación del Cáncer de Pulmón al GES? (Miembros del Consejo consultivo; Ministro de Salud, Presidente, Organizaciones interesadas; Secretaría GES, etc.)

El equipo técnico del depto. de Cáncer de la División de Prevención y control de enfermedades propuso el cáncer de pulmón y sus canastas de prestaciones para ser incorporado al GES. La Secretaría GES diseñó, implementó y coordinó las actividades para llevar a cabo la priorización en base a un método validado por el grupo oficial de diseño del decreto, establecido por la normativa vigente, y por el Consejo Consultivo. Los ministros de Salud y Hacienda, en base a los recursos disponibles definen, entre los problemas de salud priorizados, los que serán incluidos al GES. El Consejo Consultivo GES emite su opinión fundada de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. En este caso manifestó su acuerdo con las prioridades y la decisión de incorporar los 5 nuevos problemas de salud.

3.- ¿Usted conoce organizaciones de la sociedad civil que hayan influido o participado en la incorporación del Cáncer del Pulmón al GES? ¿Y de qué manera lo hicieron?

Para el caso del decreto GES 2019, se consideraron todas las solicitudes de incorporación de nuevos problemas de salud GES, hechas por distintos actores como: organizaciones civiles, congreso, personas naturales etc. Todas estas solicitudes fueron incorporadas al proceso de priorización.

4.- ¿Qué características del proceso de incorporación del Cáncer de Pulmón al GES usted destacaría?

El Cáncer de pulmón fue parte, entre otros 18 problemas de salud, de un proceso de evaluación y priorización usando un método definido en base a los criterios establecidos en la ley y sus reglamentos.

5.- ¿Qué le gustaría mencionar sobre su rol en el proceso de incorporación del Cáncer de Pulmón al GES?

La Secretaría Técnica GES ha establecido un método de priorización que busca resguardar el cumplimiento de la ley y aplicar las herramientas técnicas disponibles para obtener resultados basados en un proceso explícito, sistemático y validado por los actores relevantes establecidos en la ley 19.966 y sus reglamentos.

6.- Por favor describa cómo funciona el consejo consultivo GES.

Las funciones del Consejo Consultivo GES están descritas en el reglamento que establece las normas para su funcionamiento, Decreto N°69 del Ministerio de Salud. Los consejeros definen las fechas y periodicidad de sus reuniones y la Secretaría GES apoya el desarrollo de las reuniones y actividades.

7.- ¿Cómo es el proceso de incorporación de patologías al GES? Comparta su visión.

Descrito en la respuesta a la pregunta N° 1. Si bien el detalle del método no está en la normativa vigente, se ha diseñado una metodología en base a esta, y que ha sido establecida en el manual de procedimientos GES.

8.- ¿Qué piensa usted de la participación ciudadana en el proceso de inclusión de problemas de salud al GES?

Creo se debiera avanzar hacia un método de priorización que incorpore la participación ciudadana en una forma más activa. Ya existe la experiencia con la ley 20.850, Ricarte Soto, y tomando estos aprendizajes se podrían generar modificaciones a la normativa en ese sentido.

Código cuestionario	Fecha	Hora
009	01/09/2021	01:17

DATOS DE ENTREVISTADO/A	
Nombre	
Mail	
Género	
Profesión /ocupación	
Otros:	

PREGUNTAS

1.- Según usted ¿Cuales fueron los distintos factores que influyeron en la incorporación del Cáncer de Pulmón al GES? (Económicos, Costo-efectividad, Epidemiológicos, Percepción social, calidad de vida, sobrevida u otros.) Por favor, fundamente su respuesta.

Para la incorporación de cualquier nuevo Problema de Salud a las Garantías Explícitas en Salud, se debe cumplir con una serie de requisitos explicitados en la Ley 19.966, que de alguna manera toca todos los puntos expuestos en el paréntesis de la pregunta. Se parte por recoger, de distintas Fuentes (Transparencia, OIRS, Cámaras de diputados y Senadores, Consejo Consultivo), todas las propuestas que solicitan que algunos problemas de salud, sean incorporados al proceso de selección. Este levantamiento lo realiza la Secretaría Técnica GES (ST GES). Una vez hecho el levantamiento se entrega para revisión y análisis a mesas de trabajo de expertos dentro del MINSAL, quienes configuran grupos de prestaciones que vuelven a la ST GES para iniciar proceso de priorización.

2.- Según su opinión ¿Cómo se relaciona el rol de los actores involucrados con la incorporación del Cáncer de Pulmón al GES? (Miembros del Consejo consultivo; Ministro de Salud, Presidente, Organizaciones interesadas; Secretaría GES, etc.)

La verdad es que cada uno de los actores cumple con el papel que le compete desde el Rol definido por la normativa vigente, por lo que la relación de cada uno con la incorporación o no de un PS al nuevo Decreto, está limitada a sus funciones. Pudiese darse que las máximas autoridades de Salud

o Hacienda, definieran políticamente una decisión diferente a la priorización entregada por los técnicos y respaldada por el Consejo Consultivo, pero la verdad es que la incorporación del Cáncer Pulmonar, estuvo respaldada por el análisis descrito, pues estaba dentro del ranking de priorización antes del corte presupuestario, que es lo último que juega un rol preponderante para definir hasta que PS de los definidos en el ranking se puede incorporar.

3.- ¿Usted conoce organizaciones de la sociedad civil que hayan influido o participado en la incorporación del Cáncer del Pulmón al GES? ¿Y de qué manera lo hicieron?

Nos dieron a conocer en las primeras reuniones en forma ordenada todas las solicitudes que llegaron para ser incorporadas y su procedencia. Varias de ellas venían de distintas organizaciones. Todas las solicitudes pasaron por el mismo análisis, quedando 18 que entraron al proceso. Después de aplicación de criterios imperativos, se redujeron a 10 y con esos 10 se hizo el resto del análisis descrito en punto N°7, más adelante.

4.- ¿Qué características del proceso de incorporación del Cáncer de Pulmón al GES usted destacaría?

No recuerdo algún punto específico a destacar.

5.- ¿Qué le gustaría mencionar sobre su rol en el proceso de incorporación del Cáncer de Pulmón al GES?

Mi rol en el proceso de incorporación del cáncer de pulmón al GES, fue el mismo que el para los otros problemas de salud que quedaron incorporados. Participación activa a través de reuniones entre Consejo Consultivo y ST GES, conociendo y opinando sobre metodología de priorización, sobre cada uno de los pasos planteados, analizando los avances descritos y, al final del proceso, entregando opinión fundada al Ministro de Salud, en que el Consejo, entre otras opiniones, consideraba que la incorporación en el Decreto de los cambios propuestos, representaban una mejora sustantiva al régimen GES vigente.

6.- Por favor describa cómo funciona el consejo consultivo GES.

El Consejo Consultivo GES cumple un rol de carácter asesor y técnico, cuyo objetivo es asesorar al Ministerio de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud (GES), además de emitir su opinión fundada a través de un informe al Ministro de Salud, sobre los contenidos de la propuesta de Garantías, proponiendo todas aquellas correcciones, modificaciones o indicaciones que estimare procedente y además dar su opinión en aquellas materias en que sea requerido por el Ministro. Está compuesto por miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas. Con el fin de emitir una opinión fundada sobre la propuesta de Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, entregará los estudios y antecedentes necesarios para que el Consejo cumpla cabalmente su labor. Sin perjuicio de lo anterior, y con el mismo fin, el Consejo podrá encargar, a través de la citada Subsecretaría, antecedentes y estudios técnicos complementarios. Su funcionamiento habitual es a través de sesiones ordinarias, que por reglamento deben ser mínimo 2 anuales, más todas las extraordinarias que sean requeridas. En períodos de trabajo intenso, como fue el necesario para generar este decreto, las sesiones, siempre que se pudo, fueron mensuales. Se necesita un quórum mínimo de 6 consejeros para su funcionamiento y de cada sesión debe quedar el siguiente registro:

- a) El lugar, día, hora de inicio y término de la sesión;
- b) El nombre del Presidente del Consejo;
- c) La nómina de los consejeros que asistieron a la sesión;
- d) Una relación fiel de todo lo ocurrido durante la sesión, y
- e) Los acuerdos del Consejo sobre cada una de las materias tratadas, el resultado de las votaciones y los fundamentos de los votos cuando sean solicitados.

7.- ¿Cómo es el proceso de incorporación de patologías al GES? Comparta su visión.

Complementando la respuesta dada en el punto N°1 , una vez que los PS entran al proceso de priorización, existe una metodología creada para ello, que en el caso de Problemas Nuevos de Salud, pasa primero por revisar y evaluar criterios imperativos: 1)evidencia, 2)alineación con Estrategia Nacional de Salud y 3) evaluación de factibilidad de implementación en las redes asistenciales. Se continua con análisis multi-criterio, compuesto al menos por 3 puntos: 1) epidemiológicos, 2) Resultados en Salud y 3) Equidad, ética y justicia. Considerando estos puntos, se debe generar un ranking de priorización, y para hacerlo, los expertos definieron 4 criterios a aplicar (carga de enfermedad, efectividad y seguridad, preferencias sociales y equidad). Los PS seleccionados, se incluyen y evalúa el impacto presupuestario. La información de los PS que no se incluyen, sea antes o después de análisis de impacto presupuestario, queda incluida para un próximo Decreto.

8.- ¿Qué piensa usted de la participación ciudadana en el proceso de inclusión de problemas de salud al GES?

Faltan instancias establecidas de participación ciudadana o de agrupaciones de pacientes en las decisiones de incorporación y revisión de garantías e intervenciones GES. Hace ya unos años ,ha solicitud del Subsecretario Jaime Burrows, se creo un grupo de trabajo compuesto por profesionales de distintos Departamentos y áreas del MINSAL, FONASA y SIS, para evaluar algunas modificaciones legales a la Ley 19.966. Uno de los puntos a tratar, era evaluar la forma de incorporar en el proceso, la participación ciudadana. Hubo algunas propuestas al respecto que incluían el incorporar representante de la sociedad civil en el consejo consultivo. Imagino toda la situación sanitaria posterior, ha dejado esto detenido.