

“ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS
EN SALUD (GES) EN LOS PACIENTES CON HEPATITIS C
CRÓNICA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. 2018-2023.
CHILE”

Una evaluación de Política Pública.

POR: NORMA ANDREA PEÑA OTÁROLA

Tesina presentada a la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo para
optar al grado académico de Magíster en Políticas Públicas

PROFESORAS GUÍAS:

Sra. Carla Cecilia Castillo Laborde
Sra. María Isabel Matute Willemsen

Septiembre 2024, SANTIAGO

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra, con fines académicos o de investigación, por cualquier medio o procedimiento, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

CONTENIDO

CAPÍTULO 1.- INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E INTERROGANTE DE LA INVESTIGACIÓN	6
CAPÍTULO 3.- MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN BIBLIOGRAFICA	8
CAPÍTULO 4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
4.1.- OBJETIVO GENERAL	12
4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
CAPÍTULO 5.- METODOLOGÍA.....	12
5.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
5.2.- SELECCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	15
5.3.- ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.....	15
5.4.- DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	17
5.5.- RECOLECCIÓN DE DATOS	18
CAPÍTULO 6.- ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	18
6.1.- CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA (Objetivo específico 1):.....	18
6.2.- CUMPLIMIENTO GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD POR HEPATITIS C (Objetivo específico 2)	21
6.2.1 CUMPLIMIENTO DEL GES EN LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA (Objetivo específico 2).....	23
6.2.2 CUMPLIMIENTO DEL GES EN EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C.....	26
CAPÍTULO 7.- CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN	29
7.1.- CONCLUSIÓN	29
CAPÍTULO 8.- ANEXOS	32
CAPÍTULO 9.- REFERENCIAS	36

CAPÍTULO 1.- INTRODUCCIÓN

La hepatitis C es una infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC) que afecta al hígado. Esta tiene un amplio espectro patogénico en el hepatocito y severas manifestaciones extrahepáticas en los estadios avanzados (1). La prevalencia mundial del virus hepatitis C es cercana a 1%, lo que equivale a más de 71 millones de personas, de las cuales sobre 3.5 millones se encuentran en Latinoamérica (2).

La enfermedad por hepatitis C crónica es altamente asociada con carcinoma hepatocelular y cirrosis hepática. A su vez, el carcinoma hepatocelular es el tumor primario del hígado más frecuente y la segunda causa de muerte asociada a un cáncer en el mundo (1, 3). Del mismo modo, la cirrosis hepática es responsable de una notable disminución en la calidad de vida a nivel físico y psicológico tanto para los pacientes como sus familias (4).

La vía de transmisión es prioritariamente parenteral ya sea transmisión asociada a la atención de salud, por ejemplo, en transfusiones sanguíneas o por el intercambio de agujas en personas usuarias de drogas endovenosas. También ha sido descrita la vía sexual, especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres. La transmisión vía vertical es posible pero poco frecuente (5).

En el 2010, la Organización Mundial de la Salud estableció el programa mundial contra la hepatitis con el objetivo de coordinar acciones entre los países para enfrentar el problema basado en cuatro ejes estratégicos: sensibilización, fortalecimiento de alianzas regionales y movilización de recursos; políticas basadas en evidencia; prevención de la transmisión; y pesquisa, manejo y tratamiento (6).

De acuerdo al Primer Reporte Global de hepatitis, en el 2015 murieron 1.34 millones de personas por consecuencia de las hepatitis virales (7), lo cual es alarmante considerando que son enfermedades infecciosas prevenibles.

Con el objetivo de eliminar las hepatitis como un problema de salud pública al 2030, en el año 2016, la Organización de las Naciones Unidas incluyó como meta, dentro la Agenda de Desarrollo Sustentable, reducir la mortalidad por hepatitis C (8).

En Chile, las principales políticas públicas orientadas a la prevención y control de la patología comprenden el tamizaje obligatorio de hepatitis C en toda sangre donada desde el año 1996 (9), y su inclusión en etapa crónica en las garantías explícitas en salud (GES) desde el 2010 (10).

El Ministerio de Salud es el responsable de garantizar la cobertura para los exámenes, medicamentos, consultas médicas y hospitalizaciones, según cada etapa de la enfermedad, en grupos de prestaciones definidas como “canastas”.

En el Listado Específico de Prestaciones (LEP), se describen las prestaciones de atención clínica clasificadas según el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, entre otros, según la propia enfermedad (11). En el caso de la hepatitis C, ha sido actualizada progresivamente de acuerdo con la evidencia científica y disponibilidad presupuestaria. Desde el año 2019 se han incorporado las terapias antivirales de acción directa (AAD), fármacos que logran la curación (eliminación del virus del paciente) en un altísimo porcentaje (12).

Según lo anterior, este documento busca responder cuál es el cumplimiento de la Ley 19.966/2004 referente al Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), en el acceso al diagnóstico y tratamiento de las personas infectadas por VHC en etapa crónica, durante el periodo 2018- 2023.

Además, el análisis describe la caracterización del usuario de estas garantías.

El contenido del documento se desagrega de la siguiente forma: capítulo 1: introducción; capítulo 2: planteamiento del problema e interrogante de investigación; capítulo 3: marco teórico y discusión bibliográfica incluyendo los principales conceptos epidemiológicos y teóricos asociados a nivel global y país; capítulo 4: objetivo general y objetivos específicos de la investigación; capítulo 5: metodología del estudio de diseño cuantitativo, definición de variables y el enfoque utilizado en el análisis de datos; capítulo 6: describe los datos hallados en la investigación; capítulo 7: conclusión y discusión; capítulo 8: Anexos; capítulo 9: referencias bibliográficas.

CAPÍTULO 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E INTERROGANTE DE LA INVESTIGACIÓN

Se estima que cerca de 3.5 millones de personas infectadas por el virus de la hepatitis C viven en Latinoamérica. Sin embargo, su distribución difiere por región, desde 0.3% en Chile hasta 0.9% en Brasil (2).

Estudios sugieren que en general, las personas portadoras de hepatitis C desconocen su diagnóstico, lo que conlleva una progresión silenciosa de la enfermedad a estadios más avanzados como cirrosis o hepatocarcinoma (2). De hecho, la infección crónica por hepatitis C es la principal causa de trasplante hepático en adultos en Chile (1,3).

La hepatitis C es a menudo asintomática en sus estadios iniciales, por lo tanto, testear a personas de alto riesgo de portar con el virus o contraer la infección es esencial para el diagnóstico oportuno (14). Del mismo modo, el diagnóstico es el

primer paso para acceder a una evaluación médica y tratamiento adecuado (15), lo cual juega un rol fundamental para disminuir la incidencia, prevalencia y mortalidad (16). A medida que aumentan los pacientes diagnosticados y tratados, disminuye la prevalencia de esta enfermedad, ya que los pacientes se curan, excluyéndolos del grupo de infectados.

En Chile no existe una plataforma para evaluar la trazabilidad del paciente con hepatitis C, desde el momento de la confirmación de su situación serológica, hasta el resultado final de su tratamiento. Así mismo, no se puede asegurar que todos los exámenes confirmados positivos sean informados a las personas infectadas, es por eso, que se realizan seguimiento en las distintas etapas del proceso.

Es importante revisar las distintas etapas de atención del paciente con hepatitis C, y así definir dónde están los hitos de mayor complejidad, nudos de proceso y al mismo tiempo, posteriormente hacer el proceso de búsqueda de los usuarios y reinsertarlos en el sistema de salud.

Este análisis es una necesidad para dar respuesta a las siguientes preguntas:

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de las personas infectadas por el virus de la hepatitis C en el periodo 2018-2023 a nivel nacional en Chile?

¿Cuál es el cumplimiento del acceso de las Garantías Explícitas en Salud, para la patología 69 en el sistema público de salud?

Desde el punto de vista de las políticas públicas, las respuestas a las preguntas propuestas permitirán definir si las estrategias instaladas han sido exitosas o bien, requieren corrección, ya sea por un cambio del perfil epidemiológico o por el éxito o fracaso de estas terapias.

CAPÍTULO 3.- MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN BIBLIOGRAFICA

La ley 19.966 del año 2004 (10) define el Régimen de Garantías Explícitas de Salud, declara cuatro puntos básicos exigibles: 1) Acceso, 2) Oportunidad, 3) Protección financiera y 4) Calidad. Actualmente incluyen 87 problemas de salud, los que abarcan distintas patologías y están regidos por la Norma Técnico Médico Administrativa (NMTA) (11).

En el caso de la Hepatitis C crónica, problema de salud N°69, tiene la siguiente cobertura, descrita en la Tabla 1.

Tabla 1: Descripción de las Garantías GES para el problema 69. Ley 16.966/ 2004. Chile.

Garantía	Hepatitis C crónica
Acceso	<p>Todo beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Con factores de riesgo tendrá acceso a la sospecha a través de examen de virus de hepatitis C. ii) Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica. iii) Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a evaluación pretratamiento. iv) Con evaluación pretratamiento, tendrá acceso a tratamiento antiviral de acción directa. v) Con tratamiento, tendrá acceso a continuarlo. vi) Con tratamiento completo tendrá acceso a control postratamiento por un año posterior al término de la terapia. vii) Con tratamiento completo, sin curación, tendrá derecho a terapia de rescate.
Oportunidad	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) la confirmación diagnóstica se realizará dentro de 45 días desde la sospecha. <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) La evaluación pretratamiento se realizará dentro de 30 días desde confirmación diagnóstica. ii) El tratamiento farmacológico se iniciará dentro de 30 días desde la indicación médica. (general y de rescate)
Protección Financiera	<p>Costo cero Modalidad Atención Institucional resolución 1112 exenta (38). (Modifica Resolución N° 176 exenta, de 1999, del Ministerio de Salud, que aprueba el arancel de prestaciones de salud del libro II del DFL N° 01/2005 del Ministerio de Salud) Las ISAPRES tienen un copago, según el arancel de referencia. (Anexo 8 Tabla12)</p>
Calidad	<p>Definida como el otorgamiento de la prestación de salud por un prestador acreditado y registrado en la Superintendencia de Salud.</p>

Fuente: Ministerio de Salud de Chile. Decreto 72 del 8/09/2022 (11)

El proceso comienza con la solicitud del examen de anticuerpos de VHC, definido como el examen de tamizaje para esta patología. Si el examen resulta reactivo a nivel local (Laboratorio regional o según convenio), se envía una muestra al Instituto de Salud Pública de Salud (ISP). Éste es responsable de confirmar positivo o negativo al examen.

Si el examen es positivo se informa al paciente o donante de sangre (según el flujograma definido) y es derivado a la atención secundaria con especialista que corresponde a gastroenterólogo, hepatólogo, infectólogo o médico internista (Garantía de calidad). En este lugar se activan las garantías GES y genera la identificación del caso, avanzando en las canastas y prestaciones propuesta para esta patología.

Las canastas definidas para el problema 69 del GES son:

1. Sospecha de Hepatitis C crónica
- 2.- Confirmación de la patología
- 3.- Evaluación pretratamiento del paciente
- 4.- Tratamiento farmacológico
- 5.- Evaluación post tratamiento
- 6.- Seguimiento de la patología
- 7.- Terapia de rescate

Para este estudio se define el cumplimiento de garantías de acceso en el diagnóstico, cuando el usuario confirmado positivo por el ISP, ingresa a control con

especialista. En esta etapa se inicia la evaluación basal del paciente con exámenes de laboratorio, presencia de enfermedades crónicas, coinfecciones, funcionalidad hepática y renal y el grado de fibrosis del hígado. En Chile, todos los usuarios infectados con hepatitis C en etapa crónica, con seguro FONASA o ISAPRE tienen derecho a tratamiento, independiente de los factores de riesgo.

Para el hito del tratamiento, se define el cumplimiento de acceso cuando el usuario inicia la terapia farmacológica con Sofosbuvir/Velpatasvir, 1 comprimido al día por 12 semanas. Esta terapia es considerada de alto costo y para los usuarios está garantizado por ley y es gratuito en sistema público de salud. En las ISAPRES también rige la garantía, con el copago de acuerdo al arancel referencial.

El protocolo del manejo de estos pacientes se ha simplificado, lo que ha permitido disminuir los costos del Estado y facilitar la atención clínica del usuario (5).

En el Informe del Programa de Hepatitis B y C del Ministerio de Salud; “Caracterización del paciente con Hepatitis C bajo control en el Sistema Público de Salud Chile - 2016”, indica que el perfil de los infectados son personas mayores de 45 años, sin mayor diferencia entre hombres y mujeres, con antecedentes de transfusión sanguínea antes del año 1996, 35% con cirrosis, 6% coinfección con VIH, 0.8% coinfección con VHB, esta información permitirá comparar el perfil actual (17). Este informe se realizó en el contexto de la entrega de Antivirales de Acción Directa (AAD), a través de Auxilio extraordinario (vía de financiamiento especial) en el caso de fármacos de alto costo (22). Este piloto junto al informe permitió justificar la inclusión de estas terapias en las prestaciones GES, garantizadas por ley.

Inicialmente las terapias tenían un costo de \$50 millones por paciente y a través de distintas gestiones del Ministerio de Salud han disminuido considerablemente en el

mercado chileno, a la fecha tienen un costo aproximado de \$4.3 millones por persona, con terapia completa (12 semanas).

CAPÍTULO 4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.- OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el cumplimiento del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) en los pacientes con Hepatitis C crónica del Sistema Público en Chile, durante el periodo 2018-2023.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Objetivo específico 1: Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes diagnosticados por hepatitis C a nivel país, en el periodo 2018-2023.
- Objetivo específico 2: Determinar el cumplimiento de las garantías GES de acceso al diagnóstico y tratamiento de las personas con hepatitis C, en el sistema de salud público en el periodo 2018-2023.

CAPÍTULO 5.- METODOLOGÍA

Se realiza un análisis de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal.

Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel 365 y posteriormente software SPSS Statistic versión 28.

Los datos son presentados en números absolutos y porcentajes a través de tablas.

En relación a la Ley N° 20.584 que “Regula los derechos y deberes que tienen las

personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, este estudio no vulnera la mencionada ley, debido a que son datos secundarios.

La primera parte del análisis (Objetivo específico 1) se utiliza el universo total, es decir, todos los casos confirmados por el Instituto de Salud Pública de Salud a nivel país, que incluye casos del Sistema público y privado de salud.

En la Segunda parte (Objetivo específico 2), de la base de datos confirmados por el ISP, se envió directamente al equipo de GES de Redes Asistenciales, quienes revisaron los casos activos o cerrados en la plataforma de registro SIGGES/MINSAL, entregando los datos procesados a la investigadora, respetando la confidencialidad y manejo de datos sensibles de la información, desrutificados.

En el caso de los pacientes con seguro del sistema privado de salud, no se pudo obtener información de la Superintendencia de Salud.

5.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para conocer el impacto de una Política Pública es necesario conocer el resultado de ella en sus distintas etapas. No es habitual evaluar los procesos, para posteriormente corregir, mantener o mejorar esos procesos.

Esta evaluación permite dar cuenta que los exámenes confirmados positivos por el ISP hayan sido entregados a las personas infectadas, los casos que son derivados al especialista para iniciar la evaluación pretratamiento y el tratamiento farmacológico, observando el uso de las canastas del GES. (5)

En Chile, están disponibles antivirales de acción directa, fármacos pangentipos y panfibróticos para el tratamiento de la hepatitis C, esto quiere decir que son útiles para todos los genotipos de VHC y todas las etapas de fibrosis hepática, lo que ha

simplificado el manejo clínico del paciente. En otros países, el acceso a los medicamentos es variable, algunos han realizado campañas ampliadas de terapias como Egipto y el otro extremo es no contar con terapias antivirales de acción directa. Los Antivirales de Acción directa son fármacos orales, un comprimido diario, sin mayor complejidad, con una duración de 12 semanas de tratamiento, presentan baja reacciones adversas, y tienen una efectividad superior al 97% (5). Esta terapia farmacológica está garantizada por ley y gratuita en el sistema público de salud. Se realiza la compra del fármaco centralizado para el sistema público y la distribución es directa a los Hospitales de los centros de especialidades. El control de la entrega en el sistema público se realiza en el nivel central por el Dpto. de Fármacos y el Programa de Hepatitis B y C, del Ministerio de Salud. La definición de cura se considera cuando no existe presencia del virus de hepatitis C a las 12 semanas de finalizada la terapia farmacológica (Respuesta Viral Sostenida).

Por lo tanto, existe la posibilidad de llegar a niveles de eliminación del virus en el país. Pero para ello, es necesario conocer el perfil del paciente, el acceso a las terapias y si logran eliminar el virus de su organismo.

5.2.- SELECCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Se realiza un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Esta modalidad de estudio observacional permite considerar los casos en el tiempo, con el diagnóstico confirmado positivo por ISP, inicio de control con especialista e inicio de terapia farmacológica. (17, 18).

5.3.- ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

La hipótesis propuesta es que el cumplimiento de acceso de garantías GES de diagnóstico y tratamiento debiera ser mayor al 70%, considerando las distintas estrategias implementadas en la última década.

Las variables dependientes e independientes en este estudio son presentadas en tabla 2.

Tabla 2. Definición y clasificación de variables.

VARIABLE		DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	CATEGORÍAS
Dependientes	Diagnóstico de hepatitis C	Personas diagnosticadas por hepatitis C mediante un informe confirmatorio del diagnóstico emitido por el Instituto de Salud Pública.	Cualitativa nominal	* Examen positivo para hepatitis C

	Evaluación médico especialista	Personas con informe ISP positivo para hepatitis C que son evaluadas por médico especialista. Para esto se utilizó la GES “Confirmación diagnóstica”.	Cualitativa nominal	* Cumplida: la persona fue evaluada por médico especialista. *No cumplida: la persona no fue evaluada por médico especialista.
	Tratamiento	Personas con reciente diagnóstico de hepatitis C que fueron evaluadas por médico especialista y fueron tratadas farmacológicamente. Para esto se utilizó la GES “Tratamiento”.	Cualitativa nominal	*Cumplida: la persona recibió tratamiento farmacológico. *No cumplida: la persona no recibió tratamiento farmacológico.
Independientes	Año de diagnóstico	Identificación del año de emisión del Informe confirmatorio de hepatitis C emitido por el Instituto de Salud Pública.	Cualitativa ordinal	* 2018 *2021 * 2019 *2022 * 2020 *2023
	Edad	Identificación de la edad del usuario al momento de la emisión del informe confirmatorio para hepatitis C por el Instituto de Salud Pública.	Cualitativa ordinal	* 0-19 *50-59 * 20-29 *60-69 * 30-39 *70 ó más. * 40-49
	Sexo	Identificación del sexo del usuario diagnosticado.	Cualitativa nominal	* Hombre * Mujer
	Residencia	Identificación de la región donde reside el usuario diagnosticado.	Cualitativa nominal	* Arica *Maule *Tarapacá *Ñuble *Antofagasta *Biobío

				*Atacama *Araucanía *Coquimbo *Los Ríos *Valparaíso *Los Lagos *Metropolitana *Aysen *O'Higgins *Magallanes
	Estado migratorio	Identificación del estado migratorio de la persona estudiada	Cualitativa nominal	*Chileno *Migrante
	Seguro de salud	Identificación del seguro de salud en el que la persona está registrada.	Cualitativa nominal	*FONASA *ISAPRE *CAPREDENA Y DIPRECA *Desconocido

Fuente: Elaboración propia.

5.4.- DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El periodo considera entre el año 2018 y el año 2023.

La primera parte del análisis (Objetivo específico 1) se utiliza el universo total de los casos confirmados por primera vez por el Instituto de Salud Pública de Salud a nivel país, que incluye casos del Sistema público y privado de salud.

En la Segunda parte (Objetivo específico 2), se utilizan los casos confirmados por primera vez por el Instituto de Salud Pública de Salud del Sistema Público de Salud:

Criterios de inclusión: personas con seguro de salud FONASA, y personas vivas a la fecha de emisión del examen positivo para hepatitis C del ISP.

Criterios de exclusión: personas con seguro de salud ISAPRE, CAPREDENA, DIPRECA o desconocido y personas fallecidas a la fecha de emisión del examen positivo para hepatitis C del ISP.

5.5.- RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos fue a través de la base de datos de personas diagnosticadas por infección con virus hepatitis C entre los años 2018-2023 del Laboratorio de referencia nacional de hepatitis virales del Instituto de Salud Pública y la base de datos online de las Garantías Explícitas en Salud del Sistema de Salud público nacional (www.sigges.cl). Datos secundarios. Los datos fueron cruzados en el Dpto. GES de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y entregados desrutificados.

CAPÍTULO 6.- ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el Objetivo específico 1, se realiza un análisis descriptivo, con la caracterización sociodemográfica de las variables año de diagnóstico de la enfermedad, edad, sexo, residencia (región), estado migratorio y seguro de salud de los casos del periodo estudiado. Los resultados obtenidos fueron resumidos en tablas de frecuencia.

Para el Objetivo específico 2, se analiza el porcentaje de cumplimiento de acceso de las garantías GES en las etapas de confirmación diagnóstica y evaluación pre-tratamiento entre los casos pertenecientes a FONASA. Los resultados obtenidos fueron resumidos en tablas de frecuencia.

6.1.- CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA (Objetivo específico 1):

En el periodo 2018-2023 fueron diagnosticados 3001 casos de hepatitis C en Chile (Tabla 3). De los 6 años analizados, en el 2020 se realizó el menor número de diagnósticos (420 casos correspondientes al 14% de los diagnósticos del periodo estudiado) y en el año 2022 el mayor número (561 correspondientes al 18.69% de los diagnósticos del periodo 2018-2023).

Según la edad, los casos se concentran en personas entre 30-39 años (24.49%), el 89.87% de la población diagnosticada es mayor de 30 años y solo el 10.13% menor a esta edad. Sobre dos tercios (76.64%) corresponden a hombres. La región con más personas diagnosticadas corresponde a la Región Metropolitana con 2244 casos (74.78%), luego Valparaíso con 201 personas (6.70%), seguido de Biobío con 124 casos (4.13%). El 82.61% son chilenos y el 17.39% son migrantes.

De acuerdo al seguro de salud, 2422 personas (80.71%) pertenecen al seguro público nacional (FONASA), 467 (15.56%) al seguro privado (ISAPRE) y el restante 3.73% corresponde a personas con seguro CAPREDENA y DIPRECA o desconocido.

Las principales patologías que se presentan son 20% son coinfectados con VIH, 1,53% coinfectados por VHB, 1,3% presenta hepatocarcinoma y el 1,06% daño hepático crónico (para este estudio se homologa a cirrosis).

De los casos informados, el 3,7% falleció antes de recibir el diagnóstico y el 13% falleció después de confirmar el diagnóstico.

Tabla 3. Características socio-demográficas de las personas diagnosticadas por hepatitis C por el ISP en el periodo 2018-2023. Chile

VARIABLE	RESULTADOS (N=3001)
Año	
2018	481 (16.03%)
2019	508 (16.93%)
2020	420 (14.00%)
2021	530 (17.66%)
2022	561 (18.69%)
2023	501 (16.69%)
Edad	
0-19	10 (0.33%)
20-29	294 (9.80%)
30-39	735 (24.49%)
40-49	536 (17.86%)
50-59	584 (19.46%)
60-69	502 (16.73%)
70 ó más	304 (11.33%)
Sexo	
Hombre	2240 (76.64%)
Mujer	761 (25.36%)
Residencia (región)	
Arica	51 (1.70%)
Tarapacá	33 (1.10%)
Antofagasta	40 (1.33%)
Atacama	15 (0.50%)
Coquimbo	48 (1.60%)
Valparaíso	201 (6.70%)
Metropolitana	2244 (74.78%)
O'Higgins	71 (2.37%)
Maule	51 (1.70%)

Ñuble	10 (0.33%)
Biobío	124 (4.13%)
Araucanía	39 (1.30%)
Los Ríos	23 (0.77%)
Los Lagos	35 (1.17%)
Aysén	2 (0.07%)
Magallanes	14 (0.47%)
Estado migratorio	
Chilenos	2479 (82.61%)
Migrantes	522 (17.39%)
Seguro de salud	
FONASA	2422 (80.71%)
ISAPRE	467 (15.56%)
CAPREDENA y DIPRECA	18 (0.60%)
PRAIS	37 (1.23%)
Desconocido	57 (1.90%)

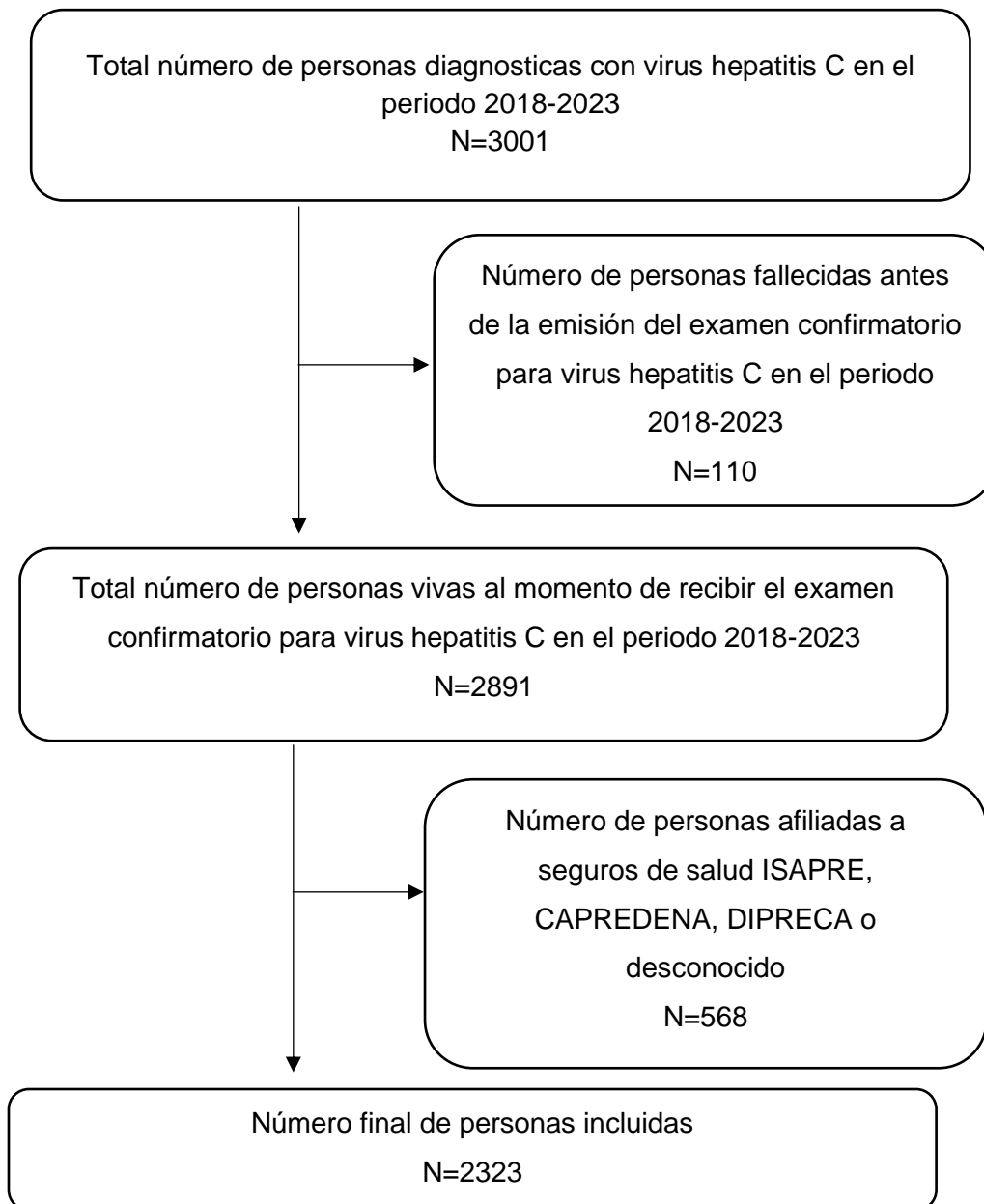
Fuente: Programa de Hepatitis B y C. Departamento de Enfermedades Transmisibles. DIPRECE. MINSAL. 2024

6.2.- CUMPLIMIENTO GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD POR HEPATITIS C (Objetivo específico 2)

Se analiza el cumplimiento GES en los grupos de pacientes con Hepatitis C, confirmados por el ISP, excluyendo a aquellas personas que fallecieron antes de recibir el resultado del examen confirmatorio. De la población resultante, se excluyeron todas aquellas personas con seguro de salud privado, considerando a la población FONASA, ya que cerca del el 78% de la población residente en el país es beneficiaria del seguro nacional de salud público (17), por lo que se podría asumir que los resultados son extrapolables al total de la población.

Adicionalmente, esto está en línea con el grupo de estudio donde el 81.94% está afiliado a FONASA. Figura 1 muestra el flujograma de selección de la muestra.

FIGURA 1: Diagrama de flujo de obtención del tamaño de muestra final.



Fuente: Elaboración propia.

6.2.1 CUMPLIMIENTO DEL GES EN LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA (Objetivo específico 2)

De las 2323 personas con diagnóstico de hepatitis C confirmado por el Instituto de Salud Pública en el periodo 2018-2023 y vivas al momento de ser informadas de su patología, solo 1691 (72.79%) tienen registro en la plataforma GES de un caso creado que evidencie que el usuario recibió atención por médico especialista a nivel secundario de la red pública asistencial de salud (Tabla 4).

En el periodo estudiado, el máximo porcentaje de cumplimiento fue un 79.09% en el cumplimiento de las garantías de acceso por confirmación diagnóstica el año 2021 y año 2023 el menor con un 64.71%).

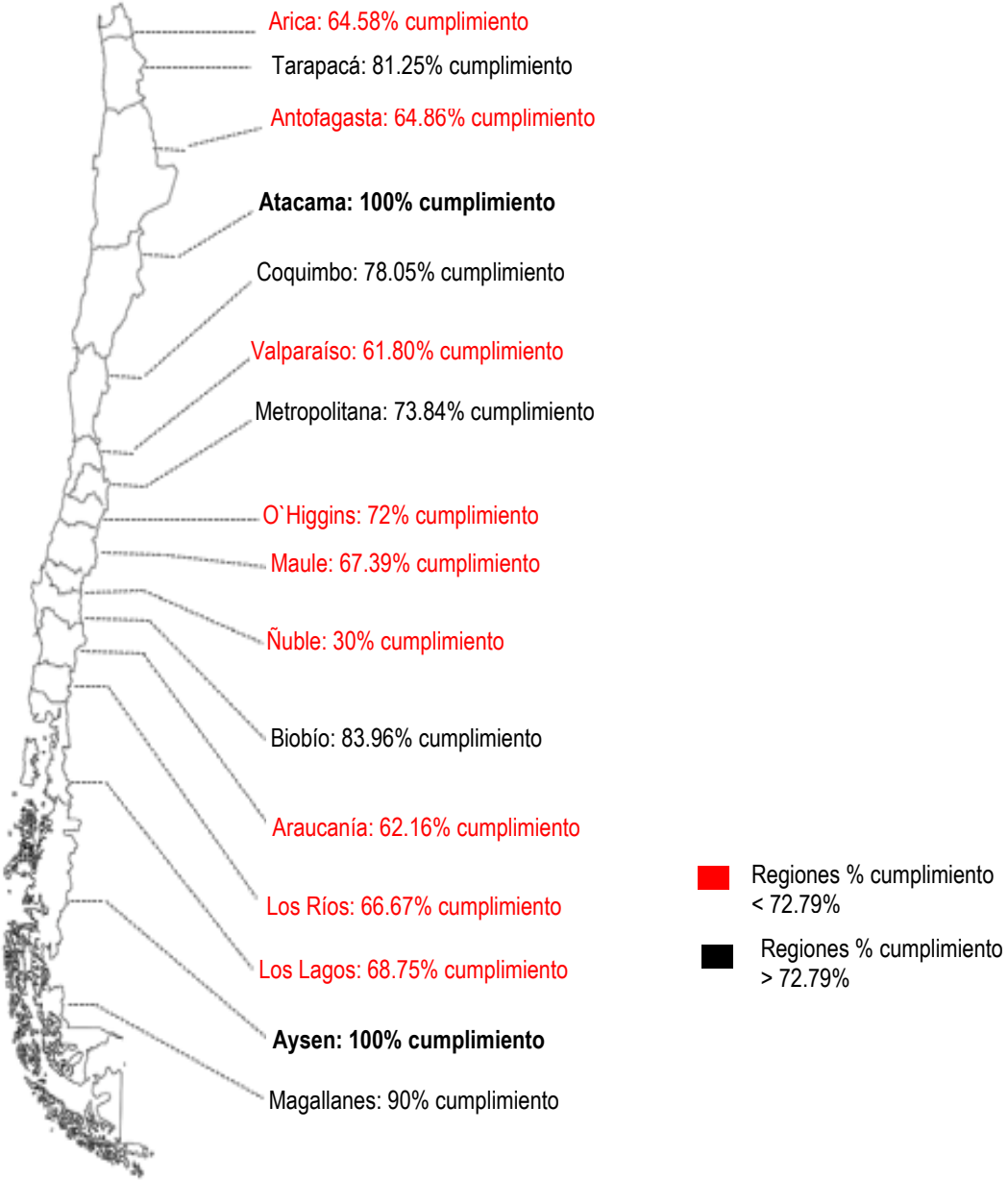
Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento de GES en la confirmación diagnóstica por hepatitis C periodo 2018-2023 en usuarios FONASA. Chile

AÑO	Nº PERSONAS FONASA CON INFORME ISP POSITIVO PARA HEPATITIS C	GES CONFIRMACION DIAGNOSTICA			
		Cumplida		No cumplida	
		N	%	N	%
2018	381	273	71.65	108	28.35
2019	406	289	71.18	117	28.82
2020	325	252	77.54	73	22.46
2021	397	314	79.09	83	20.91
2022	440	321	72.95	119	27.05
2023	374	242	64.71	132	35.29
Total	2323	1691	72.79	632	27.21

Al desagregar el análisis por región (periodo 2018-2023), sólo 2 de ellas presentan registro en SIGGES de 100% de cumplimiento (Atacama y Aysén). Nueve regiones

(Arica, Antofagasta, Valparaíso, O`Higgins, Maule, Ñuble, Araucanía, Los Ríos y Los Lagos) poseen un cumplimiento menor al promedio para los 6 años analizados (72.79%), siendo el más bajo Ñuble, con tan solo 30% de los usuarios con informe positivo para hepatitis C emitido por el Instituto de Salud Pública evaluados por médico especialista para realizar la confirmación diagnóstica (Figura 2).

FIGURA 2: Cumplimiento GES en el acceso a la confirmación diagnóstica por hepatitis C periodo 2018-2023 en usuarios FONASA. Chile



A nivel país, la garantía de acceso a la confirmación diagnóstica fue cumplida en 72.79%, en el periodo 2018-2023.

6.2.2 CUMPLIMIENTO DEL GES EN EL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C.

Como se muestra en Tabla 5, de las 1691 personas que registran evaluación por médico especialista en hepatitis C, 34 de ellas (2.01%) tienen registro de no requerir tratamiento (por carga viral indetectable, resolución espontánea de la infección o enfermedad en etapa avanzada) resultando en 1657 usuarios con potencial requerimiento de tratamiento.

De los 1657 usuarios con potencial requerimiento de tratamiento, 1430 (84.57%) tienen registro de haber recibido tratamiento farmacológico en el periodo 2018-2023.

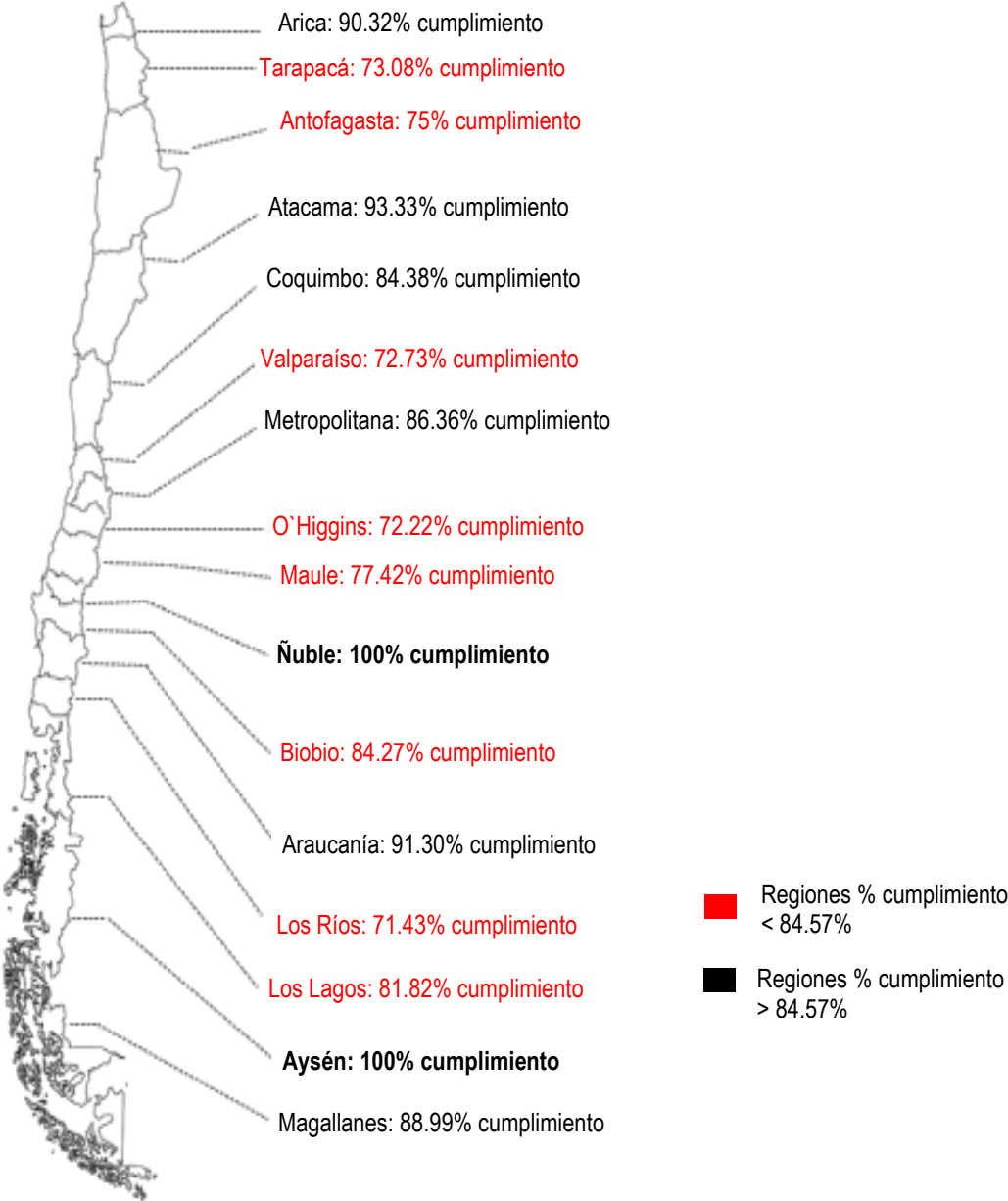
El promedio de cumplimiento del acceso de la Garantía Explícita en Salud al tratamiento en el periodo fue de 86.30%, destacando que los años 2018, 2019 y 2023 estuvieron bajo el promedio. El mayor porcentaje de cumplimiento se observó en el año 2020 (93.95%), lo que llama la atención ya que estaba en plena pandemia.

Tabla 5. Porcentaje de cumplimiento de GES en el tratamiento por hepatitis C periodo 2018-2023 en usuarios FONASA. Chile.

AÑO	Nº PERSONAS CON GES CONFIRMACION DIAGNOSTICA CUMPLIDA	Nº PERSONAS SIN INDICACION MEDICA DE TRATAMIENTO	Nº PERSONAS CON POTENCIAL REQUERIMIENTO DE TRATAMIENTO	GES TRATAMIENTO			
				CUMPLIDA		NO CUMPLIDA	
				N	%	N	%
2018	273	13	260	185	71.15	75	28.85
2019	289	6	283	243	85.87	40	14.13
2020	252	4	248	233	93.95	15	6.05
2021	314	2	312	288	92.31	24	7.69
2022	321	4	317	293	92.43	24	7.57
2023	242	5	237	188	79.32	49	20.68
Total	1691	34	1657	1430	86.30	227	13.70

Al realizar un análisis del periodo total por región, destaca que 8 regiones (Arica, Atacama, Coquimbo, Metropolitana, Ñuble, Araucanía, Aysén y Magallanes) alcanzaron porcentaje de cumplimiento de la garantía sobre el promedio país (84.57%). De éstas, sólo las regiones de Ñuble y Aysén trataron al 100% de los usuarios (Figura 3).

FIGURA 3: Cumplimiento GES en el tratamiento por hepatitis C periodo 2018-2023 en usuarios FONASA. Chile



A nivel país, la garantía de tratamiento fue cumplida en 84.57% en el periodo 2018-2023.

CAPÍTULO 7.- CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

7.1.- CONCLUSIÓN

Para el objetivo 1, el perfil sociodemográfico nacional de los pacientes con hepatitis C, para el periodo 2018-2023, se concentra principalmente en hombres (76%), 24% entre los 30 a 39 años, 20% son coinfectados con VIH, 1,53% coinfectados por VHB, 1,3% presenta hepatocarcinoma y el 1,06% daño hepático crónico (para este estudio se homologa a cirrosis), 3,7% falleció antes de recibir el diagnóstico y el 13% falleció después. El 80% pertenece al sistema público de Salud y se diagnostican alrededor de 500 casos de hepatitis C al año.

Para el objetivo 2.1, en el Sistema Público de Salud el cumplimiento de la Garantía GES para el diagnóstico el 72.79% cumple con la activación de la canasta de diagnóstico, donde el usuario ingresa a control con especialista.

Por lo tanto, el 27,2% poseen un cumplimiento menor al promedio para los 6 años analizados a nivel nacional: Arica, Antofagasta, Valparaíso, O'Higgins, Maule, Araucanía, Los Ríos y Los Lagos, siendo el más bajo la Región del Ñuble.

Para el objetivo 2.2, en el sistema público de salud el cumplimiento de la Garantía acceso GES del tratamiento el 84.57% cumple con el ingreso a terapia farmacológica. Destacan las regiones de Arica, Atacama, Coquimbo, Metropolitana, Ñuble, Araucanía, Aysén y Magallanes, las que alcanzaron un porcentaje de cumplimiento de la garantía sobre el promedio país.

7.2.- DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico de las personas infectadas con hepatitis C ha ido cambiando en el tiempo, en los años 90 el principal factor de riesgo era el

antecedente de transfusiones sanguíneas, pero actualmente el perfil migra a personas jóvenes, principalmente hombres, con una alta coinfección con VIH, lo que sugiere que el principal mecanismo de transmisión es la vía sexual. Este cambio implica que el Ministerio de Salud, debe cambiar sus estrategias en la Política Pública para la prevención, control y eliminación de la hepatitis C, enfocando los esfuerzos en este grupo de usuarios de mayor riesgo. Además de fortalecer el diagnóstico, se debiera evitar la reinfección en estos grupos. Claramente es un desafío para el Programa de Hepatitis B y C, mantener o disminuir los casos incidentes y bloquear las nuevas infecciones y reinfecciones.

Una de las hipótesis posibles de este cambio del perfil epidemiológico es la conducta sexual de riesgo, sin protección y con intercambio de sangre (sexo duro). En relación con el cumplimiento de las garantías GES, se hace necesario reforzar la búsqueda activa de entrega de resultados a las personas con serología positiva para hepatitis C, fortalecer el monitoreo de este proceso, mejorar la coordinación entre los distintos departamentos del Ministerio de Salud, para cruzar información y retroalimentar a las regiones en el proceso de cumplimiento GES para la patología

69.-

Son varios los factores que afectan el cumplimiento del acceso al diagnóstico, dirección errónea, pacientes inubicables; que no asistan al control; no desean conocer su situación serológica; cambian de dirección dentro o fuera del país, entre las principales causales.

Entre los factores que afectan al acceso de las terapias farmacológicas, se considera a usuarios que rechazan la terapia, pacientes con hepatocarcinoma avanzado, falta adherencia al tratamiento (acceden, pero no concluyen el ciclo).

Se puede considerar que existe un compromiso del Ministerio de Salud de entregar las mejores prestaciones de Salud y al mismo tiempo, el compromiso de los usuarios de cumplir con las indicaciones terapéuticas para el correcto uso farmacológico.

Se pueden corregir algunos factores, como reforzar la búsqueda de las personas a través de la atención primaria, llamado telefónico, uso de correo electrónico, para lo cual se requiere mayor recurso humano. También se pueden realizar consejerías o terapias grupales para mejorar la adherencia de las terapias.

En relación al cumplimiento de las regiones, puede estar asociado a la organización y el tamaño de la población para cada SEREMI de Salud junto con la distribución territorial, que dificulta el acceso a la salud en los grandes centros especializados de salud.

Finalmente, ha habido muchos avances y quedan desafíos para mejorar el acceso la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control de reinfección.

Sin duda la inclusión de Chile en el grupo selecto de “Grupos de amigos de las Naciones Unidas contra las Hepatitis” 2022, ha sido una confirmación del trabajo que se ha realizado por años y que se está alineado a las metas de la OPS/OMS. Actualmente son tres países líderes; Egipto, Chile y Portugal, lo que muestra la gobernanza del país y del Programa de Hepatitis B y C del Ministerio de Salud. (Anexo 8 Figura 4)

CAPÍTULO 8.- ANEXOS

TABLA 6. Número de casos diagnosticados por hepatitis C en el periodo 2018-2023 desagregados por sexo. Chile

AÑO	F		M		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
2018	173	35,97	308	64,03	481	100
2019	145	28,54	363	71,46	508	100
2020	101	24,05	319	75,95	420	100
2021	121	22,83	409	77,17	530	100
2022	129	22,99	432	77,01	561	100
2023	92	18,36	409	81,64	501	100
TOTAL	761	25,36	2240	74,64	3001	100,00

TABLA 7. Número de casos diagnosticados por hepatitis C en el periodo 2018-2023 desagregados por seguro de salud. Chile

AÑO	DESCONOCIDO		DIPRECA		FFAA		FONASA		ISAPRE		PRAIS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2018	20	4.16	3	0.62	1	0.21	396	82.33	52	10.81	9	1.87	481	100.00
2019	7	1.38	1	0.20	4	0.79	417	82.09	70	13.78	9	1.77	508	100.00
2020	12	2.86	0	0	2	0.48	348	82.86	57	13.57	1	0.24	420	100.00
2021	7	1.32	2	0.38	0	0	423	79.81	94	17.74	4	0.75	530	100.00
2022	4	0.71	4	0.71	0	0	451	80.39	94	16.76	8	1.43	561	100.00
2023	7	1.40	0	0	1	0.20	387	77.25	100	19.96	6	1.20	501	100.00
TOTAL	57	1,90	10	0,33	8	0,27	2422	80,71	467	15,56	37	1,23	3001	100,00

TABLA 8. Número de casos diagnosticados por hepatitis C en el periodo 2018-2023 con condiciones de salud específicas seleccionadas concomitante. Chile

	VIH	HEPATO CARCINOMA	DAÑO HEPATICO CRONICO	HEPATITIS B
2018	74	13	10	5
2019	131	5	9	7
2020	98	8	4	10
2021	25	5	3	5
2022	106	3	3	8
2023	172	5	3	11
TOTAL	606 (20%)	39 (1,3%)	32 (1,06%)	46 (1,53%)

TABLA 9. Número de casos diagnosticados por hepatitis C en el periodo 2018-2023 fallecidas v/s vivas. Chile.

	VIVAS	FALLECIDAS			TOTAL
		ANTES DEL DG	DESPUES DEL DG	TOTAL	
2018	353	16	112	128	481
2019	393	16	99	115	508
2020	333	23	64	87	420
2021	444	29	57	86	530
2022	506	12	43	55	561
2023	470	14	17	31	501
TOTAL	2499	110 (3,7%)	392 (13%)	502	3001

TABLA 10. Número de casos diagnosticados por hepatitis C en el periodo 2018-2023 chilenos v/s migrantes.

	Chilenos		Migrantes		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
2018	435	14,50	46	1,53	481	16,03
2019	428	14,26	80	2,67	508	16,93
2020	355	11,83	65	2,17	420	14,00
2021	435	14,50	95	3,17	530	17,66
2022	455	15,16	106	3,53	561	18,69
2023	371	12,36	130	4,33	501	16,69
TOTAL	2479	82,61	522	17,39	3001	100,00

TABLA 11. Número de casos diagnosticados por hepatitis C en el periodo 2018-2023 que activaron garantías GES por Hepatitis C Crónica.

AÑO	PERSONAS FONASA*	PERSONAS CON CASO GES*	
		N	%
2018	390	252	64.62
2019	415	275	66.27
2020	326	243	74.54
2021	401	308	76.81
2022	448	326	72.77
2023	380	244	64.21
TOTAL	2360	1648	69,83

* El número de personas en FONASA fue calculado en base a las personas vivas al momento del diagnóstico de laboratorio (informe ISP).

** No se incluyó las personas con caso GES creado previo a la fecha de confirmación del ISP.

TABLA 12. Garantía de Protección Financiera del GES para Hepatitis C.

Tipo de intervención sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel	Copago %	Copago \$
Diagnóstico	Sospecha de VHC en nivel primario	Cada vez	3.900	20%	780
	Sospecha de VHC en contacto epidemiológico	Cada vez	7.690	20%	1.540
	Confirmación de VHC	Cada vez	37.150	20%	7.430
Tratamiento	Evaluación paciente VHC pretratamiento	Cada vez	283.770	20%	56.750
	Evaluación pretratamiento por Elastografía	Cada vez	23.060	20%	4.610
	Tratamiento farmacología con antivirales pangenotipo	Por tratamiento completo	4.368.880	20%	873.780
	Tratamiento farmacología de rescate con antivirales pangenotipo	Por tratamiento completo	4.476.350	20%	895.270
	Control a pacientes con tratamiento farmacológico del VHC	Por tratamiento completo	60.880	20%	12.180
	Control a pacientes VHC sin tratamiento farmacológico o en control post tratamiento	Anual	322.180	20%	64.440

Fuente: Decreto N°72 del 8/9/2022.

FIGURA 4. Grupo de amigos de las naciones Unidas contra las Hepatitis. 2024



Fuente: UN Group of Friends to eliminate hepatitis. The task Force for Global Health. Coalition Global Hepatitis elimination. 2024 (21)

CAPÍTULO 9.- REFERENCIAS

1. Russo FP, Zanetto A, Pinto E, Battistella S, Penzo B, Burra P, et al. Hepatocellular Carcinoma in Chronic Viral Hepatitis: Where Do We Stand? *International Journal of Molecular Sciences*. 2022;23(1):500.
2. Viola L, Marciano S, Colombato L, Coelho H, Cheinquer H, Bugarin G, et al. HEPLA: A multicenter study on demographic and disease characteristics of patients with hepatitis C in Latin America. *Annals of hepatology*. 2020;19:161-5.
3. Tang LSY, Covert E, Wilson E, Kottlilil S. Chronic Hepatitis B Infection: A Review. *Jama*. 2018;319(17):1802-13.
4. Chaney A. Caring for patients with chronic hepatitis C infection. *Nursing*. 2019;49(3):36-44.
5. Ministerio de Salud Chile. Protocolo de manejo simplificado para pacientes con Hepatitis C crónica. Chile: Ministerio de Salud; 2019.
6. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales 2014-2017. 2015.
7. World Health Organization (WHO). Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis: planning and tracking progress towards elimination. Geneva; 2018.
8. United Nations (UN). Sustainable Development Goals 2016 [Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/hunger/>] (Accessed: 04th March 2022)
9. Ministerio de Salud Chile. Circular N°4F/53. Norma sobre exámenes microbiológicos obligatorios a realizar a toda la sangre donada para transfusiones y otros aspectos relacionados con la seguridad. 1995.
10. Ministerio de Salud Chile. Ley 19.966/2004 referente al Régimen General de Garantías Explicitas en Salud (GES). <https://auge.minsal.cl/articulos/normativa-vigente>
11. Ministerio de Salud Chile. Decreto 72 del 8 septiembre 2022. Listado de Prestaciones <https://auge.minsal.cl/articulos/decreto-72>
12. Ministerio de Salud Chile. Resumen ejecutivo Guía de Práctica clínica de manejo y tratamiento de la Infección Crónica por Virus de la Hepatitis C (VHC). 2020.
13. Instituto de Salud Pública. Vigilancia de Laboratorio de Hepatitis C Chile, 2013-2019. 2020.
14. Mandel E, Peci A, Cronin K, Capraru CI, Shah H, Janssen HLA, et al. The impact of the first, second and third waves of covid-19 on hepatitis B and C testing in Ontario, Canada. *Journal of Viral Hepatitis*. 2022;29(3):205-8.
15. Kaufman HW, Bull-Otterson L, Meyer WA, Huang X, Doshani M, Thompson WW, et al. Decreases in Hepatitis C Testing and Treatment During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Preventive Medicine*. 2021;61(3):369-76.
16. Gamkrelidze I, Pawlotsky J-M, Lazarus JV, Feld JJ, Zeuzem S, Bao Y, et al. Progress towards hepatitis C virus elimination in high-income countries: An updated analysis. *Liver International*. 2021;41(3):456-63.
17. Pan X. Repeated Cross-Sectional Design. In: Gu D, Dupre ME, editors. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 4246-50.
18. UK Data Service. Analysing change over time: repeated cross sectional and longitudinal survey data. United Kingdom; 2015.

19. Cuadrado C, Vidal F, Pacheco J, Flores-Alvarado S. Cancer Care Access in Chile's Vulnerable Populations During the COVID-19 Pandemic. *AJPH* [Internet]. 2022; 112(Sup6):[S591-S601 pp.].
20. Ministerio de Salud Chile. Caracterización del paciente con Hepatitis C bajo control en el Sistema Público de Salud Chile – 2016. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/09/Informe-caracterizacion-del-paciente-con-HC-bajo-control.-2017.pdf
21. UN Group of Friends to eliminate hepatitis. The task Force for Global Health. Coalition Global Hepatitis elimination. 2024
22. Ministerio de Salud de Chile. Informe de pacientes con Hepatitis C tratados por Auxilio extraordinario. 2016. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/INFORME-PACIENTES-HEPATITIS-C-TRATADOS-POR-AUXILIO-EXTRAORDINARIO.2016-2018.pdf>