

Prevención del parto prematuro: Impacto de la Garantía Explícita en Salud

Prevention of premature birth: Impact of the Explicit Health Guarantee

Fernando Carvajal-Encina^{a,b}, Luciano Carvajal Rojas^b

^aHospital de La Serena. La Serena, Chile.

^bUniversidad Católica del Norte. Coquimbo, Chile.

Recibido: 16 de junio de 2025; Aceptado: 23 de julio de 2025

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La prematuridad es un problema de salud global en aumento, con un alto impacto en morbi-mortalidad. Chile implementó en 2005 la política sanitaria de Garantías Explícitas en Salud (GES) de Prevención del Parto Prematuro, sin medición de impacto hasta ahora.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este estudio evalúa el impacto de la GES sobre los indicadores perinatales, analizando las tendencias de ellos mediante regresión, series de tiempo y modelos predictivos. Se concluye que su implementación no impactó en la tendencia ascendente de la prematuridad en Chile, pero habría permitido un descenso de la tasa de mortalidad perinatal. Se requieren nuevos estudios para perfeccionar esta política.

Resumen

La prematuridad es un desafío por su alta morbi-mortalidad. La Garantía Explícita en Salud (GES) Prevención del Parto Prematuro implementada en 2005, no tiene evaluación. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la GES sobre indicadores perinatales. **Pacientes y Método:** Estudio transversal de nacimientos prematuros, tanto mortinatos como nacidos vivos (NV) ≥ 22 semanas de Edad Gestacional, entre 2001 y 2023. Datos obtenidos desde bases del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud. Se analizaron tasas de prematuridad (TP), perinatal (TMP), mortalidad fetal (TMF) y neonatal precoz (TMNP), mediante regresión lineal, series de tiempo y predicción a 5 años con modelos ARIMA. **Resultados:** la TP que aumentó en forma lineal de 5,74% a 9,85% (R^2 0,97), sin cambios después de la implementación de la GES. El riesgo de prematuridad aumentó un 49% entre el quinquenio pre-GES y el último. La predicción de la TP mostró una mantención de la tendencia llegando a 10,6 por 1.000 NV en 2027 (IC95%: 9,9-11,3). La TMP presentó tendencia lineal ascendente hasta llegar a 10,4 x 1.000 NV en 2009 (R^2 0,96), con un posterior descenso lineal hasta 8,3 x 1.000 NV en 2021 (R^2 0,89), explicado por una menor TMF y TMNP estable. La predicción de la TMP mostró una mantención de la tendencia (2026: 5,8 x 1.000 NV; IC95%: 5,8 a 9). **Conclusiones:** la GES no redujo la TP, pero se asoció a una menor TMP. Este posible impacto requiere mayor análisis para establecer causalidad y guiar futuras mejoras.

Palabras clave:

Prematurez;
Recién Nacido Prematuro;
Muerte Fetal;
Mortalidad Infantil;
Mortalidad Perinatal;
Política de Salud;
Evaluación de Programas y Proyectos de Salud;
Servicios de Salud Materno-Infantil;
Intervención en Salud Pública

Abstract

Prematurity is a challenge due to its high morbidity and mortality. The Explicit Health Guarantees (GES) for Premature Birth Prevention, implemented in 2005, have not been evaluated. **Objective:** To evaluate the impact of the GES on perinatal indicators. **Patients and Method:** Cross-sectional study of premature births between 2001 and 2023, including both stillbirths and live births (LB) ≥ 22 weeks' gestational age. Data were obtained from the Department of Health Statistics and Information of the Ministry of Health databases. Prematurity rate (PR), perinatal mortality rate (PMR), fetal mortality rate (FMR), and early neonatal mortality rate (ENMR) were analyzed using linear regression, time series, and 5-year forecasting using ARIMA models. **Results:** The PR increased linearly from 5.74% to 9.85% ($R^2 = 0.97$), with no changes after the implementation of the GES. The risk of prematurity increased by 49% between the pre-GES five-year period and the most recent one. The PR forecasting showed a continued upward trend, reaching 10.6 per 1,000 LB in 2027 (95% CI: 9.9-11.3). The PMR showed a linear upward trend reaching 10.4 per 1,000 LB in 2009 ($R^2 = 0.96$), followed by a linear decline to 8.3 per 1,000 LB in 2021 ($R^2 = 0.89$), explained by a decrease in FMR and stable ENMR. The PMR forecasting showed a sustained trend (2026: 5.8 per 1,000 LB; 95% CI: 5.8-9). **Conclusions:** GES did not reduce PR but was associated with lower PMR. This potential impact requires further analysis to establish causality and guide future improvements.

Keywords:

Prematurity;
Premature Newborn;
Stillbirth;
Infant Mortality;
Perinatal Mortality;
Health Policy;
Health Programs and
Projects Evaluation;
Maternal and Child
Health Services;
Public Health
Intervention

Introducción

El nacimiento prematuro (< 37 semanas de gestación) es uno de los principales problemas de salud global, tanto por su alto impacto sobre la mortalidad en la infancia como por presentar una alta carga de morbilidad aguda compleja (que muchas veces requiere cuidados intensivos) y un alto riesgo de afecciones crónicas de salud en los sobrevivientes^{1,2}. Entre estos últimos están problemas de crecimiento, nutricionales, respiratorios, visuales, auditivos, alteraciones del desarrollo, inicio temprano de enfermedades crónicas del adulto y finalmente un alto impacto sobre el capital humano a través de una educación reducida, ingresos menores, bajo éxito social y un acortamiento de la esperanza de vida^{3,4}.

Los nacimientos prematuros se clasifican, de acuerdo con la edad gestacional (EG) en: extremadamente prematuros (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a < 32 semanas) y pretérminos moderados a prematuros tardíos (32 a 36 semanas). Los riesgos de mortalidad y morbilidad aumentan a menor edad gestacional de nacimiento⁵⁻⁷.

Por el gran impacto que genera, la prematuridad ha sido motivo de una preocupación especial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que ha promovido una serie de planes que permitan ayudar en su disminución⁸. Para ello ha aplicado un enfoque multisistémico basado en la etiología multifactorial del parto prematuro, que involucra aspectos preconcepcionales, del control del embarazo, de la atención del parto y la atención misma de los neonatos. Pese a lograr un avance importante en la implementación de dichos planes, la frecuencia del parto prematuro no ha

mostrado cambios significativos. La prevalencia mundial de prematuridad estimada en 2020 fue del 9,9%, oscilando entre 4% y 16,2% entre diferentes países¹. En América Latina, las tasas de nacimientos prematuros a nivel de país oscilaron entre el 5,8% y 12,8%. Aunque la mayoría de las altas tasas de nacimientos prematuros ocurren en países y áreas de ingresos bajos y medianos, también se observan tasas del 10% o más en países de altos ingresos¹.

En los últimos años, la OMS ha puesto en práctica la iniciativa denominada "Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible", adoptada en mayo de 2014 en el marco de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño⁸. De este modo, asesora a los países para aplicar las directrices que buscan reducir el riesgo de un desenlace adverso del embarazo, incluidos los partos prematuros y, además garantizar un embarazo y un posparto positivos para todas las mujeres y sus hijos. Esto incluye, por un lado, la elaboración y actualización de herramientas para mejorar las capacidades, los conocimientos y las conductas de los proveedores de atención de salud y, por otro, evaluar la calidad de la atención que reciben tanto las madres en situación de riesgo de parto prematuro como los niños que nacen prematuros. Sin embargo, uno de los principales desafíos que presenta el objetivo de reducir los nacimientos prematuros, dada la complejidad de los factores sociales, económicos y culturales que se asocian a los factores biológicos involucrados en su etiología, es la necesidad de abordar factores que pueden ser específicos del contexto.

En Chile, en 1990 se registraron 289.503 nacidos vivos (NV), los que descendieron en forma lineal hasta 248.368 en el año 2000 (reducción de 16,6%). Sin

embargo, en el mismo período la tasa de prematuridad aumentó de 5,6% a 6,0%⁹. Dentro de ese contexto, el 2004 culminó un proceso de reforma del sistema de salud chileno, en el que se promulgaron distintas leyes. Una de dichas leyes definió las Garantías Explícitas en Salud (GES)¹⁰, que constituyen un conjunto de beneficios para las personas afiliadas a los seguros de salud, tanto públicos como privados. Ellas establecen que se deben entregar 4 tipos de Garantías: Acceso (recibir las atenciones definidas para cada enfermedad), Oportunidad (las prestaciones garantizadas deben ser entregadas de acuerdo con los plazos establecidos), Protección Financiera y de Calidad (las prestaciones garantizadas deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud). Además, definió un conjunto de 85 patologías prioritarias, que por su alta carga de enfermedad serían garantizadas en forma progresiva en el transcurso de varios años. Dentro del primer grupo se encontraba la GES denominada Prevención del Parto Prematuro¹¹. Ella establece que toda embarazada con factores de riesgo de parto prematuro tendrá garantizada una consulta con especialista dentro de los 14 días posteriores desde la derivación y los controles posteriores necesarios. En el caso de embarazadas con síntomas de parto prematuro, tendrá garantizada una atención por especialista dentro de las 6 horas siguientes a la derivación. Si existiera confirmación del diagnóstico, tendrá acceso a tratamiento, en base a lo establecido en las guías clínicas definidas y a los controles posteriores que sean necesarios¹². Su implementación implicó la definición de la red de prestadores y de los estándares mínimos de calidad que ellos debían cumplir, la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencia con el objetivo de disminuir la variabilidad de la práctica clínica, organizar todo el sistema de derivaciones de acuerdo con la complejidad, al interior y entre redes asistenciales, además de la capacitación de los equipos responsables. La GPC de Prevención del Parto Prematuro inicial fue desarrollada en 2005 por grupos universitarios de especialistas que trabajaron en conjunto con el Ministerio de Salud (MINSAL) y fue actualizada en 2010¹³.

La evaluación de las políticas públicas es un elemento clave de su gestión, que permite juzgar si se está consiguiendo alcanzar los objetivos propuestos y proporciona una base para revisarla o para redefinir los objetivos a alcanzar¹⁴. Pese a esto, existen escasas evaluaciones publicadas sobre este aspecto¹⁵⁻¹⁷. En el caso específico de la GES sobre Prevención del Parto Prematuro, pese a que fue incorporada desde mediados del 2005, no se han publicado hasta el momento evaluaciones de su impacto. El objetivo de este trabajo es evaluar cuál ha sido el impacto de la garantía de Prevención del Parto Prematuro sobre los indicadores perinatales.

Pacientes y Método

Estudio observacional de corte transversal de los nacimientos prematuros ocurridos en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2023. La población estudiada correspondió a todos los mortinatos y nacidos vivos ≥ 22 semanas de EG durante el período mencionado. La información fue obtenida desde la página web del Departamento de Estadísticas en Información en Salud (DEIS) del MINSAL (<https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>), en donde se publican bases abiertas de datos anonimizados de natalidad, defunciones fetales y mortalidad infantil. Para los análisis de mortalidad se obtuvieron los datos hasta 2021, dado que son los últimos datos oficiales publicados. Se recogieron datos de EG y condición al nacer. Se eliminaron datos que no indicaran la EG, lo que en el período varió entre 0,03% y 0,54% de los casos. Se obtuvo frecuencias anuales de nacimientos, defunciones fetales y fallecimientos de prematuros < 7 días.

Para el análisis de prematuridad los datos de EG se agruparon en < 24 semanas (por debajo del límite de viabilidad), 24-27 (prematuros extremos), 28 a 31 (muy prematuros) y 32 a 36 (prematuros moderados y tardíos). Los datos de muertes fetales están informados en las categorías menor a 22 semanas, 22 a 27 semanas, 28 a 36 semanas y 37 y más semanas, por lo que los análisis se realizaron con ellas.

Se construyeron tasas anuales de prematuridad como indicador directo de impacto de la política GES y tasas de mortalidad fetal, mortalidad neonatal precoz y de mortalidad perinatal como un proxy de indicadores de impacto de la política. Los análisis de mortalidad se hicieron sólo hasta el 2021, que es último año que tiene cifras oficiales publicadas en la base de datos. La Tasa de Mortalidad Perinatal se construyó con los datos de defunciones fetales intermedias (22 a 28 semanas de EG) y tardías (mayor de 28 semanas) más las defunciones neonatales ocurridas antes de los 7 días de vida.

Se analizaron tendencias de tasas anuales de prematuridad, bajo peso al nacer, mortalidad fetal, neonatal precoz y perinatal. El análisis estadístico se realizó con un nivel de confianza de 95% e incluyó regresión lineal, descomposición de series de tiempo^{18,19} y modelos de Media Móvil Integrada Autorregresiva o ARIMA (por su sigla en inglés AutoRegressive Integrated Moving Average) para predicción con sus respectivos Intervalos de Confianza al 95% (IC95%). Además, se calculó la mediante Razón de Prevalencia (RP) de prematuridad del quinquenio pre-GES (2001-2005) con el quinquenio final (2019-2023), para realizar una comparación entre antes de la implementación y el período final en que la política se encuentra totalmente instalada, minimizando even-

tuales fluctuaciones anuales. El manejo de la base de datos y el análisis estadístico se realizó con los programas Python y EpiDat 4.2.²⁰

Resultados

Durante el periodo estudiado, se observó una disminución progresiva de los nacimientos, desde 246.116 en el año 2001 hasta 177.273 en el año 2023, implicando un descenso de un 27,98% ($p < 0,05$). Sin embargo, se observó un incremento en los nacimientos prematuros desde 14.869 en 2001 a 17.217 en 2023 ($p < 0,05$) (tabla 1).

La evolución de la tasa global de prematuridad mostró una tendencia lineal al aumento, sin cambios significativos desde la implementación de la Garantía GES. Se observó que en 2001 la tasa fue de 5,74% y aumentó en forma progresiva hasta llegar a un valor

de 9,85% en 2023, implicando un aumento de un 71,6% ($p < 0,05$). Esta tendencia fue estadísticamente significativa (Coeficiente de correlación de Pearson: 0,975 [IC95% 0,94 a 0,99]; $p < 0,05$; $R^2 0,97$) (figura 1A).

Al analizar por subgrupos es posible observar que la categoría 32 a 36 semanas de EG constituyó entre un 83,1% y 85,7% de los prematuros del periodo y aumentaron de 12597 en 2001 a 14704 en 2023. La tasa específica de prematuridad en este grupo mostró un aumento desde 4,86% en 2001 hasta 8,41% en 2023 lo que implicó un aumento de 73% ($p < 0,05$), con una tendencia lineal estadísticamente significativa (Coeficiente R^2 : 0,96).

Entre los < 32 semanas de EG se observó un aumento en la tasa específica de 0,88 a 1,44 (+ 63,6%). En aquellos entre 28 y 31 semanas de EG, la tasa específica de prematuridad aumentó de 0,57% a un 0,96% (+ 68,4 %). Entre los prematuros entre 24 y 27 semanas de EG, la tasa específica de prematuridad aumentó de 0,25% a un 0,34% (+ 36%). En el grupo de los menores de 24 semanas varió de 0,05% a 0,14% (+ 180%).

Al comparar el quinquenio previo a la implementación de la GES (2001-2005) con el último quinquenio analizado (20019-2023), es posible observar que el riesgo de prematuridad aumentó en un 49% (RP: 1,49 IC95% 1,47-1,50). El grupo de < 24 semanas fue el que mostró el mayor aumento (RP: 1,62 IC95% 1,48-1,78) y el de 24 a 27 semanas mostró el menor aumento (RP: 1,26 IC95% 1,20-1,32) (figura 2).

El modelo ARIMA proyectó una tendencia que sugiere un crecimiento continuo de la prematuridad para los próximos 5 años, alcanzando en 2027 un valor estimado de 10,6% (IC95%: 9,9 a 11,3) (figura 1B).

En el periodo analizado, la evolución de la tasa de mortalidad perinatal mostró una tendencia creciente desde 8,5 por 1.000 NV en 2001 hasta un máximo de 10,4 en 2009. A partir de ese año se observó una disminución gradual, con algunas fluctuaciones menores hasta 2020 cuando se registró el valor más bajo (8,0) y con un pequeño repunte a 8,3 en 2021. Al desagregar sus componentes, es posible observar que la tasa de mortalidad fetal mostró una tendencia al aumento lineal desde 4,8 por 1000 NV en 2001 llegando hasta 6,2 en 2009, año en el cual se produjo un quiebre favorable, con una disminución progresiva hasta llegar a 4,7 por 1.000 NV en 2021. Esta disminución ocurrió en embarazos de término y entre 28 y 36 semanas. En los embarazos entre 22 y 27 semanas se observó un aumento desde 0,8 por 1.000 NV hasta 2,1 el año 2009, observándose posteriormente una estabilización. Esta evolución implicó que las muertes fetales entre 22 a 27 semanas aumentarían su peso relativo desde un 16,2% a un 42,3%.

Tabla 1. Número de Nacidos Vivos prematuros Chile 2001-2023

Año	< 24	24 - 27	28 - 31	32 - 36	Total
2001	128	655	1.489	12.597	14.869
2002	136	671	1.577	12.689	15.073
2003	189	685	1.580	12.820	15.274
2004	245	694	1.499	13.502	15.940
2005	257	690	1.553	13.352	15.852
2006	270	798	1.740	13.780	16.588
2007	278	799	1.719	14.267	17.063
2008	314	799	1.786	15.527	18.426
2009	287	855	1.821	15.235	18.198
2010	297	797	1.861	15.216	18.171
2011	294	865	1.875	15.159	18.193
2012	288	832	1.867	15.838	18.825
2013	285	797	1.992	15.683	18.757
2014	310	855	2.021	16.713	19.899
2015	289	835	1.954	16.741	19.819
2016	252	751	1.952	16.220	19.175
2017	297	835	1.881	15.881	18.894
2018	284	807	2.017	16.078	19.186
2019	271	755	1.812	15.411	18.249
2020	198	670	1.699	14.146	16.713
2021	230	606	1.725	14.269	16.830
2022	231	645	1.728	15.589	18.193
2023	246	591	1.676	14.704	17.217

Fuente: DEIS

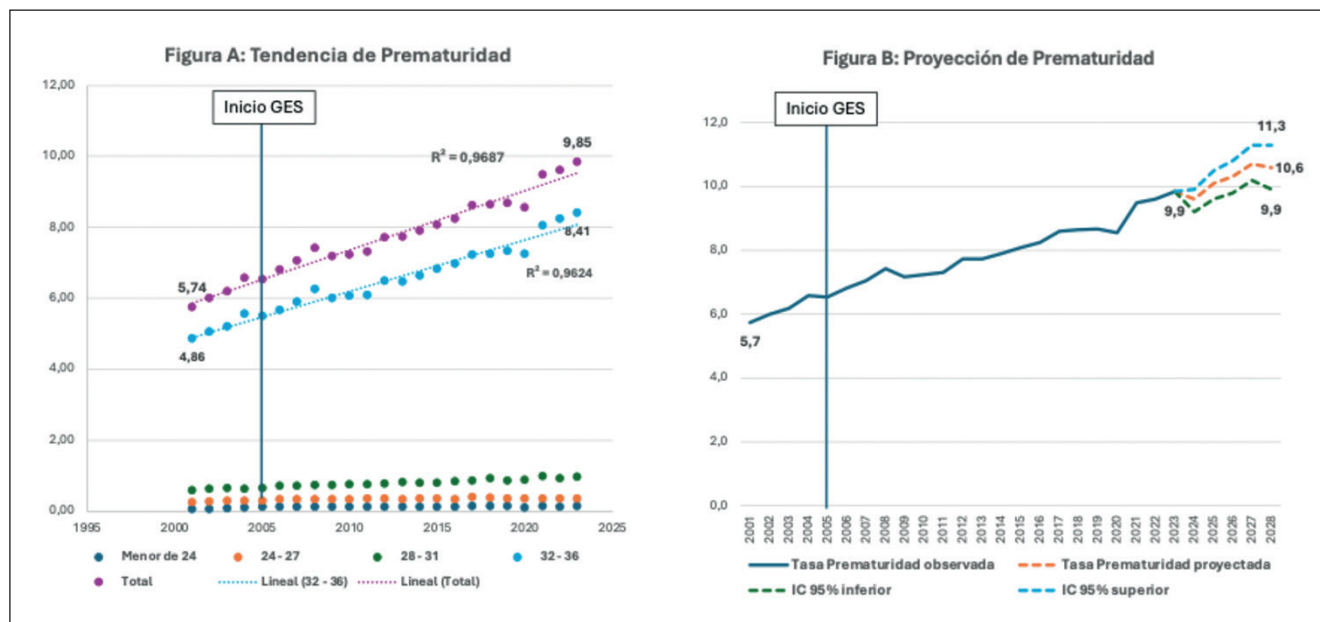


Figura 1. Tendencia y Proyección de Tasa de Prematuridad. **A:** Tasa de Prematuridad por 100 N.V. Chile 2001-2023. R²: Coeficiente de Determinación. **B:** Proyección de tasa de prematuridad por 100 N.V. 2023-2027 con su IC 95% superior e inferior.

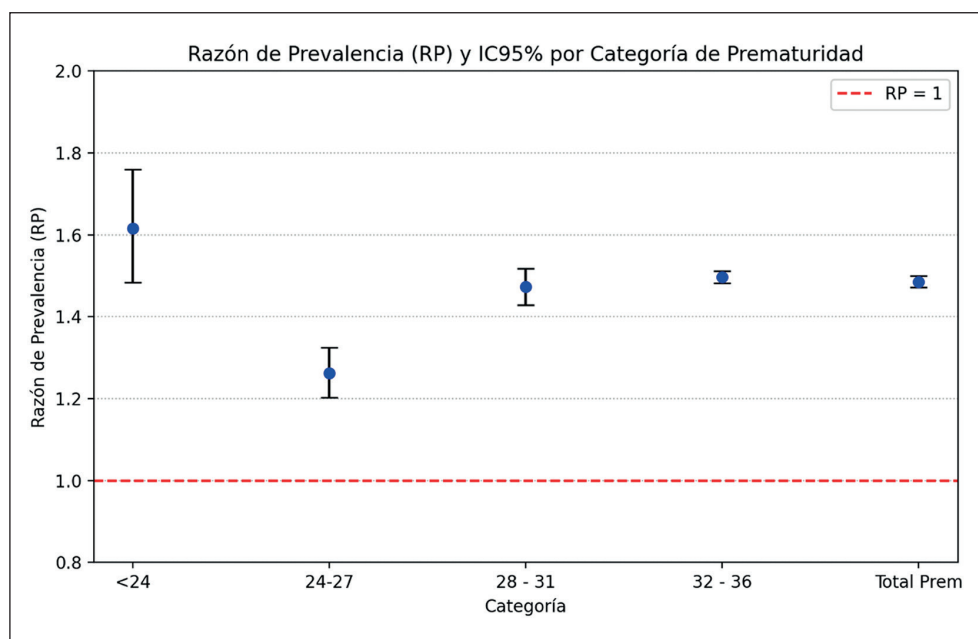


Figura 2. Razón de Prevalencia (RP) de Prematuridad con sus respectivos Intervalos de Confianza al 95% (IC 95%) comparando el quinquenio inicial pre-GES (2001-2005) y el final del período (2019-2023) para cada categoría de grupo de edad gestacional y total de prematuridad (Total Prem). La línea roja muestra el valor de no diferencia.

Por su parte, en el período la mortalidad neonatal precoz se mantuvo estable, con una leve disminución (3,74 a 3,53 x 1.000 NV) (figura 3).

La evolución de la tasa de mortalidad perinatal presentó 2 tendencias evidentes. En la primera (2001-2009), se observa una tendencia lineal ascendente con un coeficiente de determinación (R²) muy significativo (0,96). En la segunda, se observa una tendencia clara-

mente descendente, con un coeficiente de determinación (R²) muy significativo (0,89) (figura 4).

Se ajustó un modelo ARIMA para predecir la mortalidad perinatal en los próximos 5 años (2022-2026), el que mostró una mantención de la tendencia descendente, pero con una posible estabilización o incluso ascenso con una tasa estimada para 2026 de 7,4 x 1.000 NV (IC95%: 5,8 a 9) (figura 5).

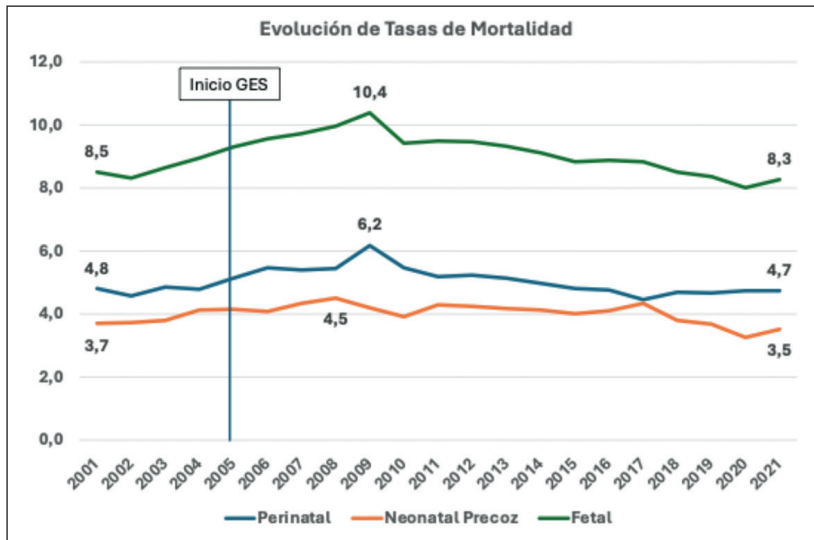


Figura 3. Evolución de la Tasa de Mortalidad Perinatal, Fetal y Neonatal Precoz por 1000 nacidos vivos. Chile 2001-2021

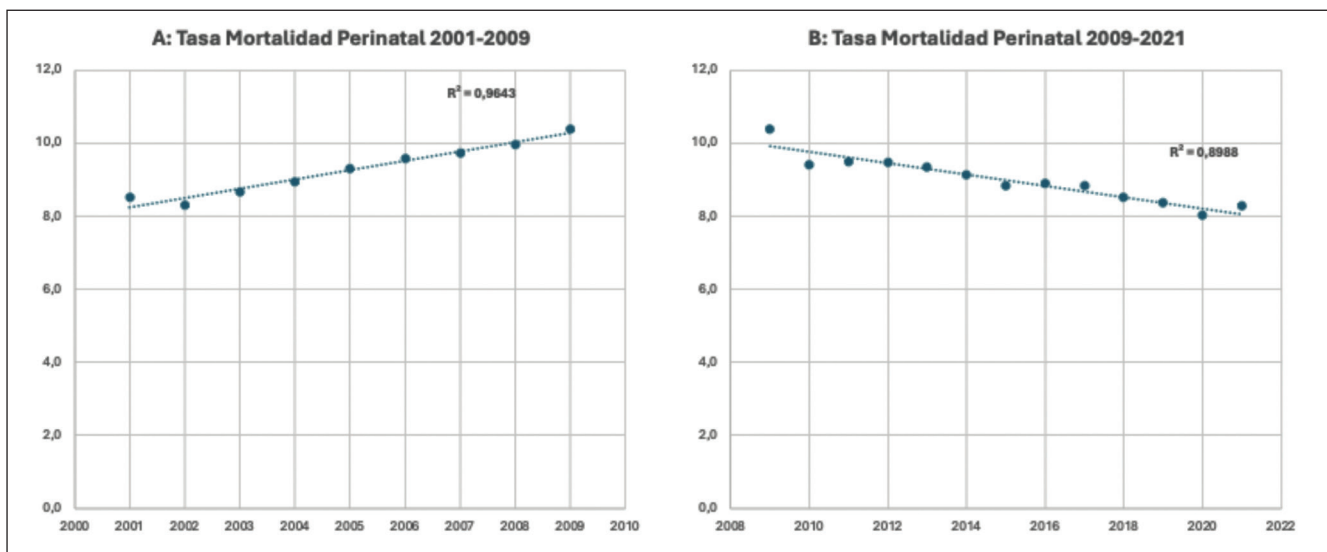


Figura 4. Segmentación de Tendencia de Mortalidad Perinatal 2001-2021. A: Tendencia de Mortalidad Perinatal 2001-2009 que muestra un comportamiento lineal ascendente con Coeficiente de Determinación (R2) significativo (0,96). B: Tendencia de Mortalidad Perinatal 2009-2021 que muestra un comportamiento lineal descendente con Coeficiente de Determinación (R2) significativo (0,899).

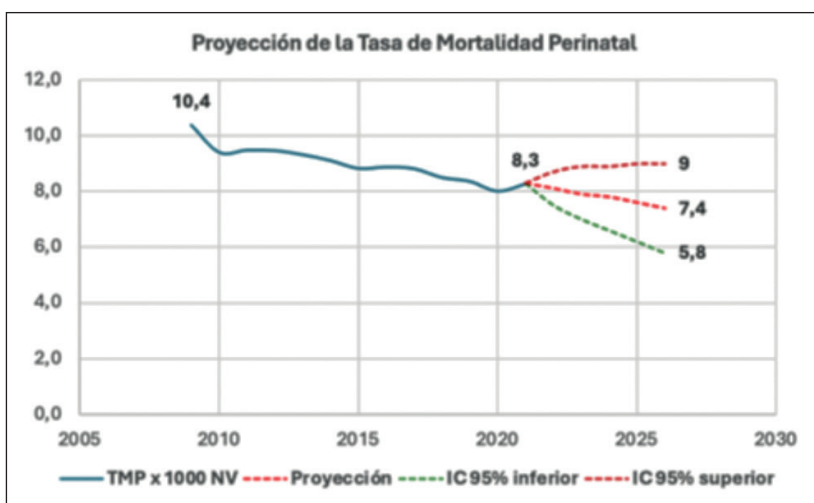


Figura 5. Proyección de la Tasa de Mortalidad Perinatal x 1000 Nacidos Vivos (NV) con sus respectivos Intervalos de Confianza al 95% (IC95%). Chile 2022-2026.

Discusión

La evolución de la tasa global de prematuridad mostró una fuerte tendencia lineal al aumento en el período estudiado, sin que se evidenciaran cambios favorables tras la implementación de la GES de Prevención del Parto Prematuro y además, con una alta probabilidad de que en los próximos 5 años ésta se mantendrá en aumento, lo que es concordante con otro estudio que analizó dicha tendencia²¹. El aumento de un 49% en el riesgo de prematuridad entre el quinquenio previo a la implementación de la GES y el último quinquenio analizado es categórico. Sin embargo, el menor aumento que se observa entre el grupo de 24 a 27 semanas de EG podría permitir plantear una hipótesis de un posible efecto retardador del nacimiento prematuro, lo que puede tener una gran importancia clínica, dado que retrasar el parto incluso unos pocos días o semanas en este rango crítico, puede mejorar significativamente la supervivencia y reducir la morbilidad neonatal grave. Dada la alta mortalidad y morbilidad asociada a los nacimientos en este rango de EG, incluso pequeños avances en la prolongación de la gestación pueden tener un impacto poblacional significativo⁴. Confirmar este potencial efecto requiere estudios prospectivos que permitan evaluar con antecedentes clínicos individuales los mecanismos específicos que podrían estar favoreciendo este efecto retardador.

No obstante, resulta relevante destacar el quiebre en la tendencia creciente de la tasa de mortalidad perinatal a partir del año 2009, cuatro años después de la puesta en marcha de la política. Este cambio, sostenido en el tiempo, se explica principalmente por una disminución progresiva en la mortalidad fetal, en especial en embarazos a término y entre 28 y 36 semanas, lo que sugiere un efecto indirecto positivo de la estrategia GES. Si bien no es posible establecer una relación de causalidad entre la implementación de la garantía y el quiebre favorable en la tendencia de la tasa de mortalidad perinatal, es posible plantear una posible asociación temporal entre ellas dado que es la única medida de salud pública relevante implementada en el período, más aún cuando la proyección realizada por el MINSAL, para la definición de las Metas Sanitarias 2011-2020, estimó que la Tasa de Mortalidad Perinatal continuaría aumentando hasta llegar a 12,6 x 1000 NV en el año 2020^{22, 23}, lo que claramente está muy por encima del valor observado ese año (8 x 1000 NV) y que corresponde a un 57,5% menos. Este quiebre favorable se podría explicar por mejoras en la vigilancia prenatal, acceso oportuno a atención especializada y estandarización de prácticas clínicas, tal como establecen las guías clínicas de la GES. Si bien aún no hay estudios nacionales que evalúen estos aspectos, este resultado es

consistente con la literatura internacional, que destaca que la mejoría en la calidad de la atención es el principal motor para avanzar en sus resultados perinatales.²⁴⁻²⁶ La ausencia de impacto sobre la mortalidad neonatal precoz, en cambio, plantea interrogantes respecto de la integración y efectividad del manejo integrado entre los equipos obstétricos y neonatales, lo cual podría ser un punto de mejora para futuras intervenciones.

La falta de efecto sobre la incidencia de partos prematuros puede explicarse por la complejidad multifactorial de su etiología, que involucra determinantes biológicos, sociales y estructurales¹⁻³. Políticas enfocadas exclusivamente en la atención clínica del embarazo podrían ser insuficientes si no se articulan con intervenciones preconcepcionales, educativas, sociales y territoriales⁸. En este sentido, es pertinente revisar la estrategia GES desde una lógica más integral e intersectorial, que incorpore determinantes sociales y mecanismos comunitarios de prevención. A nivel internacional, países con reducciones documentadas de la prematuridad, particularmente en Europa del Norte, han implementado políticas universales de protección social, atención perinatal temprana y seguimiento intensivo en grupo de riesgo²⁴. Para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.2 planteado por la organización de Naciones Unidas para 2030 en relación con la reducción de las muertes evitables de recién nacidos y el niño de menos de cinco años, la OMS plantea que los países deben priorizar la implementación o rediseño de políticas públicas para reducir el parto prematuro²⁵. En el contexto latinoamericano, Chile ha sido reconocido por implementar reformas orientadas a la cobertura universal en salud, como la Ley GES²⁷. Sin embargo, a pesar del reconocimiento internacional por sus avances, existe escasa evidencia sobre el impacto real que esta política ha tenido^{28,29}. Para avanzar en una comprensión más profunda del impacto de la GES y optimizar su implementación, se requieren estudios complementarios que evalúen dimensiones como la equidad en el acceso (tanto a nivel geográfico como de tipo de seguro de salud)³⁰, la calidad de la atención y la consistencia entre el diseño teórico de la política y su ejecución real. También sería recomendable desarrollar investigaciones de tipo cualitativo que integren la perspectiva de usuarios y equipos clínicos, así como análisis de costo-efectividad³¹. También ayudaría un enfoque estructurado de evaluación de políticas públicas que contemple consistencia interna, eficiencia, equidad e implementación real, además de evaluaciones participativas centradas en actores que permitirían identificar barreras y facilitadores, reforzando la mejora continua de la estrategia^{30,31}.

Desde el punto de vista metodológico, el presente estudio presenta limitaciones inherentes al diseño de corte transversal y al uso de bases abiertas, que no per-

miten profundizar en determinantes individuales ni controlar por factores de confusión³². Por este motivo, en general este tipo de estudios sólo permite establecer hipótesis de un efecto indirecto, que requieren ser ratificadas por estudios prospectivos que incorporen el análisis de determinantes sociales y aspectos clínicos claves involucrados³³. A pesar de ello, la solidez de las series temporales, la consistencia de las tendencias observadas y el uso de modelos predictivos fortalecen la validez de los hallazgos de este estudio, siendo particularmente útil como primera aproximación a la evaluación de esta política de salud.

Finalmente, considerando que el parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y genera consecuencias de largo plazo sobre el desarrollo infantil y el capital humano, Chile debe avanzar hacia una política perinatal integral que combine acciones clínicas y preventivas y que asegure continuidad de cuidados desde el embarazo hasta la infancia temprana. En este marco, la experiencia de la GES puede constituir una base valiosa para otros países de ingresos medios con desafíos similares en salud perinatal, adaptándola a dichos entornos en base a sus particularidades sociales y sanitarias locales.

Conclusiones

La implementación de la GES de Prevención del Parto Prematuro no impactó en la tendencia ascendente que muestra la tasa de prematuridad en Chile.

Sin embargo, existe evidencia compatible con un efecto positivo sobre la mortalidad perinatal, que permitió su descenso mantenido. Se requieren nuevos estudios que permitan obtener mayor evidencia que contribuya a perfeccionar la política de GES para lograr disminuir la frecuencia de partos prematuros e influir sobre la mortalidad neonatal precoz.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la Privacidad y Consentimiento Informado: Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación correspondiente. Los autores declaran que la información ha sido obtenida de datos previos en forma anonimizada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis [published correction appears in *Lancet*. 2024 Feb 17;403(10427):618]. *Lancet*. 2023;402(10409):1261-71. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00878-4.
- Perin J, Mulick A, Yeung D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022 Feb;6(2):106-15. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00311-4. Epub 2021 Nov 17. Erratum in: *Lancet Child Adolesc Health*. 2022 Jan;6(1):e4. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00382-5. PMID: 34800370; PMCID: PMC8786667.
- Ramaswamy VV, Abiramalatha T, Bandyopadhyay T, et al. ELBW and ELGAN outcomes in developing nations: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021 Aug 5;16(8):e0255352. doi: 10.1371/journal.pone.0255352.
- Sarda SP, Sarri G, Siffel C. Global prevalence of long-term neurodevelopmental impairment following extremely preterm birth: a systematic literature review. *J Int Med Res*. 2021 Jul;49(7):3000605211028026. doi: 10.1177/03000605211028026.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacimientos prematuros. 11 mayo 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Consultado el 5 de marzo de 2025.
- Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 2008 Jan 19;371(9608):261-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60136-1.
- Teune MJ, Bakhuizen S, Gyamfi-Bannerman C, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Oct;205(4):374.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2011.07.015.
- World Health Organization (WHO). Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/every-newborn-action-plan>. Consultado el 5 de marzo de 2025.
- Gonzalez R, Merialdi M, Lincetto O, et al. Reduction in neonatal mortality in Chile between 1990 and 2000. *Pediatrics*. 2006 May;117(5):e949-54. doi: 10.1542/peds.2005-2354. Epub 2006 Apr 10. PMID: 16606682.
- Ministerio de Salud. Ley N.º 19966: Establece un Régimen de Garantías en Salud. 2004. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
- Valdivieso V, Montero J. El plan AUGE: 2005 al 2009 [Health care reform in Chile: 2005 to 2009]. *Rev Med Chil*. 2010 Aug;138(8):1040-6. Spanish. Epub 2010 Nov 26. PMID: 21140064.
- Fondo Nacional de Salud. Enfermedades GES. Prevención del parto prematuro.

- Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/prevencion-parto-prematuro>. Consultado el 5 de marzo de 2025.
13. Ministerio de Salud. Guía Clínica de Prevención de Parto Prematuro. 2010. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/478/Prevencion-Parto-Prematuro-2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Dirección de Presupuesto. Evaluación de Programas Gubernamentales. Disponible en: <https://www.dipres.gob.cl/598/w3-article-111762.html>
 15. Monsalves MJ, Durán D, Antini C, Bangdiwala S, Muñoz S. Estudio de evaluación de impacto de las “Garantías Explícitas en Salud” en la mortalidad por cáncer de mamas, cervicouterino, vesícula, estómago y colorrectal en Chile entre los años 2002-2016. Disponible en: https://ipsuss.cl/ipsuss/site/docs/20190723/20190723174255/resultados_estudio_ges_2019_u_san_sebasti_n.pdf
 16. Gómez Barbieri GG, Moore C. Evaluation in the impact of the implementation of public policies GES on the mortality of surgeries in children with cardiac malformations between the years 2001 and 2016. *Medwave*. 2019;19(S1):eS1. doi: 10.5867/medwave.2019.S1
 17. Superintendencia de Salud. Evaluación del acceso, equidad en el acceso e impacto de la implementación del RGGES (cualitativo). 2008. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/biblioteca-digital/evaluacion-del-acceso-equidad-en-el-acceso-e-impacto-de-la-implementacion-del-rgges-cualitativo/>
 18. Ocaña-Riola R. Eficacia del análisis de series temporales para la planificación sanitaria del cáncer en España. *Aten Primaria* [Internet]. 2004;34(1):15-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es>
 19. Bello LD, Martínez S. Una metodología de series de tiempo para el área de la salud - caso práctico. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2007;25(2):117-22. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200014
 20. Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS); Universidad CES. Epidat: programa para análisis epidemiológico de datos. Versión 4.2, julio 2016. Disponible en: <https://www.sergas.es/saude-publica/epidat-4-2?idioma=es>
 21. Toro-Huerta C, Vidal C, Araya-Castillo L. Tendencia temporal y factores asociados al parto prematuro en Chile, 1992-2018. *Salud Colectiva*. 2023;19:e4203. doi: 10.18294/sc.2023.4203
 22. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. pp. 158-162. Disponible en: <https://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>
 23. Donoso E. ¿Está aumentando la mortalidad perinatal en Chile? *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011;76:377-9. doi: 10.4067/S0717-7526201100060000
 24. Zeitlin J, Szamotulska K, Drewniak N, et al. Euro-Peristat Preterm Study Group. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG*. 2013 Oct;120(11):1356-65. doi: 10.1111/1471-0528.12281. Epub 2013 May 24. PMID: 23700966; PMCID: PMC4285908.
 25. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development Goal 3: ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. 2022. Disponible en: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>
 26. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG*. 2015 Jul;122(8):1045-9. doi: 10.1111/1471-0528.13451
 27. Atun R, de Andrade LO, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015 Mar 28;385(9974):1230-47. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61646-9. Epub 2014 Oct 15. PMID: 25458725.
 28. Ministerio de Salud. Evaluación de final de la década: Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios 2011-2020. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Evaluación-de-Final-de-la-Decada-2011-2020.pdf>
 29. Espinoza MA. La urgente necesidad de un sistema de evaluación de intervenciones en salud. *Rev Méd Chile*. 2016 Jul;144(7):900-2. doi: 10.4067/S0034-98872016000700011
 30. Frenz P, Delgado I, Kaufman JS, Harper S. Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. *Health Policy Plan*. 2014 Sep;29(6):717-31. doi: 10.1093/heapol/czt054. Epub 2013 Aug 5. PMID: 23921988.
 31. Villalbí JR, Tresserras R. Evaluación de políticas y planes de salud [Evaluation of health policies and plans]. *Gac Sanit*. 2011 Jun;25 Suppl 1:17-24. doi: 10.1016/S0213-9111(11)70004-8. Spanish.
 32. Ochoa C, Ortega E, Molina M, Carvajal F, Cuestas E. Medidas de frecuencia, riesgo e impacto en epidemiología. *An Pediatr (Barc)*. 2025 May;503877. doi: 10.1016/j.anpedi.2025.503877
 33. Rivero MJ, Molina M, Ochoa C. Estudios observacionales I. Medidas de frecuencia. Estudios transversales. Técnicas de muestreo. In: Comité de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP; Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEPap, eds. *Medicina Basada en la Evidencia. Lo que siempre quiso saber sobre la evidencia aplicada a la práctica clínica sin morir en el intento*. Madrid: Lúa Ediciones; 2024. p.103-9. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/book/>. Consultado el 10 de mayo de 2025.