



UNIVERSIDAD DE CHILE

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO

“Estudio comparativo de la estrategia nacional para detección temprana de cáncer de mama y la experiencia internacional”

AUTOR

Esteban H. Henríquez Abarca
Ingeniero Civil Biomédico
Mg. en ciencia de la Ingeniería

DOCENTE

Verónica Figueroa Huencho
Administradora Pública de la Universidad de Chile
Ph.D. in Management Sciences

UNIVERSIDAD DE CHILE

Instituto de Asuntos Públicos
Programa de Magíster en Gobierno y Gestión Pública

Índice

Resumen.....	5
Palabras claves.....	6
1. Introducción	7
2. Presentación y justificación del problema	8
2.1. Justificación de la investigación	8
2.2. Pregunta de Investigación	8
2.3. Objetivos.....	9
2.3.1. Objetivo General.....	9
2.3.2. Objetivos Específicos	9
2.4. Tipo de investigación	9
2.5. Enfoque de investigación.....	9
3. Marco teórico	10
3.1. Antecedentes.....	10
3.2. Discusión conceptual.....	10
3.2.1. Cáncer de mama y programas de tamizaje.....	10
3.2.2. Estrategias de intervención pública: prevención temprana y tamizaje	11
3.2.3. Principales referentes internacionales	13
3.2.4. Síntesis reflexiva	15
4. Marco Metodológico	16
4.1. Método de investigación	16
4.2. Técnica de recolección de datos.....	16
4.3. Muestra	17
4.4. Método de análisis	18
4.5. Variables	18
5. Contexto de la investigación.....	21
5.1. Mortalidad por cáncer de mama en la mujer chilena.....	21
5.2. Ministerio de Salud.....	22
5.3. Programa nacional de cáncer de mama	23
5.4. Orientaciones programáticas del programa	23
5.5. Guías clínicas de cáncer de mama	26
5.5.1. Guía clínica año 2005.....	26

5.5.2.	Guía clínica examen de medicina preventiva 2008.....	26
5.5.3.	Guía clínica año 2010.....	26
5.5.4.	Guía clínica año 2015.....	27
5.5.5.	Guía Clínica año 2020	27
5.6.	Estrategia nacional de cáncer año 2016.....	27
5.7.	Plan Nacional de cáncer 2018-2028	28
5.8.	Ley Nacional de Cáncer N° 21.258.....	28
5.9.	Síntesis descriptiva	28
6.	Análisis y resultados.....	30
6.1.	Análisis bibliográfico y estrategia nacional	30
6.2.	Antecedentes de las entrevistas realizadas	31
6.3.	Análisis de información.....	32
6.3.1.	Categoría: Definición política.....	32
6.3.2.	Categoría: Recursos	33
6.3.3.	Categoría: Financiamiento.....	35
6.3.4.	Categoría: Cobertura	36
6.3.5.	Categoría: Efectividad.....	37
6.3.6.	Categoría: Coordinación y articulación institucional	38
6.3.7.	Categoría: Aspectos generales.....	40
6.4.	Síntesis.....	43
7.	Conclusiones.....	45
8.	Anexos	49
8.1.	Anexo 1 - Resumen de entrevistas realizadas a expertos [Variables 1 a 6]	49
8.2.	Anexo 2 - Resumen de entrevistas realizadas a expertos [Variables 7]	51
	Bibliografía.....	52

Resumen

El objetivo del presente estudio es identificar las causas y brechas del bajo impacto en la mortalidad por cáncer de mama de la estrategia de detección temprana implementada en Chile desde el año 2005 a la fecha, considerando para esto el estudio de la estrategia a la fecha, recomendaciones internacionales, experiencias exitosas a nivel internacional y complementando con la visión de expertos respecto de los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica. El estudio es principalmente descriptivo, asociado a la revisión de la estrategia a nivel nacional y las recomendaciones y estrategias a nivel internacional. Lo anterior, se complementó con entrevistas a expertos en el área para definir las brechas y consideraciones que fueron relevantes para el análisis de los resultados obtenidos.

Como resultado de la investigación, fue posible determinar que no existe una política de detección temprana formalizada que dé cuenta de las recomendaciones y experiencias internacionales. Adicionalmente, se identificaron las brechas y puntos críticos que pueden ser los responsables de que al día de hoy no tengamos una reducción considerable en la mortalidad por patología mamaria y que continúe siendo el cáncer de mama la primera causa de muerte en la población femenina a nivel nacional.

Finalmente, se plantearon recomendaciones derivadas del análisis realizado con el objetivo de abordar aspectos claves para desarrollar una política de detección temprana de cáncer de mama en Chile.

Palabras claves

Cáncer de mama, Detección temprana, Tamizaje, Política de detección temprana, Mamografía.

1. Introducción

En el último tiempo, los datos y registros sanitarios se han transformado en un recurso esencial para que el Estado y las organizaciones internacionales puedan actuar oportunamente en la salud de la población, generando estrategias y políticas de salud adecuadas para alcanzar mayores niveles de bienestar y al mismo tiempo enfrentar, especialmente, aquellos ámbitos considerados de alto riesgo, asociados a las patologías más recurrentes o de mayor incidencia como lo es el cáncer de mama.

A nivel mundial el cáncer de mama, incluyendo a Chile, se ha convertido en la primera causa de muerte en mujeres que sufren una patología cancerosa, transformándose en un ámbito de especial atención por su alta tasa de mortalidad cuando no existen intervenciones apropiadas desde las políticas públicas. Sin embargo, pese al aumento constante de la patología mamaria, en los últimos años las tasas de mortalidad a nivel mundial se han reducido, debido, según múltiples estudios internacionales, a la implementación de programas específicos para la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación.

Sin embargo, en Chile no se han obtenido resultados similares a los países que han implementado políticas de detección temprana y tratamiento, en busca de abordar este problema de salud pública, a pesar de que las autoridades han trabajado esta problemática de salud desde hace varios años. En esta línea, se implementó por primera vez un programa nacional de cáncer de mama en el año 1995 y recientemente se ha creado la Ley del Cáncer, despachada por el Senado en agosto del año 2020, medidas cuyos resultados no han tenido un impacto en la reducción de la mortalidad.

Debido a lo anterior, adquiere relevancia revisar y determinar cómo están estructuradas y articuladas las políticas, programas o estrategias en el caso de Chile, y cómo estos esfuerzos se encuentran alineados con las recomendaciones internacionales y con las experiencias de países con resultados relevantes en la reducción de mortalidad por cáncer de mama, como consecuencia de la implementación de programas de detección temprana.

Finalmente, por medio de esta investigación se intenta contribuir a detectar puntos en los cuales las políticas nacionales podrían estar alejadas de las metodologías utilizadas en países con buenos resultados, y a partir de allí, vislumbrar orientaciones con mejoras hacia las estrategias de salud pública utilizadas en la actualidad.

2. Presentación y justificación del problema

Es reconocido que la población en Chile está envejeciendo, en concreto la esperanza de vida aumentó hasta los 83,4 años en la mujer al año 2013. Si a lo anterior sumamos estilos de vida poco saludables, con mala alimentación y sedentarismo, tenemos como consecuencia un aumento en la incidencia de cáncer. De esta misma forma, lo expresa la Estrategia Nacional de Cáncer del año 2016, en la que se indica la relevancia que tendrán este tipo de patologías no transmisibles en la población de Chile en los años venideros (Ministerio de Salud (MINSAL), 2016). Por lo cual, el abordar la temática de la mortalidad por cáncer desde múltiples perspectivas, tanto nacionales como internacional, toma especial relevancia, ya que se espera un aumento en la población adulto mayor.

En este sentido, nos enfocaremos en el estudio de la patología mamaria que resulta ser la patología con mayor mortalidad en mujeres a nivel nacional, especialmente considerando que en Chile no se han obtenido resultados similares a los obtenidos en países que han implementado políticas o programas de detección temprana en busca de abordar este problema de salud pública y que han logrado disminuir sus tasas de mortalidad.

2.1. Justificación de la investigación

Teniendo presente lo contextualizado previamente, se hace relevante el estudio de las políticas o programas públicos en Chile que tienen por objetivo reducir la mortalidad por esta patología que afecta mayoritariamente a la población femenina y que aumenta su mortalidad progresivamente con el aumento de la edad (Icaza et al., 2017). Sin ir más lejos, con la entrada en vigencia de la Ley del Cáncer, el 3 de octubre del 2020, adquiere relevancia revisar y determinar si lo construido hasta ahora en el caso de Chile se encuentra alineado con las políticas o programas de países que han tenido reducciones en la mortalidad significativas, como consecuencia de la implementación de programas de tamizaje, y cómo estas políticas y programas en Chile se estructuran y articulan para cumplir con este objetivo.

Como resultado de lo anterior, se espera contribuir a detectar puntos en los cuales estas políticas podrían estar alejadas de las metodologías y experiencias comentadas previamente. En este sentido, se presentan en julio del presente año los resultados de un estudio que evaluó el impacto de la estrategia GES de cáncer de mama en Chile y se concluyó que ha permitido reducir solo un 7% la mortalidad por esta patología (Monsalves et al., 2020). Lo anterior, en línea con lo ya comentado, indica una importante brecha entre los resultados obtenidos a nivel nacional y los países que han implementado políticas de tamizaje y tratamiento en busca de abordar este problema de salud pública.

2.2. Pregunta de Investigación

De acuerdo con los antecedentes revisados y definiciones desarrolladas, se generan las siguientes interrogantes sobre la temática en estudio. En primer lugar, ¿Cuál es la estrategia que utiliza el Estado chileno para abordar de manera preventiva el cáncer de mama? Y ¿Por qué la

estrategia utilizada no está dando los resultados esperados en comparación a otros programas internacionales?

En este sentido, la siguiente pregunta de investigación es relevante para entender la problemática estudiada ¿Cuáles son las diferencias entre los programas de detección temprana de cáncer de mama en mujeres generados en Chile, durante el periodo 1995 al 2020, respecto de las experiencias internacionales?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo General

Describir las causas e identificar brechas del bajo impacto en la mortalidad de la estrategia nacional de detección temprana de cáncer de mama en mujeres implementada en Chile, durante el periodo 1995 al 2020

2.3.2. Objetivos Específicos

Para cumplir con lo planteado en el objetivo general, se han definido los siguientes objetivos específicos:

- » Describir la estrategia nacional de detección temprana y definir sus características principales.
- » Revisar las guías clínicas y las orientaciones internacionales para definir las recomendaciones sobre planes de detección temprana de cáncer de mama.
- » Identificar brechas entre la estrategia nacional y las experiencias internacionales exitosas.
- » Establecer recomendaciones que sean aplicables a la estrategia nacional.

2.4. Tipo de investigación

Con relación a la definición del tipo de investigación, el presente estudio es de carácter descriptivo con componentes de tipo exploratorio. De forma específica, se estudiará el caso de la estrategia nacional de detección temprana de cáncer de mama, la cual debería estar definida en el Plan Nacional de Cáncer.

2.5. Enfoque de investigación

La investigación tiene un enfoque mixto, ya que por un lado se realizará una revisión bibliográfica de la realidad nacional estudiada y las recomendaciones internacionales y, por otro lado, se complementará con entrevistas a expertos en el área para estudiar los resultados de la revisión bibliográfica y la detección de brechas.

3. Marco teórico

3.1. Antecedentes

Como es conocido, los datos y registros sanitarios son un aspecto relevante para mantener un adecuado control sanitario de la población, permitiendo un proceso idóneo de formulación e implementación de políticas públicas a través de una actuación oportuna del Estado. En ese sentido, en el 13º Programa General de Trabajo 2019-2023, se indica que los datos precisos y oportunos son un recurso esencial para que los países alcancen las metas de cobertura de salud universal, mantener a las poblaciones más sanas, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2019). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud identifica que la mortalidad es un dato que es reflejo del estado de salud de una población y que el estudio de ella es fundamental para la generación de políticas adecuadas de salud en un país (Organización Panamericana de la Salud, n.d.). Así también, el Atlas de Mortalidad de Chile indica que “la toma de decisión para las acciones de salud requiere conocer los problemas que afectan a la población, a través de información estadística” (Taucher, 2013).

Por lo tanto, la disponibilidad y gestión de información se convierte en un aspecto central para orientar o reorientar las estrategias de los gobiernos, especialmente en aquellos ámbitos considerados de alto riesgo, por las consecuencias que puedan tener para el bienestar de la población. De forma complementaria, el análisis de grandes bases de datos de la población asociada a los Servicios de Salud pueden traer mejoras en la eficacia de las estrategias que se quieran implementar para atender las patologías más recurrentes o de mayor incidencia (de Lecuona, 2018). En este sentido, los datos estadísticos de la población bajo control, permitirán definir y controlar estrategias adecuadas para la prevención, pesquisa, tratamiento y seguimiento de patologías que los afecta.

3.2. Discusión conceptual

3.2.1. Cáncer de mama y programas de tamizaje

Como ya se ha mencionado, los datos son esenciales para la toma de decisiones en el sector salud y son el insumo básico para generar políticas, programas o estrategias que den respuesta a las problemáticas que se evidencian del análisis de grandes cantidades de datos de la población bajo control. En efecto, a nivel nacional, Latinoamericano e Internacional, el cáncer de mama se ha convertido en un ámbito de especial atención por sus altas tasas de mortalidad cuando no existen intervenciones apropiadas desde las políticas públicas. En este sentido, de acuerdo con los datos de mortalidad a nivel internacional, el cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres que sufren una patología cancerosa. En línea con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud en su plataforma interactiva *Global Cancer Observatory (GCO)* publica datos sobre seguimiento y control de los diferentes tipos de cáncer que afectan a la población. En estos datos se evidencia, que el cáncer de mama es el que mayor incidencia y mortalidad tiene en las mujeres a nivel mundial,

latinoamericano y, así también, en Chile (Global Cancer Observatory, 2020). Sin embargo, independiente del aumento constante de la patología mamaria, las tasas de mortalidad a nivel internacional y nacional se han reducido en los últimos años, debido a la implementación de estrategias de tamizaje y mejoras en los tratamientos (del Castillo et al., 2017). En efecto, múltiples estudios de poblaciones en EEUU y Europa han concluido que los programas de tamizaje pueden tener un efecto en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama, que inicia en el 25% y puede alcanzar, en algunas estimaciones, hasta el 48% (Moss et al., 2012; Plevritis et al., 2018; Zielonke et al., 2020).

De forma específica, en Chile la mortalidad producida por cáncer de mama es la primera causa de muerte oncológica (Durán & Monsalves, 2020), dejando el año 2020 un total de 1.548 mujeres fallecidas y 1.199 fallecimientos en lo que va del presente año (Ministerio de Salud, 2020). En conocimiento del impacto que tiene esta patología en la población femenina, las autoridades han trabajado este tema desde hace varios años, implementando por primera vez un programa nacional de cáncer de mama en el año 1995. Posteriormente, se han planteado una serie de mejoras y modificaciones progresivas, y luego en el año 2004, se incorpora la patología de cáncer de mama en el AUGE, posterior GES. Luego, el año 2018 es presentado el Plan Nacional de Cáncer, el que tiene 5 ejes de acción: Promoción, educación y prevención; Cuidados paliativos; Mejoramiento de la red oncológica; Registro Nacional de Cáncer y Calidad de los procesos clínicos (Ministerio de Salud (MINSAL), 2018). Finalmente, en agosto del año 2020 es despachada por el SENADO la Ley del Cáncer, que, según lo informa la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, busca “establecer un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinados a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2020).

3.2.2. Estrategias de intervención pública: prevención temprana y tamizaje

Para realizar una aproximación eficiente a lo realizado a nivel internacional sobre cáncer de mama, se tomará como marco de referencia el trabajo realizado por el “Breast Health Global Initiative” (BHGI). La BHGI desarrolla, implementa y estudia guías clínicas basándose en evidencia científica, que sean económicamente viables y culturalmente aceptadas por los habitantes en donde se aplican dichas guías, para el control internacional del cáncer de mama en países de ingresos medios y bajos (BHGI, 2020). De acuerdo al trabajo realizado por Anderson (B. Anderson, 2010), presentado en el consenso de la Sociedad Chilena de Mastología el año 2009, las guías clínicas que se han desarrollado por la BHGI proveen una estructura centrada en la detección temprana de cáncer de mama que se ajusta a los requerimiento de países como el nuestro. Lo anterior, nos permite sustentar la decisión de tomar este marco referencial como el estándar internacional que ha sido trabajado durante las últimas décadas para llegar a guías que pueden ser aplicadas en países con recursos limitados y que están en vías de desarrollo.

De acuerdo con el consenso definido por la BHGI, podemos establecer algunas definiciones preliminares. En primer lugar, de acuerdo con el documento de la OMS sobre planificación de programas de cáncer de mama es necesario identificar la existencia de un programa integral que esté orientado a la mejora gradual de la enfermedad. De no existir dicho programa, se debe plantear como

punto de partida la creación de este, su periodo de acción, financiamiento, entidad encargada de liderar el programa, entre otros (OMS & OPS, 2015).

En segundo lugar, existe una diferencia entre detección temprana y tamizaje para un programa que busca reducir la mortalidad por cáncer de mama (B. O. Anderson et al., 2003). En el primer caso, detección temprana se define como la identificación del cáncer de mama en cualquier estado que permita el tratamiento con técnicas menos invasivas y que tengan una probabilidad alta de concluir con el paciente sin células cancerígenas en su cuerpo. La detección temprana tiene múltiples expresiones como el autoexamen, la detección en un control preventivo de las mujeres, la detección de cánceres en estados avanzados, pero en fases tempranas de esos estados, detección mediante mamografía, entre otros. Por otro lado, el tamizaje corresponde a la utilización del examen mamográfico en población asintomática para detectar a las mujeres que tienen una alta probabilidad de tener un cáncer de mama. Lo anterior, también tiene relación con el detectar a mujeres con cánceres en fases tempranas de la enfermedad, de acuerdo a la clasificación realizada por la Sociedad Americana de Cáncer (American Cancer Society, 2020).



Gráfico 1: Estructura de la detección temprana. Elaboración propia.

Adicionalmente, dentro del tamizaje la BHGI, realiza la definición de tamizaje oportunista y organizado (B. O. Anderson et al., 2003). A continuación, indicaremos las definiciones realizadas por Anderson en el 2003:

- » Tamizaje Oportunista: Se refiere a la derivación desde cualquier institución de salud o por cualquier profesional de la salud, de alguna paciente a la realización de un examen que puede determinar la presencia de la patología.
- » Tamizaje organizado: Se refiere a los programas establecidos por alguna entidad pública o privada que busca realizar exámenes exploratorios a población asintomática con características específicas, en un territorio específico y de acuerdo con una planificación temporal definida.

Teniendo claras estas definiciones preliminares, en el consenso identificado por la BHGI se definen los siguientes pasos metodológicos para el desarrollo e implementación de un programa de tamizaje (B. O. Anderson et al., 2003):

1. Promover el empoderamiento de las mujeres para acceder a tratamiento de salud oportuno

2. Desarrollar la infraestructura para detectar y tratar el cáncer de mama
3. Iniciar el proceso de detección temprana a través de la educación y la concientización sobre el riesgo y otros aspectos de la patología mamaria
4. Cuando existan los recursos económicos, se requiere expandir la detección temprana a la estrategia con mamografía a poblaciones objetivas

De acuerdo con estos parámetros realizaremos una revisión de la estrategia nacional para identificar en qué etapa de desarrollo se encuentra y que puntos necesitan mejorar para lograr un programa de tamizaje organizado que permita reducir la tasa de mortalidad de la población femenina en el territorio nacional.

3.2.3. Principales referentes internacionales

Para la definición de algunos países de referencia internacional, utilizaremos el trabajo realizado por Bleyer y colaboradores durante el año 2016, en el cual indican la reducción de la mortalidad en pacientes con cáncer de mama en diferentes países en el mundo (Bleyer et al., 2016). De los datos presentados, se identifica que los países con una mayor reducción en la mortalidad son: Estados Unidos, Suecia, Noruega, Canadá y Bélgica. Es necesario indicar, que la reducción de la mortalidad es un componente multifactorial y no solo tiene relación con la implementación de los programas de detección temprana en cada uno de esos países. No obstante, lo presentado por los autores sirve como referencia para identificar que los países con un mayor desarrollo e implementación de este tipo de programas corresponden a países de la Unión Europea (UE).

Profundizando la búsqueda sobre las características de los programas de detección temprana en países de la UE, se tiene a la vista lo realizado por Altobelli y Lattanzi desde la Universidad de L'Aquila, quienes realizan una revisión bibliográfica de los programas de detección temprana de la UE y presentan sus principales características para 28 de los países que la componen (Altobelli & Lattanzi, 2014). A continuación, se presenta el esquema de caracterización de los programas de detección temprana, sus componentes y una breve descripción de cada componente.

Variable	Característica	Descripción
Tipo de Programa	BP	Basado en PO
	NBP	No basado en PO
Tipo de Cobertura	Nacional	Cobertura de PO en el territorio del país
	Regional	Cobertura de PO a nivel regional
	Local	Cobertura de PB en territorios específicos y delimitados
Tipo de Tamizaje	Mamografía analógica	Mamografía impresa en papel radiográfico para mamografía
	Mamografía Digital	Mamografía generada, estudiada y almacenada en formato 100% digital
	Examen físico clínico	Examen físico realizado por personal clínico especializado
Vistas	Simple	Incluye vistas Oblicua-mediolateral o craneo-caudal

	Doble	Incluye vistas Oblicua-mediolateral y cráneo-caudal
Informe	Simple	Un informe realizado por un radiólogo
	Doble	Dos informes, realizados por radiólogos diferentes sobre las mismas imágenes
Intervalo de medición	Cantidad de años	Cantidad de años que pasan entre la realización del examen preventivo
Años de la población objetivo	Rango de años	Rango de años en los cuales se asegura tener a PO bajo control
Año de inicio del programa	Año	Año en el cual inició el programa de tamizaje en el territorio
Año de inicio de la cobertura nacional	Año	Año en el cual el programa comenzó a tener cobertura nacional
Porcentaje de población atendida	Porcentaje	Porcentaje de población que se mantiene bajo control, respecto del total de PO

Tabla 1: Caracterización de los programas de tamizaje según Altobelli y Lattanzi. *PO = Población Objetivo. Elaboración propia.

Como síntesis de lo realizado por los autores en relación con el análisis de 28 países, se identifica que alrededor del 80% utiliza una estrategia basada en población objetivo, que el 86% tiene programas con cobertura nacional, que casi el 80% incluye en sus programas de detección temprana tecnología digital para los estudios mamográficos, que casi el 100% realiza estudios con doble lectura de los exámenes mamográficos y que el 75% realiza estudios a las mujeres bajo control cada 2 años.

A continuación, se presenta una tabla que resume estas estadísticas y que representa el marco de medición que se utilizará para conocer el estado actual de la política, programa o estrategia nacional.

Característica	Resultado análisis
Tipo de Programa	78,5 % BP
Tipo de Cobertura	85,7 % Nacional
Tipo de Tamizaje	78,5 % Incorpora mamografía digital
Vistas	100 % vista doble
Informe	86,9 % Doble lectura
Intervalo de medición	75 % realiza exámenes cada 2 años*
Años de la población objetivo	47 a 72 años **
Porcentaje de población atendida	61 %***

Tabla 2: Tabla resumen de la revisión realizada por Altobelli y Lattanzi. *Se contabilizaron solo los programas que contemplan 2 años. ** los datos extremos de este rango se calcularon como los promedios de años de entrada y de salida del programa. *** Dato corresponde al promedio de población atendida para cada país. Elaboración propia.

Lo anterior, será complementado con lo indicado por la BHGI en relación con las estrategias de financiamiento, detección temprana y otros aspectos generales de una estrategia adecuada para cada realidad nacional.

3.2.4. Síntesis reflexiva

De la revisión de la literatura y experiencias internacionales, podemos identificar que se ha estudiado extensivamente la reducción de la mortalidad asociada al cáncer de mama mediante la implementación de estrategias de detección temprana, lo que en la mayoría de los casos se refiere a estrategias de tamizaje a través de mamografías a una población objetivo. En este sentido, las recomendaciones hacen referencias a definiciones particulares para cada programa de acuerdo con su realidad en aspectos financieros, sociales, culturales, entre otros. Adicionalmente, de la revisión de lo realizado en países de la Comunidad Europea se pueden describir las características de los programas que se han ejecutado desde los años 80 y 90 en adelante. Lo anterior, nos permite delimitar sus características principales y definir un marco de referencia para mirar lo realizado en nuestro país.

Considerando la discusión teórica y empírica, las principales dimensiones de análisis a considerar son:

En primer lugar, es necesario realizar una recolección de información sobre la política y programa asociado al cáncer de mama, con el objetivo de identificar las acciones enfocadas en la detección temprana de la patología y cómo éstas han sido implementadas desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud y los prestadores directos de atenciones sanitarias.

En segundo lugar, una vez identificada la política y los programas asociados será necesario realizar una evaluación de estas, teniendo presente el estándar internacional y dando un énfasis en cómo se tratan los aspectos de equipamiento médico y gestión del recurso humano especializado.

Finalmente, se hace necesario complementar la etapa descriptiva de la investigación con el aporte realizado por expertos en el área de patología mamaria. Lo anterior, con el objetivo de recolectar apreciaciones sobre el manejo de la patología en relación con la información que se tenga en ese momento y, en segundo lugar, para definir posibles estrategias tendientes a generar mejoras o propuestas que tenga un impacto mayor en la mortalidad.

4. Marco Metodológico

4.1. Método de investigación

Como se mencionó previamente, el presente estudio cualitativo es de carácter mayoritariamente descriptivo y se contextualizará en la revisión particular de un caso, el que corresponde a la política o programa que aborda la detección temprana de cáncer de mama en Chile. El planteamiento cualitativo de la investigación se fundamenta en el hecho de describir el fenómeno que queremos estudiar para identificar la mayor cantidad de información, desde múltiples fuentes, que nos permitan comprenderlo. En este sentido como nos plantea Hernández y Mendoza los procesos cualitativos tienen las fortalezas de permitir una mirada amplia y profunda de los posibles resultados, se incorpora al análisis un componente interpretativo que potencia la mirada general, se observa el objeto de estudio desde una perspectiva natural y buscando no intervenir en el mismo y, finalmente, permite un estudio flexible (Hernández & Mendoza, 2018). De esta forma, los autores definen que se utiliza este método cuando el objetivo es examinar la manera en que las personas perciben y viven un fenómeno, teniendo un particular énfasis en sus opiniones o percepciones sobre el mismo.

Dentro de los estudios cualitativos se encuentran los estudios de casos. En este contexto, en el trabajo recopilatorio de Jiménez y Comet se describe este tipo de metodología como una investigación empírica que describe un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto en la vida real. Adicionalmente, señalan que “Una investigación de estudio de casos...se basa en múltiples fuentes de evidencias, con datos que deben converger en un estilo de triangulación” (Jimenez Chaves & Comet Weiler, 2016). Volviendo a la idea inicial, en el presente estudio seremos observadores desde múltiples perspectivas de la política o programa que aborda la detección temprana de cáncer de mama en Chile para determinar, desde una mirada general, cómo funciona el fenómeno y cómo el mismo se ha desarrollado para lograr cumplir con su objetivo principal, el cual es reducir la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres chilenas.

Finalmente, los autores indican que los estudios de casos requieren de múltiples fuentes de información, las cuales se utilizarán de forma combinada para obtener un análisis complejo del objeto estudiado. En este estudio, utilizaremos tres fuentes de información que nos permitirán triangular estos datos para describir el fenómeno de la forma más amplia posible.

4.2. Técnica de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos utilizadas serán tres: Revisión bibliográfica, revisión documental y entrevistas con actores claves en el fenómeno de estudio. A continuación, se detalla cada una de estas fuentes de información.

En una primera fase, se realizará una revisión bibliográfica de las experiencias internacionales de países que han implementado estrategias, políticas o programas de detección temprana y que han conseguido una reducción en la mortalidad por sobre un 20%. Adicionalmente, se complementará esa mirada con estudios recopilatorios de esas experiencias para determinar las características principales de lo implementado en los países con el objeto de generar un patrón de comparación, el

cual será utilizado para revisar, si lo generado en Chile se encuentra alineado con esas estrategias exitosas.

En una segunda fase, se realizará una revisión bibliográfica de lo implementado en Chile y que a la fecha se encuentre vigente. En este punto, se revisarán los documentos emitidos desde el Estado y que den cuenta de la política, programa o estrategia implementada. Se podrá complementar esa información con documentos oficiales emitidos por entidades de salud que puedan estar en la misma línea del objeto de estudio. Esto nos permitirá identificar y describir el objeto de estudio para poder comparar con las experiencias internacionales.

Finalmente, se realizarán entrevistas con expertos en áreas relacionadas con la investigación para levantar información sobre sus perspectivas y puntos de vista asociados a las estrategias de detección temprana de cáncer de mama. Estas entrevistas serán semi estructuradas y tendrán énfasis en los ejes relevantes de estudio. En relación a la identificación de los entrevistados, para esta investigación no será requerida, ya que el insumo necesario para complementar la recolección de información corresponde al análisis de las opiniones y perspectivas que los expertos en diferentes áreas tienen sobre la detección temprana en Chile.

4.3. Muestra

La muestra corresponde a un método no probabilístico y será del tipo intencional. A mayor abundamiento, se puede indicar que las personas seleccionadas para la entrevista son expertos en el tema y están accesible a realizar la encuesta, en una entrevista con los mismos, ya sea presencial o mediante alguna plataforma de video conferencia.

Teniendo presente que en este estudio se mantendrán anónimos a los entrevistados, se presenta el siguiente cuadro con la identificación de los mismos, el rol en el tema estudiado y el nivel de intervención.

Identificación	Rol	Nivel de Intervención
Entrevistado 1	Referente Local	Implementación
Entrevistado 2	Directivo Local	Análisis
Entrevistado 3	Directivo Local	Implementación
Entrevistado 4	Referente Local	Análisis
Entrevistado 5	Referente Internacional	Implementación
Entrevistado 6	Referente Local	Análisis
Entrevistado 7	Referente Local	Implementación
Entrevistado 8	Referente Ministerial	Formulación
Entrevistado 9	Referente Local	Implementación
Entrevistado 10	Referente Ministerial	Formulación
Entrevistado 11	Directivo Local	Implementación

Tabla 3: Identificación de los entrevistados. Elaboración propia.

La identificación de los entrevistados se realiza con un número correlativo y tiene la intención de permitir citar algún comentario relevante al momento del análisis. La columna *ROL* identifica a los entrevistados según el estamento en el que se desempeñan o desde el cual son actores activos de la estrategia. Finalmente, la columna *Nivel de Intervención* identifica desde que perspectiva del desarrollo de una política pública los actores son interlocutores o actores principales.

En línea con lo presentado, es importante señalar que se tendrá acceso a un referente de la implementación del programa de detección temprana de cáncer de mama en Uruguay, con el objetivo de tener una mirada general de lo que están realizando otros países del cono sur con excelentes resultados. En este caso, no se planteará la entrevista estructurada, ya que en Uruguay se tiene un sistema político y sanitario totalmente diferente al chileno. No obstante, se desea recabar información sobre aspectos positivos o negativos que fueron trabajados durante la implementación de la estrategia.

Para finalizar el análisis de la muestra, es relevante indicar que a pesar de contar con una muestra acotada de entrevistados anonimizados, la misma permite tener una mirada integral, panorámica y sistémica para abordar y poder responder las preguntas de investigación planteadas inicialmente.

4.4. Método de análisis

En primer lugar, la revisión bibliográfica y documental de información oficial del gobierno, se ordenará y se presentará en forma secuencial y resumida. Lo anterior, para determinar las principales diferencias entre lo realizado a nivel nacional respecto de las estrategias internacionales. En la mirada internacional se hará énfasis en determinar aspectos claves para una implementación efectiva, la idea es decantar y estructurar la información. Por el contrario, en la mirada documental nacional se buscará identificar la mayor cantidad de información para incorporar la mayor cantidad de aspectos al análisis comparativo.

Las entrevistas, se tabularán para determinar puntos en común entre los entrevistados sobre las variables que se estudiarán o las temáticas que serán ejes de la investigación. Esta información se presentará resumida y esquematizada para facilitar el análisis.

Finalmente, se buscarán coincidencias y relaciones entre lo recolectado en las entrevistas y las diferencias principales entre la estrategia nacional y las experiencias internacionales.

4.5. Variables

Las variables o ejes centrales de estudio son las siguientes:

- » **Definición política:** Se refiere a la definición y formalización de la estrategia en documentación oficial la cual queda a disposición de la ciudadanía y entrega las definiciones claves de la estrategia.
- » **Recursos:** Se refiere a los recursos necesarios para poder implementar correctamente la estrategia o programa bajo niveles mínimos de calidad y seguridad para las pacientes.

- » **Financiamiento:** Se refiere a los recursos económicos que son necesarios para implementar la estrategia y como se asegura el acceso al programa sin barreras para las pacientes.
- » **Cobertura:** Se refiere a la cantidad de población que puede ser beneficiaria del programa desde la perspectiva de grupo objetivo.
- » **Efectividad:** Aspecto que tiene relación con dos puntos que indican la eficiencia del programa, desde aspectos de reducción de la mortalidad e indicadores de efectividad adicionales.
- » **Coordinación y articulación institucional:** Se refiere a los mecanismos o metodologías mediante los cuales se coordinan las diferentes instituciones que participan en las etapas de este programa.

Variable	Indicadores	Pregunta
<i>Definición política</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de una política o programa formalizado • Existe evidencia de difusión de la estrategia 	¿Existe una política o programa definido por el gobierno que describa la estrategia de detección temprana de cáncer de mama en Chile? ¿Este documento y su contenido ha sido difundido por el gobierno?
<i>Recursos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Personal idóneo y capacitado • Infraestructura adecuada • Equipamiento adecuado 	¿Existen los recursos necesarios, desde el punto de vista de RR.HH, Infraestructura y equipamiento para la implementación de un programa de detección temprana de cáncer de mama?
<i>Financiamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura GES • Presupuesto definido 	¿La actual estrategia nacional de detección temprana se encuentra cubierta por GES? ¿Existe un presupuesto definido en la Ley de presupuesto del año 2021 para el programa actual?
<i>Cobertura</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de ingreso y salida del programa • Cobertura de edades con mayor riesgo • Extensión geográfica que abarca el programa 	¿El actual rango de edades en las cuales se accede al programa es el adecuado de acuerdo con las tasas de mortalidad por edad? ¿Qué pasa con las mujeres mayores de 70 años que no están con cobertura y evidencian una alta mortalidad? ¿Qué pasa con las mujeres menores de 50 años que no se encuentran adheridas al programa? Considerando la geografía nacional, ¿Considera que el programa llega en las mismas condiciones a todo el territorio?
<i>Efectividad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la mortalidad 	¿Considera que la actual estrategia es efectiva en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama?

<i>Coordinación y articulación institucional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una unidad de coordinación general del programa • Existe un proceso de atención definido 	¿Existe una unidad coordinadora del programa que se encargue, entre otras tareas, de definir los procesos de atención y sus derivaciones? ¿Existe un flujo, proceso o camino del paciente asociado a la detección temprana de cáncer de mama?
--------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 4: Variables de análisis. *Elaboración propia.*

Adicionalmente, se incorpora al análisis de las variables descritas previamente, un apartado de aspectos generales, el cual tiene por objetivo recolectar información relevante que es posible incorporar en las variables ya definidas. Lo anterior, se trabajará de forma diferenciada y considerará las frecuencias acumuladas de las temáticas que se plantean como positivas o negativas para la implementación de la estrategia. En este contexto, se presenta el siguiente cuadro que resume este apartado.

Categoría	Ítem	Definición	Código	Ítem	Pregunta (s)
7	Aspectos Generales	Se refiere a aspectos claves que pueden afectar o haber afectado la actual estrategia de detección temprana de cáncer de mama en Chile	7.1	Aspectos positivos	¿Principales catalizadores que pueden haber afectado la estrategia?
			7.2	Aspectos negativos	¿Principales problemas que pueden haber afectado la estrategia?

Tabla 5: Variables adicionales de análisis. *Elaboración propia.*

5. Contexto de la investigación

5.1. Mortalidad por cáncer de mama en la mujer chilena

De acuerdo con los datos obtenidos desde el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) sobre defunciones por causa de muerte entre los años 2016 al 2021, podemos identificar una tendencia al aumento de la cantidad de mujeres que fallecen por causa de un tumor maligno de la mama. En la siguiente tabla se muestra la cantidad de mujeres fallecidas por cada año, el total de fallecimiento por causa de un tumor y la cantidad de fallecimientos por tumor maligno de mama (Ministerio de Salud, 2020).

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Fallecidos	49.239	50.593	50.684	52.010	58.369	52.076
Tumores	12.914	13.161	13.308	13.735	12.982	10.032
Tumor mama	1.490	1.504	1.552	1.654	1.548	1.199

Tabla 6: Cantidad de fallecimientos por tumor de mama. Elaboración propia.

Adicionalmente, en la siguiente tabla podemos observar el dato ponderado de la cantidad total de mujeres fallecidas por tumor maligno de mama, respecto del total de mujeres que fallecieron por causa de algún tumor.

Ponderación	
2016	11,5%
2017	11,4%
2018	11,7%
2019	12,0%
2020	11,9%
2021	12,0%

Tabla 7: Cantidad de fallecimientos por tumor de mama ponderado por año. Elaboración propia.

En la siguiente gráfica, podemos observar el comportamiento de la variación de la ponderación de los fallecimientos por tumor maligno de mama en los últimos 5 años.



Gráfico 2: % de fallecimiento ponderado por tumor de mama en mujeres. Elaboración propia.

En conclusión, a pesar de tener evidencia de una variación al alza del total de mujeres fallecidas, esta variación no representa cambios realmente significativos. No obstante, la problemática puede estar relacionada a la baja reducción del universo de fallecimiento por tumor maligno de mama en el tiempo desde la implementación del programa de cáncer de mama en el año 1995. En este sentido, la autoridad sanitaria ha generado guías y recomendaciones, las cuales serán revisadas para determinar cómo se ha estructurado la estrategia nacional para abordar esta problemática sanitaria.

5.2. Ministerio de Salud

El 3 de agosto del año 1979 es publicado el Decreto Ley 2.763 que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, El instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Dicho texto fue refundido, coordinado y sistematizado con fecha 24 de abril de 2006 y en la definición del Ministerio de Salud, indica lo siguiente (Ministerio de Salud (MINSAL), 2006):

“artículo 4º.- Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de Salud.”

Adicionalmente, se definen como funciones del Ministerio el ejercer la rectoría del sector salud, lo que implica la formulación, control y evaluación de programas generales en la materia del ministerio, como también, la dirección y orientación de todas las actividades relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas, entre otras funciones determinadas.

En línea con lo anterior, en el artículo séptimo del mismo decreto Ley, se indica que al ministro le corresponde la dirección superior por lo cual deberá, fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones que deben ejecutar los organismos integrantes del sistema de salud nacional.

Así también, este Ministerio tiene una misión que se encuentra publicada en su página web y que indica lo siguiente:

“...construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera”

De esta forma, podemos identificar que, dentro de la estructura Estatal, le corresponde al Ministerio de Salud el ejercer el poder rector del sistema de salud. Así también, es este Ministerio el encargado de generar las políticas públicas asociadas a las materias de salud que afectan a la población del territorio nacional. En este contexto, se puede definir que le corresponde a este Ministerio generar las políticas tendientes a reducir la mortalidad por cáncer de mama, generando programas que aborden de manera integral y multisectorial la patología mamaria, y de esta manera proteger a las mujeres que están en mayor riesgo de sufrir esta enfermedad. En línea con lo anterior, una mirada multisectorial, permite no solo enfocarse en el tratamiento, sino que también en la

prevención. Así también, una mirada multisectorial permite generar programas que ayuden en todas las etapas de la enfermedad y desde todos los puntos en los cuales la ciudadanía interactúa con el Estado, desde las múltiples realidades de la población a lo largo de todo el territorio nacional.

5.3. Programa nacional de cáncer de mama

En concordancia con el rol y funciones que tiene el Ministerio de Salud, el año 1995 se pone en marcha el Programa Nacional de Cáncer de Mama, el cual es resultado de un trabajo realizado por la unidad de cáncer de mama. Este grupo de profesionales de la salud, con apoyo del ministro de salud, realiza un análisis de la patología mamaria en el sistema de salud nacional, identificando que existe una brecha sanitaria en relación con esta patología. Entre lo identificado, se evidencia que se produce la muerte de 932 mujeres por esta patología en ese año, siendo la segunda causa de muerte femenina en el país (Prieto & Torres, 2006), lo que motiva la puesta en marcha de este programa.

El objetivo del programa se definió como “Disminuir la mortalidad por cáncer de mama a través del aumento de la pesquisa de cánceres en etapas I y II, realizando tratamientos adecuados y oportunos”. De lo que ha sido posible revisar, se puede indicar que se definieron dos etapas de implementación. El primero correspondería a la organización nacional y local (regional) del sistema de salud y, la segunda, la implementación progresiva del tamizaje.

5.4. Orientaciones programáticas del programa

Tres años después del inicio del programa nacional de cáncer de mama, se publican las orientaciones programáticas de la estrategia. Dicho documento, corresponde a un libro que fue distribuido a los Servicios de Salud que se tituló “Orientaciones para la pesquisa y control del cáncer de mama”. En lo esencial, los capítulos 2, 3, 4 y 12 se pronuncian sobre la idea de una estrategia de tamizaje que se quiere implementar y cuáles son sus objetivos a corto, mediano y largo plazo.

En el punto 2, se entrega la evidencia que se tenía en ese momento y que sustenta el uso de la mamografía como método adecuado para reducir la mortalidad por cáncer de mama en el grupo de mayor riesgo. Adicionalmente, la guía indica la poca evidencia empírica sobre el autoexamen mamario y el examen clínico.

En el punto 3, se presenta el objetivo asociado al Programa de pesquisa y control de cáncer de mama, el cual se indicó en el punto anterior. Adicionalmente, los autores indican la meta a mediano plazo de aumentar de un 50% a un 70% la pesquisa de mujeres con cáncer de mama en estadios I y II. Así también, los autores presentan 3 líneas estratégicas (Ministerio de Salud (MINSAL), 1995):

- » Desarrollo de un sistema de organización de actividades tanto a nivel nacional como local, integrado al programa de la Mujer y al Programa del Adulto, que establezca profesionales responsables de su dirección, coordinación y evaluación.
- » Focalización de la intervención en mujeres de 35 a 64 años integrada al programa de cáncer cervicouterino.

- » Aplicación de una metodología en dos etapas:
 - Primera Etapa – Realizar examen clínico cada 3 años en conjunto con la toma de PAP. De existir antecedentes familiares de cáncer de mama, el examen se debe realizar anualmente. Adicionalmente, se indica que desde los 35 años se debe enseñar a las mujeres la técnica de autoexamen de mama para ser aplicado de forma mensual.
 - Segunda Etapa – Implementar progresivamente el tamizaje mamográfico en mujeres de 50 a 64 años.

En el detalle de la segunda etapa, se especifica lo siguiente:

- » Organización de un sistema de control de calidad de la metodología de tamizaje y diagnóstico (mamografía, histología, etc.).
- » Cobertura de un 80% en mujeres entre los 35 a 64 años con examen físico periódico de mamas.
- » Organización de la atención según niveles de complejidad con una adecuada coordinación entre los distintos componentes del programa, que permita asegurar el diagnóstico definitivo, tratamiento oportuno y rehabilitación del 100% de los casos detectados mediante examen físico o autoexamen.
- » Desarrollar estrategias de promoción que permitan incrementar la participación activa de las mujeres en el programa de pesquisa.
- » Formación y capacitación continua del personal de salud que participa en el programa, en cualquiera de sus niveles.

Complementariamente, en el documento se establecen los grupos objetivos de mujeres diferenciadas por edades y condiciones clínicas complementarias.

Finalmente se establecen las actividades principales y las actividades de apoyo, que deberían considerar los Servicios de Salud a ejecutar.

- » Actividades principales:
 - Detección
 - Diagnóstico oportuno
 - Tratamiento oportuno y adecuado
- » Actividades de apoyo
 - Educación
 - Capacitación
 - Registro
 - Seguimiento
 - Visitas domiciliarias
 - Coordinación
 - Monitoreo y evaluación
 - Rehabilitación
 - Cuidado del paciente terminal

En el punto 4, se profundiza en la estrategia desde el punto de vista de APS, que en ese minuto se identificaba como Nivel de Atención Primaria o NPA. En este punto, se identifica la

relevancia del trabajo comunitario para lograr pesquisar a las pacientes, ya que se indica que existe una baja concurrencia de las mujeres objetivo de este programa a los centros de atención primaria. En síntesis, el documento indica que se necesita que sea la misma comunidad la que promueva la importancia del programa y trabajen en sincronía con sus centros de salud de referencia.

Adicionalmente, se indica que serán Matronas las que estarán a cargo del programa en conjunto con el programa de cáncer cervicouterino. En este aspecto, se promueve a que todos los profesionales de los centros de APS estén en conocimiento del programa y los protocolos de derivación. En este sentido, se promueve el establecimiento de un profesional coordinador en cada establecimiento para dar fluidez a las derivaciones de pacientes con casos sospechosos.

Finalmente, se indican todos los casos de derivación a centro de mayor complejidad y se refuerza la idea de generar canales directos para una atención oportuna de las pacientes.

En el punto 12, se baja a nivel operacional lo revisado en los puntos anteriores para que cada Servicio de Salud pueda bajar con objetivos, metas y actividades concretas lo planteado por la guía en los puntos anteriores. En lo principal, se define el siguiente objetivo del programa:

“Disminuir la morbilidad por cáncer de mama a través de aumentar la pesquisa de cánceres en etapas I y II, y tratarlos oportunamente.

Para el cumplimiento de este objetivo, se plantean las siguientes metas a mediano plazo:

- » Lograr cobertura de un 80% en las mujeres de 35 a 64 años con EFM vigente.
- » Lograr que al menos 40% de las mujeres de riesgo practique el autoexamen mamario mensualmente.
- » Aumentar de un 50% a un 70% la pesquisa de mujeres con cáncer de mama en estadios I y II.

Adicionalmente, la guía propone la siguiente meta a corto plazo que cada Servicio de Salud debe ajustar de acuerdo con su realidad territorial y poblacional.

- » Lograr cobertura de un X% en EFM, AEM, Mamografía u otra variable que dé cuenta del avance hacia el objetivo general del programa.

Finalmente, en este capítulo se plantean las siguientes estrategias a implementar:

1. Generar un sistema de organización de actividades a nivel local y nacional
2. Focalizar la estrategia en mujeres de 35 a 64 años e integrar la estrategia con el programa de cáncer cervicouterino.
 - a. Metodología
 - i. Aplicación de EFM en conjunto con el PAP, de forma trianual.
 - ii. Pacientes con antecedentes familiares deben realizar EFM anualmente.
 - iii. En mujeres de 35 años o más, se debe enseñar el AEM.
3. Generar un sistema de control de calidad de la metodología de pesquisa y diagnóstico
4. Lograr y mantener las coberturas establecidas como metas dentro del programa.
5. Asegurar acceso a tratamiento al 100% de las mujeres con confirmación diagnóstica.
6. Desarrollar estrategias de promoción asociadas al programa de cáncer de mama.
7. Formación y capacitación continua del personal clínico asociado al programa.

5.5. Guías clínicas de cáncer de mama

Las guías clínicas representan lineamientos, recomendaciones y orientaciones al personal clínico que se vincula directamente con pacientes que pueden estar en riesgo de padecer cáncer de mama. A la fecha existen 4 guías clínicas sobre cáncer de mama, las cuales han sido desarrolladas y publicadas en los años 2005 (actualizada el año 2006), 2010, 2015 y 2020. Adicionalmente, se incorporan en este punto la guía clínica de medicina preventiva, la cual indica aspectos relevantes sobre el tamizaje en Chile. A continuación, se presentarán los principales temas que tienen relación con la detección temprana en cada una de estas guías.

5.5.1. Guía clínica año 2005

Principalmente esta guía identifica el concepto de caso sospechoso, el cual se refiere a pacientes que se presentan de forma espontánea en un centro de salud de la red y dada algunas características o condiciones específicas, se hace la recomendación de derivar a EFM y/o Mamografía para iniciar el proceso de confirmación diagnóstico. En este sentido, podemos identificar que no existen antecedentes de recomendaciones o lineamientos para definir la detección temprana de una población objetivo.

5.5.2. Guía clínica examen de medicina preventiva 2008

Esta guía clínica incluye una serie de estudios preventivos para la población, en relación con el cáncer de mama se señalan los siguientes puntos:

- » Desde el año 2005, en donde se implementa la estrategia nacional de salud GES, se incluye una mamografía gratuita para mujeres entre 50 y 54 años.
- » Es recomendable realizar un estudio anual o bianual a las mujeres entre 50 a 69 años utilizando la mamografía.
- » En mujeres entre 40 y 49 años, se recomienda un estudio anual, aunque se indica que la evidencia no es unánime en relación con esta recomendación, ya que la incidencia es baja en este grupo y puede conllevar situaciones que afecten la calidad de vida de las pacientes.
- » Se recomienda que el examen mamográfico sea realizado por un tecnólogo médico especializado en mamografía.
- » Los centros que realicen mamografías deben contar con un sistema de control de calidad para asegurar resultados fidedignos en los informes mamográficos.

5.5.3. Guía clínica año 2010

Esta guía clínica reemplaza la guía del año 2006 y plantea los siguientes objetivos sanitarios:

- » Reducir la tasa de mortalidad estandarizada por edad.
- » Aumentar la pesquisa de cáncer de mama in situ y en estadios I y II.

La guía vuelve a revisar la bibliografía disponible sobre la efectividad de la mamografía como método principal para realizar tamizaje, indicando que las mujeres que participan en un programa de tamizaje tienen mayor probabilidad de optar a un tratamiento y cirugía de carácter conservador. Por el contrario, la guía establece que no existe evidencia suficiente para determinar la efectividad del EFM y AEM en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama. Adicionalmente, la guía ajusta la edad del grupo objetivo, recomendando que accedan a estos programas las mujeres entre 50 y 74 años con mamografía anual o bianual.

5.5.4. Guía clínica año 2015

La guía clínica del año 2015 no incorpora nuevos elementos en lo que se refiere a detección temprana o tamizaje y, como se indica en el documento, actualiza e incorpora recomendaciones para las etapas de confirmación diagnóstica, tratamiento, reconstrucción mamarias y seguimiento de los pacientes.

5.5.5. Guía Clínica año 2020

La guía clínica del año 2020 plantea como objetivo general el entregar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca de la detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. Adicionalmente, propone como objetivo específico el contribuir a mejorar la detección de cáncer de mama en estadios tempranos. No obstante, en relación a la detección temprana no se realiza mayor abundamiento o referencias a las entregadas en las guías anteriores.

5.6. Estrategia nacional de cáncer año 2016

La estrategia nacional de cáncer, publicada el año 2016, indica la relevancia de mejorar los programas de detección temprana o tamizaje asociados a todos los tipos de cáncer que afectan a la población. De forma específica, para el cáncer de mama hace referencia a todo lo que ha sido mencionado en las guías clínicas de cáncer de mama, pero incorpora un dato relevante, en relación con el acceso de la población objetivo al examen mamográfico. El documento indica que existe una mayor cobertura en mujeres afiliadas a ISAPRE, lo que representa un desafío al momento de pensar en nuevas estrategias y buscar mejorar el acceso en el porcentaje de la población que se encuentra afiliada al sistema público de salud (Ministerio de Salud (MINSAL), 2016).

El documento no se refiere a otros componentes o conceptos asociados a un programa de detección temprana de cáncer de mama. A pesar de eso, señala que es un programa existente y que debe ser mejorado.

5.7. Plan Nacional de cáncer 2018-2028

Este documento, corresponde a la estrategia nacional presentada el año 2018 en el segundo gobierno del presidente Sebastian Piñera, por el ministro de salud de ese periodo, Dr. Emilio Santelices. En lo relacionado a detección temprana de cáncer de mama, en la línea estratégica N° 2, identificada como “provisión de servicios asistenciales”, se presenta el tema de “tamizaje, diagnóstico y etapificación oportuna”. En este punto, se propone como estrategia de intervención o iniciativa la disponibilidad de mamógrafos en APS para la detección precoz de cáncer de mama. No se evidencia la incorporación de algún otro punto que esté orientado a la definición de una política o programa de detección temprana.

5.8. Ley Nacional de Cáncer N° 21.258

La nueva Ley Nacional del Cáncer busca establecer un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de nuevas políticas y programas públicos que tengan por objeto abordar de forma integral las problemáticas asociadas a las diferentes patologías derivadas del cáncer. En específico, no existe referencia a alguna medida, acción o sugerencia sobre detección temprana de cáncer de mama. No obstante, se genera un nuevo fondo nacional de cáncer, el cual podría ser el comienzo de una definición desde una perspectiva financiera para generar estrategias o programas asociados a la detección temprana.

5.9. Síntesis descriptiva

Como se ha descrito previamente, el Ministerio de Salud es el encargado de resguardar el bienestar de la ciudadanía, generando las políticas y programas tendientes a estimular la promoción y prevención en salud. Adicionalmente, debe generar las acciones tendientes a permitir trazabilidad de los pacientes y asegurar cobertura financiera para enfermedades críticas. Por otro lado, los datos de mortalidad en mujeres por cáncer de mama indican que el fallecimiento por esta patología continúa siendo un problema sanitario que representa la primera causa de muerte en mujeres por cáncer en el país, manteniendo una tasa que no tiene una variación a la baja importante.

En coherencia con lo anterior, de la revisión y descripción de los documentos que hasta a la fecha han servido como guía y base de la implementación de la estrategia de detección temprana de cáncer de mama, es posible deducir que no se cuenta con una estrategia unificada y clara, que aborde todos los aspectos que se han descrito como esenciales y que en otros países han tenido resultados cercanos o por sobre el 30% en la reducción de la mortalidad por esta patología. Incluso, se ha podido identificar que no existe un documento que trate directamente el tema de la detección temprana de cáncer mama, que profundice en cada uno de sus componentes y características, que indique si existirá financiamiento específico para cada una de esas etapas y que dé cuenta de objetivos y actividades, que deben estar en una estructurada coherente para desarrollar este tipo de programas. Un ejemplo claro de esto es que el 100% de los países que tienen buenos resultados en estas estrategias, realiza doble lectura de las imágenes que se obtienen mediante la mamografía. Por el contrario, en Chile aun continuamos realizando un solo informe para cada examen mamográfico, sin tener absoluta claridad si el profesional que informa dichos exámenes es un especialista en

imagenología mamaria y si los centros en los cuales se obtienen las imágenes se encuentran bajos los estándares mínimos que aseguren la calidad de las imágenes obtenidas, para de esta manera asegurar una intervención sin riesgos y eficiente a las pacientes.

Finalmente, podemos indicar que Chile lleva 15 años implementando una estrategia para abordar la temática del cáncer de mama y es factible aseverar que los resultados obtenidos a la fecha no son los esperados y no se encuentran alineados con las experiencias internacionales (Monsalves et al., 2020). En este escenario, se hace necesario realizar un análisis de lo realizado para identificar de forma clara qué es lo que se ha estado realizando y posibles modificaciones que podrían tener un impacto directo en el aumento de la reducción de la mortalidad por cáncer de mama.

6. Análisis y resultados

6.1. Análisis bibliográfico y estrategia nacional

Revisada la estrategia nacional y los 4 lineamientos establecidos por la BHGI, podemos identificar que la actual estrategia los aborda de la siguiente manera:

Lineamiento	Resultado análisis de la estrategia
Promover el empoderamiento de las mujeres para acceder a tratamiento de salud oportuno	No se evidencia presencia en la estrategia nacional de un objetivo o lineamiento asociado al empoderamiento de la mujer en la temática.
Desarrollar la infraestructura para detectar y tratar el cáncer de mama	En la estrategia nacional se evidencia la inversión en infraestructura, pero no se tiene a la vista una estrategia centralizada y única para la red de atención pública y privada.
Iniciar el proceso de detección temprana a través de la educación y la concientización sobre el riesgo y otros aspectos de la patología mamaria	Se evidencia la existencia de estrategias de prevención en atención primaria. No obstante, el cáncer de mama se encuentra dentro de un grupo de patologías que los funcionarios de salud debieran abordar entregando información a las usuarias del sistema público.
Cuando existan los recursos económicos, se requiere expandir la detección temprana a la estrategia con mamografía a poblaciones objetivos	Principalmente la estrategia tiene una mirada basada en la detección a través de la mamografía. Ahora bien, esta estrategia tiene algunos aspectos que no se encuentran cubiertos o no se ajustan a lo que internacionalmente ha dado resultado.

Tabla 8: Resumen de resultado de análisis de la estrategia respecto de las recomendaciones internacionales. *Elaboración propia.*

Adicionalmente, de la recopilación bibliográfica revisada, se pudo definir la metodología para comparar la estrategia nacional con las referencias internacionales. En este contexto, presentaremos las variables definidas para comparar el estándar internacional definido con la realidad de la estrategia que fue revisada.

Característica	Estándar Internacional	Estrategia Chilena
Tipo de Programa	BP	Basada en población Objetivo
Tipo de Cobertura	Nacional	Estrategia nacional pero fraccionada, dependiente de los Servicios de Salud y con bajas coberturas.
Tipo de Tamizaje	Incorpora mamografía digital	No se tiene la información necesaria para definir una mirada país. En el sistema público se tiene un alto porcentaje de mamografía digital.
Vistas	vista doble	Mayoritariamente doble vista
Informe	Doble lectura	Lectura simple del examen

Intervalo de medición	realiza exámenes cada 2 años	Existe inconsistencia en la información teniendo lineamientos que hablan de 1, 2 y 3 años.
Años de la población objetivo	47 a 72 años	50 a 64 años de cobertura en mujeres
Porcentaje de población atendida	61 %	No se tiene un dato certero a nivel de población total de mujeres a nivel nacional. No obstante, de lo revisado con la referente del SSMS se tiene una baja cobertura a nivel nacional.

Tabla 9: Resultados del análisis de la estrategia nacional respecto de las experiencias internacionales con reducción en la mortalidad por cáncer de mama. Elaboración propia.

En este sentido, si bien podemos evidenciar que no existe una política o programa unificado y centralizado de detección de cáncer de mama en Chile, si es factible reconocer que coexisten una serie de estrategias tendientes a abordar la problemática desde diferentes puntos de vista. En este sentido, en lo presentado previamente se evidencian las brechas entre las recomendaciones internacionales y lo que actualmente está siendo trabajado por el Ministerio de Salud en esta temática.

Para profundizar en el análisis se realizan entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron aplicadas en formato telemático y presencial, en la mayoría de los casos, para recolectar las opiniones o percepciones de los expertos en la temática o, por otro lado, recolectar las experiencias de estos actores en algunas estrategias tendientes a abordar el cáncer de mama.

6.2. Antecedentes de las entrevistas realizadas

Durante el proceso de trabajo de campo se lograron realizar 11 entrevistas, a referentes del Servicio de Salud Metropolitano Sur, referentes de grupos de expertos en patología mamaria, referentes del Ministerio de Salud y referente del programa implementado en Uruguay. La mayoría de las entrevistas fueron realizadas de forma presencial entre los meses de marzo a mayo del 2020, manteniendo todas las medidas de seguridad por contagio de COVID-19, pudiendo aplicar el instrumento y profundizar en aspectos que fueron considerados importantes a destacar. En casos particulares, se realizaron entrevistas mediante videollamadas, lo cual se coordinó previamente con los entrevistados.

En lo particular, el grupo de entrevistados recorre de forma integral a los actores que se involucran directa o indirectamente en la estrategia de detección temprana de cáncer mama. En este sentido, se pudo aplicar el instrumento a referentes que trabajan directamente en la implementación de la estrategia, algunos referentes encargados de la coordinación general desde el Servicio de Salud y referentes asociados al diseño y rectoría de esta. Esta mirada, permite tener información recolectada desde múltiples visiones de la estrategia y considerar puntos de vista que no necesariamente estuvieron alineados o fueron coincidentes. Adicionalmente, esta mirada se complementó con la experiencia de un programa que tuvo buenos resultados en un país del mismo continente que a pesar de tener una realidad diferente a la de Chile, no deja de ser una referencia

más cercana a nuestra realidad. En los anexos N°1 y N°2, se presenta la información consolidada de las respuestas asociadas a cada ámbito y variable de investigación, el cual es complementado con un análisis de frecuencias por cada tipo de respuesta.

6.3. Análisis de información

6.3.1. Categoría: Definición política

Como fue definido en el capítulo de metodología esta categoría se refiere a la definición y formalización de la estrategia en documentación oficial, la cual queda a disposición de la ciudadanía y entrega las definiciones claves de la estrategia. En particular, esta categoría busca identificar la existencia o reconocimiento por parte de los referentes de la estrategia, ya que es un aspecto clave para la bajada, implementación y evaluación del programa por parte de las autoridades, como así también, de la ciudadanía.

Subcategoría: Existencia de una política o programa formalizado

En esta subcategoría el total de entrevistados (10/10) indicaron no reconocer la existencia de una política o programa de detección temprana de cáncer de mama en Chile que dé cuenta de los requisitos básicos identificados en el marco teórico. No obstante, se reconoce que existen documentos en donde se identifican o esbozan esfuerzos para avanzar en detección temprana. Así también, ningún entrevistado pudo identificar que exista una estrategia formalizada en Chile que dé cuenta de un plan integral. En este sentido, estos documentos o estrategias segregadas abordan aspectos de lo que podría ser en conjunto un programa propiamente tal, pero al estar segregados los esfuerzos no se potencian o funcionan sin considerar la integralidad de la atención en las pacientes. Lo anterior, es evidenciado en la siguiente cita:

“yo diría que es una mezcla entre las definiciones y los objetivos del programa de imágenes diagnósticas, del programa de la mujer y del programa Nacional del Cáncer, que va con un enfoque de género...Porque efectivamente, estos son distintos programas que van apuntando hacia un problema, pero todos desde su propia visión, desde su programa.” Entrevistado 1.

Finalmente, como se describe en la literatura, es necesario al momento de planificar la estrategia de detección temprana de cáncer de mama identificar la existencia de un programa integral. En este caso, estaríamos evidenciando que dicha estrategia no existe y que el primer paso sería la definición de dicha estrategia, estableciendo todos sus ámbitos de acción y alcances, los cuales ya han sido descritos previamente en este trabajo.

Subcategoría: Existe evidencia de difusión de la estrategia

En esta subcategoría 6 de los entrevistados indicaron que la actual estrategia y su documentación entregan información confusa (4/10), falta difusión de la información (1/10) o la información se encuentra incompleta (1/10). En relación con la información confusa, los entrevistados hacen alusión a la diferencia en la frecuencia con la cual las mujeres pueden acceder al examen de mamografía, ya que, las guías clínicas actualizadas indican una frecuencia de 2 años, pero en la guía del examen médico preventivo, se establece para las mujeres una mamografía cada 3 años. Lo anterior, no solo confunde a las usuarias, sino que también, a los equipos clínicos, que podrían no tener claridad, a la fecha, de cuál es la frecuencia con la cual las pacientes se deben realizar este examen.

En línea con lo anterior, podemos identificar que al no existir una definición política clara de la estrategia se producen situaciones de falta de sincronía, en donde la estrategia pierde foco o se diluye la fuerza de lo realizado, al establecer y entregar información confusa o incompleta, tanto a las usuarias, como al personal de salud.

6.3.2. **Categoría: Recursos**

Como fue definido en el capítulo de metodología esta categoría se refiere a los recursos necesarios para poder implementar correctamente la estrategia o programa bajo niveles mínimos de calidad y seguridad para las pacientes. En lo particular, se definen dos subcategorías asociadas a la existencia de los recursos adecuados desde el punto de vista de recursos humanos, personal existente, idóneo y capacitado, y, por otro lado, desde el punto de vista de la infraestructura y el equipamiento, en lo que se refiere a cantidad de centros para mamografía, equipos de adecuados, entre otros.

Subcategoría: Personal idóneo y capacitado

En esta subcategoría 8 de 10 entrevistados indicaron que existe carencia de especialistas o personal asociado a la estrategia y hacen énfasis en dos situaciones particulares. Por una parte, la falta de profesionales subespecialista en mamografía, ya sea del ámbito médico, en donde se tiene que estudiar una subespecialidad desde la especialidad de radiología o desde los profesionales tecnólogos médicos, enfermeras o técnicos paramédicos que deben hacer especializaciones o cursos específicos para el trabajo asociado a la patología mamaria. Por otro lado, se indicó que en APS los profesionales asociados a esta estrategia no tienen dedicación exclusiva, lo que se traduce en destinar parte de su jornada a la realización de tareas asociadas a la detección temprana de cáncer de mama, lo que disminuye aún más las horas disponibles de profesionales, la brecha de recursos humanos o, desde otro punto de vista, podría ser un factor que reduce la calidad en la atención al existir una sobre carga de trabajo.

Lo anterior, es reforzado con las siguientes citas:

“Chile también es un país que carece de tantos radiólogos especialistas en mamografía, porque igual es una especialidad dentro de la misma especialidad rayos” Entrevistado 4.

“sí, efectivamente hay pocos recursos humanos y además el grupo no está como dentro de lo focalizado en el fondo priorizado para una atención de salud” Entrevistado 9.

A mayor abundamiento, en el contexto de la presente investigación, el recurso humano disponible es un eje clave para la planificación de una estrategia adecuada de detección temprana de cáncer de mama, por lo cual, no deja de ser un punto clave el identificar si contamos con el personal idóneo, capacitado y en la cantidad necesaria para implementar el programa y dar respuesta a toda la población que deseamos atender. En este sentido, de acuerdo con lo indicado por referentes no estaríamos en condiciones de llegar con el programa a toda la población que requiere acceder, incluso considerando el grupo objetivo definido por el rango de edades en las cuales se puede acceder a la estrategia de detección temprana de cáncer de mama.

Subcategoría: Infraestructura y equipamiento adecuados

En esta subcategoría todos los referentes indicaron un problema desde el punto de vista de la disparidad en la calidad (6/10) y brecha en la cantidad (4/10), de centros y/o equipos. En este contexto, se identificaron como problemas principales la no existencia de una normativa asociada a la calidad de los centros y del equipamiento que disponen los prestadores públicos o privados, la cantidad de centros o equipos a nivel nacional y la concentración en las grandes urbes.

En relación a la calidad, en efecto no existe una normativa desde el Ministerio de Salud que establezca un estándar para este tipo de centros o para el equipamiento, si bien a nivel público se han realizado compras de equipos que, de acuerdo a referente del SSMS, cumplen con las características tecnológicas para hacer un buen diagnóstico, a nivel privado, no se tiene la misma realidad, en parte debido a que se tiene un objetivo totalmente diferente, en donde, podrían existir casos en los cuales la rentabilidad del centro está por sobre la calidad de las imágenes obtenidas. A esto es necesario sumar que no contamos con un catastro a nivel nacional de la cantidad de centros públicos y privados que existen, así tampoco de los equipos que tienen, sus marcas, modelos, años de vida útil, entre otros aspectos que nos podrían entregar una mirada global del estado de la infraestructura y equipamiento asociado a esta estrategia.

En relación con la brecha y concentración, la discusión se centró en mayor medida sobre la disparidad territorial que se tiene con la cantidad de centros y equipos, y en cómo se abordaría el problema de los territorios extremos o de difícil acceso. Como se ha descrito, a nivel internacional los mejores resultados se han obtenido con estrategias nacionales y para el caso de Chile, nuestro extenso territorio y alta ruralidad establecen un desafío que es difícil de abordar, especialmente, ya que lo anterior significa realizar consideraciones que tendrán un alto impacto en el financiamiento de la estrategia.

6.3.3. Categoría: Financiamiento

Como fue definido en el capítulo de metodología esta categoría se refiere a los recursos económicos que son necesarios para implementar la estrategia y como se asegura el acceso al programa sin barreras para las pacientes desde el punto de vista financiero.

Subcategoría: Presupuesto definido

En esta subcategoría la mayoría de las respuestas (9/10) están asociadas a dificultades en el financiamiento de la estrategia, por un lado, 6 de los entrevistados indicaron que no existe un presupuesto definido y, por otro lado, 3 indicaron desconocer que exista un presupuesto definido para la detección temprana. En el análisis de las respuestas se reitera que el presupuesto dirigido a APS no se encuentra diferenciado y que correspondería al mismo presupuesto "Per Cápita" que se entrega por población asignada a los centros de referencia. Adicionalmente, se reconoce que el programa de imágenes diagnósticas viene a ser un refuerzo a la estrategia, pero no es exclusivo para mamografía, ya que dicho programa considera otros exámenes de imagenología de otros programas. En relación con estos puntos, se destacan los siguientes comentarios:

"...podríamos sacar como conclusión que no existe un presupuesto definido para esto, sino que está dentro de un per cápita asociado a una prestación que es la de cuidado de la mujer."

Entrevistado 2.

"Entiendo que no. Para por lo menos en el ámbito de atención primaria, la verdad es que esto está dentro del per cápita, que está dentro de las prestaciones generales que debe realizar nuestra atención primaria, por lo cual, no está marcado ese presupuesto para desarrollar estrategias específicas, lo que obviamente siempre dificulta la gestión del recurso."

Entrevistado 3.

"O sea, existen recursos asociados a toma de imágenes que se pueden asociar a detección temprana. Pero... un recurso específico, que me digan esta cantidad de millones son para detección temprana, que vaya a incluir prevención y detección desde atrás y no solo en la toma de examen... no lo tengo claro." **Entrevistado 1.**

En efecto, uno de los puntos que sustentan una política o programa público es el financiamiento, por lo cual se hace seguimiento y evaluación de la ejecución de esta. Ciertamente, si no logramos reconocer la existencia de dicho financiamiento o, si el mismo, no se encuentra definido claramente y estructurado de manera que el personal sanitario pueda recibir y ejecutar las acciones tendientes a cumplir el objetivo clínico, es difícil argumentar que la actual estrategia se encuentra cubriendo lo esencial para estar alineada con los estándares de países que han tenido resultados positivos en la disminución de la mortalidad por patología mamaria.

Subcategoría: Cobertura GES

En esta subcategoría 8 de los entrevistados indicaron que sería adecuado que la misma estuviera cubierta por el GES de cáncer de mama, el cual asegura financiamiento y acceso. Justamente, lo que el GES actualmente no considera es la detección temprana y todas las condiciones o implicancias que eso significa para la población que se requiere mantener bajo control. Lo anterior, se transforma en un aspecto más relevante aun, cuando se cuenta con antecedentes familiares o genéticos en alguna paciente, lo que actualmente no tiene cobertura ni alguna estrategia sanitaria para su manejo.

Ahora bien, es interesante indicar que, dentro de la discusión, los entrevistados que reusaron la idea de incorporar este apartado en el GES de mama, lo fundamentaban en el problema que se generaría en APS al asegurar plazos asociados a dicha prestación y cuál sería el objetivo para dar cumplimiento de dicho plazo para los funcionarios de salud. Lo anterior, no deja de tener sentido de realidad, no obstante, son condicionantes que deberían ser estudiadas, trabajadas con los actores relevantes de atención primaria para definir la mejor forma de asegurar el acceso universal al programa por parte de la población femenina.

6.3.4. **Categoría: Cobertura**

Como fue definido en el capítulo de metodología esta categoría se refiere a la cantidad de población que puede ser beneficiaria del programa desde la perspectiva de grupo objetivo.

Subcategoría: Edad de ingreso y salida del programa

En esta subcategoría 7 de 10 entrevistados indicaron que el actual rango de edades, en el cual se puede acceder al programa, no es el adecuado y se debería ampliar. Efectivamente, la discusión principalmente se llevó hacia la necesidad de incluir un rango más amplio de mujeres, ya que en los casos en donde no existe un seguimiento continuo las pacientes tienden a llegar a la consulta en etapas avanzadas de la patología, lo que se traduce en un BIRAD mayor. En este sentido, se entiende que la actual estrategia focaliza los recursos limitados, en el grupo en donde la literatura ha definido que se tiene un mayor impacto, en otras palabras, es el rango más costo-efectivo. No obstante, el actual rango de edades tampoco es coincidente con lo que hemos identificado que hacen los países que han tenido buenos resultados en la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, lo cual es un indicador de que esta barrera para ingresar al programa debería ser evaluada, cuestionada y ajustada a la realidad económica y sanitaria de nuestro país.

Subcategoría: Extensión geográfica que abarca el programa

En esta subcategoría 6 de los entrevistados indicaron que no consideran que el programa llega en las mismas condiciones a todo el territorio nacional, 3 indicaron no tener información al respecto, por lo cual no se pronunciaron mayormente sobre la consulta y 1

entrevistado indicó que el programa llega a todo el territorio nacional, pero con bajas coberturas.

Como hemos mencionado previamente, la población objetivo es uno de los aspectos esenciales para el diseño del programa y en este caso, la realidad chilena es ser el país más largo del planeta con 4300 kilómetro de extensión y una geografía que incorpora islas, archipiélagos, desiertos, montañas, entro otros territorios urbanos y rurales en donde se tiene que llegar con esta iniciativa. En línea con lo anterior, no es extraño que algunos referentes hayan indicado la existencia de baja cobertura y algunas problemáticas asociadas a población aislada o distante de las grandes urbes, lo cual pone sobre la mesa el enorme desafío de poder asegurar el acceso a todas las pacientes que requieran una atención oportuna. Desde otra perspectiva, la situación se agudiza al considerar la indicación de bajas coberturas del programa a nivel nacional, lo que daría cuenta no solo de un problema de cobertura geográfica, sino que a eso se sumaría el hecho de no estar llegando a toda la población objetivo, la que ya se encuentra determinada y focalizada en un subgrupo acotado e insuficiente.

6.3.5. **Categoría:** Efectividad

Como fue definido en el capítulo de metodología esta categoría se refiera a la eficiencia del programa, desde aspectos de reducción de la mortalidad e indicadores de efectividad adicionales.

Subcategoría: Reducción de la mortalidad

En esta subcategoría 8 de los entrevistados indicaron no considerar que la estrategia es efectiva en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama y 1 entrevistado indicó que no es posible definir si la estrategia está siendo efectiva. Además, si consideramos la tasa de mortalidad asociada a la patología mamaria, no es extraño el tener esta sensación general en los entrevistados, ya que no se ha logrado una reducción efectiva de la mortalidad en los últimos años. Ahora bien, estas estrategias suelen tener resultados en un periodo de 10 a 15 años y los resultados que estamos viendo hoy, podrían ser reflejo de lo realizado entre los años 2000 o 2005 en adelante. La situación se complejiza, si consideramos que la pandemia por COVID-19 afectó la atención en APS, ya que todo el sistema sanitario se concentró en el manejo de las urgencias respiratorias y en el proceso de vacunación de la población, quedando las consultas de morbilidad suspendidas o relevadas a un segundo o tercer plano.

Es importante señalar, que la mortalidad no es el único indicador que nos entrega evidencia de la eficiencia de la estrategia, pero en este minuto, nos da una mirada general del resultado de lo que hemos estado haciendo para abordar esta problemática sanitaria y nuevamente caemos en la conclusión que es necesario evaluar la estrategia y buscar nuevas alternativas de solución.

Subcategoría: Indicador de efectividad

En esta subcategoría se dieron respuestas variadas, ya que la pregunta era totalmente abierta. No obstante, la mayoría de los entrevistados coincidieron en que identificar el estadio del cáncer de mama cuando se confirma y mirar como progresivamente, debería moverse el máximo de confirmaciones hacia estadios menores, sería un indicador relevante y que daría cuenta de que se está avanzando en una línea correcta.

Adicionalmente, se hace mención a los años de vida perdidos por discapacidad y el acceso a prestaciones reparatorias, dos puntos que podrían ser resumidos en el hecho de estar revisando las consecuencias desprendidas en las mujeres que padecen de patología mamaria. No cabe duda y así lo ha expresado la OMS, que las mujeres no solo ven afectada su vida personal, sino que también su vida laboral, familiar y social. Lo anterior, trae una serie de consecuencias que quedan invisibilizadas y que, en algunos casos, representan un mayor impacto psico-social en las mujeres.

Lo anterior, se refuerza con las siguientes referencias:

“la medición de impacto de las estrategias y cómo se focaliza. Porque si, obviamente yo me focalizo solo en la mortalidad, mi foco va a ser disminuir siempre la mortalidad, pero también el resultado de las intervenciones a las que esas mujeres se someten es importante, porque van afectar. Una mujer, probablemente, con un buen pronóstico de cáncer va a vivir 20, 30, 40 años más; pero una mujer que quedo con movilidad reducida o que psicológicamente quedo más afectada, por ejemplo, posterior a un cáncer de mama, quizá no viva esos 30 años o si los vive va a ser en peores condiciones.” **Entrevistado 9.**

“la calidad de vida, en las pacientes con cáncer de mama es muy categórica, el que a una paciente tú le hagas una cirugía mínima, que se le llama mastectomía parcial que puede ser muy pequeña. Hacer una mastectomía le cambia la vida para siempre a una mujer, aunque le hagas una reconstrucción. Entonces hay que evaluar la mortalidad, si bien es un indicador que alguien muera por cáncer de mama, detrás de eso es como fue la vida de esa mujer con cáncer de mama. Porque también si es tardío, va tener recidivas y cada vez que aparezca una recidiva, hay que tratarla de nuevo y darle otra quimio y quizás operarla de nuevo y después viene la metástasis, etc.” **Entrevistado 11.**

6.3.6. **Categoría:** Coordinación y articulación institucional

Como fue definido en el capítulo de metodología esta categoría se refiera a los mecanismos o metodologías mediante los cuales se coordinan las diferentes instituciones que participan en las etapas de este programa.

Subcategoría: Coordinación general del programa

En esta subcategoría 9 de los entrevistados indicaron no reconocer la existencia de una unidad coordinador del programa que se encargue de definir los procesos de atención y sus derivaciones, entre otras tareas. Lo cual es consecuente y coherente con lo que se tiene actualmente como detección temprana y que entendemos como una serie de acciones o estrategias, con una mirada de focalización de recursos, distribuidos en los 29 Servicios de Salud del territorio nacional. En este sentido, dichas estrategias están a cargo de algún profesional de la institución y su desarrollo depende mayoritariamente de la mirada que tenga dicho profesional o de la especificación de su cargo y la priorización que determina la Dirección del Servicio correspondiente. De forma complementaria, es factible indicar que desde el Ministerio de Salud tampoco existe una unidad, departamento o división que se encargue directa y exclusivamente de esta estrategia, lo que continúa diluyendo la energía que se podría tener en esta temática.

Lo anterior, se refuerza con la siguiente cita:

“No existe una unidad coordinadora. Son todos personajes independientes. Por ejemplo, tú acá tienes un profesional como referente del programa de la mujer, y ella toma cáncer de mama. Pero ella llega, no sé, hasta un cálculo o área. También tienes a otro profesional por imágenes diagnóstica que ella va a ver el cálculo de las coberturas metas. Pero ese cálculo lo debe aterrizar otro profesional en presupuesto por ejemplo y otro profesional en redes va a tener que ver los mapas de derivaciones, eso los ve él. Después, si se escapan de todo eso, en esos casos me llega a mí. Entonces al final son muchas personas.” Entrevistado 1.

Subcategoría: Actores involucrados en el programa

En esta subcategoría se dieron múltiples respuestas de los entrevistados, ya que la pregunta se realizó de forma abierta. Realizado el análisis de las frecuencias sobre actores que fueron señalados como relevantes a la hora de implementar la estrategia, se desprende que la comunidad o ciudadanía en conjunto con el Ministerio de Educación, son actores que no pueden estar ajenos a esta planificación. Lo anterior, principalmente se encuentra asociado a la falta de empoderamiento y comunicación con las usuarias, como así también con la comunidad. Como mencionamos en el marco teórico, uno de los cuatro puntos de una estrategia de detección temprana ajustada a las recomendaciones internacionales es promover el empoderamiento de las mujeres para acceder a tratamiento de salud oportuno, este punto se encuentra estrechamente relacionado con la información que ponemos a disposición de la ciudadanía para que la misma sea conocida y transmitida entre los integrantes de los grupos familiares, con el objetivo de que estén en conocimiento de las políticas y programas asociados a esta estrategia y puedan acceder de forma fluida a los mismos. Así también, se podría esperar que los ciudadanos puedan tener conocimiento de las implicancias de la enfermedad para las mujeres y como las puede llegar a afectar en el corto, mediano y largo plazo.

En relación estos aspectos, se pudieron evidenciar en las entrevistas y son relevantes los siguientes comentarios:

“...Yo diría que la comunidad. Así, las mujeres hoy en día en el programa de cáncer de mama lamentablemente vienen siendo objeto y no sujeto. Como yo le debo tomar la mamografía y no como “las mujeres ... tenemos derecho a tomárnosla” Entrevistado 4.

“falta que haya una política desde educación que llegué y que apertura en el fondo para el trabajo en conjunto; que es distinto, en los colegios sí están abiertos para que hagamos cosas nosotros desde salud.” Entrevistado 3.

En otro apartado, los entrevistados indicaron como relevante la participación del Ministerio del trabajo y previsión social y las actividades realizadas por Universidades a nivel nacional. En este sentido, en relación con el Ministerio del trabajo se indicó que puede aportar desde la perspectiva de reducir algunas barreras que se tiene en la estrategia, una de ellas fue la definición de un permiso para las mujeres trabajadoras para que puedan asistir a tomar su examen en horario laboral. Por otro lado, las Universidades deben estar presentes para potenciar la I+D, generación de información relevante asociada a la ejecución de los programas, evaluaciones, entre otros aspectos que pueden ser abordados con todo el potencial de investigación de dichas instituciones académicas.

En relación con este apartado, una referencia de interés es la realizada por referentes ministeriales:

“otro sería el ministerio del trabajo. O sea, el ministerio de trabajo y todos los organismos involucrados en el fondo en tener recurso humano femenino y que, por lo tanto, potencialmente pueda tener cáncer de mama. Hay un permiso laboral que consta de media jornada laboral para hacerse los exámenes preventivos que le llaman, que son los exámenes que están en el EMPA según los grupos etarios que corresponden y ese permiso la verdad es que no se utiliza mucho.” Entrevistado 10.

6.3.7. **Categoría:** Aspectos generales

Como fue definido en el capítulo de metodología esta categoría recopila comentarios o antecedentes relevante para la investigación pero que no pueden ser clasificados dentro de las 6 variables planteadas inicialmente en el estudio. Estos aspectos relevantes serán clasificados, de acuerdo con el impacto que tendrían o tuvieron al momento de implementar una estrategia, en positivos o catalizadores y negativos o problemas.

Es importante señalar que a este punto se suma la entrevista realizada al referente del programa de detección temprana en Uruguay, quien cuenta con una extensa carrera profesional y como conferencista en las temáticas asociadas a cáncer de mama e imagenología. Desde su perspectiva, entregó aspectos catalizadores y barreras asociadas al programa de cáncer de mama en Uruguay.

Subcategoría: Aspecto positivos

En esta subcategoría, la principal temática que se presentó en las entrevistas fue la educación con 14 puntos que se pudieron asociar a esta materia. Educación, en el sentido de entregar la mayor cantidad de información a la ciudadanía sobre el cáncer de mama y la estrategia implementada en el territorio, con objetivo principal de empoderar a las usuarias y sus grupos familiares y que de esta manera puedan acceder, facilitar y ser partícipes del proceso. Este punto se ve reforzado en las siguientes citas:

“Yo creo que todo se reduce a educación porque, no sé, si podemos tener todos los otros aspectos de lineamiento, coordinada la red, financiamiento, todo eso; pero si la mujer no tiene idea que existen estos documentos que van orientados quizás a una política pública, orientada al diagnóstico de cáncer, a cáncer de mama, no sacamos nada. Si no lo informamos, si no la educamos, si no promocionamos, así como “¡oiga! usted puede tener cáncer de mama, pero si se controla todos los años lo podemos evitar” Si no existe eso, no sacamos nada con hacer mil estrategias.” **Entrevistado 7.**

“Concientizar a la gente con lo siguiente: en primer lugar, no asociar más al cáncer de mama con la muerte, fue una de las cosas que más hincapié se hizo.” **Entrevistado 5.**

“si la gente entiende que, si concurre y detecta tempranamente las cosas, no se va a morir, es la única manera.” **Entrevistado 5.**

“quedo harto demostrado, que lo que vale la pena es brindar información, la sensibilización del público, que la gente sepa; no puede ser que la gente no sepa que tenemos tal problema.” **Entrevistado 5.**

En segunda instancia, se indicó como un aspecto positivo o que podría ser un catalizador sobre la disminución del cáncer de mama, ciertos aspectos relacionados a definiciones que, según los entrevistados, deberían estar consideradas en la política pública o programa de detección temprana. En este contexto, se plantea la necesidad de que este programa sea una definición de estado y que contemple el financiamiento requerido para realizar una implementación adecuada en el territorio y población objetivo. En línea con lo descrito, referente SSMS, nos indica lo siguiente:

“tiene que ser una definición de estado, insisto. En que se le asignen los recursos y todo para que, a todas las mujeres, independiente si son FONASA, privado, etcétera; se le integre a un programa de detección nacional de cáncer” **Entrevistado 11.**

Finalmente, el último aspecto destacable fue el tamizaje activo en relación a la necesidad de cambiar el foco que actualmente se encuentra en una mirada de tamizaje oportunista. En este sentido, como hemos podido revisar los países con resultados positivos en el abordaje de esta patología tienen una mirada de tamizaje organizado y con un importante componente en población asintomática, lo cual está distante de la realidad nacional. Este punto fue destacado con la siguiente cita:

“Cómo salimos a buscar a las mujeres y cómo se convence a las mujeres, porque uno de los temas que se escucha reiteradamente en la atención primaria es que se hacen los esfuerzo y la mujer no quiere.” **Entrevistado 2.**

Subcategoría: Aspectos negativos

En esta subcategoría, se destacaron 5 temáticas de las cuales 1 será omitida en la presente discusión, ya que se refiere a la falta del componente educacional en ciertos aspectos de la estrategia y la temática ya fue abordada en la subcategoría anterior, desde una perspectiva positiva o catalizadora de la estrategia. Por lo cual, las 4 temáticas relevantes son la falta de una política pública, fragmentación de la estrategia, falta de estándar de calidad y registro deficiente.

En relación a la falta de una política pública y fragmentación de la estrategia, se hace referencia a una serie de puntos en los cuales al no contar con una política que, de estructura al programa, se genera una bajada fragmentada de diferentes iniciativas o estrategias que buscan abordar ciertos aspectos de la problemática desde diferentes puntos de vista y, en ocasiones, incluso de forma contradictoria. Lo anterior, lo podemos visualizar en la dependencia de cada estrategia de los incentivos que tienen los referentes de cada Servicio de Salud o, como hemos comentado previamente, en lo confusa o inexistente que puede llegar a ser la información disponible para la ciudadanía. Adicionalmente, algunos referentes expusieron que la estrategia no se encuentra completa, faltan aspectos que pueden ser relevantes para cumplir el objetivo de reducir la mortalidad por esta patología y, lo que es más preocupante aun, es que al ser una estrategia incompleta podría existir una asimetría e inequidad en los tratamientos a los cuales pueden acceder personas con una mayor cantidad de recursos, respecto de personas con carencias económicas y estructurales.

Algunas referencias que dan sustento a lo descrito son las siguiente:

“nos quedamos pegados con esto del examen de medicina preventiva cada 3 años y como que ahí estamos, hemos estados estancados yo creo.” **Entrevistado 9.**

“Tampoco hay un plan nacional de formación de especialistas en esta área. O sea, todos los especialistas radiólogos, que se especializan en mama, son autodidactas. O sea, no sé si es la palabra autodidacta, pero ellos por motivación propia estudian esa especialidad.” **Entrevistado 11.**

“No hay tampoco políticas laborales para una mujer con cáncer de mama. O sea, esa mujer debería tener un apoyo especial, no en el sentido de discriminarla, sino que como integrarla, porque uno ve, cuando controla a esa mujer, como todavía el país la discrimina, no tienen buenas opciones, quedan marcadas, una mujer que se presenta a un trabajo: yo tuve cáncer de mama y probablemente no la van a meter, porque esta mujer va a pasar con licencia.” **Entrevistado 11.**

“porque tenemos una política de protección hacia la mujer supuestamente a la familia, a la efectividad, etcétera, etcétera. Y si no tenemos una política real de detección temprana en verdad, ¿qué estamos protegiendo?” **Entrevistado 1.**

“yo creo que algo que nos juega en contra es que, por más que uno trate, o sea que trabajamos en una red integrada, los programas están muy desintegrados y eso también juega en contra de hacer algo mejor en esa línea.” **Entrevistado 2.**

“No conocer nuestra población. La falta de redes, la falta de RIS propiamente tal, las famosas redes integradas que mucho se habla, pero pocos sabemos si funcionan realmente o no.” **Entrevistado 7.**

Como fue enunciado previamente, otra temática relevante señalada por los entrevistados es la falta de un estándar de calidad asociado a los centros en donde se realiza el examen y el equipamiento médico con el cual se realizan. En relación a los centros, actualmente no existe una normativa sanitaria específica que permita tener relativa homogeneidad entre este tipo de instituciones, esto se acentúa al realizar una evaluación del equipamiento médico, ya que la calidad técnica como antigüedad del equipamiento varían en cada centro y depende de la disponibilidad de recursos o el objetivo específico de rentabilidad del centro. En este sentido, la falta de una normativa que estandarice la calidad de la prestación de cara al paciente puede no solo tener un efecto en la estrategia, sino que también poner en riesgo la salud y seguridad de la población objetivo.

Finalmente, los entrevistados comentaron la existencia de un registro deficiente de las pacientes a nivel nacional. En este sentido, podemos identificar que se tiene un registro sobre las pacientes que se encuentran asociadas al sistema público de salud y que se encuentran bajo el registro de los Servicios de Salud, a través de FONASA. No obstante, todas las pacientes que se atienden en el sistema privado no son reportados al registro nacional o central. Lo anterior, puede estar asociado a la imposibilidad de entregar una evaluación real de la estrategia, ya que no se cuenta con una parte importante de los datos asociados a las atenciones realizadas. En relación a este punto se destacan las siguientes opiniones:

“cada uno tiene un dato diferente y cómo lo va rellenando no tiene una base única, lamentablemente. Por lo tanto, si bien el Ministerio puede presentar un porcentaje de cobertura, yo podría apostar que ese porcentaje de cobertura no es real.” **Entrevistado 7.**

“Tenemos todo sub registrado, por lo tanto, es súper difícil hacer análisis acabados de cómo está la mortalidad respecto a la estrategia que tenemos.” **Entrevistado 10.**

6.4. Síntesis

Como se ha podido evidenciar durante el levantamiento y cruce de información relevante asociada a la estrategia de detección temprana de cáncer de mama en Chile, nos encontramos en una posición bastante deficiente desde el punto de vista de los resultados que se están obteniendo en la reducción de la mortalidad por patología mamaria y respecto a las recomendaciones internacionales o estrategias que han tenido resultados positivas en el abordaje de esta problemática sanitaria.

En este sentido, se ha podido realizar una revisión bibliográfica de la estrategia y complementar esta recolección y cruce de información con las opiniones o percepciones de referentes expertos en la temática. Este análisis cualitativo, no hace más que reforzar lo determinado

en la revisión de documentación y es que existe una brecha importante entre lo que estamos haciendo y lo que deberíamos hacer, haciendo énfasis en la falta de una política pública o programa asociado a esta estrategia.

Finalmente, la visión de aspectos catalizadores o contraproducentes es un aporte adicional he inesperado del estudio, ya que se desprende del mismo trabajo de campo y viene a dar cuenta de consideraciones que deberían ser tomadas en cuentas al momento de elaborar la política pública de detección temprana de cáncer de mama. En este sentido, se hace especialmente relevante lo trabajado con el referente internacional, ya que la información recolectada proviene desde un caso de éxito de un país vecino, siendo esta la oportunidad de tomar estas consideraciones para lograr un mejor resultado en pro de la salud de las mujeres en Chile.

7. Conclusiones

De la revisión de antecedentes nacionales, bibliografía sobre detección temprana, recomendaciones de entidades relevantes en los temas de salud y experiencias internacionales exitosas en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama, se puede identificar que no existe una política o estrategia formalizada del Estado de Chile para abordar la detección temprana del cáncer de mama. En primer lugar, se puede reconocer que la estrategia que utiliza el Estado de Chile la implementa el Ministerio de Salud, a través de sus 29 Servicios de Salud y la Atención Primaria en Salud, en una serie de programas que abordan diferentes aspectos de la detección temprana pero principalmente se enfocan en la estrategia de tamizaje oportunista utilizando como examen diagnóstico la mamografía. En concreto, se ha presentado desde el MINSAL la orientación programática del programa y una serie de guías clínicas que abordan la patología mamaria pero principalmente enfocadas en la categorización y tratamiento.

En este contexto, la estrategia no ha tenido los resultados esperados, definidos en su programa propuesto el año 1995, ya que carece de una serie de aspectos formales y otros aspectos técnico-clínicos. A mayor abundamiento, ya hemos mencionado que no existe una política formalizada, que pueda ser monitorizada y evaluada de acuerdo a los procedimientos establecidos para este tipo de acciones de control según la legislación vigente. Así también, no existe el financiamiento apropiado y definido para la estrategia lo que no garantiza la continuidad operacional y agudiza las brechas de RR.HH., infraestructura y equipamiento. Por otro lado, la fragmentación de la actual estrategia y la no existencia de equipos exclusivos que lideren desde el nivel central, ha afectado la comunicación y bajada de las orientaciones a los actores claves, como los equipos que atienden directamente a las pacientes y, por otro lado, a la ciudadanía para fomentar el empoderamiento de las mujeres sobre esta patología y sus consecuencias.

Como ya hemos mencionado, de la revisión y comentarios de los entrevistados se reconoce una serie de brechas en recurso humano, infraestructura y equipamiento que varía dependiendo de la región o territorio que se esté analizando, pero que en general se identifica que existe una brecha transversal a nivel nacional en estos temas. En línea con lo anterior, se identifica por parte de los entrevistados una disparidad de recursos debido a la dependencia que tiene la estrategia de las personas que la implementan en los diferentes niveles de atención sanitaria. Los aspectos descritos refuerzan la falta de una política que defina los estándares necesarios para dar cuenta de una estrategia que pueda llegar a todo el territorio nacional de forma coherente y en igualdad de condiciones.

Otro aspecto importante a destacar, es lo limitado que resulta medir el impacto de la estrategia con la mortalidad, ya que existen una serie de aspectos que pueden dar cuenta del impacto social que tendría implementar una política de detección temprana de cáncer de mama. Algunos de estos aspectos pueden ser la disminución de los años de vida perdidos por discapacidad, el acceso a prestaciones reparatorias menos invasivas o de menor impacto en las pacientes, la satisfacción de las usuarias con la estrategia implementada o la disminución de la cantidad de mujeres que salen del sistema laboral derivado del tratamiento de la enfermedad, entre otros aspectos que no necesariamente están asociados a condiciones sanitarias. En este contexto, es posible considerar de forma hipotética que estas condiciones no han sido consideradas, principalmente, por la no

existencia de la política correspondiente, pero, en segundo lugar, podríamos inferir que no se han involucrado todos los actores relevantes en la estrategia implementada actualmente, limitando las definiciones a aspectos clínicos que han sido validados por la literatura sobre cáncer de mama.

Continuando con las diferencias de lo implementado en Chile, con la literatura y experiencias internacionales, fue posible identificar que la estrategia no solo no da cuenta de las recomendaciones impartidas por los organismos internacionales más relevantes, sino que también no se ajusta a las experiencias de otros países que han tenido reducciones importantes en la mortalidad por cáncer de mama. En este sentido, destaca que no se hayan podido identificar estrategias tendientes a empoderar a las mujeres sobre la relevancia del cuidado preventivo y la detección temprana. Por otro lado, tampoco se reconocen estrategias asociadas a promover el cuidado de este tipo de enfermedades en las esferas de educación formal escolar y universitaria, lo que se refleja en el poco y sesgado conocimiento que mantenemos de la patología. Como hemos mencionado, la estrategia tampoco da cuenta de tener coherencia con las estrategias de países con buenos resultados, en este contexto, destaca que a la fecha de hoy se mantenga publicada información confusa sobre el grupo objetivo de pacientes que tienen acceso gratuito a una mamografía en APS, que de esta misma forma tengamos información contradictoria sobre el intervalo de aplicación de la mamografía en mujeres bajo control y que no tengamos claridad o certeza sobre los niveles de cobertura territorial de la estrategia.

Entendiendo todas las limitaciones descritas, no es difícil comprender que la estrategia no esté teniendo los resultados esperados dado que, en síntesis, no existe una política centralizada que dé cuenta de una real preocupación por la detección temprana como un eje estratégico para abordar la primera causa de muerte en las mujeres a nivel nacional. No se logró identificar aspectos claves en lo que actualmente llamamos estrategia de detección temprana y la misma adolece de no contar con la mirada de actores relevantes para realizar una implementación exitosa.

Teniendo conocimiento de la realidad en la que se encuentra la estrategia nacional, es importante señalar que estamos en un escenario favorable para realizar los cambios necesarios que permitan abordar esta problemática de manera adecuada. En este sentido, podemos identificar que se han ido potenciando los equipos y el equipamiento, que se han generado recursos para aumentar o mantener las mamografías en APS y que las pacientes y la ciudadanía son más conscientes de sus derechos a una salud digna y que dé cuenta de esfuerzos reales para mantener el bienestar general. En este contexto, la construcción de una nueva constitución puede definir aspectos claves y específicos para la salud de la ciudadanía y sería interesante que dentro de la discusión sobre lo que se espera para la salud de población se evidenciara que es clave desarrollar una estrategia de detección temprana de cáncer de mama y que la misma esté financiada y estructurada por una institución que integre e invite a la cocreación de una nueva forma de ver la patología mamaria.

En esta línea, el presente trabajo presenta una mirada global a la estrategia nacional, determinando sus componentes y aspectos centrales. Así también, ha sido posible definir criterios que deberían ser considerados dentro de la estrategia, como también las brechas entre dichos criterios y la actual propuesta del Estado. Lo anterior, complementado con la visión de expertos y actores claves en la formulación, análisis e implementación de esta iniciativa. En este sentido, es importante reconocer la relevancia de realizar esta primera mirada sobre la estrategia de detección temprana de cáncer de mama en Chile y con esta información, plantear, analizar o estudiar un

programa que dé cuenta e incorpore todos los aspectos que han sido identificados en el presente trabajo. En conclusión, se espera que el presente estudio sea un insumo que aporte al desarrollo de la política pública o programa de detección temprana de cáncer de mama y puede dar las primeras ideas y razonamientos estratégicos sobre las brechas y consideraciones para obtener un producto orientado a la disminución de la mortalidad por esta patología y todas sus implicancias a nivel personal, familiar y social en las pacientes. En sincronía con lo descrito, es posible concluir que con el análisis realizado ha sido posible responder a las 3 preguntas de investigación que fueron planteadas en el estudio y que se respondieron concretando todos los objetivos propuestos.

Al respecto de las limitaciones que tiene el presente estudio, en primer lugar, se identifica que la recomendación internacional sobre estrategias de detección temprana se seleccionó realizando una revisión de la literatura amplia pero el criterio de selección tiene relación con la relevancia de la institución a nivel internacional y lo que se consideraba adecuado, de acuerdo con mi experiencia profesional y laboral como investigador. En este sentido, es necesario recordar que los objetivos del estudio es realizar una primera mirada sobre la realidad nacional, identificar la estrategia y sus implicancias en el sistema de salud chileno, por lo cual, esta etapa del estudio es perfectible y sistematizable.

Adicionalmente, es factible indicar que la determinación de la muestra metodológicamente fue definida como no probabilista e intencional, lo que da cuenta del objetivo de recolectar apreciaciones, opiniones o comentarios en relación la estrategia que mantiene en ejecución el país. No obstante, esto no es representativo de las posturas o consideraciones de la muestra total de actores relevantes a nivel Ministerial, de Servicios de Salud o de referentes de APS. Como hemos indicado en la metodología estas entrevistas tienen el objetivo de complementar la visión del investigador en lo relacionada a la descripción de las estrategias, definición de brechas y establecer algunas hipótesis sobre la baja efectividad de la mismas.

Otro punto a reflexionar, es que se han indicado como actores necesarios a considerar dentro de esta estrategia a instituciones que están fuera del área de salud, a lo cuales no se les ha consultado sobre la pertinencia de esta incorporación o participación dentro del desarrollo de la estrategia. Lo anterior, es un aspecto que no fue considerado dentro del estudio y que es importante tener en cuenta para un análisis crítico de los resultados presentados.

Finalmente, como se ha indicado previamente, este trabajo representa una primera mirada crítica desde la perspectiva de política pública sobre detección temprana de cáncer de mama en Chile. En este sentido, quedan abiertas una serie de caminos que son posible de profundizar, analizar o volver a mirar desde una nueva perspectiva. En primer lugar, se podría realizar un estudio que dé cuenta de forma representativa de las posturas de los diferentes estamentos involucrados en esta estrategia, considerando en este grupo a los actores que fueron identificados como claves de acuerdo a los resultados obtenidos y que no se encuentran en el sector salud. Lo anterior, permitiría concretizar la brecha en relación a las referencias internacional con el objetivo posterior de definir lineamientos para una política que dé cuenta de un programa de detección temprana de cáncer de mama acorde a los estándares o recomendaciones internacionales y ajustada la realidad del territorio nacional y la capacidad financiera del Estado en el mediano y largo plazo.

En línea con lo anterior, otro estudio interesante y clave sería presentar una propuesta de política pública sobre detección temprana de cáncer de mama, recogiendo la mirada de todos los actores y los lineamientos mencionados previamente.

Otro tema interesante de estudiar y profundizar, son los indicadores de efectividad y eficiencia de la política en conjunto con una metodología de evaluación. Lo anterior, para tener claridad de los objetivos que se quieren lograr durante el periodo de ejecución de la misma y qué puntos se pueden incorporar a esta evaluación que den cuenta, no solo de la mortalidad, sino también de otros aspectos que afectan directa o indirectamente la calidad de vida las mujeres que sufren de esta patología.

Para concluir este apartado, ha sido posible detectar una brecha en equipamiento, RR.HH., infraestructura y registros, lo cual afecta directamente el diagnóstico inicial de la realidad nacional. Adicionalmente, éstas falencias afectan la medición de lo que hacemos actualmente y la determinación de una brecha efectiva en estos aspectos. Por lo cual, sería interesante poder abordar estas perspectivas de manera individual para generar una metodología de análisis, evaluación, definición de brechas y recomendaciones asociadas a cada uno de estos puntos. Así también, es necesaria una evaluación del sistema de registro nacional de cáncer de mama para determinar su fiabilidad, ya que sin estos registros será imposible realizar cualquier intento de política pública en este ámbito.

8. Anexos

8.1. Anexo 1 - Resumen de entrevistas realizadas a expertos [Variables 1 a 6]

Categoría	Ítem	Definición	Código	Ítem	Pregunta(s)	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
1	Definición Política	Se refiere a la definición y formalización de la estrategia en documentación oficial, la cual queda a disposición de la ciudadanía y entrega las definiciones claves de la estrategia.	1.1	Existencia de una política o programa formalizado	¿Existe una política o programa definido por el gobierno que describa la estrategia de detección temprana de cáncer de mama en Chile?	No, Directo	6	60%
						No, Indirecto	4	40%
			1.2	Existe evidencia de difusión de la estrategia	¿Este documento y su contenido ha sido difundido por el gobierno? ¿El contenido es claro y preciso?	Información confusa	4	40%
						Falta difusión	1	10%
						Información incompleta	1	10%
						Fácil acceso	1	10%
2	Recursos	Se refiere a los recursos necesarios para poder implementar correctamente la estrategia o programa bajo niveles de calidad y seguridad para las pacientes.	2.1	Personal idóneo y capacitado	¿Existen los recursos necesarios, desde el punto de vista de RR.HH. para la implementación de un programa de detección temprana de cáncer de mama?	Carencia	8	80%
						Existe lo necesario	1	10%
						Focalizar	2	20%
			2.2	Infraestructura y equipamiento adecuados	¿Existen los recursos necesarios, desde el punto de vista de Infraestructura y equipamiento para la implementación de un programa de detección temprana de cáncer de mama?	Disparidad en calidad	6	60%
						Brecha	4	40%
						Existe lo necesario	1	10%
3	Financiamiento	Se refiere a los recursos económicos que son necesarios para implementar la estrategia y como se asegura el	3.1	Presupuesto definido	¿Existe un presupuesto definido en la Ley de presupuesto del año 2021 para el programa actual?	Si	1	10%
						Desconocimiento	3	30%
			3.2	Cobertura GES		No	6	60%
						Si	8	80%

		acceso al programa sin barreras para las pacientes.			¿La actual estrategia nacional de detección temprana debería estar cubierta por el GES?	No	2	20%
4	Cobertura	Se refiere a la cantidad de población que puede ser beneficiaria del programa desde la perspectiva de grupo objetivo.	4.1	<i>Edad de ingreso y salida del programa</i>	¿El actual rango de edades en las cuales se accede al programa es el adecuado de acuerdo con la tasa de mortalidad por edad?	Si	2	20%
						No, aumentar rango	7	70%
						respuesta no clara	1	10%
			4.2	<i>Extensión geográfica que abarca el programa</i>	Considerando la geografía nacional, ¿Considera que el programa llega en las mismas condiciones a todo el territorio?	Si, pero con baja cobertura	1	10%
						Desconoce	3	30%
						No	6	60%
5	Efectividad	Aspecto que tiene relación con dos puntos que indican la eficiencia del programa, desde aspectos de reducción de la mortalidad y cobertura territorial del programa.	5.1	<i>Reducción de la mortalidad</i>	¿Considera que la actual estrategia es efectiva en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama?	Si	1	10%
						No se puede definir	1	10%
						No	8	80%
			5.2	<i>Indicador de efectividad</i>	¿Existen otros indicadores de efectividad que se podrían medir dentro de la estrategia de detección temprana?	Satisfacción usuaria	1	10%
						Estadio del cáncer	5	50%
						Seguimiento genético	1	10%
						Años de vida perdidos por discapacidad	1	10%
Acceso a prestaciones reparatorias	2	20%						
6	Coordinación y articulación institucional	Se refiere a los mecanismos o metodologías mediante los cuales se coordinan las diferentes instituciones que participan en las etapas de este programa.	6.1	<i>Coordinación general del programa</i>	¿Existe una unidad coordinadora del programa que se encargue, entre otras tareas, de definir los procesos de atención y sus derivaciones?	Si	1	10%
						No	9	90%
			6.2	<i>Actores involucrados en el programa</i>	¿Qué actores consideras que no están incluidos en la implementación de esta estrategia?	La comunidad	3	30%
						Ministerio de Educación	4	40%
						Ministerio del trabajo y previsión social	2	20%
						Universidades	2	20%
						APS	1	10%
Ministerio de la Mujer y Equidad de Genero	1	10%						

8.2. Anexo 2 - Resumen de entrevistas realizadas a expertos [Variables 7]

Código	Ítem	Pregunta (s)	Tema	Frecuencia	Porcentaje
7.1	Aspectos positivos	¿Principales catalizadores que pueden haber afectado la estrategia?	Educación	14	37%
			Tamizaje activo	5	13%
			Focalización	1	3%
			Frecuencia de actualizaciones	1	3%
			Trabajo intersectorial	1	3%
			Determinantes sociales	1	3%
			Recursos Humanos	2	5%
			Calidad	2	5%
			Recursos Físicos	2	5%
			Política Pública	6	16%
			Cuantificar Población Objetivo	3	8%
7.2	Aspectos negativos	¿Principales problemas que pueden haber afectado la estrategia?	Falta de educación	5	13%
			Falta de empoderamiento	1	3%
			Fragmentación de la estrategia	5	13%
			Falta de Focalización	1	3%
			Falta de Política Pública	13	34%
			Falta de estándar de calidad	4	11%
			Bajas Coberturas	1	3%
			Registro deficiente	5	13%

Bibliografía

- Altobelli, E., & Lattanzi, A. (2014). Breast cancer in European Union: An update of screening programmes as of March 2014 (Review). *International Journal of Oncology*, *45*(5), 1785–1792. <https://doi.org/10.3892/ijo.2014.2632>
- American Cancer Society. (2020). *Estadificación del cáncer*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
- Anderson, B. (2010). Guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama temprano de países en desarrollo. *Medwave*, *10*(7). <https://doi.org/10.5867/medwave.2010.07.4615>
- Anderson, B. O., Braun, S., Lim, S., Smith, R. A., Taplin, S., & Thomas, D. B. (2003). Early detection of breast cancer in countries with limited resources. *Breast Journal*, *9*(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1046/j.1524-4741.9.s2.4.x>
- BHGI. (2020). *Breast Health Global Initiative (BHGI)*. <https://www.fredhutch.org/en/research/divisions/public-health-sciences-division/research/epidemiology/breast-health-global-initiative.html>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2020). Ficha Básica Ley del Cáncer. In *BCN*. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursolegales/10221.3/62431/5/Ficha_ley_cancer.pdf
- Bleyer, A., Baines, C., & Miller, A. B. (2016). Impact of screening mammography on breast cancer mortality. *International Journal of Cancer*, *138*(8), 2003–2012. <https://doi.org/10.1002/ijc.29925>
- de Lecuona, I. (2018). Evaluación de los aspectos metodológicos, éticos, legales y sociales de proyectos de investigación en salud con datos masivos (big data). *Gaceta Sanitaria*, *32*(6), 576–578. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.007>
- del Castillo, C., Cabrera, M. E., Derio, L., Gaete, F., & Cavada, G. (2017). Resultados del tratamiento del cáncer de mama, Programa Nacional de Cáncer del Adulto Impact of the Chilean Explicit Guaranties Health System (GES) on breast cancer treatment. In *artículo de investigación rev Med chile* (Vol. 145).
- Durán, D., & Monsalves, M. J. (2020). Autocorrelación espacial de mortalidad por cáncer de mama en la Región Metropolitana, Chile: estudio ecológico. *Medwave*, *20*(1), e7766. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.01.7766>
- Global Cancer Observatory. (2020). *Cancer Today*. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/home>
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. In *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.
- Icaza, G., Núñez, L., & Bugueño, H. (2017). Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile. *Revista Medica de Chile*, *145*(1), 106–114. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000100014>

- Jimenez Chaves, V., & Comet Weiler, C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. *Academo*, 3(2), 5.
- Ministerio de Salud. (2020). *Estadística de defunciones por causa básica de muerte*. Departamento de Estadística e Información de Salud. <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (1995). *Orientaciones para la Pesquisa y control del cáncer de Mama* (p. 94). [http://biblio.uchile.cl/client/en_US/default/search/detailnonmodal/ent:\\$002f\\$002fSD_ILS\\$002f0\\$002fSD_ILS:298341/ada?qu=Neoplasias+de+la+mama+---+Mortalidad.&ic=true&ps=300](http://biblio.uchile.cl/client/en_US/default/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f0$002fSD_ILS:298341/ada?qu=Neoplasias+de+la+mama+---+Mortalidad.&ic=true&ps=300)
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2006). *Decreto con Fuerza de Ley 1. 2005*, 1–63.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2016). Estrategia Nacional de Cáncer. Chile 2016. *Documento de Consulta Pública. MINSAL 2016*.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2018). Plan Nacional de Cáncer 2018-2028. *Documento de Consulta Pública. Minsal 2018*. https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e-53d9-4a31-a4fe-e90d8d9a2348/documento_plan_nacional_de_cancer.pdf
- Monsalves, M. J., Durán, D., Antini, C., Bangdiwala, S., & Muñoz, S. (2020). *Estudio de evaluación de impacto de las "Garantías explícitas en salud" en la mortalidad por Cáncer de Mamas, Cervicouterino, Vesícula, Estómago y Colorectal en Chile entre los años 2002-2016*. <https://www.uss.cl/medicina/wp-content/uploads/sites/15/2019/07/GES-2019-U.-San-Sebastián.pdf>
- Moss, S. M., Nystrom, L., Jonsson, H., Paci, E., Lynge, E., Njor, S., & Broeders, M. (2012). The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: A review of trend studies. *Journal of Medical Screening*, 19(SUPPL. 1), 26–32. <https://doi.org/10.1258/jms.2012.012079>
- OMS, & OPS. (2015). Planificación De Programas Integrales Contra El Cáncer De Mama: Un Llamado a La Acción. *The Breast Health Global Initiative*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/planificacion-programas-cancer-mama.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). 13.º programa general de trabajo 2019 2023. *WHO*.
- Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Mortalidad en la Región de las Américas*. Retrieved September 9, 2020, from https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=mortalidad-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Plevritis, S. K., Munoz, D., Kurian, A. W., Stout, N. K., Alagoz, O., Near, A. M., Lee, S. J., Van Den Broek, J. J., Huang, X., Schechter, C. B., Sprague, B. L., Song, J., De Koning, H. J., Trentham-Dietz, A., Van Ravesteyn, N. T., Gangnon, R., Chandler, Y., Li, Y., Xu, C., ... Mandelblatt, J. S. (2018). Association of screening and treatment with breast cancer mortality by molecular subtype in US women, 2000-2012. In *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 319, Issue 2, pp. 154–164). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.19130>
- Prieto, M., & Torres, S. (2006). *Situación epidemiológica del cáncer de mama en Chile 1994 2003*. 142–148.
- Taucher, E. (2013). Revisión de los títulos: "Atlas de mortalidad de Chile: 2001-2008; "Lost in the forest" de Hacking, I.; "Psicoanálisis en estado de sitio" de Silvana Vetö; entre otros. *Revista*

Chilena de Salud Pública, 17(3), 307. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2013.28634>

Zielonke, N., Gini, A., Jansen, E. E. L., Anttila, A., Segnan, N., Ponti, A., Veerus, P., de Koning, H. J., van Ravesteyn, N. T., Heijnsdijk, E. A. M., Heinävaara, S., Sarkeala, T., Cañada, M., Pitter, J., Széles, G., Voko, Z., Minozzi, S., Senore, C., van Ballegooijen, M., ... Priaulx, J. (2020). Evidence for reducing cancer-specific mortality due to screening for breast cancer in Europe: A systematic review. In *European Journal of Cancer* (Vol. 127, pp. 191–206). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.12.010>