

L.E.K.



Patrocinado por Roche

Informe Especial

Cambiando el futuro de las mujeres chilenas

Desafíos y oportunidades para mejorar la detección temprana del cáncer de mama



Contenidos

Resumen	2
El cáncer — Un problema global y en crecimiento	5
Las múltiples caras del cáncer de mama	7
El impacto del cáncer de mama en Chile	8
El problema de los pacientes no diagnosticados	9
Las barreras existentes	13
Mejorar el pronóstico de los pacientes: Una responsabilidad compartida	22
El momento de actuar es ahora	26
Referencias bibliográficas.....	27

Sobre L.E.K. Consulting

L.E.K. Consulting es una empresa de consultoría de gestión global que utiliza una profunda experiencia en el sector y un análisis riguroso para ayudar a los líderes empresariales a lograr resultados prácticos con un impacto real. Somos inflexibles en nuestro enfoque de ayudar a los clientes a tomar mejores decisiones de manera consistente y ofrecer un mejor rendimiento. La compañía asesora y apoya a organizaciones que son líderes en sus sectores, incluyendo a las organizaciones más grandes de los sectores público y privado, empresas de capital privado y empresas emprendedoras emergentes. Fundada en 1983, L.E.K. emplea a más de 1.400 profesionales en América, Asia-Pacífico y Europa.

Para más información, visite www.lek.com.

Resumen

El cáncer es un conjunto de más de 100 enfermedades en que células anormales se dividen sin control y destruyen el tejido corporal. En la actualidad, el cáncer es un problema global y creciente que solamente en 2018 afectó a 18,1 millones de personas, de las cuales 9,6 fallecieron. [1]

Si bien se han logrado importantes avances en la lucha contra la enfermedad, principalmente a través de descubrimientos científicos y el desarrollo de nuevas y más efectivas terapias, aun así se espera que aumente la cantidad de personas afectadas por el cáncer. Según proyecciones recientes, la incidencia y mortalidad por cáncer aumentará en 63% y 71% respectivamente, llegando a 29,5 millones de pacientes recién diagnosticados y 16,4 millones de muertes hasta 2040. [4]

Algunos tipos de cáncer concentran la mayoría de los casos y continuarán siendo los principales responsables de la mortalidad por cáncer en el futuro.

El cáncer de mama se encuentra en esta lista, liderando tanto el número de nuevos casos como el de muertes de mujeres en todo el mundo. En 2018, casi 2,1 millones de mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de mama y más de 630 mil pacientes murieron debido a la patología. [4]

En Chile esta realidad no es diferente. A pesar de la falta de datos confiables, nuestro análisis sugiere que alrededor de 5.900 mujeres reciben un diagnóstico temprano. Además, el cáncer de mama representa la primera causa de muerte entre las pacientes chilenas con cáncer, causando más de 1.500 fallecimientos, un número que crecerá significativamente hasta alcanzar alrededor de 2.800 muertes anuales dentro de 20 años.

Sin embargo, la realidad podría ser aún peor, ya que se desconoce el estado epidemiológico real del cáncer de mama en Chile, considerando que el país carece de un registro nacional de cáncer y las estadísticas publicadas ignoran las ineficiencias en el sistema de salud (es decir, no consideran mujeres con cáncer que no recibieron un diagnóstico formal). [1] [19]

Con la intención de proporcionar una perspectiva adicional sobre cómo mejorar el cuidado de la población chilena, desarrollamos un estudio integral con fases cuantitativas y cualitativas, incluyendo la investigación en terreno, que brinda una visión holística del problema y entrega propuestas para abordarlo mejor.

En primer lugar, aplicamos una metodología patentada para tener una visión imparcial y realista del problema. Dicha metodología ajusta las tasas de incidencia de los países desarrollados, cuyos sistemas de salud tienden a ser más eficientes, según la edad y el perfil étnico de la población chilena.

El análisis sugiere que, en Chile, alrededor de 11.200 mujeres desarrollan cáncer de mama anualmente, lo que nos lleva a creer que casi 5.300 mujeres reciben una notificación secundaria o un diagnóstico incorrecto.

No obstante, el problema no es homogéneo entre la población chilena. Aproximadamente el 98% de los 5.300 pacientes no diagnosticados están cubiertos por FONASA e incluso dentro de FONASA existen diferencias sustanciales entre regiones.

En general, las regiones del sur tienen un mejor desempeño que el resto del país, incluso Santiago, que concentra la mayor parte de la capacidad humana y la infraestructura física en Chile.

Para comprender los factores que explican estas diferencias, hemos entrevistado a 80 profesionales, incluyendo a matronas, cirujanos de mama, radiólogos, patólogos, ejecutivos de Servicios de Salud del Ministerio de Salud (Minsal), así como a empresas privadas y asociaciones de pacientes, en Santiago, Los Ríos, Atacama y O'Higgins.

Durante las entrevistas, abordamos el estándar actual de atención y las principales barreras que enfrentan las mujeres chilenas en cada etapa. El diagnóstico a través de las entrevistas indicó que los principales desafíos se relacionan con seis asuntos principales.

<p>Falta general de conciencia y cultura de prevención</p>	<p>La falta general de cultura de prevención de la población chilena inhibe el diagnóstico precoz, reduciendo así las posibilidades de cura.</p> <p>Además, los esfuerzos actuales para aumentar la conciencia sobre el cáncer de mama se limitan al mes de octubre, reduciendo el alcance y el impacto de las iniciativas realizadas.</p>
<p>Falta de infraestructura de atención primaria</p>	<p>Aunque el nivel de infraestructura varía mucho en todo el país, parece haber una falta de profesionales y lugares de atención primaria en muchas regiones, lo que se traduce en largas filas de espera y falta de disponibilidad de ciertos servicios, lo que finalmente lleva a los pacientes a buscar ayuda solo cuando aparecen síntomas más graves.</p>
<p>Experiencia limitada de profesionales con el cáncer de mama</p>	<p>Muchos profesionales de atención primaria tienen una experiencia limitada con pacientes y protocolos de cáncer de mama, lo que restringe su capacidad para auxiliar adecuadamente a las mujeres chilenas. La falta de experiencia se relaciona con una exposición limitada al cáncer de mama durante la educación superior y a la falta de capacitación en el trabajo diario.</p>
<p>Acceso limitado a exámenes de detección y de confirmación de alta calidad</p>	<p>El acceso a mamografías de detección de alta calidad y exámenes de imágenes confirmatorios está restringido por una infraestructura limitada en la red pública, un presupuesto limitado para la subcontratación de exámenes y la baja calidad de algunos proveedores privados, lo que tiene como resultado una gran cantidad de casos no concluyentes. .</p>
<p>Incentivos y políticas públicas limitadas para la mamografía</p>	<p>A pesar de las regulaciones de cobertura, no existen políticas públicas para incentivar a las pacientes a buscar una mamografía y a los profesionales a reclutar pacientes activamente, como ocurre con otras enfermedades como el VPH.</p> <p>Además, las políticas actuales no cubren exámenes novedosos (por ejemplo: BRCA) y se comunican de manera deficiente a la sociedad.</p>
<p>Apoyo limitado al paciente y limitada coordinación del sistema</p>	<p>Los pacientes carecen de un apoyo adecuado dentro del sistema de salud de niveles múltiples en Chile, ya que no hay actores dedicados a brindar asistencia legal y psicológica. Además, existe una gestión insuficiente de los recursos públicos, lo que lleva a una disponibilidad desigual de servicios en diferentes regiones.</p>

Con base en estos problemas, creemos que una respuesta amplia que incluya la generación de conciencia, mayores inversiones en atención primaria y detección, así como la promoción de la importancia de la detección temprana, es fundamental para salvar vidas y cambiar el escenario actual. Los siguientes cuatro pilares de iniciativas son recomendaciones de lo que se puede hacer.

-
- 1 Cultura de prevención y concientización**

Campañas continuas de concientización y prevención con esfuerzos locales que respeten las peculiaridades regionales y aborden desigualdades específicas de cada zona.
 - 2 Mejora de la atención primaria**

Es fundamental capacitar mejor a los profesionales de atención primaria para evaluar, hacer una derivación y apoyar adecuadamente a los potenciales pacientes. Para ello, recomendamos una relación más estrecha entre los niveles de atención primaria y secundaria que permita el intercambio de conocimientos, la mejora del plan de estudios de pregrado con más horas de actividades teóricas y prácticas relacionadas con el cáncer de mama, y la revisión y modernización de las cápsulas educacionales.
 - 3 Inversión en detección temprana de calidad**

Para aumentar las posibilidades de tasas de diagnóstico temprano, debe haber mayores inversiones en mamografías de alta calidad. Para eso, es necesario incrementar la disponibilidad de los exámenes mediante la adquisición de equipos, aumentar el presupuesto para los exámenes subcontratados y optimizar los recursos humanos, así como crear estándares de calidad para entornos públicos y privados.
 - 4 Programa de apoyo al paciente**

Las pacientes exigen un mejor apoyo, desde el momento en que sospechan de cáncer de mama hasta el tratamiento, para acceder a los servicios disponibles de manera más rápida y no abandonar el proceso de diagnóstico debido a inestabilidad psicológica. El gobierno, el sector privado y otros actores de la sociedad civil deben combinar esfuerzos para brindar apoyo a las mujeres chilenas desde los momentos iniciales de su camino hasta la cura.

Ahora es el momento de actuar y remodelar el futuro de las mujeres chilenas es una responsabilidad conjunta del gobierno, el sector privado y la sociedad.

El cáncer — Un problema global y en crecimiento

El cáncer es un problema global y en crecimiento. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) espera que el 20% de los hombres y el 17% de las mujeres en el mundo desarrollen cáncer durante su vida. Además, la IARC estima que solo en 2018, 18,1 millones de personas fueron diagnosticadas con algún tipo de cáncer, de las cuales 9,6 millones murieron.

De hecho, según la Sociedad Estadounidense Contra el Cáncer (ACS por sus siglas en inglés), el número de muertes causadas por la patología representa el 16% de todas las muertes a nivel mundial, lo que ubica al cáncer como la segunda enfermedad más mortal en todo el mundo.

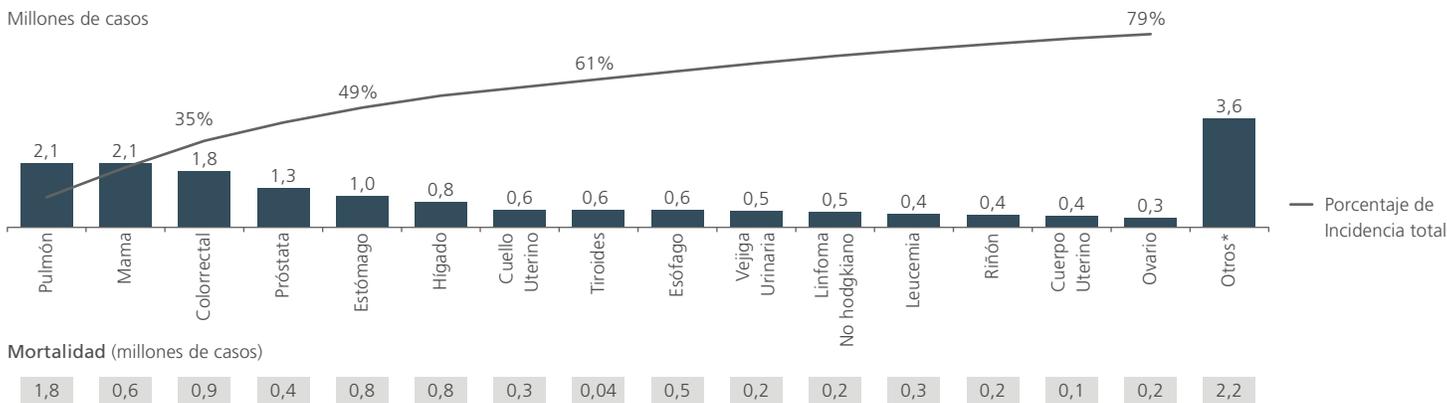
Actualmente, tanto la incidencia como la mortalidad se concentran en algunos tipos de cáncer. Los tipos más comunes son de pulmón,

mama femenino, colorrectal, próstata y estómago, que en conjunto representan casi la mitad de los nuevos casos y muertes en el mundo. [1]

Se ha hecho mucho para combatir el cáncer en todo el mundo. El progreso ha sido posible gracias a descubrimientos científicos y al desarrollo de medicamentos nuevos y más efectivos por parte del mundo académico y las compañías farmacéuticas, así como a más inversiones en prevención y detección temprana por parte de los gobiernos. [5]

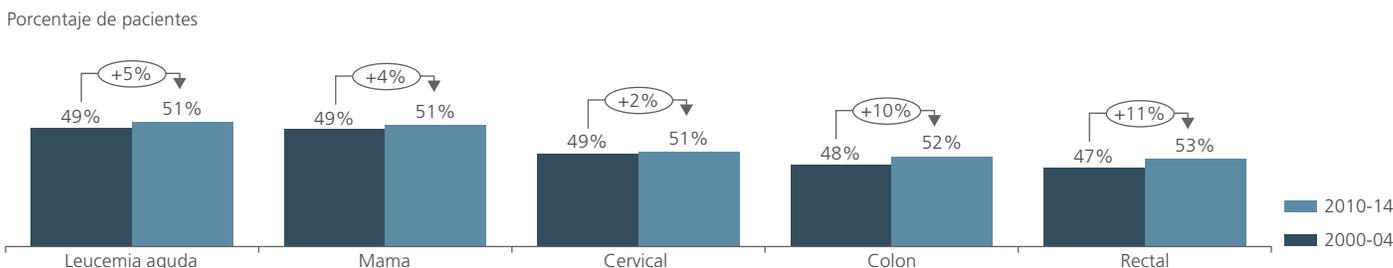
Este esfuerzo de colaboración ha permitido mejorar las tasas de supervivencia de los pacientes con cáncer. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), las tasas de supervivencia de pacientes de los países miembro a diversos tipos de cáncer han mejorado en las últimas décadas.

Figura 1
Incidencia por tipos seleccionados de cáncer (2018)



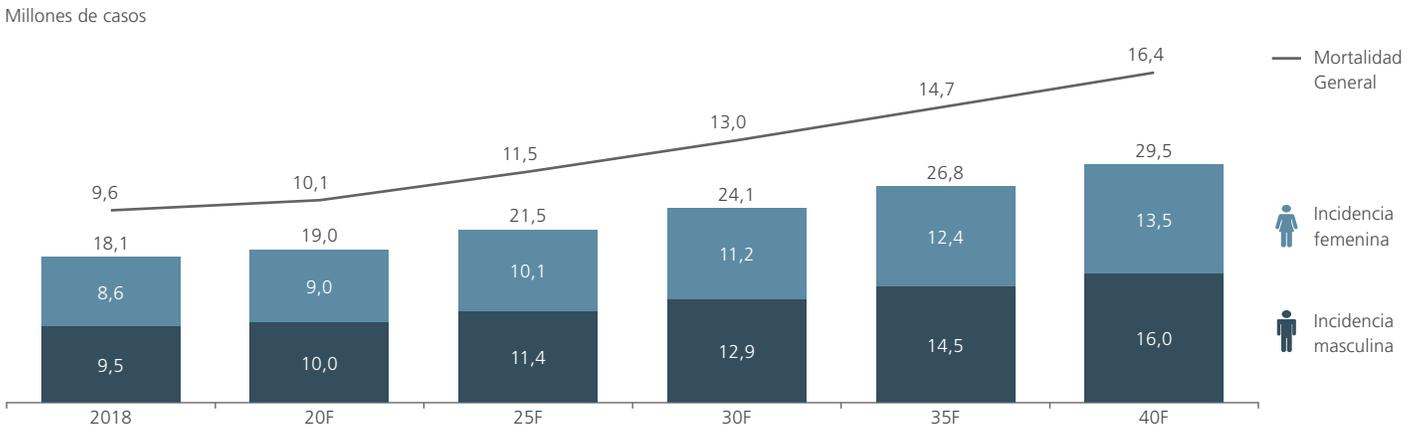
Excluidos los cánceres de piel no melanoma
Fuente: Agencia Internacional para la investigación del Cáncer, Sociedad Estadounidense Contra el Cáncer

Figura 2
Tasa de supervivencia a 5 años de miembros de la OCDE por tipos de cáncer (2000-14)



Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

Figura 3
Incidencia por sexo y mortalidad general de todos los cánceres (2018-40F)



Fuente: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer

A pesar de este progreso, se espera que el número de casos nuevos de cáncer aumente a 29,5 millones y cause 16,4 millones de muertes para el año 2040, un alza de alrededor de 63% y 71% en la incidencia y mortalidad, respectivamente. [4]

Las razones de esto son complejas, pero aspectos clave incluyen el crecimiento de los factores de riesgo, como el envejecimiento de la población, los hábitos poco saludables, el tabaquismo, entre otros. [3]

La incidencia y mortalidad del cáncer no solo varían según el sitio del tumor, sino también según la ubicación geográfica donde reside el paciente. El padecimiento del cáncer es más significativo en los países de ingresos bajos y medios, que concentran el 70% del total de muertes por cáncer. [2]

Además de la falta de recursos financieros dedicados al cáncer, estos países han sufrido continuamente bajas inversiones en el sistema de salud en general, generando una capacidad humana insuficiente y no preparada, además de una infraestructura física deficiente para proporcionar el cuidado adecuado a la población. Como consecuencia, cada vez más personas se ven afectadas y mueren de cáncer debido al diagnóstico tardío, el acceso limitado al tratamiento y los cuidados paliativos y, lo más importante, debido a la falta de diagnóstico formal. [7]

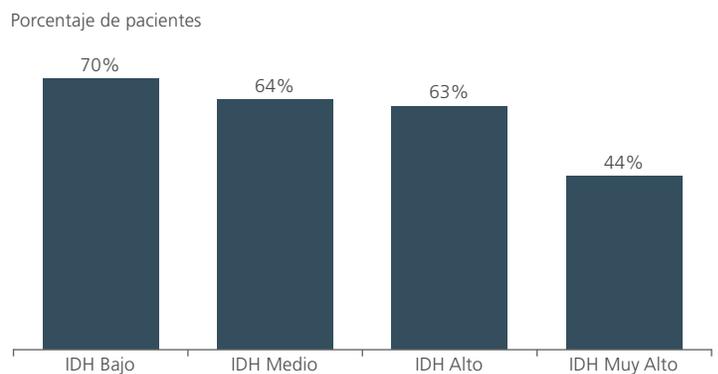
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), solo el 26% de los países de ingresos bajos informó contar con servicios de patología en el sistema público de salud y menos del 30% informó

la disponibilidad de tratamiento, en comparación con el 90% de la disponibilidad de países de ingresos altos.

Tal limitación de acceso al diagnóstico temprano y al tratamiento adecuado se traduce en altas tasas de mortalidad en los países de ingresos bajos y medios.

Las desigualdades evidencian la necesidad urgente de desarrollar un plan de acción inmediato para controlar los impactos actuales y futuros del cáncer en estas regiones.

Figura 4
Tasa de mortalidad* por cáncer según nivel de desarrollo (2018)



*Excluyendo el cáncer de piel no melanoma
Fuente: Sociedad Americana Contra el Cáncer

Las múltiples caras del cáncer de mama

El cáncer de mama es el principal tipo de cáncer en términos de número de nuevos casos y muertes entre mujeres en todo el mundo. En 2018, la IARC estima que casi 2,1 millones de mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de mama y que la enfermedad fue responsable por 630 mil muertes en todo mundo. [4]

El cáncer de mama es el resultado del crecimiento descontrolado de células invasoras en los tejidos de la mama o en otras áreas del cuerpo a través del sistema sanguíneo y linfático. Las células mamarias normales se convierten en cáncer debido a mutaciones en su ADN. [16]

Hay dos tipos de mutaciones de ADN. El primer tipo y el más común es una mutación adquirida que ocurre durante la vida de la mujer y cuyas causas principales aún se desconocen. El segundo tipo de mutación es causado por genes heredados, como BRCA 1 y BRCA 2, y puede identificarse fácilmente mediante pruebas genéticas. [14]

Además de la mutación hereditaria, muchos otros factores de riesgo aumentan las posibilidades de desarrollar cáncer de mama.

La edad es el factor más importante, seguido por otros como antecedentes familiares de cáncer de mama en un pariente de primer grado, tejidos mamarios densos, exposición natural al estrógeno debido a la menstruación temprana, falta de parto, menopausia tardía, uso de algunas terapias de reemplazo hormonal e ingesta de alcohol. [15]

Aunque el cáncer de mama se conoce comúnmente como una enfermedad única, existen hasta 21 subtipos histológicos distintos y al menos cuatro subtipos moleculares diferentes que difieren en términos de factores de riesgo, presentación, respuesta al tratamiento y resultados. En términos generales, los cánceres de

mama se pueden combinar en tres grupos según el lugar de origen en el órgano y la presencia de células invasivas. [16]

Los cánceres *in situ* son la primera etapa de la enfermedad y se caracterizan por la ausencia de células invasivas en los tejidos cercanos. El cáncer *in situ* más común es el carcinoma ductal (DCIS), que representa más del 80% de los casos y se desarrolla cuando las células anormales reemplazan a las células epiteliales normales que recubren los conductos mamarios. [13]

El segundo tipo es el carcinoma lobular *in situ*, que representa el 13% de todos los cánceres *in situ* y se caracteriza por el crecimiento y la expansión de células anormales dentro de algunos de los lóbulos de la mama. Ambos podrían ser precursores de cáncer invasivo. [16]

El tercer grupo de cáncer se caracteriza por células invasoras (es decir, células que han atravesado las paredes de origen de las glándulas o conductos y han crecido en el tejido mamario cercano).

El proceso de diagnóstico de cáncer de mama empieza cuando el paciente o el médico notan un bulto, un nódulo o una masa anormal en la mama a través de un autoexamen y un examen clínico o una mamografía. [17]

Una vez que existe una sospecha, la paciente se somete a una ecografía y realiza una biopsia, un procedimiento quirúrgico para extraer una parte del tejido o líquido de la mama. Las muestras recolectadas se analizan utilizando marcadores biológicos para identificar la presencia de receptores hormonales (estrógeno o progesterona), (HR +/ HR-) y sobre expresión del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) para confirmar la sospecha y caracterizar el subtipo de cáncer y así comenzar un tratamiento adecuado. [17]

El impacto del cáncer de mama en Chile

Actualmente, se desconoce el número de casos diagnosticados al año en Chile, ya que el país carece de un registro nacional de pacientes y la información de los registros regionales no están actualizados. Sin embargo, la triangulación de información de múltiples fuentes privadas y públicas, como el Ministerio de Salud (Minsal), la Universidad de Chile y Globocan, indica alrededor de 5.900 nuevos diagnósticos de cáncer de mama por año en Chile.

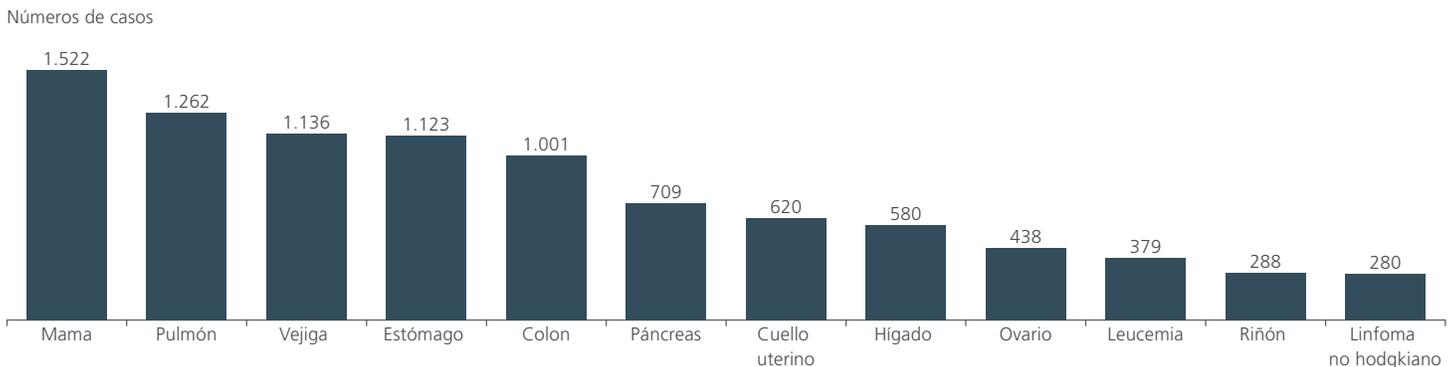
Así como en otros países, el cáncer de mama en Chile también es la primera causa de muerte entre las pacientes con cáncer. Según el Minsal, en 2015, alrededor de 1.500 mujeres murieron de cáncer de mama en el país, un número que ha aumentado debido a un alza de 42% en la tasa de mortalidad en los últimos 15 años, una

cifra mucho más elevada que el promedio de 25% para otros tipos de cáncer. [9]

En comparación con la de otros países, la tasa de mortalidad chilena sugiere que el país aún está rezagado con respecto a otras naciones latinoamericanas y a otras más desarrolladas en términos de brindar una mejor atención a los pacientes.

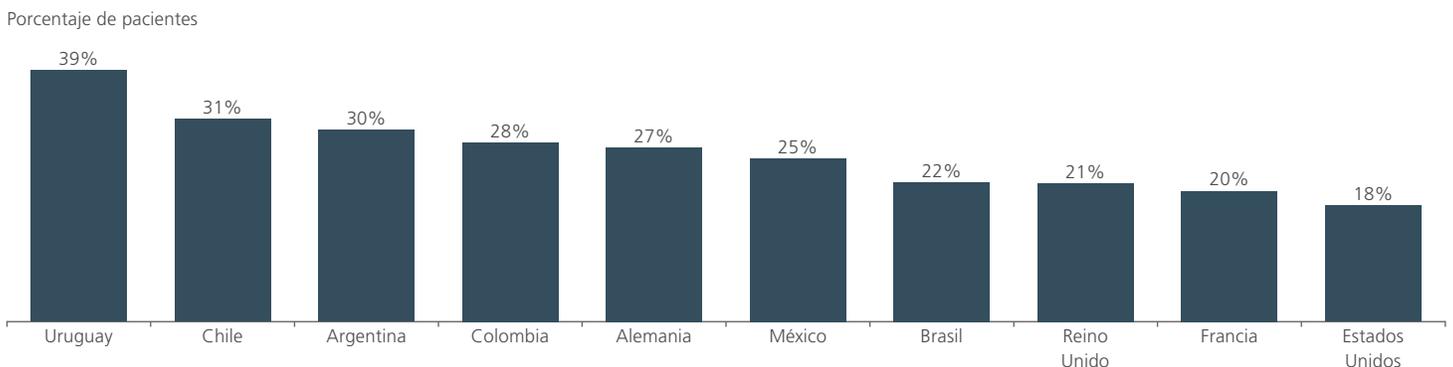
Se espera que el impacto del cáncer de mama aumente en el futuro. La OMS estima que para 2040, el número de casos nuevos de cáncer de mama en Chile aumentará en 45%, alcanzando alrededor de 8.000 pacientes nuevos por año. Además, se espera que la mortalidad tenga un crecimiento aún mayor de 67%, llegando a casi 2.800 muertes cada año.

Figura 5
Mortalidad femenina por cánceres seleccionados, Chile (2015)



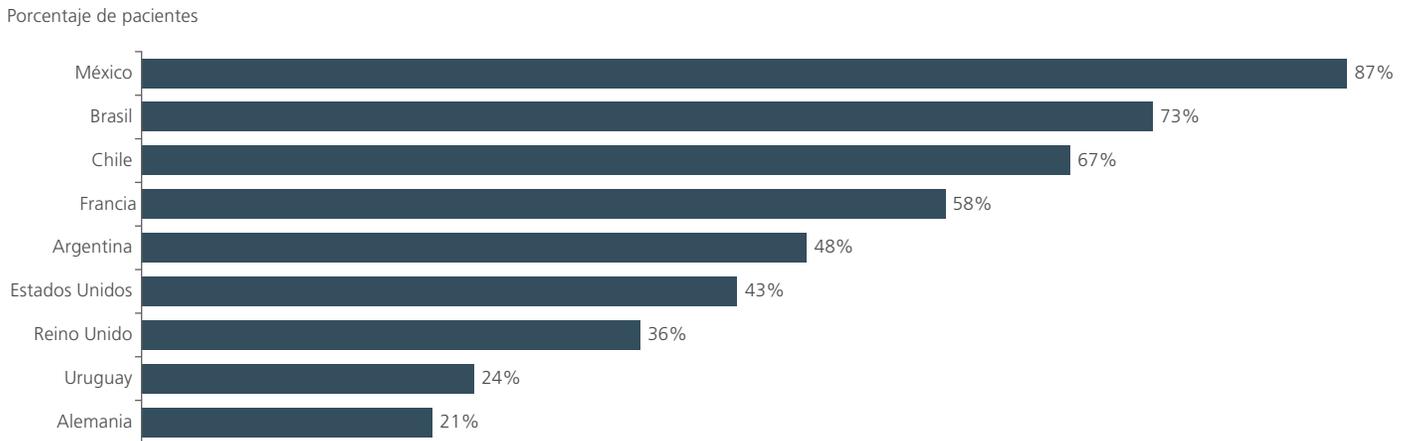
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)

Figura 6
Tasa de mortalidad por cáncer de mama en países seleccionados (2018)



Fuente: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer

Figura 7
Crecimiento de la mortalidad por cáncer de mama en países seleccionados (2018-40F)



Fuente: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer

Aunque el crecimiento de la mortalidad sea una realidad en todos los países, el aumento esperado en el número de muertes causadas por cáncer de mama en Chile es considerablemente mayor que el de otros países latinoamericanos, como Argentina y Uruguay, y de países más desarrollados.

El gobierno chileno reconoce el problema asociado al cáncer de mama y ha estado desarrollando soluciones para mejorar el acceso a la atención y, por lo tanto, brindar mejores resultados a los pacientes. El primer paso fue incluir, en 2005, el cáncer de mama en las Garantías Explícitas en Salud (GES) con el objetivo de garantizar el acceso universal al diagnóstico, cirugía, radioterapia y tratamiento farmacológico inicial, con líneas más básicas de quimioterapia y protección financiera, a todas las pacientes afectadas por cáncer de mama en Chile. [10]

Otro hito importante fue el establecimiento de la Ley Ricarte Soto (LRS) que garantiza terapias adicionales, incluyendo la cobertura de medicamentos de alto costo. En el caso del cáncer de mama, la LRS proporciona Trastuzumab gratis a todas las mujeres diagnosticadas con HER2 +, que representan entre el 15% y el 20% de las pacientes. [11] [12]

Además de los recursos actuales designados para GES y LRS, el gobierno chileno planea invertir más en el combate contra el cáncer de mama. El Plan Nacional de Cáncer, que ya fue publicado, tiene como objetivo reducir tanto la incidencia como la mortalidad del cáncer mediante la promoción de la conciencia sobre esta enfermedad, su prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, cuidados paliativos y el seguimiento de los pacientes.

Además, el Congreso de Chile está discutiendo la Ley Nacional de Cáncer, una normativa que aboga por un esquema legal que destaca, entre otros puntos, la necesidad de financiar y regionalizar adecuadamente la prevención y atención del cáncer en Chile.

Sobre la base de la voluntad del gobierno de brindar una mejor atención a las mujeres chilenas, el objetivo principal de este documento es promover aún más la discusión sobre el cáncer de mama en Chile, proporcionando perspectivas adicionales sobre cómo apoyar mejor a los pacientes en función de una visión holística de las barreras que enfrentan las mujeres chilenas para acceder al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

El problema de los pacientes no diagnosticados

Como se mencionó anteriormente, Chile carece de un registro nacional de pacientes con cáncer. Esto representa una barrera importante, ya que limita una visión adecuada del estado epidemiológico del cáncer de mama en el país.

La Unidad de Inteligencia de *The Economist* destacó este problema en su estudio sobre el cáncer en América Latina realizado en 2017, en el que el grupo descubrió que, si bien Chile tiene múltiples registros individuales, estas bases de datos solo cubren una pequeña parte de la población. [19]

Sin embargo, el desarrollo de un registro nacional de pacientes con cáncer es solo el primer paso. También es esencial comprender las ineficiencias existentes del sistema que dificultan el acceso a un diagnóstico adecuado para tener una comprensión clara del impacto real del cáncer de mama en las mujeres chilenas.

Actualmente, la incidencia de cáncer se estima según una extrapolación de datos disponibles en las regiones de Los Ríos, Antofagasta y Biobío, que en conjunto solo abarcan alrededor del 7% de la población.

Reconociendo que los datos disponibles no son confiables, están desactualizados y solo consideran casos diagnosticados, hemos aplicado una metodología propia para tener una visión imparcial y realista del problema. Dicha metodología ajusta las tasas brutas de incidencia de los países desarrollados, cuyos sistemas de salud tienden a ser más eficientes, a la edad y el perfil étnico de la población chilena, como se muestra en la figura 8.

Figura 8
Metodología de estudio



*segmentado por grupo de edad y por etnia

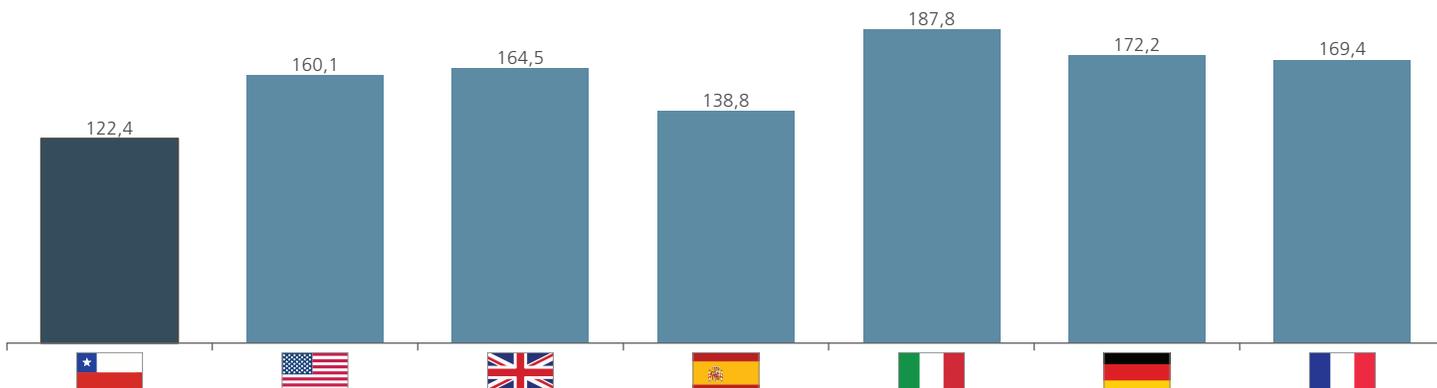
Fuente: SEER, DEIS, Minsal, Mayo Clinic, Universidad de Chile, Altura Management, L.E.K. Consulting

El análisis sugiere que en Chile alrededor de 11.200 mujeres desarrollan cáncer de mama anualmente.

Aunque la metodología puede tener limitaciones, especialmente con respecto a la incidencia en la población indígena, el número estimado es coherente en comparación con las tasas brutas de los países más desarrollados, donde los pacientes no enfrentan barreras significativas para recibir un diagnóstico definitivo y el tratamiento adecuado.

Figura 9
Tasa de incidencia por potencia bruta en países seleccionados (2019)

Nuevos casos cada 100 mil mujeres



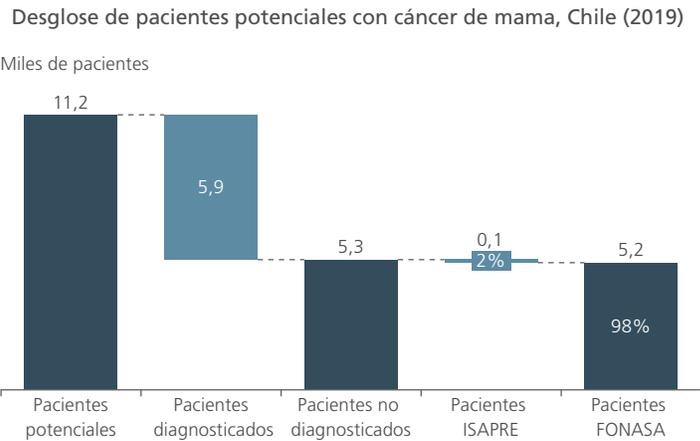
Fuente: Globocan, SEER, análisis de L.E.K.

La comparación del número de casos potenciales estimados (11.200) con el número actual de pacientes diagnosticados, sugiere que solo 5.900 mujeres reciben un diagnóstico definitivo por año, lo que evidencia un potencial de 5.300 mujeres que no han sido notificadas o han recibido un diagnóstico incorrecto.

Sin embargo, el problema no es homogéneo entre toda la población chilena. Como era de esperarse, la gran mayoría de los 5.300 pacientes no diagnosticados, aproximadamente 98%, están cubiertos por FONASA.

No obstante, incluso dentro de FONASA existen diferencias sustanciales, especialmente entre regiones. En general, las regiones del sur tienen un desempeño mejor en cuanto a tasas de diagnóstico que el resto del país. Usualmente, estas regiones presentan mejores resultados que el promedio del país, destacándose la Región de los Ríos que lidera la clasificación con el mejor rendimiento de diagnóstico en Chile y es la única región donde las tasas de mamografía son mayores que las tasas de pruebas de Papanicolaou.

Figura 10

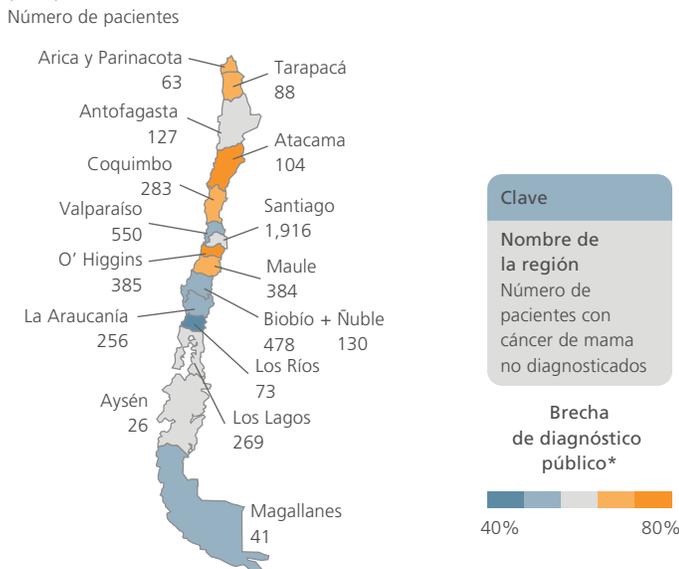


Fuente: INE, SEER, FONASA, World Atlas; Latinobarómetro report; Revista Médica de Chile 2014 (Fuentes et al.), Globocan, Altura Management, Universidad de Chile, Minsal, Economía y Negocios newsletter, L.E.K. Consulting

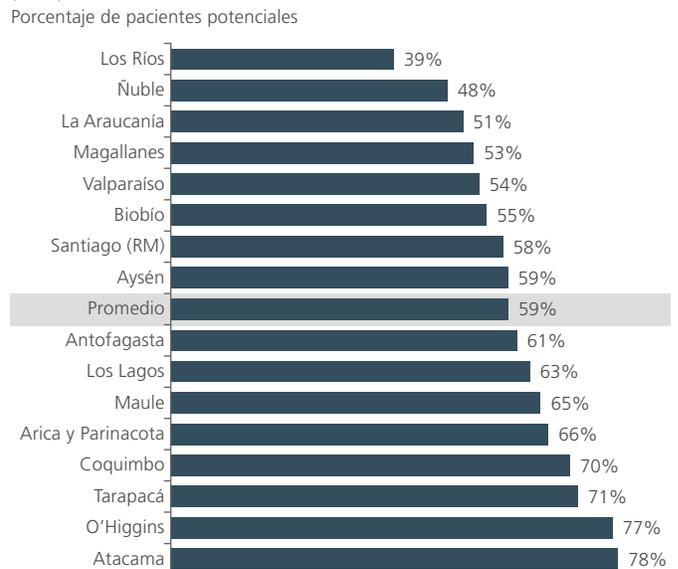
Figura 11

La desigualdad* en el sistema público

Pacientes no diagnosticados de FONASA por región (2019)



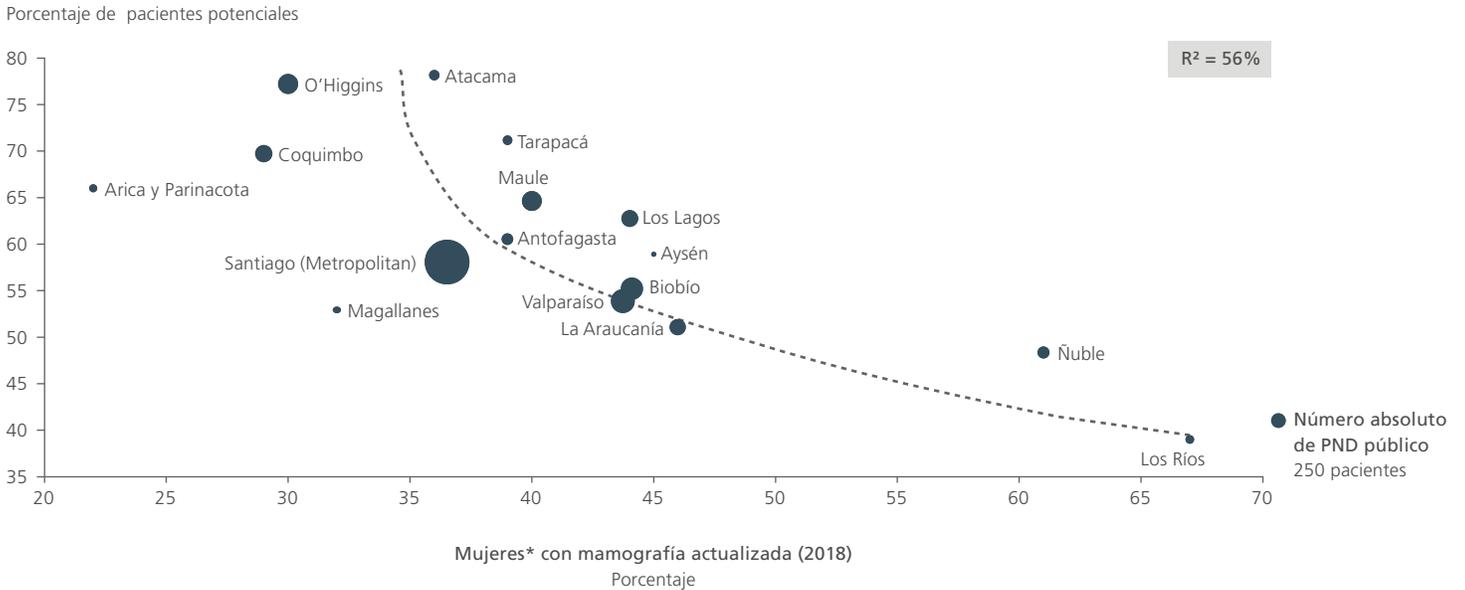
Desigualdad entre pacientes no diagnosticados* por región (2019)



*Número de pacientes no diagnosticados dividido por el número total de pacientes potenciales

Fuente: INE, SEER, FONASA, World Atlas; Latinobarómetro report; Revista Médica de Chile 2014 (Fuentes et al.), Globocan, Altura Management, Universidad de Chile, Minsal, Economía y Negocios newsletter, L.E.K. Consulting

Figura 12
Desigualdad de diagnóstico público por región vs. tasa de mamografía (2019)



*Público 50-69 años
Fuente: Minsal, análisis de L.E.K.

Esta clasificación contradice nuestra hipótesis inicial de que las regiones centrales superarían al resto del país. El desempeño de Santiago, en particular, fue sorprendente ya que la ciudad concentra la mayor parte de la capacidad humana y la infraestructura física del país.

Por otro lado, el desempeño de las regiones del norte se ajustó a las expectativas iniciales. Estas regiones, con la excepción de Antofagasta, son los lugares más críticos en términos de pacientes no diagnosticados, seguidos de O'Higgins y Coquimbo en el área central, que también presentan un pobre desempeño diagnóstico en términos absolutos y porcentuales.

Para explicar estas desigualdades, se realizó una serie de análisis considerando múltiples factores y la conclusión es que el principal predictor del desempeño es la tasa de mamografía, que, como era esperable, es mayor en las tres regiones con mejor rendimiento en el país.

Sin embargo, reconocemos que la tasa de detección es una variable compleja, ya que no depende únicamente de la infraestructura de imágenes, sino también de la conciencia y los niveles educativos de la población, así como del acceso y la calidad de los servicios de atención primaria.

Para comprender los factores que impulsan el desempeño de las distintas regiones, llevamos a cabo una extensa campaña de entrevistas *in situ* en cuatro regiones, seleccionadas en función de su desempeño diagnóstico. La primera región fue Los Ríos ya que tuvo el mejor desempeño del país. Posteriormente seleccionamos a Santiago, responsable de la mayor cantidad de pacientes no diagnosticados en términos absolutos. Las dos restantes fueron Atacama y Coquimbo, porque tienen el desempeño más pobre del país.

Las barreras existentes

La gran cantidad de pacientes no diagnosticados se relaciona con las barreras de acceso que impiden a las mujeres recibir un diagnóstico y tratamiento adecuados. Para comprender mejor estas barreras y las causas de las diferencias regionales, entrevistamos a 80 profesionales de la salud entre matronas, oncólogos, cirujanos, radiólogos, patólogos y representantes de Servicios de Salud, Ministerio de Salud (Minsal), empresas privadas y organizaciones sin fines de lucro.

En estas entrevistas, exploramos la estructura del sistema público de salud, los pasos que los pacientes deben seguir (la ruta del paciente) y los problemas que enfrentan en este camino.

El primer paso de la ruta es la evaluación de riesgos, en la cual una matrona o un médico de atención primaria (PCP) consulta y evalúa a la paciente para definir si pertenece a un grupo de riesgo y necesita una evaluación adicional.

En caso de que la paciente pertenezca al grupo de riesgo, se la deriva a un examen de mamografía, que en alrededor de 75% de los casos se realiza en centros privados de radiología, ya que la infraestructura pública no es suficiente para cubrir a todas las mujeres.

Si los resultados de estos exámenes sugieren un posible tumor maligno (BI-RADS 4 y 5), el paciente sigue a la etapa de diagnóstico. En este paso, el paciente se somete a un procedimiento de biopsia para recolectar muestras del presunto tumor. Luego, las muestras se envían a los servicios de patología para el diagnóstico definitivo. El proceso involucra análisis histológicos básicos, inmunohistoquímica y exámenes de hibridación fluorescente *in situ* (FISH), y generalmente ocurre en más de un centro, ya que solo unos pocos servicios de patología en el país tienen la infraestructura para realizar los exámenes de FISH.

Tabla 1
Entrevistas completadas por ubicación y por posición de entrevistas

		Santiago	Los Ríos	O'Higgins	Atacama	Total
Matronas	APS	9	3	3	3	18
	UPM	4	2	1	1	8
Cirujano		7	2	2	2	13
Patólogo		2	1	-	1	4
Oncólogo		2	1	1	1	5
Radiólogo		1	1	1	3	6
Servicio de Salud adm.		2	1	-	1	4
Empleado del sector privado		12	-	-	-	12
Expertos en datos		2	-	-	-	2
KOL administrativo		4	-	-	-	4
Representante de la fundación		3	-	1	-	4
Total		48	11	9	12	80

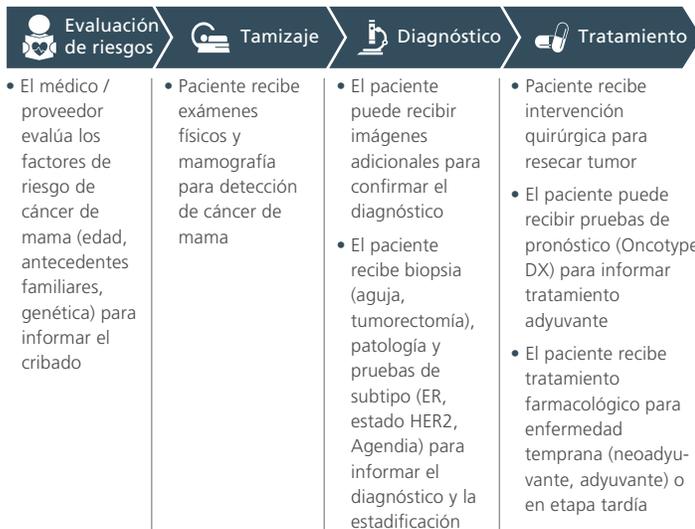
Fuente: Análisis de L.E.K.

El tratamiento es el paso final del camino y, dependiendo de la etapa del cáncer, puede involucrar una intervención quirúrgica, tratamiento farmacológico, radioterapia y/o cuidados paliativos.

Una visión general de la ruta del paciente se muestra en la Figura 13 a continuación.

Figura 13

Pasos macro del viaje de pacientes con cáncer de mama



Durante las conversaciones, identificamos 45 barreras que obstaculizan el acceso de las mujeres a un diagnóstico y tratamiento adecuados. Las barreras identificadas se pueden agrupar en cuatro grupos según la causa subyacente, de la siguiente manera:

- **Comportamiento del paciente:** barreras relacionadas con el conocimiento de la enfermedad, la cultura de prevención de la población y la actitud hacia las necesidades de copago,
- **Comportamiento profesional:** barreras relacionadas con la educación de matronas y médicos, incluidas las pautas y la conducta durante la consulta,
- **Infraestructura:** barreras asociadas a niveles de infraestructura humana y recursos humanos insuficientes,
- **Políticas de acceso:** barreras relacionadas con las políticas de cobertura y los requisitos del Minsal y FONASA.

La gran mayoría de las barreras se concentran en los pasos iniciales del camino de la paciente, lo que sugiere, una vez más, que el bajo acceso a la mamografía, debido al bajo número de referencias y niveles de infraestructura subóptimos, es el principal problema que enfrentan las mujeres chilenas. El número de barreras por paso y el grupo respectivo se muestra en la tabla a continuación.

Tabla 2
Barreras por tipo y paso del viaje del paciente

	Evaluación de riesgos	Screening	Diagnóstico	Tratamiento	Navegación del paciente
Comportamiento del paciente	3 barreras	-	-	2 barreras	-
Comportamiento del profesional	8 barreras	3 barreras	4 barreras	1 barrera	1 barrera
Infraestructura	2 barreras	6 barreras	5 barreras	3 barreras	1 barrera
Políticas de acceso e incentivos	3 barreras	1 barrera	-	-	2 barreras
Total = 45	16 barreras	10 barreras	9 barreras	6 barreras	4 barreras

Fuente: L.E.K. Consulting

Tabla 3
Grupo de ciudades por nivel de infraestructura de atención primaria y secundaria

Grupo de Ciudades		# comunas	% de población femenina	Potenciales pacientes con cáncer de mama	Infraestructura de atención primaria	Infraestructura de atención secundaria y terciaria
Ciudades desarrolladas	Santiago	52	~41%	4.565	Establecida	Establecida (algunas ciudades desarrolladas también pueden carecer de infraestructura)
	Otra	39	~15%	1.813		
Ciudades en desarrollo		63	~27%	2.932	Establecida	Emergente
Zonas rurales y remotas		192	~17%	1.902	Emergente / carente	Carente

Fuente: DEIS, Minsal, L.E.K. Consulting

Aunque algunas barreras sean consistentes en todo el país, otras varían según la región. El análisis de las barreras regionales sugiere que existen tres arquetipos principales de ciudades en Chile, que tienen una infraestructura de salud y problemas de acceso similares, como se muestra en la tabla 3 a continuación.

El primer arquetipo representa a las ciudades desarrolladas del país, como Santiago y Valdivia, que tienen un mayor nivel de infraestructura en todas las etapas de atención. Además de las barreras nacionales, estos lugares tienen solo algunos otros desafíos con un impacto moderado en el camino del paciente.

El segundo grupo (ciudades en desarrollo), por otro lado, cuenta con un sistema de atención primaria, pero presenta deficiencias en los niveles de atención secundaria y terciaria. Este grupo incluye ciudades como Arica, Antofagasta y Rancagua, que se ven afectadas por casi todas las barreras identificadas, ya que

las mujeres que viven en las comunas de este segundo arquetipo también experimentan barreras que enfrentan las mujeres en las ciudades desarrolladas.

En los niveles de atención secundaria y terciaria, los principales desafíos incluyen una infraestructura física limitada, como equipos para realizar biopsias estereotácticas, camas quirúrgicas y equipos de estadificación, y la falta de especialistas como patólogos, oncólogos y cirujanos.

Por último, las zonas rurales y remotas se caracterizan por un acceso limitado a la atención primaria y a entornos de atención secundaria y terciaria inexistentes. Los pacientes que viven en ciudades de este grupo, que incluye localidades como San Antonio, San Fernando y Villarrica, enfrentan tres barreras adicionales importantes: acceso limitado a un APS y a profesionales experimentados, así como falta de apoyo financiero para el transporte.

Sin embargo, doce barreras son comunes a los tres arquetipos de ciudades. Estos problemas nacionales se agruparon en seis grupos según su naturaleza. Mientras que tres grupos son específicos para el paso de evaluación de riesgos, dos también impactan a las mujeres en el paso de detección y uno abarca el camino completo

Figura 14
Grupo de grandes barreras



Fuente: Entrevistas y análisis de L.E.K.

del paciente. Estos seis grupos se muestran en la Figura 14 y se detallan en las siguientes secciones.

1. Falta general de conciencia y cultura de prevención

La primera barrera nacional para la detección temprana del cáncer de mama es la falta general de cultura de prevención entre la

población chilena. Aunque no sea un problema exclusivo del cáncer de mama, lleva a los pacientes a esperar síntomas más graves para consultar, lo que inhibe el diagnóstico precoz y reduce las posibilidades de cura.

“Las principales barreras son sociales — los pacientes no hacen los exámenes preventivos, solo verán a un médico si algo está mal...”

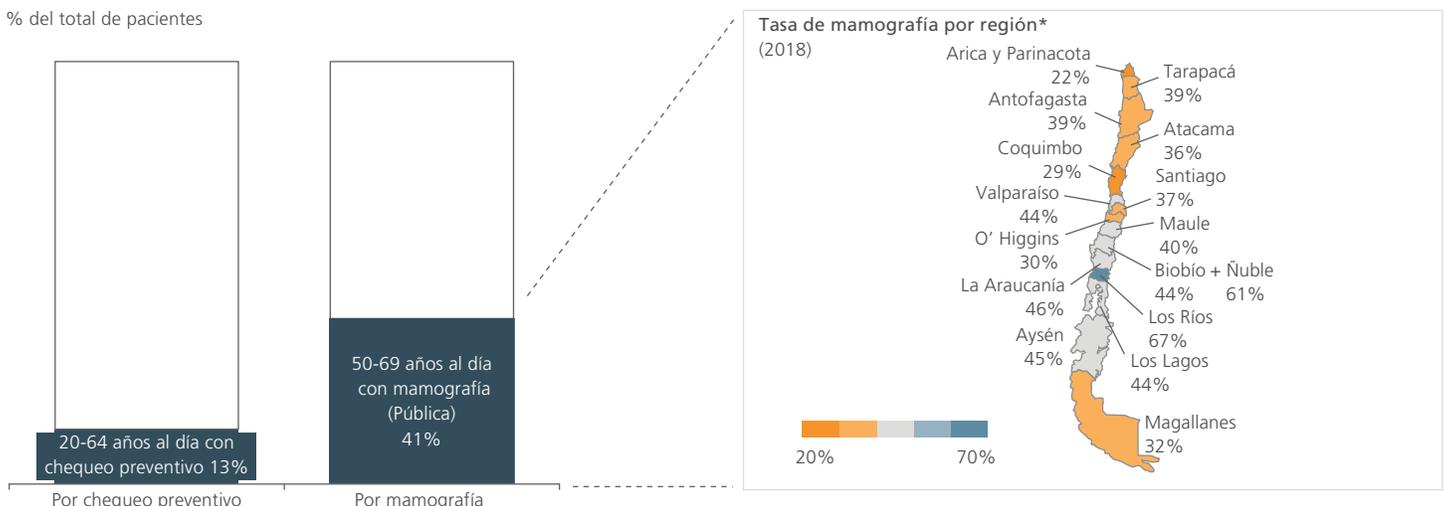
Ex ejecutivo, Minsal

Además, las campañas para aumentar la conciencia sobre el cáncer de mama se concentran en periodos específicos del año, especialmente durante el Octubre Rosa, como sucede en muchos otros países.

Sin embargo, tanto el contenido como la frecuencia de estas campañas no parecen efectivos, dada la falta de conciencia y conocimiento sobre los beneficios del diagnóstico temprano entre muchas mujeres en el país. Estas campañas también carecen de información sobre las políticas y programas existentes que cubren a las mujeres chilenas.

La combinación de estos factores se traduce en tasas extremadamente bajas de adherencia a los chequeos generales y la mamografía, como se muestra en la Figura 15.

Figura 15
Chequeo de mujeres chilenas y adherencia a la mamografía (2018)



*Porcentaje de mujeres entre 50-69 años con Mx al día;

Fuente: Minsal, Plan to Obtain a Mammogram Among Chilean Women: the roles of recommendations and self-efficacy, L.E.K. Entrevistas y análisis

2. Falta de infraestructura de atención primaria

En general, Chile tiene un número relativamente bajo de profesionales de atención primaria para ayudar a la población, especialmente cuando se compara con los países más desarrollados, lo que dificulta el acceso de la población sin seguro privado a los servicios médicos básicos.

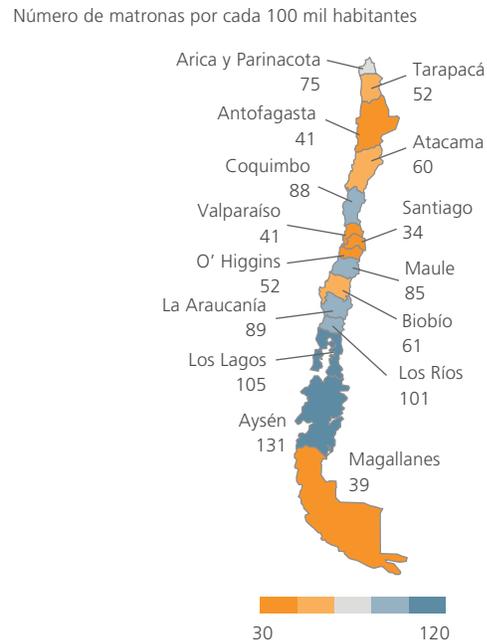
Sin embargo, el alcance del problema para las mujeres varía según la región, ya que la disponibilidad de infraestructura de atención primaria es muy heterogénea en todo el país, lo que genera enormes desigualdades de acceso en Chile.

Por lo tanto, (i) los pacientes tienen que esperar largos períodos para una consulta de atención primaria; (ii) las consultas en áreas con más dificultades tienden a realizarse en pocos minutos, sin una evaluación adecuada de los pacientes; y (iii) en algunos entornos, los servicios básicos no están disponibles, como lo indican los profesionales de la salud de todas las regiones visitadas.

“Faltan profesionales de la salud, especialmente matronas en la atención primaria...”

Empleado de administración, SS Metropolitano

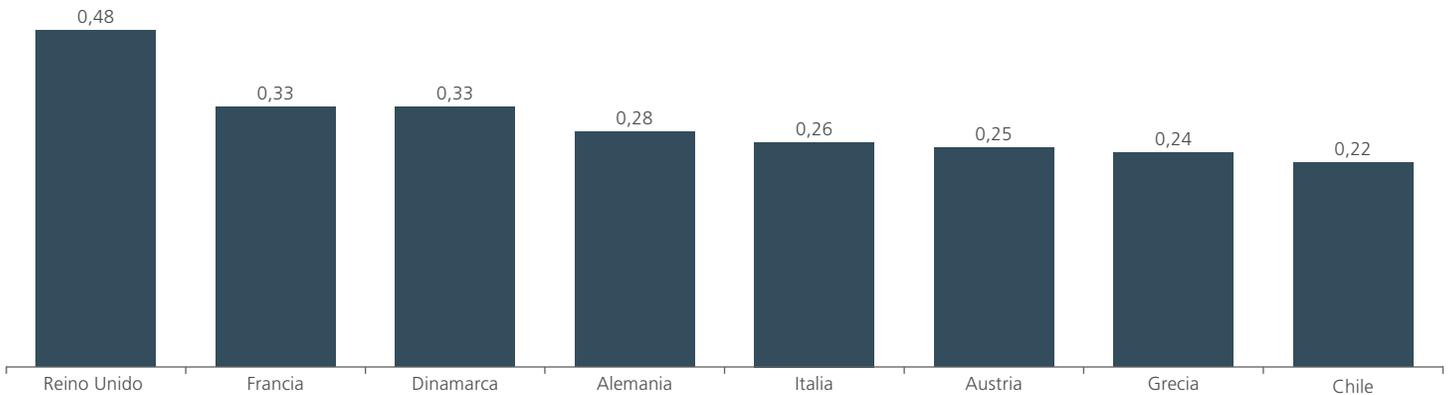
Figura 16
Número de matronas per cápita* (2016)



*Solo considera mujeres mayores de 15 años
Fuente: Colegio de Matronas

Figura 17
Matrona per cápita por países seleccionados (2018)

Número de profesionales por cada 1000 personas



Fuente: OCDE

“El problema es que el paciente necesita esperar 2-3 meses para obtener una consulta. Cada matrona cubre un gran número de pacientes...”
 APS, Copiapó

3. Experiencia limitada de profesionales con cáncer de mama

Muchos de los profesionales de atención primaria tienen una experiencia limitada en la evaluación de pacientes con cáncer de mama y carecen de un conocimiento completo de las pautas de cobertura, especialmente con respecto a la mamografía.

“En la universidad, las matronas aprenden principalmente sobre obstetricia y atención reproductiva, saben muy poco sobre enfermedades específicas como el cáncer de mama...”
 UPM, Santiago

El problema tiene muchas causas. En primer lugar, los estudiantes universitarios tienen una baja exposición al cáncer de mama durante la universidad, principalmente porque el plan de estudios de varias universidades en Chile no cubre la patología con el

nivel de detalle requerido y no ofrece muchas oportunidades de pasantías en las UPM para los estudiantes.

En segundo lugar, existe falta de capacitación formal sobre el cáncer de mama para los profesionales de atención primaria que ya trabajan en hospitales públicos. Por lo tanto, estos profesionales no están actualizados con las pautas clínicas y de cobertura más recientes, lo que afecta su capacidad para evaluar y derivar a los pacientes adecuadamente. Además, la capacidad humana limitada en las unidades de atención primaria también impide a los profesionales completar especializaciones y otros entrenamientos, ya que carecen de tiempo durante las horas de trabajo.

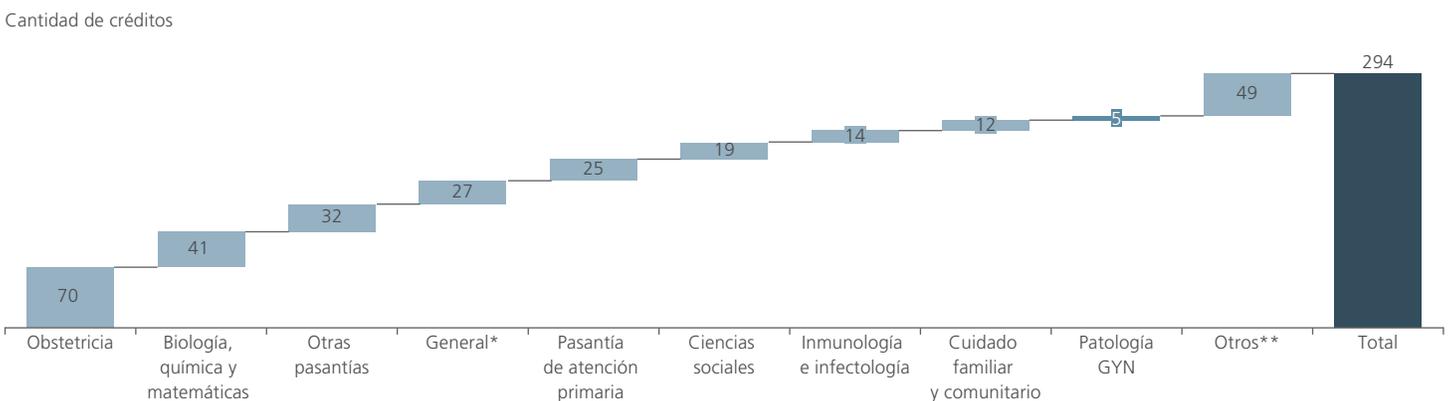
Por último, en muchas regiones no existe interacción entre las unidades de atención primaria y secundaria, una práctica fundamental para el intercambio de conocimientos y la capacitación de matronas y PCP.

Todos estos factores conducen a una evaluación inadecuada y derivaciones incorrectas de pacientes que no tienen sospechas de cáncer de mama a la atención secundaria, lo que colapsa el servicio y dificulta la atención a las mujeres que realmente lo necesitan

4. Acceso limitado a exámenes de detección y de confirmación de alta calidad

Tanto la infraestructura física como la humana para realizar mamografías y exámenes de imágenes confirmatorios adicionales, especialmente la ecografía, son muy restringidas en el sistema público.

Figura 18
 Horario del programa de pregrado de Matronas (2019)



*Incluye asignaturas comunes en todos los programas de pregrado, como inglés, compromiso social, educación física, etc.; **Incluye farmacología, gestión, investigación y otros.
 Fuente: Universidad de Chile

“Ningún APS aquí tiene un equipo, hay 2 en los hospitales, pero solo se usan para sus pacientes, las mujeres en las consultas no pueden acceder a él...”

APS, Copiapó

“La disponibilidad de la ecografía es muy limitada. Este año, nuestras cuotas de exámenes acabaron en mayo...”

APS, Santiago

La falta de infraestructura pública de evaluación limita la disponibilidad de exámenes y evita que el gobierno cree políticas de cobertura de detección más amplias, hoy restringidas para mujeres entre 50 y 69 años. [21]

“Aunque la mamografía es un paso crítico en el flujo de pacientes, el número de equipos es limitado...”

UPM, Santiago

Como el sistema público carece de equipos de mamografía suficientes para cubrir a la población y la provisión de exámenes para algunas mujeres es obligatoria según las directrices del GES, los municipios subcontratan los exámenes a centros privados. Sin embargo, esta práctica no es beneficiosa en muchos casos, ya que los municipios tienden a elegir el precio por encima de la calidad debido a limitaciones presupuestarias y muchos proveedores privados carecen de máquinas de alta calidad y radiólogos especializados.

“Los exámenes de mamografía tienen muy mala calidad. Muchos centros privados de radiología se eligen de manera única por el costo, lo que no los incentiva a invertir en equipos de alta calidad...”

UPM, Santiago

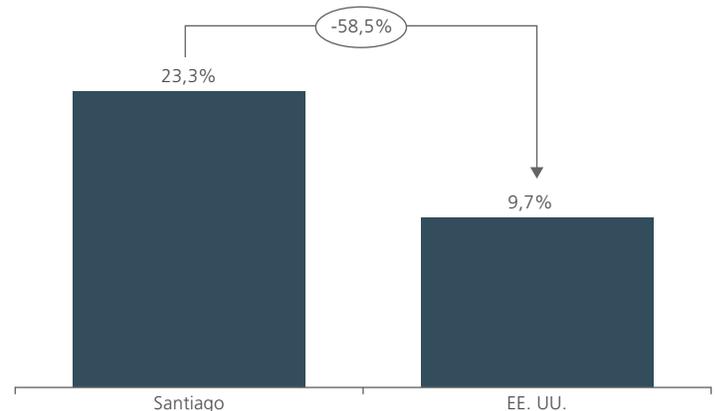
“Las comunas normalmente eligen precio sobre calidad. Muchas veces necesitamos repetir todos los exámenes porque no confiamos en los resultados...”

UPM, Copiapó

La mala calidad de la infraestructura genera una gran cantidad de resultados no concluyentes, que exigen exámenes de imágenes adicionales para confirmar la sospecha de cáncer de mama. Este requisito adicional no solo aumenta los costos para el Estado, sino que también limita el acceso de los pacientes al diagnóstico, ya que hay una falta de infraestructura en el sistema y los pacientes no pueden proceder en el esquema de GES sin una sospecha confirmada.

Figura 19
Comparación de resultados de mamografía no concluyentes*, Santiago vs. EE.UU. (2019)

Porcentaje del total de exámenes



*BI-RADS 0 and 3
Fuente: National Radiology Data Registry, REM

“La ecografía es importante para validar la sospecha, pero los pacientes fuera del grupo de riesgo necesitan esperar hasta un año. No hay recursos para todos...”

UPM, Valdivia

“Gran parte de los retrasos se deben al tiempo de espera para la ecografía; es largo porque depende de un radiólogo para hacerlo...”

UPM, Rancagua

5. Incentivos limitados y políticas públicas para la evaluación y detección de riesgos

Hoy no existen incentivos gubernamentales y objetivos sanitarios para realizar exámenes de mamografía como parte de una política de detección más amplia, de la manera que sucede con otros exámenes, como la prueba de Papanicolaou. Por lo tanto, los profesionales, en general, no tienen un enfoque proactivo

para reclutar mujeres para el chequeo y tienden a priorizar otras condiciones durante el tiempo limitado de consulta, lo que afecta sustancialmente el número de mujeres evaluadas adecuadamente.

Además, existe un desajuste importante entre las recomendaciones de GES y las políticas de cobertura reales. La primera incoherencia se refiere a la edad de la cobertura de mamografía gratuita. Aunque la directriz de la Guía Clínica Ministerial de Cáncer de Mama (GES) recomienda una mamografía cada dos años a todas las mujeres entre 50 y 74 años, la política de cobertura nacional existente solo garantiza una mamografía gratuita para mujeres entre 50 y 69 años de edad y con una frecuencia de cada tres años.

Esta política no solo es controvertida, sino que es extremadamente restrictiva, ya que el 50% de los pacientes potenciales con cáncer

Figura 20
Sección de la guía GES de cáncer de mama (2015)

RECOMENDACIONES CLAVE	
RECOMENDACIONES	Recomendación
Se recomienda promover una alimentación baja en grasas, disminuir el consumo de alcohol y aumentar la actividad física factores que contribuyen a disminuir el riesgo de desarrollar cáncer de mama.	C
Realizar tamizaje cada 2 años con mamografía en mujeres de 50-74 años, asociado o no a EFM.	B
Evaluar los factores de riesgo mayores y menores para identificar y clasificar a las mujeres de alto riesgo.	B
Detectar y derivar los casos sospechosos de patología maligna de la mama a especialista.	B

Fuente: Minsal

Figura 21
Resolución Exenta 1315 (2016)

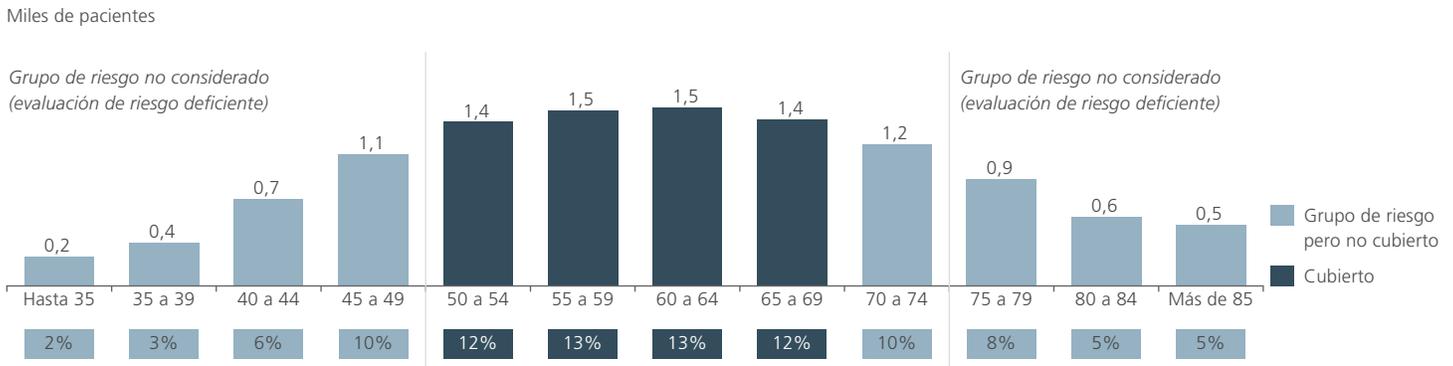
El Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama, cuenta con una Red de atención en la patología de mama, la cual además es una patología perteneciente al GES, garantizando prestaciones desde la confirmación diagnóstica por especialista, tratamiento, seguimiento y paliación, cuando corresponda.

En la atención Primaria de Salud, el Programa de Imágenes Diagnóstica permite focalizar la realización de screening gratuito de mamografía a mujeres 50 a 69 años, cada 3 años, además de ecografías mamarias y magnificaciones en casos específicos.

 2. **Detección precoz de Displasia luxante de caderas (DLC) a través de servicios de imágenes:**

Fuente: Minsal

Figura 22
Total potencial de pacientes con cáncer de mama por edad, Chile (2019)



Fuente: Minsal

de mama están fuera del grupo de edad cubierto, como se muestra en la Figura 22 a continuación.

La segunda incoherencia se refiere a la prueba genética. Aunque las pautas oficiales reconocen que las mujeres que han heredado mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, las políticas existentes no cubren la prueba BRCA para identificar a estas mujeres.

“La población de riesgo no está identificada ya que no hay posibilidad de hacer BRCA porque no está cubierta por las regulaciones gubernamentales...”

UPM, Valdivia

Además de eso, las directrices actuales no se promueven adecuadamente entre los profesionales, que, en consecuencia, no tienen una visión clara de los perfiles cubiertos. Por ejemplo, durante nuestras entrevistas, varios profesionales no pudieron proporcionar una visión correcta sobre qué mujeres tienen derecho a una mamografía gratuita en la actualidad.

6. Bajo apoyo a la navegación del paciente y del sistema

Hay dos barreras principales que abarcan todos los pasos del camino del paciente, que los afectan desde la consulta inicial hasta el tratamiento.

La primera barrera es la falta de apoyo para los pacientes. En general, los pacientes tienen información insuficiente sobre la enfermedad, sus derechos y servicios disponibles, así como tampoco cuentan con apoyo psicológico para tratar un diagnóstico de cáncer. En consecuencia, varias mujeres abandonan el proceso de diagnóstico y tratamiento.

El segundo problema se relaciona con el uso subóptimo de los recursos públicos. Mientras que algunos Servicios de Salud tienen presupuestos relativamente altos, dados los fondos adicionales proporcionados por las comunas, otros sufren de falta de recursos y no pueden acceder a equipos y recursos humanos, incluso cuando estos recursos están disponibles. Tal situación sucede, por ejemplo, dentro de Santiago, donde algunos Servicios de Salud tienen una gran infraestructura, mientras que otros tienen grandes dificultades para entregar servicios básicos a su población.

Mejorar el pronóstico de los pacientes: una responsabilidad compartida

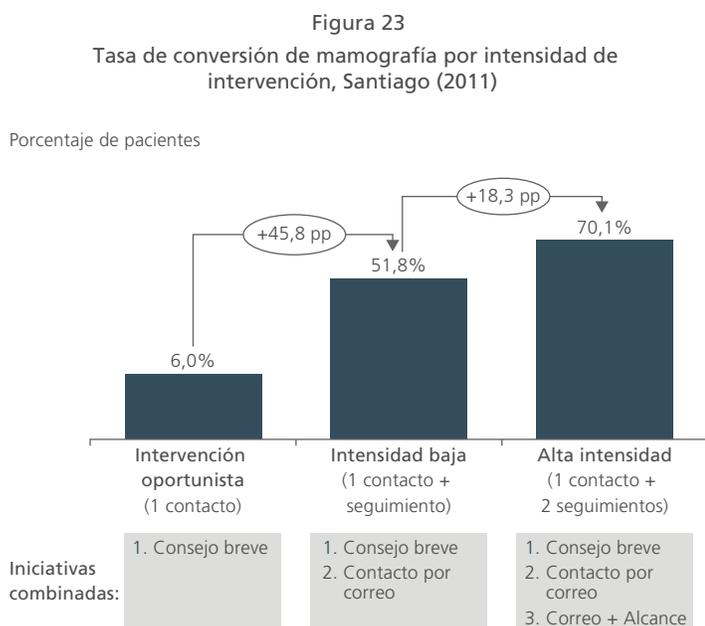
Aunque se ha hecho mucho por los pacientes chilenos, todavía hay barreras importantes que deben abordarse para mejorar el pronóstico de los pacientes con cáncer de mama en el país.

Abordar las barreras y, en consecuencia, reducir el padecimiento del cáncer de mama en Chile, requiere esfuerzos conjuntos del gobierno, el sector privado y la sociedad para desarrollar un plan de acción integral.

1. Cultura de prevención y sensibilización

Según la gran mayoría de los especialistas entrevistados, el cáncer de mama exige una conciencia y promoción constantes, lo que es más efectivo cuando se planifica y ejecuta localmente para respetar las especificidades regionales y abordar las desigualdades informativas regionales.

De hecho, Puschel K. y Thompson B. (2011) demostraron, en una investigación realizada en Santiago, que no solo es posible impulsar sustancialmente las tasas de mamografía a través de campañas de concientización, sino también que las respuestas aumentan exponencialmente con la frecuencia e intensidad del estímulo, lo que sugiere que es más probable que mayores inversiones en educación sobre enfermedades tengan resultados positivos.



Fuente: Puschel K. and Thompson B. (2011)

Sin embargo, la infraestructura pública está saturada y los profesionales de la salud no tienen tiempo ni recursos para educar a la población por sí solos, por lo tanto, existe una necesidad de responsabilidad compartida entre las distintas partes de la sociedad civil. En este contexto, las asociaciones entre comunas y Servicios de Salud con instituciones como universidades, asociaciones de pacientes, ONG y empresas privadas parecen ser una alternativa viable para apoyar a los proveedores de atención primaria a organizar y promover eventos educativos y campañas de sensibilización durante todo el año.

Aunque existen múltiples enfoques, los eventos en comunas, en APS u otras localidades de la comuna, y las campañas en medios, como radios, son dos ejemplos exitosos que podrían replicarse en todo el país.

Campañas locales de sensibilización El caso de Yo Mujer

Yo Mujer organizó una campaña de concientización local sobre el cáncer de mama en Toconao, una ciudad ubicada en el extremo norte de Chile. Esta iniciativa fue desarrollada por un esfuerzo conjunto entre Yo Mujer, una empresa privada local, y los municipios cercanos, que en conjunto asignaron recursos para promover el evento en las radios locales y proporcionar meriendas gratuitas a los participantes. Como resultado, el evento atrajo a más de 100 mujeres, que tuvieron la oportunidad de escuchar la importancia de la prevención y el testimonio de una paciente real.

2. Mejora de la atención primaria

La limitada experiencia de los profesionales de atención primaria con respecto al cáncer de mama revela la urgencia de promover la educación sobre la patología entre todos los profesionales de atención primaria.

Hay muchas formas de abordar esta barrera, pero recomendamos tres alternativas basadas en exitosas experiencias locales e internacionales.

El primer enfoque es desarrollar una relación más estrecha entre la atención primaria y secundaria para promover el intercambio de conocimientos y reducir el número de referencias incorrectas a los UPM. Esta estrategia ha tenido éxito en Los Ríos, a través de las reuniones anuales.

Reunión anual de UPM y APS El caso de Los Ríos

El Servicio de Salud de Los Ríos, junto con la UPM en Valdivia, organizan un evento anual para promover el cáncer de mama entre los proveedores de atención primaria. Durante un día completo, algunos especialistas de UPM presentaron a las matronas de APS un resumen de los hechos clave de ese año en particular y realizaron varios talleres relacionados con temas específicos, como la interpretación de imágenes mamarias. Además del intercambio de conocimientos, el evento tiene éxito al promover una discusión importante sobre los principales desafíos que enfrentan los proveedores de APS y las formas de superar las barreras existentes.

Además de las reuniones anuales, los talleres realizados en los UPM por especialistas también han tenido mucho éxito para educar a las matronas de los APS, ya que pueden aprender sobre todos los pasos del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama y obtener experiencia en la vida real con evaluación de pacientes.

El segundo enfoque es promover el uso del aprendizaje a distancia para educar a los profesionales de atención primaria, ya que los canales en línea son relativamente baratos y flexibles en comparación con los enfoques tradicionales, como las clases presenciales.

La administración pública ya ha adoptado esta estrategia, ofreciendo una plataforma con muchas cápsulas educacionales que cubren muchas patologías y otros temas relacionados con el sistema de salud.

Sin embargo, según los especialistas entrevistados, la plataforma no se promociona ampliamente y contiene demasiados videos, lo que dificulta que los profesionales seleccionen contenido relevante y se comprometan con el proceso de aprendizaje.

Por lo tanto, existe la oportunidad de renovar el programa de aprendizaje del gobierno, al revisar el número y el contenido de las clases y aumentar la promoción de los videos, potencialmente utilizando plataformas no gubernamentales, como Youtube y Vimeo, para compartir los videos.

Por último, existe la oportunidad de apoyar mejor la educación de los profesionales de atención primaria desde el inicio, trabajando con universidades.

Creemos que hay espacio para revisar el plan de estudios actual de los estudiantes con el fin de aumentar su exposición a temas relacionados con el cáncer de mama y elevar la disponibilidad de actividades prácticas en la UPM, a través de programas de tutores y pasantías.

Pasantías en UPM El caso de la Universidad de Valdivia

La Universidad Austral de Valdivia, en asociación con el Hospital de Valdivia, ofrece a todos sus estudiantes de obstetricia la oportunidad de rotar en todos los departamentos del hospital. Durante su rotación en la UPM, los estudiantes participan en consultas con pacientes con cáncer, tienen talleres educativos con especialistas y conocen detalles tanto de los procesos administrativos de la UPM como de los roles principales de las matronas de la UPM.

3. Inversión en screening de alta calidad

Los representantes del Minsal reconocen la efectividad de los exámenes de mamografía para detectar el cáncer de mama en sus primeras etapas de desarrollo. En una de las reuniones del Consejo Consultivo de las Garantías Explícitas en Salud Ley 19.966, los participantes acordaron que la mamografía era el único examen con una alta evidencia de eficacia entre todos los protocolos de detección de otras patologías en discusión, como se muestra en la Figura 24 a continuación.

Figura 24

Sección de minuta del Consejo Consultivo GES (2019)

En ese escenario dentro de los exámenes evaluados, realizar la mamografía cada 3 años en mujeres entre 50 y 69 años fue el único examen propuesto con una alta calidad de la evidencia.

A su vez, el test VPH en mujeres de 25 a 64 años, el test de pesquisa de VIH en sangre con consejería en embarazadas en el tercer trimestre, el test antígeno de superficie para VHB en embarazadas, el test detección de anticuerpos IgG trypanosoma cruzi en embarazadas y el test de pesquisa de VIH en sangre con consejería en personas de 15 a 64 años, tuvieron una calidad moderada de evidencia. Se hicieron observaciones al respecto aludiendo que el análisis de evidencia sobre la detección de anticuerpos IgG trypanosoma cruzi fue hecho en población general, lo que disminuye la calidad de la evidencia porque hoy en día la única transmisión de la Enfermedad de Chagas es vertical, por lo que habría un error en la evaluación de dicho examen. Asimismo, en el decreto GES está considerado que cualquier persona, voluntariamente, puede solicitar el test de VIH, por lo mismo no sería necesario establecerlo en el 3er trimestre del embarazo.

Fuente: Minsal

Además, el gobierno actual ha incluido la expansión de la infraestructura existente de máquinas públicas en el Plan Nacional de Cáncer para aumentar aún más la disponibilidad de mamografías en el sistema público. Como parte del mismo programa, el gobierno ha invertido recientemente en 35 nuevas máquinas de mamografía que se distribuirán a trece regiones de Chile.

Aunque esto representa un progreso, esa iniciativa no es suficiente por sí sola, especialmente en el corto plazo. Por lo tanto, es necesario aumentar el presupuesto anual para externalizar los exámenes al sector privado al mismo tiempo que se realizan inversiones en nuevas máquinas y la especialización de profesionales para crear un escenario sostenible en el futuro.

Además de aumentar la capacidad del sistema, es fundamental asegurar la calidad de los resultados, especialmente en un escenario donde la gran mayoría de los exámenes se realizan en centros privados, como sucede hoy.

Entre todas las iniciativas posibles para abordar este problema, recomendamos tres: el establecimiento de una certificación para centros de radiología, el refinamiento de los términos de la licitación para seleccionar un proveedor y el cambio en los esquemas de adquisición.

La primera propuesta no es nueva. Hace unos años, algunas instituciones, junto con el Minsal, discutieron el desarrollo de una certificación nacional para auditar centros de radiología a fin de establecer estándares de calidad en todos los entornos. Desafortunadamente, no hubo un acuerdo común entre la institución y el plan fue archivado. Aunque las razones de tales desacuerdos siguen siendo desconocidas, creemos que las conversaciones deberían reiniciarse con el objetivo de brindar una mejor atención a los pacientes.

Aunque una certificación de calidad respalda la externalización de exámenes de alta calidad, no es el único enfoque posible. Los cambios en los criterios de licitación también pueden respaldar la resolución del problema. Actualmente, muchas comunas no incluyen criterios de calidad en sus términos de referencia en sus licitaciones, una realidad que debería cambiarse en el futuro. No solo los proveedores privados deben demostrar la capacidad de entregar exámenes de alta calidad para ser considerados para el proceso de licitación (ex-ante), sino que también debe haber cláusulas para rescindir los contratos en caso de que estos mismos proveedores no entreguen los resultados esperados (ex -post).

Por último, también existe la oportunidad de un cambio completo en el esquema de adquisición, pasando del enfoque de tarifa por servicio (FFS) al esquema basado en episodios, en el que Servicios de Salud no obtendría un solo examen, sino un resultado para una sospecha, incluidos exámenes de confirmación cuando sea necesario. Mediante este método, el gobierno incentivaría a los centros a aumentar la calidad de los exámenes, ya que las repeticiones generan costos adicionales y reducen el tiempo de espera para la obtención de imágenes de confirmación en los servicios públicos.

Los esquemas que incentivan el desempeño ya son una realidad en otros países y se espera que sean cada vez más frecuentes en todo el mundo.

Modelo de Atención basado en valor: El caso del CMS

Los Centros de Medicare y Medicaid (CMS) son uno de los pagadores más importantes en Estados Unidos y han desarrollado el Programa de calidad de la enfermedad renal en etapa terminal para mejorar los servicios en los centros de diálisis. Este programa es único ya que parte del pago a sus proveedores se basa en su desempeño y en la calidad del servicio brindado. Esto permitió a CMS reducir sus pagos a instalaciones que no cumplen con los estándares de rendimiento estipulados.

4. Programas de apoyo al paciente

Aunque existen múltiples agrupaciones de pacientes y personas que dedican tiempo y recursos para facilitar la vida de las pacientes con cáncer de mama y la de sus familias, aún existe la oportunidad de aumentar el apoyo a las mujeres chilenas, especialmente en las etapas iniciales de su camino hacia la cura del cáncer.

Los pacientes carecen de conocimiento sobre la enfermedad, sobre el proceso de diagnóstico óptimo y sobre sus derechos, por lo tanto, estas instituciones pueden desempeñar un papel fundamental para mejorar el acceso de las mujeres chilenas a los servicios de salud en los plazos adecuados al mismo tiempo que brindan apoyo psicológico a los pacientes, evitando que abandonen el diagnóstico y el tratamiento.

Es importante ampliar el alcance de estas organizaciones y proporcionar herramientas a los profesionales para que sean más activos en el apoyo a la paciente desde el comienzo de su camino, lo que solo será posible a través de una mayor inversión y el intercambio de conocimientos.

Programa de apoyo al paciente El caso de Genentech

Genentech es una institución estadounidense que ha apoyado a más de 1,5 millones de pacientes para acceder a medicamentos suscritos. Ayuda a los pacientes asegurados a seguir los pasos burocráticos del acceso a la cobertura, informándoles sobre sus derechos, y ayuda a los pacientes que no pueden pagar el tratamiento, remitiéndolos a la fundación para recibir apoyo financiero.

El momento de actuar es ahora

Actualmente, hay más de 5.300 mujeres chilenas que esperan que sus vidas cambien cada año, una situación que no puede esperar más para ser modificada.

Aunque existan muchas barreras, existen múltiples ejemplos de regiones dentro y fuera de Chile que tuvieron éxito para sortear los problemas y proporcionar una vida mejor a su población femenina,

y tales casos pueden servir como ejemplos sobre cómo cambiar el panorama actual.

Confiamos en que, a través de los esfuerzos conjuntos del gobierno, el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil, Chile pueda mejorar drásticamente los pronósticos actuales y reducir el padecimiento de cáncer de mama en sus mujeres.

Apéndice - metodología modelo

Dada la falta de datos epidemiológicos confiables y actualizados, hemos desarrollado un modelo para estimar el número potencial de nuevos casos de cáncer de mama por año. En términos generales, el modelo ajusta las tasas brutas (no ajustadas) de incidencia de los EE. UU. para los perfiles de edad, género y etnia de la población chilena, considerando los aspectos regionales del país. Los cinco pasos del modelo se muestran a continuación:

1. Evaluación de las tasas de incidencia brutas (no ajustadas) en los EE. UU., utilizando registros SEER; datos proporcionados por edad, género y perfiles étnicos
2. Segmentación de la población chilena por edad, género y perfil étnico, por región, considerando la penetración de la población indígena y "mestiza".
 - a. Ejecución de segmentación basada en datos del INE, FONASA, World Atlas, informe Latinobarómetro y Revista Médica de Chile
3. Emparejamiento de los "segmentos" de la población de Estados Unidos y Chile (es decir, edad, género y perfil étnico)
4. Ajustes de las tasas de incidencia de EE. UU. Para segmentos de la población chilena
5. Cálculo del número potencial de pacientes basado en el número de personas en cada segmento

EE. UU. Fue seleccionado como punto de referencia debido a su eficiente sistema de salud para el diagnóstico del cáncer (tasas de diagnóstico similares a las de los países europeos) y la disponibilidad de datos confiables.

Referencias bibliográficas

- [1] International Agency for Research on Cancer, *Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018*, 2018.
- [2] American Cancer Society, *Global Cancer Facts & Figures 4th Edition*, 2018.
- [3] American Cancer Society, *Cancer Facts & Figures 2017*, 2017.
- [4] International Agency for Research on Cancer, *Cancer Tomorrow*, visitado el 15 de julio de 2019, disponible en: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>.
- [5] Cancer Research Leadership Forum, *White Paper Towards a national cancer research plan*, 2012.
- [6] Organisation for Economic Co-operation and Development, *Health Care Quality Indicators: Cancer Care*, visitado el 16 de julio de 2019, disponible en: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30121>.
- [7] Horton S, Gauvreau CL, *Cancer in Low- and Middle-Income Countries: An Economic Overview*, in: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, et al., *Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3)*, 2015, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343620/>.
- [8] World Health Organization, *Guide to cancer early diagnosis*, 2017.
- [9] Departamento de Estadísticas e Información de Salud, *Defunciones por algunas causas específicas de muerte según sexo*, visitado el 16 de julio de 2019, disponible en: http://www.deis.cl/wp-content/2017/gobCL-sitios-1.0/assets/SerieDefunciones_2000_2015.html.
- [10] Alegría L, *Garantías Explícitas en Salud GES/AUGE*, 2013.
- [11] Banco Interamericano de Desarrollo, *La cobertura de las intervenciones de alto costo en Chile: una visión crítica sobre la Ley Ricarte Soto*, 2016.
- [12] Caglevic C, Anabalón J, Soza C, et al., *Triple-negative breast cancer: the reality in Chile and in Latin America*, 2019.
- [13] Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, *A mulher e o câncer de mama no Brasil*, 2014.
- [14] Godet I, Gilkes D, *BRCA1 and BRCA2 mutations and treatment strategies for breast cancer*, *Integrative cancer science and therapeutics*, 4 1, 2017.
- [15] Anderson B, Dvaladze A, et al., *Breast cancer risk factors and risk reduction*, 2017.
- [16] American Cancer Society, *Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018*, 2017.
- [17] World Health Organization, *Guidelines for the early detection and screening of breast cancer*, 2006.
- [18] Puschel K, Thompson B, *Mammogram screening in Chile: using mixed methods to implement health policy planning at the primary care level*, 2011.
- [19] The Economist Intelligence Unit Limited, *Control del Cáncer, Acceso y Desigualdad en América Latina: Una Historia de Luces y Sombras*, 2017.
- [20] Resolución exenta número 993, de 2018. Publicada en la Edición Núm. 42.186 del Diario Oficial de La República de Chile.
- [21] Resolución exenta número 1315, de 2016.

Autores

Maurício França

Partner,
Biopharma and Life
Sciences practice
São Paulo, Brasil

Sue St. Sure

Partner,
Biopharma and Life
Sciences practice
Los Angeles, California

Brian Baranick

Partner,
Biopharma and Life
Sciences practice
Los Angeles, California

Tian Han

Principal,
Biopharma and Life
Sciences practice
Los Angeles, California

Rafael Freixo

Consultant,
Biopharma and Life
Sciences practice
São Paulo, Brasil

Daniel Ito

Associate Consultant,
Biopharma and Life
Sciences practice
São Paulo, Brasil

Fernanda Lisboa

Associate,
Biopharma and Life
Sciences practice
São Paulo, Brasil

