

Impulsando políticas de tamizaje en Chile

Autoras:

Susana Mondschein Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile

Natalia Yankovic Barceló ESE, Universidad de los Andes, Chile

Se agradece el apoyo del ISCI Instituto de sistemas complejos de ingeniería ANID PIA/PUENTE AFB220003 y del proyecto FONDECYT N°124039

1. Resumen Ejecutivo

El acceso universal y las políticas de prevención y detección precoz son pilares fundamentales en los sistemas de salud más efectivos, ya que mejoran los resultados sanitarios y contribuyen al control de costos. En Chile, si bien, contamos con un conjunto de enfermedades y problemas de salud con garantías explícitas (GES), la implementación del tamizaje no ha sido suficientemente efectiva ni eficaz.

El caso del cáncer colorrectal (CCR) es un ejemplo bien documentado de que disponer de garantías en el tratamiento sin un adecuado programa de tamizaje tiene un impacto limitado en la sobrevivencia de la enfermedad y perpetúa las desigualdades en salud.

En este documento se analizan los problemas de las estrategias de tamizaje existentes en el país, y la importancia de establecer sistemas que permitan desarrollar políticas específicas para nuestra realidad.

2. Planteamiento del problema

El acceso universal, junto con políticas efectivas de prevención y detección precoz, constituye un pilar fundamental en los sistemas de salud más exitosos del mundo. La implementación de un cuidado integrado, sistemático y accesible no solo mejora significativamente los resultados en salud, como el

aumento en la esperanza de vida, sino que también optimiza la eficiencia del sistema al contribuir a la contención de costos y al uso racional de los recursos disponibles [1].

Las políticas de tamizaje son un ejemplo de intervenciones sanitarias diseñadas para identificar y evaluar el riesgo de enfermedades o condiciones de salud específicas en individuos o poblaciones. La mayoría de los países desarrollados tienen políticas de tamizaje para enfermedades como trastornos cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, diabetes y afecciones respiratorias crónicas.

Las recomendaciones de tamizaje suelen basarse en análisis de costo-efectividad, realizados mediante estudios observacionales, modelamiento de la evolución de pacientes bajo diferentes protocolos de tamizaje y/o ensayos clínicos aleatorizados. Aunque existen guías internacionales para muchos programas de tamizaje (US Preventive Services Task Force, CDC, American Cancer Society, Organización Mundial de la Salud), hay heterogeneidad en términos del público objetivo de estas políticas, la frecuencia y los tipos de pruebas de tamizaje, así como en sus estrategias de implementación. A pesar de estas guías, la implementación de programas varía en cuanto a la edad de inicio y finalización del tamizaje, los intervalos de tamizaje y los métodos primarios, incluso en países con sistemas de salud comparables [2].

El impacto de implementar diferentes estrategias de tamizaje puede afectar los resultados de salud, e incluso generar disparidades en las tendencias de incidencia y mortalidad de enfermedades como el CCR [3].

Adicionalmente, en la mayoría de los países de bajos ingresos, no existen recomendaciones generales o políticas de tamizaje, siendo, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino -potencialmente erradicable- la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en muchas regiones [4].

En Chile han existido avances en establecer protocolos de salud universales, siendo el AUGE (posteriormente GES) el mecanismo fundamental para garantizar acceso, oportunidad, protección financiera y calidad para un conjunto de patologías o condiciones de salud [5].

Sin embargo, en algunas patologías como el CCR, garantizar el tratamiento sin disponer de programas de tamizaje y detección precoz no parecen suficientes para disminuir las desigualdades de salud.

3. Antecedentes y análisis de la estrategia

Programas de tamizaje en Chile:

Dentro de las garantías de oportunidad del programa GES se establecen exámenes gratuitos de medicina preventiva (EMP) como parte de su estrategia de tamizaje. Sin embargo, el acceso a los EMP es voluntario, y contempla metas de cobertura acotadas y no siempre bien definidas, y no dispone un seguimiento de cumplimiento adecuado [6]. Por ejemplo, para las enfermedades metabólicas se establece una meta del 25% anual, lo que si fuera del universo total de adultos permitiría diagnosticar en 4 años a prácticamente toda la población, lo que sabemos dista mucho de la realidad.

Adicionalmente, las recomendaciones del EMP no conversan con las directrices internacionales, no están basadas en evidencia [7], y no establece protocolos para la colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años (que debería ser parte del EMP por su condición de “preventiva”).

Para el resto de las condiciones de salud contempladas en el GES las garantías se originan desde la sospecha, sospecha fundada, confirmación diagnóstica, o indicación quirúrgica realizada por un médico. Esto es especialmente problemático en el caso de los cánceres, donde las garantías se activan desde una sospecha fundada y no se incluye la pesquisa activa, como en el CCR.

De esta manera, en el país solo podríamos considerar estrategias organizadas de salud las relativas a las embarazadas, recién nacidos, y eventualmente, a los recién nacidos prematuros respecto de las patologías contempladas en el GES.

El objetivo de este documento es establecer la importancia de implementar programas de tamizaje organizados y universales como una estrategia para disminuir las brechas en los resultados de salud y contribuir a la sostenibilidad del sistema.

La realidad del CCR

Como se mencionó anteriormente, Chile carece de un programa nacional de tamizaje, aunque iniciativas como PREVICOLON (2007-2009) y PRENEC (colaboración Chile-Japón) han mostrado resultados prometedores. El acceso al tratamiento está garantizado parcialmente a través del programa GES desde 2014, que cubre procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Existe desconocimiento transversal sobre los

exámenes de prevención y detección precoz disponibles y una fracción importante accede a estos exámenes una vez que manifiesta síntomas [8].

En el país tampoco existe un registro nacional del cáncer, por lo que estadísticas de incidencia, prevalencia y mortalidad no están disponibles. Sin embargo, usando datos públicos, se han podido estimar no solo estas estadísticas, sino también la sobrevida del CCR para diversos grupos de la población [9].

En este trabajo se muestra la relación entre la sobrevida y el seguro de salud, pudiendo estimar que los beneficiarios del seguro público de salud FONASA tienen sobrevida a 5 años un 50% menor que los beneficiarios de seguro privado ISAPRE, aún cuando son atendidos en centros de alta complejidad, e incluso cuando la prestación de salud ocurre en centros privados. Adicionalmente, en este trabajo no se encontró evidencia de que contar con cobertura GES para el tratamiento del CCR tuviera impacto en la sobrevida estimada.

4. Recomendaciones

4.1. Avanzar en un registro Nacional del Cáncer que permita la evaluación de políticas públicas.

4.2. Desarrollar políticas de tamizaje informadas, que consideren costo efectividad, restricciones de presupuesto o recursos y estén adaptadas a la realidad epidemiológica del país.

4.3. Incluir el tamizaje en las patologías GES, asegurando el monitoreo y control efectivo de su alcance. En este sentido es importante fortalecer las competencias fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud, para que incluya de manera explícita los programas de la atención primaria.

4.4. Considerar implementación efectiva de las estrategias de prevención y tamizaje, de manera de que no estén sujetas a la voluntad de la población, y que consideren la educación e información como ejes centrales.

Referencias

1. Galvani AP, Parpia AS, Foster EM, Singer BH, Fitzpatrick MC. “Improving the prognosis of health care in the USA”. *Lancet*. 2020 Feb 15;395(10223):524-533. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33019-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33019-3).
2. Wang, W, Arcà, E, Sinha, A. et al. “Cervical Cancer Screening Guidelines and Screening Practices in 11 Countries: A Systematic Literature Review”. *Preventive Medicine Reports* 05 28 (2022). <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101813>
3. Cardoso, R, Guo, F, Heisser, T. et al. “Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-based study”. *The Lancet Oncology* 05, 22 (2021). [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00199-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00199-6)
4. Fitzmaurice, C, Allen, C, Barber, R. et al. “Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived with Disability, and Disability Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015 A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study”. *JAMA Oncology*. 4 3 (2017). <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.5688>
5. <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/>
6. Superintendencia de Salud, departamento de estudios y desarrollo. “Documento Técnico Implementación Ley N° 21.350”. 2022.
7. Plaza, M, Manzanares, S, Cordero, MJ. “Chequeo preventivo basado en la evidencia”. *Revista Médica Clínica Las Condes* 32 4 (2021). <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.06.002>
8. Alfaro, G, Berger, Z, Mondschein, S. et al. “Barriers to the use of tests for early detection of colorectal cancer in Chile”. *Sci Rep* 14, 8817 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58920-z>
9. Mondschein S, Subiabre F, Yankovic N, Estay C, Von Mühlenbrock C, et al. “Colorectal cancer trends in Chile: A Latin-American country with marked socioeconomic inequities”. *PLOS ONE* 17(11): e0271929 (2022). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271929>