

Brechas en el diagnóstico precoz del cáncer gástrico en zonas rurales de Chile: desafío urgente para la atención primaria

Autores: Cristóbal Balbontín, Daniela Martino, Sofía Sepúlveda, Martina Ramos y Valentina Viñuela.

Filiación: Estudiantes 2º año Medicina, Universidad de los Andes, Chile.

1. Resumen Ejecutivo

El cáncer gástrico es responsable de una alta mortalidad en Chile (aproximadamente 3.200 muertes por año), siendo la principal causa de muerte por cáncer en hombres (27,8 por 100.000 habitantes) y una de las más frecuentes en mujeres (10,6 por 100.000 habitantes) (1). La situación es aún más crítica en zonas rurales del sur, donde la incidencia y la mortalidad superan ampliamente el promedio nacional (Maule: 46,3 por cada 100.000 habitantes y Biobío: 43,2 por cada 100.000 habitantes) (2). Si bien existe garantía de tratamiento mediante el régimen GES, la detección precoz no está asegurada por el sistema, y las estrategias de pesquisa activa son débiles o inexistentes.

Esta brecha se traduce en diagnósticos tardíos, con una edad promedio de diagnóstico de 65 años para los pacientes que consultan, de los que cerca de dos tercios tienen cáncer en etapas avanzadas (3), lo que conlleva menor posibilidad de tratamiento curativo y una carga desproporcionada en población vulnerable. Además, es el tratamiento lo que está incluido en las Garantías Explícitas en Salud (GES), por lo que el diagnóstico no es parte de esta cobertura (4). Las causas incluyen la escasa capacidad resolutive de la atención primaria rural, dificultades en la articulación entre niveles de atención, y ausencia de tamizaje sistemático. Este Policy Brief analiza el problema, identifica falencias del sistema actual y propone medidas concretas para garantizar un diagnóstico más oportuno en las zonas de mayor riesgo, con foco en la equidad territorial y el rol estratégico de la atención primaria de salud (APS).

2. Planteamiento del problema

El cáncer gástrico representa una de las principales causas de carga oncológica en Chile. Se estima que más del 60% de los casos se detectan en estadios avanzados, lo que limita significativamente las opciones de tratamiento curativo (5). La tasa de supervivencia a 5 años es de solo un 10%, muy inferior a la de países como Japón, donde se detecta en etapas tempranas y las tasas de supervivencia alcanzan entre un 80% y 90% (6). La distribución territorial de la enfermedad revela profundas desigualdades: regiones como La Araucanía, Los Lagos y Aysén concentran una mayor incidencia y mortalidad, asociadas a factores como pobreza, ruralidad, mayor proporción de población indígena, la alta prevalencia de *Helicobacter pylori* (hasta un 70% en algunas comunidades mapuche-huilliche) y menor acceso a servicios especializados (7).

En estas zonas, la APS es el principal punto de contacto con el sistema sanitario. Sin embargo, su rol en la pesquisa precoz de cáncer gástrico está debilitado por múltiples factores:

- Escasa disponibilidad de herramientas diagnósticas (test de sangre oculta en deposiciones, marcadores o acceso a endoscopia).
- Barreras geográficas y culturales para acceder a servicios de referencia en hospitales base.
- Tiempos de espera prolongados para endoscopia digestiva alta, examen clave para el diagnóstico (8).

A esto se suma un marco normativo insuficiente: el cáncer gástrico se incorpora al GES solo una vez confirmado el diagnóstico histológico, lo que excluye cualquier tipo de tamizaje como garantía explícita. Esto genera un vacío estructural que perpetúa un modelo donde el sistema actúa tarde y con altos costos personales, sanitarios y sociales (9).

3. Estado actual de las políticas y limitaciones

El sistema chileno ha realizado avances en el abordaje del cáncer en general, y del cáncer gástrico en particular, pero persisten debilidades relevantes en la fase de diagnóstico temprano.

3.1. Garantías Explícitas en Salud (GES)

Desde 2006, el cáncer gástrico está incluido en las patologías GES, garantizando tratamiento quirúrgico, endoscópico o quimioterapéutico a quienes cuentan con diagnóstico confirmado. Sin embargo, no existe ninguna garantía previa relacionada con la pesquisa, ni mecanismos que aseguren el acceso rápido al diagnóstico en personas con síntomas sugerentes en la APS (9).

3.2. Plan Nacional del Cáncer 2020–2028

El plan fija metas ambiciosas para reducir la mortalidad por cáncer y mejorar el acceso al diagnóstico. Aunque reconoce el rol clave de la APS, no contempla estrategias específicas ni financiamiento para el tamizaje del cáncer gástrico, a diferencia de lo que ocurre con el de cuello uterino o mama (5).

3.3. Iniciativas regionales

Algunas regiones han desarrollado programas piloto como endoscopia móvil o derivación preferente desde APS, pero su cobertura ha sido parcial, con resultados positivos pero sin replicación nacional ni sostenibilidad financiera (10).

3.4. Rol de la atención primaria

La APS ha mejorado su cobertura territorial, especialmente en zonas rurales, pero no cuenta con protocolos estandarizados para la sospecha, registro o seguimiento de síntomas digestivos persistentes. La rotación de profesionales, la falta de continuidad en los equipos, y la carga asistencial dificultan aún más la pesquisa precoz (8).

4. Recomendaciones

Para avanzar hacia un sistema que asegure diagnóstico oportuno del cáncer gástrico, especialmente en zonas rurales, proponemos las siguientes medidas:

4.1. Implementar programas de tamizaje comunitario en zonas de alta incidencia

Desarrollar estrategias de pesquisa activa para personas mayores de 40 años en zonas rurales del sur de Chile. Estas estrategias deben contar con participación de agentes comunitarios, equipos de salud familiar interculturales y apoyo de unidades móviles. El objetivo es detectar precozmente síntomas de alarma (como dispepsia persistente, anemia o pérdida de peso) y derivar oportunamente a endoscopia.

4.2. Fortalecer la capacidad resolutive de la APS rural

Capacitar a los equipos de salud en criterios clínicos de sospecha, dotarlos de algoritmos de riesgo validados y permitir acceso a exámenes de derivación rápida. Además, se deben crear cupos específicos para endoscopia ambulatoria en hospitales de baja y mediana complejidad. Esto requiere una inversión inicial, pero es costo-efectivo a largo plazo.

4.3. Incluir la pesquisa precoz como parte del GES

Modificar el régimen GES para incorporar una garantía explícita de tamizaje y diagnóstico precoz para cáncer gástrico, al menos en grupos de riesgo definidos territorialmente. Esto permitiría activar una ruta clínica estandarizada desde la APS, con tiempos máximos para exámenes y respuesta.

4.4. Campañas educativas comunitarias en salud digestiva

Diseñar campañas regionales que promuevan el reconocimiento temprano de síntomas digestivos sospechosos. Estas campañas deben considerar elementos culturales, traducirse a lenguas originarias cuando corresponda, y difundirse a través de radios locales, ferias de salud y redes comunitarias.

4.5. Regular la venta de esomeprazol mediante receta médica.

El esomeprazol, al igual que el omeprazol, puede aliviar temporalmente los síntomas de dispepsia, enmascarando así signos de alarma temprana del cáncer gástrico (ISP). Por ello, se recomienda restringir su venta a través de receta médica, favoreciendo así una evaluación clínica adecuada ante síntomas persistentes.

5. Consideraciones finales

El cáncer gástrico sigue siendo una enfermedad de alto impacto social y sanitario en Chile, especialmente en zonas rurales donde las brechas en diagnóstico precoz reflejan una profunda inequidad. El sistema de salud responde tarde, cuando las opciones terapéuticas son limitadas y costosas. Fortalecer la atención primaria rural, incorporar herramientas diagnósticas y garantizar la pesquisa mediante el régimen GES son medidas costo-efectivas y éticamente urgentes. Si Chile busca una salud más equitativa, debe priorizar a las comunidades vulnerables donde hoy se pierden vidas por diagnósticos tardíos.

Referencias:

1. Brenner P, Dathe S, González MT, Hofmann F, Jara P, Montes V, et al. Descripción epidemiológica del cáncer gástrico en Chile. Rev. Conflu [Internet]. 30 de diciembre de 2020 [citado 1 de junio de 2025];3(2):57-61. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/462>
2. MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CÁNCER GÁSTRICO. SANTIAGO, CHILE: MINSAL 2020. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-og-es/guias-de-practica-clinica/cancer-gastrico/descripcion-y-epidemiologia/>
3. Gutiérrez L, Rojas I, Vega R, Carrasco C, Aqueveque P, Cárcamo V, et al. Situación del cáncer gástrico en el sur de Chile: incidencia, diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Rev Chil Cir. 2016;68(6):475–81. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-situacion-del-cancer-gastrico-el-S0379389316301533>
4. Ferreccio C, Rollán A, Harris P, Serrano C, Gederlini A, Margozzini P. Bases para un programa de pesquisa de cáncer gástrico en Chile. Rev Med Chile. 2014;142(9):1125–36. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000900013&script=sci_arttext
5. Ministerio de Salud. Plan Nacional del Cáncer 2020–2028. Santiago: Gobierno de Chile; 2020. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e-53d9-4a31-a4fe-e90d8d9a2348/documento_plan_nacional_de_cancer.pdf
6. Super User. El cáncer de estómago es la cuarta causa de muerte por cáncer en Chile y aún se detecta en etapas avanzadas [Internet]. Sociedadgastro.cl. [citado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://sociedadgastro.cl/gastroweb/index.php/prensa/prensa-schge/574-el-cancer-de-estomago-es-la-cuarta-causa-de-muerte-por-cancer-en-chile-y-aun-se-detecta-en-etapas-avanzadas>
7. SChGE. El cáncer de estómago es la cuarta causa de muerte por cáncer en Chile y aún se detecta en etapas avanzadas. Gastroweb [Internet]. [cited 2025 Jun 16]. Disponible en: https://uchile.cl/noticias/209795/70-de-la-poblacion-estaria-infectada-con-bacteria-causante-de-cancer?utm_source
8. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer gástrico en las Américas: situación y desafíos. OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
9. Ministerio de Salud. Garantías Explícitas en Salud (GES): ficha técnica cáncer gástrico. Santiago; 2023. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/RE_GPC-Ca%CC%81ncer-Ga%CC%81strico_v2.pdf
10. MINSAL. Serie Protocolos Clínicos RED SUR. Derivación preferente de cáncer gástrico. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2022. Disponible en: <https://dis.saludoriental.cl/degidssmo/ges/Norma%20Tecnico%20Medico%20Administrativas%20D72%202022.pdf>