

Gestión en Salud del Programa de Cáncer de Mama en Chile¹

Health Management of the Breast Cancer Program in Chile

Gestão em Saúde do Programa de Câncer de Mama no Chile

ENSAYO

Denisse Parra-Giordano¹, María Angélica Saldías Fernández

1. Enfermera. Profesora Asociada Departamento de Enfermería Universidad de Chile. Chile. Correo electrónico: denisseparrag@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9439-2679>
2. Enfermera. Profesora Asistente Departamento de Enfermería Universidad de Chile. Chile. Correo electrónico: mangelica.saldias@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2278-9124>

Institución: Universidad de Chile.

Fuente de financiamiento: propia de los autores.

RESUMEN

El cáncer de mama es objeto de una de las políticas públicas de mayor impacto en la población mundial. En Chile, el aumento de los indicadores de incidencia y mortalidad del cáncer de mama lo convirtieron en un problema de salud pública, abordado con: objetivos sanitarios, programa nacional del cáncer, garantía explícita en salud y guías clínicas a nivel nacional. No obstante, sin impacto en los indicadores de salud de la población en el

contexto actual de sociedad de mercado y la salud como un bien de consumo. Ante lo cual, se discute el Programa de Cáncer de Mama en la realidad chilena, para, así, contribuir al análisis de la Gestión en Salud de este problema de salud pública y mejorar su abordaje actual. El 2018, comenzó la implementación de nuevas directrices y estrategias a nivel nacional. Será necesario el compromiso y esfuerzo de cada región para la consumación de estos lineamientos.

Palabras clave: Administración en Salud; Gestión en Salud; Neoplasias de la Mama; Políticas Públicas de Salud.

ABSTRACT

Breast Cancer is one of the public policies with the most significant impact on the world population. In Chile, the increase in breast cancer incidence and mortality indicators has become this disease in a public health problem addressed with health objectives, national cancer programs, explicit health guarantee, and clinical guidelines at the national level. However, that has not shown an impact on the population's health indicators in the current context of the market society and health as a consumer

good. Consider this background, the Breast Cancer Program in the Chilean reality discuss, thus, contributing to the analysis of Health Management of this public health problem, improving its current approach. In 2018, the implementation of new guidelines and strategies began at the national level. The commitment and effort of each region of the country will be necessary for the fulfillment of these guidelines.

Keywords: Health Management; Breast Neoplasms; Public Health Policy; Health Policy, Planning and Management.

RESUMO

O câncer de mama é uma das políticas públicas de maior impacto na população mundial. No Chile, o aumento dos indicadores de incidência e mortalidade de câncer de mama o transformou em um problema de saúde pública, abordado com: objetivos de saúde, programa nacional de câncer, garantia explícita de saúde e diretrizes clínicas em nível nacional. No entanto, sem impacto nos indicadores de saúde da população no contexto atual de uma sociedade de

mercado e na saúde como bem de consumo. Diante disso, é discutido o Programa de Câncer de Mama na realidade chilena, contribuindo para a análise da Gestão em Saúde desse problema de saúde pública, melhorando sua abordagem atual. Em 2018, a implementação de novas diretrizes e estratégias começou em nível nacional. O compromisso e o esforço de cada região serão necessários para a consumação dessas diretrizes.

Palavras-chave: Administração em saúde; Gestão em Saúde; Neoplasias da Mama; Políticas Públicas de Saúde.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud se refiere a todas las acciones y actores involucrados para que la sociedad y el Estado desarrollen la salud, para su funcionamiento se articulan tres componentes: modelo de gestión, de atención y de financiamiento. El modelo de gestión se organiza conforme a los objetivos de salud planteados en cada país¹. Así, en Chile, para la década del 2010 al 2019, se plantean los objetivos sanitarios bajo la combinación del modelo de diseño de políticas mixta y el marco lógico, con criterios de priorización por áreas de acción con las mejores estrategias; pues se considera la experiencia en otros países². De 2011 a 2020, se utilizó el modelo basado en resultados, en el cual se daba relevancia al componente estratégico para el logro de las metas sanitarias. Se plantearon nueve objetivos estratégicos³.

En este contexto, en Chile para la década de 2010 a 2019 destaca el objetivo N°2 para la disminución de la tasa del cáncer², continuándose el 2011 al 2020 con una reducción de la tasa de mortalidad por cáncer en un 5% de un 107,0 a 97,1 por 100.000 del 2015 al 2020 en el objetivo estratégico N°23. De este modo, el cáncer de mama es objeto de una de las políticas públicas de mayor impacto en la población mundial. Los resultados de los indicadores en salud de esta enfermedad la señalan como un problema de salud pública prioritario no solo en Chile, sino también en Latinoamérica y el mundo⁴⁻⁶.

En este sentido, las políticas públicas son una forma de respuesta de los gobiernos frente a dificultades concretas existentes en la población⁷. Su formulación es un proceso que transcurre en un contexto institucional, se asigna actividades y se potencia la actuación de diferentes actores para promover soluciones políticas a problemas concretos del momento en el país^{8,9}.

Se establecen dos formas para desarrollar las políticas públicas. Por un lado, con una amplia participación de los sectores gubernamental y no gubernamental y, por otro lado, una más restringida a la participación exclusiva de autoridades gubernamentales¹⁰. Para la participación gubernamental es preciso un Estado acción, que vea más allá de los aspectos técnicos de las políticas públicas, presente una perspectiva global que integre la dimensión social⁹ e incluya aspectos cuantitativos y cualitativos para dar respuesta a la multidimensionalidad de la vida de los sujetos⁷. Al discutir sobre las políticas públicas, es posible entender su proceso de origen y, también, el proceso de funcionamiento en el contexto en que se desarrolla. Para así, primero, establecer el momento crítico que atraviesa la salud pública en el presente por su subordinación al modelo biomédico actual¹¹ y, luego, las circunstancias que facilitan u obstaculizan la mayor efectividad del Estado en su desarrollo^{8,9}.

Conforme a lo planteado en la Declaración de Astaná de 2018, lo importante son las estrategias para abordar los gastos crecientes de la atención sanitaria; asimismo, a sabiendas de los escasos recursos, se debe promover su eficiencia¹². De esta forma, comprender que la deseada cobertura sanitaria universal solo podrá lograrse si los gobiernos se comprometen a destinar el dinero necesario, con las voluntades políticas para alcanzarla. Para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decreta como principal área programática en los sistemas de salud las políticas, estrategias y planes nacionales de salud, y como objetivo su fortalecimiento¹³.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara al cáncer de mama como el más diagnosticado en mujeres (uno de cada cuatro de los nuevos cánceres) en todo el mundo, y el más común en 154 de los 185 países que componen GLOBOCAN (Observatorio Global de Cáncer, OMS) 2018⁵. Así, se encuentra dentro de los tres cánceres de mayor incidencia con 2.1 millones de diagnósticos en 2018 y 11.6% de la carga de cáncer a nivel mundial. Además, dentro de los cinco principales en la mortalidad general con 627.000 muertes (6.6%) y como la principal muerte por cáncer en mujeres, con 15%^{5,14}. Para el 2050, la OMS proyecta el cáncer de mama como una de las cinco patologías más prevalentes e incidentes en la población femenina mundial tanto en los países desarrollados, como en los países en desarrollo. En edades tempranas de adultez, será la causa de mortalidad predominante en la población^{4,15-18}.

En el contexto actual, la salud pública hegemónica y domesticada¹¹ con su capitalización mundial es manejada como un bien de consumo. Así, en primera instancia, su acceso queda supeditado al nivel de ingreso de los países^{14,19}. De modo que las estrategias costoeficaces recomendadas por la OMS para mejorar la salud de la población están estancadas en las poblaciones más pobres^{13,14}.

De esta forma, las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos^{13,20}. Así, a pesar de la alta incidencia del cáncer de mama en todos los países, su pronóstico solo es favorable en los países desarrollados⁵. Los países poco desarrollados perciben menores recursos e inversión en salud con ausencia de programas de detección precoz; por lo cual presentan un alto porcentaje de mujeres con diagnóstico de la enfermedad avanzada y, también, falta de servicios adecuados para el tratamiento y la rehabilitación^{14,15,20}.

En relación con ello, la OMS menciona que al enfermar un miembro de la familia por cáncer, esta debe decidir si costea o no el elevado precio de un tratamiento que podría salvarle la vida. Situación que podría suprimir la asistencia de uno de sus hijos al colegio para que genere ingresos por medio del trabajo o, en el caso de una mujer, no realizarse el tratamiento por ser de las personas que quedan atrás; así no dejar sin dinero y futuro a su familia¹³. En cuanto a la realidad Latinoamericana, la mortalidad por cáncer ha ido aumentando las últimas décadas para ubicarse como la segunda causa de muerte en 2015²¹; el 2013 se registraron 1.087.047 muertes por cáncer (102,4 por 100.000 habitantes) lo que representa el 19% de las muertes en las enfermedades no transmisibles²².

El considerable incremento de la incidencia y la mortalidad de esta enfermedad en la región ha transformado al cáncer de mama en un problema de salud pública prioritario, lo que lo ha posicionado en la agenda política y, además, ha requerido grandes inversiones por parte de los países de la región¹⁵. A raíz de ello, se ha transformado la disminución de la morbilidad-mortalidad del cáncer en una política y objetivo de la OMS para la década 2018-2030²².

En Chile, desde los inicios del Programa del Cáncer de Mama en 1995 hasta el 2013, el riesgo de morir por él ha disminuido. No obstante, la tasa bruta de mortalidad aumentó en el mismo período, de 6.0 en 1997 a 8.5 en 2015²³⁻²⁵; por lo cual, se ha convertido en la primera causa de muerte por cáncer en mujeres desde el 2009 al 2015, con 11,8% del total de defunciones por cáncer en mujeres durante el año 2013²³, 11,9% en 2014²⁶ y 16.6 en 2015²⁵. Asimismo, el tumor maligno de la mama es la causa más frecuente de egreso hospitalario en Chile desde 2010 a 2016²⁵.

En la misma línea, el aumento de los indicadores de incidencia y mortalidad del cáncer de mama lo han convertido en un problema de salud pública. Ha sido abordado mediante diferentes políticas públicas, las cuales no han impactado en los indicadores de salud de la población, en el contexto actual de la sociedad de mercado. Frente a estos antecedentes, surge esta reflexión que tiene por objetivo discutir sobre el Programa de Cáncer de Mama en la realidad chilena y, así, contribuir al análisis de la Gestión en Salud de este problema de salud pública y mejorar su abordaje actual.

DESARROLLO

Cáncer de mama como política pública de salud

En Chile, para otorgar una atención integral se ha implementado el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario, el cual incluye los tres niveles de atención e involucra el nivel de promoción y los cuatro niveles de prevención^{27,28}.

Frente a la transición epidemiológica actual, donde las afecciones no transmisibles son las principales causas de muerte^{3,14,21}, los países de América Latina y el Caribe tienen grandes dificultades para responder al aumento de la morbilidad y mortalidad producida por el cáncer^{10,15,20,21,29}, ante ello 26 países en las Américas están preparando políticas, estrategias y planes nacionales integrales en el contexto actual¹³.

Los altos costos que representan los programas de prevención en los sectores de atención primaria, secundaria y terciaria, se enfrentan a que muchos sistemas de salud en la región no están bien financiados por el gasto público o gubernamental; por lo cual, se requiere un alto desembolso monetario individual para acceder a los servicios de salud. Como resultado, existe un desequilibrio entre la asignación de recursos, la falta de inversión en equipamiento e infraestructura y las desigualdades en la atención del cáncer en determinados grupos de población^{10,15,20,29,30}.

Si bien es cierto que los países pertenecientes a Organizaciones como OPS/OMS, entre ellos Chile, trabajan en los objetivos planteados en Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030; con el fin de llevar a cabo los proyectos en conjunto relacionados con garantizar que toda mujer, hombre y niño puede vivir una vida sana y productiva a través de herramientas de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos contra las enfermedades crónicas y el cáncer de mama. Es importante destacar que el rol crítico de los servicios de salud de estos países, las políticas públicas sanitarias y la necesidad de un abordaje mayor mediante la articulación de sistemas que fomenten el acceso y la continuidad de la asistencia no es suficiente para disminuir las altas tasas de incidencia, mortalidad y discapacidad en mujeres en Chile y en América Latina por esta enfermedad^{14,22,31,32}.

Una investigación de cinco países latinoamericanos evidencia que Brasil y México presentan mayor avance en las políticas públicas en cáncer de mama; sin embargo, Argentina, Colombia y Venezuela, aunque no presentan una política establecida, tienen programas y acciones en el tema. Así, es importante remarcar grandes diferencias entre la formulación de políticas en este tema dentro de la región; pues, presentan mayor avance aquellos con procesos de participación incluyente¹⁰. Específicamente, en políticas públicas para cáncer de mama, se establece que para optimizar los recursos debe existir una capacitación eficaz del personal para realizar el examen clínico de mama y una normativa establecida frente al tamizaje y factibilidad de mamografía¹⁴.

Para hablar de la salud en Chile, es preciso comprender el proceso de liberalización de los servicios básicos en la década de los 80 al mercado. Al igual que en otros países como Inglaterra, esta privatización trajo un débil rol regulador y escaso foco en la política social³³. Así, actualmente la red sanitaria se compone por 29 Servicios de Salud, articulados en un primer nivel de atención primaria, atención secundaria y atención terciaria para atender las necesidades de la población en riesgo mayoritario de padecer la enfermedad (mujeres de 55 años y más); en este sentido, se siguen los lineamientos de la Reforma Sanitaria actual con estrategias para la implementación de medidas de manejo y tratamiento de la patología^{3,10,19,20}.

De tal modo, en el esquema de Institucionalidad del Sistema de Salud chileno, el nivel secundario de atención de salud y las Unidades de Patología Mamaria representan el agente ejecutor en salud y les corresponde llevar a cabo tanto las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y los cuidados paliativos de la población con la patología; enmarcadas en el concepto de Gestión Clínica y utilización de los lineamientos de provisión de servicios^{3,30,34-37}.

Programa de Cáncer de Mama en Chile

La problemática del cáncer en la población chilena se hace presente desde 1986, cuando el Ministerio de Salud (MINSAL) constituye la Comisión Nacional de Cáncer y Programa Nacional de Cáncer de Chile a través del decreto exento N°4 modificado mediante el Decreto Exento N°1084, el 4 de octubre de 1998²⁵. Cada una de las acciones insertas en el Programa Nacional de Cáncer de Mama, se encuentra definida y delimitada en los niveles primario, secundario y terciario de atención en salud, que caracterizan el Sistema de Salud chileno y sus agentes ejecutores: Centro de Salud Familiar (CESFAM), Unidades de Patología Mamaria (UPM), hospitales de la red con las competencias necesarias^{3,34,35,37}.

Este programa, cimentado en recomendaciones de la OMS/OPS sobre la “Lucha contra el Cáncer”, sentó las bases para la construcción de otros programas de trascendencia sanitaria en Chile como: Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino (1987), Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas del Adulto (PANDA, 1988), Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas Infantil (PINDA, 1988), Programa Nacional de Cáncer de Mama (1995), Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (1995)^{25,38}.

La incorporación de la patología mamaria al Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (GES), según Decreto Ley N°228 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial (28 Enero 2005), permitió garantizar plazos máximos para el acceso a confirmación diagnóstica y a tratamiento, como pilar fundamental de esta política pública³⁴. De esta forma, el GES en el cáncer de mama cubre: sospecha, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia, seguimiento, rehabilitación, alivio del dolor y cuidados paliativos^{25,38}.

En este contexto, se publica el primer documento de manejo clínico “Guía Clínica Cáncer de Mama en personas de 15 años y más 2005”³⁴, una segunda edición de la “Guía Clínica de Cáncer de Mama” 2011 y una tercera edición “Guías Clínicas AUGE: Cáncer de Mama 2015”³⁷.

Frente a la permanencia del cáncer como segunda causa de muerte en Chile³⁸, con la proyección de ser la primera hacia finales de la próxima década y, además, con su inclusión en los objetivos sanitarios 2011-2020, en el 2018 se desarrolla el documento Plan Nacional de Cáncer 2018 – 2028²⁵. En este, conforme a la evidencia, se define el

trabajo a realizar por los equipos de salud, las sociedades científicas y civiles; para así, entregar las orientaciones para las prácticas clínicas²⁵.

Unidad de Patología Mamaria

Como estrategia para el manejo del cáncer de mama, se plantea el funcionamiento de Centros Oncológicos Nacionales como ejes de la atención en cada país. Los establecimientos de excelencia permiten a la red de salud brindar apoyo a los establecimientos periféricos en las diferentes regiones como atención terciaria en caso necesario¹⁴. Los Centros Oncológicos son espacios de atención especializada que conforman las redes oncológicas, operan conforme a su capacidad resolutoria con mecanismos de referencia y contrarreferencia de acuerdo con el flujograma establecido para cada patología³⁸. De esta forma, en Chile solo existe un centro público de atención integral del cáncer “Instituto Nacional de Cáncer” ubicado en la capital del país^{37,38}.

Con el establecimiento del GES para cáncer de mama, se definieron las prioridades en la derivación patológica, lo que obligó a adecuar la Gestión en Salud para lograr cumplir con el objetivo de dar garantía de acceso, de calidad y de oportunidad a las pacientes con sospecha de cáncer de mama. Esto se tradujo en la necesidad de hacer eficiente la coordinación y el uso del recurso físico y humano frente a la demanda y en crear lo que actualmente se conoce como UPM (centros de derivación por sospecha de lesiones cancerosas mamarias en atención secundaria de salud), los cuales están insertos en el nivel secundario de atención de salud ^{3,34,35,37}. De este modo, la red de atención del Programa Nacional de Cáncer de Mama, iniciado en 1995, al año 2013 considera a nivel nacional 1 168 postas rurales, 602 consultorios de atención primaria (nivel primario); 43 UPM (nivel secundario) y 196 hospitales (nivel terciario) insertos en 29 servicios de salud³⁹.

Rol del equipo de salud en la implementación del programa de cáncer de mama

En el proceso de implementación del Programa Nacional de Cáncer de Mama en los distintos niveles de atención, el equipo de salud juega un rol preponderante en la materialización y articulación de dichas intervenciones con un abordaje multidisciplinario. Cabe destacar que en los distintos niveles de atención, los profesionales médicos generales, de familia y especialistas, matronas y enfermeras de los servicios públicos o privados, deben trabajar en la detección, sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento del cáncer^{34,35,37}.

Los centros oncológicos tienen equipos conformados por oncólogo médico, hematólogo, hematooncólogo, radioterapeutas, físico médico, pediatra, internista, químico-farmacéuticos, enfermeras, psicólogos, trabajador social, entre otros, que son responsables de las atenciones y los procedimientos de diagnóstico, terapéuticos hasta paliativos. Son quienes aseguran una atención de calidad³⁶.

Estos equipos multidisciplinarios son altamente calificados y competentes. De tal forma, brindan atención a las personas y familias en todo el proceso de enfermedad e, incluso, cuidados paliativos de ser necesario³⁸. A su vez, las recomendaciones claves también incluyen intervenciones de otros profesionales relacionados con el área de salud mental y kinésica³⁵, con el propósito de dar respuesta al Modelo de Salud utilizado en el país^{34,35}.

No obstante, intervenciones aisladas de profesionales sin el compromiso en la implementación de estos centros, disminuirán los estándares de calidad y pondrán en riesgo este proceso a nivel nacional. Frente a lo cual, es necesario

el rol de liderazgo ejercido por el profesional de enfermería en el equipo de salud, quien debe entender la gestión del cuidado como el desempeño esencial de la disciplina²⁰.

Asimismo, esta facultad es respaldada por el artículo 113 del Código Sanitario, donde se estipulan las atribuciones de la gestión del cuidado. Entre ellas se incluye velar por la mejor administración de recursos, asegurar la calidad de los centros de salud y articular la red de atención, para lograr el seguimiento de las personas beneficiadas. Con el fin de potenciar su participación en el proceso enfermedad y priorizar la promoción y prevención en salud⁴⁰.

Sin embargo, para el funcionamiento de un programa nacional se debe considerar los diferentes niveles de desarrollo económico, social y de salud en las diferentes zonas de un país. Más aún, en países con recursos limitados que presentan desigualdades sociales con diferentes grados de accesibilidad a la salud¹⁴. Es así como en Chile la tasa ajustada de mortalidad en mujeres en las quince regiones del país va desde un 9,7 a un 16,9, lo cual la ubica a tres regiones sobre el promedio nacional²⁵.

Gestión clínica como soporte del proceso de implementación del programa de cáncer de mama en Chile

Asimismo, es importante mencionar que la guía clínica MINSAL Chile, en la materia inserta en el Modelo de Atención Integral en el país, propicia el enfoque transdisciplinario puesto en evidencia en la articulación de la red tanto en pesquisa, tratamiento y rehabilitación—al instar a las políticas a incluir a todos los profesionales necesarios para otorgar atención de calidad—, como en permitir el trabajo en equipo de los diferentes actores de la red y dar continuidad a la atención de salud^{25,27,28,34,35,37}.

Dentro de los objetivos sanitarios estratégicos 2011–2020 para Chile, una de las metas es reducir en un 5% la tasa ajustada de mortalidad por cáncer al 2020²⁴. Frente a ello, se plantea el Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile como instrumento técnico que articula los servicios a nivel macrorregional, y coordina el funcionamiento de los niveles de atención para otorgar cuidados integrales de calidad conforme a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades. En este sentido, lo fundamental de los niveles de atención corresponde a que estos se organizan con modelos productivos conforme a sus características propias, con un nivel de menor densidad tecnológica en la atención primaria de salud, una densidad tecnológica intermedia en el nivel secundario y uno de mayor densidad tecnológica a nivel terciario³⁸.

Para el desarrollo de este modelo, es fundamental definir la gestión clínica como una estrategia de mejoramiento que permite sistematizar los procesos de atención de salud y optimizar el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos. Además, se basa en evidencia científica actualizada y cuenta con la participación del equipo de salud en la toma de decisiones. Del mismo modo, su objetivo principal es otorgar prestaciones de salud con efectividad, eficacia y eficiencia de recursos y resultados^{26,32}.

El Programa Nacional de Cáncer de Mama publica la primera guía de manejo clínico el 2005 bajo el nombre de “Guía Clínica Cáncer de Mama en personas de 15 años y más”. Ahí se define que la detección temprana, acceso a un tratamiento adecuado y oportuno son las claves para lograr impacto en la población en riesgo³⁴, conforme a los lineamientos propuestos por la Asamblea Mundial de la Salud¹³. En el programa mencionado, se establecieron estrategias preventivas y curativas, en conjunto con cuerpos regulatorios, recursos humanos capacitados, infraestructura y equipamiento³⁴. Asimismo, se especificó que las claves para lograr la reducción de las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de mama^{3,34,35,37}.

La segunda edición de la “Guía Clínica de Cáncer de Mama 2011”, mantuvo los lineamientos de acción de la primera publicación e incorporó la mejora de la calidad de la gestión clínica en la red asistencial y la actualización de conocimientos con una base científica sólida a los equipos de salud ^{3,34,37}.

La tercera edición “Guías Clínicas AUGÉ: Cáncer de Mama 2015” incorpora explícitamente en su flujograma al sector privado de salud, desde la pesquisa, tratamiento y derivación conforme resultados de mamografía³⁷. Esto es de suma importancia, pues desde el impulso a la atención médica privada y creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile en los 80, cada ciudadano chileno elige su sistema de salud público o privado^{19,33}. Las ISAPRES son un sistema que se ha caracterizado por la oferta de multiplicidad de planes con diferentes costos, en donde se encarece el acceso a salud conforme a factores como preexistencia o ser mujer; para así, aumentar las ganancias¹⁹. Debido a estos procesos, la población ha perdido credibilidad en el sistema de salud chileno; por lo cual, es necesario explicitar que las garantías de salud están sobre el plan de aseguramiento afiliado^{19,25}.

Frente a los antecedentes, la gestión clínica es una herramienta fundamental para los procesos de reformas sanitarias en Chile y el mundo^{25,30,36}. Para su cumplimiento, el modelo también incluye los sistemas de apoyo que prestan servicio a toda la red, como son los sistemas de información: Departamento de Estadísticas en Salud, Sistemas de Información de la Red Asistencial, Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud, Registro Poblacionales de Cáncer, Registro Nacional Cáncer Infantil, Registro Hospitalarios de Cáncer; Sistemas de Apoyo Diagnóstico e Imagenología y Sistema de Farmacia Oncológica^{27,38}.

Es entonces que el compromiso con la gestión clínica requiere de conocimiento profundo sobre el funcionamiento de la red sanitaria, sumado a la descentralización de la gestión clínica a través del otorgamiento de mayor autonomía en la toma de decisiones, lo que a su vez genera interés mayor y compromiso con la gestión clínica sobre la base de hechos y del conocimiento acreditado, no solo por la conveniencia o por los criterios políticos^{30,36}. Para así, desarrollar las estrategias de articulación, como lo es Funcionamiento de la Red, el cual se desarrolla a través de la organización de seis macrorregiones y la instalación de Consejos Técnicos locales de acuerdo con la Red Territorial de cada uno de los 29 Servicios de Salud^{25,38}.

Una gestión clínica adecuada de la atención sanitaria de los usuarios del Servicio de Salud, depende en gran medida de la eficacia de la terapia individual. Esto implica elegir los mejores métodos diagnósticos y alternativas terapéuticas, y contar con un buen plan de cuidados que considere las necesidades básicas del usuario, su capacidad de autocuidado y sus determinantes sociales^{30,36}. Del mismo modo, es necesario implementar las estrategias para instalar la figura del Gestor de caso en cada nodo y punto de atención de la red oncológica en todos los niveles de atención. Además de incorporar tecnologías de información y comunicación en la Red Oncológica, sumado a la implementación de atención y cuidado de acuerdo con guías de práctica clínica actualizadas que incorporen la modalidad abierta y cerrada en todos los niveles de atención^{25,38}.

En esta línea, la gestión clínica exige determinados compromisos del equipo de salud en temas relacionados con: aprender a dirigir y a ser dirigidos, contribuir a las decisiones de gestión y de organización y a la mejora de las instituciones, desarrollar habilidades y áreas de conocimiento hasta ahora alejadas de la formación académica y profesional tradicional^{30,36}. Todos ellos, por medio del cumplimiento de las estrategias para desarrollar planes de

cuidados de los equipos de salud de la Red Oncológica, y para desarrollar planes de capacitación continua para el manejo de complicaciones agudas de personas en tratamiento oncológico^{25,38}.

Estos antecedentes relacionados con la gestión clínica implican áreas de evaluación importantes de considerar en el estudio de la Implementación del Programa de Cáncer de Mama en Chile como política pública de profundo impacto en la población.

Problemas y desafíos del cáncer de mama en Chile y la región latinoamericana

Ante los desafíos que presenta el cáncer actualmente en Chile, al ser la segunda causa de muerte en los grupos de 5 a 9 y de 10 a 14 años desde el año 1997 a 2012³⁶, el senador Mariano Ruiz Esquide, la diputada y senadora electa Carolina Goic y el presidente del Foro Nacional de Cáncer, doctor Jorge Jiménez de la Jara, han presentado las bases de un proyecto de ley específico sobre cáncer en Chile³⁷. Cabe destacar que el Foro Nacional del Cáncer nace tanto para sustentar de evidencia, como para tener la opinión de la población chilena, ya que reúne los diferentes actores involucrados, con el fin de contribuir a la construcción de una estrategia nacional en este tema⁴¹.

En el capitalismo actual, se presenta un sistema de salud orientado a la minoría de la población con alto poder adquisitivo¹². En este contexto, la región presenta los siguientes retos: articular la participación de las distintas instituciones (gubernamentales y no gubernamentales), contar con una financiación de la política pública, desarrollar sistemas de información para tomar decisiones basadas en evidencia tanto a nivel nacional y regional con apoyo entre los países; y generar espacios de participación con la sociedad²². Igualmente, otro desafío es considerar la investigación como un instrumento que permite mejorar los resultados en salud frente a los recursos limitados, pues se hace necesario contar con una plan de investigación nacional y regional que permita probar y adaptar las intervenciones apropiadas para cada población conforme a sus necesidades y recursos¹⁴.

Los desafíos referentes a la atención de pacientes con cáncer de mama en Chile y Latinoamérica son muchos: distribución no equitativa de los recursos y servicios; escasez, capacitación y distribución inadecuadas del personal y del equipo destinado a los servicios de salud; falta de una atención adecuada a muchas poblaciones debido a factores socioeconómicos, geográficos, étnicos y otros; el hecho de que los sistemas actuales se encuentran orientados a las necesidades del sector minoritario de la población urbana de alto poder adquisitivo a expensas del resto de la población. Este problema emergente del cáncer amenaza con causar un gran sufrimiento y serias consecuencias económicas para los países de América Latina^{10,14,20,22,29}.

El Estado de Chile ha demostrado una preocupación genuina por hacer frente al aumento de la magnitud de este problema de salud. Ha considerado de manera implícita, los ámbitos descritos por los autores en lo referente a la toma de decisiones en respuesta a una situación o problema relevante, que “afecte seriamente a la población u organismos de su jurisdicción”^{31,32}. En este proceso decisorio, la formulación de políticas públicas implica tomar decisiones sobre qué hacer, para qué, cómo, con qué y con quiénes, mediante el análisis de los comportamientos, las circunstancias y las decisiones de actores clave y sobre la base de la información provista por personas que papeles y funciones relevantes^{8,10}.

En este contexto, la evaluación de políticas públicas en salud desde el punto de vista de detallar los elementos que la componen, los actores relacionados, las acciones que se llevan a cabo, las decisiones tomadas y los flujos de

información, son importantes elementos para considerar usarlos como sustento de la toma de decisiones desde el poder ejecutivo y apoyo a la Gobernabilidad de los países^{8,10,42}. De este modo, la evaluación de las políticas públicas de profundo impacto en la población, como lo es el Programa de Manejo de Cáncer de Mama, deben ser llevadas a cabo permanentemente. De manera que sea posible identificar áreas de acción en donde se produzcan eventuales interrupciones en el proceso de implementación, que impiden la obtención de los resultados esperados⁴².

La gran inversión que el Estado de Chile ha hecho para implementar las reformas al Programa de Cáncer de Mama vigente no ha logrado, en la actualidad, hacer frente al incremento sostenido de incidencia y mortalidad por esta patología. De modo que los procesos operativos, el control estratégico y las capacidades organizacionales de la red sanitaria podrían ser consideradas como nudos críticos en relación con la situación mencionada^{31,32}. No obstante, los avances en las estrategias llevadas en prevención y tratamiento del cáncer mamario en nuestro país, conllevan tasas de sobrevida mayores³².

Asimismo, como complemento a los diferentes aportes en el desafío actual frente al cáncer de mama, nacen estrategias como el desarrollo de un instrumento específico para evaluar la calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile⁴³. Igualmente, mantener actualizada la descripción epidemiológica del cáncer de mama en mujeres en Chile es necesaria para la lograr una vigilancia epidemiológica que permita tomar decisiones basadas en la mejor evidencia disponible. De la misma manera, se necesita reforzar las políticas públicas tendientes a la prevención del cáncer de mama en mujeres en Chile para que los beneficios de disminución en la tendencia puedan alcanzar a todas las mujeres²³.

Así, el Programa Nacional de Cáncer de Mama estableció como su objetivo principal la disminución de la mortalidad por esta causa con un aumento en la pesquisa³⁴.

CONCLUSIONES

En Chile, el aumento de los indicadores de incidencia y mortalidad del cáncer de mama en mujeres a partir de los 15 años, se señalan como un problema de Salud Pública prioritario³⁷. Desde 1995, el diseño del Programa Nacional de Cáncer de Mama planteó atender a la población de mayor riesgo de padecer la enfermedad. En este contexto, la red pública de salud chilena ha conformado la UPM, y la ha constituido como un agente ejecutor clave para llevar a cabo todas las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en la materia realizadas por el equipo de salud y el trabajo multidisciplinario. Sin embargo, la implementación de reformas al Programa no ha logrado impactar en los indicadores de incidencia y mortalidad de esta patología. Se ha destacado, más bien, un incremento sostenido de estos indicadores a través del tiempo; pudiendo suponer que los procesos operativos, el control estratégico o las capacidades organizacionales de la red sanitaria.

A raíz de los antecedentes expuestos, es preciso que, dentro de la implementación del plan nacional de cáncer y el modelo de gestión para la red de oncología, exista un espacio propio para evaluar el nivel ejecutor de la puesta en marcha de la política pública del cáncer de mama. Específicamente de las Unidades de Patología Mamaria y los actores político–sociales que confluyen para su funcionamiento.

De esta forma, América Latina no solo precisa de la construcción de modelos teóricos o modelos propios en cada país, sino que también es necesario integrar los procesos sociales vivenciados en esta problemática que nos desafía.

Así, cada institución precisa de sus mejores esfuerzos y responsabilidades para implementar los modelos y normativas de cada país. Igualmente, el compromiso del equipo de salud y de la población para contribuir a mejorar su bienestar y calidad de vida²⁵.

En conclusión, es necesario un pensamiento crítico sobre la mercantilización de la salud actual. Además, vislumbrar más allá de una mirada de salud pública hegemónica en la implementación de políticas públicas; es decir, construir una salud colectiva para Latinoamérica, con el fin de dar respuesta a las necesidades de la población¹¹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Román A. Modelos de gestión en las organizaciones de salud. Medwave. 2012; 12(03). DOI: <http://10.5867/medwave.2012.03.5329>
2. Ministerio de Salud Chile. Objetivos Sanitarios 2000-2010. Serie de Cuadernos de Redes N°5. 2006. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/5.pdf>
3. Ministerio de Salud Chile. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago, Chile. 2011. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. World Health Organization. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
5. World Health Organization. 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. Septiembre; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>
6. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018; 68(6):394-424. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>
7. Tonon G. La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. Polis: Revista Latinoamericana. 2010; (26):16. Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/820>
8. Olavarría-Gambi M, Navarrete-Yáñez B, Figueroa-Huencho V. ¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile?: evidencia desde un estudio de caso. Política y Gobierno. 2011; XVIII(1):109-154. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pyg/v18n1/v18n1a4.pdf>
9. Vega LF. Una propuesta de análisis de los estados latinoamericanos desde las políticas públicas. Polis Revista Latinoamericana. 2017; (48):X-X. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v16n48/0718-6568-polis-16-48-00061.pdf>

10. González-Robledo MC, González-Robledo LM, Nigenda G. Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 33:183–189. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/183-189/es>
11. Breilh J. Salud pública, universidad y poder. La universidad que queremos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2019; 1(37):7–13. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6478/1/Breilh%2C%20J.-CON-263-Salud%20publica.pdf>
DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1aXX>
12. World Health Organization. Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care. Astaná, Kazajstán 25-26 de octubre de 2018. Astaná (Kazajstán); 2018. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
13. Asamblea Mundial de la Salud. Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2016-2017 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_28-sp.pdf
14. Breast Health Global Initiative. Normas internacionales para la salud de la mama y el control de cáncer de mama. *The Breast Journal*. 2007; 13(1):X-X. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-bc-BHGI-Norma-Int.pdf?ua=1>
15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Organización Mundial de la Salud Ginebra; 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85763/9789240691223_spa.pdf;jsessionid=04502F4972A9FB913A606FBC5D43C753?sequence=1
16. Organización Mundial de la Salud. Datos del Observatorio mundial de la salud. Datos y análisis para los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a la salud. WHO. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/gho/es/>
17. World Health Organization. Global Cancer Observatory [Internet]. 2015. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/>
18. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cancer today. 2018. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/home>
19. Goic A. The Chilean health care system: the task ahead. *Revista Médica de Chile*. 2015; 143(6):774–786. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872015000600011&lng=es&nrm=iso DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>

20. De Massachusetts G, Israel B, UU E, Nutrición SZ, do Sul C de RG. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. *Lancet Oncol.* 2013; 14:391–436.
21. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan AG, Stevens GA, Ezzati M, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *The Lancet Oncology.* 2015; 16(1):36–46. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)71123-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)71123-4)
22. Organización Mundial de la Salud. Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. Washington, D.C. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Icaza G, Núñez L, Bugueño H. Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile. *Revista médica de Chile.* 2017; 145(1):106–114. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n1/art14.pdf>
24. Ministerio de Salud Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Serie de defunciones, mortalidad cruda, mortalidad ajustada por Tumores Malignos seleccionados según Sexo y Región, Chile 1997-2016 [Internet]. 2018 [citado 19 de marzo de 2020]. Disponible en: https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/9/Mortalidad/Mortalidad_ajustada_tumores_seleccionados_regionsexo_Chile_2000_2016.xlsx
25. Ministerio de Salud Chile. Plan Nacional de Cáncer 2018 – 2028. 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf
26. Ministerio de Salud Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas de Natalidad y Mortalidad Chile, año 2014. 2016. Disponible en: www.deis.cl/wp-content/uploads/2016/12/Anuario-2014_publicable-fe-erratas-final-24.10.2016.xlsx
27. Dois A, Ojeda I, Vargas I, Larrea M, Quiroz M, Rodríguez M, et al. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2013. 142 p. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
28. Parra-Giordano D. Revolución científica de la salud familiar en Chile. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica.* 2016; 31(1–16). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n31/1409-4568-enfermeria-31-00243.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i31.23159>
29. Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. 2011; Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/38672151.pdf>
30. Román A. Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica. *Medwave.* 2012; 12(05). DOI:

<http://10.5867/medwave.2012.05.5418>

31. Serra I. Cáncer de mama en Chile: pasado, presente y futuro. Revista chilena de cirugía. 2011; 63(6):553–556. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v63n6/art01.pdf>
32. Serra I, Maya D, Aguayo C. Cáncer de mama en Chile. Mortalidades comparadas: niveles nacional, regional y comunal, 1990-2011. Análisis programático. Revista chilena de cirugía. 2014; 66(2):118–126. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000200005
33. Saavedra E. El modelo económico-político de Chile: Desarrollo institucional en la encrucijada. Economía y política. 2014; 1(1):115–146. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6266406.pdf>
34. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica Cáncer de Mama. 2st Ed. Santiago, Chile: MINSAL; 2006. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/96721e0a5d1c5c1ee04001011e016513.pdf>
35. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica Cáncer de Mama [Internet]. Revisión y Actualización: 2006-2010. Santiago, Chile.: MINSAL; 2011. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c4423d1e04001011f011398.pdf>
36. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Revista de Calidad Asistencial. 2002; 17(5):305–311. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77520-9](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77520-9)
37. Ministerio de Salud Chile. Guías Clínicas AUGE. Cáncer de Mama. 2015. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf>
38. Ministerio de Salud Chile. Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica de Chile. 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Oncol%C3%B3gica.pdf>
39. Instituto Nacional del Cáncer Chile. Unidades de Patologías Mamarias de Chile reunidas en INC [Internet]. 2013 [citado 19 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.incancer.cl/contenido/noticiasanteriores/upm/upm.aspx>
40. Ministerio de Salud. Código Sanitario de la República de Chile de 16 de diciembre de 1997: Artículo 113, reglamenta el ejercicio profesional de la Enfermera. Santiago(CL): MINSAL; 1997.. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>
41. Fundación Foro Nacional de Cáncer. Foro Nacional de Cáncer Chile. 2019. Disponible en: <http://www.foronacionaldecancer.cl/sitio/>
42. Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Evaluación de los programas y servicios de salud en México. Salud pública de México. 2011; 53:399–401. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000002



43. Irarrázaval ME, Rodríguez PF, Fasce G, Silva FW, Waintrub H, Torres C, et al. Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. *Revista médica de Chile*. 2013; 141(6):723–734. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000600006>

