

Situación epidemiológica del cáncer de mama en Chile 1994 - 2003

Sra. Marta Prieto M.
Matrona. Magíster en Salud Pública.
Unidad de Cáncer, Ministerio de Salud.
Dra. Soledad Torres C.
Médico Cirujano-Oncólogo.
Clínica Las Condes, Hospital San Juan de Dios.

Resumen

Este artículo presenta una descripción de la mortalidad por cáncer de mama en Chile, entre los años 1994 y 2003, por servicios de salud y por grupos de edad. Además, se muestran los datos de incidencia, basados en los registros del sistema público (28 servicios de salud) en el quinquenio 1999 - 2003.

Resultados y comentarios: La comparación, según grupos de edad entre los quinquenios 1994-1998 y 1999-2003, muestra una reducción de la mortalidad en la mayoría de los grupos de edad.

El análisis de los casos nuevos notificados en el Sistema Público de Salud, presenta un importante aumento del diagnóstico en etapas tempranas de este cáncer.

Se destaca la incorporación del cáncer de mama en el sistema GES, ya que permite garantizar tanto el acceso como la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento en plazos definidos.

Finalmente, se plantea la importancia de contar con control de calidad de las imágenes mamarias y el desafío de definir un programa de screening mamográfico en Chile.

ANTECEDENTES

A nivel mundial, las publicaciones de la Agencia Internacional de Registro de Cáncer (IARC) estiman que el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer, provocando 410.712 fallecimientos femeninos anuales, alcanzando una tasa estandarizada por edad de 13,2 por 100.000 mujeres. Al mismo tiempo, se estima que la tasa de incidencia estandarizada por edad es 37,4 por 100.000 mujeres con un total de 1.151.298 casos nuevos en el mundo.

Para Sudamérica (Fig. 1), la misma fuente estima una tasa de mortalidad estandarizada de 15,1 por 100.000 mujeres y una tasa de incidencia estandarizada de 46,0 por 100.000, lo que se traduciría en que anualmente fallecerían 24.681 mujeres y se producirían 75.907 casos nuevos en este continente (1).

En Chile, el cambio del perfil epidemiológico de la población chilena, junto con el aumento de la esperanza de vida al nacer, ha provocado el aumento de las enfermedades crónicas como el cáncer, constituyendo un importante problema de salud pública en términos de morbimortalidad.

Es así como el cáncer, con el 23,5% del total de defunciones, ocupa el segundo lugar entre las principales causas de muerte en los últimos 30 años en Chile (2).

En 1995, el número de defunciones por cáncer de mama alcanzó a 932 mujeres, constituyendo la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.

En ese año, el Ministerio de Salud (Minsal) evaluó el estado de la atención de la patología mamaria en los 29 servicios de salud existentes en esa fecha en el país.

Se demostró que había déficit de políticas sanitarias, de cuerpos regulatorios, de recursos humanos capacitados, de infraestructura y de equipamiento (3).

Por ese motivo, el Minsal crea el Programa Nacional de Cáncer de Mama, el cual tuvo como principal objetivo:

“Disminuir la mortalidad por cáncer de mama a través del aumento de la pesquisa de cánceres en etapas I y II, realizando tratamientos adecuados y oportunos”.

Se planificaron dos etapas:

1ª.- Organización del programa a nivel

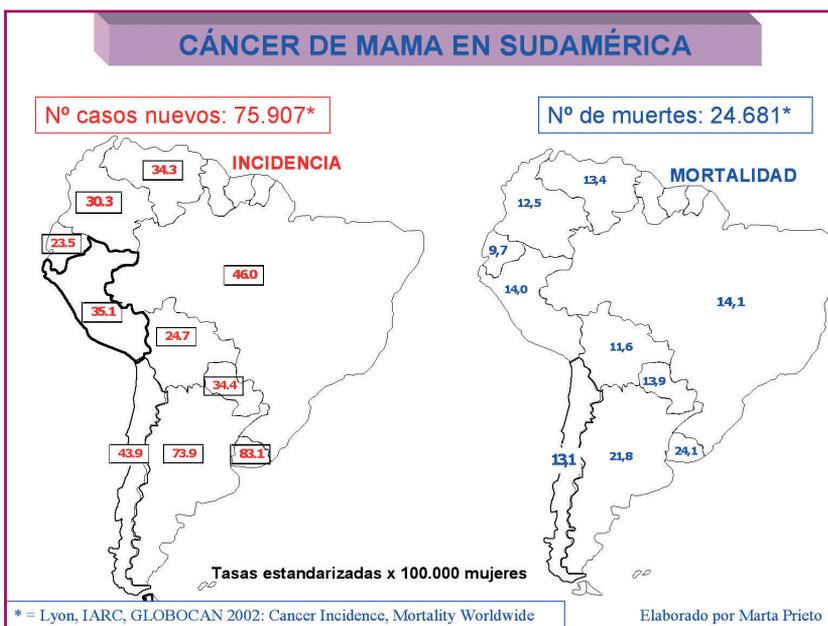


FIGURA 1

nacional y local, integrándolo al Programa Cáncer Cervicouterino y focalizado en el grupo de edad de 35 a 64 años.

2ª.- Implementación progresiva de screening mamográfico (4).

Cabe mencionar que desde 1995 a la fe-

cha, se ha logrado establecer una red nacional de atención de la patología mamaria en el Sistema Público de Salud, especialmente en lo referente a patología maligna.

En este contexto se destacan los siguientes hitos (5):

HITOS DEL PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA EN CHILE	
1995	Lanzamiento Programa Nacional. Organización del Programa en los servicios de salud.
1996	Organización del nivel secundario. Creación del Programa de capacitación para médicos y matronas.
1997	Prioridad programática tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en el Programa Oportunidad de la Atención.
1998	Publicación de las orientaciones Programáticas del Programa.
1999	Acreditación Unidades de Patología Mamaria del sistema público en el país. Acceso a tratamiento con quimioterapia en etapas I y II. Actualización de protocolos de tratamiento en cáncer de mama, en conjunto con la Sociedad de mastología.
2001	Incorporación de mamografía en el Programa de Resolución de Especialidades de atención primaria. Definición de criterios de calidad de mamografía, con el apoyo de la Sociedad de Radiología. Informatización de la pauta de Evaluación del Programa.
2002	Encuesta de recursos y atenciones en cáncer de mama. Financiamiento de la quimioterapia en todas las etapas.
2003	Revisión y actualización de las intervenciones en cáncer de mama, como preparación a su ingreso al AUGE.
2004	Incorporación del cáncer de mama en el AUGE, garantizando plazos máximos de acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Creación y publicación de la Guía Clínica de Cáncer de Mama.
2005	Incorporación de la mamografía para mujeres de 50 años en el Examen de Medicina Preventiva. Financiamiento de nuevas prestaciones en las canastas de FONASA. Actualización de la Red de Atención en Cáncer de Mama.
2006	Actualización de la Guía Clínica de Cáncer de Mama. Actualización de estándares de calidad en imágenes mamarias en coordinación con la Sociedad de Radiología y el Depto. Calidad.

FIGURA 2

FIGURA 3

Según las estadísticas del año 2003, de las 19.669 defunciones por cáncer en Chile, 48,6% se producen en mujeres y el cáncer de mama ocupó el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer en la mujer, con una tasa de 13,3 antecedida por la mortalidad por cáncer de vesícula y vía biliar con una tasa de 17,6 por 100.000 mujeres.



FIGURA 4

La tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama, no ha presentado grandes variaciones en el decenio 1994 - 2003 (6), como se puede observar en la siguiente Figura (5).

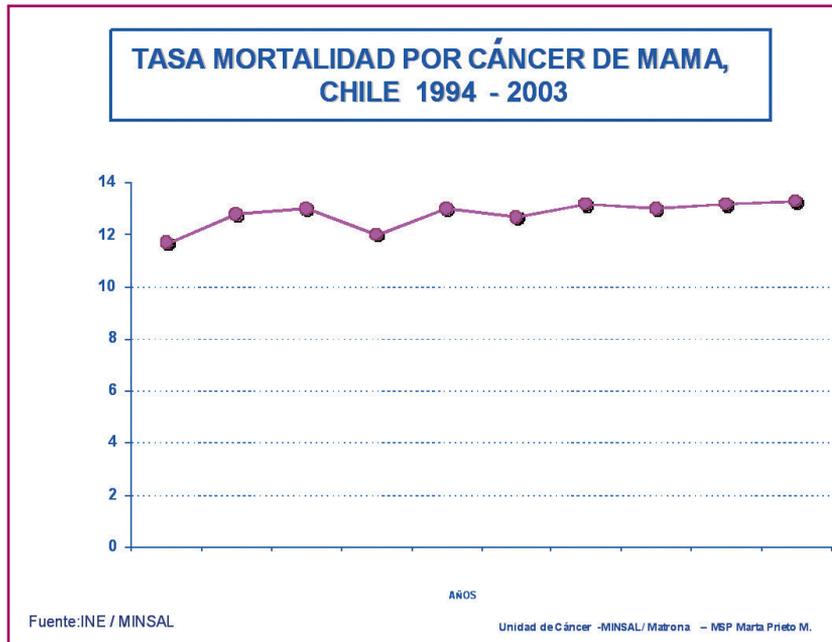


FIGURA 5

La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por cáncer de mama es de 100 por 100.000 mujeres, ocupando el segundo lugar después del cáncer cervicouterino (7).

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LOS QUINQUENIOS 1994-1998 Y 1999-2003:

Se realizó una revisión de los datos de mortalidad de los registros del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Minsal en ambos quinquenios.

En los servicios de salud se estandarizaron las tasas totales según las poblaciones de 1996 y 2001 para la comparación entre los dos quinquenios.

Se estableció la mediana de edad de muerte en ambos quinquenios y se graficó la mortalidad por grupos quinquenales de edad en ambos períodos.

Finalmente se presenta la mortalidad total por Servicio de Salud del año 2003.

RESULTADOS

La comparación de las tasas totales de mortalidad estandarizadas de ambos quinquenios, muestra que el 64,3% (18/28) de los servicios de salud del país presentan un aumento de la tasa total de mortalidad en el segundo quinquenio y que 10 de ellos superan el 20% de aumento.

Los mayores porcentajes de aumento lo presentan los Servicios de Salud de Llanquihue-Chiloé-Palena) y de Arica con un 52,8% y 49,5% respectivamente.

Diez (35,7%) servicios de salud presentan una reducción de la tasa total de mortalidad estandarizada en el segundo quinquenio. Destacan el Servicio de Salud Metropolitano Central con una reducción de 19,6%, seguido de los Servicios de Salud de Atacama con 18,2% y de Valparaíso-San Antonio con 14,8%, lo

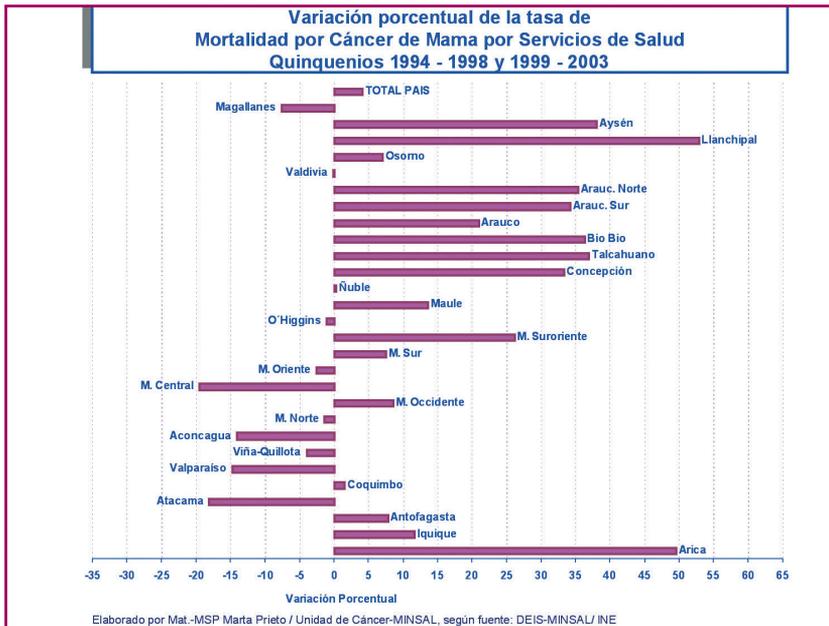


FIGURA 6

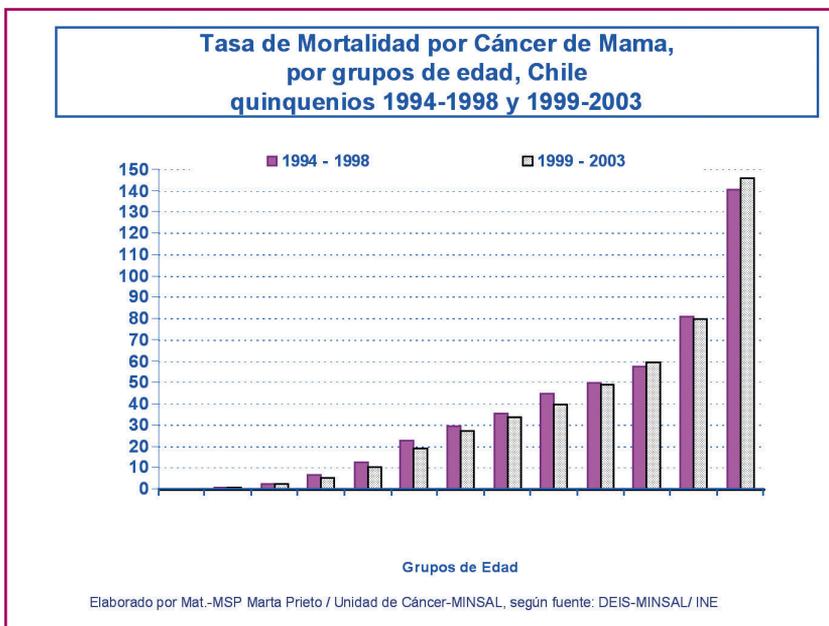


FIGURA 7

que se observa en la Figura (6). A nivel nacional se observa un aumento de 4% de la tasa total de mortalidad estandarizada en el quinquenio 1999-2003 respecto al quinquenio anterior.

El número total de mujeres fallecidas en ambos quinquenios ascendió a 9.744. La mediana de edad de las fallecidas fue

similar en ambos quinquenios, 64 y 65 años, respectivamente.

Al comparar la mortalidad de los dos quinquenios por grupos de edad, se observa que en la mayoría de los grupos, se produjo una reducción de la mortalidad en el segundo quinquenio. Se destaca una reducción de 4,7 puntos en el grupo

TABLA 1 / MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN MUJERES, SEGÚN SERVICIOS DE SALUD, CHILE 2003

Servicio de Salud	Tasa x 100.000 mujeres
M. Oriente	20.3
Valparaíso/San Antonio	18.3
M. Central	16.0
Concepción	16.0
Iquique	15.6
Aconcagua	15.1
Magallanes	15.0
Atacama	14.5
Viña Del Mar/Quillota	14.5
M.Sur	14.0
Ñuble	13.7
M. Occidente	12.8
M. Norte	12.8
Araucanía Norte	12.7
BioBío	12.5
Talcahuano	12.0
Valdivia	12.0
M. Sur Oriente	11.5
Antofagasta	11.5
Osorno	11.3
Araucanía Sur	11.2
B. O'Higgins	10.8
Maule	10.7
Coquimbo	10.4
Arica	10.4
Aysén	9.7
Arauco	9.6
Llanquihue	7.6
CHILE	13.3

Fuente: Mat. -MSP Marta Prieto-DEIS-MINSAL/INE

de 60 a 64 años, seguidos de los grupos de 45 a 49 y de 40 a 44 años. Por el contrario, el grupo de edad que más incrementó su tasa de mortalidad, fue el de 80 y más años (ver Figura N° 7). La mortalidad por Servicio de Salud en año 2003, se presenta en orden descendente en la Tabla N° 1. En ésta se observa que el Servicio de Salud Metro-

politano Oriente, presenta la mortalidad más alta del país, la que alcanza a 20,3 por 100.000 mujeres, seguido del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio con 18,3. Este mismo año, los servicios de Salud de Aysén, Arauco y Llanquihual, presentan las menores tasas.

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA

En Chile no existe un registro nacional de cáncer, sino Registros Poblacionales de Cáncer, ubicados en Antofagasta y Valdivia; ambos reconocidos por la IARC desde el año 2001.

Por lo anterior, los datos de incidencia nacionales de cáncer de mama son estimados sólo en base a registros del Sistema Público de Salud Chileno, el que cubre actualmente el 68,4% de la población total del país (8). De acuerdo a ello, se puede indicar que en el año 2003 se produjeron 2.160 casos nuevos de cáncer de mama, alcanzando una tasa de 36,8 por 100,000 mujeres beneficiarias mayores de 15 de años (9).

La notificación de casos nuevos a la Unidad de Cáncer del Minsal no fue completa en el quinquenio 1994-1998, por lo que los datos que se presentan corresponden al quinquenio 1999-2003.

El número total de casos incidentes (ver Figura 8) reportado en ese quinquenio fue de 9.281 y su distribución por región, mostró que después de la Región Metropolitana, las Regiones Octava y Quinta son las que notifican el mayor número de casos.

La información obtenida por la Unidad de Cáncer del Minsal, a través de la Pauta de Evaluación anual que responden vía electrónica los 28 Servicios de Salud del país, muestra que la incidencia, según grupos de edad a nivel nacional, presenta una leve reducción en los grupos de 25 a 34, y de 65 a 74 años. Estos mismos datos indican que el grupo quinquenal

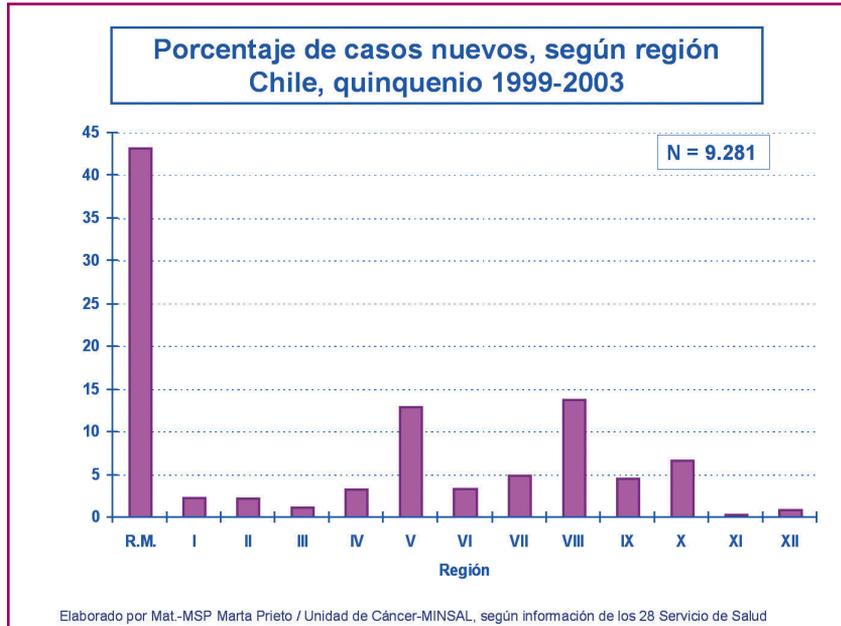


FIGURA 8

TABLA 2 / DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, CHILE 2000-2003

GRUPO DE EDAD	2000	2001	2002	2003
	n=1.538	n=1.877	n=2.013	n=2.160
15-24	0.1	0.8	0.1	0.0
25-34	3.4	3.5	2.6	2.5
35-44	14.2	16.7	14.7	14.2
45-54	28.7	22.0	25.8	24.4
55-64	20.7	26.4	23.5	23.9
65-74	22.4	18.5	22.2	20.6
75 y más	10.2	11.7	11.0	14.4
Ignorado	0.3	0.4	0.1	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Informe Evaluación Servicios de Salud / Unidad de Cáncer/Ministerio de Salud

con una mayor reducción es el de 45 a 54 años. Por el contrario, los grupos de edad que presentan el aumento más importante de incidencia son los de 55 a 64 y el de 75 años y más.

La distribución de la incidencia por es-

tadio se muestra en la Tabla N° 3, destacándose un aumento del diagnóstico en los estadios tempranos (etapa I y II) y una importante reducción (75,3%) en los casos diagnosticados en etapa IV entre el año 1999 y el 2003.

TABLA 3 / DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INCIDENCIA DE CÁNCER DE MAMA, SEGÚN ESTADIOS EN EL SISTEMA PÚBLICO, CHILE 1999-2003

ESTADIO AL DIAGNÓSTICO	1999	2000	2001	2002	2003
In situ	3.3	3.6	3.6	4.9	5.0
Etapa I	10.8	13.2	13.2	13.1	14.7
Etapa II	28.8	29.8	50.8	45.3	50.1
Etapa III	35.8	33.9	24.1	23.4	23.9
Etapa IV	20.7	19.1	6.7	11.9	5.1
Sin inf.	0.6	0.4	1.6	1.3	1.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Mat. MSP Marta Prieto / Unidad de Cáncer

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

El cáncer de mama es uno de los cánceres más frecuentes en países con un perfil demográfico y epidemiológico similar al nuestro.

Por lo tanto, los Programas Nacionales, que establecen políticas regulatorias, que orientan desde la pesquisa hasta la paliación de la enfermedad, constituyen una fortaleza en nuestro medio.

En este contexto se destaca la orientación programática a nivel central, la cual se replica en cada uno de los servicios de salud a contar de 1995, lo que ha permitido disponer de una red de atención de la patología mamaria, en particular del cáncer de mama, incluyendo pautas consensuadas de pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Dichas pautas son evaluadas y actualizadas de acuerdo a la evidencia existente.

El objetivo principal de este tipo de programas es la reducción de la mortalidad, por lo que su análisis pasado ocho años desde su implementación (datos disponibles de mortalidad al año 2003), resulta necesario e interesante.

Este análisis permite concluir que si bien

es cierto que la mortalidad por cáncer de mama medida en el total de mujeres chilenas se ha mantenido estable en el período 1994 a 2003, las tasas por servicio de salud y por grupos de edad, muestran diferencias importantes.

En el primer caso, el 64,3% de los servicios de salud presentaron un aumento de las tasas estandarizadas de mortalidad en el segundo quinquenio y especialmente en el 2003, se observa que el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, al igual que en años anteriores, exhibe la tasa de mortalidad más alta, superando en un 34,5% la tasa nacional. Por otro lado, 17 servicios de salud, presentan una tasa menor a la nacional (13,3 por 100.000 mujeres).

En el segundo caso, el análisis de la mortalidad por grupo de edad, permite evaluar más directamente el impacto de las intervenciones en aquellos grupos en los cuales el Programa Nacional de Cáncer de Mama ha focalizado sus intervenciones. Es así como, en el grupo de 35 a 64 años se observa una reducción de la tasa de mortalidad de un 12,2% entre los dos quinquenios.

Es probable que esa reducción sea atribuible a la aplicación de las “Orientaciones Programáticas para la Pesquisa y Control del Cáncer de Mama”, difundidas a los 28 servicios de salud en 1995, las cuales, junto a un monitoreo central y local, permitieron un ordenamiento en la Red de Atención de esta patología a lo largo del país, además de la incorporación del financiamiento de la quimioterapia para todas las etapas del cáncer de mama y de la disponibilidad de mamografías en el nivel primario de atención a través del Programa de Resolución de Especialidades. Asimismo, en estos años se destacan algunos hitos como la aplicación de una Pauta de Acreditación de las Unidades de Patología Mamaria (UPM) del Sistema Público de Salud, la cual mide elementos de estructura, proceso y resultado; los programas de capacitación continua, tanto para médicos como para matronas, dedicados a la patología mamaria, y el trabajo de la Unidad de Cáncer y la Comisión Nacional de Cáncer de Mama del MINSAL, en conjunto con la Sociedad Chilena de Mastología para la elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento consensuados, los cuales fueron incorporados a la Guía Clínica de Cáncer de Mama. Todo lo anterior ha posibilitado algunos de los avances mostrados.

Con relación a las notificaciones de casos nuevos de cáncer de mama diagnosticados en el sistema público, éstos han ido en aumento en los últimos años. Al analizar la distribución por estadio, se destaca un aumento de 42,9% a 69,8% de casos diagnosticados en etapa In Situ, I y II, entre 1999 y 2003. Al mismo tiempo, el porcentaje de casos diagnosticados en etapa IV se redujo de un 20,7% a un 5%. Este hecho es relevante ya que debería impactar en la sobrevivencia de las mujeres atendidas en el sistema público de salud chileno, así como en la reducción de costos y del daño psicosocial, asociado a la muerte prematura de una mujer.

Sin embargo, es indispensable establecer a la máxima brevedad, una estrategia para contar con las notificaciones de casos nuevos de cáncer de mama del sistema privado de salud. Esto permitirá una evaluación más precisa de las intervenciones sanitarias en esta patología a nivel nacional.

Actualmente, la Reforma Sanitaria en curso en nuestro país, posibilita un avance hacia el diagnóstico precoz, a través de un aumento progresivo de la disponibilidad de mamografías, especialmente en la atención primaria de salud y por la garantía que toda mujer a los 50 años tiene derecho, por ley, a una mamografía, independiente de los factores de riesgo o sintomatología que presente, como parte del Examen de Medicina Preventiva desde el año 2005 (Ley de Medicina Preventiva, 2005).

Por otra parte, en la actualización de la Guía Clínica de Cáncer de Mama 2005-2006, la pesquisa de casos de cáncer de mama se amplió, incluyendo a mujeres que presenten factores de riesgo de acuerdo a la evidencia existente.

El sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), garantiza a toda mujer pesquisada en el nivel primario con sospecha de cáncer de mama con o sin mamografía y/o ecotomografía mamaria, plazos máximos para su confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento en los niveles secundario y terciario de atención (Guía Clínica de Cáncer de Mama, 2005 y 2006).

Además, recientemente, se ha inaugurado, un moderno Centro de Imágenes Mamarias en la Región Metropolitana, lo que implica el acceso a prestaciones antes no disponibles en el sistema público, como es la biopsia estereotáxica.

Entre los desafíos pendientes se encuentra la actualización de la reglamentación para la Autorización Sanitaria y un sistema de acreditación para los centros de

imágenes mamarias a nivel nacional.

Del mismo modo resulta importante evaluar cualitativamente a las diferentes intervenciones sanitarias relacionadas con la pesquisa, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y a los recursos humanos que las prestan. Esto debe ir aparejado con un sistema de capacitación continua del equipo de salud ligado a esta patología.

Finalmente, es mandatorio recordar que los registros son indispensables en todo proceso de monitoreo y evaluación, pues uno de sus principales usos consiste en respaldar la toma de decisiones en políticas sanitarias.

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los médicos y matronas, encargados del Programa Nacional de Cáncer de Mama lo largo del país, ya que sin su compromiso más allá de lo profesional, no podríamos mostrar los datos mencionados en este artículo. Igualmente nuestros agradecimientos a la Comisión Nacional de Cáncer de Mama del Ministerio de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1> GLOBOCAN 2002, IARC.
- 2> DEIS-Ministerio de Salud/INE. 2003.
- 3> Pauta de Evaluación para la atención de la Patología Mamaria, 1994 -1995.
- 4> Orientaciones Programáticas para la Pesquisa y Control del Cáncer de Mama en Chile, MINSAL, 1998.
- 5> Unidad de Cáncer-Ministerio de Salud, 1995-2006.
- 6> DEIS-Unidad de Cáncer-MINSAL, 2005.
- 7> Dpto. Epidemiología, Ministerio de Salud, 2005.
- 8> FONASA, 2005.
- 9> Unidad de Cáncer, 2003.
- 10> Pauta de Evaluación Anual del programa de Cáncer de Mama, Unidad de Cáncer, 1999-2003.