

Artículo Original

TAMIZAJE DE BASE POBLACIONAL CON MAMOGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA EN EL MUNICIPIO DE SOACHA, CUNDINAMARCA: EXPERIENCIA EXITOSA

Jesús Alexander Cotes¹

1. Médico Cirujano, Especialista en Gerencia de la Salud Pública. Docente facilitador Facultad de Medicina Fundación Universitaria Sanitas. Coordinador Grupo Área de Salud Pública. Instituto Nacional de Cancerología ESE.

RESUMEN

Introducción: la mamografía de tamizaje se realiza en Colombia dentro del Plan Obligatorio en Salud del régimen Contributivo desde el año 2000, mediante tamizaje de oportunidad a las mujeres entre 50 y 69 años de forma bianual. Solo hasta la igualación de los Planes de beneficios, a partir 01 de enero de 2012, las mujeres pertenecientes al régimen subsidiado en salud adquirieron el derecho. **Objetivo:** presentar los beneficios de la implementación de un programa de tamizaje de base poblacional (organizada) con mamografía para mujeres entre 40 y 49 años, complementario al tamizaje de oportunidad. **Metodología:** se definió una política pública que eliminó las barreras administrativas y se desplegaron diversas estrategias de demanda inducida. Los procedimientos se ajustaron a las recomendaciones del Instituto Nacional de Cancerología. **Resultados:** de las 6.560 mujeres, el programa logró una cobertura de 5472 mujeres (83,4%). Del total de mujeres tamizadas, seis fueron diagnosticadas con cáncer (0,1%). El promedio de oportunidad del programa fue de 6 días. El tiempo entre confirmación diagnóstica y la valoración por especialista e inicio de tratamiento fue de 34 y 62 días, respectivamente. Se encontró que cuatro casos eran Estadios I y IIA (66,6%) que son tumores de buen pronóstico y sin compromiso metastásico, y dos casos (33,4%) en el estadio IIIA con compromiso a ganglios axilares. **Conclusiones:** los resultados permiten evidenciar las bondades de un programa de tamización poblacional, así como demostrar que su implementación es técnica y financieramente viable, en contraste con los programas de oportunidad actuales que tan solo logran una cobertura máxima del 20% de la población.

Palabras clave: Tamizaje poblacional, mamografía de tamizaje, estadio clínico, detección temprana, cáncer de mama.

Correspondencia: jesus_cotesmillan@yahoo.es

Fecha de recepción: 27 Junio del 2013

Fecha de aceptación: 28 de Abril de 2014

POPULATION-BASED MAMMOGRAPHY SCREENING FOR EARLY BREAST CANCER DETECTION IN THE SOACHA MUNICIPALITY, CUNDINAMARCA: A SUCCESS STORY

ABSTRACT

Introduction: screening mammography is practiced in Colombia as part of the Mandatory Health Plan since 2000, using random twice a year screening in women between 50 and 69 years of age. It was not until January 1st, 2012 when health care benefits were standardized, that women were entitled to subsidized health care. **Objective:** to discuss the benefits of implementing a population-based (organized) mammography screening program for women between 40 to 49 years of age, as a complement to opportunity screening. **Methodology:** a public policy that removed all administrative hurdles was designed and various induced demand strategies were deployed. The procedures were adapted to the recommendations of the National Cancer Institute. **Results:** of the 6,560 women, the program provided coverage for 5,472 women (83.4%). Of the total number of women screened, six were diagnosed with cancer (0.1%). The average opportunity for the program was 6 days. The time elapsed between the diagnostic confirmation and the specialist's evaluation was 34 and 62 days, respectively. Four cases were identified as Stages I and IIA (66.6%), which are good prognostic tumors with no metastatic involvement; and two cases (33.4%) were stage IIIA with axillary lymph node involvement. **Conclusions:** the results showed the benefits of a population-based screening program, and its technical and financial feasibility, as opposed to the current opportunity programs that provide a maximum coverage of 20% of the population.

Key words: *Population-based screening, screening mammography, clinical stage, early detection, and breast cancer.*

INTRODUCCIÓN

En Colombia, el cáncer representa un problema de salud pública creciente. De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el período 2000-2006 se presentaron en Colombia cerca de 38.571 casos nuevos de cáncer por año en mujeres (sin incluir piel). La tasa de incidencia ajustada por edad para todos los cánceres (excepto piel) fue de 196,9 por 100.000 habitantes; las principales localizaciones fueron: mama, cuello uterino, tiroides, estómago, colon, recto y ano (1).

En 2010 se registraron 33.450 defunciones por cáncer, que representaron 16,9% del total de defunciones; de estas, 17.069 en mujeres, con una tasa cruda de mortalidad por cáncer de 74.1 por 100.000. En adultos, las principales causas de muerte por cáncer en mujeres fueron cuello uterino, mama, estómago y pulmón. En la última información disponible sobre tendencias de la mortalidad, se observa un incremento de la mortalidad por cáncer de mama y pulmón en mujeres (2).

Las elevadas razones de incidencia/mortalidad para los principales cánceres indican un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del diagnóstico o falta de eficacia en el tratamiento. En el caso del cáncer de mama, la información disponible sobre el estadio clínico en el diagnóstico muestra que en Bogotá 60% de los cánceres son identificados en estados avanzado (3).

Respecto a la detección temprana hay dos cánceres que cuentan con actividades estipuladas en la Resolución 412 de 2000: el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama. La norma establece que se debe realizar detección temprana con mamografía de cuatro proyecciones cada dos años a todas las mujeres a partir de los 50 años sin límite de edad superior. Sin embargo, la reglamentación posterior (Resolución 3384 de 2000) definió que las coberturas exigibles de acuerdo con la disponibilidad de recursos en el sistema eran de 20% para el régimen contributivo sin exigencias de cobertura para otros regímenes. Solo hasta la promulgación del Acuerdo 029 de 2011 que unifica los

Planes de Beneficios, a partir del 2012 todas las mujeres del régimen subsidiado desde los 50 hasta los 69 años, tienen derecho a mamografía de tamizaje de la misma forma que para el régimen contributivo.

El régimen contributivo hace referencia a los trabajadores formales con capacidad de pago y el subsidiado, a los que su salud se financia con recursos del gobierno nacional y un porcentaje de los trabajadores.

La ambigüedad de la norma ha permitido un desarrollo irregular y sin impacto de las estrategias de detección temprana de cáncer. De esta forma, es claro que Colombia no tiene programas organizados de tamizaje ni de detección temprana de ninguna índole para el cáncer de mama. Actualmente, la mayoría de las mujeres no tienen acceso a la mamografía ni a un examen clínico de la mama estandarizado y de buena calidad. Tampoco existen programas de control de calidad de la mamografía y no hay estrategias de seguimiento de las mujeres que ingresan a tamizaje.

Por otro lado, se debe diferenciar entre tamización de oportunidad y poblacional. El tamizaje es de oportunidad cuando se ofrece la prueba en el contacto entre un proveedor de servicios de salud y un paciente en el momento de una consulta por cualquier causa diferente a síntomas mamarios. Por su característica, no se especifican metas de cobertura poblacionales.

La tamización es poblacional cuando se espera lograr una cobertura establecida (usualmente entre 70% y 80% de la población objeto). Para ello es necesario realizar acciones de demanda inducida amplias, con el fin de que la población contacte a las instituciones de salud y se realice la prueba de tamizaje.

En Colombia, el Instituto Nacional de Cancerología en coordinación con el Ministerio de la Salud y Protección Social, ha implementado un programa para la detección temprana de cáncer de mama que tiene como sustento la evidencia científica y las características del sistema de salud colombiano. En la actualidad, y en el marco de este programa, se recomienda la detección temprana para mujeres sintomáticas independientemente de la edad, y la tamizaje de base poblacional organizada mediante mamografía de dos proyecciones, cada dos años, para mujeres asintomáticas entre los 50 y 69 (4). Sin embargo, la evaluación económica de guía para la detección temprana y la atención integral del cáncer de

mama en Colombia establece que si bien, la mamografía de tamizaje de base poblacional con mamografía a partir de los 50 años y hasta los 69 años bianual es una medida costo-efectiva para el país, el tamizaje de base poblacional con mamografía para mujeres entre 40 y 69 años, es la medida más costo-efectiva, lo que apoya los programas de tamización en Norteamérica recomendados por la American Cancer Society.

Por otro lado, Soacha es el municipio de Cundinamarca (Colombia) más poblado (fuera de Bogotá) con 625.000 habitantes y una superficie de 184.45 kilómetros cuadrados.

Durante el 2010 se tomaron por parte de las EPS del régimen subsidiado 2.148 mamografías, de las cuales no se tiene claridad en cuanto al seguimiento y la realización del diagnóstico de acuerdo con los lineamientos técnicos nacionales.

Los datos anteriores permiten definir que entre las múltiples causas de mortalidad de la población femenina del municipio de Soacha por cáncer de mama, se encuentra la inoportunidad en el acceso a los servicios de salud, las barreras de acceso a los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento, la falta de políticas públicas claras para la prevención de estas patologías, la falta de vigilancia y el control a los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la falta de estrategias efectivas de demanda inducida, la deficiencia en redes de diagnóstico y tratamiento a nivel territorial, los paradigmas culturales y la falta de cobertura de pruebas de tamización masiva dentro del Plan Obligatorio de Salud, entre otras.

METODOLOGÍA

Concepción del programa

Para el desarrollo del programa de detección temprana y diagnóstico oportuno del cáncer de mama fue necesario lo siguiente: 1) Una política explícita que especificó el método de tamizaje a utilizar, sus intervalos y los grupos de edad que se iban a intervenir; 2) la conformación de un equipo responsable de la implementación; 3) la identificación y la red de proveedores; 4) una estructura que garantizara la calidad de las pruebas aplicadas; 5) el

registro para la identificación de los casos incidentes de cáncer; 6) la asignación de recursos para la realización de las pruebas y complementación de las evaluaciones diagnósticas en las mujeres con resultados anormales; y 7) la garantía del tratamiento adecuado de los casos positivos.

Para el cumplimiento de los objetivos, el programa definió las siguientes estrategias: 1) Búsqueda activa y sensibilización, 2) detección temprana, 3) diagnóstico oportuno, 4) tratamiento y rehabilitación, y 5) seguimiento.

Búsqueda activa y sensibilización

La búsqueda activa consiste en la identificación de las personas susceptibles de programas de tamizaje masivos; se realizó mediante las siguientes estrategias:

1. Identificación de los beneficiarios de acuerdo con la edad o con los resultados de pruebas de tamizaje previas. Esta estrategia se fundamenta en los datos de identificación de personas entre los 40 y 69 años de edad registradas en sistemas de información: Base de Datos del Régimen Subsidiado (BDUA), Base de Datos del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN), Bases de datos de programas Sociales de Acción Social de la Presidencia de la República como “Familias en Acción” y “Red Unidos”; y bases de datos de Programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
2. Movilización social. Se refiere a la sensibilización de la población objetivo mediante convocatorias y eventos masivos; estrategias de información, educación y comunicación en medios audiovisuales, radiales, digitales y/o escritos; y construcción de redes comunitarias.

Detección temprana

La detección temprana se realizó mediante el fortalecimiento de la detección temprana en mujeres sintomáticas independientemente de su edad, utilizando las pruebas diagnósticas necesarias y mejorando la oportunidad en la atención, tamizaje de base poblacional con mamografía de dos proyecciones en mujeres entre los 40 y los 49 años de edad, con intervalos de dos años, acompañada con

el examen clínico de mamas una vez al año; realización del examen clínico de mama como método estandarizado por médicos debidamente entrenados e investigación y registro, fortaleciendo el sistema de registro, notificación y consolidación sobre morbilidad, mortalidad, pruebas diagnósticas y aspectos económicos de la atención a pacientes con cáncer de mama.

Diagnóstico oportuno

Para el diagnóstico oportuno se utilizó un algoritmo de manejo basado de la ruta de decisión número 6, adaptada del Manual para la Detección Temprana del Cáncer de Mama del Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología ESE, como se muestra en la Figura 1 (5).

Tratamiento y rehabilitación

El tratamiento y la rehabilitación son una responsabilidad de las empresas aseguradoras. Para las pacientes no aseguradas, esta responsabilidad es de la Secretaría departamental de Salud, a través del subsidio a la oferta.

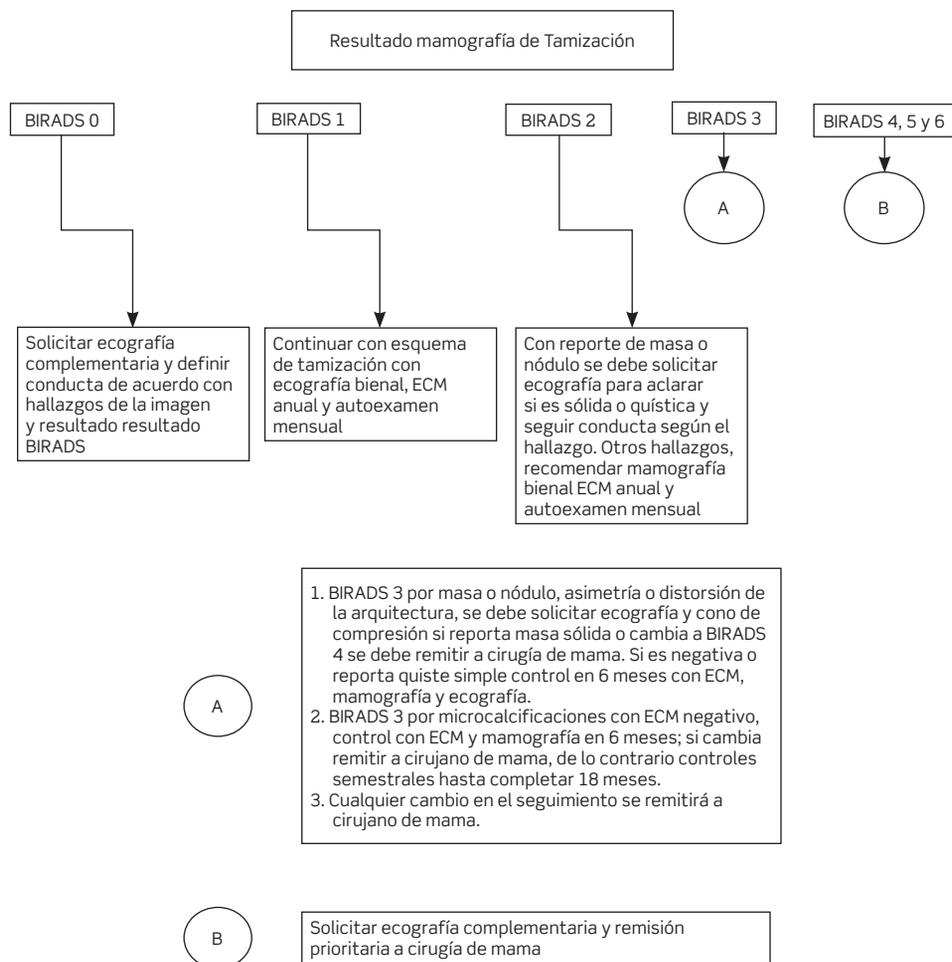
Seguimiento

El seguimiento se realizó a través de la Oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría municipal de Salud. Además, la Dirección de Aseguramiento vigiló que efectivamente se prestaran los servicios de tratamiento y rehabilitación necesarios para cada paciente.

Componente técnico del programa

El objetivo del programa fue tamizar con mamografía al 100% de las mujeres entre 40 y 49 años de edad (6.560) en un lapso de doce (12) meses desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012. Además, realizar complementación diagnóstica con ultrasonido mamario con transductor de alta resolución y biopsia de mama por aspiración con aguja fina (BACAF) y/o Tru-cut. Lo anterior, de acuerdo con las recomendaciones del Instituto Nacional de Cancerología.

FIGURA 1. RUTA DE DECISIÓN DE ACUERDO CON LOS HALLAZGOS DE MAMOGRAFÍA DE TAMIZACIÓN



Fuente: Adaptado del Manual para la detección temprana del cáncer de mama. Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología. 2010

De igual forma, se establecieron unos tiempos límite que cada prestador de los servicios de salud debía cumplir entre cada actividad y/o procedimiento con cada paciente (Tabla 1).

En resumen, el tiempo requerido por una paciente asintomática a quien se le diagnosticara cáncer de mama, entre la búsqueda activa (demanda inducida), el diagnóstico definitivo por biopsia y el reporte del caso a la Secretaría Municipal de Salud era de máximo 7 días.

Costo de las intervenciones y/o procedimientos

El costo de los procedimientos de mamografía bilateral, ultrasonido mamario (ultrasonografía mamaria), biopsia

Tru-cut, BACAF y consulta por psicología, se basó en el Manual Tarifario del SOAT 2011 (6). Los procedimientos de búsqueda activa y demanda inducida se costearon de acuerdo con las tarifas que reconoce la Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca dentro de sus paquetes de Atención Básica en Salud (ABS).

El costo total de los procedimientos de biopsia de seno se promedió entre biopsia por aspiración con aguja fina y biopsia Tru-cut, debido a que es imposible calcular en qué proporción se realizaría cada uno de éstos, ya que depende de las características de la lesión. En la tabla 2, se muestran los costos por cada uno de los procedimientos y la fuente de la cual se obtuvieron.

TABLA 1. OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

POBLACIÓN	TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE ACTIVIDADES	TIEMPO (DÍAS HÁBILES)
Mujeres entre 40 y 49 años	Búsqueda activa y mamografía bilateral de tamizaje	0-1 día
Mujeres entre 40 y 49 años	Mamografía bilateral de tamizaje y biopsia de seno	0
Mujeres entre 40 y 49 años	Biopsia de seno y entrega de resultados	1 día
----	Total tiempo entre búsqueda activa, mamografía, biopsia y entrega de resultados de biopsia	2 días
----	Total tiempo entre búsqueda activa, mamografía y entrega de resultados de mamografía	1 día

Fuente: Secretaría municipal de Salud de Soacha. Dirección de Aseguramiento. Estudios previos de la etapa precontractual.

TABLA 2. COSTO UNITARIO POR PROCEDIMIENTO Y FUENTE PARA TASACIÓN

POBLACIÓN	PROCEDIMIENTO	PERIODICIDAD	FUENTE O CRITERIO	VALOR UNITARIO	+ 10,6% DE IMPUESTOS	TOTAL COSTO UNITARIO EN PESOS
Mujeres entre 40 y 59 años	Mamografía bilateral (incluye honorarios médicos, toma y lectura)	Anual	Decreto 2423 de 1996 – SOAT 2011	\$125.500	\$13.303	\$138.803
Mujeres entre 40 y 59 años con resultado de mamografía positivo	Biopsia de seno (por aspiración con aguja fina) incluye honorarios médicos, derecho de sala de cirugía, materiales y estudio patológico	Anual (a demanda)	Decreto 2423 de 1996 – SOAT 2011	\$161.900	\$22.461	\$234.361
	Biopsia de seno (con aguja TRU-CUT) incluye honorarios médicos, derecho de sala de cirugía, materiales más aguja Tru-cut y estudio patológico		Decreto 2423 de 1996 – SOAT 2011 + Cotizaciones (Costo de aguja)	\$161.900 + \$100.000 (Costo aguja según cotizaciones adjuntas) Total \$261.900	\$27.761	\$289.661
Mujeres entre 40 y 59 años con resultado de mamografía positivo	Sonomamografía o ultrasonido de seno con transductor de alta frecuencia (incluye honorarios médicos, toma y lectura)	Anual (a demanda)	Decreto 2423 de 1996 – SOAT 2011	\$75.300	\$7.982	\$83.282
Mujeres entre 40 y 59 años	Búsqueda activa mamografía	Anual	Secretaría departamental de Salud (SSD) PAQUETE ABS	\$6.600	\$700	\$7.300
Mujeres entre 40 y 59 años con resultado de mamografía positivo	Seguimiento a paciente (demanda inducida) con mamografía positiva	Anual (a demanda)	SSD-PAQUETE ABS	\$6.600	\$700	\$7.300
Mujeres entre 40 y 59 años con diagnóstico de cáncer de seno por biopsia	Seguimiento a paciente (demanda inducida)	Anual (a demanda)	SSD-PAQUETE ABS	\$6.600	\$700	\$7.300
Mujeres entre 40 y 59 años con diagnóstico de cáncer de seno por biopsia	Soporte psicológico	Anual (a demanda)	SSD-PAQUETE ABS	\$14.600	\$1.548	\$16.148

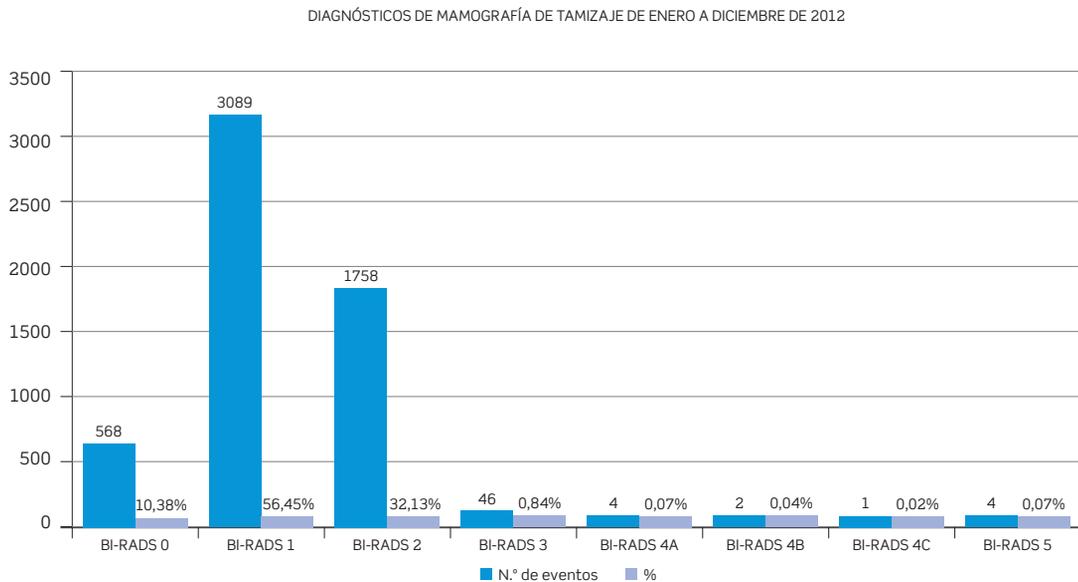
Fuente: Secretaría municipal de Salud de Soacha. Dirección de Aseguramiento. Informe final de auditoría y supervisión del contrato.

RESULTADOS

El programa logró una cobertura de 5.472 mujeres (83,4%) y contempló hasta el diagnóstico por biopsia y el seguimiento al trámite de autorización de la EPS para la consulta con mastólogo.

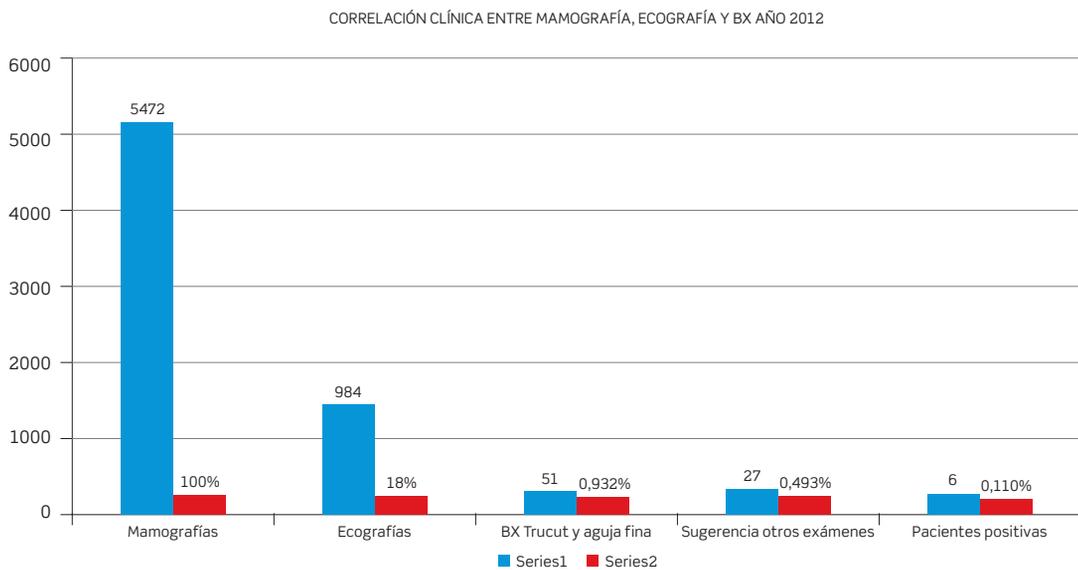
En relación con la complementación diagnóstica, se realizaron 984 ultrasonografías mamarias (18%), de las cuales requirieron confirmación diagnóstica por biopsia 51 pacientes (0,93%). De las 5472 mamografías realizadas, 3089 (56,4%) se encuentran en la categoría BI-RADS 1 que sugiere negatividad para malignidad y una proba-

FIGURA 2. HALLAZGOS MAMOGRAFICOS SEGUN BI-RADS



Fuente: Secretaría municipal de Salud de Soacha. Dirección de Aseguramiento. Informe final de auditoría y supervisión del contrato.

FIGURA 3. CORRELACION CLINICA ENTRE MAMOGRAFIA, ULTRASONOGRAFIA Y BIOPSIA DE SENO



Fuente: Secretaría municipal de Salud de Soacha. Dirección de Aseguramiento. Informe final de auditoría y supervisión del contrato.

bilidad de cáncer del 0%. (7) La Figura 2 muestra las cantidades de mamografías comparada con los resultados de acuerdo con la clasificación BI-RADS. En la Figura 3 se muestran las cantidades por procedimiento realizadas y el porcentaje que representan de acuerdo con el total de mamografías tomadas.

En cuanto a la edad, el mayor número de mamografías se realizó a los 46 años (11,2%), seguido en orden de frecuencia por 47 años (10,4%) y 48 años (10,3%), respectivamente. De la misma forma, la tamización más baja se realizó en las mujeres de 41 años con 514 mamografías.

grafías (9,39%). Sin embargo, la realización de los procedimientos fue homogénea entre las distintas edades.

En relación con los tiempos, el promedio de oportunidad del programa, es decir desde la búsqueda activa hasta la entrega del resultado de la biopsia mamaria y la remisión a la EPS para cita con especialista en seno fue de 6 días. El promedio del tiempo transcurrido entre la entrega del resultado de la biopsia y la consulta por el especialista del seno fue de 34 días. Así mismo, el tiempo entre la entrega del resultado de la biopsia mamaria y la estadía para inicio del tratamiento fue de 49 días en pro-

medio; y el tiempo entre la confirmación diagnóstica por biopsia y el inicio de tratamiento fue de 62 días (Tabla 3).

En referencia a la correlación clínico-imagenológica, la clasificación más frecuentemente observada en las mamografías fue BI-RADS 1 a 3.089 mujeres (56,4%), seguido de 1.758 mujeres con BI-RADS 2 (32,1%). El BI-RADS más bajo encontrado fue el 5 (0,07%) (Tabla 4).

Finalmente, del total de las seis mujeres diagnosticadas por cáncer, tres de ellas (50%) tenían 49 años; dos (33,3%) 46 años y una (16,7%) 45 años. En cuanto al estadiaje al momento de la valoración clínica, se encon-

TABLA 3. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

TIEMPO ENTRE	TÉRMINO EN DÍAS HÁBILES	RESPONSABLE
Búsqueda activa y mamografía bilateral de tamizaje	0-1 día	Secretaría municipal de Salud
Toma de mamografía bilateral de tamizaje y entrega de resultado	1 día	Secretaría municipal de Salud
Entrega de resultado de mamografía de tamizaje y toma de ultrasonido mamario	1 día	Secretaría municipal de Salud
Toma de ultrasonido mamario y entrega de resultado	0 días	Secretaría municipal de Salud
Entrega de resultado de ecografía mamaria y toma de biopsia	1 día	Secretaría municipal de Salud
Biopsia de seno y entrega de resultados	1 día	Secretaría municipal de Salud
Total tiempo entre búsqueda activa, mamografía, biopsia y entrega de resultados de biopsia	2-3 días	Secretaría municipal de Salud
Total detección temprana	6 días	Secretaría municipal de Salud
Entrega de resultado de biopsia y valoración por especialista de mama	34 días	EPS
Entrega de resultado de biopsia e inicio del tratamiento	62 días	EPS
Total		66 días

Fuente: Secretaría municipal de Salud de Soacha. Dirección de Aseguramiento. Informe final de auditoría y supervisión del contrato.

TABLA 4. HALLAZGOS ENCONTRADOS EN MAMOGRAFÍA

DIAGNÓSTICOS DE MAMOGRAFÍA DE TAMIZAJE		
EVENTO	NRO. DE EVENTOS	%
BI-RADS 0	568	10,38%
BI-RADS 1	3089	56,45%
BI-RADS 2	1758	32,13%
BI-RADS 3	46	0,84%
BI RADS 4*	4	0,07%
BI - RADS 4B	2	0,04%
BI-RADS 4C	1	0,02%
BI RADS 5	4	0,07%
Total general	5472	100,00%

Fuente: Secretaría municipal de Salud de Soacha. Dirección de Aseguramiento. Informe final de auditoría y supervisión del contrato.

tró que cuatro casos estaban en Estadios I y IIA (66,6%) que son tumores de buen pronóstico y sin compromiso metastásico y dos casos en el estadio IIIA (33,4%) con compromiso metastásico ganglios axilares.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos evidencian claramente que los objetivos se lograron en el entendido de que el cáncer se encontró en estadios clínico tempranos, en donde la tasa de curación y supervivencia es alta.

Por otro lado, la oportunidad con la que se atendió a las mujeres desde la búsqueda activa hasta el diagnóstico definitivo por biopsia (seis días en promedio) demuestra una alta eficiencia en el desarrollo operativo del programa, lo que puede explicar el cumplimiento de los objetivos en cuanto a la detección en estadios clínicos tempranos. En relación con la atención y el inicio del tratamiento, vemos algunas demoras las cuales, si bien no perjudicaron los avances en las estrategias de diagnóstico oportuno, si pueden hacer perder los esfuerzos de todo un programa de tamizaje organizado. En este sentido, de acuerdo con estudios realizados en Bogotá, más del 50% de las mujeres sintomáticas se demoran más de tres meses entre la primera consulta y el inicio del tratamiento, que constituye una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad (3).

Para el programa de detección temprana de Soacha, los tiempos estuvieron por debajo de los tres meses. Sin embargo, el lapso de 34 días para visita de primera vez con el mastólogo sigue siendo alto comparado con los grandes esfuerzos en diagnóstico oportuno, si se tiene

en cuenta que la consulta es simplemente un proceso administrativo; caso similar ocurre con los 28 días adicionales desde la consulta médica especializada y el inicio del tratamiento, aunque en este lapso, están incluidas valoraciones y exámenes complementarios adicionales (exámenes de extensión) para el tratamiento definitivo. Así las cosas, la demora que no se puede comprender son los 34 días para la consulta de primera vez con el mastólogo.

Lo anterior evidencia un problema del SGSSS que permite la fragmentación en la atención y la libre competencia de mercado. Por tal razón, en el municipio de Soacha no existe la capacidad instalada de servicios de salud para los estudios de extensión (tomografía computarizada, laboratorio clínico especializado y resonancia magnética nuclear) ni para el tratamiento del cáncer de mama (mastología, oncología clínica y radioterapia oncológica). Esta fragmentación no solo dificulta la atención, sino también hace difícil el seguimiento de los casos.

Ahora bien, el éxito del programa no solo radica en los estadios clínicos tempranos en que se inició el tratamiento de las pacientes que arrojan excelentes resultados en las tasas de curación, sino en la reducción de costos para el SGSSS en la atención de los casos. En este contexto, el costo total del programa fue de 903 millones de pesos, lo que significa un costo promedio por mujer de \$165.000^{°°}; esto en detección temprana y diagnóstico precoz.

La evaluación económica de la Guía de Atención Integral, diagnóstico oportuno y atención integral del cáncer de mama en Colombia de 2012, determinó los costos de la atención del cáncer de mama de acuerdo con el estadio clínico (Tabla 5).

TABLA 5. COSTOS DE LA ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA DE ACUERDO CON EL ESTADIO CLÍNICO

COSTO CÁNCER IN SITU			
DESCRIPCIÓN	BASE	INFERIOR	SUPERIOR
Diagnóstico inicial y de extensión	\$ 913.711,38	\$ 781.978,41	\$ 1.364.489,79
Tratamiento quirúrgico	\$ 2.318.606,97	\$ 2.049.766,43	\$ 4.188.709,69
Tratamiento de radioterapia	\$ 4.748.965,56	\$ 4.801.796,75	\$ 4.801.796,75
Tratamiento de hormonoterapia premenopáusicas	\$ 452.016,95	\$ 247.680,08	\$ 696.023,27
Tratamiento de hormonoterapia posmenopáusicas	\$ 602.778,09	\$ 322.809,05	\$ 890.920,01
Rehabilitación	\$ 296.575,60	\$ 190.941,87	\$ 471.283,06
Seguimiento 5 años	\$ 804.743,58	\$ 586.000,73	\$ 1.402.245,18

TOTAL	\$ 10.137.398,13	\$ 8.980.973,32	\$ 13.815.467,75
COSTO CÁNCER REGIONAL			
Diagnóstico inicial y de extensión	\$ 1.183.742,57	\$ 989.278,34	\$ 1.911.603,52
Tratamiento quirúrgico	\$ 2.938.746,63	\$ 2.826.109,28	\$ 7.935.929,17
Tratamiento de quimioterapia	\$ 83.238.100,55	\$ 42.052.330,69	\$ 83.238.100,55
Tratamiento de radioterapia	\$ 4.920.069,16	\$ 5.006.977,87	\$ 5.027.427,94
Tratamiento de hormonoterapia premenopáusicas	\$ 3.925.427,57	\$ 3.583.110,68	\$ 4.442.306,75
Tratamiento de hormonoterapia posmenopáusicas	\$ 10.023.610,42	\$ 7.811.140,59	\$ 11.491.639,11
Rehabilitación	\$ 457.368,19	\$ 300.573,04	\$ 986.061,93
Seguimiento 5 años	\$ 846.439,66	\$ 556.311,48	\$ 556.311,48
TOTAL	\$ 75.071.443,28	\$ 63.125.831,97	\$ 116.450.452,70
COSTO CÁNCER METASTÁSICO			
Diagnóstico inicial y de extensión	\$ 1.406.998,61	\$ 1.160.397,10	\$ 2.307.382,65
Tratamiento quirúrgico	\$ 2.518.492,08	\$ 1.907.648,81	\$ 5.394.416,30
Tratamiento de quimioterapia	\$ 113.765.166,20	\$ 86.482.623,42	\$ 120.856.428,39
Tratamiento de radioterapia	\$ 4.879.987,75	\$ 5.059.385,31	\$ 5.098.051,15
Tratamiento de hormonoterapia premenopáusicas	\$ 3.943.131,14	\$ 3.836.384,00	\$ 4.273.700,81
Tratamiento de hormonoterapia posmenopáusicas	\$ 10.814.154,54	\$ 9.834.138,55	\$ 10.699.399,57
Cuidado paliativo	\$ 4.677.272,38	\$ 3.198.520,01	\$ 10.679.798,76
Rehabilitación	\$ 1.160.810,27	\$ 675.101,43	\$ 1.939.314,28
Seguimiento 5 años	\$ 1.522.233,09	\$ 1.052.184,26	\$ 2.674.809,01
TOTAL	\$ 144.688.246,05	\$ 113.206.382,91	\$ 163.923.300,91
COSTO RECAÍDA SISTÉMICA			
Diagnóstico inicial y de extensión	\$ 657.458,27	\$ 476.388,65	\$ 1.251.410,14
Tratamiento de quimioterapia	\$ 113.765.166,20	\$ 86.482.623,42	\$ 120.856.428,39
Tratamiento de radioterapia	\$ 3.493.774,00	\$ 3.679.652,12	\$ 3.749.840,57
Tratamiento de hormonoterapia premenopáusicas	\$ 3.011.417,13	\$ 2.918.694,43	\$ 3.124.349,48
Tratamiento de hormonoterapia posmenopáusicas	\$ 8.067.416,69	\$ 7.496.499,97	\$ 8.381.743,07
Cuidado paliativo	\$ 4.677.272,38	\$ 3.198.520,01	\$ 10.679.798,76
Rehabilitación	\$ 1.522.233,09	\$ 1.052.184,26	\$ 2.674.809,01
Seguimiento	\$ 1.522.233,09	\$ 1.052.184,26	\$ 2.674.809,01
TOTAL	\$ 136.716.970,83	\$ 106.356.747,12	\$ 153.393.188,42
COSTO RECAÍDA LOCAL			
Diagnóstico inicial y de extensión	\$ 657.458,27	\$ 476.388,65	\$ 1.251.410,14
Tratamiento quirúrgico	\$ 1.938.642,56	\$ 1.798.956,34	\$ 5.751.181,33
Tratamiento de quimioterapia	\$ 56.882.583,10	\$ 43.241.311,71	\$ 60.428.214,19
Tratamiento de radioterapia	\$ 4.885.907,84	\$ 5.037.283,28	\$ 5.077.974,31
Tratamiento de hormonoterapia premenopáusicas	\$ 3.011.417,13	\$ 2.918.694,43	\$ 3.124.349,48
Tratamiento de hormonoterapia posmenopáusicas	\$ 8.067.416,69	\$ 7.496.499,97	\$ 8.381.743,07
Rehabilitación	\$ 988.054,41	\$ 693.475,50	\$ 1.937.169,21
Seguimiento	\$ 846.439,66	\$ 556.311,48	\$ 1.417.383,73
TOTAL	\$ 77.277.919,65	\$ 62.218.921,36	\$ 87.369.425,46

Si comparamos los datos con los hallazgos del programa, obtenemos que de las seis pacientes diagnosticadas con cáncer en estadio temprano, el costo promedio para el SGSSS (estimación con el costo base) sería el siguiente: para los cuatro casos de Estadio I y IIA (cáncer in situ) \$ 40'549.592,52°°; los dos casos restantes en estadio IIIA (cáncer regional) \$122'306.967,56°°. O sea, el total de los costos de atención para el SGSSS de los seis cánceres diagnosticados tempranamente por el programa fueron de \$162'856.560,08°°. Si estas pacientes hubieran consultado por síntomas mamarios y hubieran entrado en el flujo del sistema, como mínimo hubieran gastado tres meses para el inicio del tratamiento, momento en el cual el cáncer hubiera estado en estadios avanzados de la enfermedad. El costo promedio de la atención de los seis cánceres diagnosticados en etapa avanzada (cáncer metastásico) sería de \$868'129.476,24°°, que representa un 433 % de incremento. Esto sin contar los costos de la recaída local o sistémica que representarían un incremento de entre \$463'667.517,9°° y \$820.301.824,98°°; si promediamos, tenemos un costo de \$641'984.671°°, que representa un costo total para el SGSSS de \$1.510'114.147,69°°. En ese orden de ideas, lo ahorrado por el SGSSS gracias a la implementación del programa fue del orden de los \$1.347'257.587,6°°, que representa un 33 % de más que el costo total del programa de detección temprana y diagnóstico oportuno implementado por el municipio de Soacha, con el agravante de que esa inversión en atención de casos avanzados no se traduciría en mejoría de tasas de curación y por consiguiente en reducción efectiva de la mortalidad.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos por el Programa de Detección Temprana y Diagnóstico oportuno del cáncer de mama en las mujeres de Soacha, muestran que es viable técnica y financieramente la implementación de programas de tamizaje de base poblacional anual en contraste con los programas de oportunidad actuales del Plan Obligatorio de Salud, que tan solo logran una cobertura máxima del 20% de la población. Para esto, se debe complementar la financiación de estas acciones con recursos adicionales a

los de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) con otros recursos del SGSSS.

Las entidades territoriales a través de las Secretarías de Salud cuentan con recursos adicionales que pueden ser destinados para la implementación de los programas poblacionales. Además, cuentan con gran experticia en estrategias de demanda inducida y movilización social, destacada en programas de gran cobertura nacional como el Plan Ampliado de Inmunizaciones. Hace falta estudios que demuestren el impacto económico del tamizaje poblacional sobre la UPC de los regímenes subsidiado y contributivo.

Pese a la implementación de programas de base poblacional para la detección temprana del cáncer, el problema radica en la falta de redes integradas de servicios de salud para la complementación diagnóstica, el tratamiento y la rehabilitación del cáncer de mama, bajo un modelo de Atención Primaria en Salud tal y como lo pretende la Ley 1438 de 2011.

Existen elementos de política pública como el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y actos legislativos como la Ley 1384 de 2010, que brindan un derrotero de acción para el control integral de cáncer, en especial de mama, para los próximos años.

Finalmente, es necesario instaurar mecanismos más efectivos de control de calidad a los servicios de mamografía en Colombia y se debe fortalecer la capacitación del recurso humano tanto técnico (físicos médicos, técnicos en radiología) como profesional (radiólogos) para la toma, lectura e interpretación de los hallazgos en mamografía, como componente integral en la optimización de los recursos y para el logro de los objetivos en reducción de la mortalidad por cáncer de mama en Colombia.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés para la realización del presente trabajo. El autor, en calidad de ex-secretario municipal de Salud de Soacha, presenta los resultados a título personal como responsable en la concepción del programa.

FINANCIACIÓN

El programa de detección temprana del cáncer de mama en el municipio de Soacha se financió con recursos de la Secretaría municipal de Salud en cumplimiento del Plan de Desarrollo “Soacha Para Vivir Mejor” 2008 – 2011. En el presente trabajo, se presentan los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

1. Pardo C, Cendales R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología, 2010.
2. Piñeros M, Pardo C, Gamboa O, Hernández G. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Bogotá: Imprenta Nacional, 2010.
3. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García AO y cols. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de pacientes con cáncer de mama en Bogotá. *RevColombCancerol* 2008; 12(4): 181-190.
4. República de Colombia, Ministerio de la Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Guía de Atención Integral (GAI) para la Detección Temprana, Tratamiento Integral, Seguimiento y Rehabilitación del Cáncer de Mama. Bogotá; Instituto Nacional de Cancerología, 2012.
5. Manual para la detección temprana del cáncer de mama. Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología, 2010.
6. República de Colombia, Presidencia de La República. Decreto 2423 de 1996 Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. Actualización del año 2011.
7. Colegio Americano de Radiología. Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS).