



Cáncer de mama, mastectomía y reconstrucción

Incidencia, mortalidad y cobertura GES

Autor

María Pilar Lampert Grassi

Email: mlampert@bcn.cl

Nº SUP: 130022

Disclaimer

Este documento es un análisis especializado realizado bajo los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y pertinencia que orientan el trabajo de Asesoría Técnica Parlamentaria para apoyar y fortalecer el debate político-legislativo. El tema y contenido del documento se encuentra sujeto a los criterios y plazos acordados previamente con el requirente. Para su elaboración se recurrió a información y datos obtenidos de fuentes públicas y se hicieron los esfuerzos necesarios para corroborar su validez a la fecha de elaboración.

Resumen

A nivel mundial, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por esta enfermedad en mujeres, y Chile no está ajeno a esa realidad. Según datos de la Superintendencia de Salud, entre los años 2006 al 2019, el cáncer de mama ha aumentado, de 10.201 casos al año, a 18.861. Por su parte, la tasa de mortalidad por tumores malignos de mama ha tenido una cierta tendencia al alza en los últimos 15 años, de 6,7 por cada 100.000 habitantes en el año 2000 a 8,5 el año 2015.

El año 2005, el cáncer de mama se incorporó al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile, asegurando el acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad de la atención integral. Sin embargo, recién en el Decreto N° 1 del año 2010, del Ministerio de Salud, se incorpora a la tabla de protección financiera, la intervención quirúrgica con reconstrucción mamaria, inmediata o diferida.

La mastectomía es una de las intervenciones médicas más utilizadas para prevenir, combatir o frenar el cáncer de mama y la literatura científica muestra que la tendencia actual es a tratar de realizar la reconstrucción de manera inmediata, esto dado que en términos de metástasis, no habría diferencias de riesgo entre las pacientes que tienen reconstrucción mamaria inmediata, versus las que tienen solo mastectomía, sin embargo, si ofrece un mejor pronóstico psicológico, ya que la morbilidad psicológica con la reconstrucción tardía suele ser mayor que el de la reconstrucción inmediata o temprana.

En Chile, si bien la garantía de oportunidad y de financiamiento ha quedado establecida para la reconstrucción mamaria, no hay plazos establecidos para que se cumpla, por lo que quedan desplazadas en el tiempo. Según datos del observatorio del cáncer, solo 1 de cada 10 mujeres que tienen una mastectomía, accede a la reconstrucción de sus senos, con todo el costo psicológico que esto conlleva para ellas¹.

¹Consultadas las fuentes oficiales, a la elaboración de este informe, no fue posible tener acceso a los datos sobre el número de mastectomías y de las correspondientes cirugías reconstructivas que han sido llevadas a cabo en Chile los últimos 10 años.

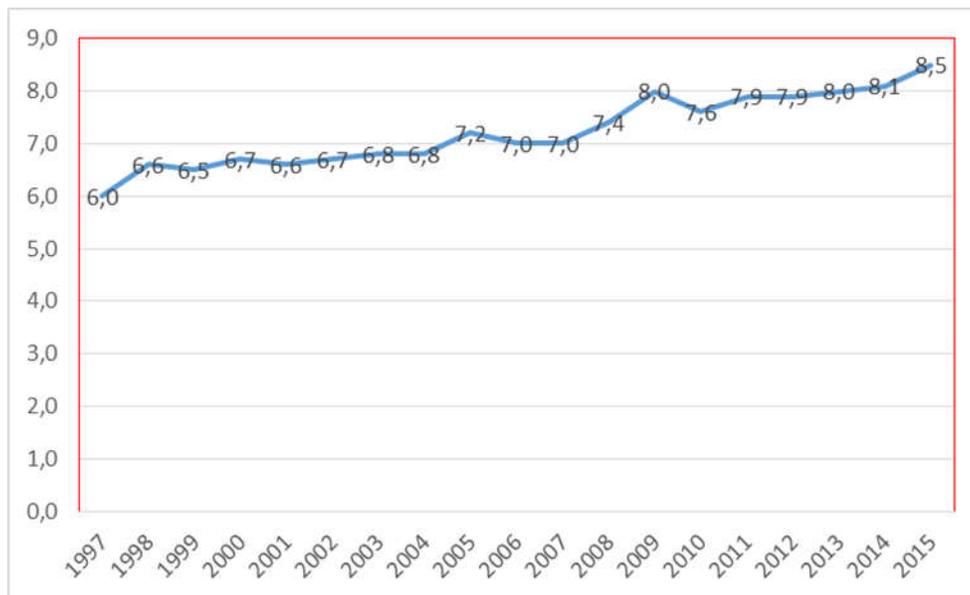
Introducción

El siguiente documento responde a una consulta parlamentaria en relación con la incidencia del cáncer de mama en Chile, la tasa de mortalidad y la cobertura que se otorga a las mujeres, considerando en particular las cirugías, como las mastectomías y la reconstrucción mamaria. En ese marco, el documento entrega datos que describen la problemática nacional, para posteriormente dar cuenta de las características de las mastectomías, las complejidades de la reconstrucción mamaria, y lo importante que es, desde un punto de vista psicológico, que la reconstrucción se lleve a cabo en el menor tiempo posible. Posteriormente se entrega información sobre la garantía de acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad de la atención integral. Finalmente, se releva las posibilidades de que las mujeres en Chile accedan a la reconstrucción mamaria luego de una mastectomía por cáncer de mama.

Capítulo I. Antecedentes

A nivel mundial, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por esta enfermedad en las mujeres, y en Chile además la mayor causa de mortalidad en las mujeres². Según información disponible en el Plan Nacional de Cáncer 2018-2028, la tasa cruda de mortalidad por tumores malignos de mama ha mostrado una cierta tendencia al alza en los últimos 15 años, de 6,7 por cada 100.000 habitantes el año 2000 a 8,5 por cada 100.000 habitantes el año 2015, último año estudiado. Tal como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico N°1: Mortalidad por ciertos tumores malignos en mamas. Tasas crudas por 100.000 habitantes 1997-2015



Fuente: Plan Nacional de Cáncer 2018-2028

² Resultados del tratamiento del cáncer de mama, Programa Nacional de Cáncer del Adulto. disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/resultados-del-tratamiento-del-cancer-de-mama-programa-nacional-de-cancer-del-adulto/>

Cuando en particular se revisa la tasa solo para la población de mujeres, la situación cambia. Para el año 2015, según información del Departamento de Epidemiología, con datos DEIS, hubo 1.511 muertes a razón de ciertos tumores malignos en mama, lo que equivale a una tasa de 16,6 por cada 100.000 mujeres (MINSAL, 2018).

Si bien la tasa de mortalidad es un grave problema, también lo es la alta incidencia de casos, ya que la tasa estandarizada de incidencia a nivel mundial es de 39×100.000 mujeres/año, y en Chile es más alta: 40.1×100.000 mujeres/año, siendo particularmente alta, 51×100.000 mujeres/año en mujeres de entre 35 a 64 años³.

Según datos de la Superintendencia de Salud, los casos GES informados de cáncer de mama, tanto para FONASA como para ISAPRES, han aumentado considerablemente entre los años 2005 al 2019, tal como lo muestra el siguiente cuadro:

Tabla N° 1. Número de diagnósticos GES de cáncer de mama en personas de 15 años o más en FONASA e ISAPRES. 2005-2019

Año	Cáncer de Mama
2005 ⁴	4.951
2006	10.201
2007	12.735
2008	12.361
2009	13.179
2010	10.828
2011	12.587
2012	13.483
2013	14.477
2014	14.322
2015	15.614
2016	16.216
2017	19.627
2018	14.573
2019	18.861

Fuente: Series Estadísticas del Sistema Isapre 1990-2019, Superintendencia de Salud⁵

Un estudio que revisa los resultados del tratamiento del cáncer de mama del Programa Nacional de Cáncer del Adulto, da cuenta de que el hecho de que el GES considerara la garantía desde la sospecha, ha generado un aumento significativo del número de casos diagnosticados, sobretodo

³ Resultados del tratamiento del cáncer de mama, Programa Nacional de Cáncer del Adulto. disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/resultados-del-tratamiento-del-cancer-de-mama-programa-nacional-de-cancer-del-adulto/>

⁴ (*) Período julio-diciembre

⁵ Series Estadísticas del Sistema Isapre 1990-2019, Superintendencia de Salud. Disponible en <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-19876.html>

el en estadio (I), lo que daría cuenta de una detección precoz de la problemática (Del Castillo et al, 2017). En este marco, según datos de la Clínica Las Condes, cada tres horas se diagnóstica una mujer con cáncer de mama en Chile⁶, la que según la garantía establecida en GES, tendrá acceso no solo al diagnóstico sino al tratamiento, que de ser necesario, puede incluir intervención quirúrgica para cáncer de mama, con o sin reconstrucción mamaria inmediata, pudiendo realizar la reconstrucción quirúrgica con posterioridad.

Capítulo II. Características de la mastectomía y la reconstrucción mamaria

1. Mastectomía

La mastectomía es una de las intervenciones médicas más utilizadas para prevenir, combatir o frenar el cáncer de mama, y también puede llevarse a cabo en forma preventiva. Según *The American Cancer Society*⁷, hay varios tipos diferentes de mastectomías, en función de cómo se realiza la cirugía y cuánto tejido se extrae:

- Mastectomía simple o total: El cirujano extrae toda la mama junto con el pezón, la areola y la piel.
- Mastectomía con preservación de la piel: El cirujano extirpa la mama con el pezón y la areola con un mínimo de remoción de piel. Muchas mujeres prefieren la mastectomía con preservación de piel porque ofrece la ventaja de que deja menos tejido cicatricial y un seno reconstruido con una apariencia más natural⁸.
- Mastectomía con preservación del pezón: Es una variación de la mastectomía con conservación de piel, donde el cirujano extirpa el tejido del seno, pero la piel y el pezón del seno se dejan en su lugar. Después de este procedimiento se puede realizar una reconstrucción del seno⁹.
- Mastectomía radical: El cirujano extirpa todo el seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales (pared torácica) que se encuentran debajo del seno. Esta cirugía fue muy común en el pasado, pero esta cirugía extensa rara vez se realiza actualmente¹⁰.
- Mastectomía radical modificada: El cirujano extrae todo el tejido mamario con el pezón y la areola junto con algunos de los ganglios linfáticos de la axila.

⁶ Importancia del Cáncer de Mama en Chile. <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-Clinico-del-Cancer/Unidad-de-Prevencion-del-Cancer/Previmama/importancia-cancer-mama-chile>

⁷ Mastectomía. Disponible en : <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/mastectomia.html>

⁸ Sin embargo, puede que no sea apropiada para tumores más grandes o para aquellos que están cerca de la superficie de la piel.

⁹ Este procedimiento es una opción más frecuente en mujeres que padecen un cáncer pequeño en etapa temprana cerca de la parte externa del seno, sin ningún signo de cáncer en la piel o cerca del pezón.

¹⁰ Puede que esta operación se siga haciendo para tumores grandes que están invadiendo los músculos pectorales.

- Mastectomía doble: Cuando se extirpan ambos senos, esto se denomina mastectomía doble (o bilateral). La mastectomía doble se lleva a cabo como cirugía de reducción de riesgo en las mujeres con un riesgo muy alto de padecer cáncer de seno, como aquellas con una mutación en el gen *BRCA*.

Existe también otra alternativa a las ya mencionadas, la mastectomía parcial o lumpectomía, la que consiste en la extirpación del tumor y de un pequeño margen de tejido sano alrededor de este, conservando así la mayor parte de la mama¹¹.

Según la Guía Clínica de cáncer de mama del Auge, el tratamiento de cáncer de mama favorece la conservación de la mama cuando es apropiado en los estadios (I) y (II). Sin embargo, la mastectomía sigue siendo frecuente en nuestro país debido, principalmente, al diagnóstico tardío de la enfermedad (MINSAL, 2015).

2. Reconstrucción mamaria

Según la *American Cancer Society*, es recomendable que la planificación de la cirugía reconstructiva se haga antes de iniciar un tratamiento quirúrgico en la mama. Por tanto, se recomienda derivar a la paciente a una interconsulta con un cirujano plástico, para discutir con este las alternativas posibles **antes** de someterse a la mastectomía o a la cirugía con conservación del seno¹², para así obtener los mejores resultados” posibles para cada cuadro clínico en particular”.

La reconstrucción de mama representa un desafío para el cirujano plástico. Según da cuenta *Breast cancer organisation*¹³¹⁴, cuando la mastectomía es bilateral, el cirujano plástico reconstruye “comenzando de 0” lo que disminuye el problema del equilibrio estético entre ambas. Sin embargo, esto no es lo más común, ya que en general, a la mayoría de las mujeres con cáncer de mama se realizan una mastectomía parcial o simple, y eso genera un desafío: hacer que la mama reconstruida mantenga el equilibrio con la apariencia de la otra mama.

Según la organización antes mencionada, el procedimiento de reconstrucción mamaria, manteniendo la simetría, es más fácil de lograr si el cirujano utiliza un procedimiento con colgajos de tejido en vez de implantes, ya que se puede “esculpir” un colgajo para emular la estética de la otra mama, mientras que el implante tiene una forma estándar. Sin embargo, en algunos casos es

¹¹ Cáncer de mama: Tipos de tratamiento. American Society of Clinical Oncology. disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/tipos-de-tratamiento>

¹² Cirugía para el cáncer de seno. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno.html>

¹³ Es una organización sin fines de lucro registrada como 501(c) (3) dedicada a proporcionar información y una comunidad de apoyo a personas afectadas por cáncer de mama.

¹⁴ Altering the Opposite Breast. Disponible en: <https://www.breastcancer.org/treatment/surgery/reconstruction/types/opposite-breast>

necesario realizar una cirugía en la mama sana para mantener la simetría o una estética equilibrada. Ejemplos de esta situación se detallan a continuación:

- Cuando se hace una reconstrucción con implante, a veces es necesario ajustar la mama no reconstruida, para lograr que sea idéntica a la otra mama, lo que conlleva cierta complejidad.
- Si se quiere que la mama reconstruida sea más grande o más pequeña que antes, o si se requiere que esté un poco más alta, el cirujano deberá operar la otra mama para mantener una estética equilibrada.
- Aunque el cirujano haga un buen trabajo y logre que las mamas queden simétricas, es posible que haya que retocar la mama no reconstruida para mantener la similitud con la mama reconstruida.

3. Importancia de la reconstrucción mamaria, después de una mastectomía

La literatura científica muestra que la tendencia actual es a tratar de realizar la reconstrucción en el mismo acto (inmediata). Sin embargo, en algunos casos, ya sea por las condiciones del paciente o por el estado de avance de la enfermedad se prefiere diferir la reconstrucción, de manera de evitar el riesgo de retrasar los tratamientos complementarios del cáncer¹⁵. Según la evidencia expuesta en la Guía Clínica del Minsal, la reconstrucción mamaria puede realizarse en el mismo momento que se realiza la mastectomía, en forma temprana dentro de un año, o en forma tardía después de un año (Minsal, 2015).

Según los antecedentes evaluados en la Guía Clínica señalada y de otras organizaciones consultadas, como *American Cancer Society* y *Breast cancer organisation*, en términos de la posibilidad de metástasis, no habría diferencias de riesgo de recurrencia entre las pacientes que tienen reconstrucción mamaria inmediata, versus las que tienen solo mastectomía, así la reconstrucción inmediata es tan segura oncológicamente como la reconstrucción atrasada; sin embargo, en términos psicológicos se ofrece a los pacientes un mejor pronóstico psicológico, ya que la morbilidad psicológica y la angustia asociada con la reconstrucción tardía suele ser mayor que el de la reconstrucción inmediata o temprana (Minsal, 2015).

En este marco, es abundante la literatura científica que da cuenta de las emociones relacionadas la mastectomía. En un primer análisis, las mujeres tienen una sensación de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, ya que la pérdida de uno o los dos senos visualmente constituye una deformidad importante sobre el cuerpo (Amayra, Etxeberria, y Valdoseda, 2001; Domínguez et al, 2009). También se constata que, debido a que esta intervención afecta a un órgano íntimamente asociado a la sexualidad, la capacidad reproductora, el erotismo, la sensualidad, y por tanto, en términos más abstractos, a la feminidad (Pires y Norbe, 2003), este

¹⁵ Mastectomía, cirugía de la esperanza. disponible en https://www.clinicabupasantiago.cl/clinica_santiago/sala-de-prensa/noticias/mastectomia-cirugia-de-la-esperanza

procedimiento afecta de manera drástica a la autoestima de la mujer, sus relaciones sociales y de pareja (Martínez-Basurto, et al, 2014).

Capítulo II. Cobertura en Chile del Cáncer de mama

Desde el año 2005, el cáncer de mama se incorporó al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile, que garantiza a toda la población susceptible a acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad de la atención integral (Decreto Supremo 170, 2005, actualmente derogado). Sin embargo fue recién en el Decreto N° 1 del Ministerio de Salud, publicado en el diario oficial del 27 de febrero del 2010, donde se incorpora, dentro de la tabla de protección financiera del cáncer de mama, la intervención quirúrgica con reconstrucción mamaria inmediata o diferida. Esta protección se mantuvo en los decretos posteriores, incluyendo el decreto vigente que corresponde al número 22 que aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud, del Ministerio de salud, publicado en el Diario Oficial del 7 de septiembre de 2019.

1. Garantía Explícita en Salud

Según da cuenta Decreto N° 22, el cáncer de mama para personas de 15 años o más, incluye 38 enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual¹⁶, bajo las cuales se aplica las garantías de acceso, oportunidad y financiera del GES.

A. Garantía de acceso

Todo beneficiario de 15 años o más:

- a) Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- b) Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento (estando en tratamiento tendrá acceso a continuarlo).
- c) Con recidiva, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

¹⁶ Adenocarcinoma papilar infiltrante; Adenocarcinoma papilar intraductal con invasión; Adenocarcinoma papilar intraductal no infiltrante; Cáncer de (la) mama; Carcinoma canalicular infiltrante; Carcinoma canalicular y lobulillar infiltrante; Carcinoma cribiforme; Carcinoma ductal in situ; Carcinoma ductal, tipo cribiforme; Carcinoma ductal, tipo sólido; Carcinoma ductular infiltrante; Carcinoma hipersecretorio quístico; Carcinoma in situ de la mama; Carcinoma in situ intracanalicular de la mama; Carcinoma in situ lobular de la mama; Carcinoma inflamatorio; Carcinoma intraductal, tipo sólido; Carcinoma juvenil de la glándula mamario; Carcinoma lobulillar; Carcinoma medular con estroma linfoide; Carcinoma secretorio de la mama; Comedocarcinoma; Enfermedad de Paget y carcinoma infiltrante del conducto de la mama; Enfermedad de Paget y carcinoma intraductal de la mama; Enfermedad de Paget, mamaria; Lesión neoplásica de sitios contiguos de la mama; Otros carcinomas in situ de la mama; Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama; Tumores filoides, maligno; Tumor maligno de la mama; Tumor maligno de la porción central de la mama; Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama; Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama; Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama; Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama; Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama; Tumor maligno del pezón y de la aréola mamario; Tumor maligno del tejido conjuntivo de la mama.

B. Garantía de oportunidad

a) Diagnóstico

El mencionado decreto, señala que el diagnóstico tiene como plazo para su realización dentro de 45 días desde la sospecha con resultado de mamografía. En caso de evidencia clínica de cáncer, entonces no será exigible la mamografía y el plazo máximo para esta prestación igualmente será de 45 días desde la sospecha. Respecto de la etapificación- proceso mediante el cual se define en que estadio se encuentra el cáncer, y por tanto ayuda a determinar la gravedad de la enfermedad, así como la mejor manera de tratarlo¹⁷- se realizará dentro de 45 días desde la confirmación diagnóstica.

b) Tratamiento

La misma fuente da cuenta que respecto del **tratamiento primario**- que con frecuencia, forma parte de un conjunto estándar de tratamientos, como cirugía seguida de quimioterapia y radiación¹⁸-se iniciará dentro de 30 días desde la etapificación. Es en esta etapa en donde se debería llevar a cabo tanto la mastectomía como la reconstrucción mamaria.

Respecto de la **terapia adyuvante** se iniciarán dentro de 20 días desde la indicación médica. La terapia adyuvante es un tratamiento que se administra además de la cirugía de mama y se usa para eliminar cualquier célula cancerosa que pueda quedar en la mama o en el resto del cuerpo, reduciendo la posibilidad de que el cáncer de mama regrese. A veces también se administra antes de la cirugía para contribuir a que el procedimiento sea más fácil¹⁹²⁰.

c) Seguimiento

El Decreto N° 22 establece que el primer control se realizará dentro de 90 días desde la indicación médica.

¹⁷ Según la *American Cancer Society*, los cánceres de seno en etapas más tempranas se identifican como etapa 0 (carcinoma in situ), y los demás van desde la etapa I (1) a la IV (4). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Además, dentro de una etapa, una letra menor significa una etapa menos avanzada. información disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/etapas-del-cancer-de-seno.html>

¹⁸ Tratamiento primario. Instituto nacional del cáncer. disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tratamiento-primario>

¹⁹ Terapia adyuvante para el cáncer de mama. Memorial Sloan Kettering cancer center. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/adjuvant-therapy-breast>

²⁰ Según el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, líder en terapias para el cáncer da cuenta que para el cáncer de mama existen cuatro tipos de terapias adyuvantes: Quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal y terapia con anticuerpos.

C. Garantía de protección financiera:

Si bien la protección financiera cubre diversas prestaciones en relación al cáncer de mama, en particular respecto de la mastectomía y la reconstrucción de las mamas, es la siguiente:

Tabla N°2: Protección financiera para la mastectomía y la reconstrucción de las mamas (en pesos)

Prestación	Periodicidad	Arancel	Copago Fonasa C	Copago Isapre y Fonasa D (20%)
Intervención quirúrgica cáncer de mama sin reconstrucción mamaria inmediata.	Cada vez	1.358.550	135.860	271.210
Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción mamaria (diferida o inmediata) primera cirugía reconstructiva	Cada vez	3.215.690	321.570	643.140
Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción mamaria segunda cirugía reconstructiva	Cada vez	1.496.830	149.680	299.370

Fuente. FONASA, Cáncer de mama²¹

Los beneficiarios de FONASA de 60 años o más tienen atención gratuita en todos los establecimientos públicos de salud.

2. Acceso a la prestación en Chile

Si bien el Decreto N° 22 incluye la garantía de protección financiera para diversos tipos de reconstrucción mamaria, la garantía de oportunidad del tratamiento, donde se debiera incluir tanto la mastectomía como la reconstrucción de la o las mamas, tiene **solo fecha de inicio**, dentro de 30 días desde la etapificación, pero no tiene fecha límite en que todo el tratamiento debe estar concluido. Esto toma particular relevancia, si se considera que la garantía incluye los siguientes tratamientos quirúrgicos²²:

- Intervención quirúrgica cáncer de mama sin reconstrucción mamaria inmediata.
- Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción inmediata con implante.
- Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción inmediata con expansor (primer tiempo quirúrgico).
- Reconstrucción mamaria con implante (segundo tiempo quirúrgico).
- Reconstrucción mamaria diferida con implante (primer tiempo quirúrgico, colocación expansor).

²¹ FONASA, Cáncer de mama. Disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/cancer-de-mama>

²² Cáncer de mama en personas de 15 años y más. disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/lep/8>

- Reconstrucción mamaria diferida con implante (segundo tiempo quirúrgico, cambio expansor a prótesis definitiva).
- Reconstrucción mamaria con colgajo.

Salvo la segunda (Intervención quirúrgica cáncer de mama con reconstrucción inmediata con implante) que incluye en una etapa la mastectomía en conjunto con la reconstrucción mamaria, para el resto de las intervenciones, el proceso de reconstrucción puede llevarse a cabo, tal como recomienda la Guía Clínica del Minsal, sobre cáncer de mama- en forma temprana dentro de un año, o en forma tardía después de un año. Esta situación puede hacer que la cirugía reconstructiva se lleve a cabo mucho tiempo después de realizada la mastectomía, incluido plazos superiores a los recomendados por la Guía Clínica del Minsal, con las graves consecuencias a nivel psicológico que esto pueda tener en las mujeres.

Por otra parte, para lograr una mejor reconstrucción, organizaciones como *American Cancer Society*, recomiendan realizar una interconsulta con el cirujano plástico **antes** de llevar a cabo la mastectomía, para así discutir las posibles alternativas, considerando el tipo de mastectomía que se va a realizar y las posibilidades que esta deja para la reconstrucción, tomando las mejores alternativas para cada caso en particular. Sin embargo, al revisar la garantía de salud, en el listado exhaustivo de prestaciones que ofrece, no se releva en ningún momento la participación de un cirujano plástico dentro de los profesionales que intervienen en el proceso. Solo respecto del tratamiento “Reconstrucción mamaria” aparece la observación “Corresponde a cirugía plástica y reparadora”.

Finalmente, vale mencionar que la información fue solicitada a los organismos correspondientes, sin embargo a la elaboración de este informe, no fue posible tener acceso a los datos sobre el número de mastectomías y de las correspondientes cirugías reconstructivas que han sido llevadas a cabo en Chile los últimos 10 años, para así respaldar el cumplimiento de acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad de la atención integral en el cáncer de mama en mayores de 15 años.

Al respecto, el observatorio del cáncer da cuenta que según antecedentes del Minsal, mientras en 2016 se hicieron 4.756 mastectomías, sólo se concretaron 451 reconstrucciones mamarias, es decir, ese año se realizaron apenas 9,4% reconstrucciones mamarias en relación al número de mastectomías realizadas²³. Los datos no nos permiten saber si quienes tuvieron acceso a la reconstrucción mamaria, fueron las mismas mujeres que se sometieron a una mastectomía ese año o si por el contrario la reconstrucción fue dirigida a mujeres que tuvieron una mastectomía años anteriores. Pero si la relación entre mastectomía y reconstrucción fuera constante en el tiempo, eso daría cuenta que solo 1 de cada 10 mujeres intervenidas quirúrgicamente por un cáncer de mama tendrían a su vez la reconstrucción de sus senos.

Otra fuente, la Municipalidad de La Florida, respecto del tema da cuenta de que “la cirugía no está priorizada por la red pública de salud, y está sujeta a la disponibilidad de cirujanos plásticos para su

²³ Observatorio del cáncer. Campaña Reconstrucción Mamaria. Disponible en: <https://observatoriodelcancer.cl/proyecto/campana-reconstruccion-mamaria/>

realización, es decir, no tiene garantía de oportunidad y no hay plazo perentorio para la realización de la reconstrucción”²⁴.

En este contexto, el observatorio del cáncer impulsó el año 2018 la **Campaña Reconstrucción Mamaria**, para visibilizar el drama de muchas pacientes que no logran acceder a una cirugía de reconstrucción mamaria, luego de tratado su cáncer. Mientras la Municipalidad de La Florida ha desarrollado el **Programa de Reconstrucción Mamaria**, que permite que las mujeres de esta comuna puedan acceder a la cirugía reconstructiva en plazos adecuados.

Referencias

Legales

Decreto N°170 de 2005, del Ministerio de salud. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Publicado en el diario oficial el día 28 de enero 2005. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=235073>

Decreto Supremo N° 288 de 2006 del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, publicado en el Diario Oficial el 30 de enero de 2006. Segundo régimen de garantías explícitas en salud. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-837_recurso_1.pdf

Decreto N° 1 del Ministerio de Salud. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud del Ministerio de Salud. Publicado en el diario oficial el 27 de febrero del 2010. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1011549>

Generales

Aimé Edith Martínez-Basurto, Andrea Lozano-Arazola Ana Laura Rodríguez-Velázquez, Óscar Galindo-Vázquez, Salvador Alvarado-Aguilar. 2014. Gaceta Mexicana de Oncología. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797>

César del Castillo, M. Elena Cabrera, Lea Derio, Fancy Gaete, Gabriel Cavada Ch. Resultados del tratamiento del cáncer de mama, Programa Nacional de Cáncer del Adulto. Rev. Med. Chile 2017; 145: 1507-1513. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n12/0034-9887-rmc-145-12-1507.pdf>

Guía Clínica del cáncer de mama, Minsal Chile. 2015. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf>

²⁴ Municipalidad de la Florida. Programa de reconstrucción de mama. disponible en: <https://www.laflorida.cl/sitio/inscribete-en-el-programa-de-reconstruccion-mamaria/>

I Amayra, A. Etxeberria, M. Valdosedá. Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto. Bilbao. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-medica-bilbao-316-pdf-S030448580174348X>

María Rosario Domínguez Gil, María Eugenia Acosta Mosquera, Inmaculada Méndez Martín, Isabel Maestre Ramos, Caridad Pedrote Ramírez, Marcela Frutos Cantó. 2009. Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento primario del cáncer de mama. *Index de Enfermería*, 18 (4), 246-248. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400007

Ministerio de Salud. 2006. SEGUNDO REGIMEN DE GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD Documentos que definen el segundo Régimen de Garantías. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-837_recurso_1.pdf

Ministerio de Salud Decreto N° 44. Tercer régimen de Garantías Explícitas en Salud. Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Fecha de promulgación el 9 de enero de 2007. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-3174.html#:~:text=Tercer%20r%C3%A9gimen%20de%20Garant%C3%ADas%20Expl%C3%ADcitas,31%20de%20enero%20de%202007.>

Plan Nacional de Cáncer 2018- 2028. 2018. Minsal Chile. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf

Tânia Pires Duarte y Ângela Nobre de Andrade. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>

Disclaimer

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)