

CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES

PROBLEMA

Personas con útero presentan mayor probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino

PROPÓSITO

Personas con útero son pesquisadas precozmente para disminuir la probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino.

DIAGNÓSTICO

Las personas con útero del aseguramiento público de salud (FONASA) tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer cervicouterino (CaCu), por ausencia de campañas comunicacionales de sensibilización para prevenir CaCu que resuelvan bajos niveles de conocimiento y exámenes de pesquisa que precisen riesgo. Es necesario que las personas con útero sepan cómo se produce esta enfermedad, sean sensibilizadas sobre prevención y acudan a establecimientos de salud para pesquisa precoz, para disminuir la probabilidad de enfermar.

A diferencia de otros cánceres, CaCu es evitable mediante vacunas, control de factores de riesgo, acceso a tamizaje para diagnóstico precoz y tratamiento de lesiones. CaCu es producido en el 99% de los casos por el Virus de Papiloma Humano (VPH), infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo y causante además de cáncer de cabeza y cuello, ano, vagina, vulva y pene. Se estima (Organización Mundial de la Salud, 2016) que el 90% de las personas adquirirán esta infección en su vida, pero sólo el 10% desarrollará CaCu. De él, corresponden a personas que no eliminan espontáneamente el virus (inmunidad disminuida) haciendo que esta infección persista y provoque cambios progresivos en las células del cuello uterino (Sherris et al., 2007). Estos cambios en un período de 5 años producirán lesiones precancerosas y posteriormente CaCu. El consenso internacional, ha estimado que la mayor probabilidad de encontrar persistencia de VPH e incremento de tasas de CaCu es desde los 30 años (Kimberly K. Vesco; Evelyn P. Whitlock; Michelle Ede, 2011) en ella se recomienda el inicio de tamizaje basados en VPH. Es decir, la probabilidad de CaCu dependerá de la edad y persistencia del VPH en las células del cuello uterino, características (genotipo) viral y acceso a tamizaje.

Las infecciones por VPH son producidas por genotipos de alto y bajo riesgo. En primeras, están las producidas por genotipos 16 y 18, responsables del 70% de los CaCu. Mientras que las segundas, están involucradas en lesiones no cancerosas pero sí de condilomas anogenitales.

Al 2020 en Chile, se estimó que el CaCu es el cuarto en ser diagnosticado y el séptimo en mortalidad femenina (International Agency for Research on Cancer, 2023). CaCu afecta de forma inequitativa a países de altos, medianos y bajos ingresos. En estos últimos, ocurrieron el 90% de todas las muertes por CaCu (Organización Mundial de la Salud, 2022), donde la baja escolaridad y otras condiciones, generan bajo conocimiento sobre transmisión de VPH, métodos de tamizaje, generando postergación del acceso y pérdida de oportunidad a un diagnóstico temprano. En Chile, el tamizaje disponible es Papanicolaou (PAP) y en forma incipiente, la determinación de VPH. Exámenes para tamizaje de CaCu, pero con desempeños distintos para determinar la probabilidad de tener CaCu.

Desde 1966 se inició en Chile la incorporación de la toma del PAP en la red de atención. Este examen tiene como objetivo la evaluación de células del cuello del útero con cambios previos al CaCu. En 1987 fue creado el programa de pesquisa y control de CaCu con intervenciones que conformaron posteriormente al Régimen de Garantías GES, como es el caso del PAP, incorporado dentro del tamizaje en mujeres de 25 a 64 años cada 3 años. Pese a este abordaje, el CaCu representa aún un problema de salud en las personas con útero. Uno de los motivos, son la capacidad reducida del PAP de identificar correctamente a individuos enfermos (sensibilidad) estimada en 60% en promedio, mientras que en el caso de pruebas de VPH aumenta sobre el 95% (Organización Mundial de la Salud, 2016). Esta diferencia en sensibilidad se relaciona con variabilidad de las personas que participan en la toma y procesamiento del examen, mientras que en las pruebas de VPH el procesamiento es automatizado. Se estima que la mortalidad pudiese reducirse en 50% gracias a la detección precoz (Terrazas et al., 2015).

Además de la precisión, permiten distanciar el tamizaje a 5 años entre los 30 a 64 años. Con esta evidencia, la OMS y OPS en el 2018 instaron a los Estados Miembros, a implementar estas pruebas de VPH con focalización en población entre los 35 y 45 años, dentro del marco de su Estrategia Mundial de Eliminación de Cáncer Cervicouterino. Este llamado, se basa en la exitosa experiencia de países como Australia, quienes podrían ser el primer país del mundo en eliminar esta enfermedad con vacunación, acceso universal a tamizaje con VPH y tratamientos adecuados de lesiones (Hall et al., 2019).

Basado en lo anterior, el CaCu es un problema de salud prevenible, gracias al conocimiento del VPH, reconocimiento de una etapa de latencia (infección persistente), cambios progresivos de las células del cuello uterino, lesiones preinvasoras (precancerosas) y desarrollo del cáncer. Por lo tanto, la pesquisa de VPH impacta en la reducción del CaCu, mediante la identificación de VPH de alto riesgo previo al desarrollo de lesiones, lo que permite un diagnóstico precoz de una condición oncológica.

Los problemas derivados del bajo conocimiento de CaCu por ausencia de campañas de sensibilización y limitación en el acceso de pruebas de VPH son: aumento de casos nuevos en etapas tardías, altas tasas de mortalidad prematura y mortalidad global por CaCu (MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, 2021); disminución de la calidad de vida, por afección de la salud física y mental,

incremento de subsidios por incapacidad laboral e incremento de gastos en salud por tratamientos de enfermedad tardía (cirugías, terapias sistémicas, rehabilitación y cuidados paliativos), uno ejemplo de ello es el costo unitario estimado de tratamientos por lesiones preinvasoras varía entre \$113.900 a \$959.183, mientras que el tratamiento alcanza \$5.784.754 (Manuel Espinoza, 2018). La implementación de este programa podría contrarrestar estos efectos (Sawaya et al., 2019).

En el contexto de este programa que posee 2 componentes: estrategia de comunicación social para sensibilización sobre prevención y conocimientos de VPH, y acceso a tamizaje para el mejoramiento de la pesquisa a través de VPH; serán considerados la adquisición de pruebas de VPH en modalidad de toma convencional por profesional de salud y autotoma realizadas por las propias personas con útero. En base a las recomendaciones de antes descritas, el tamizaje de VPH se focalizará en personas con útero de 35 a 45 años, con la finalidad de detección precoz de la infección persisten por VPH y lesiones pre invasoras de CaCu, y de esta manera, prevenir el desarrollo de la enfermedad. El avance gradual en cobertura responde alcanzar la meta de 70% de cobertura según lo establecido por el Plan Nacional de Cáncer 2018-2028 (MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, 2018) y la estrategia mundial descrita. Este crecimiento iniciará el año 2024 con 21% (292.088 personas con útero), al año 2025 con 41% (574.440 personas con útero), durante el año 2026 con un 60% equivalente a 861.027 personas con útero, y al año 2027 se espera un 70% de cobertura, representado por 1.018.101 personas con útero. Para efecto de la formulación de este programa fueron consideradas las personas con útero (mujeres y trans masculinos), pero para la metodología de cálculo en relación a la estimación de población y monitoreo de indicadores, fueron consideradas las mujeres con útero, pues la población trans inscritas validadas en FONASA no se encuentra diferenciada en los registros estadísticos, estimándose que sea un número de menor proporción. Es decir, en la construcción de numeradores se cuenta con información de los Registros Estadísticos Mensuales sobre desagregación de población femenina y trans masculina que acceden a exámenes de tamizajes, sin embargo, en la identificación del universo total (denominador) se desconoce la totalidad de población trans masculina debido a la falta de diferenciación del sexo registral en la inscripción a los establecimientos de salud primaria.

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES

Componente	Gasto estimado 2024 (Miles de \$ 2023)	Producción estimada 2024 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2024 (Miles de \$ 2023)
Estrategia de comunicación social desensibilización sobre prevención y acceso a tamizaje y conocimientos asociados sobre el VPH	200.000	292.635 (Personas con útero que recibieron material de difusión)	0,68
Implementación del Test de detección VPH en la red de atención pública	6.605.000	292.088 (Personas con útero entre 35-45 años tamizadas para VPH)	22,61
Gasto Administrativo	30.844		
Total	6.835.844		
Porcentaje gasto administrativo	0%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2024 (cuantificación)
Población Potencial	Personas con útero en edad de 30 a 64 años	4.796.190 Personas
Población Objetivo	Personas con útero en edad de 35 a 45 años sin examen de tamizaje vigente, beneficiarias de FONASA e inscritas en establecimientos de Atención Primaria	1.390.895 Personas
Población Beneficiaria	Personas con útero en edad de 35 a 45 años sin examen de tamizaje vigente, beneficiarias de FONASA e inscritas bajo control en establecimientos de Atención Primaria	292.088 Personas

Gasto por beneficiario 2024 (Miles de \$2023)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2024 (Meta)	2025	2026	2027
23 por cada beneficiario (Personas)	292.088	282.352	286.587	157.074

Concepto	2024
Cobertura (Objetivo/Potencial)	29%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	21%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2024 (Estimado)
Porcentaje de mujeres 35-45 años que acceden a tamizaje VPH año t	$(\text{Número de mujeres 35-45 años tamizadas para VPH durante el año t} / \text{Número total de mujeres 35-45 años durante el año t}) \times 100$	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Lectura: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	21%
Porcentaje de mujeres con VPH positivo (VPH(+)) de alto riesgo oncogénico (genotipos VPH 16 y 18) año t	$(\text{Número de mujeres VPH (+) durante el año t} / \text{Número total de mujeres 35-45 años tamizadas para VPH durante el año t}) \times 100$	Dimensión: Eficiencia Periodicidad: Anual Lectura: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	2%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2024 (Estimado)
Porcentaje de personas con útero tamizadas que recibieron material de difusión	$(\text{N}^\circ \text{ de personas con útero que recibieron material de difusión año t} / \text{N}^\circ \text{ total de personas con útero tamizadas para VPH año t}) \times 100$	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Lectura: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	30%
Porcentaje de mujeres 35-45 años sin antecedentes de tamizaje para cáncer cervicouterino que acceden a tamizaje VPH , año t	$(\text{Número de mujeres 35-45 años sin antecedentes de tamizaje para cáncer cervicouterino que acceden a tamizaje VPH, año t} / \text{Número total de mujeres 35-45 años tamizadas para VPH el año t}) \times 100$	Dimensión: Eficiencia Periodicidad: Anual Lectura: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	10%

II. EVALUACIÓN

1. Atinencia : Cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Diagnóstico

El enunciado del problema debe ser revisado y ajustado en función de lo que el programa se hará cargo, en cuanto la pesquisa tardía del VPH y no de la "mayor probabilidad". Además, al final del apartado se menciona "Los problemas derivados del bajo conocimiento de CaCu por ausencia de campañas de sensibilización y limitación en el acceso de pruebas de VPH son?", que corresponde más bien a los efectos negativos de no implementar el programa. Por otro lado, se debe incorporar en el diagnóstico que la población que presenta el problema pertenece a la atención primaria de salud.

Se reitera el comentario en relación a la evidencia nacional y/o internacional. Si bien se presenta evidencia a nivel de políticas que deben ser implementadas, a partir de referencias aportadas por la OMS y OPS, no se presentan experiencias nacionales y/o internacionales de programas, planes o iniciativas que aborden la misma problemática y que ahonden en sus resultados. Por ejemplo, en el diagnóstico se menciona que Australia lo ha abordado de manera exitosa y que está en vías de erradicar el virus, por lo que sería esperable que en este apartado se ahondará en la estrategia que ha seguido ese país para lograr esa meta.

2. Coherencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Objetivos y poblaciones

Respecto al fin, es necesario que el programa establezca el enunciado de acuerdo a la contribución que realizará a nivel de política pública, no a nivel de programa.

Respecto a la población potencial, es necesario revisar si solo las personas de el rango erario entre 30 y 65 años pueden presentar el problema, ya que reiterando el comentario de la versión anterior, todas las "personas con útero" presentan el problema, sin embargo, en la descripción de la población potencial se adiciona el criterio de tener entre 30 y 64 años. En ese sentido, tampoco parece comprensible que sólo las personas con útero de esas edades sean las que pueden tener predisposición a desarrollar la enfermedad, excluyendo otras edades en que dichas personas también enferman con dicho virus.

Estrategia de intervención

Si bien el programa avanza bastante en la descripción de los componentes y estrategia, es necesario que mejore lo siguiente:

En el primer componente:

- La meta de producción del primer componente para el año 2024 (292.635) es mayor a la población beneficiada definida para el año 2024 (292.088).
- Respecto a la descripción del bien o servicio provisto por el componente, es necesario que se de cuenta de qué entregará dicho componente, y no de cómo se planificará o producirá dicho componente.
- También, y en cuanto a la la forma en que se produce y/o entrega el bien o servicio, no se debe dar cuenta en este apartado de la población o meta de producción del componente, sino, de cómo es el procedimiento para poder entregar la campaña comunicacional que genera este componente.

Respecto al segundo componente:

- El nombre no debe dar cuenta de un proceso propio de la gestión del programa, sino, del bien o servicio que se entregará a través de dicho componente.
- En cuanto a la la forma en que se produce y/o entrega el bien o servicio, no se debe dar cuenta en este apartado de la población o meta de producción del componente, sino, de cómo es el procedimiento para poder realizar el examen del VPH a la población que presenta el problema.

La estrategia de intervención debe dar cuenta del flujo de intervención desde el ingreso hasta el egreso de las personas beneficiarias del programa. En este sentido, se espera que la estrategia explique desde que un beneficiario recibe la campaña comunicacional y, además, ingresa al procedimiento previo para poder acceder al examen de VPH ¿se debe inscribir para poder realizar el examen?, ¿debe firmar algún documento o consentimiento informado?, ¿se le realiza solo a los que ya son parte de la APS?, entre otras preguntas. Lo mencionado en la estrategia sólo da cuenta de elementos pertenecientes a la toma de muestra del VPH, o sea, solo al componente 2, dejando fuera el componente 1. Además es necesario revisar si el tiempo de intervención es correcto, ya que no se comprende la temporalidad de los componentes ni de la estrategia de intervención.

Articulaciones y complementariedades

Se reitera el comentario respecto a la descripción entregada en las articulaciones con Hospitales Públicos de Alta complejidad: "los recursos solicitados serán destinados a los Servicios de Salud de la Red Asistencial" se desprende que estos serían ejecutores del programa, por lo que esto debe ser identificado como tal en el apartado de ejecución por terceros. De todas formas, se observa que identificar la articulación con Hospitales Públicos de Alta Complejidad es correcta y su descripción es comprensible.

Respecto a la complementariedad con el programa "Programa de Organización Comunitaria en Condominios de Viviendas Sociales " de

Fonasa, se requiere revisar y corregir, ya que este programa no pertenece a un programa de Fonasa, además la descripción de la complementariedad debe ser coherente y pertinente.

Enfoques de derechos humanos

En la descripción del enfoque de género se señala "desde el diseño de la prevención, prestación y seguimiento se debe considerar el enfoque de género". Al respecto, se observa que no sólo se debe considerar, sino que debe ser explicado cómo se incorpora de manera concreta este enfoque, es decir, qué medidas específicas se toman en torno a éste. Respecto a la identificación diferenciada en las categorías "mujer" y "trans masculino", no es comprensible que se seleccione en la etapa "estrategia", ya que lo descrito alude más bien a indicadores.

3. Consistencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Indicadores de propósito

El indicador de propósito 1 es pertinente, sin embargo no cumple en calidad. En la fórmula de cálculo, el denominador no es comprensible, ya que sólo contabiliza a las mujeres entre 35 y 45 años durante el año t. Además, en la metodología no quedan claros los supuestos que considera el indicador ni qué se espera medir con este, sobre todo queda la duda con qué se entenderá por "pesquisa precoz": Si una persona con útero no se ha tomado previamente el examen de VPH, y no tiene cáncer diagnosticado pero sí sospecha de cáncer, ¿se le toma el examen? Por último, se deben revisar los valores entregados para el indicador, ya que el numerador y denominador estimado para cada año no son coherentes con la cuantificación de la población a atender.

El indicador de propósito 2 si es pertinente, sin embargo debe corregir los siguiente: si bien se entiende que apunta a medir el aumento en la pesquisa, tal como esta planteado y dado a que su lectura es ascendente, pareciera que es positivo registrar que hay más mujeres con VPH positivo de alto riesgo oncogénico (genotipos VPH 16 y 18). De todas formas, el indicador tampoco cumple en calidad, ya que su dimensión no corresponde a eficiencia, el nombre del indicador no es coherente con la fórmula de cálculo, la fórmula menciona mujeres, no personas con útero, el numerador no señala el rango etario que deben cumplir las personas con útero. Además, la metodología no refiere a los supuestos que considera el indicador ni que se espera medir con este. Por último, también se deben revisar los valores entregados para el indicador, ya que el numerador y denominador estimado para cada año no son coherentes con la cuantificación de la población a atender.

Para ambos indicadores, el detalle de la evidencia con que se determinaron los valores entregados en las metas es muy breve, lo que no permite entender como fueron estimados los resultados de estos.

Indicadores complementarios

El indicador complementario 1 presentado no da cuenta del cumplimiento del objetivo del componente. En este sentido, tampoco cumple en calidad, ya que el numerador y denominador no corresponden a las mismas poblaciones, por lo que no serían comparables, y matemáticamente podría arrojar como resultado más del 100%. Además, la metodología debe dar cuenta de los conceptos que permitan explicar qué quiere medir el indicador.

Respecto al indicador complementario 2, no es pertinente ya que no es posible diferenciarlo de los criterios de ingreso para el componente 2 (en los primeros 5 años siempre debiesen ingresar mujeres sin tamizaje previo) por lo que siempre el resultado será el 100%. Además no cumple en calidad, ya que la fórmula de cálculo no es coherente ya que menciona a mujeres y no a personas con útero.

Gastos del programa

Se reitera que se debe complementar el detalle del gasto de los componentes: respecto al componente 1, se debe detallar en qué gastos asociados tiene el desarrollo de la campaña comunicacional. En cuanto al componente 2, se deben explicitar los insumos que son adquiridos para su realización y el costo asociado al personal que realiza los exámenes. En la estrategia también otros aspectos que tienen costos asociados (implementación de laboratorios, difusión y capacitación de Manual de Implementación del Test molecular, capacitación de matronas de Atención primaria, entre otros), los que también debiesen ser contemplados en la estimación de gastos.