

<b>ACTA DE REUNIÓN SESIÓN ORDINARIA COMISIÓN NACIONAL DEL CÁNCER</b>						
<b>NUMERACIÓN</b>	<b>A60CNC2024</b>					
<b>TEMA</b>	Avance de la estrategia de Eliminación de CACU como problema de salud pública al 2030					
<b>FECHA REUNIÓN</b>	24 de junio de 2024					
<b>HORA INICIO</b>	12:00	<b>HORA TÉRMINO</b>	13:15	<b>MEDIO O LUGAR</b>	Modalidad híbrida – Subsecretaría de Salud Pública	
<b>PRESIDENTE COMISIÓN</b>	Olga Kely Barahona Albornoz					
<b>NÓMINA DE ASISTENCIA COMISIONADOS(AS) E INVITADOS(AS) EXPERTOS(AS)</b>						
N°	NOMBRE	APELLIDOS	CATEGORIA	INSTITUCIÓN	ASISTENCIA	
					SI	NO
1	Olga Kely	Barahona Albornoz	Asociación Científica	Sociedad Chilena de Enfermería Oncológica	X	
2	Ana María	Moraga Palacios	Facultad de Medicina	Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción		X
3	Jorge	Madrid Arenas	Asociación Científica	Sociedad de Oncología Médica	X	
4	Juan	Roa Strauch	Asociación Científica	Sociedad de Anatomía Patológica		X
5	Marcelo	Veloso Olivares	Asociación Científica	Sociedad Cirujanos de Chile		X
6	Roberto	Rosso Astorga	Asociación Científica	Sociedad de Radioterapia	X	
7	Ángela	Estay Rodríguez	Facultad de Medicina	Facultad de Medicina de la Universidad de Antofagasta	X	
8	Bruno	Nervi Nattero	Facultad de Medicina	Facultad de Medicina de la Universidad Católica	X	
9	Beatriz	Troncoso Alcalde	Fundación	Fundación Oncomamás	X	
10	Carolina	Goic Boroevic	Fundación	Foro Nacional del Cáncer	X	
11	Jorge	Fernández Sarpi	Fundación	Asociación Chilena de Agrupaciones Oncológicas	X	
<b>NÓMINA DE ASISTENCIA MINISTERIO DE SALUD</b>						
N°	NOMBRE	APELLIDOS	CARGO	ASISTENCIA		
				SI	NO	

12	María Carolina	Asela Araya	Asesora para DIPRECE, Gabinete Subsecretaría de Salud Pública	X	
13	Sung Hyuk	Kim	Jefe Depto. de Manejo Integral del Cáncer y otros tumores, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública		X
14	Orietta	Candia Pérez	Jefa (s) Depto. de Manejo Integral del Cáncer y otros tumores, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública	X	
15	Gina	Merino Pereira	Profesional Depto. de Manejo Integral del Cáncer y otros tumores	X	
16	Rodrigo	López Rivera	Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional del Cáncer	X	

#### DESARROLLO DE LA SESIÓN ORDINARIA

<b>TEMARIO DE REUNIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avance de la estrategia de Eliminación de CACU como problema de salud pública al 2030</li> </ul>
---------------------------	---

<b>DESARROLLO</b>	<p><b>Objetivo General: Actualizar sobre los avances, desafíos y estrategias implementadas para la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer cervicouterino, en línea con los objetivos de la Estrategia Mundial de la OMS para eliminar esta enfermedad como problema de salud pública para el 2030.</b></p> <p>Durante la sesión, se dio la bienvenida a Gina Merino, profesional del Departamento de Cáncer, quien presentó “Cáncer Cervicouterino: Avance de la estrategia mundial”.</p> <p><b>Algunos puntos destacados de la presentación fueron los siguientes:</b></p> <p>Se destacó que el cáncer cervicouterino es un problema de salud completamente prevenible. En los últimos 50-60 años, se han descubierto métodos de tamizaje que han tenido un impacto significativo en la mortalidad. Además, se ha avanzado en la creación de diversas estrategias de tamizaje. En los últimos años, se identificó al virus del papiloma humano como el agente causal del cáncer cervicouterino, junto con el virus de la hepatitis B, representando oportunidades para prevenir entidades oncogénicas virales.</p> <p>En cuanto a la incidencia TIA<sup>1</sup>, fue de 11,3 por cada 100.000 mujeres. En el año 2023, solo en Fonasa, se registraron más de 1.618 casos invasores y 13.044 preinvasores. Es preocupante que muchas mujeres diagnosticadas con cáncer invasor (más de 1600) lleguen en etapas tardías, resultando en una tasa de supervivencia del 58%; aproximadamente el 42% fallece. Esta tasa de supervivencia podría aumentar con diagnósticos tempranos.</p> <p>La mortalidad por esta enfermedad se sitúa alrededor de 4,5 por cada 100.000 mujeres. Muchas de las muertes ocurren en etapas tardías, cuando las opciones de intervención son limitadas. Se estima que más de 600-630 mujeres fallecieron en el año 2022 por esta causa. En cuanto a la mortalidad prematura, se observa una tasa AVPP de 144,8 por cada 100.000 mujeres, con un 83,3% falleciendo antes de los 80 años.</p> <p>En la Sesión N°73 de la OMS en el año 2020, se presentó la “Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema mundial de salud pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030”. Esta estrategia insta a todos los</p>
-------------------	---

estados miembros a aplicar intervenciones recomendadas para eliminar esta enfermedad, adaptándolas a prioridades nacionales e integrándolas en sistemas de salud sólidos con miras a lograr la cobertura sanitaria universal. La estrategia se basa en tres pilares: vacunar al 90% de las niñas antes de los 15 años con la vacuna contra el VPH, examinar al 70% de las mujeres de 35 a 45 años con una prueba de alta precisión y garantizar que el 90% de las mujeres diagnosticadas con lesiones preinvasoras reciban tratamiento oportuno.

El Pilar 1 aborda la inmunización. En 1978 se estableció el Programa Nacional de Inmunizaciones, que en 2014 incorporó la vacunación contra el VPH para niñas de 9 y 10 años. Posteriormente, se implementaron estrategias de catch up para alcanzar progresivamente a las niñas de 15 años en 2015 y 2023. En 2019 se amplió la vacunación a niños. En 2023, el 88% de los niños y niñas recibieron la primera dosis y el 79% la segunda. Aunque el objetivo es vacunar al 90% de las niñas antes de los 15 años, hasta ahora se ha alcanzado un 81,6%, con expectativas de cumplir la meta para 2030. Por último, durante el año 2023 se migro de vacunas tetravalente a nonavalentes.

El Pilar 2 se refiere al tamizaje. La ley 19.966 (2004) estableció un marco regulatorio para asegurar acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en el tamizaje y seguimiento del cáncer cervicouterino. Actualmente, se garantiza el Papanicolaou cada 3 años para mujeres de 25 a 64 años, con una oportunidad de 30 días. Desde 2019, se incorporaron pruebas de VPH, con genotipificación individual y agrupada. En 2023, la cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino alcanzó el 54,3%. Se iniciaron pilotos para la autotoma de VPH en el año 2023, aún en fase experimental.

La comisionada Carolina Goic realizó una consulta sobre las edades específicas para el tamizaje. Gina Merino respondió que el Papanicolaou se recomienda a partir de los 25 años y la prueba de VPH a partir de los 30 años. Explicó que la diferencia se debe a que el virus del papiloma humano por sí mismo no causa cáncer, sino que su persistencia puede llevar al desarrollo de la enfermedad. Según modelos observados, aproximadamente 9 de cada 10 personas eliminan la infección por VPH después de adquirirla, pero 1 de cada 10 desarrolla persistencia. Esto sugiere que la edad influye en la eliminación, siendo más fácil a edades más jóvenes.

El comisionado Roberto Rosso consultó sobre la meta del 54% de cobertura en Papanicolaou y VPH, preguntando si se refiere a la cobertura conjunta o individual y al universo. Gina Merino respondió que el cálculo no es sencillo debido a las diferentes frecuencias de cada prueba (cada 3 y cada 5 años), pero se identificó que la cobertura del VPH es inferior al 10%. Aclaró que hablar de cobertura en esta población puede dar una falsa sensación de éxito, ya que se refiere a la protección del grupo de 25 años en adelante. Aunque la cobertura de VPH es baja, gran parte de esta población ya ha sido tamizada con Papanicolaou en los últimos 3 años.

Roberto Rosso preguntó sobre la existencia de algún protocolo para el manejo de pacientes VPH positivos. Gina Merino respondió que el flujo de decisiones está delineado en la Guía de Práctica Clínica (GPC) desde 2015, con el primer algoritmo diseñado. En 2019 se elaboró un manual para facilitar su implementación en 13 servicios de salud, actualizándose

	<p>nuevamente en 2021-2022. Actualmente, se está en proceso de reactualización debido a la mayor oferta post pandemia.</p> <p>En cuanto al Pilar 3 referente a tratamientos, la ley 19.966 (2004) establece un marco regulatorio para garantizar acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en los tratamientos de lesiones preinvasoras e invasoras. La meta es que el 90% de las personas accedan a tratamiento. En la última modificación del GES, se propuso modificar las garantías de oportunidad de lesiones preinvasoras de bajo y alto grado, estableciendo plazos máximos desde la indicación, con eficacias esperadas del 97,9% para lesiones de bajo grado, 96,9% para lesiones de alto grado y 84,6% para lesiones invasoras. Aún queda trabajo por hacer para alcanzar estas metas.</p> <p>Para concluir, Chile tiene una historia extensa en el manejo del cáncer cervicouterino, con una reducción sostenida de la mortalidad gracias a políticas públicas preventivas y curativas como la ley 19.966. Existe el potencial de convertirse en un país que elimine el cáncer cervicouterino, dependiendo del estándar definido (incidencia y/o mortalidad). Es crucial mantener los avances en inmunización, tratamientos y expandir el tamizaje con pruebas de detección molecular en el grupo recomendado.</p> <p>La comisionada Carolina Goic valoró la presentación y destacó la recomendación de los expertos de centrarse y poner énfasis en la cobertura del VPH. Preguntó por qué ha habido demoras en su implementación si existe evidencia. Expresó preocupación por la falta de claridad en el ámbito clínico sobre el VPH, lo que genera confusión en la población. Subrayó la importancia de la autotoma y la necesidad de poner énfasis en el examen ginecológico no solo para VPH o Papanicolaou, sino para otros aspectos asociados.</p> <p>Con relación al GES y la alta lista de espera para cáncer cervicouterino, preguntó sobre las causas y posibles soluciones. Gina Merino explicó que desde la implementación del Plan Nacional de Cáncer en 2018 hubo una asignación presupuestaria significativa, pero el proceso ha sido complicado debido a restricciones presupuestarias y priorización de otros problemas de salud. La pandemia también afectó el acceso a los tamizajes y el siguiente proceso de modificación del GES tuvo importantes restricciones presupuestarias que no permitieron incluir estas pruebas. Se están haciendo esfuerzos para avanzar, incluyendo la expansión y fortalecimiento de unidades de patología cervical y biopsias.</p> <p>La comisionada Carolina Goic concluyó destacando la importancia del consenso científico y la necesidad de apoyar a quienes están en la primera línea de atención.</p>
<p><b>RESPONSABLE DEL ACTA</b></p>	<p>Rodrigo López Rivera Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional del Cáncer</p>
<p><b>Importante:</b> <i>Las observaciones respecto al contenido de la minuta, tanto para los temas tratados en la reunión correspondiente como para los compromisos registrados, deberán ser comentadas al inicio de la sesión siguiente.</i></p>	