

¿Estamos llegando tarde?

Una reflexión sobre el tamizaje del cáncer de mama en Chile

Are we falling behind? A reflection on breast cancer screening in Chile

María-José Montecinos-Mundaca¹ , Francisco García-Alvarado² 

¹ Matrona, Magíster en Salud Pública. Estudiante de Doctorado en Salud Pública, Universidad Internacional Iberoamericana – UNINI México. Docente, Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Valdivia, Chile.

² Doctor en Ciencias Biomédicas. Investigador, División de Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad 71, Instituto Mexicano del Seguro Social, Torreón, Coahuila, México.

*Correspondencia María-José Montecinos-Mundaca, Email: m.montecinosmundaca@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: reflexionar críticamente sobre la vigencia de la política de tamizaje del cáncer de mama en Chile, frente a la evidencia científica y epidemiológica actual.

Diseño: artículo de reflexión fundamentado en una revisión narrativa.

Método: se realizó un análisis argumentativo basado en literatura nacional e internacional publicada en los últimos diez años, datos epidemiológicos oficiales y guías internacionales de tamizaje mamográfico.

Resultados: la política nacional mantiene la indicación de iniciar el tamizaje para cáncer de mama a los 50 años, pese al aumento de la incidencia en mujeres menores de esa edad y a la actualización de las recomendaciones internacionales que sugieren comenzar a los 40 años. Este enfoque restringe la cobertura y limita la detección precoz en grupos más jóvenes.

Conclusiones: la evidencia respalda la revisión de la política chilena de tamizaje, con el propósito de mejorar la detección temprana, optimizar los resultados en salud y promover la equidad en el acceso a la prevención.

ABSTRACT

Objective: to critically reflect on the current relevance of the breast cancer screening policy in Chile in relation to recent scientific and epidemiological evidence.

Design: reflective article grounded in a narrative review.

Method: an argumentative analysis was conducted based on national and international literature published within the past ten years, official epidemiological data, and international mammography screening guidelines.

Results: the national policy maintains the recommendation to initiate breast cancer screening at the age of 50, despite the increasing incidence among younger women and recent updates in international guidelines suggesting initiation at age 40. This approach restricts coverage and limits early detection among younger population groups.


Conclusions: the evidence supports revising Chile's breast cancer screening policy with the aim of improving early detection, optimizing health outcomes, and promoting equity in access to preventive care.

Palabras claves: Cáncer de mama, Tamizaje, Salud Pública, Mamografía.

Key words: Breast cancer, Screening, Public Health, Mammography.

 10.22370/revmat.1.2026.5043 **Editado por:** Nicole Iturrieta-Guaita 

Received: 19-06-2025
Accepted: 26-01-2026

 Esta obra esta bajo licencia internacional Creative Commons: Attribution-NonCommercial-Sharelike International (CC BY-NC-SA 4.0)

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama continúa siendo un problema de salud pública de alta relevancia a nivel mundial, no sólo por su elevada incidencia, sino también por su impacto en la mortalidad y en la calidad de vida de quienes lo padecen. En el año 2022 se notificaron 2.296.840 nuevos casos de cáncer de mama en el mundo, lo que corresponde al 12% de todos los cánceres diagnosticados. Desde una perspectiva de género, esta neoplasia representó el 24% de los casos de cáncer diagnosticados en mujeres a nivel mundial y, en términos de mortalidad, concentró el 15% de todas las muertes por cáncer en este grupo (1).

La detección temprana mediante tamizaje mamográfico ha demostrado ser una herramienta eficaz para reducir la mortalidad por cáncer de mama, al permitir el diagnóstico en etapas asintomáticas y aumentar la posibilidad de tratamientos curativos (2,3). No obstante, la efectividad del tamizaje está determinada por la edad de inicio, la cobertura poblacional y la periodicidad de las mamografías, aspectos en los que aún se observan diferencias entre las recomendaciones disponibles.

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo reflexionar críticamente sobre la vigencia de la política de tamizaje del cáncer de mama en Chile, frente a la evidencia científica y epidemiológica actual.

Entre avances y brechas: la realidad del cáncer de mama en Chile

En Chile, el cáncer de mama se ha consolidado como la principal causa de mortalidad oncológica en mujeres, representando un problema de salud pública de alto impacto debido a su elevada incidencia y mortalidad. En 2022 se notificaron 5.640 nuevos casos, con una tasa de incidencia estandarizada por edad de 38,2 por cada 100.000 mujeres (1).

La incorporación del cáncer de mama en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) en el 2005 (4) y su inclusión en el Plan Nacional del Cáncer (5) representa un avance relevante en el acceso al diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, las cifras reportadas en las últimas décadas evidencian que estos esfuerzos no se han traducido en una disminución sostenida de la mortalidad.

Entre 2002 y 2022, la tasa estandarizada de mortalidad disminuyó de 18,0 a 15,75 por 100.000 habitantes, mientras que la tasa cruda aumentó de 13,16 a 16,97 por 100.000, fenómeno que podría estar relacionado tanto con el envejecimiento de la población como con posibles limitaciones en la cobertura o en la oportunidad del tamizaje.

En el grupo de mujeres de 40 a 44 años, la mortalidad por cáncer de mama fluctuó entre 8,55 y 12,83 por 100.000, mientras que en aquellas de 45 a 49 años se mantuvo en valores más elevados, entre 14,07 y 19,55 por 100.000. En mujeres más jóvenes, de 30 a 34 años, las tasas aumentaron de 1,98 a 3,71 por 100.000, y en el grupo de 35 a 39 años oscilaron entre 3,81 y 6,99 por 100.000, lo

que evidencia que la enfermedad también afecta a mujeres en etapas tempranas de la vida. En los grupos etarios actualmente contemplados en la recomendación técnica de la política pública de tamizaje mamográfico (50 a 74 años), las tasas fueron considerablemente más altas, especialmente en mujeres mayores de 65 años, con valores que variaron entre 67,94 y 76,58 por 100.000 habitantes durante las dos últimas décadas (6).

Estos datos sugieren que el impacto del cáncer de mama no se limita a las mujeres mayores de 50 años. Las tasas observadas en el grupo de 40 a 49 años, actualmente no priorizado en los programas de tamizaje, ponen de manifiesto la necesidad de considerar estrategias más amplias de detección precoz. Esta observación es relevante, dado que el cáncer en mujeres jóvenes puede presentar características biológicas más agresivas y, en algunos casos, un pronóstico menos favorable (7,8).

Estudios internacionales también han documentado un aumento sostenido de la incidencia de cáncer de mama en mujeres jóvenes (9-11). Estos hallazgos refuerzan la pertinencia de revisar las políticas de tamizaje en Chile, con el objetivo de adaptar las estrategias a las tendencias epidemiológicas actuales.

Las recomendaciones vigentes del Ministerio de Salud, basadas en evidencia de inicios de los años 2000, establecen la recomendación de realización mamografías bienales entre los 50 y 74 años, siguiendo las directrices del US Preventive Services Task Force (USPSTF) de 2002 (12). No obstante, la USPSTF actualizó sus orientaciones en 2024, recomendando iniciar el tamizaje a los 40 años, en función de evidencia más reciente sobre los beneficios de la detección temprana (13).

En consecuencia, la base normativa de la política chilena de tamizaje requiere un proceso de revisión y ajuste, dado que el marco vigente no incorpora plenamente las condiciones epidemiológicas actuales del país ni la evidencia científica más reciente relacionada con la prevención y detección temprana del cáncer de mama.

En el contexto de los avances normativos, la Ley N° 21.551, promulgada en 2023, eliminó el requisito de orden médica para la realización de mamografías, en el marco de las prestaciones preventivas garantizadas por el sistema de salud (14). Por su parte, la Circular IF/N°435 de la Superintendencia de Salud estableció que dicha exención se aplica a mujeres entre 50 y 59 años, con cobertura financiera garantizada y con una periodicidad de cada tres años (15). Este marco regulatorio evidencia progresos orientados a facilitar el acceso al diagnóstico desde el punto de vista administrativo y financiero, al tiempo que plantea interrogantes respecto de los criterios etarios definidos, la periodicidad establecida y su correspondencia con la evidencia epidemiológica y científica más reciente sobre el tamizaje del cáncer de mama.

Fundamentos para el tamizaje temprano

Diversos organismos internacionales, entre ellos la USPSTF, han actualizado sus recomendaciones promoviendo el inicio del tamizaje mamográfico a partir de los 40 años (13), en concordancia con una tendencia global basada en evidencia reciente. En la última década, la literatura ha mostrado un consenso creciente respecto a los beneficios de iniciar el tamizaje en mujeres de riesgo promedio a partir de los 40 años, lo que se ha asociado con una reducción significativa de la mortalidad y un mayor número de años de vida ganados por cada mamografía realizada (16).

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) también respalda el inicio del tamizaje a los 40 años como práctica estándar, recomendando ofrecer esta alternativa a todas las mujeres de riesgo promedio (17). Aunque reconoce que el tamizaje desde los 50 años puede reducir la mortalidad, señala que adelantar su inicio podría aportar beneficios adicionales, especialmente en mujeres con factores de riesgo menos evidentes.

Un estudio reciente en Canadá demostró que comenzar el tamizaje a los 40 años, en lugar de hacerlo a los 50, resulta costo-efectivo al prevenir un mayor número de muertes y generar más años de vida ajustados por calidad (AVAC) (18). Esta relación costo-efectiva se explica porque, aunque la medida implica un incremento en el número de exámenes realizados, los costos adicionales se compensan con la reducción de tratamientos requeridos para cánceres detectados en etapas más avanzadas.

En Europa, tanto la Sociedad Europea de Imágenes Mamarias (EUSOBI) como la Sociedad Europea de Radiología (ESR) recomiendan comenzar el tamizaje a los 40 años en mujeres de riesgo promedio y considerar estrategias como la resonancia magnética, desde los 25 años en mujeres con alto riesgo (19). Estas actualizaciones reflejan un proceso de ajuste basado en la evidencia acumulada y en la evolución de los patrones epidemiológicos internacionales (9,11).

Tamizaje pendiente: desafíos y oportunidades para Chile

La evidencia nacional e internacional disponible sugiere que mantener la edad de inicio del tamizaje mamográfico a partir de los 50 años podría no responder plenamente a las características epidemiológicas y clínicas actuales del país. La política vigente, basada en recomendaciones de más de dos décadas, requiere una revisión técnica que permita actualizar sus fundamentos y alinearlos con los nuevos avances científicos.

La principal implicancia de iniciar el tamizaje en edades más avanzadas radica en la disminución de la oportunidad para la detección precoz del cáncer de mama en mujeres menores de 50 años. Este grupo etario ha mostrado una participación creciente en la incidencia nacional y, pueden presentar tumores de comportamiento biológico más agresivo y con menor supervivencia en comparación con los observados en mujeres de mayor edad (7,8). Este patrón epidemiológico se asocia, además,

a un impacto económico y social significativo, vinculado a la necesidad de tratamientos de mayor complejidad y a las consecuencias derivadas de la mortalidad prematura.

Asimismo, la exclusión de mujeres entre 40 y 49 años de los programas de tamizaje puede contribuir a mantener brechas en salud. Este grupo etario, especialmente aquellas pertenecientes a sectores socioeconómicos más vulnerables, enfrenta mayores barreras de acceso a mamografías y depende en gran medida de la cobertura garantizada de manera gratuita por las políticas públicas para acceder a un diagnóstico oportuno. La ampliación del rango etario podría favorecer un abordaje más equitativo en la detección temprana del cáncer de mama.

En el ámbito internacional, el reconocimiento del aumento de casos en mujeres menores de 50 años y los beneficios del tamizaje temprano han conducido a la revisión de las recomendaciones en diversas entidades y países, como la USPSTF, el ACOG, Canadá y varias naciones europeas (13,17-19). En este contexto, la evaluación y actualización periódica de las políticas nacionales en Chile podría contribuir a fortalecer la efectividad de las estrategias de detección precoz y a responder de manera más adecuada a la dinámica epidemiológica actual.

CONCLUSIÓN

La evidencia disponible sugiere que la política vigente de tamizaje para el cáncer de mama en Chile presenta limitaciones frente a la actual realidad epidemiológica y clínica. Mantener una estrategia basada en directrices elaboradas hace más de dos décadas, que no considera a mujeres menores de 50 años, plantea desafíos relevantes desde una perspectiva técnica y ética.

La creciente incidencia de cáncer de mama en mujeres jóvenes, junto con el carácter potencialmente más agresivo que pueden presentar algunos tumores en este grupo etario, y las recomendaciones internacionales que respaldan el inicio del tamizaje a los 40 años, conforman un cuerpo de evidencia que respalda la necesidad de revisar oportunamente las políticas nacionales. Más allá del objetivo de reducir la mortalidad, es fundamental avanzar hacia estrategias que garanticen un acceso equitativo a la detección precoz y a tratamientos oportunos, promoviendo mejores expectativas de supervivencia y calidad de vida.

Chile enfrenta el desafío de actualizar su política de detección precoz del cáncer de mama, ampliando el rango etario de cobertura, fortaleciendo la equidad en el acceso y promoviendo la educación sanitaria. Este proceso requiere, además, potenciar la investigación local que permita comprender con mayor profundidad el comportamiento del cáncer de mama en mujeres chilenas menores de 50 años, generando evidencia contextualizada para la toma de decisiones.

Desde una perspectiva reflexiva, resulta necesario considerar que la vigencia y efectividad de las estrategias de detección temprana dependen en gran medida de la actualización continua de las políticas de tamizaje, de

modo que respondan oportunamente a los cambios en los patrones de morbilidad y en los determinantes sociales de la salud. Las decisiones en esta materia deben sustentarse en la mejor evidencia científica disponible, considerando los aspectos técnicos, económicos y éticos que inciden en la implementación de políticas públicas sostenibles.

Esta reflexión reconoce como limitación su carácter teórico, sin incorporar análisis económicos exhaustivo o evaluaciones de impacto sanitario local. No obstante, su aporte radica en fomentar una discusión informada sobre la pertinencia y oportunidad de actualizar las estrategias de detección precoz desde una perspectiva crítica y analítica.

Avanzar hacia una modernización del tamizaje mamográfico desde los 40 años debiera entenderse no solo como una medida técnica, sino también como una oportunidad para fortalecer la justicia sanitaria y responder a los cambios epidemiológicos observados en el país. Contar con evidencia y referentes internacionales sólidos ofrece una base suficiente para impulsar una revisión que permita alinear las políticas nacionales con los estándares actuales y favorecer la detección oportuna.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El equipo investigador declara no poseer conflictos de intereses que puedan afectar los resultados de este estudio

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Este trabajo no posee fuentes de financiamiento externo

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

- Conceptualización: María-José Montecinos-Mundaca
- Investigación: María-José Montecinos-Mundaca
- Metodología: María-José Montecinos-Mundaca
- Visualización: María-José Montecinos-Mundaca
- Redacción – borrador original: María-José Montecinos-Mundaca, Francisco García-Alvarado
- Redacción – revisión y edición: María-José Montecinos-Mundaca

REFERENCIAS

1. **International Agency for Research on Cancer.** Global Cancer Observatory: Cancer Today. 2022. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>
2. **Duffy SW, Vulkan D, Cuckle H, Parmar D, Sheikh S, Smith RA, et al.** Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2020;21(9):1165–1172. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30398-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30398-3)

3. **Moran P, Cullinan J.** Is mammography screening an effective public health intervention? Evidence from a natural experiment. *Soc Sci Med.* 2022;305:115073. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115073>

4. **Aguayo Ormeño I.** Patología GES: cáncer de mama y mamografías en Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2023. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/34431/1/202307_BCN_Cancer_de_mama_y_mamografias.pdf

5. **Ministerio de Salud.** Plan Nacional de Cáncer 2018–2028. 2018. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e-53d9-4a31-a4fe-e90d-8d9a2348/documento_plan_nacional_de_cancer.pdf

6. **Departamento de Estadísticas e Información de Salud.** Defunciones y mortalidad por tumor maligno de la mama (CIE-10: C50). 2022. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>

7. **Johnson RH, Anders CK, Litton JK, Ruddy KJ, Bleyer A.** Breast cancer in adolescents and young adults. *Pediatr Blood Cancer.* 2018;65(12):e27397. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pbc.27397>

8. **Oshi M, Yamada A, Gandhi S, Wu R, Sasamoto M, Yamamoto S, et al.** Breast cancer in adolescents and young adults has a specific biology and poor patient outcome compared with older patients. *ESMO Open.* 2024;9(11):103737. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103737>

9. **Hassaine Y, Jacquet E, Seigneurin A, Delafosse P.** Evolution of breast cancer incidence in young women in a French registry from 1990 to 2018: towards a change in screening strategy? *Breast Cancer Res.* 2022;24(1):87. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13058-022-01581-5>

10. **Tandon M, Varghese T, Jafferbhoy S, Marla S, Narayanan S, Soumian S.** Breast cancer under age 40 over last decade: a retrospective analysis. *Eur J Surg Oncol.* 2023;49(5):e269. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2023.03.200>

11. **Xu S, Murtagh S, Han Y, Wan F, Toriola AT.** Breast cancer incidence among US women aged 20 to 49 years by race, stage, and hormone receptor status. *JAMA Netw Open.* 2024;7(1):e2353331. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.53331>

12. **Ministerio de Salud.** Guía de Práctica Clínica AUGE: cáncer de mama. 2015. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/05/GPC-MAMA.pdf

13. **US Preventive Services Task Force, Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, Barry MJ, Chelmow D, Coker TR, Davis EM, Jaén CR, Krousel-Wood M, Lee S, Li L, Mangione CM, Rao G, Ruiz JM, Stevermer JJ, Tsevat J, Underwood SM, Wiehe S.** Screening for breast cancer:

US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2024;331(22):1918–1930. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2024.5534>

14. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley N° 21.551 que exime del requisito de orden médica para examen preventivo de mamografía y establece obligaciones a los prestadores de salud. 2023. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1191379>

15. Superintendencia de Salud. Circular IF/N°435 que instruye sobre la exención del requisito de orden médica para la mamografía en el Examen de Medicina Preventiva. 2023. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/normativa/circular-if-n435/>

16. Trentham-Dietz A, Chapman CH, Jayasekera J, Lowry KP, Heckman-Stoddard BM, Hampton JM, Caswell-Jin JL, Gangnon RE, Lu Y, Huang H, Stein S, Sun L, Gil Quesssep EJ, Yang Y, Lu Y, Song J, Muñoz DF, Li Y, Kurian AW, Kerlikowske K, et al. Collaborative modeling to compare different breast cancer screening strategies: a decision analysis for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2024;331(22):1947–1960. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2023.24766>

17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Age to initiate routine breast cancer screening: ACOG clinical practice update. *Obstet Gynecol*. 2025;145(1):e40–e44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000005757>

18. Wilkinson AN, Mainprize JG, Yaffe MJ, Robinson J, Cordeiro E, Look Hong NJ, Williams P, Moideen N, Renaud J, Seely JM, Rushton M. Cost-effectiveness of breast cancer screening using digital mammography in Canada. *JAMA Netw Open*. 2025;8(1):e2452821. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.52821>

19. Marcon M, Fuchsjaeger MH, Clauser P, Mann RM. ESR essentials: screening for breast cancer – general recommendations by EUSOBI. *Eur Radiol*. 2024;34(10):6348–6357. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00330-024-10740-5>