

CUIDADO INTEGRAL DE SOBREVIVIENTES DE CÁNCER EN CHILE: HACIA NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS BASADAS EN EVIDENCIA

AUTORES: Klaus Püschell, Andrea Rioseco, Gabriela Soto, Carolina Goic, Pablo Verdugo, Constanza Reveco.

RESUMEN EJECUTIVO

La población de sobrevivientes de cáncer en Chile crece de manera acelerada como resultado del aumento sostenido en la incidencia del cáncer y la disminución progresiva de la mortalidad, impulsada por avances en el diagnóstico precoz y las terapias oncológicas. Este nuevo escenario epidemiológico ha tensionado los modelos tradicionales de atención, los cuales se concentran en el tratamiento activo de la enfermedad, pero carecen de una estrategia estructurada para el cuidado integral a largo plazo de quienes sobreviven al cáncer.

La evidencia nacional e internacional demuestra que los sobrevivientes de cáncer constituyen una población de alto riesgo sanitario: presentan mayor

prevalencia de enfermedades cardiovasculares, riesgo elevado de recurrencia y segundos cánceres primarios, dolor crónico, fatiga persistente y trastornos de salud mental, condiciones que actualmente no están abordadas de manera sistemática por las políticas públicas vigentes en Chile.

Este policybrief, elaborado desde la línea de investigación CECAN-APS del Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN), propone avanzar hacia un modelo integral de cuidado de sobrevivientes articulado desde la Atención Primaria de Salud (APS), con garantías explícitas, sistemas de registro estandarizados y programas de capacitación para equipos de salud.

I. MAGNITUD DEL PROBLEMA: LA POBLACIÓN EMERGENTE DE SOBREVIVIENTES DE CÁNCER

El cuidado de sobrevivientes de cáncer constituye uno de los desafíos emergentes más relevantes para los sistemas de salud a nivel global. En países de altos ingresos, la población sobreviviente prácticamente se duplicó entre 2010 y 2030, como consecuencia de los avances en detección temprana, innovación terapéutica y

mejoras en la gestión clínica del cáncer (Lancet Oncology Commission, 2015; Allemani C y cols., 2018).

En Chile, se diagnostican aproximadamente 60.000 nuevos casos de cáncer al año y ocurren cerca de 30.000 muertes anuales, lo que implica que decenas de miles de personas

sobreviven y se acumulan progresivamente en el sistema de salud, generando una demanda asistencial creciente y sostenida para la cual el sistema no ha sido diseñado (Bray F y cols., 2024; Parra-Soto S y cols., 2023).

Chile presenta uno de los mayores incrementos proyectados en inci-

dencia de cáncer a nivel mundial: entre 2020 y 2040, los nuevos casos aumentarían en torno al 72%, cifra que supera las proyecciones de Brasil (68%), Canadá (53%), Estados Unidos (42%) y Reino Unido (33%) (IARC, 2025). Esta brecha creciente entre incidencia y mortalidad configura una población

sobreviviente cada vez más numerosa, con necesidades específicas de cuidado preventivo, clínico y psicosocial que el modelo actual —centrado en unidades especializadas de cuidado oncológico— no ha estado preparado para cubrir adecuadamente (Lancet Oncology Commission, 2015).

A este fenómeno se suma el envejecimiento poblacional acelerado de Chile, que incrementará la proporción de adultos mayores sobrevivientes de cáncer con multimorbilidad y mayor complejidad clínica, acentuando la urgencia de una respuesta institucional articulada.

II. PERFIL DE LA POBLACIÓN DE SOBREVIVIENTES: RIESGOS CLÍNICOS, PREVENTIVOS Y PSICOSOCIALES

Los sobrevivientes de cáncer constituyen una población de alto riesgo sanitario que excede con creces el ámbito estrictamente oncológico. La evidencia generada por el grupo CECAN-APS en Chile, consistente con la literatura internacional, demuestra que estos pacientes presentan entre dos y tres veces más enfermedades cardiovasculares que la población general, mayor probabilidad de recurrencia del cáncer primario y un riesgo significativamente elevado de desarrollar segundos cánceres primarios (Puschel K y cols., 2025; Shu C y cols., 2025; Wang Y y cols., 2025).

En el ámbito de los síntomas crónicos, la evidencia nacional muestra que cerca de un tercio de los sobrevivientes experimenta dolor crónico y otro tercio presenta fatiga persistente, condiciones que afectan significativamente su calidad de vida, funcionalidad y capacidad de reinserción laboral. A nivel psicosocial, se observa una mayor prevalencia de ansiedad, depresión y trastornos de pánico, con desigualdades marcadas según nivel



socioeconómico y tipo de sistema de salud (Puschel K y cols., 2025; Puschel K y cols., 2021).

Un hallazgo particularmente crítico es la baja adherencia a los programas de tamizaje preventivo: entre un tercio y la mitad de los sobrevivientes de cáncer de mama y colon no tienen sus exámenes preventivos al día, pese a ser una población de mayor riesgo de recurrencias y segundos cánceres (Puschel K y cols., 2025; Sung H y cols., 2020). Esta brecha preventiva configura una paradoja

del sistema: quienes más necesitan vigilancia activa son precisamente quienes menos la reciben.

La evidencia internacional ha demostrado, además, que los efectos cardíacos tardíos de quimioterapias y radioterapias —incluyendo insuficiencia cardíaca, arritmias y enfermedad coronaria— se manifiestan años después del tratamiento, lo que refuerza la necesidad de un seguimiento cardiovascular estructurado en APS (Armenian SH y cols., 2017; Shu C y cols., 2025).

III. ESCENARIO ACTUAL: POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO DE SOBREVIVIENTES EN CHILE Y EL MUNDO

El modelo predominante de seguimiento de sobrevivientes se basa en centros oncológicos secundarios o terciarios, diseñados para el tratamiento activo del cáncer y no para el cuidado integral a largo plazo. Actualmente, cerca del 70% de los sobrevivientes continúa en seguimiento oncológico especializado, lo que resulta costoso, clínicamente insuficiente para el manejo de la multimorbilidad, y genera congestión en unidades que deberían priorizar el tratamiento de pacientes en fase activa (Mollica MA y cols., 2020; Jefford M y cols., 2022).

El análisis comparado de Planes Nacionales de Cáncer (PNC) realizado por el grupo CECAN-APS en ocho países —cuatro latinoamericanos (Brasil, Colombia, México y Chile) y cuatro no latinoamericanos (Austra-

lia, Canadá, Estados Unidos y Reino Unido)— evidencia que el cuidado de sobrevivientes no está adecuadamente resuelto en ningún país, aunque existen diferencias significativas entre regiones (Rioseco A y cols., 2025).

Los principales hallazgos de este estudio comparado son:

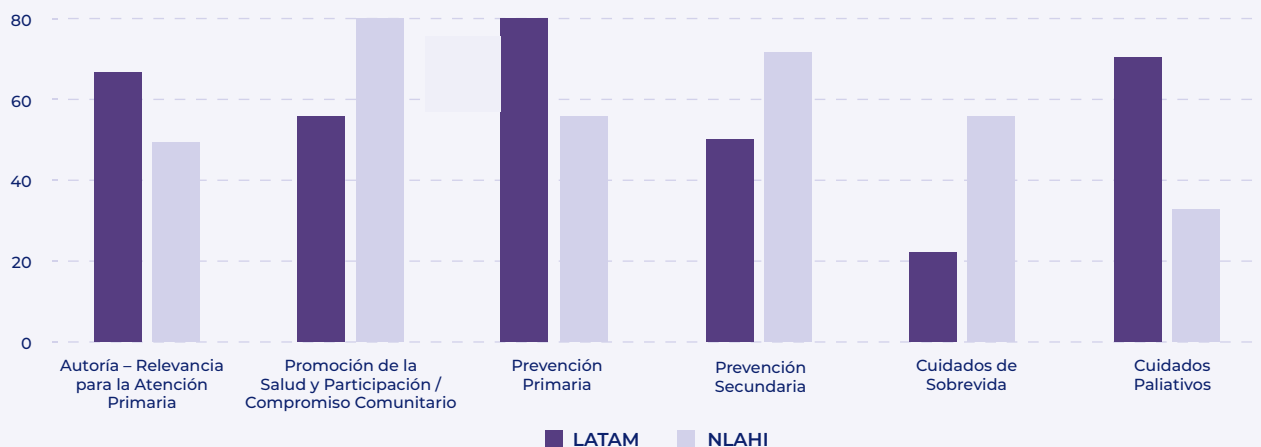
- Entre un tercio y la mitad de los PNC analizados no incluía a profesionales de Atención Primaria en su elaboración.
- Solo un 20% de los países latinoamericanos incluía servicios y prestaciones orientados específicamente a sobrevivientes de cáncer.
- En los países no latinoamericanos, la integración de sobrevivientes en los PNC alcanzaba en promedio el

55%. Canadá y Reino Unido superaban el 80%, incluyendo prácticas de cuidado clínico para manejo del dolor, fatiga, pesquisa precoz, y servicios de apoyo psicosocial.

- En Chile, el PNC 2022–2027 menciona la relevancia del cuidado de sobrevivientes en APS, pero no incluye prestaciones específicas, indicadores de cumplimiento ni financiamiento asociado (Rioseco A y cols., 2025).

La fortaleza de la APS chilena —reconocida internacionalmente por la OCDE (2022) por su amplia cobertura, experiencia en programas crónicos y equipos multidisciplinarios— constituye una ventaja comparativa estratégica para impulsar una política de cuidado integral de sobrevivientes basada en el primer nivel de atención.

Figura 1. Cuidado Integral de Sobrevivientes y Planes Nacionales de Cáncer



Fuente: Rioseco A y cols., 2025 (con autorización). Puntajes de cuidado clínico integral de sobrevivientes en PNC de 8 países.

IV. MODELOS DE CUIDADO INTEGRAL DE SOBREVIVIENTES

La literatura internacional identifica tres modelos principales de cuidado de sobrevivientes de cáncer, cada uno con fortalezas y limitaciones específicas (Jefford M y cols., 2022):

a) Modelo oncológico especializado

Es el modelo predominante a nivel mundial. Centra el seguimiento en la detección de recurrencias y los efectos directos del tratamiento oncológico. Su principal fortaleza radica en la confianza del paciente en el equipo tratante y la experiencia oncológica específica. Sin embargo, presenta deficiencias críticas en el manejo de la multimorbilidad no oncológica (cardiovascular, metabólica, respi-

ratoria), el abordaje de necesidades psicosociales y los costos crecientes para una población que requiere seguimiento crónico prolongado (Jefford M y cols., 2022; Lancet Oncology Commission, 2015). La evidencia del grupo CECAN-APS demuestra que el modelo oncológico es menos integral tanto desde el punto de vista clínico como psicosocial que un modelo que integre la APS (Puschel K y cols., 2025; Puschel K y cols., 2021).

b) Modelo centrado en Atención Primaria de Salud

El modelo basado en APS ofrece un enfoque más integral de cuidado preventivo, clínico y psicosocial. No

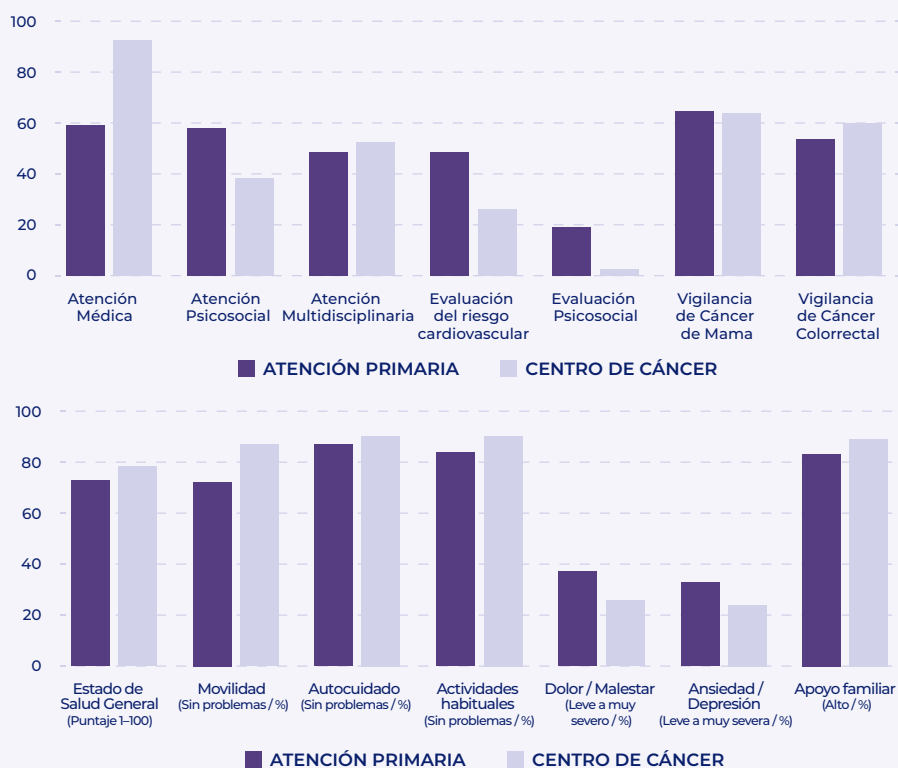
obstante, presenta limitaciones en el manejo de problemas específicos como el dolor crónico oncológico, la detección temprana de recurrencias y el manejo adecuado de terapias de prevención secundaria (por ejemplo, terapia hormonal en cáncer de mama), debido a la falta de recursos y competencias especializadas de los equipos actuales (Vos JAM y cols., 2024). Estas carencias generan, además, mayor desconfianza en los pacientes para trasladar su cuidado oncológico al primer nivel de atención (Hudson SV y cols., 2012).

c) Modelo integral coordinado (modelo recomendado)

Un modelo integrado que combine la mantención de controles oncológicos espaciados con un cuidado coordinado desde la APS ha sido planteado como la estrategia óptima, pues maximiza las fortalezas de cada nivel de atención y minimiza sus limitaciones. Este modelo requiere coordinación informática y de gestión clínica entre niveles, mejora de competencias de los equipos locales de APS, y la implementación de planes de cuidado individualizados para cada sobreviviente (Nekhlyudov L y cols., 2019; Emery J y cols., 2022).

El equipo CECAN-APS se encuentra desarrollando una estrategia piloto en Santiago, Puerto Montt y próximamente Coquimbo de cuidado integrado de sobrevivientes, basada en el marco conceptual de Nekhlyudov L y cols. (2019) y en colaboración con expertos del Victorian Comprehensive Cancer Centre de Melbourne (Emery J y cols., 2022). Esta estrategia busca generar evidencia local para escalar un modelo de cuidado integral aplicable al contexto chileno.

Figura 2. Calidad del Cuidado y Calidad de Vida de Sobrevivientes de Cáncer en Chile



Fuente: Puschel K y cols., 2025 (con autorización). Comparación APS vs. Centro de Cáncer.



V. PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE SOBREVIVIENTES EN CHILE

El desarrollo de una estrategia integral de cuidado de sobrevivientes de cáncer en Chile requiere una política pública específica, basada en la identificación sistemática de esta población, la definición de garantías explícitas, el fortalecimiento de la APS y la articulación entre niveles de atención. A continuación se presentan las propuestas de política pública basadas en la evidencia disponible:

PROPUESTA 1: **Reconocimiento formal de la población de sobrevivientes en el sistema de salud**

Implementar un sistema de registro sistemático y estandarizado que identifique explícitamente a los sobrevivientes de cáncer en APS, utilizando nomenclatura internacional (CIE-11). Este registro debe integrarse a los sistemas de información existentes (SIDRA, FONASA) y permitir la

trazabilidad del paciente entre niveles de atención. La visibilización de esta población es condición necesaria para planificar cuidados, asignar recursos y generar indicadores de seguimiento.

PROPUESTA 2: **Definición de garantías GES específicas para sobrevivientes**

Se propone la inclusión de las siguientes garantías explícitas en el régimen GES para la población de sobrevivientes de cáncer:

a) Acceso a manejo integral del dolor crónico

Incluir manejo farmacológico especializado (pregabalina, gabapentina, duloxetina) y no farmacológico para el dolor crónico en APS, diferenciado del manejo paliativo. Integrar a esta población a los programas de rehabilitación con

base comunitaria (RBC) existentes y asegurar acceso a apoyo psicológico complementario.

b) Acceso garantizado a tamizaje preventivo

Garantizar tamizajes periódicos basados en riesgo según guías internacionales y nacionales para detección de recurrencias y segundos cánceres, incluyendo mamografía, colonoscopia, y otros exámenes según perfil oncológico individual. Establecer alertas automatizadas en los sistemas de información clínica para asegurar la adherencia al calendario de tamizaje.

c) Acceso a terapia kinesiológica y programas de actividad física supervisada

Desarrollar programas estructurados de actividad física supervisada para el manejo de la fatiga post-cáncer,

integrados en las Salas de Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC) de la APS. La evidencia demuestra que la actividad física regular reduce la fatiga, mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo cardiovascular en sobrevivientes (Campbell KL y cols., 2019).

d) Acceso a evaluación psicosocial integral

Asegurar evaluación psicológica periódica, fortalecimiento de redes de apoyo y derivación oportuna, reconociendo la mayor prevalencia de trastornos adaptativos, depresivos y de ansiedad en esta población. Garantizar también evaluación por trabajo social con enfoque de reinserción laboral, acceso a programas de capacitación y redes de apoyo socioeconómico.

e) Acceso a seguimiento cardiovascular estructurado

Incorporar protocolos de vigilancia cardiovascular en APS para sobrevivientes expuestos a cardiotoxicidad por quimioterapia o radioterapia, incluyendo evaluación periódica de función cardíaca y manejo de factores de riesgo cardiovascular (Armenian SH y cols., 2017).

PROPUESTA 3: Programa nacional de capacitación a equipos de salud en APS

La evidencia nacional e internacional demuestra que los equipos de APS presentan vacíos significativos de conocimiento y competencias para el cuidado de sobrevivientes de cáncer (Vos JAM y cols., 2024). Se propone el desarrollo de un programa nacional de formación continua que incluya:

- Capacitación clínica en manejo de dolor crónico, fatiga, efectos tardíos del tratamiento y prevención secundaria.
- Formación en evaluación psicosocial y derivación oportuna.
- Desarrollo de competencias en coordinación con centros oncológicos.
- Certificación de equipos de APS en cuidado de sobrevivientes.

Diversos grupos en el país, incluyendo el equipo CECAN-APS, han iniciado capacitaciones a equipos médicos y psicosociales que pueden servir como base para escalar esta iniciativa a nivel nacional.

PROPUESTA 4: Plan de cuidado individualizado para cada sobreviviente

Se propone que cada sobreviviente

reciba, al momento de la transición desde el centro oncológico, un plan de cuidado individualizado (Survivorship Care Plan) que incluya: resumen del tratamiento recibido, calendario de seguimiento, riesgos específicos según tipo de cáncer y terapia, derivaciones a APS, y recomendaciones de autocuidado. Este instrumento, recomendado por la Comisión Lancet Oncology, es fundamental para la coordinación efectiva entre niveles de atención (Jefford M y cols., 2022; Nekhlyudov L y cols., 2019).

PROPUESTA 5: Indicadores de monitoreo y evaluación

Toda política de cuidado de sobrevivientes debe contar con indicadores de cumplimiento medibles. Se propone incorporar al Plan Nacional del Cáncer:

- Porcentaje de sobrevivientes registrados en APS.
- Adherencia a tamizaje preventivo según protocolo.
- Cobertura de manejo del dolor crónico y fatiga.
- Porcentaje de sobrevivientes con evaluación psicosocial anual.
- Calidad de vida reportada por los sobrevivientes (PROMs).

CONCLUSIÓN

Chile cuenta con una Atención Primaria de Salud robusta, con amplia experiencia en la implementación de programas nacionales de salud crónica y una red territorial extensa con equipos multidisciplinarios. Estas fortalezas constituyen la base institucional para incorporar el cuidado integral de sobrevivientes de cáncer como una política pública explícita, con registro, garantías, modelos integrados y competencias profesionales adecuadas.

La evidencia generada por el grupo CECAN-APS demuestra que esta necesidad es real, medible y abordable. No hacerlo implica perpetuar un modelo fragmentado que no responde a las necesidades de una población creciente y vulnerable. Incorporar el cuidado de sobrevivientes al centro de la política oncológica nacional es una medida factible, costo-efectiva y éticamente necesaria para responder a uno de los principales desafíos sanitarios del país en las próximas décadas.

REFERENCIAS

Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018;391(10125):1023–1075.

Armenian SH, Lacchetti C, Barac A, et al. Prevention and monitoring of cardiac dysfunction in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2017;35(8):893–911.

Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229–263.

Campbell KL, Winters-Stone KM, Wiskemann J, et al. Exercise guidelines for cancer survivors: consensus statement from international multidisciplinary roundtable. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(11):2375–2390.

Emery J, Butow P, Lai-Kwon J, Nekhlyudov L, Rynderman M, Jefford M. Management of common clinical problems experienced by survivors of cancer. *Lancet*. 2022;399(10334):1537–1550.

Hudson SV, Miller SM, Hemler J, et al. Adult cancer survivors discuss follow-up in primary care: 'not what I want, but maybe what I need'. *Ann Fam Med*. 2012;10(5):418–427.

International Agency for Research on Cancer (IARC). Changes of new cases from 2022 to 2045, all cancers. GCO Tomorrow. 2025. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en>

Jefford M, Howell D, Li Q, et al. Improved models of care for cancer survivors. *Lancet*. 2022;399(10334):1551–1560.

Lancet Oncology Commission. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol*. 2015;16(12):1231–1272.

Mollica MA, Mayer DK, Oeffinger KC, et al. Follow-up care for breast and colorectal cancer across the globe: survey findings from 27 countries. *JCO*

Glob Oncol. 2020;6:1394–1411.

Nekhlyudov L, Mollica MA, Jacobsen PB, et al. Developing a quality of cancer survivorship care framework: implications for clinical care, research, and policy. *J Natl Cancer Inst*. 2019;111(11):1120–1130.

OECD. Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2022.

Parra-Soto S, López S, Rodríguez-Osiac L, Celis-Morales C. El preocupante escenario del cáncer en Chile y sus proyecciones. *Rev Med Chil*. 2023;151(12):1654–1656.

Puschel K, Arancibia V, Rioseco A, et al. Challenges of cancer survivorship care in Chile: a longitudinal study comparing quality of care and quality of life for cancer survivors in primary care and a cancer centre. *BMJ Open*. 2025;15(8):e097015.

Puschel K, León A, Arancibia V, et al. The interdisciplinary and psychosocial gap in cancer survivorship: a longitudinal study in a Latin American Cancer Center. *J Surg Oncol*. 2021;124(5):876–885.

Rioseco A, et al. Cancer survivorship care in National Cancer Plans: a comparative analysis of Latin American and non-Latin American countries. Grupo CECAN-APS. 2025.

Shu C, Mei Z, Yu B, et al. Cardiovascular disease risk in cancer survivors: a population-based cohort study from the UK Biobank, and meta-analysis. *BMJ Public Health*. 2025;3(1):e001303.

Sung H, Hyun N, Leach CR, Yabroff KR, Jemal A. Association of first primary cancer with risk of subsequent primary cancer among survivors of adult-onset cancers in the United States. *JAMA*. 2020;324(24):2521–2535.

Vos JAM, Wollersheim BM, Cooke A, et al. Primary care physicians' knowledge and confidence in providing cancer survivorship care: a systematic review. *J Cancer Surviv*. 2024;18(5):1557–1573.

Wang Y, Jiang Y, Bai Y, Xu H. Do cancer survivors have an increased risk of developing subsequent cancer? A population-based study. *J Transl Med*. 2025;23(1):355.