

ENTREVISTA A CECILIA BOLOCCO

EXPERIENCIAS DE PACIENTES

ENTREVISTA A PAULA DAZA

CÁNCER DE MAMA  
EN MUJERES JÓVENES

**NO LE DEMOS LA ESPALDA  
AL CÁNCER DE MAMA**

# CARE

FUNDACIÓN ONCOLÓGICA  
CÉCILIA BOLOCCO

“La Fundación  
CARE lo es todo.  
Gracias a ellos,  
hoy estoy  
estable.”

#Hazte  
Socio



Lorena Norambuena, 42 años.  
Cáncer de Mama Metastásico



# EDITORIAL

Con orgullo, presentamos la primera edición de la revista *C. Cáncer, Cuidado y Compañía*, un proyecto colaborativo entre la Fundación Care, el Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS) de la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo y el laboratorio Novartis. Esta revista nace con el objetivo de crear un espacio de reflexión, conocimiento y acompañamiento en torno al cáncer, una enfermedad que no solo afecta a las personas que lo viven, sino también a sus familias, amigos y al sistema de salud en su conjunto. Según Globocan 2022 (Global Cancer Observatory), en Chile se diagnostican, anualmente, 59.876 personas con cáncer, y 31.440 fallecen a causa de esta enfermedad, lo que representa al 23% de las muertes por cáncer del país en 2022.

En esta primera versión, bajo el lema “No le demos la espalda al cáncer de mama”, invitamos a nuestros lectores a empatizar con la experiencia oncológica desde una mirada integral. El cáncer de mama es uno de los principales desafíos de salud pública en Chile, porque, según Globocan 2022, se diagnostican 5.640 mujeres de cáncer de mama al año, y 1.775 fallecen, lo que equivale a cuatro muertes al día.

La medicina ha avanzado significativamente en las últimas décadas; el desarrollo de tratamientos más precisos, como quimioterapias menos tóxicas y cirugías menos invasivas, ha mejorado la supervivencia y calidad de vida de las pacientes. Se reconocen avances importantes, especialmente en lo logrado con el GES, el DAC y la Ley Ricarte Soto, los cuales representan pa-

sos significativos en la protección de los pacientes y en el acceso a tratamientos. Sin embargo, a pesar de estos logros, no han sido suficientes para cerrar las profundas brechas de equidad que aún persisten en el sistema de salud. Aun así, estos avances no han sido suficientes para cerrar las profundas brechas de equidad en la atención y el acceso a un diagnóstico oportuno, en especial, en las zonas más alejadas de los grandes centros urbanos. Es preocupante, también, la situación de las mujeres jóvenes, quienes enfrentan enormes barreras para acceder a diagnósticos y tratamientos oportunos en Chile. Es importante que trabajemos por un diagnóstico oportuno y acelerar el tratamiento, sin importar la edad o el lugar de residencia.

No podemos dejar de destacar la reciente aprobación de la Ley del Olvido Oncológico, una legislación que busca garantizar que las personas que han sobrevivido al cáncer puedan dejar atrás el estigma de su enfermedad y ser tratadas con igualdad en ámbitos como el empleo y los seguros de vida.

Finalmente, queremos agradecer su apoyo a todas las personas que han hecho posible esta revista: pacientes, médicos, expertos, profesionales de la salud y, sobre todo, a aquellas mujeres que, con valentía y generosidad, compartieron sus testimonios y nos han dado un espacio de reflexión sobre cómo seguiremos avanzando.

Es hora de repensar las políticas públicas, de generar soluciones innovadoras que permitan tratar el cáncer de forma oportuna y con una mirada integral centrada en la persona. **C**

---

**Revista C** es una publicación de la Fundación Care, Laboratorio Novartis y el Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS) de la Facultad de Gobierno UDD. Su venta queda prohibida. Revista realizada y producida por Küzma Comunicaciones ([www.kuzmacomunicaciones.cl](http://www.kuzmacomunicaciones.cl)).

**Comité Editorial:** Paula Daza, Mélanie Paccot, Pablo Pizarro, Sergio Becerra, Sonia Torrealba, Elvira Tagle y Sofía Merino.

**Coordinación y edición:** Noelia Zunino • **Periodista:** Sonia Lira

**Diseñadores:** Juan Francisco Turrientes, Javier Ortíz • **Ilustradora:** Sofía Valenzuela

**Corrector:** Emiliano Fekete • **Fotografía:** Juan Farías

Impresa en octubre de 2024.

CRISIS POR LISTAS DE ESPERA

# CUANDO EL RELOJ DE LA SALUD DA MAL LA HORA

**POR** NOELIA ZUNINO E.

Las listas de espera GES por cáncer de mama alcanzaron su máximo histórico en los últimos cinco años. Este tipo de tumor lidera el listado de prestaciones atrasadas y las pacientes que lo enfrentan son las que llevan mayor tiempo rezagadas, incluso más de un año. Los especialistas advierten sobre la urgencia de desarrollar una estrategia de salud pública con perspectiva de género que también aborde el cáncer cervicouterino, para evitar una debacle sanitaria.





**M**arcela Orellana intentó levantar a su perrita y ahí se quedó, inmóvil. Sintió como si su columna se resquebrajara. En el hospital le dijeron que, seguramente, era una hernia. Pagó una consulta particular y confirmó su sospecha: el cáncer de mama que le detectaron en 2019, del cual se recuperó tras una mastectomía, quimio y radioterapia, no había quedado solo ahí.

En marzo de 2024, con 31 años, Marcela fue diagnosticada con cáncer mamario metastásico. Aún no puede tratarse, porque primero necesita una cirugía en su columna que le permita realizar una biopsia del nuevo tumor. Solo entonces sería posible determinar cuál es el tratamiento más efectivo, según le explicaron los médicos del sector público y privado.

Hasta el cierre de esta edición, aún espera que la llamen del hospital para operarla.

Pasan las semanas y sigue esperando.

En septiembre, presentó un reclamo por falta de atención. La llamaron a los pocos días. “En el

sistema no aparece que tenga una cirugía pendiente”, fue la respuesta.

“Esta ineficiencia me obliga a desembolsar mucho dinero en el sector privado, pero esa cirugía yo no la puedo pagar, no hay bolsillo que aguante. Es una espera muy dañina, no solo porque está postergando mi tratamiento, sino porque además me dijeron que debo permanecer en reposo hasta la operación. Llevo dos meses así, con una niña de cinco años. Cada vez es más difícil”, cuenta la paciente desde Limache.

En 2024, las listas de espera se han convertido en el mayor problema de salud pública en Chile. En los últimos cinco años, las garantías de oportunidad vencidas han aumentado 201%, pasando de 4.909 a 14.790 casos al 30 de junio del año en curso, según los análisis realizados por CIPS-UDD con datos del Ministerio de Salud (MINSAL).

Las demoras que han aumentado drásticamente son las relacionadas con el cáncer de mama. Si en 2020 eran 887 las prestaciones

**“Esta ineficiencia me obliga a desembolsar mucho dinero en el sector privado, pero esa cirugía yo no la puedo pagar, no hay bolsillo que aguante. Es una espera muy dañina, no solo porque posterga mi tratamiento, sino porque además me dijeron que debo permanecer en reposo hasta la operación. Llevo dos meses así, con una niña de cinco años”.**

**Marcela Orellana**

atrasadas, para el segundo trimestre de 2024 esa cifra ascendió a 4.098. Es decir, en cinco años aumentaron en 362%. El área que lleva la delantera concierne a diagnóstico, con un total de 2.666 atrasos. Si consideramos que en 2020 eran apenas 550, constatamos un aumento de 385% a marzo de 2024. Le siguen las prestaciones en tratamiento, que aumentaron un 371% en cinco años: de 326 a 1.535.

“El aumento sostenido de las garantías vencidas en cáncer y, en particular, en cáncer de mama, según mi opinión, se debe a tres causas principales: el aumento de la incidencia, asociada al envejecimiento de la población y hábitos de riesgo, como consumo de alcohol, tabaco y obesidad; el efecto de la pandemia, en que por casi dos años no se realizaron mamografías de tamizaje de manera habitual y, en tercer lugar, déficit en la gestión de las listas de espera”, explica el Dr. Sergio Becerra, director médico de Fundación Care.

## ENFOQUE FEMENINO

Lorena debió desembolsar en la atención privada los 14 millones de pesos que había ahorrado para comprar una casa. Necesitaba, en forma urgente, un tratamiento de radiocirugía de alto costo para tratar las 15 lesiones que tenía en su cerebro, debido a una metástasis del cáncer de mama diagnosticado en 2019. Simplemente, se le acabó el tiempo.

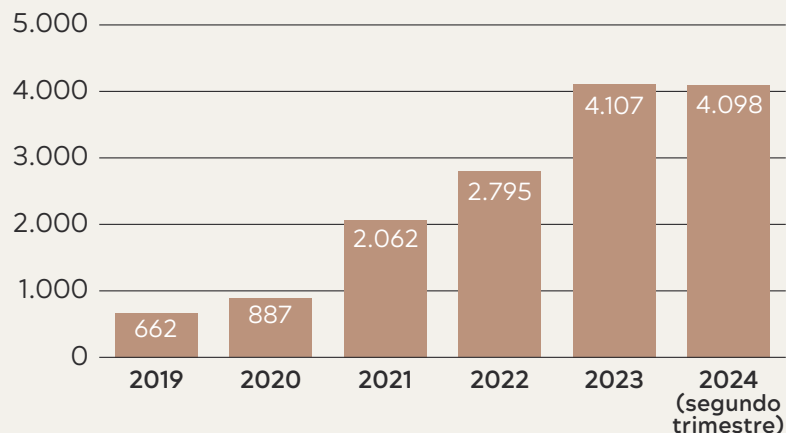
Desde que supo que su enfermedad estaba diseminada, ha debido esperar meses por distintos tipos de exámenes, de atención o consulta. “En los hospitales, la demanda de pacientes es demasiada para los médicos y los equipos disponibles. Y, aunque hay convenios con otros lugares, no da abasto. Por ejemplo, mi oncólogo me cita a las 9 am, pero resulta que hay más personas llamadas para la misma hora. El que llega primero es al que atiende primero. He tenido que esperar hasta dos horas para que me vea”, relata.

De acuerdo con los análisis realizados por CIPS-UDD\*, de las más de 14.000 prestaciones GES vencidas para cáncer, el 10% ha estado esperando por más de seis meses y el 4,5% por más de un año. En medio de esta crisis, el cáncer de mama no solo es el tipo de tumor con la mayor cantidad de retrasos, sino también el que presenta un mayor tiempo de demora. Un 14% de los atrasos en cáncer de mama lleva entre seis meses y un año o más de rezagados. Estamos hablando de 600 casos, lo que debería encender las alarmas.

Desde la Fundación Care, Pablo Pizarro, su director ejecutivo, comenta que han propuesto al Congreso una serie de soluciones para reducir estas listas, como licitaciones suficientes en oferta diagnóstica, activación automática de segundo prestador, ampliación de la oferta fuera del horario institucional, y alianzas con sociedades científicas y fundaciones para operativos en zonas de baja oferta de servicios.

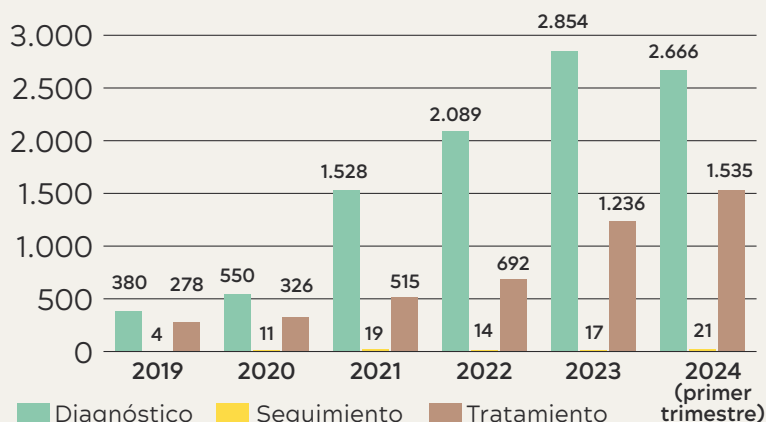
Por su parte, la Dra. Paula Daza, directora ejecutiva de CIPS-UDD, advierte que esta situación puede convertirse en un gran problema de salud pública si no se enfrenta de forma urgente,

**Gráfico 1. Prestaciones atrasadas GES cáncer de mama 2019-2024 (segundo trimestre)**



Fuente: Elaboración propia CIPS-UDD glosas 05 y 06 2019-2024.


**Gráfico 2. Prestaciones atrasadas GES cáncer de mama 2019-2024 (primer trimestre)**



Fuente: Elaboración propia CIPS-UDD a través de datos proporcionados por transparencia MINSAL.

con una estrategia sanitaria que incluya el enfoque de género para abordar los tumores de mama y también los cervicouterinos, desde lo comunal, regional y nacional.

Eso sí, la doctora llama a reflexionar sobre un punto en particular para que este plan eventual funcione: “Quiero que nos detengamos a pensar en esas casi 1.500 personas con cáncer que están esperando por meses, incluso llegan al año, sin

saber si tienen el diagnóstico de cáncer. Algunos, si ya conocen su diagnóstico, están esperando poder tratarse. Otros, seguramente muchos, al no tener respuesta, recurrieron al sector privado, endeudándose. ¿Esa es la calidad de salud que queremos dar?” 

(\*)A partir de los datos de MINSAL, publicados en agosto de 2024.



PAULA DAZA



# “EL CÁNCER SE HA CONVERTIDO EN UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA QUE CHILE NO SABE CÓMO RESOLVER”

POR NOELIA ZUNINO

En los últimos dos años, Paula Daza, ex subsecretaria de Salud Pública y actual directora ejecutiva de CIPS-UDD, ha estado investigando la incidencia del cáncer en Chile, sobre todo en mujeres. A partir de ello, ha presentado en el Congreso el estado actual de las listas de espera GES en cáncer y algunas propuestas para su disminución, particularmente, en cáncer de mama y cervicouterino.

**EL 26 DE AGOSTO DE 2020**, en plena pandemia de COVID, Paula Daza, entonces subsecretaria de Salud Pública de Chile, se encontraba en el Patio de los Cañones de La Moneda. Vestida de rojo y con una mascarilla que cubría la mitad de su cara, aplaudía energicamente mientras el presidente de la época, Sebastián Piñera, firmaba la promulgación de la Ley Nacional de Cáncer, la cual tardó ocho años en tramitarse.

En ese tiempo, había 54.000 casos nuevos al año de cáncer. Todavía no se conocía que, en 2019, los tumores malignos habían desplazado a las enfermedades cardiovasculares para convertirse, por primera vez, en la primera causa de muerte. La pandemia estaba engrosando las listas de espera que, en ese entonces, sumaba 4.909 casos. Hoy llegan a 14.790.

“Siempre supimos que la pandemia golpearía al país en cuanto al manejo de enfermedades, pero el cáncer se ha escapado de las manos”, dice Paula Daza, en su oficina del Centro de Políticas Públicas e Innovación de Salud (CIPS) de la Universidad del Desarrollo. Como directora ejecutiva, decidió que uno de los ejes de su investigación sería el cáncer, sobre todo aquellos con mayor incidencia en mujeres. “Nos parece esencial entender dónde están los obstáculos, cuáles son los factores de riesgo y cómo mejorar las políticas públicas para facilitar un diagnóstico precoz y desarrollar mejores estrategias con enfoque de género”, aclara.

### **A cuatro años de la promulgación de la Ley de Cáncer y considerando el actual escenario epidemiológico, ¿cuáles son las prioridades en las políticas públicas relacionadas con el cáncer en mujeres?**

La Ley de Cáncer y el Plan Nacional de Cáncer nos brindan garantías de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, enfrentamos algunos desafíos en cáncer de mama y cervicouterino. En cuanto al cáncer cervicouterino, es necesario mejorar la cobertura. Hoy, solo tenemos una cober-

tura parcial para el diagnóstico mediante el test de VPH (virus del papiloma humano) en el GES, lo que limita el acceso rápido y oportuno a este examen. Una vez alcanzada una cobertura del 80%, el segundo elemento es asegurar un diagnóstico oportuno; aún tenemos un 30% de prescripciones en tratamiento atrasadas. Por lo tanto, es esencial el acompañamiento a los pacientes, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado para eliminar esta enfermedad.

En el caso del cáncer de mama, el diagnóstico temprano es muy importante. Actualmente, llegamos tarde en muchos casos: cuatro mujeres mueren cada día por esta enfermedad. Si diagnosticamos precozmente, podemos mejorar su sobrevida. La educación, el diagnóstico temprano y el acceso a un tratamiento oportuno son fundamentales. Además, es necesario evaluar e incorporar nuevos tratamientos en la canasta GES de forma más ágil para mejorar el pronóstico.

### **¿Cuáles son las mayores falencias que tiene Chile con respecto al cáncer de mama y al cáncer cervicouterino?**

Es fundamental desarrollar algunas políticas públicas urgentes. Primero, debemos contar con información oportuna. Hoy, a pesar de tener una ley y un programa nacional, el Registro Nacional de Cáncer aún no está en funcionamiento. Es urgente implementar este registro para identificar a las personas con cáncer, ubicarlas y tratarlas de manera oportuna. Por ejemplo, en cuanto al cáncer de mama, desde las fundaciones, las consultas y el ministerio se percibe que hay más casos de mujeres jóvenes. Sin embargo, es solo una sensación, porque al no contar con este registro, no lo sabemos con certeza. No puede ser que no sepamos si tenemos más mujeres jóvenes enfermándose o muriéndose por cáncer de mama. Esto es grave: nos imposibilita implementar políticas públicas o potenciar la educación. Por dificultades como esta, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública que Chile no sabe cómo resolver.



## “Debemos tener un cambio cultural, fortaleciendo la educación sanitaria hacia el diagnóstico precoz”.

### Y en cuanto a la red asistencial, ¿qué es lo que más repercute en la ruta de las pacientes con cáncer de mama?

Sin duda las listas de espera. De los cánceres que están en GES, es el que tiene más listas de espera y más prestaciones con mayor tiempo en espera (ver reportaje de listas de espera, página 2).

Es necesario que Chile tenga una política pública con enfoque de género contra el cáncer. Sabiendo dónde están los atrasos, se debiera trabajar a nivel local, regional y nacional para priorizar el diagnóstico y tratamiento. Es necesario trabajar a nivel legislativo para activar de forma automática el segundo prestador, para las prestaciones de cáncer atrasadas, y otro elemento fundamental es mejorar la derivación de estas personas al sector privado y coordinar su atención de manera eficiente. Ahora, el manejo del cáncer como problema de salud pública no es solo del ministerio o de la red asistencial, es un problema país, de la sociedad chilena, que requiere un cambio cultural.

### ¿A qué se refiere?

Debemos tener un cambio cultural, fortaleciendo la educación sanitaria hacia el diagnóstico precoz. La falta de tiempo o de oportunidades no deben ser obstáculos para realizarse estos exámenes preventivos. La atención está siendo medicalizada y debemos cambiar la mirada a la prevención. Para eso, es necesario educar sobre cáncer de mama o cáncer cervicouterino en el colegio. Por ejemplo, cuántos niñas y niños de cuarto básico, que se vacunan en el colegio contra el VPH, saben realmente contra qué se están vacunando. Son oportunidades importantes para la educación sanitaria que debiéramos aprovechar. Hay que educar sobre los factores de riesgo; es decir,

aquellos factores que inciden en el aumento de cáncer, desde el punto de vista del estilo de vida, la alimentación, la actividad física, el tabaquismo, la salud mental; no solo a la ciudadanía, sino también al personal de salud.

### ¿Cómo se logra ese objetivo? Suena irreal.

Es un gran desafío, pero estamos en el momento justo para hacerlo, porque se está hablando de hacer una reforma al sistema de salud. Muchos de los que hemos participado en los comités de expertos citados por el Senado coincidimos en que hay que mejorar la gestión y eficacia de los servicios de salud, fortaleciendo la salud primaria para que tenga un énfasis en la promoción y prevención. La APS (Atención Primaria en Salud) debe fortalecerse y ser el centro de salud físico que nos permita cambiar el paradigma de una mirada curativa a una preventiva. En la propuesta del último comité de expertos, entregada a comienzos de septiembre, se proponen centros de especialidad de APS donde se puedan hacer procedimientos, diagnósticos, imágenes de especialidad, para mejorar la eficacia y evitar que se derive al paciente a hospitales. Hay que facilitarle la ruta al paciente.

### Ahora la tienen cuesta arriba.

Ahora es imposible. Se sabe lo que hay que hacer: interoperabilidad; sistematizar lo más que se pueda los procesos de esta ruta, para facilitar el camino, como pedir hora a través de un medio digital. Y así, muchos procesos. Finalmente, es hacer más eficientes las tareas y utilizar más la tecnología con un objetivo que se nos ha ido olvidando: humanizar el trato en la salud. Poner en el centro al paciente de una buena vez. **C**

# TENGO ALGO QUE DECIRTE

Por un largo tiempo, hablar de cáncer fue tabú. Muchos evitaban la palabra o miraban para el lado. Hoy, todavía persisten dudas sobre cómo contar el diagnóstico o cómo responder a preguntas incómodas. Para cuatro escenarios frecuentes, la psicooncóloga Constanza Zúñiga nos entrega sus consejos. Sin olvidar que siempre es la paciente la dueña de sus palabras.

**POR** SONIA LIRA

## ¿Cómo le cuento a mis hijos?

Hablar con naturalidad es clave y, como es muy difícil mantener un diagnóstico de cáncer en secreto, hay que evitar que se enteren por una persona inadecuada o en un contexto desprotegido.

Con los niños pequeños es importante usar un lenguaje lo más concreto posible: evitar las metáforas del estilo “a la mamá le van a poner un veneno por el brazo” y, también, el típico simbolismo bélico, como “ganar la batalla” o “ser una guerrera”, porque ¿qué ocurre si las cosas no van como quiero?

Es bueno integrar las emociones, como la tristeza, si estas aparecen, pero de tal forma que el niño o niña sepa que nada cambiará el amor por ellos. También, hay que despejar la idea



errónea que puede rondarlos de que son responsables de alguna forma de la enfermedad.

Siempre hay que considerar su etapa de desarrollo y, en caso de que sea necesario, pedir ayuda a un profesional.

Con los adolescentes es indispensable crear espacios de conexión y contención emocional antes de iniciar una conversación, porque pueden surgir reacciones, como la ira o la irritabilidad. Ya cuentan con una personalidad más formada y tienen mayor acceso a información.

El consumo de alcohol o drogas o las alteraciones en la conducta y el rendimiento escolar son señales de alarma, y es mejor consultar con un especialista en salud mental.

## ¿Qué pasa si no quiero contar mi diagnóstico?

Como paciente se tiene el derecho a decidir cómo, qué y a quiénes contar sobre la enfermedad. Eso sí, cuando alguien no informa que tiene cáncer, generalmente, la familia se entera al presentarse una urgencia. Entonces, es bueno que la o el paciente se pregunte por qué no quiere que sepa tal persona. Es común que detrás se esconda la buena intención (malentendida) de proteger a los otros. Sin embargo, ese silencio, en lugar de proteger, puede generar más sufrimiento y culpa.

Luego de conocer un diagnóstico de cáncer, como paciente se pasa por diversos estados emocionales, y esto quizás incluya el intento de mantener oculta la enfermedad. Si es así, lo recomendable es avanzar de acuerdo con los propios tiempos, no forzarse, hasta aceptar que enfrenta una realidad sobre la que puede o no hablar con otros. A partir de ese momento de aceptación, lo informa a quienes estime conveniente.

Contar a los cercanos y/o a los otros es también parte del duelo.



## Si entro a paliativos, ¿cómo lo informo?

Crear un espacio de conversación conectado con las emociones y con el manejo de información clara, concreta y genuina es vital en cualquier etapa de la enfermedad. Esto cobra mayor sentido si hablamos de un cáncer avanzado. En ese lugar de confianza, se debe dar permiso incluso para responder “no sé” o “no lo tengo claro” o “lo podemos resolver juntos”. También, para que otros sepan abiertamente sobre las necesidades y cuidados.

A los padres y a la pareja se les debe explicar muy bien de qué se tratan los cambios en los tratamientos y qué hacer ante los posibles escenarios que surjan.

Las dudas de los niños hay que resolverlas con respuestas concretas. También, ayudarlos a entender sus propias emociones con un lenguaje directo, pero siempre dejando claro que el amor por ellos sigue igual. En el caso de los adolescentes, pueden aparecer arrebatos o que elijan distanciarse emocionalmente. Por eso, antes de contarles una derivación a paliativos, es muy importante crear un espacio donde se les comunique que sus sentimientos importan y no se sientan marginados en esta nueva etapa de la enfermedad. Tampoco hay que reaccionar de forma negativa si son suspicaces, ya que es normal que duden de la información que se les entrega.




## ¿Y si preguntan “te vas a morir”?

En nuestra cultura, conversar sobre la muerte es tabú, algo incómodo, desagradable o, incluso, desatinado. Ahora, si el contexto es un diagnóstico de cáncer, hay una gran carga emotiva, porque la primera imagen que asalta cuando se nombra esta enfermedad es la muerte.

Cuando alguien pregunta “¿te vas a morir?”, de forma directa o indirecta, lo apropiado es responder con la mayor naturalidad posible. Hay que permitirse un “no sé”, cuando es oportuno, o aprovechar de abrir un espacio de reflexión, cuando las expectativas de sobrevivida no son favorables, por ejemplo, con un “¿quieres que conversemos más sobre esto?”. Se trata de una valiosa oportunidad para dejar claras las

decisiones del paciente: cómo le gustaría que ocurriera la etapa final de su vida, en qué condiciones e incluso en los aspectos económicos.

Si quienes preguntan son los padres o la pareja, es una instancia de conexión que no se puede perder, porque acompañar en este proceso y cumplir la voluntad del paciente es muy importante para la calma espiritual de los deudos.

Ahora, si se trata de un hijo pequeño, podemos explicarles que “voy a tomar un remedio, porque en la vida hay momentos de salud y otros de enfermedad” o “todos vamos a morir, porque la muerte es una parte natural de la vida”. Evitar metáforas y simbolismos es, nuevamente, lo recomendable. 

## FarmaLoop, una farmacia online, basada en economía circular y con foco en el acceso a medicamentos



Evitamos la destrucción de medicamentos por expiración y los hacemos llegar a quienes lo necesitan, con hasta **90% de descuento**. Más cerca al vencimiento, más bajo el precio.

Escanea aquí y cotiza tus medicamentos



 [farmalooptchile](https://www.instagram.com/farmalooptchile)  
 [www.farmaloopt.cl](http://www.farmaloopt.cl)  
 +56 9 7519 9387



# REALIDAD DE LA RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA EN CHILE

**EN CHILE SE DIAGNOSTICAN**, anualmente, alrededor de 6.000 casos de cáncer de mama, siendo en la población femenina el más frecuente y, a su vez, el más mortal.

Es parte de las patologías GES desde 2005, lo que asegura oportunidad y tratamiento. Por tanto, son pilares fundamentales para su tratamiento la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

El diagnóstico y tratamiento oportuno para esta enfermedad es vital, porque la evidencia muestra que se logran curas mayores al 90%. Es por eso que las garantías, servicios y recursos humanos del GES deben estar disponibles de forma homogénea en todo Chile, para lograr estos buenos resultados.

La cirugía, la hormonoterapia y la quimioterapia están disponibles en todas nuestras regiones; la radioterapia, en cambio, es otra historia. Es parte fundamental del tratamiento, tanto en lo curativo como en lo paliativo, con un número de sesiones que, desde la evaluación inicial hasta el fin de la terapia, suele oscilar entre una y 15, durante unas cinco semanas si los tiempos son oportunos.

La radioterapia pública y privada, en cantidad de centros, se encuentra en Antofagasta (1), Viña-Valparaíso (3), Santiago (10), Talca (1), Concepción (3), Temuco (1), Valdivia (1) y Punta Arenas (1). Esto nos muestra la concentración alrededor de los grandes centros urbanos, en desmedro de los extremos. Por ejemplo, en el norte, solo está el centro de Antofagasta, y el que le sigue es uno en Viña. Esto implica grandes traslados para las pacientes, por largo tiempo, muchas veces, solas y desarraigadas.

Una buena forma de mejorar la equidad ante esta enfermedad sería tener, al menos, un centro oncológico integral en cada capital regional. De esta manera, como país, lograríamos disminuir los desplazamientos y sentimientos de soledad de nuestras queridas pacientes. **C**



## Nicolás Isa

Médico especialista en Radioterapia Oncológica, Clínica IRAM; magíster en Administración de Salud; asesor del Hospital Digital del Minsal y de Fundación Care; miembro de las Mesas de Trabajo para la Eliminación del Cáncer Cervicouterino, de Universidad del Desarrollo.



## ACTIVA TU SEGUNDO PRESTADOR Y OLVÍDATE DE LAS LISTAS DE ESPERA

¿Eres una de las pacientes GES que forma parte de la lista de espera? ¿Llevas un tiempo esperando tu cita con el oncólogo o tu mamografía? Pon atención: revisa si ya se ha cumplido el plazo que tiene cada una de las prestaciones GES en cáncer de mama (ver reportaje GES en la página 54). Si el plazo se cumplió, la solución no es quedarse de brazos cruzados: tienes derecho a solicitar un segundo prestador. ¿Qué es eso? Es un nuevo lugar de atención, que deben asignarte en muy pocos días, para resolver tu problema y que seas atendida.

La ciudadanía desconoce esta opción de atención rápida en otro lugar y tiene un punto en contra: solo se activa cuando el paciente realiza un reclamo formal a través de FONASA o ISAPRE, instituciones que deben asignar en un plazo estipulado un segundo lugar en donde la personas pueda atenderse. Eso sí, hay que tener en cuenta que no todas las atenciones tienen un plan B (segundo prestador) si hay atraso.

Esta es una guía para darte a conocer la opción del segundo prestador y ayudarte a activarlo sin moverte de tu casa, y que dejes de ser parte de la lista de espera.







Cada problema de salud que está en GES tiene definido un paquete de prestaciones con un plazo máximo de atención.



Plazo que lo debe cumplir la institución (prestador) donde se derivó a la afiliada a tratar su enfermedad.

Las personas deben estar atentas respecto a cuándo comienza el plazo para hacer valer la **garantía de oportunidad**.

La **garantía de oportunidad** es el derecho que tenemos como pacientes a reclamar que seamos atendidos en los tiempos máximos definidos para cada enfermedad.

Y debe hacerse en la Isapre o Fonasa (según corresponda) dentro de **30 días desde que se venció el plazo**

**No hay tiempo que perder**





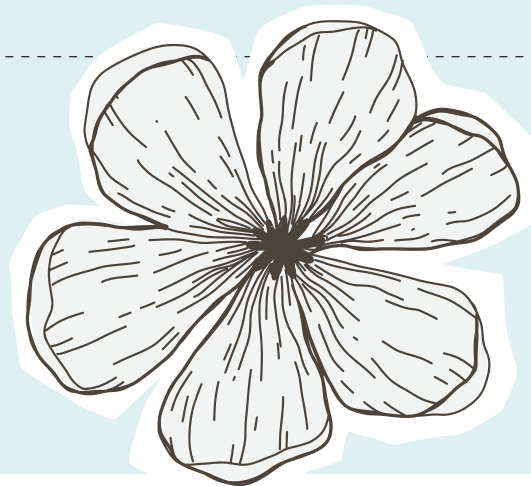
2

días es el plazo que tiene tanto Fonasa como la Isapre para asignarte un nuevo lugar para ser atendida (segundo prestador).

10

días tiene la nueva institución de salud (prestador) y para atenderte (salvo que el plazo garantizado para resolver el problema de salud sea menor).

Expertos y académicos de CIPS-UDD y fundaciones como Care han insistido en que no sea el paciente quien active la alerta de retraso de prestación, y que esta se haga automáticamente, pero aún no es realidad.

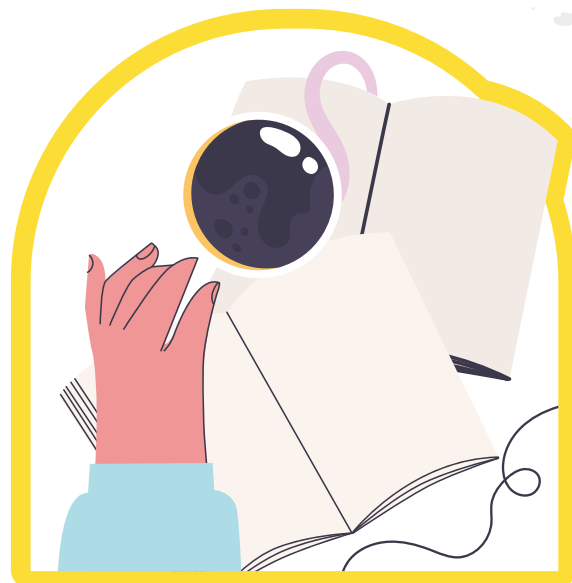


**PARA ACTIVAR EL SEGUNDO PRESTADOR NO NECESITAS MOVERTERTE DE TU CASA: PUEDES HACERLO EN LÍNEA. AQUÍ TE DAMOS LOS PASOS BÁSICOS.**

Antes de partir:

Ten a mano todos los papeles relacionados con la activación de garantía y derivaciones.

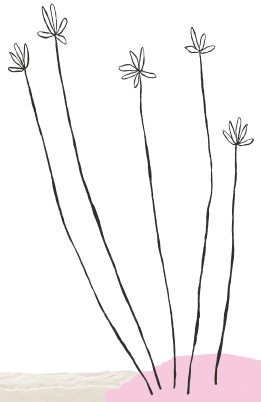
Procura la compañía de otra persona, en caso de tener dificultades para subir archivos o completar formularios.



1

### Para Fonasa:

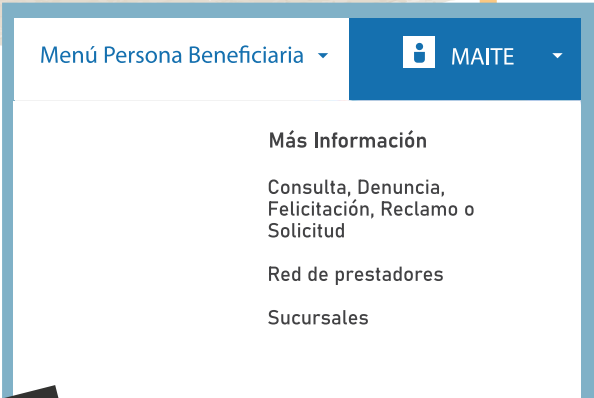
Ingresa a <https://mi.fonasa.gob.cl/login>  
Deberás ingresar con tu clave única.



2

### Busca en:

“Menú Persona Beneficiada”  
la opción “Consulta, denuncia,  
Felicitación, Reclamo o Solicitud”.



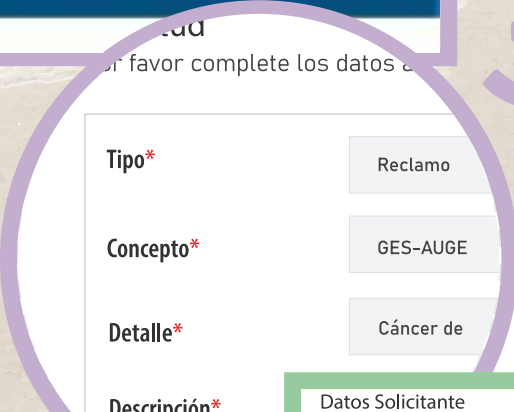
Pincha en



3

### Completa el formulario:

En Tipo: Reclamo.  
En Concepto: GES AUGE  
30 días.  
En Descripción: especifica  
en qué prestación está el  
atraso y las fechas.



4

A continuación, agrega  
todos los documentos  
que dan cuenta del  
atraso y de tu  
diagnóstico (si ya lo  
tienes), para agilizar la  
tramitación.



5

Completados los datos,  
el sistema preguntará si  
está todo correcto para  
enviar la solicitud.  
Responde que sí para  
enviar.



Asegúrate de tener  
toda la información  
de contacto al día y  
revisar el correo  
frecuentemente.

Esto recibirás una vez  
que esté lista tu solicitud.



Se notificará a su correo electrónico cuando se dé respuesta a su solicitud.

Si dentro de 48 horas no has recibido información, llama a Fonasa dando tu número de folio.  
Si eres paciente de Isapre, las solicitudes se hacen en el portal de cada Isapre con pasos similares a los de Fonasa.

Contáctanos a través de nuestros canales:



600 360 3000

CECILIA  
BOLOCCO

“HE SIDO DIRECTA,  
PORQUE LA  
REALIDAD LO EXIGE;  
CUANDO HABLAMOS  
DE CÁNCER, CADA  
DÍA CUENTA”

Un diagnóstico oncológico marca un antes y un después. Y así fue también para Cecilia Bolocco, cuando supo que su hijo Máximo Menem enfrentaba un tumor cerebral. Al conocer la realidad de los pacientes en el sistema de salud chileno, su vida dio un vuelco que la impulsó a crear la Fundación Care. Desde ese lugar, se ha convertido en uno de los rostros de la sociedad civil más críticos y con mayor influencia para generar cambios en las políticas públicas relacionadas con esta enfermedad.

POR NOELIA ZUNINO Y SONIA LIRA







A los dos minutos de su intervención, Cecilia Bolocco ya no tenía dudas de cuál era el tono que debía adoptar ante la Comisión de Salud del Senado. Tras presentar un par de diapositivas con cifras, su rostro se volvió serio; su voz, firme, y miró sin pestañear a las autoridades presentes. Luego, advirtió: “Convengamos que los pacientes oncológicos que están en listas de espera solo están esperando una cosa: fallecer. No tienen otra salida”.

Corrían los primeros días de septiembre de 2024 y la ex Miss Universo y empresaria, que décadas atrás veíamos sonreír caminando por pasarelas, estaba sentada con el rostro serio en los salones del Congreso de Valparaíso. Frente a senadores y subsecretarios, explicaba sin titubeos cómo la ineficiencia y la falta de oportunidad de atención en el sistema de salud estaba matando a los chilenos diagnosticados de cáncer.

Cecilia Bolocco quiere cambios, y los quiere rápido. Por eso, hace cuatro años creó la Fundación Care, con la cual busca apoyar a pacientes oncológicos proporcionando orientación médica y administrativa. En definitiva, tratar de ayudar con “las obligaciones que el Estado debiera cumplir y no lo hace”.

Esto es lo que más le molesta. Se pregunta a menudo: “Si una fundación puede entregar diagnóstico rápido y soluciones oportunas de tratamiento con muchos menos recursos, ¿por qué, como Estado, no podemos hacerlo?”.

### **¿Cuál es la realidad de las pacientes chilenas con cáncer de mama que más le ha impactado?**

El abandono. Se sienten abandonadas, pero también dejamos que esto ocurra. Para nadie es grato tener un diagnóstico de cáncer, y el sistema de salud lo empeora. En muchos casos, es un laberinto sin salida. Con frecuencia, las mujeres enfrentan diagnósticos tardíos, largas listas de espera para obtener tratamientos. Y con largas me refiero a que, a veces, es tan pero tan cruel la realidad que la lista es eterna y se mueren esperando. La angustia de esperar conlleva una gran carga emocional y ese peso, muchas de ellas, lo enfrentan solas. Como Fundación, queremos suplir ese vacío, acompañarlas y guiarlas.



**Las chilenas con cánceres ginecológicos (mama y cervicouterino) son las más afectadas con la crisis por las listas de espera. ¿Qué deuda hay con ellas y la prevención?**

Es una deuda histórica y dolorosa. El cáncer de mama muestra una brecha de género que, como chilenas, no podemos permitir. En Chile, el cáncer de mama es la principal causa de muerte en mujeres en edad reproductiva. Es insuficiente en su tratamiento; el seguimiento en GES es inexistente, y la prevención deja mucho que desear. Tenemos que educar más, promover exámenes preventivos, como la mamografía, y asegurarnos de que accedan a ellos sin trabas.

La deuda es clara: no se ha hecho lo suficiente para garantizar que todas las mujeres, sin importar su nivel socioeconómico, tengan acceso a diagnósticos tempranos y tratamientos adecuados.

Aquí, lo más importante es la incorporación de una nueva metodología para diagnosticar el cáncer de mama y comenzar con la prevención a partir de los 40 años, con la garantía de que si la mamografía sale alterada, se les hagan de inmediato los exámenes complementarios. Eso hacemos en Fundación Care.

**“Es una deuda histórica y dolorosa. El cáncer de mama muestra una brecha de género que, como chilenas, no podemos permitir”.**

**“Con frecuencia las mujeres enfrentan diagnósticos tardíos, largas listas de espera para obtener tratamientos. Y a largas me refiero que, a veces, es tan pero tan cruel la realidad que la lista es eterna y se mueren esperando”.**

De esta manera, no deben pasar más de dos semanas desde la realización de un examen preventivo hasta la obtención de un diagnóstico.

**Las orientaciones médicas administrativas para “navegar” por el sistema de salud chileno están entre los servicios que ofrece la fundación con mayor demanda. ¿Qué lecciones deberían sacar de este dato tanto el sector público como el privado?**

Esto demuestra que el sistema es complicado y, muchas veces, hostil para quienes más lo necesitan. La lección que debe sacar nuestro sistema de salud es que necesita simplificar los procesos, hacerlos más transparentes y accesibles. No es justo que una paciente, en medio de su enfermedad, tenga además que lidiar con trámites burocráticos interminables. Nuestro sistema debe ser humanizado, pensar en la persona más que en los papeles.

Además, es fundamental modernizar el sistema, incorporando herramientas de inteligencia artificial (IA) que permitan optimizar y agilizar los procesos. La IA puede ayudar a personalizar las rutas de atención, anticipar necesidades y reducir los tiempos de espera, lo que aliviaría la carga administrativa, tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Al integrar estas tecnologías, podemos avanzar hacia un sistema más eficiente, accesible y centrado en las personas.

**Su estilo para abordar la crisis por las listas de espera ha sido muy directo. ¿El Ministerio de Salud ha sido receptivo con sus críticas?**

He sido directa, porque la realidad lo exige; cuando hablamos de cáncer, cada día cuenta. El Ministerio de Salud ha escuchado y, en algunos casos, ha habido avances, pero aún queda mucho por hacer. Mi rol es ser una voz firme por las pacientes, y seguiré levantando la voz hasta que todas tengan el acceso a la atención digna y oportuna que merecen.

**Además de las listas de espera y de la falta de un Registro Nacional del Cáncer, ¿qué otra urgencia le han planteado los pacientes o usted misma ha visto?**

La incorporación de nuevas terapias es fundamental. Hoy, existen tratamientos avanzados que no están al alcance de todas las pacientes, y eso es inaceptable. Otra urgencia es mejorar el acceso

FOTO: REVISTA VELVET / CARLOS ORTEGA



**“Es fundamental modernizar el sistema incorporando herramientas de inteligencia artificial (IA) que permitan optimizar y agilizar los procesos”.**

a cuidados paliativos y al apoyo psicológico, porque el cáncer no solo afecta el cuerpo, sino también la mente y el alma de las personas. Debemos ver la atención de forma integral. En la Fundación impulsamos firmemente estas iniciativas.

### **¿Cuál es la mayor alegría que le ha dado la Fundación Care?**

La mayor alegría ha sido ver el impacto real en la vida de las personas. Es invaluable saber que, en horas, una mujer accedió a lo que esperaba durante meses. Es gratificante para todo el equipo ayudar a despejar las dudas en este camino que, ya de por sí, por la naturaleza de la enfermedad, está lleno de incertezas. Estamos creando una red de esperanza y solidaridad en todo Chile, y la estamos impulsando desde esta Fundación. **C**



# PREGUNTAS FRECUENTES

En la Fundación Care acompañan a los pacientes en todo momento, incluyendo esta etapa de incertidumbre y orientación administrativa. En esta sección, incluimos las respuestas a las interrogantes que más se repiten sobre el cáncer de mama.

## ¿CUÁNDO ES RECOMENDABLE REALIZARSE EXÁMENES GENÉTICOS?

1. Antes del cáncer, para saber si la persona tiene alguna mutación genética que produzca cáncer. En el 5% de los pacientes se producen cánceres generados por mutaciones específicas (mutaciones que predisponen a la enfermedad), como la mutación BRCA en cáncer de mama o las asociadas al síndrome de Lynch. En estos casos, los exámenes genéticos son importantes para identificar la mutación en los familiares cercanos al paciente, y así detectar el cáncer a tiempo.

2. Durante el cáncer, para dirigir los tratamientos. Se extrae una muestra del tumor (biopsia) y se analizan distintos marcadores moleculares. Para ello, se envía la muestra desde el servicio de anatomía patológica, donde está almacenada, a un laboratorio que cuente con el equipamiento para realizar los test moleculares, por ejemplo, para el análisis de los marcadores EGFR, ALK y PDL1 en cáncer de pulmón. Si surge alguna alteración positiva en el examen, se define la droga para tratar al tumor.

## ¿TENGO 40 AÑOS Y SOY FONASA. ¿DEBO HACERME LA MAMOGRAFÍA?

En Chile, las mamografías gratuitas están disponibles para mujeres entre 50 y 69 años, y permite que se realice este examen cada tres años para la detección del cáncer de mama. Sin embargo, se aconseja que desde los 40 años se comience con un chequeo preventivo anual, para que, en caso de tener cáncer, poder detectarlo en sus etapas más tempranas.

## SI EN MI FAMILIA HAY CASOS DE CÁNCER DE MAMA, ¿A PARTIR DE QUÉ EDAD DEBO EMPEZAR A HACERME MAMOGRAFÍAS Y CADA CUÁNTO TIEMPO?

Si tienes antecedentes familiares de cáncer de mama, es recomendable realizarse mamografías a partir de los 10 años antes de la edad a la que tu familiar fue diagnosticada con la enfermedad. Por ejemplo, si un familiar fue diagnosticado a los 45 años, deberías empezar a hacerte mamografías a partir de los 35 años. La frecuencia recomendada es anual, para asegurar una detección temprana y eficaz de cualquier posible anomalía. Es importante seguir las indicaciones de tu médico, quien podrá ajustar el plan de vigilancia según tu situación específica.

## ¿PUEDO REEMPLAZAR LA MAMOGRAFÍA POR ALGÚN OTRO EXAMEN?

La mamografía no puede reemplazarse por otro examen en términos de detección temprana del cáncer de mama. Aunque la ecografía y la resonancia magnética son herramientas útiles para mujeres menores de 40 años con factores de riesgo o mamas muy densas, la mamografía sigue siendo el único examen que ha demostrado un beneficio claro en la mejora de la supervivencia para el cáncer de mama. Estos otros estudios suelen usarse en combinación con la mamografía, no como sustitutos.

## ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS PARA EL CÁNCER DE MAMA?

Los síntomas del cáncer de mama pueden variar, pero algunos de los más comunes son:

**Bulto en la mama:** un bulto o masa en la mama o en la axila, que puede sentirse diferente al tejido circundante.

**Cambios en el tamaño o forma de la mama:** alteraciones en la apariencia de la mama, como hinchazón o reducción.

**Alteraciones en la piel:** cambios en la textura de la piel de la mama, como enrojecimiento, arrugas o una apariencia similar a la piel de naranja.

**Secreción del pezón:** fluido que sale del pezón, que puede ser claro, sanguinolento o de otro color.

**Dolor en la mama:** dolor persistente en la mama o en el pezón, que no está relacionado con el ciclo menstrual.

**Cambios en el pezón:** inversión del pezón o cambios en su forma o textura.

Es importante recordar que estos síntomas no siempre indican cáncer de mama, pero si se presentan, se debe consultar a un médico para una evaluación adecuada.

## ESTOY AMAMANTANDO. ¿ME PUEDO HACER UNA MAMOGRAFÍA?

Si bien la mamografía no está contraindicada durante la lactancia, no es un buen momento para hacerla, porque la fiabilidad de detectar un cáncer precozmente es escasa. Se recomienda que la mamografía preventiva se realice seis meses después de dejar de amamantar. Si se detecta un bulto, consulte a su médico, para que determine los pasos a seguir.

## ¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS QUE HAY PARA EL CÁNCER DE MAMA?

El cáncer de mama se puede tratar de varias maneras. El médico, junto con un comité especializado, decidirán la mejor opción para cada caso.

**1. Cirugía:** puede ser una tumorectomía (quitar solo el tumor), mastectomía (quitar toda la mama) o una combinación. A veces, se pueden extraer ganglios de la axila. También es posible realizar una reconstrucción mamaria.

**2. Radioterapia:** usa rayos de alta energía para destruir células cancerosas. Se puede aplicar a distancia o, directamente, en el área afectada.

**3. Quimioterapia:** se administran medicamentos por vía intravenosa o en pastillas para atacar células cancerosas en todo el cuerpo. Puede ser antes o después de la cirugía, o para tratar metástasis.

**4. Hormonoterapia:** bloquea el efecto de los estrógenos, que pueden estimular el crecimiento del cáncer. Se toman pastillas por varios años, especialmente si el cáncer tiene receptores hormonales positivos.

**5. Terapias dirigidas:** usan medicamentos que atacan proteínas específicas en las células cancerosas, como el trastuzumab para el cáncer HER2 positivo.

CÁNCER DE MAMA  
EN MENORES  
DE 40 AÑOS

# DEMASIADO JÓVENES



Victoria supo que tenía  
cáncer de mama cuando  
tenía siete meses de  
embarazo.



## **VICTORIA PARRAGUEZ SUPO QUE TENÍA CÁNCER DE MAMA CON SIETE MESES DE EMBARAZO:**

“Me tocaba un porotito y este empezó a crecer. No me querían hacer la biopsia, por mi estado. Decían que a mis 26 años era muy joven, que era de agua. Insistí. Me indujeron el parto a los dos días y un mes después entré a pabellón. Para mí, un gran dolor fue no poder amamantar a mi hija, porque me cortaron la lactancia para realizar la mastectomía”.

Historias como la de Victoria (36), fotógrafa y mamá de una niña de 10 años, no encajan en el típico caso de la paciente enfrentada a un cáncer de mama. De hecho, el programa del Ministerio de Salud ofrece acceso a una mamografía recién a los 50 años, aunque es la principal causa de muerte entre las chilenas en edad reproductiva.

Frases como “eres demasiado joven” suelen repetirse ante cualquier alerta, incluso entre profesionales de la salud.

“Habitualmente, consultan más tarde y también son derivadas tardíamente porque no se sospecha de algo maligno”, explica Marcela Amar Catalán, cirujana de mama de las clínicas Dávila y MEDS. “Sin embargo, estos tumores suelen ser más agresivos y, desde el momento en que se palpa algo hasta que consultan, han crecido mucho”, agrega.

El cáncer de Victoria aún no se había propagado más allá de los ganglios (estadio II) y era hormonodependiente; es decir, crecía gracias a las hormonas que producía su cuerpo, como el estrógeno.

Después de la cirugía, radio y quimioterapia, tomó tamoxifeno durante cinco años, con todo lo que implica cortar la producción de estrógenos en una mujer: síntomas parecidos a la menopausia, falta de deseo sexual, fatiga y graves complicaciones en caso de querer tener otro hijo.

“Las mujeres jóvenes suelen tener mejor respuesta al tratamiento, por la biología del tumor, pero como tienen más años de vida por delante, hay que estar muy atentos a las recaídas”, advierte el doctor Fernando Cádiz, mastólogo de la Clínica Alemana y miembro de la Sociedad Chilena de Mastología.

Fue el caso de Victoria. Casi seis años después, sintió un dolor en el esternón. Vino la pandemia y recién con el retiro del 10% de la pensión, pudo pagar y realizarse los exámenes. Tenía metástasis.

Le dijeron que la única opción era el fármaco ribociclib. Como esta terapia de alto costo no estaba en el GES, comenzaron las rifas y, luego, presentó un recurso de protección, que ganó en noviem-

**Victoria y Marcela fueron diagnosticadas a una edad en que muchas mujeres recién piensan en formar una familia. Esta realidad asusta y plantea varias incógnitas: debido a la falta de un Registro Nacional del Cáncer no sabemos con exactitud la cantidad de pacientes menores de 40 años con cáncer de mama ni cuál es el tipo más frecuente que enfrentan. ¿Hay un aumento real de estos casos?**

**POR SONIA LIRA**



bre pasado. Sin embargo, una nueva metástasis, esta vez a la columna, le anunció hace un par de semanas que el medicamento había dejado de funcionar. Hoy, está con tratamiento para el dolor.

“Influyó mucho el estrés de no saber cómo costear el fármaco de alto costo”, dice Victoria.

## VIGILANTES

“En las pacientes jóvenes hay que sospechar de una mutación genética solo por la edad, no necesariamente porque tengan antecedentes familiares. Las mutaciones más comunes son BRCA 1 y BRCA 2, pero hay muchos otros genes involucrados en el cáncer de mama”, explica la doctora Amar.

Por eso, una vez confirmado el diagnóstico, este grupo debería realizarse un estudio genético para descartar una mutación y, de existir, entrar a un programa de vigilancia de detección temprana de cáncer de mama y ovario.

El doctor Cádiz coincide y plantea controles más estrictos en caso de existir una mutación “bajando la edad de los chequeos (resonancia de mama) de los 45 a los 25 años: es muy importante el análisis caso a caso que nos lleve a descubrir un patrón específico”. Y agrega: “Hasta ahora, sabemos que son más agresivos, por lo que solemos ver muchos casos de tumores del subtipo molecular triple negativo y también del subtipo HER2 positivo, pero falta un registro nacional que lo confirme”<sup>1</sup>.

Fue precisamente con un diagnóstico de cáncer HER2 positivo que partió la historia médica de Marcela Jiménez.

Tenía 35 años cuando se palpó un nódulo en la mama izquierda, pero como había elecciones y tenía que cubrirlas —es periodista—, lo ignoró. Pasó un par de semanas y el bulto seguía allí. Se hizo la mamografía un martes a las ocho de la mañana y, por la tarde, recibió una llamada para presentarse al día siguiente. “Entienda, usted no tiene tiempo”, le dijo la secretaria del centro médico.

Después de la mastectomía, partió la quimio y la prescripción del fármaco trastuzumab, cuando este aún no entraba al AUGE. Pudo completar la terapia con la ayuda de su familia, compañeros y amigos. Hoy, está libre de enfermedad y no se cansa de repetir que se siente una privilegiada.

**“Para mí, lo más brutal fue la condena de no poder tener hijos, porque el cáncer se podía reactivar con el embarazo. (...) Al principio, encontraba todo muy injusto, pero con los años entendí que la vida quizá no es justa, pero sí es sabia”.**

**Marcela Jiménez, diagnosticada con cáncer a los 35 años.**

1 Entre los especialistas no hay consenso sobre el subtipo molecular de cáncer de mama que predomina entre las chilenas más jóvenes. Algunos se inclinan por el HER2 positivo y el triple negativo, pero otros creen que los hormonodependientes son igualmente relevantes. Al no haber un registro nacional de cáncer, no es información que se tenga disponible como país.

## Incidencia del cáncer de mama en Chile

Grupo etario	Tasa estandarizada por edad por cada 100.000 habitantes ( <i>Globocan 2022</i> )
0 a 9 años	0
10 a 19	0
20 a 29	8,1
30 a 39	33,1
40 a 49	68
50 a 59	101,9
60 a 69	132
70 o más	160
<b>Total</b>	<b>38,2</b>

**Fuente:** elaborado por CIPS-UDD a partir de datos de *Global Cancer Observatory* (2022).

“Como paciente joven, para mí, lo más brutal fue la condena de no poder tener hijos, porque el cáncer se podía reactivar con el embarazo. Estaba la opción de congelar óvulos, ya que mi hermana y mi prima se ofrecieron para una gestación subrogada, pero no quise. Al principio, encontraba todo muy injusto, pero con los años entendí que la vida quizá no es justa, pero sí sabia”, reflexiona Marcela, hoy, de 51 años.

### INOLVIDABLES

Cada vez nos enteramos de más casos como los de Victoria o Marcela, de mujeres jóvenes con diagnósticos oncológicos de mama. ¿Estamos ante una realidad corroborada por datos duros o ante historias con un mayor impacto?

Investigaciones como la de la American Cancer Society advierten un aumento de 17 tipos de tumores (mama incluido) entre *millennials* y generación X, asociados a cambios en el estilo de vida (obesidad, sedentarismo, etc.). Sin embargo, datos más acotados —recopilados en un estudio retrospectivo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center— sitúan los casos de tumores mamaros en menores de 35 años entre un 4% y un 6%.

En Chile, a pesar de que la Ley del Cáncer promulgada en 2020 obliga a contar con un re-

gistro nacional de la enfermedad, su inexistencia impide confirmar una tendencia.

Debido a este vacío, el incremento en pacientes jóvenes es, para un grupo de médicos, una realidad que ven en sus consultas; mientras que, para otros, es algo difícil de confirmar sin la existencia de un registro nacional. “La incerteza de la incidencia y tipo de cáncer de mama en mujeres jóvenes es un claro ejemplo de la necesidad imperiosa que tenemos como país de tener data que nos permita hacer políticas públicas acordes a las necesidades y características de la población”, dice Paula Daza, directora ejecutiva de CIPS-UDD.

Solo es posible citar publicaciones como las del *Global Cancer Observatory* (*Globocan 2022*), que estima la tasa de incidencia de tumor de mama entre los 30 y 39 años en 33 casos por 100.000 habitantes; mientras que sobre los 50 años supera los 100 casos (ver recuadro).

“Cualquier diagnóstico de cáncer impacta. Ahora, si es una persona muy joven, esta conmoción es aún mayor, porque está empezando a desarrollar su vida; no tiene hijos o, si los hay, son pequeños. Son historias que quedan más”, reconoce la doctora Amar.

Las de Victoria y Marcela son, con razón, de esas historias difíciles de olvidar. **C**



“AL EXAMEN FÍSICO NO  
LO PUEDE REEMPLAZAR  
UN ROBOT NI LA  
INTELIGENCIA  
ARTIFICIAL”

POR SONIA LIRA

LA CIRUJANA MARÍA EUGENIA BRAVO HA SIDO TESTIGO DE LOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA, QUE PASÓ DE LAS QUIMIOS MUY TÓXICAS A FÁRMACOS CON MENOS EFECTOS SECUNDARIOS; DE LAS MASTECTOMÍAS RADICALES A LA RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA. “NO HAY COSA PEOR QUE VER A UNA MUJER CUANDO DESPIERTA DE LA CIRUGÍA Y ESTÁ PLANA. Y ESTO VALE A CUALQUIER EDAD”, COMENTA.

**E**s un viernes por la tarde y la cirujana María Eugenia Bravo es la última en dejar la consulta. “Estaba con varios sobrecupos”, explica, mientras avanza veloz rumbo a la cafetería de la clínica. Es entusiasta, muy sociable y una encantada de su profesión, que aprendió de la mano de la primera maestra de la Cirugía en Chile, la doctora Yvonne Pabst.

Bravo se abrió camino entre bisturíes y suturas, cuando todavía liderar un pabellón era visto como una cuestión de hombres. “Era una especialidad bastante machista, aunque soy una agradecida de muchos médicos, como el doctor Arturo Jirón, quien creyó en mí y me integró al equipo de mama de la doctora Pabst”, recuerda.

Desde los años noventa a la fecha, ha sido testigo de varias revoluciones en el tratamiento del cáncer de mama, enfermedad que es la primera causa de muerte entre las chilenas en edad reproductiva: cada tres horas, una mujer recibe este diagnóstico en nuestro país.

Titulada en la Universidad de Chile, hoy, es jefa del Centro de la Mama de la Clínica Alemana y directora de la Corporación Yo Mujer.

#### **¿Por qué se especializó en mama?**

Fue circunstancial. Estaba con mi beca de cirugía en la Posta 3 y me encantaba urgencias. Mi jefe, el doctor Jirón, me dijo que quería que me quedara en el servicio, pero en el equipo de mama. Fue como “¿Por qué mama? ¡Qué fome!”, y él me respondió: “Me lo vas a agradecer”.

#### **¿El doctor tenía razón?**

¡Claro! Me encanta lo que hago y hasta el día de hoy se lo agradezco. Partí en el equipo de mama del hospital San Juan de Dios, que dirigía la doctora Yvonne Pabst, primera maestra de la Cirugía en Chile. Fue un privilegio ser formada por la mujer que consiguió el primer mamógrafo para Chile y fundó la Sociedad Chilena de Mastología. Venían de otros países a atenderse con ella, porque su fama era mundial.



### **Imagino que las cirugías de mama eran muy distintas entonces.**

No me tocó hacer mastectomías radicales, pero sí atendí a pacientes de la doctora Pabst que llegaban a la consulta sin músculo, por estas intervenciones del pasado donde les sacaban todo: la mama, los ganglios linfáticos y el músculo de la pared torácica. Vi inflamaciones del brazo horrosas (linfedemas) por estas disecciones axilares. Además, en su tiempo no había electrobisturí y las operaciones eran con bisturí frío, a tajo abierto. Suturábamos con lino, porque la seda, aunque ya ni se usa, era un lujo.

### **¿Qué revolución le tocó vivir en cirugía?**

¡El ganglio centinela! La doctora Pabst fue la gran impulsora de que aprendiéramos esta técnica maravillosa, que ayuda a identificar el o los ganglios linfáticos donde es más probable que se propaguen las células cancerosas. De esta forma, evitamos extirparlos en su totalidad y las secuelas que esto deja en las pacientes. Otro avance fue la reconstrucción mamaria inmediata con colgajos, que ella ya realizaba junto a un cirujano plástico. Recuerdo que la doctora siempre decía que la reconstrucción es parte del tratamiento y no una cuestión cosmética.

### **¿Del tratamiento físico o psicológico?**

De ambos. No hay cosa peor que ver a una mujer cuando despierta de la cirugía y está plana. Esto vale a cualquier edad y es triste: muchas sienten vergüenza y renuncian a su vida sexual, incluso jóvenes. Con las distintas técnicas que han aparecido, cuando salen del pabellón, por lo menos ven un relieve.

### **Si tuviera que elegir un solo fármaco que haya causado un impacto positivo en las pacientes desde los noventa hasta ahora, ¿cuál sería?**

El trastuzumab marcó un hito. Recuerdo que, para incluirlo en el AUGE, un grupo de mujeres protestó y colgó sus sostenes en La Moneda. El

**“EL TRASTUZUMAB MARCÓ UN HITO. RECUERDO QUE, PARA INCLUIRLO EN EL AUGE, UN GRUPO DE MUJERES PROTESTÓ Y COLGÓ SUS SOSTENES EN LA MONEDA”.**

fármaco aumentó en forma significativa los años de vida de las pacientes con un tumor del subtipo HER2 positivo. Estas drogas, conocidas como anticuerpos monoclonales, están revolucionando las terapias de muchos cánceres. Las inmunoterapias, por ejemplo, sirven en un porcentaje de los tumores triple negativo, que es muy agresivo. Detrás encontramos los avances en genética, que ayudan a identificar mutaciones y también a pronosticar el resultado de algunos tratamientos.

### **¿Es distinto el perfil de la paciente que llega hoy a consultar?**

Sí. En mis inicios, vi a muchas mujeres con cánceres en estadio IV; o sea, avanzadísimos, con tumores de 10 centímetros. Con los años, fui testigo de cómo esta enfermedad cada vez se detecta en forma más precoz, gracias a la introducción de la mamografía y a las campañas de educación. Aunque queda mucho por hacer.

Las pacientes no ocupan todas las mamografías gratuitas que entrega el Estado. La cobertura de este examen debe ser de un 70% si queremos tener un real impacto, y en Chile apenas alcanza un 35%, según un estudio de 2020.

### **Como entusiasta de la tecnología, ¿hay algo en que esta no pueda reemplazar al médico en su especialidad?**

En el examen físico. No lo puede reemplazar ni un robot ni la IA. A mí me ha costado incluso la telemedicina, porque creo que es indispensable tocar, palpar, tener un contacto personal con la paciente. Hay que ir acomodándose a técnicas como la cirugía robótica y la IA, pero de una forma inteligente. **C**



## Nueva Sede Manuel Montt

# ¡Ahora más cerca de ti!

★ Oncología

★ Dermatología

★ Cardiología

★ Ginecología

★ Kinesiología

★ Nutrición

★ Psicología

★ Urología

★ Cuidados Paliativos

★ Estudios Clínicos





📍 Av. Manuel Montt 472, Providencia. Centro Médico Manuel Montt

¡Contáctanos!

☎ + (56) 2 2599 2900

✉ contacto@oncovida.cl

🌐 www.oncovida.cl

¡Síguenos en nuestras redes sociales! **Oncovidachile**    

Cáncer

# SIGNOS DE ALARMA

¿En qué me debo fijar si soy mujer?

## Pulmones •

- » Tos que dura tres semanas o más.
- » Cambios en la tos que has tenido antes.
- » Infección pulmonar que no mejora.
- » Sensación de falta de aire.
- » Toser sangre.
- » Perder la voz por tres semanas o más.
- » Dolor en tu pecho u hombro que no mejora.
- » Bajar de peso sin razón obvia.
- » Sentirse más cansada de lo habitual.

## Mamas •

- » Nódulo palpable que no estaba anteriormente.
- » Cambios en tus pezones, picazón, descarga líquida o sangramiento.
- » Cambios en la piel de tu pecho, enrojecimiento, granitos u hoyuelos (piel de naranja).
- » Cambios en la forma de tus mamas.
- » Incomodidad constante.

## Piel

- » Lunares o manchas de forma irregular o no redondos.
- » Aparición de heridas (úlceras).
- » Lunares o manchas color poco usual o de más de un color.
- » Lunares o manchas que crecen en el tiempo.





## Síntomas abdominales

- » Sangramiento en las deposiciones.
- » Cambios en tu tránsito normal (más frecuente o menos de lo habitual).
- » Dolor o nódulo en el abdomen o en el recto.
- » Sensación de pujo rectal.
- » Sentirse saciada rápidamente o no querer comer mucho.
- » Bajar de peso sin razones obvias.

## Uterino

- » Sangramiento entre reglas o después de la menopausia.
- » Sangramiento con más flujo de lo habitual.
- » Flujo vaginal con sangre o de mal olor.
- » Sangrado durante o después de tener relaciones sexuales.

## Urinario

- » Sangramiento en la orina.
- » Dolor en lumbar alta.

## Ovarios

- » Sensación de hinchazón la mayoría del tiempo.
- » Dolor en tu vientre bajo o la pelvis la mayoría del tiempo.
- » Cambios en tus hábitos intestinales, como diarrea o constipación.
- » Dolor de espalda.
- » Sentirse cansada todo el tiempo.





TENIENTE SOFÍA SABA,  
CARABINERA

## “SOY MUY DE BUSCAR SOLUCIONES, DE IR PARA ADELANTE”

Hace dos meses, volví a trabajar como carabini-  
ra, ya con mi pelo lo suficientemente largo como  
para tomármelo en un tomate y vestir de nuevo  
el uniforme. Escribo feliz estas palabras en mi  
oficina de la Prefectura Santiago Oriente, porque  
me encanta lo que hago, aunque al comienzo fue  
triste tener que renunciar al trabajo en la calle:  
las cicatrices de mi mastectomía están demasia-  
do frescas como para ponerme otra vez el cha-  
leco antibalas. Pero si hay algo que aprendí con  
mi diagnóstico de cáncer de mama —y de todo  
el proceso que siguió y sigue— es que el presente  
es todo lo que tenemos y el futuro algo que no  
podemos controlar.

Acepté dar este testimonio porque, con mi  
bitácora en redes sociales, comprendí que una  
puede ser un aporte para quienes pasan por una  
situación similar, junto con ayudar a detectar  
de forma temprana un tumor en mujeres jóve-  
nes que no acuden regularmente a realizarse una  
mamografía.

Yo tenía 24 años cuando, en octubre de 2022,  
me confirmaron que lo mío era cáncer de mama  
en estadio III; o sea, ya se había propagado a una  
región amplia de la mama y tenía varios ganglios  
linfáticos comprometidos. Luego de haber pasa-  
do por la quimio, la radioterapia y una mastecto-  
mía, compruebo que, en su momento, no le tomé  
el peso a lo que me anunciaban los médicos. Lo  
que pasa es que soy muy de buscar soluciones,

La teniente que emocionó  
a millones de seguidores  
con su bitácora en redes  
sociales cuenta aquí, en  
primera persona, cómo fue  
documentar su proceso tras  
recibir el diagnóstico de  
cáncer de mama. También  
escribe sobre la importancia  
de que las mujeres más  
jóvenes aprendan a  
conocer su cuerpo para una  
detección temprana.

de ir para adelante, aunque siempre seguí riguro-  
samente las indicaciones de los especialistas del  
Hospital de Carabineros, donde mi atención fue  
cubierta por Dipreca.

Recién con los efectos de la primera quimio,  
cuando estaba botada en la cama y lloraba por el  
malestar y las náuseas, entendí realmente por lo  
que estaba pasando.

Busqué en las redes sociales casos como el  
mío y encontré el de Miranda McKeon, la actriz  
de la serie *Anne with an E*, y que documentó su  
cáncer a los 19 años. Ella me inspiró, pero me di  
cuenta de que la mayoría de los testimonios era

**“Si hay algo que aprendí con mi diagnóstico de cáncer de mama —y de todo el proceso que siguió y sigue— es que el presente es todo lo que tenemos y el futuro algo que no podemos controlar”.**

de gente mayor y que solo ponían el inicio y el final del tratamiento. Faltaba alguien que completara esos vacíos, que aclarara las dudas que una, como paciente, se hace a diario y que no son cuestiones médicas para las que solo está autorizado a responder un profesional de la salud.

Fue así como nació mi bitácora. Hoy, puedo decir que, además de servir de guía para mis seguidores, también me ayudó a aliviar la ansiedad y a encontrar un propósito a todo lo que estaba viviendo.

Entre lo que más me preguntaban estaba “¿Cómo supiste que tenías cáncer?” o “¿Cuándo comienza a caerse el pelo con la quimioterapia?”. Este último tema es, para muchas mujeres, de gran importancia y, muchas veces, se minimiza: para mí, perder el pelo fue muy fuerte, porque lo tenía largo, lo cuidaba y era parte de mi identidad.

Recuerdo que el posteo que tuvo mayor impacto fue una compilación, donde aparecía antes del tratamiento y le decía a mi pololo (en un texto sobre las imágenes) que no tenía para qué vivir toda esta enfermedad conmigo, que era libre de continuar con su vida, que lo soltaba. Pero al final del video, él, quien también es carabinero, me abrazaba cuando ya estaba completamente calva;


o sea, estuvo conmigo durante todo el proceso. Ese posteo en TikTok tuvo 10 millones de reproducciones y más de 2 millones de “me gusta”.

Hoy, no estamos juntos, por razones que no tienen nada que ver con la enfermedad. Seguimos siendo muy buenos amigos.

Es increíble la cantidad de cosas positivas que una puede comunicar por medio de sus redes y la buena onda que recibe de la gente —salvo el típico desubicado, pero es algo marginal—, el apoyo y la energía. Incluso me llegaron comentarios de otros países de América y Europa.

Antes de volver a trabajar, también hice charlas de concientización en la Escuela de Carabineros, en la de Formación y en la Escuela Militar. Igual que en mi TikTok, pongo énfasis en la necesidad del autoconocimiento del cuerpo y del autoexamen mamario en las jóvenes. También en las señales que van más allá de palparse un bulto, como sentir picazón y observar piel de naranja en el pezón, que fueron dos de las señales que me pusieron en alerta.

Ya que mi tumor creció por las hormonas que produce el cuerpo, como el estrógeno, debo tomar tamoxifeno por cinco años, que es un fármaco que bloquea la producción hormonal. Además, mi doctor me sugirió que me extirpara la otra mama y los ovarios, para disminuir los riesgos de una recaída. Pero en ese momento no quise, porque tenía muy presente la idea de tener hijos. De hecho, antes del tratamiento, congelé óvulos y, aunque hoy formar una familia no es mi prioridad, no tengo pensado someterme a esas cirugías preventivas.

¿Quién soy yo, a mis 26 años, para limitar a la Sofía de los 35 años? Esta decisión tiene que ver con el remezón de aprender a vivir el día a día, sin tanta ansiedad ni miedo por lo que pueda ocurrir en el futuro. 

.....

(\*)La teniente Sofía Saba tiene cerrado temporalmente su TikTok (@topitoms\_) por razones profesionales. Está concentrada en su trabajo y en postular a una carrera como docente en Carabineros.





# CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA

**La Medicina Preventiva y la Actividad Física se unen para tu bienestar.**



RESERVA TU HORA

En Clínica MEDS sabemos que la prevención es el mejor entrenamiento. Te invitamos a conocer nuestro Centro de Medicina Preventiva donde encontrarás un servicio integral de prevención, diagnóstico y seguimiento personalizado para toda la familia, y para empresas que cuidan del bienestar de sus colaboradores.

## Programas Preventivos:

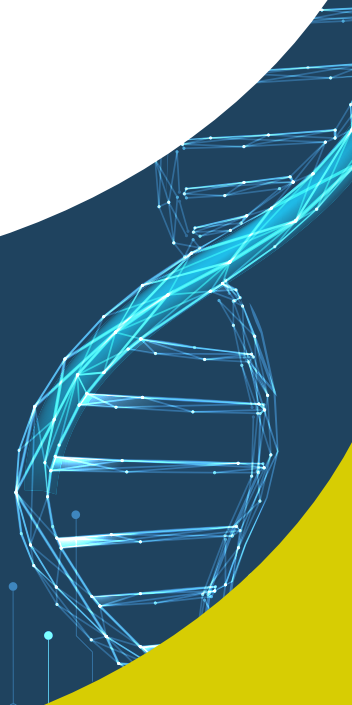
- Hombre
- Adulto Mayor
- Mujer
- Empresas
- Niños(as)

\*Consulta por tu programa personalizado en [MEDS.CL](https://www.meds.cl)

## UNIDAD DE MEDICINA DE PRECISIÓN

Si la clave es la prevención, el futuro de tu salud está en la medicina de precisión y en el análisis de nuestro código genético. En Clínica MEDS contamos con el único y más completo centro para el estudio del exoma, y así cuidar de tu salud y la de toda tu familia.

Si quieres conocer lo que dice tu genética, este centro te permitirá contar con información sobre tus orígenes, tipo de alimentación, deportes a realizar, predisposición a enfermedades y mucho más.







“ESTE ESTUDIO NOS  
ENSEÑÓ LO INVISIBLE  
QUE ES SER UNA  
MUJER JOVEN CON  
CÁNCER DE MAMA EN  
EL SISTEMA DE SALUD  
CHILENO”

**POR NOELIA ZUNINO**

La enfermera matrona Báltica Cabieses y la antropóloga Alexandra Obach, ambas investigadoras senior del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM-UDD), analizan en esta entrevista, tras un estudio donde les dieron voz a las mujeres, cuáles son las principales inequidades terapéuticas percibidas por las pacientes jóvenes con cáncer de mama.

**V** En plena cuarentena por COVID-19, planes Paso a Paso y cordones sanitarios, un grupo de investigadores del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo se sentaba frente al computador para realizar entrevistas a más de cincuenta pacientes con cáncer, profesionales de la salud y cuidadores. Entre ellos estaban la enfermera matrona (PhD) Báltica Cabieses y la antropóloga (PhD) Alexandra Obach, encargadas del estudio cualitativo “Necesidades y brechas percibidas de acceso a tratamiento en mujeres que viven con cáncer de mama en Chile”. El objetivo era indagar estas brechas en la voz de los protagonistas. El equipo de investigación estaba compuesto también por Francisca Vezzani, antropóloga social.

### ¿A qué reflexión llegaron, luego de escuchar a estas pacientes jóvenes?

**Báltica Cabieses (BC):** Lo primero es la importancia de monitorizar la experiencia de las personas en su relación con el sistema de salud. Quienes atienden en el sistema no necesariamente comprenden a cabalidad cómo se vive desde el otro lado, desde la vereda del usuario y sus experiencias concretas. No es por falta de empatía, sino por falta de conocimiento de cómo se vive la trayectoria terapéutica dentro del sistema de salud, lo que genera importantes distancias con las personas.

La otra reflexión que surge de este estudio es la profunda brecha que hay del lado del sistema de salud cuando la persona ya terminó sus años de seguimiento o control. No hay un acompañamiento más allá del sistema de salud, en la rehabilitación y reinserción de la persona que quizás tuvo resección mamaria o quedó infértil o con cardiopatía, por el tratamiento recibido, o perdió su trabajo o ya no



### Alexandra Obach

**“La mujer joven con cáncer de mama está (...) excluida de la posibilidad de tener cáncer. Y esta exclusión se agudiza de manera importante en el sistema público, en comparación con el sistema privado”.**



**Báltica Cabieses**  
**“Hay una normalización y una infantilización del síntoma, porque son jóvenes. Dejar de invisibilizar los síntomas (...) debe ser un objetivo del sistema de salud”.**

puede cuidar con la misma fuerza o energía a sus hijos. Pareciera que el sistema le hace un gran *check* después de los años de control y seguimiento postratamiento, pero la persona no está necesariamente lista en ese momento o no volverá a ser la misma de antes, y no hay un acompañamiento de rehabilitación real en ese proceso.

Lo tercero que este estudio nos enseñó es lo invisible que es ser una mujer joven con cáncer de mama en el sistema de salud chileno. Este estudio concluye que hay una percepción general de ceguera hacia la mujer joven como persona. En este sentido, observamos que, muchas veces, se la invalida en el conocimiento que tiene de su propio cuerpo, de su sistema de creencias y su forma de ver el mundo. Es como si por ser joven su conocimiento no tuviera el mismo valor.

### **Alexandra, ¿cómo describirías esa brecha hacia la mujer joven con cáncer de mama?**

**Alexandra Obach (AO):** La mujer joven con cáncer de mama está, además de invisibilizada, excluida de la posibilidad de tener cáncer. Y esta exclusión se agudiza de manera importante en el sistema público, en comparación con el sistema privado.

Es decir que si tienes un cáncer antes de los cuarenta, el sistema privado te da algún tipo de entrada, incluso pagando de tu bolsillo, aunque sea difícil. Porque tienden a decir, por ejemplo, “si a las mujeres jóvenes les diera cáncer, va a ser muy difícil hacerles una mamografía, porque sus mamas son muy densa”, pero tienes algún tipo de entrada porque, por último, puedes hacer un gasto a través de Isapre, una mamografía y una eco mamaria.

En el sistema público es imposible. No puedes acceder a algún tipo de *screening*, porque no está indicado por norma. Entonces, el sistema público y, por ende, las guías clínicas en este tema tienen excluida a la mujer joven como una mujer que puede ser investigada por sospecha de cáncer de mama. Es un problema estructural, que no tienes cómo entrar para hacerte una mamografía por el sistema público si no tienes más de cuarenta años. Esto es un enorme desafío hoy.

### **¿Creen que se necesita un cambio cultural y al interior del sistema de salud para que empecemos a mirar y educar a las mujeres de cuarenta?**

**AO:** Creo que hay que hacer cambios en dos niveles. Primero, se puede hacer un cambio cultural o una sensibilización. Segundo, se requiere un cambio estructural de normativa a nivel político, o será muy poco lo que se pueda hacer, porque el médico del sistema público va a decir: “Bueno, yo estoy súper sensibilizado, pero no ten-

go la norma técnica que me permita enviar a esta mujer a hacerse los exámenes correspondientes”. Entonces, tendrá que mandarla al privado, y esa mujer quizás no tenga para pagar la mamografía, generándose así una gran brecha para el estudio diagnóstico de esa mujer. Toda transformación tiene que ir de la mano con un cambio estructural de fondo, de que haya una disminución en la edad del *screening* poblacional. Que eso suceda también es súper difícil.

A esto se agrega otra brecha importantísima, que es la territorial, porque el diagnóstico en la región Metropolitana ya es un desafío si eres joven, pero si a esto le sumas que vives fuera de Santiago o de la región, y en sectores rurales, esa brecha aumenta todavía más. Entonces, las personas tienen que hacer un gran gasto de su bolsillo para poder llegar a atenderse, y hay mucha gente que simplemente prefiere decir: “Que sea lo que Dios quiera”, y no continuar con la sospecha diagnóstica.

### ¿Tirar la toalla? ¿No tratarse?

**AO:** Claro, porque es tanto lo que tienes que recorrer, que tienes que ir de Aysén a Puerto Montt, con una atención que quizás no será la óptima, y mujeres que se hacen el tratamiento. Y cuando tienes que viajar, dejas a tus hijos para hacerte una quimio; tienes que trasladarte y alojarte. En estos casos, muchas personas dicen: “Mejor estoy el tiempo que sea con mis hijos por una mejor calidad de vida y ya”. Es resignarse a que el sistema no le dé la sobrevida que necesita. La brecha territorial es muy fuerte.

**Ustedes descubrieron que la ruta de las mujeres jóvenes con cáncer de mama en el sistema público es más larga que en el privado. ¿En qué fase de la enfermedad empiezan a ampliarse esas brechas?**

**BC:** Desde el principio, y se van sumando. El sistema público tiene más demoras en los tiempos comprometidos por ley, pero además tiene más cuello de botella, que son momentos donde el pa-

ciente se estanca en la navegación del sistema. Y se estanca porque no tiene la información para saber dónde seguir o para seguir navegando activamente o porque no hay horas de médicos, exámenes o especialistas. Muchos creen en “le vamos a llamar”. Pasó un año y nadie llamó, y no saben qué hacer.

Entonces, hay estancamientos desde los primeros síntomas hasta que te atreves a consultar. Las mujeres con menor educación tienen menor conocimiento del sistema y su funcionamiento, y se demorarán más en llegar. Eso se relaciona con el nivel educacional de la persona, siempre. Tu empoderamiento tiene que ver con que manejas información, y mientras más educada eres, más información manejas.

Otra demora la da el sistema. Por ejemplo, en el sistema público, una joven con dudas consigue hora con un médico general de la atención primaria, y ese médico le puede decir que si le sigue doliendo en seis meses, que vuelva a consultar. Porque si tienes treinta años, la posibilidad de un cáncer de mama no está en su esquema de diagnóstico diferencial.

En el estudio, tenemos relatos de mujeres que decían: “Me sangraba el pezón y me dijeron que era normal, porque era muy joven”. Eso es inconcebible. Hay una normalización y una infantilización del síntoma, porque son jóvenes. Y todo eso pasa más en el sistema público que en el privado. Dejar de invisibilizar los síntomas, aunque sean personas jóvenes, debe ser un objetivo del sistema de salud. **C**

**ESCANEA EL CÓDIGO QR  
PARA VER EL ESTUDIO  
COMPLETO.**





# PÁSAME EL DATO

Quién mejor que las propias pacientes para recomendar los productos y servicios que ayudan a las mujeres que pasaron (o pasan) por un cáncer de mama. Aquí, algunas de ellas recomiendan esos datos que, muchas veces, buscamos y no encontramos.



## UN COJÍN CON CORAZÓN

**Marta Marabolí:** “A las mujeres con inflamación en sus brazos por una mastectomía, les recomiendo este cojín en forma de corazón. En 2014, pasé por una cirugía con extracción de ganglios linfáticos y aún me provoca dolor e incomodidad (linfedema). Me anoté en el Instagram @de.corazon.a.corazon.chile y me regalaron uno de inmediato. Fui la primera en recibirlo. Despierto sin molestias, con mi brazo descansado, ya que todas las noches me lo pongo entre este y la mama. Ojalá que muchas pacientes lo puedan tener, para reducir esas molestias que, tantas veces, son invisibilizadas. ¡Solo tienen que llenar el formulario que aparece en el Instagram de esta organización sin fines de lucro!”

## COACHING CON ALMA

**Pamela Novoa:** “El acompañamiento de la *coach* Verónica García (mvgarciaa@gmail.com) fue muy enriquecedor para mi proceso de sanación, que no ha resultado fácil. Le agradezco mucho ese tiempo, en especial, por las experiencias compartidas y porque, como enfermera, conoce de primera mano lo que sentimos las mujeres con cáncer de mama. Verónica forma parte del centro de *coaching* para pacientes oncológicos Con Alma y Sin Intención y también se la puede contactar en la Fundación Care. Tener a alguien con quien conversar ‘de verdad’ es algo que debería ser parte del tratamiento de una enfermedad como el cáncer”.

**Natalia Castro:** “La experiencia con mi *coach* Dulia Ortega a través de la Fundación Care fue de gran significado. Durante las sesiones que tuve con la doctora (también es radióloga), pude abordar el principal miedo que tenía: que el cáncer regresara. Quizá este temor no puede desaparecer del todo, pero sí es posible resignificarlo si fortalecemos nuestras dimensiones personales y profesionales en este hermoso camino que es la vida. Totalmente agradecida de la labor de la doctora, que forma parte del centro de *coaching* Con Alma y Sin Intención, y a quien se la puede ubicar en la Fundación Care o en su e-mail (duliaortega@gmail.com)”.



Verónica García



Dulia Ortega

## EL INGENIO DE MY NIPP

**Lorena Llanos:** “Para mí, fue como un regalo caído del cielo. Pasar por una mastectomía que, además, incluye remover el pezón es bastante fuerte. My Nipp es un emprendimiento femenino que construye prótesis de silicona personalizadas del complejo areola-pezón muy realistas. Este producto lo venden y también lo donan a través de la Fundación Care, por un convenio entre ambos. ¡Grande fue mi sorpresa cuando me dijeron que yo era una de las beneficiadas! Creo que @my\_nipp ayuda al proceso de recuperación tan necesario que viene luego de que sales del pabellón”.



## ¡SONRÍAN!

“Victoria Parraguez es dueña del espacio fotográfico @victoriaeisabellastudio, que creó luego de ser diagnosticada con cáncer de mama. Su emprendimiento ha resultado todo un éxito entre quienes buscan retratarse con sus hijos (los niños son su especialidad) o en las producciones temáticas que realiza. Consciente de lo que significa enfrentar un cáncer mamario, Victoria regala a las mujeres que hayan tenido o estén pasando por esta enfermedad, una sesión con cuatro fotografías de regalo. El maquillaje está incluido en esta experiencia que, según explica, ‘es una inyección de energía’ para quien está tanto al frente como detrás de la cámara”.





FOTOS: JUAN FARIAS



Mónica Hernández y Paula Farías entrenan cada semana en la laguna Carén con el equipo Fortale-Senos.



ALTA EN PACIENTES  
ONCOLÓGICAS

# EL DÍA DESPUÉS

POR SONIA LIRA



¿La última sesión? Ya sea de quimio, radioterapia u otro tipo de tratamiento, nadie sabe muy bien qué nombre ponerle al momento en que una paciente oncológica es dada de alta.

“Toqué la campana en la consulta y mi familia me hizo una fiesta. ¿Qué digo ahora?, ¿tengo cáncer?, ¿no tengo cáncer?, ¿cuándo puedo anunciar que efectivamente estoy curada?”, reflexiona Daniela Rojas, psicooncóloga en la consultora Acompasar, sobre el día después de una persona que es declarada libre de la enfermedad. Y agrega: “Siempre pongo el ejemplo de que es como el frenazo de un ferrocarril, en que se vienen todos los vagones encima: los recuerdos, el proceso vivido, el miedo al futuro”.

La publicista Karina Bascur, por ejemplo, se dio cuenta de que su pareja no la apoyó cuando quiso tener un hijo. En 2016, con 33 años, dejó de tomar anticonceptivos para formar una familia, pero un tumor agresivo ni siquiera le dio tiempo a congelar óvulos antes de iniciar las terapias. En 2018, la enfermedad volvió a aparecer y entró a pabellón para una mastectomía.

“En esta segunda oportunidad, cuando terminé con todos los tratamientos, inicié un periodo de reflexión. ‘Algo no hice bien’, ‘algo no aprendí’, me decía. Fui a terapia y empecé a cambiar con mi familia, con mis amigos, con todos. Fue un motor para hacer lo que en verdad quería y que, muchas veces, había postergado por no ponerme a mí en primer lugar”, reflexiona.

**Muy romantizada y exigente. Así consideran los expertos la etapa que comienza para las mujeres una vez que termina lo más duro de un tratamiento de cáncer de mama. El entorno espera que todo vuelva a ser como antes lo más rápido posible, cuando lo habitual es que las pacientes inicien una profunda reflexión sobre lo vivido. “Esta enfermedad tiene sus fantasmas”, cuenta Paula en este reportaje.**



**“En la medida en que cambia la percepción de tu cuerpo, en que ronda la amenaza de la pérdida del deseo del otro o del tuyo, la sexualidad la vives de una forma distinta”.**

**Daniela Rojas,  
psicooncóloga.**

Entre los pendientes de Karina estaba ser mamá. Fue a una clínica de fertilidad, pero la cantidad y calidad de sus óvulos no era la óptima. Debía someterse a un proceso de fertilización asistida con ovodonación. “Ahí empezaron los problemas con mi expareja, quien ya tenía tres hijos de una relación anterior, porque me dijo que a mí me correspondía hacerme cargo económicamente de todo. Entendí que, después de estar con él desde mis 21 años, no me quiso acompañar en lo que para mí era lo más importante. Me separé en 2020.”

Luego de este remezón, conoció a su actual pareja, con quien tuvo una hija en forma espontánea, sin tratamientos. “Pude sentir de una forma muy especial que estaba curada”, reflexiona.

El proceso que vivió Karina no es extraño.

Durante los momentos más duros, muchas veces, el día a día se impone. “Hasta que la vorágine de los tratamientos termina y la paciente mira para atrás y se pregunta: ¿Cómo estamos?, ¿salimos fortalecidos o, en realidad, estamos muy desconectados?”, explica la psicooncóloga.

## LOS FANTASMAS

Daniela Rojas, quien además es magíster en Comunicación Científica y Médica, advierte que la sobrevivencia está muy romantizada y con un nivel de exigencia excesivo.

“Están las expectativas del entorno, de que todo sea como antes lo más rápido posible. Esto contrasta con el estado emocional habitual de la paciente: abrumada, muy lábil, insegura de reinserarse en sus labores, en su trabajo, porque, además, queda por un tiempo considerable con los síntomas asociados a los tratamientos, como fatiga y funciones cognitivas más lentas”, explica.

Fue el caso de la educadora diferencial Paula Farías, a quien le diagnosticaron cáncer de mama en 2014. Pasó por una cirugía para sacar el tumor, quimio, radio y, recién en 2025, dejará el fármaco prescrito. “Después de que me mantuvieron ‘amarrada’ y, en el mejor de los casos, contenida, me sueltan y me voy para la casa. Ahí recién empiezas a comprender lo que viviste”, comenta.

Cuando terminaba de preparar el desayuno a sus hijas, la profesora solo pensaba en ir de nuevo a acostarse y dormir. “Además, esta enfermedad tiene sus fantasmas, y uno es que vuelva a aparecer”, agrega.

“Uno de los temores frecuentes es a la recaída (vienen los controles y exámenes post-alta)”, confirma Rojas, “y quien lo necesite o deseé, debería tener un espacio terapéutico”.

Otro fantasma es el de la sexualidad.

“El 40% de las pacientes tendrá alteraciones en esta dimensión. En la medida en que cambia la percepción de tu cuerpo, en que ronda la amenaza de la pérdida del deseo del otro o del tuyo, la vives de una forma distinta. Además, aunque es una vivencia muy personal, está condicionada socialmente por estereotipos de género que si ya no cumplo, puede que dude de mi femineidad”, explica la psicooncóloga.

En el caso de Paula, la menopausia le llegó de sopetón: “Es común la falta de deseo y la sequedad vaginal. Quedas con miedo de que te toquen, sobre todo, la pechuga operada. Tu pareja tiene que darse el tiempo de volver a conquistarte. En mi caso, y soy una agradecida, los lazos con mi marido se afianzaron”. Para Karina, en cambio, la relación con su cuerpo fue complicada, ya que su expareja llegó a decirle: “¿Quién te va a querer llena de cicatrices?”.

## RECUPERAR, NO OLVIDAR

Lo que a Paula le da más rabia es quedar con el letrero de “tuve cáncer”. Sabe de personas a quienes les han rechazado hasta la licencia de conducir. Por fortuna, dice, este año fue promulgada la Ley del Olvido Oncológico.

“Desde el punto de vista financiero es muy útil, ya que permite evitar la discriminación de las aseguradoras de salud o de otras instituciones”, reflexiona la psicooncóloga Isabel Valles. “Sin embargo, el título de esta ley no es tan bueno si pensamos que es importante que el entorno recuerde que, por mucho que los tratamientos terminen, el proceso de recuperación psicológico, emocional y físico continúa”.

Paula encontró en el equipo de canotaje en bote dragón Fortale-Senos una ayuda clave para este proceso del que habla la psicooncóloga.

Fortale-Senos fue fundado en 2018 por la deportista Mónica Hernández (Premio Mujer Impacta 2022). En una de sus giras, coincidió con el doctor Don McKenzie, quien documentó los efectos positivos de esta modalidad náutica para la rehabilitación física y emocional de las mujeres con cáncer de mama.

“Yo nunca tuve cáncer, pero este deporte me dio tanto que quería devolverle la mano. He visto a muchas chicas salir de una depresión crónica gracias al canotaje”, comenta Mónica.

Hoy, Paula es representante nacional de las remadoras rosa, y testigo de cómo muchas pacientes siguen con su proceso de sanación tiempo después de recibir el alta médica. **C**



**“Es común la falta de deseo y la sequedad vaginal. Quedas con miedo de que te toquen, sobre todo, la pechuga operada. Tu pareja tiene que darse el tiempo de volver a conquistarte. En mi caso, y soy una agradecida, los lazos con mi marido se afianzaron”.**

**Paula Farías.**



# “LA SOCIEDAD CIVIL SE CANSÓ DE GOLPEAR PUERTAS”

POR SONIA LIRA | FOTOS: JUAN FARIÁS

**V**íctor Hugo Flores estaba en la primera fila de la Marcha de los Pacientes que organizó, en agosto, la Red Chile Unido por el Cáncer. Esa mañana, muchos sintieron que la sociedad civil volvía a movilizarse por temas de salud: era la primera manifestación masiva (participaron unas 80 agrupaciones de pacientes a lo largo del país) luego de la promulgación, en 2020, de la Ley Nacional del Cáncer. Allí estaban también la exsenadora Carolina Goic, artífice de la normativa, y la presidenta de la Fundación Care, Cecilia Bolocco, entre otros actores.

“La sociedad civil se cansó de golpear puertas”, dice enfático en esta entrevista el presidente de La Voz de los Pacientes, que hoy representa, según sus catastros, a más de 500 personas con diagnóstico oncológico y que, gracias a su radio *online* ([www.lavozde-lospacienteschile.com](http://www.lavozde-lospacienteschile.com)), ha logrado llegar a todo Chile.

La idea de crear la agrupación nació cuando este ingeniero comercial comenzó “a transitar”, según dice, por el sistema de salud, luego de que su madre, María Angélica, recibiera un diagnóstico oncológico hace ya nueve años. “Me dije: ‘no puede ser que personas como nosotros no sepamos cómo activas GES, dónde tienes que ir, los plazos y los tiempos que están establecidos por ley’”, recuerda Flores.

En plena pandemia, partió en El Quisco con su programa de radio, al que luego incorporó a los pacientes en la transmisión en vivo: “Fue muy inclusivo, ya que nos permitió salir a regiones, descentralizarnos y enterarnos de que en Futrono no tenían un mamógrafo”, agrega.

La Voz de los Pacientes alcanzó a trabajar en las mesas por la Ley del Cáncer, que “quedó muy bonita en el papel, porque aún no tenemos reglamento y, por lo tanto, tampoco un fondo público-privado destinado a inyectarle recursos”, advierte.

### **¿Cómo calificaría la situación de los pacientes desde la promulgación de la ley?**

Creo que ha sido nefasta, porque se juega con las expectativas de las personas. Falta salvar vidas, que es lo importante. Tenemos casi 15.000 prestaciones GES de cáncer en listas de espera al primer

**El presidente de la agrupación La Voz de los Pacientes, Víctor Hugo Flores, cree que la ciudadanía otra vez toma fuerzas para plantear sus demandas en salud. Señala como un hito la marcha realizada en agosto y anuncia la llegada de nuevos actores. En esta entrevista, explica los desafíos y hace una autocrítica a su sector por el agotamiento vivido luego de la promulgación de la Ley Nacional del Cáncer. “Quedó muy bonita en el papel”, advierte.**





**“Debemos dejar de lado el asistencialismo y ser más activos en la creación de las políticas públicas junto a los tomadores de decisiones. Para allá apuntan las organizaciones en formación”.**

semestre de 2024. Más de dos años y medio demoraron en sacar el listado DAC (drogas de alto costo), sin contar que hay algunas guías clínicas que no están actualizadas desde 2018. Falta voluntad política.

**¿Cuál es la autocrítica que haría a la sociedad civil por este panorama?**

Después de que se logró la Ley del Cáncer hubo un agotamiento de los actores. También faltó unidad. Hoy, estamos nuevamente arriba por todo lo que ha pasado, luego de la Marcha de los Pacientes por el Cáncer. La sociedad civil se empezó a mover y comenzamos a sumar a distintos actores, porque si hoy me voy a parar solo frente al Palacio de Gobierno, claramente no me van a escuchar. Debemos dejar de lado el asistencialismo y ser más activos en la creación de las políticas públicas en salud junto a los tomadores de decisiones. Para allá apuntan las organizaciones en formación.

**¿Cuál fue el impulso para rearmarse?**

La sociedad civil se cansó de ir a mesas con los ministerios, con los seremis, con el Gobierno, con distintos parlamentarios. Hemos par-

ticipado en muchas comisiones de salud, tanto de la Cámara de Diputados como del Senado, y quedan en nada.

**¿Qué le parece el Plan Nacional de Cáncer que presentó el Ministerio de Salud?**

Siento que el ministerio quiere avanzar, pero el tiempo es ahora. No me puedo dar el lujo de decir “de aquí a 2027”, porque ¿cuántos muertos vamos a tener por esta enfermedad en esos dos años? Lo más importante ahora es solucionar el tema de las listas de espera. ¡Que se trabaje junto al sector privado, tal como se hizo en pandemia por el COVID! Ahí teníamos un registro y sabíamos cuántas personas estaban contagiadas, dónde estaban, cómo se movían.

**¿Qué otras complejidades observan?**

Personas que venden sus casas, porque les dicen que, para ellos, ya no existen otras líneas de tratamiento. Pero las hay. La inmunoterapia, por ejemplo, para el cáncer de mama triple negativo. Mira lo que pasó con el DAC: ingresaron tres fármacos inhibidores de ciclinas para las mujeres con tumor mamario metastásico, pero lo cierto es que no van a estar los tres disponibles, sino solo el que tenga un menor costo para el Estado. Lo otro es que están usando muchos genéricos (biosimilares), que son las copias. Hemos vistos casos de pacientes con tumor de mama del tipo HER 2 que están mostrando más efectos adversos.

**¿Y de qué otra forma podrían contribuir?**

En humanizar el trato. También avanzar en el tema de la salud mental. Creemos que es importante seguir implementando los gestores oncológicos establecidos por la Ley del Cáncer. Ellos van a ayudar a destrabar las listas de espera. No están aún en todos los hospitales, pero donde funcionan, lo hacen maravilloso, porque son muy humanos, querendones. Compartir experiencias nos ayudará mutuamente a comprender mejor las necesidades de los pacientes. **C**

# REVOLUCIONANDO LA ATENCIÓN MÉDICA SERVICIOS INMEDIATOS Y PERSONALIZADOS



En Salud 5i transformamos el acceso a la atención médica con un innovador ecosistema digital centrado en el paciente. Nuestro objetivo es ofrecer servicios de salud de alta calidad, accesibles y personalizados, a través de atenciones domiciliarias y virtuales que se adaptan a tus necesidades.



## ¿Qué ofrecemos?

**Atención inmediata:** Olvídate de las largas esperas. En Salud 5i, brindamos atención sin necesidad de agendamiento, garantizando un cuidado rápido y eficiente.

**Horario continuado:** Ofrecemos atención a domicilio en 22 comunas de la Región Metropolitana, de lunes a domingo, de 08:00 a 18:00 horas. Nuestros servicios en línea están disponibles en todo Chile, con atención inmediata de profesionales capacitados.

## Nuestros servicios

Atenciones a domicilio - Programas de salud - Consultas en línea - Atención presencial

Para conocer más sobre nuestros servicios y cómo podemos ayudarte, visita nuestro sitio web [www.salud5i.cl](http://www.salud5i.cl) o escríbenos a WhatsApp **+569 3918 6614** o a [atenciondeclientes@salud5i.cl](mailto:atenciondeclientes@salud5i.cl).



## Y ahora, ¿qué hago?

# Guía para activar el GES paso a paso

Navegar por el sistema de salud chileno es engorroso, y activar las Garantías Explícitas en Salud (GES) en cáncer de mama puede convertirse en un sinfín de idas y vueltas, de información mal entregada, de rechazos por papeles que faltan, con el resultado opuesto al que queremos: falta de cobertura y atención. En este reportaje, quisimos ordenar el paso a paso en cada fase de la enfermedad respecto al GES y contarte los plazos y qué cubre. Una guía que puede ser un salvavidas y ayudarte a disminuir los malos ratos.

Por Noelia Zunino

## ¿Qué es el GES?

GES garantiza el acceso a una atención de salud sin discriminación, oportuna, de calidad y con protección financiera para las personas que viven en Chile y son diagnosticadas por uno o más problemas de salud.

**87** problemas de salud se priorizan.

**17** de ellos se relacionan con el cáncer.



El cáncer de mama está incorporado en el GES desde 2005.



Escanea el código QR para conocer las intervenciones en cáncer de mama que cubre el GES en diagnóstico, tratamiento y seguimiento.



## CÓMO ACTIVAR EL GES

### SOSPECHA

El GES por sospecha de cáncer de mama, para mayores de 15 años, lo puedes activar:

- » Si presentas algún síntoma asociado a este cáncer (ver página 24, preguntas frecuentes).
- » Si tu mamografía es clasificada como BIRADS 4 o BIRADS 5. Es decir, una mamografía sospechosa, que requiere una biopsia para descartar el cáncer y que permite la activación del GES.

**Beneficiaria Fonasa:** debes dirigirte al consultorio o Cefsam al que estás inscrita.

**Afiliada Isapre:** debes dirigirte a un centro o clínica privada.

Cualquiera sea tu sistema de salud, si tienes síntomas, un médico debe pedir la confirmación del diagnóstico a través de una mamografía y una ecografía.

Si tu mamografía se clasifica como BIRADS 4 o BIRADS 5, se solicitará una biopsia y se activará el GES.

En esa primera consulta, el médico debe completar el formulario de paciente GES, para activarlo desde la sospecha.

Si tienes una mamografía sospechosa, el médico te pedirá más exámenes, para confirmar o descartar el diagnóstico. Aquí, también debe completar el formulario de paciente GES, para activarlo desde la sospecha.

**Atención:** debes firmar el formulario y retener tu copia.

Formulario de constancia información paciente GES  
(Artículo 24º, Ley 19.966)

<b>Datos del prestador</b>	
Institución (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.):	
Dirección:	Ciudad:
Nombre persona que notifica:	
RUT:	
<b>Antecedentes del/la paciente</b>	
Nombre legal:	
Nombre social:	
RUT:	Previsión: Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/>
Dirección:	Comuna:
Región:	Teléfono: Correo electrónico:
<b>Información médica</b>	

- » **Beneficiarias Fonasa:** una vez activado el GES, te deben avisar dónde tienes que hacerte exámenes como la mamografía, ecografía o biopsia, según corresponda. La biopsia se realiza, generalmente, en hospitales cercanos a tu domicilio.
- » **Afiliado Isapre:** la Isapre te asignará un prestador (centro médico o clínica privada) para atenderte. Debes pedir hora con un médico GES del prestador asignado, quien te dará la orden de examen para que lo realices en los centros con convenio GES.

**IMPORTANTE: SIEMPRE PREGUNTA A TU ISAPRE CUÁLES SON LOS CENTROS CON CONVENIO GES DONDE PUEDES REALIZARTÉ LOS EXÁMENES.**

El tiempo máximo de espera entre la sospecha y el resultado de la mamografía o biopsia debe ser de **45 días**. Sin embargo, la realidad es otra, y el tiempo de espera promedio es mayor.

**ALERTA:** Pasado este tiempo, puedes reclamar en Fonasa.

Escanea el código QR



- » Si la biopsia resulta negativa, se cierra el GES y continúas con tu mamografía anual.
- » Si es positiva, pasas a la etapificación.





## 2. DIAGNÓSTICO

Si el diagnóstico confirma el cáncer de mama, el siguiente paso es la etapificación, la etapa que ayuda a evaluar cuán avanzado está el tumor.

Tanto en Isapre como en Fonasa, el médico te dará la orden para estos exámenes y debes pedir una hora.

En la etapificación, se hacen exámenes de imágenes que permiten saber qué tan avanzada está la enfermedad y si se encuentra solo en la mama o se ha diseminado también fuera de esta, como en los ganglios linfáticos u otros órganos, como pulmón, hígado o huesos.

Conocer el tipo y estadio del cáncer indica a los médicos el tipo de tratamiento a seguir.

**El tiempo máximo de espera entre el diagnóstico y la etapificación debe ser de 45 días.**

## ¿Cómo comprar un bono en Fonasa?

Escanea este código QR para acceder a las instrucciones de compra.



## 3. TRATAMIENTO

Con la confirmación diagnóstica, se tiene acceso al tratamiento.

El médico dirá cuál es el mejor tratamiento para ti, dependiendo del avance de la enfermedad. El GES cubre el tratamiento primario, que son los primeros tratamientos luego de la etapificación. Estos tienen un plazo máximo de 30 días. Sin embargo, es uno de los cuellos de botella en el sector público. La derivación a interconsulta con un oncólogo, por ejemplo, puede prolongar los plazos. Por ello, si se tarda más de 30 días desde que el comité dio el tratamiento a seguir, debes reclamar que te atiendan y te den el tratamiento que te corresponde en otro lugar.

### Tratamiento complementario

El tratamiento complementario dependerá de cuál haya sido el tratamiento primario. Aquel tiene también un plazo máximo de atención, que son 20 días desde la indicación médica. Si tarda más tiempo en proveerse, debes reclamar para que te atiendan y te den el tratamiento indicado por el doctor, pero en otro recinto de salud (segundo prestador).

### Atención garantizada

### Plazos máximos de atención

#### Tratamiento

Tratamiento primario.

**30 días** desde la etapificación.

Tratamientos complementarios.

**20 días** desde la indicación médica.

## Los tratamientos de cáncer de mama que cubre GES son:

- » Radioterapia.
- » Quimioterapia.
- » Hormonoterapia.
- » Intervención quirúrgica con y sin reconstrucción de mama.
- » Atención integral: incluye la atención psiquiátrica, psicológica, kinesiológica, la terapia ocupacional y la intervención psicosocial para familiares y cuidadores.
- » Controles y exámenes asociados a la quimioterapia.
- » Cobertura de medicamentos (como el tamoxifeno), exámenes e insumos médicos.

El medicamento trastuzumab, para cáncer HER2 positivo, también está cubierto por la Ley Ricarte Soto, tanto para Fonasa como para Isapre.

Drogas de alto costo: están cubiertas para pacientes de Fonasa con cuidados paliativos o metástasis y para pacientes de Isapre con seguro catastrófico. Averigua con tu Isapre cómo se activa y cuáles son los centros con convenio.

## 4. SEGUIMIENTO

El médico te dará la hora para tu primer control al terminar el tratamiento, tanto en Fonasa como Isapre.

Tras el tratamiento completo, el seguimiento son controles médicos que tienen dos fines:

- » Detectar recaídas (nuevos cánceres).
- » Efectos secundarios del tratamiento.

**Primer año postratamiento:** seguimiento cada tres meses.

**Segundo año postratamiento:** seguimiento cada seis meses.

**Tercer y quinto año postratamiento:** seguimiento anual.

Si pasados los 90 días de la indicación médica, aún no ocurre el control médico, se puede reclamar en Fonasa o Isapre, según corresponda.

GES cubre todos los exámenes de chequeo en esta etapa, y la forma de pedirlos es la misma que en los pasos anteriores.

**Importante:** Si el cáncer vuelve a aparecer (recidiva), tendrás acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

Si tienes cualquier pregunta cuando estés haciendo este trámite, recuerda que Fundación Care te puede ayudar 100% gratis.

**Ingresa a PortalCare en [fundacioncare.cl](http://fundacioncare.cl) y selecciona la ayuda que necesites.**

### Fuentes:

- <https://auge.minsal.cl/articulos/que-es-auge>
- <https://www.gob.cl/noticias/guia-como-activar-ges-auge-fonasa-isapres-garantias-prestaciones-salud/>
- <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/cancer-de-mama>
- <https://www.consalud.cl/recurso/2213-langescaec-doc08.pdf>
- <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/15852-prevenir-y-tratar-el-cancer-de-mama>
- <https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18790.html>



# CAMBIO DE PARADIGMA EN CÁNCER DE MAMA GRACIAS A LA MEDICINA DE PRECISIÓN



## Elsa Cabrera Acosta

Oncóloga clínica, especialista en Medicina de Precisión y Genética de Cáncer y Prevención del Cáncer; miembro de la Sociedad Española de Oncología Médica y de la Asociación Española de Genética Humana.

**LOS AVANCES EN TECNOLOGÍAS** de alto rendimiento y sus implicancias en las “ómicas” del cáncer han hecho posible la identificación de biomarcadores y el desarrollo de plataformas predictivas y de pronóstico, que han modelado la gestión del cáncer desde una medicina basada en evidencia a una medicina de precisión.

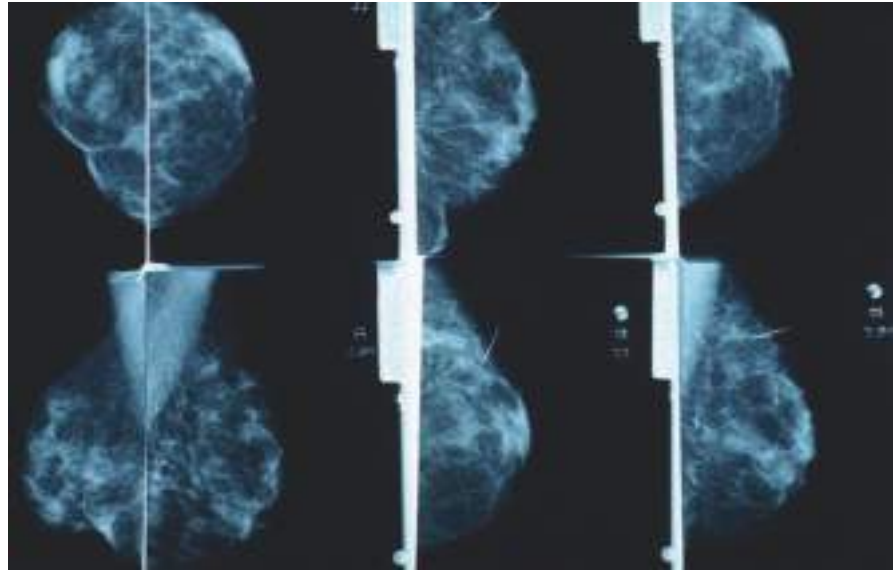
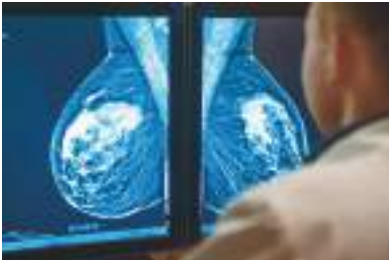
Así mismo, la investigación en cáncer de mama ha logrado grandes avances en las últimas décadas, incrementando las curaciones, prolongando la supervivencia de las pacientes con cáncer avanzado y mejorando su calidad de vida.

Desde el año 2000, el cáncer de mama fue presentado como una enfermedad heterogénea, compuesta por al menos tres entidades moleculares distintas: luminal A y B, HER2 y tumores parecidos a los basales (triple negativos). Adicionalmente, se han encontrado patrones mutacionales particulares en los subtipos de cáncer de mama, como altas frecuencias de mutaciones en la trayectoria PI3K/AKT en tumores luminal A (>40% de los casos). Actualmente, hay una gran disponibilidad de plataformas genómicas para la descripción del perfil del cáncer, para calcular las puntuaciones de riesgo de recurrencia, como OncotypeDx, Mammaprint y otros, que han ganado un gran valor y uso en la rutina clínica en cáncer de mama temprano y de bajo riesgo. Destacan también biomarcadores como PD-L1, BRCA, PI3K, ESR1, para seleccionar el tratamiento óptimo para los pacientes.

Gracias a esto, existe hoy un cambio de paradigma en el tratamiento de las pacientes, en los tres grandes subgrupos de cáncer de mama. A continuación, se presentan los avances más destacados en cada grupo.

## CÁNCER DE MAMA HER2-POSITIVO

En relación a este tipo de tumor, están los conjugados anticuerpo-fármaco (ADC), en los que el anticuerpo dirigido a una proteína del tumor va asociado a un fármaco citotóxico, que es liberado dentro de



la célula tumoral. Entre ellos, destaca trastuzumab deruxtecan, al mostrar beneficios en pacientes con cáncer de mama HER2-positivo avanzado en comparación con los tratamientos disponibles hasta la fecha. Se suma también tucatinib, un nuevo fármaco con gran actividad a nivel del sistema nervioso central, lugar frecuente de metástasis. Estos nuevos fármacos se unen a otros muy activos desarrollados previamente, como trastuzumab, pertuzumab o TDM-1, responsables de cambiar el pronóstico de este grupo de pacientes. Hace dos décadas, estos tumores eran considerados los de peor pronóstico; hoy, muchas pacientes logran largas supervivencias gracias a los fármacos desarrollados.

### CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO

Se consolida la inmunoterapia en primera línea de tratamiento entre las pacientes cuyo tumor expresa PD-L1, y está el sacituzumab govitecan, un

nuevo ADC, que mejora la supervivencia. En las etapas precoces, se agrega la combinación de la inmunoterapia pembrolizumab con quimioterapia antes de la cirugía, lo que aumenta las respuestas completas patológicas y, sobre todo, reduce de forma significativa las recidivas. En las pacientes con las variantes patogénicas en BRCA1/2 de alto riesgo, el tratamiento con olaparib durante un año ha demostrado disminuir su mortalidad y se ha incorporado, asimismo, al algoritmo terapéutico.

### CÁNCER DE MAMA LUMINAL


Es el subtipo más frecuente. Se consolida el papel de los inhibidores de CDK4/6 (palbociclib, ribociclib y abemaciclib), junto con la hormonoterapia en enfermedad avanzada. Aparecen nuevos fármacos para la resistencia, como el alpelisib, para las pacientes cuyo tumor tiene mutación en PI3K, y más recientemente el capivasertib. Se



están desarrollando nuevos fármacos de hormono-terapia, entre ellos, los degradadores selectivos del receptor de estrógenos (SERD), como elacetrant, especialmente activo en resistente a la hormono-terapia. Por otro lado, los ADC también han mostrado beneficios ante el cáncer de mama luminal avanzado, como trastuzumab deruxtecan, en pacientes con expresión baja de HER2 (HER2-low), pacientes que hasta ahora no se habían beneficiado de fármacos dirigidos frente al HER2. Sacituzumab govitecan ha demostrado mejorar la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama avanzado luminal. En la enfermedad localizada, en pacientes de alto riesgo, se ha demostrado un beneficio del abemaciclib por dos años para prevenir las recidivas, y también del ribociclib por tres años.

Finalmente, destacan los avances en medicina de precisión en prevención del cáncer de

mama. Se ha ampliado el conocimiento de los factores genéticos hereditarios implicados en el riesgo del síndrome de predisposición hereditaria a cáncer de mama y han aparecido terapias específicas, como IPARP (inhibidores PARP), para variantes patogénicas del gen BRCA1-2 y en evaluación para PALB2. De hecho, en las actualizaciones para 2024, la Sociedad Americana de Oncología Clínica recomienda ofrecer, al menos, el análisis de BRCA1/2 a las pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama etapa I-III o enfermedad metastásica de novo etapa IV (menor de 65 años), con una fuerte recomendación por parte del grupo experto.

No hay duda de que vivimos años de grandes avances gracias a la medicina de precisión, tanto en la prevención como en el tratamiento del cáncer de mama, logrando que nuestras pacientes vivan más y mejor. 

## Bibliografía

- AL SUKHUN, S. ET AL. (enero de 2024). Systemic Treatment of Patients with Metastatic Breast Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline. *JCO Global Oncology* 10. Doi: <https://doi.org/10.1200/GO.23.00285>
- BEDROSIAN, I. ET AL. (enero de 2024). Germline Testing in Patients with Breast Cancer: ASCO-Society of Surgical Oncology Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 42(5). Doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.23.02225>
- BURSTEIN, H. ET AL. (febrero de 2024). Endocrine and Targeted Therapy for Hormone Receptor-Positive, Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Negative Metastatic Breast Cancer-Capivasertib-Fulvestrant: ASCO Rapid Recommendation Update. *Journal of Clinical Oncology* 42(12). Doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.24.00248>
- FREEDMAN, R. ET AL. (abril de 2024). Optimal Adjuvant Chemotherapy and Targeted Therapy for Early Breast Cancer-Cyclin-Dependent Kinase 4 and 6 Inhibitors: ASCO Guideline Rapid Recommendation Update. *Journal of Clinical Oncology* 42(18). Doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.24.00886>



Centro de Políticas Públicas  
e Innovación en Salud (CIPS)  
Facultad de Gobierno



C Á N C E R | C U I D A D O | C O M P A Ñ Í A

