Rev Col Med Fis Rehab 2024;34(Supl. 1):e451 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.451

Revisión

Servicios de rehabilitación oncológica. Panorama y desarrollo a nivel mundial y en Colombia

Oncology rehabilitation services. Panorama and development worldwide and in Colombia

María Fernanda Vásquez Rojas[1] **Johan Fernando Cantor González**[2] **Erika Bonilla Díaz**[3]

[1] Médico especialista en medicina física y rehabilitación y especialista en rehabilitación oncológica. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Militar Nueva Granada. Instituto Nacional de Cancerología. Hospital Militar Central. Bogotá D.C., Colombia.
[2] Médico especialista en medicina física y rehabilitación. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle. Clínica Neuroimágenes. Armenia, Colombia.
[3] Médico especialista en medicina física y rehabilitación. Facultad de Medicina, Universidad El Bosque. Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá D.C., Colombia

Resumen

La rehabilitación oncológica ha pasado de ser un aspecto secundario en el cuidado de los pacientes con cáncer a convertirse en un componente esencial de la atención integral. Inicialmente, el enfoque se centró en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esta población, dejando de lado las consecuencias funcionales y psicosociales que causaba la enfermedad. Sin embargo, pioneros como Raven, Dietz y Rusk evidenciaron la necesidad de abordar estas secuelas, impulsando modelos multidisciplinarios con intervenciones físicas, cognitivas y emocionales.

En Colombia, el Instituto Nacional de Cancerología ha liderado esfuerzos en el manejo del cáncer durante más de 85 años, integrando especialidades, tecnologías avanzadas y formación académica, situándose como referente regional. En el marco de estos esfuerzos, en 1968 se creó el servicio de rehabilitación oncológica.

El aumento en las tasas de supervivencia de los pacientes oncológicos a nivel internacional alentó la implementación de programas que incorporan la rehabilitación oncológica de forma temprana. Aún se evidencia la necesidad de más profesionales especializados y mayor difusión de la importancia de la rehabilitación y de políticas que la respalden con el fin de garantizar una atención oncológica integral que incluya no solo la supervivencia, sino también la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes.

Palabras clave. Medicina física y rehabilitación, neoplasias, Colombia.

Abstract

Oncological rehabilitation has evolved from being a secondary aspect of cancer patient care to becoming an essential component of comprehensive care. Initially, the focus was on prevention, diagnosis, and treatment, neglecting functional and psychosocial consequences. However, pioneers such as Raven, Dietz, and Rusk demonstrated the need to address these consequences, promoting multidisciplinary models with physical, cognitive, and emotional interventions.

In Colombia, the National Cancer Institute has led efforts for more than 85 years, integrating specialties, advanced technologies, and academic training, positioning itself as a regional benchmark. The increasing survival rates of cancer

Citación: Vásquez Rojas MF, Cantor González JF, Bonilla Díaz E. Servicios de rehabilitación oncológica. Panorama y desarrollo a nivel mundial y en Colombia. Rev Col Med Fis Rehab. 2024;34(Supl.1):e451. http://doi.org/10.28957/rcmfr.451.

Correspondencia. María Fernanda Vásquez Rojas. Correo electrónico: maria_555co@hotmail.com
Recibido. 16.08.24. **Aceptado.** 12.12.24. **Publicado.** 23.12.24.
ISSN impreso. 0121-0041. **ISSN electrónico.** 2256-5655.

patients and various international reports encouraged the early implementation of programs that incorporate oncological rehabilitation, which has led to the development of the rehabilitation service since 1969.

The need for more specialized professionals, greater dissemination of the importance of rehabilitation, and supportive policies continues to be highlighted to ensure comprehensive oncological care that encompasses not only survival but also the quality of life and functionality of the patient.

Keywords. Physical and rehabilitation medicine, neoplasms, Colombia.

Introducción

Durante los últimos años, la expectativa de vida de la población mundial ha aumentado de manera significativa; este fenómeno ha generado un incremento en la prevalencia del cáncer, y se estima que cerca del 40% de la población (tanto hombres como mujeres) tendrá algún tipo de cáncer en algún momento de su vida[1-3]. Sin embargo, la esperanza de vida también ha mejorado de manera considerable en la población oncológica, esto gracias al aumento en las opciones de tratamiento, el tamizaje precoz y la eficacia de los manejos oncológicos específicos actuales.

El aumento en la supervivencia de los pacientes con cáncer trae consigo un incremento de las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento, producto de las secuelas a corto y largo plazo, a pesar del avance en la especificidad y la tolerancia de los manejos oncológicos específicos. La rehabilitación oncológica busca dar respuesta a estos problemas brindando atención de manera continua, tanto a los pacientes con enfermedad oncológica activa, como a los sobrevivientes, identificando e interviniendo las deficiencias físicas, cognitivas y funcionales con el objetivo de restaurar o, cuando esto no sea posible, mantener la función, disminuir los síntomas, maximizar la independencia y mejorar la calidad de vida[4].

La rehabilitación oncológica se propone mitigar estos efectos a través de un enfoque interdisciplinario en el que se incluyen intervenciones por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales que ayudan a reducir la carga sintomática aguda y de largo plazo que genera el cáncer, su tratamiento y, eventualmente, las complicaciones del mismo. Este tipo de intervenciones ha ido ganando relevancia debido al aumento en la cantidad de sobrevivientes de cáncer y a su deseo de regresar a una vida funcional.

Contribuciones al avance de la rehabilitación oncológica

El concepto de rehabilitación oncológica no es nuevo; de hecho, en 1955 Raven[5] publicó en el Reino Unido un artículo que describe la necesidad y la utilidad de la rehabilitación de las secuelas del tratamiento de pacientes con tumores gastrointestinales y de cabeza y cuello, resaltando el impacto de dichas secuelas en la calidad de vida y la funcionalidad, además de sugerir como prioritarias las intervenciones guiadas por objetivos. De igual forma, Raven[5] destacó la importancia y la complejidad de la rehabilitación en pacientes con cáncer, abordando la discapacidad, las alteraciones psicológicas, las barreras sociales y la orientación vocacional que surgen a raíz de la enfermedad y sus tratamientos. Este autor también enfatizó la necesidad de, por un lado, iniciar la rehabilitación de manera temprana para prevenir complicaciones y, por el otro, mejorar la calidad de vida realizando un enfoque individualizado, donde el apoyo médico, psicológico y social juegan un papel esencial para manejar los desafíos emocionales y prácticos de los pacientes y facilitar la reintegración social y laboral.

En Estados Unidos existieron dos exponentes fundamentales en la instauración de las bases de lo que hoy se considera uno de los modelos de rehabilitación oncológica más exitosos. En primer lugar estuvo Herbert Dietz, quien sugirió un modelo que incluía como pilares la prevención, la restauración de la función, el apoyo multidimensional y la paliación de los síntomas asociados a la enfermedad y al tratamiento del cáncer, logrando captar el interés de oncólogos, cirujanos oncológicos y radioterapeutas que hasta ese momento no reconocían la importancia de este tipo de intervenciones. En 1969 Dietz publicó

Rev Col Med Fis Rehab 2024-34(Supl. 1):e451 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.451

"Rehabilitation of the cancer patient"[6] en conjunto con el servicio de rehabilitación oncológica del Memorial Cancer Center de la ciudad de Nueva York, un artículo en el que se muestran los resultados de las intervenciones en rehabilitación de esta institución entre 1965 y 1968 evidenciando, probablemente por primera vez de manera objetiva, los beneficios de la instauración de este tipo de medidas. Posteriormente, en 1981, Dietz publicó "Rehabilitation oncology"[7], el primer libro de texto dedicado exclusivamente a la rehabilitación oncológica, el cual está enfocado a crear estrategias dirigidas a lograr la restauración o la adaptación de la función.

El segundo personaje fue Howard Rusk, fundador del instituto Rusk de Medicina de Rehabilitación y pieza fundamental en la divulgación de la rehabilitación oncológica como elemento clave en el manejo integral de los pacientes con cáncer. Rusk aprovechó una época en la que crecía de manera notoria el apoyo federal a las intervenciones dirigidas al tratamiento de los pacientes con cáncer, logrando incluir dentro de los programas estatales la rehabilitación como pilar esencial dirigido a estrategias que permitieran sobre todo la rehabilitación vocacional y la reintegración a las actividades de la vida diaria realizadas por los pacientes antes de la aparición de la enfermedad[4].

A pesar de los avances logrados por Dietz y Rusk, durante décadas los esfuerzos gubernamentales desde el punto de vista de investigación y de intervención médica estuvieron enfocados en la identificación de factores de riesgo, la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento del cáncer, lo que enlenteció el desarrollo de la rehabilitación oncológica; esto, unido a la pobre integración de los servicios que intervenían en la atención de los pacientes con cáncer, entorpecía el panorama funcional tanto de los pacientes con enfermedad activa como de los sobrevivientes. En respuesta a lo anterior, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos emitió en los años 2005,[8] 2008[9] y 2013[10] unos informes que tenían como objetivo mostrar el cáncer como una enfermedad que requiere manejo integral y a la supervivencia como una etapa de suma importancia en la cual se puede intervenir desde varios puntos, incluida la rehabilitación.

El primer informe, emitido en 2005 y titulado "From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition"[8], resaltaba los trastornos residuales atribuibles a la enfermedad y al tratamiento en los sobrevivientes, pero además generó una alerta por la perdida en el seguimiento y el tratamiento durante la transición de enfermo a sobreviviente. El segundo informe, emitido en 2008 y titulado "Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs"[9], hizo énfasis en la importancia de la inclusión de las condiciones psicosociales como blanco de intervención por parte del personal de atención a los pacientes con cáncer. Por Último, el tercer informe, publicado en 2013 y titulado "Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis"[10], incluyó medidas de evaluación para la calidad en la atención, entre estas, la atención integral como indicador de cumplimiento, lo que tenía como objetivo garantizar que las metas no fueran solo la longevidad y la supervivencia, sino también la funcionalidad, la salud emocional y la calidad de vida.

Hay importantes avances, pero también desafíos en la gestión de los cuidados oncológicos de alta calidad en los Estados Unidos; por ejemplo, el informe del National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM) de 2013 identificó una crisis en el sistema de atención oncológica, con problemas como la falta de atención centrada en el paciente, decisiones no basadas en evidencia, aumento de costos, desigualdad en el acceso y escasez de personal capacitado[10]. Se destaca la necesidad de nuevas estrategias, mejoras en la tecnología sanitaria, formación del personal y enfoques integrales y equitativos.

Panorama de la rehabilitación oncológica: avances, contrastes y retos en distintas regiones del mundo

En la actualidad, la rehabilitación oncológica se considera un área en constante evolución; independiente de ello, el ritmo al que progresan los avances en las diferentes regiones del mundo es distinto. Australia hace parte de los países del primer mundo, con un nivel de satisfacción de necesidades en salud, educación y calidad de vida destacado. Como en el resto del mundo, en dicho país los esfuerzos se enfocan de manera prioritaria en el tratamiento y la vigilancia del cáncer, pero además la evolución de los servicios de rehabilitación oncológica ha sido

satisfactoria al compararse con otros países. Para el año 2017 las entidades encargadas se dieron a la tarea de identificar todos los servicios de rehabilitación oncológica disponibles en el país, encontrando 31 centros de atención entre instituciones públicas y privadas, un número muy inferior a los centros de rehabilitación cardiopulmonar existentes; la diferencia se mantuvo, incluso al comparar la relación entre número de pacientes con enfermedad oncológica y cardiovascular con los centros de rehabilitación disponibles para cada una[11].

El sur de Europa es una región caracterizada por la heterogeneidad de las condiciones y la calidad de vida de los diferentes países que la conforman. Esta situación se ve reflejada también en el avance de la instauración de programas de rehabilitación oncológica eficientes. El principal representante es Italia, país que en 2008 creó su primer programa multicéntrico nacional de rehabilitación en pacientes sobrevivientes de cáncer «Modelos de rehabilitación para sobrevivientes» y que en 2011 inauguró el Plan Nacional del Cáncer, que incluye entre sus programas la prevención, la detección y la atención multidimensional a los sobrevivientes, con enfoque en la rehabilitación física, psicológica y social[12].

Hasta el año 2000 no existían medidas de rehabilitación de alto impacto como parte de los programas de atención estatal a los pacientes con cáncer en Japón[13]; sin embargo, en el 2006 se promulgó la Ley de control del cáncer, en la cual se establecieron como objetivos la prevención, el tratamiento, la atención mental, la reincorporación y la vigilancia laboral o estudiantil, incluyendo el manejo de los síntomas que quedan como secuela en sobrevivientes[14]. Un punto interesante es la creación de programas de capacitación periódicos a los equipos de rehabilitación encargados de la atención de pacientes con cáncer y la integración de estos grupos en la formulación de las guías de manejo institucionales. A pesar de esto, en el 2017 en una encuesta nacional se encontró que solo la mitad de los centros de atención oncológica tenían un médico rehabilitador como parte del personal y que había una clara diferencia en los resultados obtenidos con los programas de atención en rehabilitación hospitalarios versus los ambulatorios, teniendo estos últimos resultados menos favorables[13].

Brasil es el país que más se acerca a las características económicas y de desarrollo de los países del primer mundo. En 2018 se calculó el número de sobrevivientes de cáncer en ese país, encontrando más de 1,3 millones de personas en esa condición[15]; sin embargo, al revisar el plan nacional de prevención y control del cáncer se encuentra que está basado en 5 pilares (la prevención, el diagnostico, el tratamiento, el seguimiento y la paliación) pero no existen intervenciones dirigidas específicamente a los sobrevivientes[16]. Esta situación es de esperar teniendo en cuenta que en Latinoamérica en general existen otros problemas que ya han superado los países desarrollados, tales como el acceso a servicios de salud y la cobertura de los programas gubernamentales[17].

El control del cáncer en América Latina enfrenta un panorama de grandes contrastes que está marcado por avances notables y desafíos persistentes. El informe elaborado por The Economist Intelligence Unit resalta las desigualdades en el acceso a la atención para patologías oncológica en 12 países donde se destacan Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay; estos países representan la mayor parte de los casos y muertes por cáncer, con diferencias importantes en incidencia, mortalidad y recursos[18]. El acceso a tratamiento, la detección temprana y la prevención varían enormemente entre países y dentro de ellos, particularmente entre zonas urbanas y rurales. Además, la carga económica del cáncer continúa creciendo, acentuada por el envejecimiento poblacional y la falta de recursos suficientes en muchos sistemas de salud.

Ocho décadas de evolución, liderazgo e innovación en el Instituto Nacional de Cancerología y la rehabilitación oncológica en Colombia

En el año 1934, durante el gobierno del presidente Enrique Olaya Herrera, comenzó la historia de una de las instituciones públicas más importantes del campo de la salud en Colombia: el Instituto Nacional de Radium. Ubicado en la calle primera con carrera novena de Bogotá, y bajo la tutela de la medicina francesa, este instituto inició actividades

Rev Col Med Fis Rehab 2024-34(Supl. 1):e451 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.451

en 1935 y llegó a ser considerado en su momento como el hospital más avanzado para la lucha contra el cáncer en América Latina[19]. El 27 de febrero de 1953, mediante el Decreto 519[20], su nombre cambió a Instituto Nacional de Cancerología y se definió su misión como centro de docencia, investigación y asistencia; de este modo, se crearon programas nacionales de prevención y control del cáncer donde se destacan el Comité Nacional Contra el Cáncer para llevar a cabo campañas nacionales contra el cáncer en todo el territorio colombiano; se inició el Registro Nacional de Tumores, una iniciativa clave para sistematizar y analizar los datos relacionados con el cáncer en el país, y hubo desarrollo de servicios médicos especializados[19].

En el marco del desarrollo de los servicios médicos especializados se inauguró el servicio de cirugía de tórax y se reorganizó el servicio de anestesiología y la unidad de cobaltoterapia, donada por la Comisión de Energía Atómica de Estados Unidos[19].

La sección de Rehabilitación y Fisioterapia del Instituto Nacional de Cancerología fue establecida formalmente el 12 de septiembre de 1969, tal como consta en el Acuerdo 024 con fecha de ese mismo día. Gilma Fonseca fue una figura clave en esta dependencia, ya que lideró las actividades relacionadas con la recuperación funcional y la rehabilitación de los pacientes oncológicos[19].

En la década de 1980 se realizó la actualización del Plan Nacional de Control de Cáncer, la cual tuvo un impacto importante en la descentralización de los servicios oncológicos y en la implementación de estándares de tratamiento para el cáncer en diferentes regiones de Colombia. En esta actualización también se introdujeron nuevas tecnologías en radioterapia como los aceleradores de voltaje, de electrones y de fotones, con lo cual se reemplazó gradualmente la cobaltoterapia y hubo un fortalecimiento de las especialidades oncológicas, así como una apertura de nuevos programas en oncología, junto con la creación de espacios terapéuticos (incluyendo la rehabilitación física y emocional), lo que ayudó a mejorar la atención integral de los pacientes. Se destaca la inclusión de servicios especializados como fisioterapia y terapia respiratoria, los cuales comenzaron a integrarse en la atención multidisciplinaria del cáncer para mejorar la calidad de vida de los pacientes[19].

En 1995, el Instituto Nacional de Cancerología estableció un convenio con la Fundación Colombiana de Rehabilitación para la atención especializada de pacientes, fortaleciendo así el servicio de rehabilitación. Este acuerdo permitió ofrecer atención integral y personalizada a los pacientes, especialmente en áreas como la fisioterapia, la terapia ocupacional y el apoyo emocional, y fue parte de las estrategias para consolidar la rehabilitación oncológica como una prioridad en la atención multidisciplinaria del cáncer, beneficiando tanto a los pacientes como a sus familias[19].

Para el año 2000, el instituto adquirió aceleradores lineales para incorporarlos en las opciones de manejo del cáncer, con lo cual se avanzó en la disponibilidad de tratamientos con mayor precisión y seguridad, mejorando así los resultados terapéuticos y reduciendo los efectos secundarios en los pacientes[19].

Dos años después, los servicios asistenciales se denominaron clínicas y cumplían funciones académicas y científicas. Dichos servicios incluían neumología, cirugía de tórax, hematología y trasplante de médula ósea, cirugía reconstructiva, gastroenterología, oncología, rehabilitación oncológica, terapia respiratoria, soporte nutricional y metabólico, dermatología, dolor y cuidados paliativos, ginecología, ortopedia, cirugía de cabeza y cuello, anestesiología, cuidados intensivos, radiología, radioterapia, urología, psiquiatría, pediatría, endocrinología, cáncer de seno, cardiología, melanoma y tejidos blandos. A este conjunto aportaban los departamentos de enfermería, patología, trabajo social y el grupo del voluntariado. Además, para ese momento se ofrecían 18 programas de segunda especialidad, de los cuales 16 eran avalados por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (ICFES) y por la Pontificia Universidad Javeriana y 2, por la Universidad El Bosque y posteriormente por la Universidad Militar Nueva Granada, dentro de los que se encuentra rehabilitación oncológica como sub especialidad médica[19].

En el 2010 se realizó la promulgación de la Ley 1384 (Ley Sandra Ceballos)[21] que establece los lineamientos para garantizar la atención integral y la protección de las personas con cáncer en el país, reconociendo al cáncer como prioridad en salud

pública y garantizando el derecho a la atención integral con acceso a todos los servicios necesarios de manera oportuna y la eliminación de barreras administrativas y financieras para acceder a servicios de salud. Esta ley generó un marco normativo para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en Colombia, reduciendo inequidades y promoviendo una atención en salud más equitativa y eficiente[19].

En el 2015 se implementó la práctica de la cirugía robótica con el sistema Da Vinci, y además se creó un nuevo modelo de prestación de servicios de salud en cáncer organizando la atención oncológica mediante juntas multidisciplinarias y se dio apertura a la Unidad de Trasplante de Médula Ósea. De igual forma, para esa fecha se obtuvo el reconocimiento del Premio Nacional de Alta Gerencia como exaltación a la excelencia administrativa y el premio de la Academia Nacional de Medicina al Grupo de Biología Molecular[19].

En el 2019 se configuró el Grupo Área Soporte Oncológico (GASO), que se integró por el Grupo Salud Mental, el Grupo Nutrición y Soporte Metabólico, el Grupo Cuidado Paliativo y el Grupo Rehabilitación y Terapias, y su coordinación fue asignada al profesional médico especialista en rehabilitación oncológica, el Dr. Miguel Mauricio Moreno Capacho. Esto se realizó como contraprestación de respaldo al proyecto de cooperación internacional con Costa Rica (Caja Costarricense del Seguro Social), siendo referente el Instituto Nacional de Cancerología como modelo de atención en rehabilitación oncológica y teniendo una visibilización internacional el equipo de rehabilitación.

En 2020, con la pandemia por COVID-19, se generaron estrategias de respuesta y se implementaron medidas innovadoras para continuar con la atención a pacientes oncológicos durante la crisis sanitaria, como los programas de teleoncología que buscaban ampliar la cobertura y asegurar la continuidad de los tratamientos oncológicos[19].

En el 2023 el Instituto Nacional de Cancerología celebró su 85º aniversario, destacando su historia y contribución en la lucha contra el cáncer. Actualmente, el servicio de rehabilitación oncológica de esta institución tiene funciones de docencia para estudiantes de pregrado en las áreas de apoyo terapéutico (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y terapia respiratoria) y estudiantes de posgrado de primera especialidad en rehabilitación, geriatría y dolor y cuidado paliativo, así como de segundas especialidades como rehabilitación oncológica, dolor y cuidado paliativo, oncohematología pediátrica y ginecología oncológica. De igual forma, realiza la prestación de asistencia ambulatoria e intrahospitalaria con participación en escenarios de juntas multidisciplinarias con las unidades funcionales de tratamiento, clínicas y quirúrgicas, en las que se encuentra dividida la institución, trabajando de manera articulada con el Grupo Área de Enfermería Oncológica y Trabajo Social, fortaleciendo las intervenciones desde el enfoque de monitoreo de riesgo y materializando acciones de "Prehabilitación" por ahora con cinco unidades funcionales (cirugía de cabeza y cuello; seno y tejidos blandos; gastroenterología oncológica; urología oncológica, y ginecología oncológica). Por último, con el proceso de transformación institucional, el equipo de rehabilitación está buscando fortalecer la investigación para generación de conocimiento.

En la actualidad

El 25 de febrero de 2021, durante su asamblea ordinaria, la Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación (presidida en ese momento por el Dr. Enrique Avelino Estévez) creó el capítulo de rehabilitación oncológica con el objetivo general de generar un espacio académico, gremial y de investigación en donde se fortalezca el conocimiento de las particularidades referentes al manejo de los pacientes con cáncer con una estructura sólida desde lo científico.

En los últimos años, el avance tecnológico y en la investigación médica han permitido un desarrollo más sofisticado de la rehabilitación oncológica en Colombia. Además, se han integrado nuevas terapias, como la rehabilitación basada en ejercicio y la telemedicina, que han mejorado significativamente la calidad de vida de los pacientes. La colaboración entre instituciones de salud, universidades y organizaciones no gubernamentales ha llevado a una mayor disponibilidad y accesibilidad de los servicios de rehabilitación oncológica. De este

Rev Col Med Fis Rehab 2024-34(Supl. 1):e451 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.451

modo, hoy en día la rehabilitación oncológica en Colombia sigue un proceso de crecimiento y es parte fundamental de la atención integral de pacientes con cáncer.

Se han establecido programas de formación especializados para profesionales de la salud en el área de rehabilitación oncológica. En Bogotá existe un solo programa académico estructurado con aval por una institución educativa (Universidad Militar Nueva Granada) que sigue ofertando la supra especialidad de rehabilitación oncológica para especialistas de medicina física y rehabilitación; sin embargo, existen cursos no formales que carecen de la supervisión y la acreditación de organismos oficiales, lo que puede resultar en una calidad desigual y en la transmisión de información no basada en evidencia científica.

A la fecha de publicación del presente artículo son ocho los graduados de segunda especialidad en rehabilitación oncológica: el Dr. Enrique Villamizar Rodríguez (graduado en julio 1998), la Dra. María del Carmen Vallejo (graduada en julio 1998), el Dr. Juan Guillermo Montoya Chica (graduado en septiembre de 2003), la Dra. Yudi Milena Rodríguez Mojica (graduada en septiembre 2016), el Dr. Miguel Mauricio Moreno Capacho (graduado en diciembre 2016), la Dra. Anamaría Hernández Rivera (graduada en abril 2019), la Dra. Angela Maryoure Gigliola Suárez Moya (graduada en marzo 2020) y la Dra. María Fernanda Vásquez Rojas (graduada en marzo 2022). Estos profesionales se encuentran ejerciendo y liderando la atención de rehabilitación oncológica en instituciones como el Instituto Nacional de Cancerología, el Hospital Central de la Policía Nacional, la Clínica Colsanitas, la Fundación Santa Fe de Bogotá, el Hospital Militar Central, la Clínica Vida (Medellín) y la Clínica Somer (Rionegro, Antioquia).

Es importante resaltar que, a pesar de la alta necesidad de especialistas con formación específica en rehabilitación oncológica, de contar con un programa de formación avalado por el Ministerio de Educación y el muy interesante perfil y alcance de los egresados, es necesario que más generaciones de médicos rehabilitadores se animen a profundizar y ampliar la cobertura de servicios de rehabilitación oncológica para que la atención oncológica de calidad en el país esté al alcance de todos los pacientes con cáncer y la atención por un especialista en rehabilitación oncológica no sea la excepción. En este sentido, se requiere de un mayor esfuerzo en la concienciación pública sobre la importancia de la rehabilitación oncológica para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Conclusión

A lo largo de las últimas décadas, la rehabilitación oncológica ha experimentado una transformación significativa para ahora ocupar un lugar central en la búsqueda de una atención integral y de calidad en los pacientes con cáncer. La evidencia histórica muestra que a pesar de que desde los inicios de la medicina existía la preocupación por la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes con cáncer —tal como lo señalaron pioneros como Raven, Dietz y Rusk, quienes introdujeron modelos y estrategias sistemáticas de rehabilitación—, los avances iniciales se vieron limitados por el mayor énfasis que los sistemas sanitarios ponían en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento, subestimando el impacto a largo plazo de la enfermedad y sus secuelas sobre la funcionalidad física, cognitiva, emocional y social.

Con el paso del tiempo, informes de reconocidas instituciones y el creciente número de sobrevivientes de cáncer evidenciaron la necesidad de concebir la atención oncológica más allá de la supervivencia. Esta evolución se registró a escala global, con países como Australia, Japón e Italia avanzando de manera diferenciada en el desarrollo de programas de rehabilitación oncológica. Sin embargo, las desigualdades persisten en regiones como América Latina, en donde se evidencian retos en acceso, equidad y disponibilidad de profesionales especializados. Estas desigualdades reflejan las barreras estructurales y financieras de sistemas de salud aún en desarrollo, pero también resaltan las oportunidades de mejora e innovación.

En Colombia, el Instituto Nacional de Cancerología emergió como un pilar fundamental en la configuración y la consolidación de la rehabilitación oncológica y a lo largo de sus más de 85 años de historia ha sido testigo y motor de la modernización de la atención oncológica en el país; además, participó en su transformación temprana, en la incorporación de tecnologías avanzadas, en el

fortalecimiento de las especialidades médicas, en la instauración de la rehabilitación oncológica como supraespecialidad, en la formación de profesionales altamente calificados y en la integración de servicios multidisciplinarios.

El Instituto Nacional de Cancerología se ha convertido en un referente, no solo a nivel nacional, sino también internacional, y gracias a esto se ha hecho merecedor de grandes reconocimientos; también ha generado alianzas estratégicas con instituciones nacionales y extranjeras y ha permitido el desarrollo de un modelo integral que prioriza la calidad de vida del paciente.

A pesar de todo lo anterior, se evidencia la necesidad de formar más especialistas en rehabilitación oncológica, superar las barreras de acceso, promover la investigación, afinar la normatividad y ajustar las políticas públicas acorde a las realidades locales.

La consolidación de la rehabilitación oncológica como un derecho y una práctica estándar requiere un esfuerzo continuo. En este sentido, las nuevas generaciones de médicos fisiatras deben asumir el compromiso de liderar la expansión y el perfeccionamiento de estos servicios, garantizando que cada paciente, sin importar su condición socioeconómica o geográfica, tenga acceso a una atención oncológica integral, humanizada y basada en la mejor evidencia.

La rehabilitación oncológica representa hoy un componente esencial en el abordaje del cáncer, uno que no solo apunta a prolongar la vida, sino también a hacerla más plena y funcional. Esta evolución se traduce en un cambio de paradigma: ya no basta con vencer la enfermedad, ahora es imprescindible acompañar al paciente en su proceso de recuperación y reintegración social, devolviéndole la esperanza, la autonomía, la dignidad y la funcionalidad.

Consideraciones éticas

Este estudio no requirió aprobación de un comité de ética ya que se trató de una revisión bibliográfica de la literatura que respalda la formación certificada en rehabilitación oncológica. No se involucraron datos de pacientes ni se realizaron intervenciones directas. La información utilizada proviene de fuentes de acceso público y de literatura científica previamente publicada.

Contribución los autores

Todos los autores participaron de forma equitativa en la búsqueda de la información ,redacción, diseño, contenido y corrección del presente artículo.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

A la revista, por el apoyo, la confianza y el profesionalismo demostrados en cada etapa del proceso de publicación. Su colaboración ha sido esencial para la difusión de este trabajo.

Referencias

1. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). Cancer Stat Facts: Cancer of Any Site. Bethesda: National Cancer Institute; 2024 [citado diciembre 5 de 2024]. Disponible en: https://seer.cancer.gov/statfacts/html/all.html.

2. National Cancer Institute (NIH). Cancer Statistics. Bethesda: NIH; 2024 [citado diciembre 5 de 2024]. Disponible en: https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics.

3. Zheng R, Wang S, Zhang S, Zeng H, Chen R, Sun K, *et al*. Global, regional, and national lifetime probabilities of developing cancer in 2020. Sci Bull (Beijing). 2023;68(21):2620-8. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.scib.2023.09.041.

4. Gerber LH, Hodsdon B, Comis LE, Chan L, Gallin JI, McGarvey CL 3rd. A Brief Historical Perspective of Cancer Rehabilitation and Contributions From the National Institutes of Health. PM&R. 2017;9(9S2):S297-304. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.07.005.

5. Raven RW. Rehabilitation of patients after treatment for cancer. Br J Phys Med. 1955;18(2):35-6.

6. Dietz JH. Rehabilitation of the cancer patient. Med Clin North Am. 1969;53(3):607-24.

7. Dietz JH. Rehabilitation Oncology. New York: Wiley; 1981.

8. Institute of Medicine and National Research Council. From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2005 [citado diciembre 5 de 2024]. Disponible en: http://www.nap.edu/catalog/11468.

9. Institute of Medicine. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2008 [citado diciembre 5 de 2024]. Disponible en: http://www.nap.edu/catalog/11993.

10. Committee on Improving the Quality of Cancer Care: Addressing the Challenges of an Aging Population, Board on Health Care Services; Institute of Medicine; Levit L, Balogh E, Nass S, Ganz PA, editores. Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis. Washington, D.C.: National Academies Press (US); 2013 [citado diciembre 5 de 2024]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202148/.

11. Lisy K, Denehy L, Javan-Chan R, Khan F, Piper A, Jefford M. The state of cancer rehabilitation in Australia. J. Cancer Rehab.2018;1(1):9-13.

12. Muzzatti B, Springhetti I, Pugliese P, Pace A, Annunziata MA. Cancer rehabilitation in Southern Europe: an overview. J Cancer Rehabil. 2019;2(1):1-5.

13. Tsuji T. The front line of cancer rehabilitation in Japan: current status and future issues. J Cancer Rehabil. 2019;2:10-7.

14. Overview of the "Cancer Control Act". [citado diciembre 5 de 2024]. Disponible en: https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw3/dl/2-077.pdf.

15. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024 [citado diciembre 5 de 2024]. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/today.

16. Brasil. Ministério da Sapude. Portaria 874 de 2013 (maio 16): Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013 [citado diciembre 5 de 2024]. Disponible en: https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-874-16-maio-2013.

17. Santos ATCD, Silva RPD, Almeida LM, Bosi MLM, Menezes MFB, Skaba MMVF, *et al*. Cancer survivorship needs in Brazil: Patient and family perspective. PloS One. 2020;15(10):e0239811. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239811.

18. Roche. Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina. Una historia de luces y sombras. The Economist Intelligence Unit Limited; 2017 [citado diciembre 5 de 2024]. Disponible en: https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/Cancercontrol_accessandinequalityinLatinAmerica-SPANISH_0.pdf.

19. Vega-Vargas M. Medicina del cáncer, ciencia y humanismo: Historia del Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Cancerología ESE; 2020.

20. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 519 de 1953 (febrero 27): Por el cual se cambia la denominación de una dependencia del Ministerio de Higiene. Bogotá: Diario Oficial 28159; marzo 25 de 1953.

21. Colombia. Congreso de la República. Ley 1384 de 2010 (abril 19): Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Bogotá D.C.: Diario Oficial 47685; abril 19 de 2010.