



COLEGIO MÉDICO
SANTIAGO

Alerta Oncológica: Focos críticos para una respuesta efectiva en la Región Metropolitana

Documento de síntesis
del Seminario y
propuestas



Abril 2026



**Alerta Oncológica:
Focos críticos para una
respuesta efectiva en la
Región Metropolitana**

Documento de síntesis
del Seminario y
propuestas



Resumen ejecutivo

El presente documento sintetiza las conclusiones, hallazgos y propuestas emanadas del Seminario “*Alerta Oncológica: Focos Críticos para una Respuesta Efectiva en la Región Metropolitana*”, organizado por el Colegio Médico Santiago en conjunto con el Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN) y el Instituto Nacional del Cáncer, el 01 de abril de 2026, en el contexto de la Alerta Sanitaria Oncológica decretada por el Gobierno de Chile el 20 de marzo de 2026. El seminario reunió a autoridades sanitarias del país, directores de servicios de salud metropolitanos, investigadores/as de centros de excelencia, representantes de sociedades científicas y profesionales de la red asistencial, generando un valioso espacio de análisis sobre los desafíos oncológicos que enfrenta la red metropolitana.

El Seminario permitió identificar que el sistema cumple para la gran mayoría de los pacientes, pero no para todos. El sistema GES mantiene altos niveles globales de cumplimiento; no obstante, cerca de 20 mil personas mantienen garantías oncológicas retrasadas, concentradas especialmente en cáncer colorrectal, cervicouterino y de mama, mientras que los cánceres no GES permanecen aún más desprotegidos y con brechas de información para un tratamiento oportuno. El mayor cuello de botella se identifica durante el proceso de diagnóstico.

Esto responde a un aumento en la incidencia de cáncer en el país, que no se ha acompañado de una gestión adecuada de la demanda que eso genera, ni un aumento de la oferta y diseño de la red en la magnitud y con la articulación necesarias, de la mano de un esfuerzo insuficiente en torno a políticas de promoción de salud y prevención.

A este desbalance se suman dos fallas estructurales críticas. La primera, una brecha de disponibilidad de información, ante la ausencia de un Registro Nacional del Cáncer operativo. La segunda, deficiencias estructurales de la red pública (infraestructura, equipamiento y especialistas), por años subfinanciada, de la mano de una fragmentación en la provisión de servicios y problemas de coordinación, que afectan la oportunidad y continuidad de atención de los pacientes, con importantes inequidades en el territorio.

Durante el seminario se presentaron iniciativas de gestión de la demanda que podrían incidir de forma significativa a focalizar mejor nuestra capacidad de atención. La experiencia de priorización de colonoscopías y endoscopías a través de exámenes complementarios es promisoria, así como las de coordinación de la atención entre niveles para mejorar el diagnóstico temprano en red.

Frente a este escenario, se propusieron seis focos críticos para la alerta oncológica: mejorar los registros; y publicar esta información; fortalecer la oferta pública con uso extendido de la infraestructura; equipamiento e incentivos a la contratación de especialistas; ordenar la gestión de la demanda; reducir la fragmentación de la red y proyectar una estrategia de mediano plazo que incorpore todos los cánceres al GES.

Como anexo al documento, se presenta una matriz de priorización de las propuestas levantadas en el Seminario, y que permite una visualización de las propuestas por horizonte temporal.

La alerta sanitaria constituye una oportunidad relevante; sin embargo, su impacto real dependerá de que se traduzca en medidas sostenibles que fortalezcan la red pública y garanticen una atención oportuna, equitativa y continua para las personas con cáncer.

Síntesis de propuestas: focos críticos para la alerta oncológica

1. Registros: Depurar las listas de pacientes en espera y construir información confiable para gestionar la respuesta oncológica.

La alerta oncológica requiere partir por un saneamiento riguroso de los registros. Hoy existe una brecha crítica de información: listas no depuradas, baja interoperabilidad y ausencia de un Registro Nacional del Cáncer operativo. Sin registros confiables no es posible dimensionar la demanda real, priorizar adecuadamente ni monitorear resultados. La urgencia inmediata es conciliar y auditar las listas; la tarea estructural es avanzar hacia un registro interoperable y trazable en toda la red, reduciendo los costos de los actuales procesos de registro manual o de doble digitación en múltiples plataformas, con altos costos en personal asociados. Es importante que esta información esté disponible de manera actualizada en plataformas públicas.

2. Fortalecimiento de la oferta pública: Expandir rápidamente la capacidad resolutive del sistema público.

El foco principal debe estar en fortalecer la oferta pública mediante tres pilares (en corto, mediano y largo plazo): estrategias de resolución de pacientes oncológicos en espera, inversión en equipamiento y retención/formación de especialistas. La evidencia presentada en el seminario muestra que, cuando el sector público recibe recursos extraordinarios, responde con alta ejecución y capacidad resolutive. Por eso, la medida más costo-efectiva en lo inmediato es financiar extensiones horarias y fines de semana en los propios establecimientos, junto con cerrar brechas de equipamiento diagnóstico y terapéutico, y mejorar los incentivos para los profesionales que resuelven patología oncológica como oncólogos, patólogos, cirujanos digestivos, cirujanos oncólogos, físicos médicos, radioterapeutas y enfermería oncológica, y de práctica avanzada, entre otros.

3. Cánceres No GES: Abordar la deuda histórica de oportunidad en los cánceres sin garantías explícitas.

Los cánceres no GES no pueden seguir siendo el punto ciego de la política oncológica. La ausencia de plazos, de priorización explícita y de rutas asistenciales claras genera retrasos prolongados, especialmente en resolución quirúrgica y acceso terapéutico. En un mediano plazo, deberían incorporarse todas las patologías oncológicas en mayores de 14 años al GES, con tiempos de respuesta definidos, seguimiento visible y criterios de priorización clínica, evitando que queden subordinados a la lógica de las garantías ya establecidas.

4. Gestión de la demanda: Ordenar la demanda para que la red responda según riesgo y no por inercia.

No basta con aumentar la oferta, también hay que gestionar mejor la demanda. Esto exige protocolos claros, criterios homogéneos de derivación y priorización según riesgo, y fortalecimiento de las estrategias que ordenan el acceso al diagnóstico, especialmente en colonoscopías y endoscopías. La implementación de herramientas como FIT para priorización de colonoscopías y el GastroCalc para priorización de endoscopías debe materializarse en normas técnicas. Estrategias con inteligencia artificial son promisorias en el caso de las mamografías y colposcopías. También, la ampliación de estrategias de tamizaje focalizado y el fortalecimiento del rol diagnóstico de la APS, coordinado con el nivel secundario y terciario, permiten dirigir mejor la capacidad disponible y reducir retrasos evitables.

5. Coordinación de la red: Reducir la fragmentación y asegurar continuidad asistencial en toda la trayectoria oncológica.

La fragmentación de la red es una causa central de la falta de oportunidad. Se requieren rutas asistenciales claras, coordinación entre APS y especialidades, mejor comunicación clínica y articulación efectiva entre niveles de atención. La interoperabilidad de los datos entre todos los niveles, y tipos de prestadores, es clave en este sentido. También debe contemplarse el rol del sector privado como apoyo para asegurar oportunidad cuando la red pública no logra responder a tiempo, pero evitando soluciones fragmentadas o parciales. En este punto es importante que los aranceles sean realistas para los prestadores privados, así como las exigencias y rendición de cuentas, y es necesario establecer una contrarreferencia efectiva después de la prestación para dar continuidad a la oportunidad ante el cáncer. El objetivo es que el paciente transite por una red coordinada, con responsables identificables y continuidad diagnóstica y terapéutica.

6. Enfoque en el mediano/largo plazo: Transformar la alerta en una estrategia estructural de fortalecimiento oncológico.

La alerta oncológica no puede agotarse en medidas de contingencia. Debe abrir una agenda de mediano y largo plazo orientada a fortalecer estructuralmente la red: Registro Nacional del Cáncer operativo, rutas oncológicas con tiempos vinculantes, descentralización de radioterapia, inversión en infraestructura, formación de recursos humanos y transparencia en el monitoreo de la trayectoria del paciente. El sistema tiene el desafío de elevar el estándar del tratamiento de todas las patologías oncológicas y el trabajo en la prevención de los factores de riesgo de las mismas. La respuesta inmediata es indispensable, pero su legitimidad depende de que se traduzca en una política sostenida de fortalecimiento del sistema público. Por último, es necesario establecer un mecanismo de transición financiera luego del término de la Alerta Oncológica (30 de septiembre de 2026), que permita continuidad de las acciones desarrolladas.

Abreviaturas y acrónimos

CECAN:	Centro para la Prevención y el Control del Cáncer.
CIPS UDD:	Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud de la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo.
DEIS:	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
DIPLAS:	División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de Chile.
ECICEP:	Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas.
FIT:	Fecal Immunochemical Test (test de sangre oculta inmunológico cuantitativo).
GASTROCALC:	Calculadora de Riesgo para Cáncer Gástrico.
GES:	Garantías Explícitas en Salud
GLOBOCAN:	Global Cancer Observatory (Observatorio Mundial del Cáncer).
PINDA:	Programa Nacional del Cáncer.
RELE:	Recursos Extraordinarios para Listas de Espera.
RM:	Región Metropolitana
SIGGES:	Sistema de gestión de garantías explícitas de salud.
SIGTE:	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera.

Tabla de Contenido

Resumen ejecutivo	3
Síntesis de propuestas: focos críticos para la alerta oncológica	4
1. Registros: Depurar las listas de pacientes en espera y construir información confiable para gestionar la respuesta oncológica.	4
2. Fortalecimiento de la oferta pública: Expandir rápidamente la capacidad resolutive del sistema público.	4
3. Cánceres No GES: Abordar la deuda histórica de oportunidad en los cánceres sin garantías explícitas.	4
4. Gestión de la demanda: Ordenar la demanda para que la red responda según riesgo y no por inercia.	5
5. Coordinación de la red: Reducir la fragmentación y asegurar continuidad asistencial en toda la trayectoria oncológica.	5
6. Enfoque en el mediano/largo plazo: Transformar la alerta en una estrategia estructural de fortalecimiento oncológico.	5
Abreviaturas y acrónimos	6
Tabla de Contenido	7
I. Contexto: El cáncer como desafío prioritario para nuestro sistema de salud Dra. Francisca Crispi	8
1. Garantías GES retrasadas	9
2. Lista de Espera No GES	11
II. La alerta sanitaria oncológica: alcance y mecanismos	12
III. Bloque I: Gestión de la demanda	14
a) Cáncer colorrectal: priorización basada en riesgo (Dr. Felipe Quezada)	14
b) Cáncer gástrico: estrategia Screen and Treat (Dr. Arnoldo Riquelme)	15
c) Cáncer de mama y cervicouterino (Dr. Roberto Altamirano)	16
IV. Bloque II: Panel de discusión	18
1. Diagnóstico de las causas del problema	18
2. Propuestas del panel	23
V. Conclusión	28
Referencias	30
Anexo. Matriz de Propuestas	31
ALERTA ONCOLÓGICA 2026	31

I. Contexto: El cáncer como desafío prioritario para nuestro sistema de salud

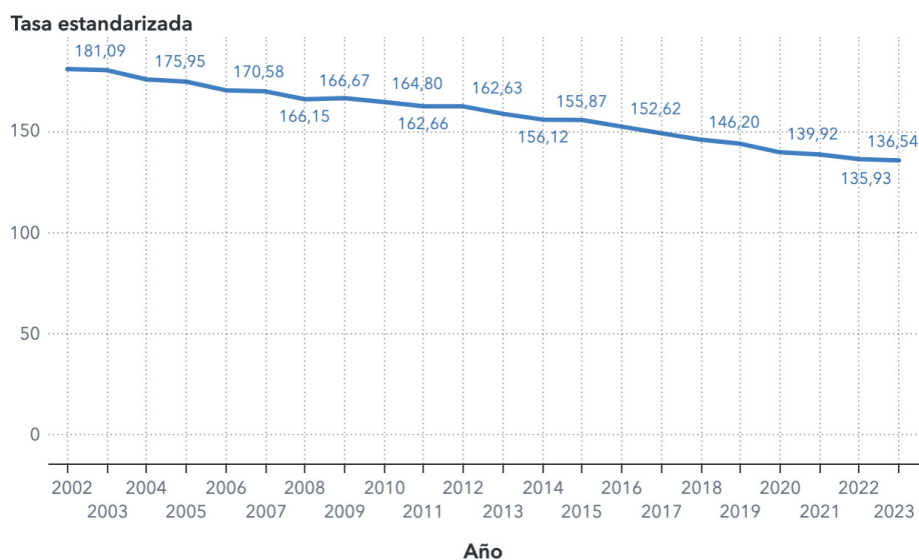
Dra. Francisca Crispi

Las patologías oncológicas son uno de los mayores desafíos que enfrenta nuestro sistema sanitario. Con el aumento de la expectativa de vida, factores de riesgo de la población chilena y el retraso de atenciones por la pandemia de COVID-19, el cáncer es una de las enfermedades clave a la cual nuestra red debe responder oportunamente.

Cada año, se diagnostican más de 60 mil casos de cáncer en Chile, y fallecen más de 30 mil personas por tumores (DEIS). Se proyecta que la incidencia seguirá en aumento. Simultáneamente, los avances terapéuticos están transformando muchos cánceres en enfermedades crónicas, generando una masa creciente de sobrevivientes que demandan seguimiento prolongado. Este doble fenómeno configura lo que los expertos denominan un tsunami oncológico.

Chile ha tenido avances significativos en la respuesta al cáncer. La tasa de mortalidad ajustada por edad ha disminuido sostenidamente (Gráfico 1) gracias a los Programas Nacionales del Cáncer y el PINDA desde los años 80-90, el GES-AUGE, el Programa de Drogas de Alto Costo entre otras políticas. La Ley Nacional del Cáncer, promulgada en agosto de 2020, viene a consolidar el abordaje de estas patologías como política pública, estableciendo un marco y creando instrumentos como el Plan Nacional del Cáncer, la Comisión Nacional del Cáncer y un fondo específico.

Gráfico 1. Tasa estandarizada de mortalidad por Cáncer en Chile



- Tasas: n° defunciones por 100.000 habitantes.
- Las tasas crudas son calculadas utilizando como denominador la población proyectada por el INE para cada año en base al Censo 2017.
- La estandarización de tasas se realizó por edad, por método directo, utilizando como población de referencia la proyección de población del INE para el año 2017.

Fuente: DEIS, Minsal.

Si bien el sistema responde para la mayoría, no lo hace para todos. Como se explicará a continuación, el sistema tiene una deuda urgente con las miles de personas con garantía GES oncológica retrasada, y los pacientes en lista de espera no GES por patología oncológica.

1. Garantías GES retrasadas

a) Panorama general de garantías GES

El reporte Glosa 6 con corte al 31 de diciembre de 2025 muestra que durante 2025 se generaron 5.477.932 garantías GES. De ellas, 4.797.612 se cumplieron, 211.720 se exceptuaron y 359.459 correspondieron a garantías previamente incumplidas que fueron atendidas durante el año.

En términos agregados, el sistema resolvió 98,01% de las garantías GES. Impresiona el aumento de la demanda desde el 2021 en adelante, año en el cual se generaron 3.077.760 garantías GES (en el 2025 hay aumento de 74,5% de las garantías generadas, con respecto a 2021).

Al cierre del período se registraban 78.594 garantías GES retrasadas, equivalentes a 76.719 personas esperando. La mayor parte de los retrasos se concentra en el nivel terciario de atención.

b) Retrasos GES oncológicos a nivel nacional

Dentro de los 90 problemas de salud que contempla el GES, hay 17 que abordan patologías oncológicas, a lo que se suma el GES de Alivio del dolor en pacientes con cáncer. La Superintendencia de Salud reporta que durante el año 2025 ingresaron 1.106.453 casos GES oncológicos en FONASA, y 22.693 en ISAPRE. Entre estos casos, el informe de la glosa 6 reporta 19.521 personas con retraso. Los mayores volúmenes corresponden a cáncer cervicouterino (5.380 personas; 27,69%), cáncer colorrectal (4.750; 24,45%) y cáncer de mama (3.719; 19,14%). En cuarto lugar aparece el cáncer gástrico (1.258; 6,48%) (Tabla 1).

Cuando se observa la antigüedad de los retrasos, el consolidado por garantías muestra 19.703 garantías de oportunidad retrasadas en GES oncológicos: 46% tiene hasta 30 días de atraso, 17% entre 31 y 60 días y 2% más de un año. En términos absolutos, 457 garantías GES oncológicas superan un año de retraso.

Según el visualizador del CIPS UDD, que se alimenta de datos vía ley de transparencia, los retrasos oncológicos se concentran principalmente en diagnóstico (11.957; 63%), seguido por tratamiento (4.563; 24%), tamizaje (2.167; 11%) y seguimiento (359; 2%). En otras palabras, el principal cuello de botella está en la capacidad diagnóstica de la red.

Los retrasos se distribuyen heterogéneamente entre las comunas. La comuna con una mayor tasa de retrasos es Lampa (413 por 100.000 habitantes el 2025), seguido de La Serena (344) y Quilicura (322). La comuna con menos retrasos es Las Condes, con 10 retrasos por cada 100.000 habitantes (CIPS).

Tabla 1. Personas con GES retrasado oncológico, por problema de salud

Problema de salud	N° personas	% del total oncológico
Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más	5380	28%
Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más	4750	24%
Cáncer de mama en personas de 15 años y más	3719	19%
Cáncer gástrico	1258	6%
Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	986	5%
Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más	740	4%
Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más	652	3%
Linfomas en personas de 15 años y más	482	2%
Cáncer de tiroides en personas de 15 años y más	468	2%
Cáncer renal en personas de 15 años y más	413	2%
Cáncer de ovario epitelial	171	1%
Leucemia en personas de 15 años y más	137	1%
Cáncer de testículo en personas de 15 años y más	134	1%
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos por cáncer	95	0%
Cáncer vesical en personas de 15 años y más	77	0%
Mieloma múltiple en personas de 15 años y más	32	0%
Cáncer en personas menores de 15 años	24	0%
Osteosarcoma en personas de 15 años y más	3	0%
Total personas	19521	100%

Fuente: Glosa 6 (OFICIO 3550 / 2026)

c) Región Metropolitana

Del total de garantías GES oncológicas vencidas, 32% corresponde a la Región Metropolitana: 6.130 garantías, además de 35 vinculadas a alivio del dolor. Dentro de la RM, 3.822 retrasos (62%) corresponden a diagnóstico, 1.179 (19%) a tratamiento, 975 (16%) a tamizaje y 154 (3%) a seguimiento.

En cuanto a las patologías con más retraso, en la región se mantiene el patrón nacional. En primer lugar está el cáncer cervicouterino (2.395 retrasos, de los cuales 1.190 son diagnósticos), cáncer de mama (1.156, con 840 diagnósticos) y cáncer colorrectal (1.104, con 909 diagnósticos). Esto refuerza que el punto crítico en la RM está en el acceso oportuno a confirmación diagnóstica.

2. Lista de Espera No GES

a) Panorama general

En lista de espera no GES, al cierre de 2025 había 2.047.191 personas esperando una nueva consulta de especialidad, con 2.464.738 registros activos. La mediana de espera para consulta nueva de especialidad llega en diciembre 2025 a 226 días. Para intervenciones quirúrgicas no GES, la mediana alcanzó 251 días y el volumen llegó a 371.907 personas.

b) Lista de espera no ges oncológica

La lista no GES es especialmente relevante en cáncer, porque da cuenta de una demanda asistencial que no está protegida por una garantía de oportunidad. Esto vuelve menos visible la magnitud real del problema y dificulta una gestión priorizada de los casos oncológicos fuera del GES. Múltiples patologías oncológicas no son parte del GES a la fecha. El GES N° 14 considera todos los cánceres en menores de 15 años, pero para 15 años o más hay varias patologías no incluidas, como melanoma, cáncer de páncreas, cáncer de cabeza y cuello, de vesícula biliar, entre varios otros.

La caracterización de la lista espera no GES oncológica es compleja, ya que el sistema no tiene un registro directo de las patologías oncológicas. La glosa 6 permite identificar la espera para 5 especialidades de oncología o relacionadas (Tabla 2). Ahí hay un total de 6.309 registros de pacientes en espera. Lidera oncología médica (3.292), seguida por hemato-oncología pediátrica (936), ginecología oncológica (789), cirugía de mama (731) y radioterapia oncológica (561). A esto debemos sumar todas las interconsultas por cáncer que actualmente no podemos filtrar con la Glosa 6 (ej. una interconsulta a urología por cáncer de próstata).

Tabla 2. Registros Consulta Nueva Especialidad No GES relacionados a Oncología

Especialidad	Registros
Oncología médica	3.292
Hemato-oncología pediátrica	936
Ginecología oncológica	789
Cirugía de mama	731
Radioterapia oncológica	561

Fuente: Glosa 6 (OFICIO 3550 / 2026)

El reporte de la Glosa 6 no reporta los tipos de intervenciones quirúrgicas en lista de espera, pero el Ministerio de Salud ha reportado que habrían más de 7.700 pacientes oncológicos en espera para cirugías oncológicas no GES.

II. La alerta sanitaria oncológica: alcance y mecanismos

El 20 de marzo de 2026, el Presidente José Antonio Kast y la Ministra de Salud, May Chomalí, firmaron el decreto de Alerta Sanitaria por Emergencia de Salud Pública asociada a las listas de espera oncológicas. El decreto, con vigencia hasta el 30 de septiembre de 2026 (prorrogable), activa facultades extraordinarias que permiten al sistema operar con mayor flexibilidad normativa y presupuestaria para resolver los casos pendientes.

El Dr. Alejandro Berkovits presentó en el seminario el plan de acción denominado **Plan 90 Días y Ruta de Resolución**, estructurado en tres componentes con derivación escalonada y monitoreo nominal continuo:

Etapa 1: Verificación de datos

Cruce de las listas SIGGES-SIGTE con la información de cada servicio de salud y hospital, para determinar el estado real de cada paciente. Este proceso ha revelado que un porcentaje significativo de los casos registrados como pendientes ya fue resuelto sin actualización en los sistemas.

Etapa 2: Contacto y vinculación

Cada servicio de salud asume la responsabilidad de contactar a las personas en espera, verificar si aún requieren la prestación y vincularlas con una solución.

Etapa 3: Resolución escalonada

Según la presentación ministerial, la derivación sigue una secuencia operativa de cuatro pasos: (1) paciente vinculado con antecedentes clínicos disponibles; (2) hospital de origen verifica si puede resolver en 7-10 días hábiles u ofrece horario extendido; (3) derivación pública-pública cuando el hospital no puede resolver; y (4) segundo prestador privado cuando la red pública es insuficiente. FONASA cuenta con 26 instituciones privadas en convenio con capacidad oncológica, más 9 instituciones acreditadas invitadas. La presentación fue clara: *«La red privada es complemento del plan, no sustituto de la capacidad pública»*.

El presupuesto está asegurado para la resolución completa, incluyendo complicaciones. El Dr. Berkovits explicó que se modelaron escenarios adversos (pleno invierno, hospitales colapsados, complicaciones graves como neutropenias e infecciones) y el financiamiento cubre todos ellos. Crucialmente, no se resolverá solo la prestación aislada sino el problema de salud completo: si un paciente es derivado a una clínica para diagnóstico de cáncer de mama, la clínica se hace cargo del tratamiento completo y de sus eventuales complicaciones.

Además, la presentación del Dr. Berkovits aportó un dato de enorme relevancia para la planificación: al modelar las prestaciones indirectas que se generarán cuando los pacientes actualmente en diagnóstico avancen en la ruta clínica, el total de prestaciones GES a resolver asciende a 47.457 (Tabla 3). Las tasas de transición utilizadas (diagnóstico→etapificación: 56,2%; etapificación→tratamiento: 100%;

tratamiento→seguimiento: 85,7%) evidencian que la demanda en las etapas posteriores se multiplicará conforme avance la resolución diagnóstica. El Dr. Berkovits reconoció la preocupación por «el día 91»: *«Lo que a mí más me angustia es el día 91, porque probablemente con todas las medidas que hagamos vamos a tener los 90 días. Pero sabemos que lo importante es la continuidad».*

Tabla 3. Prestaciones GES oncológicas: directas e indirectas modeladas

Etapa	Directo	Indirecto	Total modelado	% del total
Tamizaje	1.802	-	1.802	3,8%
Diagnóstico	11.976	180	12.156	25,6%
Etapificación	1.497	6.893	8.390	17,7%
Tratamiento	3.895	9.222	13.117	27,6%
Seguimiento	386	11.605	11.991	25,3%
TOTAL GES	19.556	27.901	47.457	100%

Fuente: Presentación Dr. Berkovits, Plan 90 Días, MINSAL. Datos SIGGES-SIGTE, corte enero 2026.
Las prestaciones indirectas se modelan con tasas históricas de transición entre etapas.

III. Bloque I: Gestión de la demanda

El primer bloque del seminario estuvo centrado en los cuatro cánceres que concentran el mayor número de garantías GES retrasadas, con el objetivo de profundizar en los principales nudos críticos que afectan la oportunidad diagnóstica y terapéutica en estas patologías. A partir de este foco, las presentaciones abordaron experiencias y estrategias concretas para mejorar la gestión de la demanda, fortalecer el rol de la atención primaria, optimizar el uso de exámenes de alta demanda y avanzar hacia trayectorias asistenciales más oportunas, coordinadas y centradas en el riesgo clínico de cada paciente.

a) Cáncer colorrectal: priorización basada en riesgo (Dr. Felipe Quezada)

El Dr. Quezada presentó un diagnóstico devastador: Chile tiene una sobrevida neta a 5 años en cáncer de colon del 43,9% y recto del 32,7% (período 2010-2014), muy por debajo de países comparables como Australia (70,9%), Canadá (70,8%) o Dinamarca (65,5%), según datos del estudio CONCORD-3. La razón principal: Chile diagnostica en etapas avanzadas (III-IV), donde la sobrevida es significativamente menor.

Tabla 4. Sobrevida neta a 5 años en cáncer colorrectal: Chile vs. países comparables (2010-2014)

País	Colon	Recto
Australia	70,9%	70,8%
Canadá	70,8%	70,9%
Dinamarca	65,5%	69,1%
Noruega	65,4%	68,8%
Reino Unido	59,1%	62,1%
Chile	43,9%	32,7%

Fuente: Estudio CONCORD-3 y estimaciones propias del CECAN (Silva-Illanes et al) (Araghi et al., 2020).

La paradoja central: el volumen público de colonoscopías ha crecido, pero la eficiencia diagnóstica ha caído drásticamente. El rendimiento diagnóstico efectivo (sospechas GES que terminan en confirmación) bajó del 38% en 2017 al 21,3% en 2023 —es decir, el sistema necesita realizar casi 5 colonoscopías por cada cáncer diagnosticado—, evidenciando una selección inadecuada de pacientes (Ulloa & Aguilar et al, CECAN). Además, dos tercios de las colonoscopías nacionales se realizan en el sector privado (datos FONASA libre elección), lo que revela una enorme inequidad de acceso.

Tabla 5. Capacidad de colonoscopia: sector público vs. privado (2023-2025)

Año	Público	Privado
2023	57.013	95.851
2024	63.084	84.753
2025	68.073	98.450

Fuente: Presentación Dr. Quezada, datos REM, REMACEP y MLE FONASA.

La estrategia propuesta es la priorización de la lista de espera de colonoscopia mediante test de sangre oculta inmunológico cuantitativo (FIT). En datos locales de un piloto del Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río, el valor predictivo negativo del FIT es del 99,8% (IC 95% 98.9% – 100%), permitiendo postergar con seguridad un tercio de las colonoscopías. Dentro de la misma experiencia (940 pacientes) muestra: 18% de positividad FIT, 10% de cánceres invasores entre positivos, 20% de pólipos mayores de 10 mm. Esta estrategia ya está instalada en 19 servicios de salud y cuenta con respaldo de un estudio de costo-efectividad (Silva-Illanes et al., con Universidad de Stanford). La conclusión del Dr. Quezada fue tajante: «Chile necesita priorización antes que expansión. La estrategia FIT es la forma realista y pragmática de abordar el problema».

Adicionalmente, el Dr. Quezada presentó datos de trayectoria clínica del Sótero del Río obtenidos por CECAN (Acevedo J. et al) que revelan tiempos críticos: la mediana de espera para resultado de biopsia es de 60 días, y para quimioterapia post-cirugía puede llegar a 97 días —límite en el cual la efectividad del tratamiento adyuvante se vuelve dudosa—.

b) Cáncer gástrico: estrategia Screen and Treat (Dr. Arnoldo Riquelme)

El Dr. Riquelme, miembro del panel de expertos IARC-OMS para prevención del cáncer gástrico, presentó el Proyecto HOPE y la evidencia sobre la erradicación masiva de *Helicobacter pylori*.

Chile tiene una incidencia de 14,2/100.000 (GLOBOCAN), clasificándose como país de incidencia intermedia-alta, lo que lo hace susceptible de políticas de prevención primaria. La principal estrategia de prevención primaria corresponde a la detección y erradicación masiva del *Helicobacter pylori* que es el carcinógeno tipo 1, lo cual reduce la incidencia en un 38%, con efectos visibles desde los cuatro años, lo que significa lograr pasar a una incidencia baja. Además esta estrategia está alineada con las recomendaciones 2025 de la OMS y fue recientemente publicada en el *New England Journal of Medicine* (marzo 2026).

Dentro de los test disponibles para la detección del *Helicobacter pylori* se encuentran los invasivos, que se realizan por endoscopia, y no invasivos. Test invasivos disponemos del test de ureasa, histología y cultivo; mientras que en los no invasivos se dispone test de aire espirado, serología, antígeno en deposiciones y PCR.

La segunda estrategia es la prevención secundaria, a través de la detección de condiciones premalignas y estratificación de riesgo para acceso a las endoscopias y seguimiento de los pacientes que se detecten con estas condiciones.

En base a esto, el Dr. Riquelme, junto a su equipo han desarrollado el Proyecto HOPE, el cual fue posible de extrapolar para generar los Lineamientos Técnicos para la implementación de la estrategia de prevención de cánceres gástricos. Como parte de estos lineamientos, un instrumento clave es **GastroCalc CL** (www.gastrocalc.cl), una calculadora de estratificación de riesgo de acceso libre que clasifica pacientes en prioridades 1 a 6 usando siete variables (edad, sexo, HTA, IgG Hp, Pepsinógeno I y II, Gastrina 17). Los datos del piloto MINSAL con 866 pacientes de 5 regiones demuestran que realizando endoscopías en prioridades 1 a 4 (66,3% de la lista de espera) se detecta el 80,6% de los pacientes con OLGA III-IV y el **100% de los cánceres gástricos**. Las prioridades 5-6 (33,7%) pueden esperar con seguridad: no presentan displasia de alto grado ni cáncer.

Tabla 6. Resultados del piloto MINSAL: priorización GastroCalc CL (866 pacientes, 5 regiones)

Estimación de Riesgo de CPMG y CG (GASTROCALC)				
Biopsia	Riesgo alto	Riesgo intermedio	Riesgo bajo	Total
OLGA 0-I	93 (15,3%)	274 (45,2%)	240 (39,5%)	607
OLGA II	44 (32,6%)	58 (43%)	33 (24,4%)	135
OLGA III-IV	34 (34,7%)	45 (45,9%)	19 (19,38%)	98
DBG	1 (33,3%)	2 (66,6%)	0 (0%)	3
DAG / CG	9 (39,1%)	14 (60,9%)	0 (0%)	23
Total	181 (20,9%)	393 (45,4%)	292 (33,7%)	866

Fuente: Presentación Dr. Riquelme, datos del piloto MINSAL (Resolución Exenta 277). Actualmente >1.200 pacientes con datos consistentes.

La experiencia emblemática es Molina (Región del Maule): con más de 10.000 exámenes de aire espirado, la prevalencia de *H. pylori* bajó de 49% a 34%, la lista de espera de endoscopia pasó de cuatro años a cuatro meses, y se inició seguimiento de pacientes OLGA III-IV (atrofia severa/metaplasia, con 5,6% de riesgo de cáncer a 3 años). El Dr. Riquelme concluyó: «*La gestión de la lista de espera es una urgencia, pero a mediano plazo debe priorizar el flujo de pacientes desde APS; se trata de una estrategia racional y sustentable en el tiempo*».

c) Cáncer de mama y cervicouterino (Dr. Roberto Altamirano)

El Dr. Roberto Altamirano, presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG), presentó un análisis integrado sobre el funcionamiento de la red frente al cáncer de mama y al cáncer cervicouterino. Las cifras son elocuentes: en Chile, durante 2022 se registraron 5.640 casos nuevos de cáncer de mama y 1.559 de cáncer cervicouterino; además, existen 27.329 pacientes en lista de espera oncológica, con un retraso promedio de 76,8 días en GES y 322 días en No GES.

Su planteamiento fue claro: el desafío ya no es solo detectar estos cánceres, sino detectarlos a tiempo. Su abordaje integra prevención, pesquisa, confirmación diagnóstica y tratamiento, y exige coordinación efectiva entre atención primaria, especialidad y nivel hospitalario. Cuando esa coordinación falla, no solo cambia el pronóstico, también cambia profundamente la experiencia de cada mujer, especialmente según sus condiciones sociales y territoriales.

En cáncer de mama, los tiempos GES contemplan 45 días para diagnóstico, 45 días para etapificación y 30 días para tratamiento primario. Es decir, incluso en el mejor escenario, pueden transcurrir 120 días entre la sospecha y el inicio del tratamiento. A esto se suman brechas importantes y variables entre hospitales en etapas críticas como la biopsia y la confirmación histológica. También persisten desafíos en el tamizaje: en Chile la cobertura mamográfica sigue concentrada desde los 50 años, aunque la evidencia y las guías nacionales recomiendan y garantizan el examen desde los 40, y la calidad de las mamografías continúa siendo heterogénea.

El Dr. Altamirano destacó además el potencial de la inteligencia artificial, que ya ha demostrado capacidad para identificar cáncer de mama incluso años antes que la mamografía convencional interpretada por radiólogos. En esta línea, Hospital Digital se encuentra validando esta tecnología para población chilena. Asimismo, relevó la disponibilidad actual de la prueba para mutaciones BRCA, que abre un nuevo desafío para la red: contar con consejería genética, cirugías profilácticas oportunas y equipos capacitados que den respuesta a pacientes y familias.

En cáncer cervicouterino, los tiempos GES son 40 días para diagnóstico, 20 días para etapificación y 20 días para tratamiento desde la etapificación. A diferencia de otros tumores, se trata de una enfermedad especialmente sensible a la prevención y pesquisa. En este punto, la vacunación contra el VPH ha sido una estrategia clave a nivel mundial, y en Chile forma parte del Plan Nacional de Inmunizaciones desde 2014.

En pesquisa, el sistema de salud ya cuenta con PCR para VPH como método de tamizaje, lo que aumenta significativamente la sensibilidad diagnóstica: la red pasa de detectar entre 2% y 3% de positividad con PAP a cifras que pueden llegar al 10% e incluso 14%. El Dr. Altamirano subrayó además un dato crítico: el 50% de los cánceres cervicouterinos avanzados ocurre en mujeres que nunca se realizaron un Papanicolaou o una PCR de VPH. Por eso, insistió en la educación, el autocuidado y los estilos de vida como herramientas fundamentales para enfrentar estos cánceres.

Entre los desafíos pendientes, destacó la colposcopia digital con inteligencia artificial en atención primaria, una herramienta aún insuficientemente desplegada y que podría contribuir a descongestionar las unidades de patología cervical. También relevó experiencias concretas, como la implementada en el Hospital San Borja Arriarán, donde el trabajo coordinado con Anatomía Patológica ha permitido acortar tiempos de manejo, evitando pasos intermedios en casos seleccionados y favoreciendo tratamientos más oportunos. Finalmente, enfatizó la necesidad de invertir en nuevas terapias, como la inmunoterapia, que mejoran la supervivencia y la calidad de vida de las pacientes, pero requieren decisión e inversión.

Su reflexión final resume bien el desafío: una red oncológica efectiva no es solo la que detecta casos, sino la que logra que una mujer con sospecha reciba diagnóstico, etapificación y tratamiento a tiempo, sin perderse en el trayecto.

IV. Bloque II: Panel de discusión

El segundo bloque del seminario reunió a cinco panelistas de la red metropolitana en un diálogo moderado por la Dra. Francisca Crispi sobre las brechas y oportunidades del sistema.

- Dra. Berta Cerda. Directora del Instituto Nacional del Cáncer.
- Dra. Analía Cortés. Jefa del Servicio de Oncología, Hospital del Salvador.
- Dr. Bruno Nervi. Jefe del Programa de Cáncer UC y director alterno CECAN.
- Dr. Ignacio Silva. Subdirector Médico, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Dra. Pamela Eguiguren. Investigadora principal Proyecto EQUITYCancer-LA. Profesora Asistente Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Los aportes fueron complementarios y convergentes.

1. Diagnóstico de las causas del problema

El diálogo entre panelistas y expositores permitió identificar un conjunto de causas estructurales que se refuerzan mutuamente y explican la falta de oportunidad en la atención en algunos pacientes oncológicos. Es importante destacar que la red responde a la gran mayoría de los pacientes, pero cada paciente esperando importa, y el sistema puede hacerlo mejor en varios aspectos.

Se presenta una estructura de oferta y demanda, para ordenar los aportes del seminario (Esquema 1). En este, la falta de oportunidad de atención de algunos pacientes oncológicos se da por un desbalance entre la demanda (cantidad de personas que requieren una atención oncológica), mediada por la gestión de la misma, y la oferta de la red. A continuación se sintetiza bajo este modelo los principales puntos del seminario en cuanto al diagnóstico de este desbalance.

Esquema 1. Oportunidad en el acceso a la atención oncológica



1.1 Demanda (Cantidad de personas que requieren atención de salud por cáncer)

Existe una gran demanda de pacientes para prestaciones oncológicas, que seguirá creciendo en el tiempo. Esto se explica por los siguientes factores:

- Mayor expectativa de vida de la población.
- Factores de riesgo de la población chilena: alta prevalencia de tabaquismo, sedentarismo, obesidad y consumo de alcohol, entre otros.

1.2 Gestión de la demanda

Ausencia de un Registro Nacional del Cáncer operativo

Actualmente se está incumpliendo la Ley Nacional del Cáncer al no contar con un Registro Nacional del Cáncer operativo. Esta es una brecha fundamental para abordar adecuadamente el problema.

Por otro lado, la contactabilidad de los pacientes es un gran problema, porque los servicios carecen de recursos humanos suficientes para mantener dicha tarea en el tiempo.

En el ejercicio que se les mandata a los servicios, en el cual deben contactar a todos los pacientes con GES retrasado o en lista espera no ges oncológica al 31 de enero 2026, se ha visto que un gran porcentaje de los casos ya está resuelto, sin embargo el sistema es ciego a dicha información. Las listas de pacientes en espera, con corte al 31 de enero 2026, El Dr. Ignacio Silva, subdirector médico del Servicio de Salud Metropolitano Sur, indicó que *«alrededor de un 50% de los casos están resueltos pero no han sido egresados de los sistemas de registro»*. La Dra. Berta Cerda, directora del Instituto Nacional del Cáncer, confirmó que de 516 prestaciones pendientes en el Instituto Nacional del Cáncer el 72% estaba resuelto, quedando solo 129 prestaciones realmente pendientes.

La Dra. Fancy Gaete, presidenta de la Sociedad de Anatomía Patológica y Mastología, señaló que, de las 52 unidades de Anatomía Patológica del país, menos de 10 cuentan con software interoperable con la plataforma SIGO del MINSAL; las restantes funcionan con Word y Excel.

Es perentorio que desde los registros clínicos de uso en los establecimientos, a través de interoperabilidad, logremos un registro poblacional de los pacientes que permita identificar en tiempo real a todos los pacientes de cáncer en Chile y su etapa en la red asistencial.

Demanda efectiva y protocolos

Hay espacio para mejorar la identificación de la demanda efectiva. La Atención Primaria podría generar una mejor priorización, pero muchas veces no cuenta con los exámenes disponibles para aquello. Hay una falta de protocolización de la derivación de los pacientes, que hace que muchos pacientes en lista de espera oncológica, en realidad no presenten elementos clínicos reales de sospecha para una enfermedad oncológica. También, hay espacio para trabajar en la formación médica continua en oncología.

Prevención y tamizajes

La población chilena cuenta con una alta prevalencia de sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo y obesidad, lo que constituyen factores de riesgo muy importantes para la patología oncológica.

Hay falencias importantes en la cobertura de los tamizajes. Por ejemplo, solo un 40% de las mujeres entre 50 y 69 años han tenido una mamografía, muy bajo el estándar OCDE.

También, como se muestra en el bloque anterior, Chile debe avanzar a la implementación de nuevos tamizajes de cáncer colorrectal, gástrico y pulmonar.

Ausencia de plazos para cánceres no GES

Tal como se desarrolla en la sección de contexto, hay muchos cánceres que para mayores de 15 años quedan fuera del GES, como por ejemplo el Melanoma, Cáncer de Páncreas, Cáncer de vesícula, Cáncer de Cabeza y Cuello y varios otros. Esto hace a los pacientes enfrentar una doble incertidumbre y dolor: además de lo que significa el diagnóstico de cáncer, el sistema no se compromete con plazos para su atención, lo que contribuye a retrasos prolongados en el acceso al diagnóstico y tratamiento.

El sistema no cuenta con un indicador que permita identificar a los casos oncológicos no GES, lo que además dificulta la trazabilidad y el monitoreo. Por tanto, no contamos con datos sobre la espera para este grupo de enfermedades. Para la totalidad de la lista de espera (tanto oncológica como no oncológica), hay una mediana de 251 días de espera para intervención quirúrgica y 226 días para consulta nueva de especialidad (Glosa 6). Estos tiempos no son compatibles con un tratamiento oportuno para las patologías oncológicas.

Derivación a segundo prestador

La ley GES contempla que frente a retrasos en la garantía de oportunidad, el paciente tiene derecho a activar el segundo prestador vía FONASA. Esta necesidad de acción por parte del paciente genera retrasos importantes en la atención. También, los servicios de salud son ciegos al estado de atención del paciente por el segundo prestador, lo que dificulta la gestión.

1.3 Oferta de la red

Fragmentación del sistema

El sistema tiene debilidades en la coordinación de los distintos niveles de atención, y la coordinación de la red pública y la red privada. El proyecto EquityCancer LA de la Universidad de Chile evaluó 351 trayectorias, mostrando que más del 75% correspondieron a trayectorias mixtas (público-privadas fuera de convenio), con medianas de 116 días, en comparación con 92 días en trayectorias exclusivamente públicas. Mediante una metodología de investigación-acción, el proyecto ha mostrado un impacto importante al fortalecer la comunicación y coordinación entre los distintos actores de la red, en un contexto de formación y pasantías de médicos APS, para una detección y derivación oportuna de sospechas en cánceres prevalentes.

Rol de la atención primaria

La atención primaria cumple un rol clave en la sospecha, derivación y acompañamiento de pacientes con cáncer. Sin embargo, su capacidad de respuesta oportuna se ve limitada por la escasa disponibilidad de exámenes diagnósticos y de apoyo clínico que permitan resolver o derivar con mayor rapidez. Fortalecer la capacidad diagnóstica de la atención primaria es fundamental para acortar tiempos y evitar retrasos en etapas iniciales de la trayectoria asistencial. También se planteó la relevancia de definir estándares de calidad a los exámenes diagnósticos: mamografías, endoscopías, colonoscopías, etc. y hacer exigibles en la licitaciones de compra de servicios para evitar la repetición de exámenes y la mejor toma de decisiones para los pacientes acortando sus trayectorias.

Déficit y fuga de especialistas y personal de enfermería

El Instituto Nacional del Cáncer pasó de contar con 10 oncólogos con jornadas de 44 horas en 2016 a 12 oncólogos con jornadas de 22 horas en 2026. Cada año se forman seis oncólogos médicos, pero la mayoría migra al sector privado. La brecha salarial, la falta de incentivos y las condiciones laborales precarias afectan no solo a oncólogos, sino también a físicos médicos, patólogos, radioterapeutas y personal de enfermería oncológica, entre otros.

La brecha de recursos humanos, sobre todo en regiones, es un punto clave en la oportunidad de la atención.

Infraestructura y equipamiento deficitarios en el sector público

El Instituto Nacional del Cáncer cuenta con solo 70 camas y 3 pabellones, cuya reposición de equipamiento se ha visto frenada por el proyecto del nuevo hospital. A nivel nacional, existen apenas 247 torres endoscópicas en el sector público, de las cuales un 89% está operativo, y 846 fibras, de las cuales solo un 71% se encuentra operativo, según el censo endoscópico del CECAN presentado por el Dr. Quezada.

Tabla 7. Censo endoscópico de la red pública por macroregión

Macroregión	Torres (n)	Operativas	Fibras (n)	Operativas	Ratio F/T	Observaciones
Norte	23	92%	78	74%	3,4	
Centro Norte	26	100%	97	87%	3,7	
Centro (RM)	71	90%	212	64%	3,0	Mayor brecha operativa
Centro Sur	23	82%	75	75%	3,3	
Sur	49	89%	115	61%	2,4	Menor ratio fibras/torres
Extremo Sur	55	85%	172	73%	3,1	
TOTAL	247	89%	846	71%	3,0	

Fuente: Presentación Dr. Quezada, datos del censo endoscópico CECAN de la red pública.

La red pública presenta un déficit de equipamiento que es fundamental subsanar para aumentar la producción. Si bien la Ley Nacional del Cáncer ha aportado recursos para equipamiento, estos siguen siendo insuficientes. La alerta oncológica representa una oportunidad para revisar los déficits de equipamiento de la red pública y generar un plan de suplementación en subtítulo 29 que permita mejorar la atención.

Escasa disponibilidad de radioterapia

La disponibilidad de radioterapia en la red pública es insuficiente y presenta una alta concentración territorial, lo que obliga a muchos pacientes a desplazarse largas distancias para acceder a tratamiento. Esta brecha constituye un cuello de botella crítico para asegurar oportunidad terapéutica, particularmente en regiones extremas y fuera de la Región Metropolitana. En la Región Metropolitana, el sector público cuenta solo con 2 centros de radioterapia del Instituto Nacional del Cáncer. También se advierte la necesidad de actualizar la Norma 51, y mayor participación de radioterapeutas en mesas ministeriales.

Subutilización de la capacidad instalada

Los pabellones del sistema público operan a tiempo parcial y la extensión horaria no cuenta con un financiamiento competitivo. El Dr. Silva señaló que, cuando se proveen recursos adicionales para resolver problemas en el extrahorario, mediante estrategias como RELE, el sector público demuestra que puede resolver volúmenes muy significativos en pocos meses.

Las tasas de ejecución del sector público, cercanas al 100%, contrastan con las del sector privado, de 30% a 40%, aun cuando ambos reciben recursos extraordinarios. Para aumentar la oferta del sistema, la opción más costo-efectiva es financiar un funcionamiento extendido de la red pública, de 8:00 a 20:00 horas, incluyendo fines de semana.

Presupuesto deficitario

La Dra. Crispi alertó que los servicios de salud requieren una suplementación de 1.000 millones de pesos adicionales para alcanzar el presupuesto ejecutado en 2025, y que la instrucción de Hacienda de aplicar un recorte del 3% “parece imposible”. Un recorte sobre un presupuesto ya deficitario compromete la viabilidad de la alerta oncológica.

Rol del sector privado

El sector privado cumple un rol relevante para asegurar una respuesta oportuna, especialmente mientras persistan las brechas estructurales de oportunidad del sistema público. En este contexto, la derivación automática a un segundo prestador puede ser una herramienta útil para evitar retrasos que perjudiquen a los pacientes.

Es importante avanzar en la codificación de prestaciones FONASA que hoy no tienen código, y también a la revisión de aranceles del sector privado con un enfoque realista.

Sin perjuicio de ello, la solución de fondo debe ser estructural y orientarse al fortalecimiento sostenido de la red pública; pero mientras ello no ocurra, los pacientes no pueden esperar.

Desigualdades territoriales y socioeconómicas profundas

Un estudio de Susana Mondschein (CECAN) realizado en Chile entre 2009 y 2018 sobre cáncer colorrectal muestra una supervivencia a 5 años de 64% en ISAPRE, versus 31% a 38% en FONASA A y B. Las desigualdades por región y ruralidad también son importantes. Para analizar estos datos, es necesario considerar que el seguro de salud en Chile, se comporta como un proxy de la condición socioeconómica.

Si bien la sobrevivencia de los pacientes según estadio del diagnóstico en el sistema público se compara a los países de mayor desarrollo (*presentación Felipe Quezada*), hay diferencias importantes en la oportunidad del diagnóstico, que se puede atribuir a diferencias en educación y acceso a un diagnóstico oportuno.

Pacientes de Arica deben viajar a Antofagasta o Santiago para acceder a radioterapia, como expuso la Dra. San Martín, de la Sociedad de Radioterapia Oncológica. El Dr. Altamirano recordó que estas mujeres deben dejar a sus familias durante semanas, muchas veces sin alternativas adecuadas para el cuidado de sus hijos.

2. Propuestas del panel

A partir del diagnóstico levantado en el seminario, la alerta oncológica debería traducirse en una agenda de acción concentrada en seis focos críticos. Estos focos no corresponden a medidas aisladas, sino a un conjunto articulado de acciones orientadas a recuperar oportunidad en la atención, fortalecer la red pública y corregir las fallas estructurales que hoy afectan la trayectoria de las personas con cáncer.

1. Registros: depurar las listas y construir información confiable para gestionar la respuesta oncológica

El primer foco de la alerta debe ser el fortalecimiento de los registros, ya que una parte relevante del problema se explica por la ausencia de información confiable y oportuna sobre la demanda real. Hoy persisten listas no depuradas, pacientes ya resueltos que siguen figurando como pendientes, baja interoperabilidad entre establecimientos y ausencia de un Registro Nacional del Cáncer operativo. Esta brecha limita la capacidad de priorizar, asignar recursos, monitorear resultados y dar continuidad a la trayectoria del paciente.

En esta línea, la Dra. Berta Cerda, del Instituto Nacional del Cáncer, identificó entre los principales problemas no solo los factores epidemiológicos y de capacidad, sino también las dificultades de contactabilidad de los pacientes, elemento que incide directamente en la depuración y gestión real de las listas. El Dr. Ignacio Silva reforzó esta idea al señalar que el sistema público “es mucho más eficiente de lo que muestra ser”, precisamente porque los problemas de registros distorsionan la magnitud del retraso y ocultan capacidad efectiva de resolución.

A ello se suma la advertencia de la Dra. Fancy Gaete, quien expuso que menos de 10 de las 52 unidades de Anatomía Patológica del país cuentan con software interoperable con SIGO, mientras el resto sigue funcionando con herramientas básicas como Word y Excel, además de enfrentar exigencias de registro manual que no cuentan con soporte adecuado. Esta precariedad afecta directamente la calidad y oportunidad de la información diagnóstica.

Por ello, la alerta oncológica debería contemplar, en lo inmediato, un proceso extraordinario de conciliación y auditoría de listas por servicio de salud, con revisión clínica y administrativa de los casos pendientes, mejora de contactabilidad y validación del estado real de cada paciente. En paralelo, debiera iniciarse el desarrollo efectivo de un Registro Nacional del Cáncer interoperable, con trazabilidad de la trayectoria asistencial, articulación con SIGO y capacidad de monitoreo en tiempo real. En esta misma lógica, la

propuesta del Dr. Bruno Nervi de avanzar hacia una suerte de “Epivigila del cáncer”, que permita al paciente conocer en qué etapa de su trayectoria se encuentra, apunta en la dirección correcta: fortalecer transparencia, trazabilidad y gestión centrada en la persona.

2. Fortalecimiento de la oferta pública: RELE oncológico, equipamiento y especialistas

El segundo foco debe ser el fortalecimiento directo de la oferta pública, dado que una parte importante de la falta de oportunidad responde a brechas concretas de infraestructura, equipamiento, tiempo clínico y recursos humanos. La Dra. Berta Cerda describió con claridad esta situación: un Instituto Nacional del Cáncer con apenas 70 camas, 3 pabellones, sin expansión de sus recursos en los últimos años, dado el proyecto del nuevo Instituto, que proyecta recién abrir sus puertas en 2030, de no haber retrasos.

Frente a ello, la principal respuesta inmediata debiera ser una estrategia tipo RELE focalizada en oncología, con financiamiento de subtítulo 21 para extensiones horarias en cirugía, quimioterapia ambulatoria, radioterapia, Anatomía Patológica y exámenes diagnósticos. La experiencia relatada por la Dra. Cerda —hospital funcionando hasta las 8 de la noche, radioterapia operando en 4 de 5 máquinas, cirugía los sábados— da cuenta de que la red pública puede expandir rápidamente su producción cuando cuenta con recursos extraordinarios y una conducción clara.

Esta misma visión fue reforzada por el Dr. Ignacio Silva, quien sostuvo que la capacidad instalada pública, cuando recibe recursos, logra niveles de ejecución cercanos al 100%. Por ello, además del RELE oncológico, la alerta debiera incluir un plan urgente de renovación y suplementación de equipamiento, especialmente en endoscopia, anatomía patológica digital, imagenología y radioterapia. Asimismo, debe incorporar una estrategia robusta de fortalecimiento del recurso humano, no solo ampliando cupos de formación, sino mejorando condiciones de permanencia en el sector público.

En esta materia, resultan especialmente relevantes los déficits señalados por la Dra. Evelyn San Martín en radioterapia y por la Dra. Fancy Gaete en Anatomía Patológica. La primera alertó sobre la fuga de físicos médicos por brechas salariales, mientras la segunda recordó que muchas veces se programan estrategias para aumentar la producción quirúrgica sin considerar que ello incrementa inmediatamente la carga de biopsias y estudios anatomopatológicos. Como sintetizó con fuerza: “sin patólogo no hay diagnóstico, y el diagnóstico es el 63% del problema”. Por tanto, fortalecer la oferta pública no puede reducirse a aumentar pabellones o especialistas clínicos; debe incluir de manera explícita los soportes diagnósticos y terapéuticos que hacen posible una respuesta oncológica oportuna.

La brecha de especialistas y personal de enfermería especializado en oncología en el sistema público debe ser abordada en un plan conjunto, con visión de corto, mediano y largo plazo.

Se propone, asimismo, implementar un plan de renovación del equipamiento diagnóstico y terapéutico de la red pública, orientado a subsanar las brechas existentes en áreas críticas para la atención oncológica, entre ellas endoscopios y colonoscopios, anatomía patológica digital, imagenología y radioterapia. Para ello, se plantea desarrollar un plan de inversión específico con cargo al subtítulo 29, que permita fortalecer la capacidad resolutoria de la red y asegurar mayor oportunidad y calidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

3. Cánceres no GES: visibilizar y priorizar una deuda crítica de oportunidad

El tercer foco debe dirigirse específicamente a los cánceres no GES, que hoy concentran una parte importante de las brechas de oportunidad sin contar con plazos exigibles, rutas asistenciales claras ni mecanismos sólidos de seguimiento. Esta ausencia de marco de oportunidad convierte a los cánceres no GES en un punto ciego de la política sanitaria, pese a que ahí se acumulan retrasos relevantes en diagnóstico, cirugía y tratamiento.

La Dra. Analía Cortés lo expresó desde la experiencia clínica cotidiana, identificando como uno de los principales cuellos de botella la resolución quirúrgica no GES, que en la práctica no está suficientemente priorizada. Su observación es especialmente relevante porque muestra que la inequidad no solo se expresa entre regiones o niveles socioeconómicos, sino también dentro de los propios hospitales, donde conviven circuitos con distintos grados de financiamiento y prioridad.

Por ello, la alerta debiera incorporar una línea específica para cánceres no GES, con tiempos máximos de respuesta para hitos críticos, criterios explícitos de priorización clínica y monitoreo visible del cumplimiento. En el corto plazo, esto permitiría disminuir la incertidumbre de los pacientes y evitar retrasos prolongados. En el mediano plazo, debiera abrirse una discusión más estructural sobre una garantía oncológica integral, que permita superar la fragmentación actual entre cánceres cubiertos y no cubiertos, avanzando hacia una lógica de oportunidad basada en necesidad clínica. Una medida en este sentido puede ser la incorporación de todos los cánceres al GES.

4. Gestión de la demanda: protocolos, priorización clínica y fortalecimiento de colonoscopías y endoscopías

El cuarto foco debe ser la gestión de la demanda, porque no basta con aumentar la oferta si la demanda sigue ingresando a la red sin criterios homogéneos, con protocolos débiles y sin herramientas suficientes para priorizar según riesgo. En este punto, la atención primaria cumple un rol decisivo, tanto en la sospecha inicial como en la derivación oportuna.

La Dra. Pamela Eguiguren mostró que la formación internivel entre APS y especialistas, junto con la existencia de canales de comunicación directa, genera cambios rápidos y concretos en la red. Esta línea es especialmente valiosa porque permite actuar antes de que el retraso se consolide.

La gestión de la demanda debiera incluir, por tanto, la elaboración e implementación de protocolos nacionales claros de sospecha, derivación, priorización y seguimiento, construidos con participación de sociedades científicas y con capacidad de aplicación real en la red. En esto último, el trabajo local de coordinación de los equipos para que las medidas planteadas se puedan aplicar es central. Esto es especialmente urgente en colonoscopías y endoscopías, donde la demanda supera la capacidad disponible y la ausencia de priorización clínica puede dejar rezagados a quienes presentan mayor riesgo. La expansión del uso de FIT para la priorización de colonoscopías, la priorización clínica de endoscopías digestivas a través de GastroCalc y el fortalecimiento diagnóstico de la APS son medidas concretas en esta línea. También, hay que seguir incorporando estrategias de Inteligencia Artificial para las mamografías (como es el proyecto MIRAI de Hospital Digital), y la colposcopia digital.

A ello debe sumarse el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica local. No basta con derivar mejor: la APS requiere más acceso a exámenes que permitan responder con mayor oportunidad y distinguir precozmente los casos sospechosos. La observación de la Dra. Fancy Gaete vuelve a ser central aquí: si se expande la producción en un punto de la red sin fortalecer el diagnóstico, el cuello de botella simplemente se traslada. Por ello, la gestión de la demanda debe concebirse como una política clínica, no solo administrativa.

5. Coordinación de la red: reducir la fragmentación y asegurar continuidad de la trayectoria oncológica

La fragmentación aparece como una de las causas más persistentes y más costosas de la falta de oportunidad. La evidencia presentada por Equity Cáncer mostró que más del 75% de las trayectorias observadas fueron mixtas, combinando atenciones públicas y privadas fuera de convenio, y que estas trayectorias demoran más que aquellas exclusivamente públicas. Ello no solo expresa demoras, sino también pérdida de información, discontinuidad clínica y debilitamiento del conocimiento institucional sobre la trayectoria del paciente.

La coordinación de la red debe fortalecerse tanto al interior del sistema público como en su relación con el sector privado. En el primer caso, se requieren rutas asistenciales oncológicas con tiempos definidos, responsables claros, instancias permanentes de coordinación clínica y mejor articulación entre APS, especialidades y centros de referencia. El rol de profesionales de enlace, como son las enfermeras gestoras oncológicas, es clave, y tiene un potencial de mejorar la coordinación del Hospital con la APS. En el segundo, es necesario reconocer que el sector privado puede cumplir un rol importante para asegurar oportunidades cuando la red pública no logra responder a tiempo. Sin embargo, esa colaboración debe organizarse de manera que no aumente la fragmentación, idealmente mediante derivación a resolución completa o a segundo prestador con continuidad diagnóstica y terapéutica asegurada.

La Dra. Analía Cortés puso de relieve las inequidades intrahospitalarias, intrarregionales y entre regiones, mientras la Dra. Evelyn San Martín subrayó la necesidad de mesas multidisciplinarias permanentes, especialmente en radioterapia. Ambas observaciones convergen en la misma idea: la coordinación no puede depender solo de voluntades individuales; debe institucionalizarse como parte del diseño de la respuesta oncológica. En este sentido, experiencias como las desarrolladas por Equity Cáncer LA y CECAN, con comunicación clínica directa, formación compartida y articulación entre niveles, debieran ser replicadas y escaladas.

Un punto importante, es el retraso que provoca la normativa actual, que solo activa el segundo prestador GES en el caso de solicitud del paciente. Debemos avanzar a que esta derivación sea automática, incorporando los casos no GES.

Por otro lado, se propone la creación de una mesa intersectorial permanente de monitoreo del diagnóstico y tratamiento del cáncer, con participación del Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, las sociedades científicas, la academia, los colegios profesionales y la sociedad civil. Esta instancia tendría como objetivo supervisar en tiempo real la gestión oncológica del sistema, mediante indicadores públicos de oportunidad diagnóstica y terapéutica, trazabilidad de las trayectorias de atención y mecanismos periódicos de rendición de cuentas.

6. Enfoque en el mediano plazo: transformar la alerta en una estrategia estructural

Finalmente, la alerta oncológica debe entenderse no sólo como un mecanismo de contingencia, sino como una oportunidad para abrir una agenda de transformación estructural del sistema. La urgencia inmediata es real y exige medidas rápidas: depuración de listas, extensiones horarias, refuerzo diagnóstico y resolución de cuellos de botella críticos. Sin embargo, si estas medidas no se conectan con una estrategia de mediano plazo, el sistema tenderá a reproducir los mismos retrasos.

En esta perspectiva, la propuesta del Dr. Bruno Nervi resulta especialmente orientadora. Su presentación mostró que el fortalecimiento sostenido de un centro, acompañado de transferencia, innovación organizacional y nuevas capacidades, puede traducirse en incrementos relevantes de productividad y oportunidad. El ejemplo del trabajo conjunto entre el Sótero del Río, la Universidad Católica, la Fundación UC Chilesincancer y CECAN —con aumento muy significativo de quimioterapias FONASA en la última década de 140% versus 70% comparando el crecimiento del H. Dr. Sótero del Río versus los otros centros de la región metropolitana— muestra que las transformaciones estructurales sí son posibles cuando hay inversión, continuidad y nuevos modelos de atención.

En el mismo sentido, su énfasis en las enfermeras de práctica avanzada (EPA) que han demostrado aumentar la eficiencia en la atención clínica de 30% en los centros públicos del H. Dr. Sotero del Río, H. Dr. Franco Ravera de Rancagua y H. Carlos Van Buren de Valparaíso, los tres proyectos apoyados por la Fundación UC Chilesincancer. La estrategia de incorporación de las EPA debiera ser considerada seriamente como una apuesta de mediano plazo, dado su potencial para impactar sobre sobrevida, continuidad y navegación de pacientes. También deben incorporarse las propuestas del Dr. Ignacio Silva relativas a programas abreviados de formación para subespecialistas, formación de enfermería oncológica y modelos de atención integral como ECICEP. Asimismo, la descentralización de radioterapia planteada por la Dra. Evelyn San Martín —hacia ciudades como Temuco, Puerto Montt, Arica y Punta Arenas— debiera formar parte de una estrategia nacional de mediano plazo, junto con la publicación de la norma técnica pendiente y el fortalecimiento de los equipos de apoyo.

Un antecedente especialmente alarmante expuesto por el Dr. Nervi reveló que la mitad de las personas que fallecen en el programa GES de cuidados paliativos nunca recibió tratamiento para su cáncer. Esa cifra resume con crudeza la necesidad de transformar la alerta en una política más profunda: una política que no solo reduzca retrasos, sino que reconstruya la continuidad diagnóstica y terapéutica del sistema oncológico.

Es necesario notar que la Alerta Oncológica tiene término el 30 de septiembre de 2026. Debe existir un mecanismo de transición financiera y administrativa que permita dar continuidad a las iniciativas desarrolladas en el tiempo.

Por último, se propone avanzar en una política nacional de prevención primaria y tamizajes, orientada a reducir la incidencia y mortalidad por cáncer mediante intervenciones costo-efectivas y de amplia cobertura poblacional. Esta política debiera contemplar, entre otras medidas, una estrategia de erradicación masiva de *Helicobacter pylori*; el aumento de la cobertura de mamografía; la expansión del uso de PCR para VPH y del test inmunológico fecal (FIT) para tamizaje colorrectal; y la incorporación de herramientas de inteligencia artificial en mamografía y colposcopia digital en la atención primaria de salud. Asimismo, debiera integrar acciones robustas de prevención y control de factores de riesgo, incluyendo tabaquismo, obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol.

V. Conclusión

El Seminario Alerta Oncológica dejó una convicción compartida entre sus organizadores: Chile cuenta con la capacidad, el conocimiento y las herramientas necesarias para enfrentar este desafío. A lo largo de la jornada, las intervenciones de autoridades, clínicos de primera línea, investigadores y representantes de sociedades científicas mostraron un diagnóstico convergente: la falta de oportunidad en la atención oncológica no responde a ausencia de voluntad ni de competencia técnica, sino a la persistencia de brechas estructurales que el sistema ha tolerado por demasiado tiempo.

Desde el Colegio Médico Santiago, el Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN) y el Instituto Nacional del Cáncer, valoramos la Alerta Sanitaria Oncológica como una oportunidad relevante y necesaria. Pero esta oportunidad solo tendrá sentido si se traduce en respuestas eficaces en el corto plazo y en transformaciones sostenidas en el tiempo. La alerta debe servir no solo para enfrentar los retrasos acumulados, sino también para fortalecer la red pública, mejorar la coordinación del sistema, cerrar brechas de información, aumentar la capacidad resolutive y asegurar una atención oportuna y digna para todas las personas con cáncer en Chile.

En ese marco, asumimos un compromiso claro. Seremos vigilantes activos de que la alerta se implemente con eficacia, transparencia y respeto por los derechos de los pacientes, así como por la dignidad laboral de los equipos de salud. Pondremos a disposición nuestras capacidades institucionales, académicas, clínicas y profesionales para contribuir a una respuesta articulada, especialmente en la Región Metropolitana, desde la Atención Primaria hasta los centros de referencia. Del mismo modo, seguiremos impulsando espacios de diálogo técnico y multisectorial como este seminario, convencidos de que las políticas públicas más efectivas son aquellas que se construyen sobre evidencia, colaboración y sentido de urgencia.

Asimismo, insistiremos en que la respuesta no puede agotarse en una medida transitoria de 90 días. La situación oncológica del país exige políticas permanentes: inversión sostenida, fortalecimiento del recurso humano, digitalización e interoperabilidad de los registros, mejor gobernanza de la red, descentralización de capacidades críticas y un compromiso explícito con la equidad territorial y social. También defenderemos el presupuesto de salud frente a cualquier recorte que comprometa la viabilidad de esta y futuras alertas sanitarias.

Por sobre todo, reafirmamos que el paciente oncológico debe estar siempre en el centro de la respuesta: con información clara, trazabilidad de su trayectoria, acompañamiento oportuno y la certeza de que el tiempo de espera no determinará su pronóstico vital. La alerta oncológica no es solo una respuesta a listas de espera; es una prueba de la capacidad del Estado y del sistema de salud chileno para honrar su compromiso con el derecho a la salud.

Como instituciones organizadoras de este seminario, reafirmamos nuestra disposición a seguir liderando esta conversación, aportar con evidencia, articular actores y exigir resultados. Porque detrás de cada cifra hay una persona, una familia y una vida que merece la mejor oportunidad.



Diálogo “Alerta oncológica: Focos críticos para una respuesta efectiva en la Región Metropolitana”,
1º de abril de 2026, Casa del Colegiado y Colegiada, Colmed Santiago.

Dra. Francisca Crispi
Presidenta, Colegio Médico Santiago

Dr. Enrique Castellón / Carolina Goic / Dr. Bruno Nervi
Directores de CECAN

Dra. Berta Cerda
Directora Instituto Nacional del Cáncer

Abril 2026

Referencias

- Centro de Políticas Públicas e Innovación (CIPS) Universidad del Desarrollo. Visualizador de Garantías Retrasadas en Cáncer. Marzo, 2025.
- Global Cancer Observatory. Chile. 2022
- Quezada-Diaz F, Acevedo J, González M et al. Assessing the impact of a single qualitative fecal immunochemical test on colonoscopy prioritization and mortality in risk-stratified patients with suspected colorectal cancer: a retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health – Americas*, 2025; 50
- Gobierno de Chile. Decreto Alerta Sanitaria Oncológica. 20 de marzo de 2026.
- Ministerio de Salud. Ley N°21.258 — Ley Nacional del Cáncer. 26 de agosto de 2020.
- Ministerio de Salud. Reporte Glosa 6: Lista de Espera No GES y Garantías GES Retrasadas. OFICIO CP N°3550/2026. Corte: 31/12/2025.
- Ministerio de Salud. Plan de Acción Adulto del Plan Nacional del Cáncer 2022-2027.
- Mondschein S, Subiabre F, Yankovic N, Estay C, Von Mühlenbrock C, Berger Z. Colorectal cancer trends in Chile: A Latin-American country with marked socioeconomic inequities. *PLoS One*. 2022 Nov 10;17(11):e0271929. doi: 10.1371/journal.pone.0271929. PMID: 36355864; PMCID: PMC9648833.
- OCDE. Delivering High Value Cancer Care. OECD Health Policy Studies.
- OCDE. Health at a Glance 2025. Waiting Times.
- Park JY, Lee YC, ..., Riquelme A, Sasieni P, Smith S, Takens J, Teng A, Forman D. Helicobacter pylori Screen-and-Treat Programs for Gastric Cancer Prevention - IARC Working Group Report. *N Engl J Med*. 2026 Mar 12;394(11):1131-1137. doi: 10.1056/NEJMs2515372. PMID: 41812202.
- Vasquez M, Eguiguren P, Mogollón A, et al. Delays and detours during cancer diagnosis: a cross-sectional study on patient pathways and provider intervals in public healthcare networks of Chile, Colombia and Ecuador. *BMC Cancer* ; 2026 Feb 26.

Anexo. Matriz de Propuestas

Como ejercicio posterior al Seminario, se priorizaron por CECAN y Colmed Santiago las propuestas en una matriz por horizonte temporal que se comparte a continuación.

ALERTA ONCOLÓGICA 2026

Seminario COLMED · CECAN · Instituto Nacional del Cáncer - Región Metropolitana, Abril 2026

Matriz de Propuestas por Horizonte Temporal y Prioridad

HORIZONTE TEMPORAL	PRIORIDAD CRÍTICA	MUY ALTA	ALTA
CORTO 0 – 6 meses	<p>1. Depuración de de listas de espera Auditoría nominal GES/No GES por servicio de salud. En algunos servicios, más del 50% de casos ya estarían resueltos sin egreso del sistema.</p> <p>2. RELE oncológico: extensión horaria y fines de semana Financiar funcionamiento de la red pública de 8:00 a 20:00 horas, incluidos sábados, para cirugía, quimioterapia, radioterapia y diagnóstico.</p> <p>3. Derivación automática al sector privado de garantías GES vencidas y atrasos No GES Activar derivación automática al segundo prestador privado cuando se incumpla el plazo GES o se supere un umbral de espera No GES, sin requerir acción del paciente. FONASA cuenta con 26 instituciones privadas en convenio con capacidad oncológica. Incluir contrarreferencia obligatoria y resolución del problema de salud completo, no solo la prestación aislada. Revisar aranceles con criterio realista y de salud pública para los prestadores privados.</p> <p>4. FIT como Norma Técnica obligatoria para colonoscopías Priorizar pacientes en espera con test de sangre oculta inmunológico cuantitativo y hematocrito (VPN 99,8%). Permite priorizar con seguridad el 33% de las colonoscopías. Ya instalado en 19 servicios.</p> <p>5. GastroCalc como Norma Técnica obligatoria para priorización de endoscopia digestiva alta Estandarizar el uso de GastroCalc como herramienta de estratificación de riesgo previa a la endoscopia digestiva alta en toda la red pública. Permite identificar pacientes con mayor riesgo de cáncer gástrico y condiciones premalignas (OLGA III-IV), concentrando la capacidad endoscópica donde existe necesidad clínica real.</p> <p>6. Mesa intersectorial de monitorización de diagnóstico y tratamiento del cáncer Crear una mesa permanente con participación de MINSAL, servicios de salud, sociedades científicas, academia, colegios profesionales y sociedad civil para monitorear en tiempo real la gestión oncológica. Indicadores públicos de oportunidad diagnóstica y terapéutica, trazabilidad de trayectorias y rendición de cuentas periódica.</p> <p>7. Mecanismo de transición financiera para el 'Día 91' Asegurar continuidad después del 30/09/2026. La demanda real asciende a 47.457 prestaciones (indirectas incluidas), más del doble de las directas.</p>	<p>8. Protocolos nacionales de derivación desde APS Homogeneizar criterios de sospecha, derivación y priorización clínica desde Atención Primaria. Formación internivel médicos APS-especialistas.</p>	<p>9. Tiempos máximos exigibles para cánceres no GES Establecer plazos de respuesta para cánceres sin garantía GES. Incluye melanoma, cáncer páncreas, vesícula biliar, cabeza y cuello.</p>

HORIZONTE TEMPORAL	PRIORIDAD CRÍTICA	MUY ALTA	ALTA
MEDIANO 6 meses – 1 año	<p>10. Registro Nacional del Cáncer operativo e interoperable A partir de los registros clínicos, generar un registro poblacional que permita trazabilidad de trayectoria asistencial en la red pública y privada.</p> <p>11. Plan de renovación de equipamiento diagnóstico y terapéutico en la red pública Subsanan déficit en endoscopia y colonoscopios, anatomía patológica digital, imagenología y radioterapia. Plan de inversión en subtítulo 29.</p> <p>12. Estrategia de retención y formación de especialistas oncológicos en la red pública Incentivos de permanencia en sector público para oncólogos, patólogos, físicos médicos, radioterapeutas, paliativistas y enfermeras oncológicas.</p>	<p>13. Descentralización de radioterapia y red coordinada Ampliar la radioterapia pública a regiones en Valenciana. Actualizar Norma Técnica 51. Mesas multidisciplinares permanentes con contrarreferencia efectiva pública-privada.</p>	
LARGO 1 – 3 años	<p>14. Incorporación de todos los cánceres en mayores de 14 años al GES Garantía oncológica integral para todas las patologías en ≥15 años, con tiempos vinculantes, seguimiento visible y priorización por necesidad clínica, superando la fragmentación GES/No GES.</p>		<p>15. Política nacional de prevención primaria y tamizajes Erradicación masiva de H. pylori. Aumentar la cobertura de mamografía. PCR-VPH, FIT colorrectal. IA en mamografía y colposcopia digital en APS. Abordar tabaquismo, obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol.</p>

Criterios de prioridad:

- **CRÍTICA:** Acción urgente e ineludible. Su omisión compromete directamente la vida de los pacientes o la viabilidad del plan de resolución.
- **MUY ALTA:** Acción necesaria con impacto significativo en oportunidad, equidad o sostenibilidad. Debe iniciarse durante el período de la alerta.
- **ALTA:** Acción estructural de impacto en mediano o largo plazo, que requiere planificación y compromiso presupuestario sostenido.

Fuente: Seminario ‘Alerta Oncológica: Focos Críticos para una Respuesta Efectiva en la Región Metropolitana’, 01 de abril de 2026. Organizado por el Colegio Médico Santiago, CECAN e Instituto Nacional del Cáncer.



COLEGIO MÉDICO
SANTIAGO