

## CARTAS AL DIRECTOR

ENVIAR A: editor@elpinguino.com

### ONCOLOGÍA SIN INTEGRACIÓN: CUANDO LA COMPLEMENTARIEDAD NO ALCANZA

#### Señor Director:

La actual alerta oncológica representa mucho más que una medida administrativa frente a una crisis de gestión; es, en esencia, una oportunidad histórica. No solo para acelerar la resolución de las abultadas listas de espera, sino para corregir una falla estructural que ha hipotecado la eficiencia del sistema de salud chileno durante décadas: su profunda fragmentación. Sin embargo, al observar las estrategias desplegadas, parece que se ha optado por un camino conservador. Se ha privilegiado la “complementariedad público-privada” en lugar de avanzar hacia una verdadera integración operacional. Esta decisión no es neutra; tiene consecuencias directas en la oportunidad de atención y, lo más grave, en la sobrevida de los pacientes.

La complementariedad implica que el sistema público sigue siendo el eje estanco y, cuando este se ve sobrepasado, recurre al sector privado como un apoyo puntual y externo. Es un modelo reactivo, fragmentado y dependiente de la capacidad residual del privado. En cambio, la integración operacional supone algo mucho más ambicioso: coordinar ambos subsistemas bajo una lógica única de red. Esto implica compartir criterios clínicos, una priorización centralizada de listas y el uso óptimo de toda la capacidad instalada del país, independientemente de la propiedad de los activos.

En el ámbito oncológico, esta distinción técnica es una cuestión de vida o muerte. La lista de espera en cáncer no es una fila estática para una cirugía puntual; es una trayectoria compleja que incluye sospecha, confirmación diagnóstica, etapificación y tratamiento multidisciplinario. Cuando se opera bajo la lógica de la complementariedad, cada uno de estos eslabones puede quedar atrapado en un sistema distinto, sin una continuidad real ni flujo de información. El resultado es un fenómeno de sobra conocido por los equipos médicos: duplicación de exámenes, pérdida de trazabilidad, “tiempos muertos” entre etapas y retrasos acumulativos que terminan por cambiar el pronóstico del paciente.

La integración permitiría que un caso sea gestionado como una unidad dentro de una red ampliada. Bajo este paradigma, el lugar físico de la atención es irrelevante frente al objetivo sanitario. Lograr esto requiere, por cierto, gobernanza robusta, interoperabilidad de fichas clínicas y una decidida voluntad política para abandonar la lógica de la simple “derivación” de pacientes y reemplazarla por una de gestión unificada de la demanda.

Optar por la complementariedad tiene, además, un efecto de ineficiencia económica: subutiliza la capacidad instalada. Chile cuenta con infraestructura, especialistas y tecnología de vanguardia repartidos en ambos sectores. Sin integración, esa capacidad no se sincroniza. Mientras un pabellón público puede estar cerrado por falta de personal, un equipo de radioterapia privado podría estar subutilizado a pocas cuadras. Sin un sistema que los articule, esa brecha es tiempo perdido.

Desde la perspectiva de las políticas públicas, la complementariedad permite “comprar” soluciones para reducir el stock de pacientes en espera, pero no altera la velocidad de resolución de manera sostenida. Es un alivio temporal para un problema dinámico. La integración, por el contrario, optimiza el flujo global y alinea los incentivos hacia resultados sanitarios comunes, como el cumplimiento de tiempos máximos y la continuidad del cuidado.

La pregunta hoy ya no es si el sector privado debe participar; esa discusión ideológica está superada por la realidad epidemiológica. La pregunta urgente es cómo participa. Y hasta ahora, la respuesta parece insuficiente para la magnitud del desafío. La alerta oncológica requería una decisión audaz: usar toda la capacidad del país de manera coordinada. Optar por la complementariedad sobre la integración es, en la práctica, elegir una solución parcial frente a una emergencia total.

En oncología, esta diferencia no es un debate académico sobre modelos de gestión. Es tiempo. Y el tiempo, en cáncer, es la única variable que no se puede recuperar.

**Dr. Luis Castillo Fuenzalida,**  
Decano Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Autónoma de Chile