

Estudio CIPS-UDD reveló que hay 19.046 prestaciones GES de cáncer en lista de espera

Paula Daza: "Esto no tiene que ver con recursos, se trata de gestión"

CAMILA FIGUEROA

Un estudio del Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud de la Universidad del Desarrollo (CIPS-UDD) determinó que, de las 78.595 prestaciones retrasadas correspondientes a las Garantías Explícitas en Salud (GES), el 24% está relacionado con el cáncer: 19.046.

De ese porcentaje, el mayor atraso corresponde al cáncer cervicouterino, que pasó de 2.842 en diciembre de 2024 a 5.391 en diciembre de 2025. Pero no fue la única enfermedad que aumentó; también lo hizo el cáncer colorrectal, que incrementó de 3.285 prestaciones GES atrasadas en 2024 a 4.788 el año pasado, mientras que el cáncer gástrico pasó de 949 a 1.262. La lista de espera en cáncer de mama también es abultada, con 3.821 prestaciones en espera, pero bajó 17% en relación al 2024.

"Como son patologías que están cubiertas por el GES, significa que el Estado, por ley, debe garantizar la atención, el financiamiento, la calidad y la oportunidad. Sabemos que son enfermedades en las que el tiempo es oro. Si se atrasa un diagnóstico o el tratamiento, lo más probable es que esa enfermedad progrese y la persona pueda enfermarse más gravemente o fallecer", explica Paula Daza, directora ejecutiva del CIPS-UDD.

¿Cuáles son los mayores retrasos, doctora Daza?

"En cáncer cervicouterino hay 5.391 prestaciones retrasadas. De esa cifra, el 49% corresponde a tamizaje y el 46% a diagnóstico. El tamizaje tiene que ver con los exámenes, mientras que el retraso en el diagnóstico es más grave, porque significa que las mujeres que tienen un examen de Papanicolaou (PAP) o un test de virus del papiloma humano (VPH) alterado no han recibido la confirmación diagnóstica. Si eso no está resuelto, obviamente se atrasa el tratamiento del cáncer".

Los atrasos son desde el inicio, entonces.

"Exactamente. Todas las mujeres de 25 a 64 años tienen acceso a realizarse un PAP cada tres años o el examen del VPH. Sabemos que no más del 50% de las mujeres de ese rango etario se lo realiza. Esto está cubierto por el GES, tanto en la atención primaria o en los Cesfam, como en el sistema privado. Es un derecho y no se está cumpliendo por distintas razones".

¿Por qué la lista de espera es tan grande?

El mayor retraso es de cáncer cervicouterino con 5.391, seguido del cáncer colorrectal con 4.788.

Lista de espera GES y tipos de cáncer

Problema de salud	2024	2025	Variación
Osteosarcoma	1	3	200%
Cáncer cervicouterino	2.842	5.391	90,0%
Cáncer vesical	46	80	74%
Cáncer colorrectal	3.285	4.788	46%
Mieloma múltiple	22	32	45%
Cáncer gástrico	949	1.262	33%
Leucemia adulto	110	137	25%
Cáncer de pulmón	632	742	17%
Cáncer de ovario epitelial	152	171	13%
Cáncer de testículo	124	135	9%
Cáncer renal	410	413	1%
Linfoma adultos	483	483	0%
Cáncer de próstata	1.010	999	-1%
Cáncer de tiroides	476	470	-1%
Cáncer de mama	4.610	3.821	-17%
Alivio del dolor	115	95	-17%
Cáncer infantil	45	24	-47%
Total	15.312	19.046	

Fuente: CIPS-UDD con datos otorgados por transparencia. La variación es en diciembre de cada año

"Puede ser que las mujeres no hayan acudido a hacerse el examen o que no las hayan llamado para agendar o confirmar, por ejemplo, pero eso el Estado debe resolverlo. Esto no tiene que ver con recursos, se trata de gestión. Hay varias formas de resolverlo y de mejorar la cobertura".

¿Algún ejemplo?

"Lo primero es informar a la población y hacer campañas, tal como se hace con las vacunas. El examen debe acercarse a la gente. Existe la autotoma: la mujer se acerca al Cesfam o a la clínica, si es Isapre, se le entrega una tórula y luego devuelve la muestra. Hay que informar que las mujeres que trabajan tienen derecho a medio día libre para realizarse el examen. El cáncer cervicouterino está invisibilizado".

¿No se le ha dado importancia?

"Yo no vi campañas del Ministerio de Salud, tal vez las hicieron, pero no fueron masivas y no llegaron a los lugares que tenían que llegar. No existe una campaña que diga que tenemos que eliminar este cáncer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace unos años lanzó una propuesta que es la del 90-70-90. El primer pilar es que tenemos que alcanzar el 90% de mujeres vacunadas en el rango etario. El segundo corresponde a que el 70% de las mujeres que deben realizarse el examen se lo hagan y el tercero es que el 90% de las diagnosticadas con cáncer tienen

que estar en tratamiento. Cuando se alcance ese 90-70-90, vamos a eliminar el cáncer cervicouterino".

¿Y cómo resolvemos los diagnósticos atrasados?

"El tamizaje se hace en la Atención Primaria, en el consultorio, y la biopsia se realiza en el hospital. En esa derivación está la tardanza, y puede que en el hospital no estén los especialistas, entre otros motivos. Eso se resuelve con una mirada central, con un gestor oncológico de listas de espera: una persona que supervise desde arriba y gestione todo el proceso. También hay que fortalecer la colaboración público-privada; lo que no se pueda resolver en lo público debe gestionarse con los privados. Las patologías GES tienen que resolverse porque existe una ley y es un derecho".

¿Hay resistencia para resolver con las clínicas?

"Estos son resultados del gobierno anterior. Ahí yo creo que sí hubo una resistencia a fortalecer la colaboración público-privada. Las propuestas estaban orientadas a que el sector público fuera el

responsable casi exclusivo de dar respuestas en salud. En la pandemia, por ejemplo, sin la colaboración público-privada no habríamos podido responder a las necesidades de la población de manera oportuna".

¿El paciente debe volver a estar en el centro?

"Creo que hoy tenemos una mirada distinta con el nuevo gobierno; han dicho que el paciente tiene que estar en el centro y debemos volver a eso. Cuando el paciente se pone en el centro, uno gestiona y ve dónde puede atenderlo mejor, más oportunamente, dónde le soluciona el problema. Eso puede ser en el sector público o en el privado. El paciente debe volver a estar en el centro de la atención, independiente de dónde se realice. El sector público tiene muchas fortalezas; el privado tiene eficiencia y tecnología. Bueno, usemos eso para atender a los pacientes. Pero esto tiene que venir no solo del Minsal, sino como una mirada de Estado".

¿Qué puede hacer un paciente GES en lista de espera?

"Tiene que dirigirse a Fonasa o a su Isapre. Fonasa tiene la obligación, en un plazo no mayor a cinco días, de derivarlo a un segundo prestador. Ellos definen a cuál, pero tienen la obligación legal de hacerlo. Esta es una ley y hoy el Estado la está incumpliendo en 78.595 prestaciones. El Estado es tremendamente riguroso al cobrar impuestos, pero en esto debe responderle a la ciudadanía. Una de las cosas que está haciendo este Gobierno es abordar con seriedad los atrasos en cáncer, y por ello existe una alerta sanitaria para resolver estos problemas".

¿Fue una buena estrategia decretar la alerta sanitaria por cáncer?

"Sí, porque significa que el Minsal contará con los recursos y la velocidad necesaria para comprar servicios en el sector privado, implementar tecnología y acelerar los procesos. Además, se le envía un mensaje a la ciudadanía de que el cáncer es una prioridad para el Gobierno y que existe una voluntad real por resolverlo".



Paula Daza es la directora ejecutiva del CIPS-UDD.

RICHARD SALGADO