

CÁNCER COLORRECTAL EN CHILE: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN Y PROPUESTA DE RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

AGOSTO

2026

Resumen ejecutivo

El cáncer colorrectal es hoy la segunda neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte oncológica en Chile, con 7.965 casos nuevos y 3.794 fallecimientos anuales (Ervik et al., 2026). Su incidencia ha crecido a un 7,2% anual entre 2013 y 2021 (Moreno Miranda et al., 2026), y las proyecciones del Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN) anticipan que se convertirá en el tipo de cáncer más frecuente del país hacia 2035. Preocupa especialmente que el 23,1% de los diagnósticos en el período correspondió a personas menores de 50 años.

Pese a esta trayectoria, Chile no cuenta con un programa nacional de tamizaje poblacional para esta enfermedad (Corsi et al., 2024), y las garantías de oportunidad existentes muestran retrasos significativos: al primer trimestre de 2026, cerca de 5.483 personas figuraban con garantías GES retrasadas, con un tiempo mediano de espera de 71 días (Ministerio de Salud, 2026). En el ámbito terapéutico, la cobertura de Drogas Oncológicas de Alto Costo se limita a un subgrupo acotado de pacientes con enfermedad metastásica potencialmente resecable, y el acceso a cirugía de alta complejidad y radioterapia presenta brechas geográficas relevantes: ocho de las dieciséis regiones del país no cuentan con un centro público de radioterapia (Letelier, 2026).

A partir de este diagnóstico, y con el aporte de especialistas y representantes de Academia, MINSAL, Sociedad Científica, Pacientes y Sector Privado, este documento propone cinco recomendaciones de política pública organizadas en torno a los ejes de prevención, tamizaje y tratamiento: (1) fortalecer la prevención primaria y el control de factores de riesgo modificables; (2) diseñar un programa de tamizaje poblacional y escalar la priorización diagnóstica mediante el test de sangre oculta en heces (FIT); (3) implementar la identificación sistemática del síndrome de Lynch; (4) garantizar el acceso oportuno a cirugía de metastasectomía y radioterapia; y (5) incorporar el diagnóstico molecular de precisión y actualizar la cobertura de tratamientos oncológicos de alto costo.

Estas recomendaciones buscan traducir la evidencia científica disponible —nacional e internacional— en una hoja de ruta concreta que permita cerrar las brechas de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal en Chile.

I. Introducción: estado actual del cáncer colorrectal en Chile

Según las estimaciones más recientes del Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN 2024), Chile registró 59.887 casos nuevos de cáncer y 31.498 muertes por esta causa durante 2024, con una prevalencia a cinco años de 172.913 personas (Ervik et al., 2026; Sung et al., 2026). En este panorama, el cáncer colorrectal se posiciona como la segunda neoplasia más frecuente del país —7.965 casos nuevos anuales, un 13,3% del total, superado solo por el cáncer de próstata— y como la segunda causa de muerte oncológica, con 3.794 fallecimientos (12,0% del total), superado únicamente por el cáncer de pulmón. Su prevalencia a cinco años alcanza 24.274 personas (122,8 por 100.000 habitantes), la segunda más alta entre todos los tumores (Ervik et al., 2026).

Más preocupante que su magnitud actual es su trayectoria. Un estudio de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, basado en el registro nacional de garantías GES de FONASA entre 2013 y 2021, documentó un incremento sostenido de 7,2% anual en la incidencia de cáncer colorrectal, hasta alcanzar 34,94 casos por cada 100.000 beneficiarios en 2021, con una sobrevivida global a cinco años de apenas 45,61% (Moreno Miranda et al., 2026). Del total de 34.578 personas diagnosticadas en el período, el 23,1% correspondió a menores de 50 años, de las cuales el 52,9% eran hombres (Moreno Miranda et al., 2026). Proyecciones del Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN) anticipan que, de mantenerse esta tendencia, el cáncer colorrectal se convertirá en el tipo de cáncer más frecuente entre los chilenos hacia 2035, con un aumento estimado de 79% en el número de casos anuales.

Pese a esta evolución, Chile no cuenta a la fecha con un programa nacional de tamizaje poblacional para cáncer colorrectal. Un análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 constató una baja cobertura histórica de colonoscopia en población de 50 a 75 años y confirmó la ausencia de un programa estructurado (Corsi et al., 2024). El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) exige, desde 2013, un plazo máximo de 45 días para la colonoscopia diagnóstica en personas con sospecha de cáncer colorrectal (Quezada-Díaz et al., 2025), plazo que convive con extensas listas de espera para el resto de las prestaciones no GES.

De acuerdo con el informe de Glosa N.º06 del Ministerio de Salud, con corte al 31 de marzo de 2026, el cáncer colorrectal en personas de 15 años y más figuró entre las diez patologías GES con mayor número de garantías de oportunidad retrasadas a nivel nacional, con cerca de 5.483 personas afectadas, un tiempo de retraso mediano de 71 días y un promedio de 111 días (Ministerio de Salud, 2026).

El informe no desagrega las listas de espera No GES —consultas de especialidad e intervenciones quirúrgicas— por patología específica, sino por especialidad médica, por lo que no fue posible cuantificar en este documento el tiempo de espera No GES específico para sospecha o seguimiento de cáncer colorrectal.

En materia de tratamiento, la Resolución Exenta N.º 351 de 2026, que actualiza el listado de Drogas Oncológicas de Alto Costo (DAC) financiadas por FONASA, incorpora para cáncer colorrectal únicamente dos esquemas: bevacizumab para el tratamiento preoperatorio de enfermedad avanzada con metástasis hepáticas potencialmente resecables y mutación RAS o BRAF, y panitumumab o cetuximab asociados a quimioterapia para el mismo escenario clínico en pacientes sin dichas mutaciones (Ministerio de Salud y Fondo Nacional de Salud, 2026). La cobertura vigente se circunscribe así a un subgrupo acotado de pacientes con enfermedad metastásica potencialmente resecable, sin indicaciones específicas para otras líneas de tratamiento en enfermedad metastásica irresecable, lo que constituye una brecha relevante de acceso equitativo a terapias biológicas.

Adicionalmente, el abordaje del cáncer colorrectal metastásico requiere una adecuada caracterización molecular del tumor, dado que la identificación de alteraciones moleculares y biomarcadores predictivos condiciona crecientemente la selección de la estrategia terapéutica. En este contexto, garantizar un acceso oportuno y equitativo al diagnóstico molecular constituye un componente necesario para avanzar hacia una atención de precisión y reducir inequidades en el acceso a tratamientos personalizados.

II. Recomendaciones

A partir del diagnóstico expuesto, y tomando como referencia el trabajo de generación de evidencia local liderado por especialistas como el Dr. Felipe Quezada Díaz, cirujano coloproctólogo del Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río, de Clínica Universidad de los Andes e investigador de CECAN, se plantean las siguientes cinco recomendaciones, organizadas en torno a los ejes de prevención, tamizaje y tratamiento.

Este documento incorpora, además, el aporte de especialistas y representantes de los distintos sectores del ecosistema oncológico convocados en torno al Policy Forum sobre Cáncer Colorrectal, entre ellos el Dr. Alejandro Berkovits, Jefe del Departamento de Cáncer del Ministerio de Salud; el Dr. Felipe Quezada Díaz, en representación de la evidencia clínica generada en el sistema público; y el Dr. Sergio Becerra, Director Médico de Fundación CARE, junto con representantes de Academia, Sociedad Científica, Pacientes y Sector Privado, de modo que las recomendaciones aquí planteadas reflejen un proceso de construcción multisectorial.

1. Prevención primaria y control de factores de riesgo modificables

Fortalecer, en alianza con el sector privado, la academia y la sociedad civil, las estrategias de prevención primaria orientadas a los factores de riesgo modificables asociados al aumento del cáncer colorrectal, en particular el consumo de alimentos ultraprocesados, el sedentarismo y el consumo de alcohol y tabaco (Marcano, 2025). Se sugiere incorporar mensajes específicos sobre cáncer colorrectal en las campañas de alimentación saludable, así como articular estas iniciativas con la Ley de Etiquetado de Alimentos y las políticas de actividad física escolar. La priorización de estos factores es consistente con la evidencia epidemiológica local: el aumento sostenido de la incidencia en población menor de 50 años (Moreno Miranda et al., 2026) coincide con las cohortes de mayor exposición a dietas ultraprocesadas y sedentarismo, lo que refuerza la urgencia de una estrategia preventiva dirigida a esta población. Esta línea de trabajo se beneficiará de la experiencia y perspectiva de los representantes de Sociedad Civil y Pacientes que participan del Policy Forum, cuyo aporte permitirá precisar las barreras concretas que enfrenta la población para adoptar estas conductas preventivas.

2. Diseño e implementación de un programa de tamizaje poblacional y escalamiento de la priorización diagnóstica mediante FIT

Diseñar e iniciar la implementación gradual de un programa nacional de tamizaje poblacional basado en el test inmunológico de sangre oculta en heces (FIT), dada la ausencia de un programa estructurado hasta la fecha (Corsi et al., 2024). El diseño debiera revisar la edad de inicio del tamizaje —convencionalmente fijada en 50 años— a la luz del aumento documentado de casos en menores de esa edad (Moreno Miranda et al., 2026), y contemplar un plan de fortalecimiento de la capacidad endoscópica del país, hoy insuficiente para sostener un tamizaje poblacional.

Mientras se implementa esta estrategia poblacional, se recomienda apoyar y acelerar el escalamiento nacional de la estrategia complementaria desarrollada por el equipo del Hospital Sótero del Río, liderado por el Dr. Felipe Quezada, que utiliza el mismo test de sangre oculta en heces para priorizar el acceso a colonoscopia en pacientes sintomáticos que ya se encuentran en lista de espera. El estudio, publicado en *The Lancet Regional Health – Americas*, mostró que aproximadamente un tercio de los pacientes con test positivo pudo ser priorizado, mientras que el grupo con test negativo registró una incidencia de cáncer colorrectal a cinco años inferior al 1% (Quezada-Díaz et al., 2025). El Ministerio de Salud ha proyectado ampliar esta estrategia de cuatro a dieciséis Servicios de Salud. Se recomienda además incorporar el desglose por patología específica en los sistemas SIGTE, de modo de poder monitorear el tiempo de espera No GES para sospecha de cáncer colorrectal, información actualmente no disponible en los reportes públicos (Ministerio de Salud, 2026).

3. Identificación sistemática del síndrome de Lynch y otros síndromes de cáncer colorrectal hereditario

El síndrome de Lynch es la causa hereditaria más frecuente de cáncer colorrectal (3-5% de los casos) y se asocia a mayor riesgo de cáncer de endometrio, ovario, estómago e intestino delgado, entre otros. La estrategia recomendada internacionalmente para su detección es el tamizaje reflejo del tumor —inmunohistoquímica de proteínas reparadoras (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) o inestabilidad microsatelital— aplicado sistemáticamente a todo paciente diagnosticado, dado que los criterios clínicos por sí solos subdetectan casos. Esta estrategia ya fue evaluada en Chile por el equipo del Dr. Felipe Quezada Díaz en un hospital público (Quezada-Díaz et al., 2022), lo que ofrece una base local para su escalamiento, especialmente relevante dado que el 23,1% de los diagnósticos FONASA 2013-2021 correspondió a menores de 50 años (Moreno Miranda et al., 2026). Se recomienda: (i) escalar el tamizaje reflejo a nivel nacional; (ii) fortalecer unidades de consejería genética con derivación oportuna; y (iii) establecer protocolos de tamizaje en cascada para familiares de primer grado.

4. Acceso oportuno a tratamientos oncológicos estándar complejidad: ~~de cirugía~~ de metástasectomía y radioterapia

Más allá de la cobertura farmacológica, la brecha de acceso equitativo a la resolución del cáncer colorrectal se extiende a dos prestaciones que forman parte del estándar de tratamiento y que hoy carecen de acceso óptimo en Chile: la cirugía oncológica de alta complejidad —en particular la resección de metástasis hepáticas y pulmonares, indicada en pacientes con enfermedad oligometastásica potencialmente resecable— y la radioterapia para cáncer de recto, componente estándar del tratamiento neoadyuvante y adyuvante en tumores de recto medio e inferior. El propio Ministerio de Salud recomienda que la cirugía de cáncer colorrectal se realice en centros de alto volumen antes que en centros de bajo volumen (Ministerio de Salud, DIPRECE, 2019), lo que en la práctica supone una concentración de la capacidad resolutive de alta complejidad —hepatobiliar y torácica— en un número reducido de centros, mayoritariamente ubicados en la Región Metropolitana, sin que exista hoy una red de derivación explícita ni tiempos de espera monitoreados para este tipo de cirugía en pacientes con metástasis potencialmente resecables. En radioterapia, la brecha es aún más estructural: ocho de las dieciséis regiones del país no cuentan con un centro público de radioterapia y menos del 70% de quienes la requieren accede oportunamente a ella (Letelier, 2026), mientras que el país dispone hoy de aproximadamente 45 aceleradores lineales frente a un estándar operativo de al menos 60 unidades según los criterios de la Agencia Internacional de Energía Atómica, y de solo 2,3 equipos por millón de habitantes frente a una mediana OCDE cercana a 5 (Borrescio-Higa, 2026).

Se recomienda desarrollar, en conjunto con las sociedades científicas de cirugía oncológica y de radioterapia, (i) una red de derivación nacional explícita y protocolizada para la resección de metástasis hepáticas y pulmonares, con criterios de acreditación por volumen y financiamiento de traslado para pacientes de regiones sin capacidad resolutoria local; (ii) la aceleración del plan de instalación de centros regionales de radioterapia, priorizando las regiones hoy sin oferta pública, de modo de asegurar el acceso oportuno a radioterapia neoadyuvante y adyuvante en cáncer de recto; y (iii) la incorporación, en los sistemas SIGTE y de Glosa N.º06, de indicadores específicos de tiempo de espera para cirugía de metastasectomía y para radioterapia en cáncer colorrectal, hoy no disponibles de forma desagregada por patología.

5. Incorporación del diagnóstico molecular de precisión y actualización equitativa de la cobertura de tratamientos de alto costo

Promover el acceso universal, equitativo y oportuno a la caracterización molecular de los pacientes con cáncer colorrectal metastásico desde el momento del diagnóstico de la enfermedad avanzada, incorporando la determinación de biomarcadores relevantes para la toma de decisiones terapéuticas, incluyendo al menos RAS, BRAF y el estado MSI/MMR, en concordancia con las principales guías de práctica clínica y la evidencia científica vigente. La caracterización molecular constituye un componente esencial del abordaje actual del cáncer colorrectal metastásico, al permitir identificar subgrupos biológicamente diferenciados y orientar la selección de terapias dirigidas, inmunoterapia u otras estrategias terapéuticas cuando corresponda, evitando tratamientos potencialmente ineficaces y favoreciendo un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

Esta caracterización molecular es, a la vez, la puerta de entrada a un segundo componente de esta recomendación: la actualización de la cobertura farmacológica que la propia determinación de biomarcadores permite orientar. Se recomienda a la Comisión Técnica Asesora de Drogas Oncológicas de Alto Costo evaluar, con respaldo de evidencia científica y mediante acuerdos de riesgo compartido —mecanismo ya utilizado para incorporar nuevas indicaciones de nivolumab e ipilimumab (Ministerio de Salud y Fondo Nacional de Salud, 2026)—, la ampliación de la cobertura DAC para cáncer colorrectal metastásico más allá del actual criterio de reseabilidad hepática potencial, incorporando otras líneas de tratamiento con terapias biológicas (antiangiogénicas y anti-EGFR) en enfermedad irresecable para las distintas mutaciones. Se recomienda asimismo fortalecer los protocolos de seguimiento post-tratamiento —colonoscopías de control y vigilancia oncológica— para asegurar la continuidad del cuidado y la detección oportuna de recurrencias. Se recomienda avanzar hacia la definición de una ruta diagnóstica estandarizada, que asegure el acceso al testeo molecular con criterios homogéneos y tiempos de respuesta compatibles con la toma de decisiones clínicas, independientemente del lugar de residencia o del centro de atención del paciente.

Glosario de siglas

CECAN: Centro para la Prevención y el Control del Cáncer.

DAC: Drogas Oncológicas de Alto Costo, listado financiado por FONASA.

FIT: Test inmunológico de sangre oculta en heces (Fecal Immunochemical Test), utilizado para el tamizaje de cáncer colorrectal.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

GES: Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

GLOBOCAN: Global Cancer Observatory, base de datos de estadísticas mundiales de cáncer de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC).

MSI/MMR: Inestabilidad microsatelital (Microsatellite Instability) y proteínas reparadoras del ADN (Mismatch Repair), biomarcadores utilizados para el tamizaje del síndrome de Lynch y la selección de terapias.

SIGTE: Sistema de Información y Gestión de Tiempos de Espera del Ministerio de Salud.

III. Referencias

- Borrescio-Higa, F. (2026, 30 de mayo). Lo que la alerta sanitaria no construye. El Mostrador.
- Corsi, O., Acevedo, J., González, M., Passi, A., Monrroy, H., Nervi, B., Margozzini, P., & Quezada-Díaz, F. F. (2024). Cobertura del tamizaje de cáncer colorrectal y estimación de la demanda de colonoscopia en Chile. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Gastroenterología Latinoamericana*.
- Ervik, M., Laversanne, M., Lam, F., Colombet, M., Ferlay, J., Filho, A. M., & Bray, F. (2026). Global Cancer Observatory: Cancer Today (2024 estimates, versión 1.0). International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/today>
- Letelier, H. (2026, 12 de abril). La brecha invisible de la radioterapia. La Tercera.
- Marcano, J. (2025, 6 de octubre). Confirman incremento de un tipo de cáncer digestivo en adultos menores de 50 en Chile. *El Mercurio*.
- Ministerio de Salud, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE). (2019). Guía de Práctica Clínica: Carcinoma Colorrectal en personas de 15 años y más. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2026). Informe Glosa N.º06: Lista de espera No GES y garantías de oportunidad GES retrasadas. Primer trimestre 2026. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud y Fondo Nacional de Salud. (2026). Resolución Exenta N.º351: Determina los listados de drogas oncológicas no GES y de drogas de alto costo (3 de marzo de 2026).
- Moreno Miranda, D., Gaete Dañoibeitia, M., Iglesias Bettini, J., Urrejola Schmied, G., & Bellolio Roth, F. (2026). Epidemiología nacional del cáncer colorrectal en Chile: Tendencias de incidencia y sobrevida en la población FONASA. *Revista de Cirugía*, 78(3). <https://doi.org/10.35687/s2452-454920260033012>
- Quezada-Díaz, F. F., Acevedo, J., González, M., Tello, A., Castillo, R., Morales, C., Manríquez, E., Duran, V., Mena, F., Le-Bert, C., Cabrerías, M., Fulle, Á., Carvajal, G., Briones, P., Nervi, B., & Kusanovich, R. (2025). 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*, 50, 101201. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101201>
- Sung, H., Filho, A. M., Laversanne, M., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2026). Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. <https://doi.org/10.3322/caac.70090>