Junio 2026

Centro de Políticas Públicas
e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

ESTUDIO DE LA **OFERTA PÚBLICA EN LA RESOLUCIÓN DEL CÁNCER** EN CHILE

Evolución del financiamiento,
prestaciones, beneficiarios
y listas de espera GES-Cáncer
2018-2024





**Centro de Políticas Públicas
e Innovación en Salud**

TABLA DE **CONTENIDOS**

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

Resumen ejecutivo	4
Principales hallazgos	5
1. Introducción y marco teórico	6
1.1 Introducción	6
1.2 Marco teórico	7
1.3 Objetivos	8
1.4 Estructura del informe	8
2. Metodología y fuentes	9
2.1 Diseño del estudio	9
2.2 Fuentes de datos	9
2.3 Definiciones operacionales de indicadores	10
2.4 Limitaciones	11
3. Marco macro: evolución del financiamiento MINSAL	12
4. Población beneficiaria y grupos de análisis	14
4.1 Población total FONASA	14
4.2 Grupos de análisis GES	15
5. Financiamiento GES-Cáncer por tipo de prestación	16
6. Prestaciones de salud realizadas	18
7. Personas atendidas	20
8. Análisis territorial	21
8.1 Dinámica de crecimiento 2018-2024	22
9 Listas de espera	23
9.1 Lista de espera GES-Cáncer (visible)	23
9.2 Lista de espera oculta: metodología y resultados	25
10. Análisis estructural: tres grupos de patologías GES prioritarias	28
10.1 Grupo 1: Patologías de alto volumen	29
10.2 Grupo 2: Patologías con señales de retroceso	30
10.3 Grupo 3: Patologías con brecha de cobertura superior al 50%	31
10.4 Síntesis: priorización para política pública	32
11. Conclusiones y recomendaciones	33
11.1 Síntesis	33
11.2 Conclusiones y Discusión	33
11.3 Limitaciones	36
Anexo A Catálogo GES-Cáncer	37
Anexo B Fuentes y notas metodológicas	39

RESUMEN **EJECUTIVO**

Este informe consolida el análisis de la oferta pública para la resolución del cáncer en Chile en el marco de las Garantías Explícitas en Salud (GES), cubriendo 16 patologías oncológicas con financiamiento identificado vía Transparencia FONASA para el periodo 2018-2024, y lo sitúa dentro de la evolución general del presupuesto del Ministerio de Salud (MINSAL) en el mismo periodo. El detalle completo, con filtros por año, patología, Servicio de Salud y tipo de prestación, está disponible en el panel interactivo (dashboard) que acompaña este documento.

PRINCIPALES HALLAZGOS

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

• El financiamiento GES-Cáncer pasó de $185.472 MM (2018) a $350.778 MM (2024), un crecimiento real de 89,1%, muy superior al crecimiento del presupuesto MINSAL ajustado en el mismo periodo (+42,3%). En consecuencia, la participación del GES-Cáncer dentro del presupuesto ajustado subió de 1,9% a 2,5% (peak de 2,6% en 2023), y dentro del gasto total en salud subió de 0,7% a 1,0%.

• Las prestaciones GES-Cáncer realizadas crecieron 37,7% (de 1.135.798 a 1.564.084), con una caída marcada en 2020 (840.709) por la pandemia de COVID-19 y una recuperación sostenida desde 2021.

• Como el financiamiento creció más del doble que las prestaciones, el costo real promedio por prestación aumentó aproximadamente 37%, de cerca de $163.000 (2018) a $224.000 (2024) en pesos de 2026.

• Las personas atendidas (RUT distintos) crecieron 32,9%, de 717.432 (2018) a 953.422 (2024), también con una caída en 2020 (433.719).

• La población beneficiaria FONASA total creció 18,8% en el periodo (14.102.709 →16.752.189), lo que explica solo una parte del crecimiento de la demanda; el resto corresponde a mayor cobertura, prevalencia y/o intensidad de tratamiento.

• La lista de espera GES-Cáncer creció fuertemente, de 1.926 personas (2018) a 15.197 (2024), un alza de 689%, concentrada en las etapas de Diagnóstico y Tratamiento.

• La estimación de lista de espera no registrada u oculta —brecha entre prevalencia esperada y personas efectivamente en tratamiento— alcanza 87.943 personas si se calcula sobre el total de la población FONASA, pero se reduce a 37.484 personas (-57,4%) al focalizar el cálculo en el grupo poblacional GES relevante para cada patología (por sexo y tramo etario). Casos extremos: cáncer de próstata pasa de 20.693 a 0 personas (-100%), y cáncer infantil de 12.339 a 1.220 (-90,1%).

• El financiamiento GES-Cáncer se concentra territorialmente: los 10 Servicios de Salud con mayor gasto en 2024 explican cerca del 62% del total nacional, liderados por Metropolitano Suroriente, Metropolitano Occidente y Concepción. Sin embargo, el mayor crecimiento relativo 2018-2024 se observa en servicios fuera de la Región Metropolitana (Valparaíso San Antonio, Chiloé, Talcahuano, Atacama y Antofagasta, todos con alzas superiores a 165%), lo que sugiere un proceso de descentralización de la oferta.

• Las secciones siguientes desarrollan cada uno de estos hallazgos, presentando series 2018-2024 (y proyecciones presupuestarias 2025-2026 cuando corresponde), tablas de detalle y notas metodológicas.

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción

El cáncer constituye una de las principales causas de morbimortalidad en Chile. Según el Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN 2022), en Chile se registraron cerca de 59.876 casos nuevos de cáncer ese año (IARC, 2024), con más de 31.000 defunciones asociadas. Según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, el cáncer es la segunda causa de muerte en la población después de las enfermedades del sistema circulatorio, y durante 2024 registró 18.938 defunciones (DEIS, 2024), con una diferencia mínima respecto a las causas cardiovasculares que hace proyectar al cáncer como primera causa de muerte en el corto plazo. En este contexto, el sistema público de salud enfrenta el desafío de garantizar acceso oportuno, equitativo y de calidad a la atención oncológica para los más de 16,7 millones de beneficiarios de FONASA (Sección 4.1).

El debate público sobre el desempeño del sistema oncológico suele concentrarse en la lista de espera como indicador central de urgencia: las personas que ya ingresaron al sistema pero no están recibiendo atención oportuna. Esta mirada, aunque necesaria, captura solo una parte de la realidad. La lista de espera registrada no da cuenta de quienes nunca llegaron al sistema —la demanda no expresada—, ni permite por sí sola entender si el aumento del gasto y del número de atenciones se ha traducido en una mejora real de la capacidad productiva de la red asistencial pública.

La propuesta de este estudio es analizar la evolución de la oferta pública oncológica a través de tres dimensiones integradas —financiamiento, prestaciones realizadas y personas atendidas— para las 16 patologías del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES-Cáncer) con financiamiento identificable, en el periodo 2018-2024. Este enfoque permite relacionar la lista de espera "visible" con la capacidad productiva efectiva de la red y, de manera complementaria, estimar una "lista de espera no registrada u oculta": la brecha entre la prevalencia esperada de cada patología y las personas que efectivamente están en tratamiento en el sistema público. Esta lista de espera oculta funciona como un indicador de alerta temprana que señala dónde concentrar los esfuerzos para alcanzar a quienes el sistema aún no logra incorporar al tratamiento.

Los resultados confirman que, si bien la red pública aumentó sus prestaciones (+37,7%), su financiamiento (+89,1%) y el número de personas atendidas (+32,9%) entre 2018 y 2024 (Secciones 5 a 7), al cruzar esta información con las estadísticas de incidencia y prevalencia emerge una brecha de cobertura de magnitud relevante: del orden de 87.943 personas a nivel de la población total FONASA, que se reduce a 37.484 personas al focalizar el cálculo en los grupos poblacionales GES relevantes para cada patología (Sección 9.2) — una cifra que, incluso así, más que duplica la lista de espera GES oficial registrada en 2024 (15.197 personas). Esta brecha tiene además una distribución por patología muy heterogénea, con casos críticos en cánceres de tiroides, pulmón, vesical y otros que no son visibles en los indicadores nacionales agregados (Sección 10).

1.2 Marco teórico

El análisis se enmarca en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES, vigente desde 2005), que establece por ley cuatro garantías —acceso, oportunidad, calidad y protección financiera— para un conjunto de problemas de salud priorizados. De los 18 problemas de salud GES vinculados al cáncer (Anexo A), 16 cuentan con financiamiento, prestaciones y beneficiarios identificables de manera independiente de acuerdo a los registros de la plataforma SIGGES obtenidos a través de Transparencia FONASA, y constituyen el universo de análisis de este informe.

Sobre esta base, el informe utiliza tres ejes conceptuales:

- Las tres dimensiones de la oferta (financiamiento, prestaciones y personas atendidas) se analizan de manera integrada y desagregada por tipo de prestación (Diagnóstico/confirmación, Tratamiento, Seguimiento), bajo el supuesto de que el crecimiento de una sola de estas dimensiones —por ejemplo, el financiamiento— no es por sí solo evidencia de una mejora equivalente en el acceso efectivo.

- La distinción entre lista de espera "visible" y lista de espera "oculta" (Sección 9): la primera corresponde a garantías de oportunidad ya solicitadas y no resueltas en plazo (un indicador de gestión administrativa), mientras que la segunda aproxima la demanda no expresada, comparando la prevalencia epidemiológica esperada con las personas efectivamente en tratamiento. Ambos indicadores son complementarios y se requieren en conjunto para dimensionar la brecha total entre necesidad y oferta.

- La equidad como criterio transversal, evaluada en dos dimensiones: equidad poblacional/epidemiológica, mediante los grupos de análisis GES por sexo y tramo etario (G1 a G4, Sección 4.2), que permiten comparar la oferta con la población efectivamente en riesgo para cada patología; y equidad territorial, mediante el análisis por Servicio de Salud (Sección 8), que permite identificar concentración y dinámicas de crecimiento diferenciadas entre territorios.

Estos tres ejes —dimensiones integradas, brecha visible/oculta y equidad poblacional/territorial— se utilizan en la Sección 10 para construir una segmentación de las 16 patologías GES-Cáncer en tres grupos con dinámicas e implicancias de política diferenciadas.

1.3 Objetivos

• Caracterizar la evolución 2018-2024 del financiamiento, las prestaciones realizadas y las personas atendidas bajo el GES-Cáncer, desagregando por tipo de prestación (Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento).

• Contextualizar esta evolución dentro del marco macro del presupuesto del Ministerio de Salud y su relación con el PIB y el gasto total en salud, sin perder la desagregación por tipo de prestación al integrar ambas fuentes.

• Analizar la distribución territorial del financiamiento y las prestaciones por Servicio de Salud, identificando concentración y dinámicas de crecimiento diferenciadas.

• Evaluar la evolución de las listas de espera GES-Cáncer, tanto la lista de espera "visible" (registrada administrativamente) como una estimación de lista de espera "oculta", calculada considerando tanto la población total FONASA como la población del grupo etario/sexo GES focalizado para cada patología.

• Caracterizar los grupos de análisis poblacional (por sexo y tramo etario) relevantes para cada patología GES-Cáncer, y su evolución 2018-2024.

• Identificar, mediante una segmentación estructural de las 16 patologías GES-Cáncer, aquellos casos donde es necesario impulsar de manera efectiva la oferta pública o ampliar la red privada para cerrar brechas de cobertura.

1.4 Estructura del informe

El resto del informe se organiza de la siguiente manera. La Sección 2 describe la metodología, las fuentes de datos y las definiciones operacionales de los indicadores utilizados. La Sección 3 presenta el contexto presupuestario macro (PIB, gasto en salud y presupuesto MINSAL). La Sección 4 caracteriza la población beneficiaria y los grupos de análisis GES. Las Secciones 5 a 9 presentan los resultados principales: financiamiento, prestaciones, personas atendidas, distribución territorial y listas de espera. La Sección 10 propone una segmentación estructural de las 16 patologías GES-Cáncer en tres grupos con implicancias de política diferenciadas. La Sección 11 presenta las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del estudio.

2. METODOLOGÍA Y FUENTES

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

2.1 Diseño del estudio

El estudio es de carácter observacional, retrospectivo, longitudinal y cuantitativo. Cubre el periodo 2018-2024, que corresponde al inicio de la vigencia de la mayoría de las patologías oncológicas GES analizadas y se extiende hasta el último año con datos completos disponibles (con cifras presupuestarias 2025-2026 incorporadas como proyección en la Sección 3). El alcance es nacional, considerando los 29 Servicios de Salud del país, con análisis comparativos entre territorios y especial énfasis en la identificación de brechas de acceso (Secciones 8 a 10).

2.2 Fuentes de datos

- Financiamiento, prestaciones y personas atendidas GES-Cáncer: solicitud de Transparencia a FONASA, glosa de prestaciones GES, años 2018-2024. Estos registros administrativos se generan a partir del Sistema de Información y Gestión de Garantías en Salud (SIGGES), la plataforma del Ministerio de Salud que registra las garantías GES otorgadas, sus etapas (confirmación y etapificación, tratamiento, seguimiento y rehabilitación) y su facturación asociada.

- Presupuesto MINSAL, PIB y gasto en salud: Banco Central de Chile y DIPRES (Informe de Finanzas Públicas, 3T 2025), incluyendo cifras presupuestarias 2025 y 2026.

- Población beneficiaria: Datos Abiertos FONASA / DEIS-MINSAL, y proyecciones de población por grupo etario y sexo (INE Chile), usadas para calcular tasas por habitante según grupo GES (Sección 4.2).

- Listas de espera GES (visible): repositorios DEIS-MINSAL, garantías de oportunidad vencidas (GOV) por patología y etapa.

- Incidencia y prevalencia: estimaciones GLOBOCAN 2022 (IARC-OMS) ajustadas a la población beneficiaria FONASA por grupo GES, utilizadas como denominador para el cálculo de la lista de espera oculta y la brecha de cobertura (Sección 2.3).

Todas las cifras monetarias se presentan deflactadas a pesos de 2026 (MM$2026) para permitir comparaciones reales entre años, salvo cuando se indique explícitamente “nominal”.

2.3 Definiciones operacionales de indicadores

Financiamiento GES-Cáncer
Se define como la facturación total registrada en FONASA por concepto de atenciones GES en las 16 patologías oncológicas analizadas, expresada en MM$2026 y desagregada en las etapas de Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento (Sección 5).

Indicador de prestaciones por habitante
Se calcula como el total de prestaciones realizadas dividido por la población de referencia del grupo GES correspondiente, expresado por cada 1.000 o 100.000 beneficiarios FONASA según la tabla. La población de referencia se estratifica en cuatro grupos de análisis (Sección 4.2): G1 (ambos sexos, 15 años y más), G2 (hombres, 15 años y más), G3 (mujeres, 15 años y más) y G4 (ambos sexos, menores de 15 años).

Lista de espera no registrada u oculta y brecha de cobertura
La lista de espera oculta se define como la diferencia entre la prevalencia estimada a 5 años (según GLOBOCAN 2022, ajustada a la población FONASA del grupo de análisis correspondiente) y el número de personas en tratamiento efectivo, expresada en número de personas (Sección 9.2):

LE oculta = (prevalencia estimada por 100.000 hab. − personas en tratamiento por 100.000 hab.) × población de referencia / 100.000

De manera complementaria, este informe utiliza un indicador de brecha de cobertura, que expresa la lista de espera oculta como porcentaje del universo potencial total de personas que deberían estar en tratamiento activo según la prevalencia estimada:
Brecha de cobertura (%) = LE oculta / (Personas en tratamiento + LE oculta) × 100

Este indicador se utiliza en la Sección 10 para identificar patologías en que la oferta pública instalada (aproximada por las personas actualmente en tratamiento) cubre menos de la mitad del universo potencial total estimado. La lista de espera GES oficial (garantías de oportunidad vencidas, Sección 9.1) se reporta de manera independiente y complementaria, ya que corresponde a personas que ya ingresaron al sistema pero no recibieron la atención comprometida en los plazos garantizados, mientras que la lista de espera oculta aproxima la demanda no expresada.

2.4 Limitaciones

- El estudio no incluye datos de egresos hospitalarios (GRD) ni de cirugía oncológica, lo que impide una caracterización completa de la oferta hospitalaria asociada al cáncer.

- No se dispone de información de mortalidad GES-Cáncer desagregada por Servicio de Salud para el periodo analizado.

- El análisis territorial por Servicio de Salud (Sección 8) utiliza las prestaciones por lugar de provisión, no por lugar de residencia del paciente, lo que puede sobreestimar la inequidad en Servicios de Salud periféricos cuyos pacientes se atienden en centros de referencia de otros Servicios.

- La estimación de lista de espera oculta se basa en proyecciones de incidencia y prevalencia (GLOBOCAN/MINSAL) ajustadas a la población FONASA, y no en un conteo directo de personas con sospecha o diagnóstico no confirmado; debe interpretarse como una aproximación de orden de magnitud (ver también Sección 11.3).

Este informe es el documento de cierre del proyecto y debe leerse en conjunto con el panel interactivo (dashboard.html), que permite explorar el detalle por año, patología GES, Servicio de Salud y tipo de prestación, y que comparte exactamente las mismas fuentes y metodología descritas aquí.

3. MARCO MACRO: EVOLUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO MINSAL

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

Esta sección presenta el contexto presupuestario nacional dentro del cual se inserta el GES-Cáncer. Las cifras de esta sección no varían con los filtros del dashboard: corresponden al PIB, al gasto total en salud y al presupuesto del Ministerio de Salud, en pesos de 2026 (MM$2026).

AÑO	PIB	GASTO EN SALUD	PRESUPUESTO TOTAL MINSAL	PRESUPUESTO AJUSTADO*
2018	282.069.620	25.809.370	12.171.556	9.741.879
2019	283.217.775	26.367.575	13.122.907	10.022.947
2020	283.707.248	27.511.092	14.085.168	11.022.885
2021	325.618.969	31.666.445	15.001.411	11.553.201
2022	320.749.267	32.090.964	15.026.529	11.736.932
2023	316.078.348	32.160.972	15.769.709	12.481.035
2024	335.702.771	35.352.859	17.230.499	13.865.092
2025	338.605.851	35.892.220	17.943.276	14.604.437
2026	353.799.048	37.856.498	18.660.816	15.185.143

*Tabla 3.1. Cifras en MM$2026. * El "Presupuesto Ajustado" corresponde al presupuesto MINSAL total descontando partidas no asignables a la red asistencial (deuda, transferencias específicas, etc.). Años 2025 y 2026 corresponden a cifras presupuestarias/proyectadas (Ley de Presupuestos y DIPRES, IFP 3T2025), no a ejecución.*

Entre 2018 y 2024, el PIB real creció 19,0% (de $282,1 billones a $335,7 billones MM$2026), mientras que el gasto total en salud lo hizo en 37,0% (de $25,8 a $35,4 billones), casi el doble que el PIB. El presupuesto MINSAL ajustado creció 42,3% en el mismo periodo (de $9,7 a $13,9 billones), confirmando una tendencia sostenida de mayor prioridad fiscal relativa para el sector salud.

Como se desarrolla en la Sección 5, el financiamiento GES-Cáncer creció a una tasa aún mayor (89,1% real entre 2018 y 2024), por lo que su participación dentro del presupuesto ajustado y dentro del gasto en salud también aumentó en el periodo.

A diferencia de versiones anteriores de este análisis, esta sección no presenta un "gasto total" agregado entre el presupuesto MINSAL y el financiamiento GES-Cáncer, ya que esa suma diluye la desagregación por tipo de prestación (Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento) que se mantiene en toda la Sección 5. El presupuesto MINSAL y el financiamiento GES-Cáncer se presentan como series independientes pero comparables (ambas en MM$2026).

4. POBLACIÓN BENEFICIARIA Y GRUPOS DE ANÁLISIS

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

Al igual que la Sección 3, esta sección describe el universo poblacional de referencia y no varía con los filtros del dashboard.

4.1 Población total FONASA

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL FONASA
2018	6.609.609	7.492.953	14.102.709
2019	6.994.917	7.846.315	14.841.577
2020	7.189.752	7.952.362	15.142.528
2021	7.246.170	7.987.101	15.233.814
2022	7.432.827	8.180.051	15.613.584
2023	7.744.672	8.484.218	16.229.898
2024	8.015.233	8.735.710	16.752.189

Tabla 4.1. Fuente: Datos Abiertos FONASA / DEIS-MINSAL.

La población beneficiaria FONASA creció 18,8% entre 2018 y 2024 (de 14.102.709 a 16.752.189 personas), con un crecimiento algo mayor en hombres (+21,3%) que en mujeres (+16,6%). Este crecimiento poblacional explica una parte —pero no la totalidad— del aumento observado en prestaciones, financiamiento y personas atendidas del GES-Cáncer.

4.2 Grupos de análisis GES

Para evaluar correctamente la incidencia, prevalencia y listas de espera oculta de cada patología oncológica GES, es necesario considerar que cada una afecta a un subconjunto específico de la población, definido por sexo y/o tramo etario. Este estudio define cuatro "grupos de análisis" poblacionales, además del total de beneficiarios:

GRUPO DE ANÁLISIS GES	POBLACIÓN 2018	POBLACIÓN 2024	VAR. % 2018-2024
Todos los beneficiarios FONASA	14.102.709	16.752.189	18,80%
Ambos sexos, 15 años y más	11.336.124	13.884.790	22,50%
Mujeres, 15 años y más	6.136.873	7.326.859	19,40%
Hombres, 15 años y más	5.199.251	6.557.931	26,10%
Ambos sexos, menores de 15 años	2.761.502	2.853.094	3,30%

Tabla 4.2. Fuente: Datos Abiertos FONASA / DEIS-MINSAL. Var. % calculada en base a cifras sin redondear.

- Ambos sexos, 15 años y más (13.884.790 en 2024): grupo de referencia para patologías que afectan a hombres y mujeres adultos por igual (linfomas, cáncer gástrico, colorrectal, vesical, pulmón, tiroides, renal, leucemia adulto, osteosarcoma, mieloma múltiple).

- Mujeres, 15 años y más (7.326.859 en 2024): grupo de referencia para cáncer cervicouterino, cáncer de mama y cáncer de ovario epitelial.

- Hombres, 15 años y más (6.557.931 en 2024): grupo de referencia para cáncer de próstata y cáncer de testículo.

- Ambos sexos, menores de 15 años (2.853.094 en 2024): grupo de referencia para cáncer infantil.

Esta caracterización por grupo de análisis se utiliza de manera transversal en la Sección 9 (listas de espera oculta) y en el detalle por patología del dashboard, y es clave para interpretar correctamente los indicadores epidemiológicos: una misma cifra de prevalencia o de lista de espera oculta tiene un significado muy distinto si se calcula sobre 16,8 millones de beneficiarios o sobre los 2,9 millones de menores de 15 años.

5. FINANCIAMIENTO GES-CÁNCER POR TIPO DE PRESTACIÓN

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

A diferencia de la sección anterior, esta sección sí responde a los filtros del dashboard (año, patología GES, Servicio de Salud y tipo de prestación). Las cifras presentadas a continuación corresponden al total nacional, sin filtros aplicados, y son consistentes con los valores reportados en la presentación de resultados del estudio: $350.778 MM en 2024 y 1.564.084 prestaciones en 2024 (ver Sección 6).

AÑO	DIAG_ NÓSTICO	TRATA_ MIENTO	SEGUI_ MIENTO	TOTAL GES-CÁNCER	% PRESUP. AJUSTADO
2018	29.315	152.906	3.250	185.472	1,90%
2019	35.644	192.876	4.633	233.152	2,30%
2020	30.560	188.772	4.086	223.419	2,00%
2021	42.452	209.959	4.936	257.347	2,20%
2022	44.641	207.540	5.386	257.568	2,20%
2023	58.989	257.479	5.413	321.881	2,60%
2024	61.439	283.481	5.857	350.778	2,50%

Tabla 5.1. Cifras en MM$2026. Fuente: Transparencia FONASA, glosa GES-Cáncer 2018-2024. % Presupuesto Ajustado calculado contra la columna "Presupuesto Ajustado" de la Tabla 3.1 (cifras 2026).

El financiamiento total GES-Cáncer creció de $185.472 MM (2018) a $350.778 MM (2024), un alza real de 89,1%. Este crecimiento no fue lineal: hubo una caída en 2020 ($223.419 MM, -4,2% respecto a 2019) asociada a la pandemia de COVID-19, seguida de una recuperación sostenida, con el mayor salto interanual entre 2022 y 2023 (+25,0%).

Por tipo de prestación, el Tratamiento concentra la mayor parte del financiamiento durante todo el periodo (entre 80% y 83% del total), seguido por Diagnóstico (16% a 18%) y Seguimiento (1,7% a 2,0%). En términos de crecimiento relativo 2018-2024, Diagnóstico fue el componente que más creció (+109,6%, de $29.315 MM a $61.439 MM), por sobre Tratamiento (+85,4%, de $152.906 MM a $283.481 MM) y Seguimien-

to (+80,2%, de $3.250 MM a $5.857 MM). Esto sugiere una mayor inversión relativa en pesquisa, etapificación y diagnóstico oportuno, aunque el Tratamiento sigue siendo, por lejos, el principal componente de costo.

La participación del GES-Cáncer dentro del presupuesto MINSAL ajustado pasó de 1,9% (2018) a 2,5% (2024), con un máximo de 2,6% en 2023. Medido sobre el gasto total en salud, la participación pasó de 0,7% a 1,0%. Ambas series confirman que el financiamiento GES-Cáncer creció más rápido que el presupuesto general del sector, ganando relevancia relativa dentro de la asignación de recursos del Ministerio.

Es importante destacar que las cifras anteriormente señaladas corresponden a esquemas de financiamiento y no son, necesariamente, atribuibles a los costos reales de cada prestación en el sistema público de salud.

6. PRESTACIONES DE SALUD REALIZADAS

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

Esta sección cuantifica el número de prestaciones GES-Cáncer realizadas anualmente, también desagregadas por tipo (Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento). El total nacional 2024 (1.564.084) es consistente con la cifra reportada en la presentación de resultados del estudio.

AÑO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	TOTAL
2018	680.727	330.329	124.742	1.135.798
2019	762.754	391.555	148.693	1.303.002
2020	381.770	363.301	95.638	840.709
2021	696.177	400.223	119.530	1.215.930
2022	930.908	428.083	139.230	1.498.221
2023	904.781	457.507	147.280	1.509.568
2024	917.173	480.090	166.821	1.564.084

Tabla 6.1. Fuente: Transparencia FONASA, glosa GES-Cáncer 2018-2024.

El número total de prestaciones creció 37,7% entre 2018 y 2024 (de 1.135.798 a 1.564.084), con la misma caída marcada en 2020 (840.709, -35,5% respecto a 2019) producto de la pandemia, y una recuperación que ya en 2021 superó los niveles de 2019.

La distribución por tipo se ha mantenido relativamente estable: Diagnóstico representa entre 45% y 62% de las prestaciones según el año (58,6% en 2024), Tratamiento entre 29% y 43% (30,7% en 2024), y Seguimiento entre 9% y 11% (10,7% en 2024).

Comparando el crecimiento del financiamiento (+89,1%) con el de las prestaciones (+37,7%), se desprende que el costo real promedio por prestación GES-Cáncer aumentó aproximada-

mente 37% en el periodo, de cerca de $163.000 (2018) a $224.000 (2024) en pesos de 2026 (financiamiento total / N° de prestaciones). Esto es consistente con un aumento en la complejidad y costo unitario de los tratamientos oncológicos (nuevas tecnologías, fármacos de mayor costo, mayor proporción de prestaciones de alta complejidad), más allá del simple crecimiento en volumen.

7. PERSONAS ATENDIDAS

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

El número de personas atendidas (RUT distintos beneficiados por al menos una prestación GES-Cáncer en el año) creció de 717.432 (2018) a 953.422 (2024), un alza de 32,9%. Al igual que en las secciones anteriores, se observa una caída marcada en 2020 (433.719 personas, -45,9% respecto a 2019), seguida de una recuperación que se estabiliza en torno a las 935.000-955.000 personas anuales entre 2022 y 2024.

AÑO	PERSONAS ATENDIDAS (RUT DISTINTOS)
2018	717.432
2019	801.655
2020	433.719
2021	727.130
2022	954.492
2023	936.808
2024	**953.422**

Tabla 7.1. Fuente: Transparencia FONASA (indicador "rut_distintos"), glosa GES-Cáncer 2018-2024.

Relacionando esta cifra con el número de prestaciones (Sección 6), el promedio de prestaciones por persona atendida se mantuvo relativamente estable, pasando de 1,58 (2018) a 1,64 (2024), lo que indica que el crecimiento de las prestaciones se explica principalmente por un mayor número de personas atendidas, y en menor medida por un aumento en la intensidad de atención por persona.

La cifra de personas atendidas en 2024 (953.422) presenta una diferencia de aproximadamente 1,4% respecto a la cifra reportada en la presentación de resultados del estudio (939.704). Ambas provienen de la misma fuente (Transparencia FONASA) pero corresponden a cortes de datos ligeramente distintos. Se mantiene la cifra de 953.422 por ser la más reciente disponible, dejando registrada esta diferencia menor como una limitación de los datos (ver Sección 2.4 y Sección 11.3).

8. ANÁLISIS TERRITORIAL

El financiamiento y las prestaciones GES-Cáncer se distribuyen de manera heterogénea entre los 29 Servicios de Salud del país. La Tabla 8.1 muestra los 10 Servicios de Salud con mayor financiamiento en 2024, que en conjunto concentran cerca del 62% del total nacional ($350.778 MM).

SERVICIO DE SALUD	FINANCIAMIENTO 2024	% DEL TOTAL	PRESTACIONES 2024
Metropolitano Suroriente	27.109	7,70%	139.861
Metropolitano Occidente	24.471	7,00%	109.167
Concepción	22.027	6,30%	72.283
Araucanía Sur	21.108	6,00%	83.842
Maule	20.498	5,80%	119.708
Valparaíso San Antonio	20.384	5,80%	64.120
Metropolitano Norte	20.057	5,70%	35.946
Metropolitano Sur	19.343	5,50%	96.694
Metropolitano Oriente	18.410	5,20%	97.085
Los Ríos	17.748	5,10%	46.001

Tabla 8.1. Cifras de financiamiento en MM$2026. Fuente: Transparencia FONASA, glosa GES-Cáncer 2024.

Los Servicios de Salud Metropolitano Suroriente (7,7%) y Metropolitano Occidente (7,0%) son los de mayor financiamiento, seguidos por Concepción (6,3%), Araucanía Sur (6,0%) y Maule (5,8%). En conjunto, los seis Servicios de Salud Metropolitanos concentran cerca de un tercio del financiamiento nacional, reflejando tanto su mayor población beneficiaria como la concentración de centros de alta complejidad oncológica en la Región Metropolitana.

8.1 Dinámica de crecimiento 2018-2024

Más relevante que la concentración absoluta es la dinámica de crecimiento relativo del financiamiento por Servicio de Salud entre 2018 y 2024. Los cinco Servicios de Salud con mayor crecimiento relativo fueron:

- Valparaíso San Antonio: de $7.038 MM a $20.384 MM (+189,6%)
- Chiloé: de $284 MM a $820 MM (+189,1%)
- Talcahuano: de $3.028 MM a $8.557 MM (+182,6%)
- Atacama: de $958 MM a $2.700 MM (+181,9%)
- Antofagasta: de $4.443 MM a $11.789 MM (+165,3%)

En contraste, los cinco Servicios de Salud con menor crecimiento relativo (entre los que ya tenían financiamiento en 2018) fueron:

- Metropolitano Sur: de $12.707 MM a $19.343 MM (+52,2%)
- Metropolitano Norte: de $13.479 MM a $20.057 MM (+48,8%)
- Viña del Mar Quillota: de $11.910 MM a $16.196 MM (+36,0%)
- Metropolitano Oriente: de $14.512 MM a $18.410 MM (+26,9%)
- Arauco: de $159 MM a $182 MM (+14,5%)

Este patrón es consistente con un proceso de descentralización de la oferta oncológica: los Servicios de Salud fuera de la Región Metropolitana —y en particular aquellos con menor base inicial de financiamiento (Chiloé, Atacama)— muestran las mayores tasas de crecimiento relativo, mientras que varios Servicios Metropolitanos, que ya contaban con una base de financiamiento alta en 2018, crecen a tasas más moderadas (aunque siguen concentrando los mayores montos absolutos).

9. LISTAS DE ESPERA

9.1 Lista de espera GES-Cáncer (visible)

La lista de espera GES-Cáncer registrada administrativamente —es decir, las personas formalmente inscritas en espera por una garantía GES de Diagnóstico, Tratamiento o Seguimiento oncológico— creció de manera muy significativa entre 2018 y 2024, pasando de 1.926 a 15.197 personas, un alza de 689%.

AÑO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO	TOTAL
2018	1.234	688	4	1.926
2019	1.514	1.021	30	2.565
2020	3.271	1.339	81	4.691
2021	7.141	2.414	97	9.652
2022	9.642	3.128	137	12.907
2023	9.903	4.432	193	14.528
2024	**10.219**	**4.624**	**354**	**15.197**

Tabla 9.1. Fuente: Repositorios DEIS-MINSAL, lista de espera GES, corte diciembre de cada año (2024 actualizado a enero 2026).

El crecimiento se concentra en Diagnóstico (de 1.234 a 10.219 personas, 67% de la lista de espera total en 2024) y en Tratamiento (de 688 a 4.624 personas, 30% del total). Seguimiento, si bien crece desde una base muy pequeña (4 a 354 personas), continúa siendo marginal en términos absolutos.

Un aumento de esta magnitud en la lista de espera visible no debe interpretarse necesariamente como un deterioro proporcional en el acceso: puede reflejar, en distintas proporciones, (i) un aumento real en la demanda no resuelta, asociado al crecimiento poblacional y de la incidencia/prevalencia oncológica; (ii) el efecto del backlog

generado durante la pandemia de 2020, que redujo fuertemente las prestaciones realizadas ese año (Sección 6); y (iii) mejoras en el registro y la visibilidad administrativa de las listas de espera GES a lo largo del periodo. La sección 9.2 complementa esta lectura con una estimación independiente de demanda no resuelta ("lista de espera oculta"), basada en indicadores epidemiológicos.

9.2 Lista de espera no registrada u oculta: metodología y resultados

La "lista de espera oculta" estima la brecha entre la prevalencia esperada de cada patología oncológica (según estimaciones GLOBOCAN/MINSAL ajustadas a la población beneficiaria FONASA) y el número de personas efectivamente en tratamiento, expresada en número de personas. A diferencia de la lista de espera visible (Sección 9.1), que registra solicitudes formales de garantías GES, la lista de espera oculta busca aproximar la demanda no resuelta que aún no se ha traducido en una solicitud formal.

Siguiendo la indicación del equipo del proyecto, esta estimación considera únicamente a las personas en etapa de Tratamiento (descartando Diagnóstico y Seguimiento, que no son comparables directamente con la prevalencia). La fórmula aplicada es:

LE oculta = (prevalencia estimada por 100.000 hab. − personas en tratamiento por 100.000 hab.) × población de referencia / 100.000

Esta fórmula se calcula dos veces para cada patología, usando dos poblaciones de referencia distintas: (a) la población total de beneficiarios FONASA (16.752.189 en 2024), y (b) la población del grupo de análisis GES específico de cada patología (Sección 4.2), definido por sexo y tramo etario. La columna "Reducción" de la Tabla 9.2 muestra cuánto disminuye la LE oculta estimada al pasar de (a) a (b).

PATOLOGÍA GES	GRUPO DE ANÁLISIS	POBLACIÓN GRUPO	LE OCULTA TOTAL FONASA	LE OCULTA GRUPO FOCALIZADO	VARIA_CIÓN
3. Cáncer Cervico-uterino	Mujeres, 15 años y más	7.326.859	0	0	—
8. Cáncer de Mama	Mujeres, 15 años y más	7.326.859	0	0	—
14. Cáncer Infantil (<15 años)	Ambos sexos, menores de 15 años	2.853.094	12.338,80	1.219,50	-90,10%
16. Cáncer de Testículo	Hombres, 15 años y más	6.557.931	3.792,70	734,4	-80,60%

17. Linfomas	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	3.990,90	2.843,90	-28,70%
27. Cáncer Gástrico	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	4.852,10	3.418,40	-29,50%
28. Cáncer de Próstata	Hombres, 15 años y más	6.557.931	20.693,30	0	-100%
45. Leucemia Adulto	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	1.754,00	1.037,20	-40,90%
70. Cáncer Colorrectal	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	10.336,40	7.182,30	-30,50%
71. Cáncer de Ovario Epitelial	Mujeres, 15 años y más	7.326.859	4.208,70	1.381,10	-67,20%
72. Cáncer Vesical	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	5.139,90	3.992,90	-22,30%
73. Osteo-sarcoma	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	766,6	623,2	-18,70%
81. Cáncer de Pulmón	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	4.757,30	3.753,70	-21,10%
82. Cáncer de Tiroides	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	11.010,00	8.429,30	-23,40%
83. Cáncer Renal	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	3.457,30	2.453,70	-29,00%
84. Mieloma Múltiple	Ambos sexos, 15 años y más	13.884.790	844,8	414,7	-50,90%

Tabla 9.2. Cifras en número de personas. Fuente: elaboración propia con datos DEIS-MINSAL (lista de espera GES) y estimaciones de incidencia/prevalencia y personas en tratamiento. Suma total: 87.942,8 personas (población total FONASA) vs. 37.484,3 personas (población del grupo GES focalizado), una reducción de 57,4%.

Los resultados muestran que focalizar el cálculo en el grupo poblacional realmente "en riesgo" para cada patología —en lugar de usar el total de beneficiarios FONASA— reduce de manera muy significativa la estimación de demanda oculta, especialmente en patologías con un grupo de referencia mucho más acotado que el total FONASA:

- **Cáncer de Próstata:** la LE oculta pasa de 20.693 personas (calculada sobre 16,8 millones de beneficiarios) a 0 personas (calculada sobre 6,6 millones de hombres de 15 años y más), una reducción de 100%. Esto ocurre porque, al focalizar en la población de riesgo, la prevalencia esperada x100k resulta menor o igual a las personas en tratamiento x100k de ese grupo.

- **Cáncer Infantil (<15 años):** la LE oculta pasa de 12.339 a 1.220 personas (-90,1%), al pasar de 16,8 millones de beneficiarios a solo 2,9 millones de menores de 15 años.

- **Cáncer de Testículo:** de 3.793 a 734 personas (-80,6%), focalizando en 6,6 millones de hombres de 15 años y más.

- **Cáncer de Ovario Epitelial:** de 4.209 a 1.381 personas (-67,2%), focalizando en 7,3 millones de mujeres de 15 años y más.

- **Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama:** la LE oculta es 0 en ambos cálculos, indicando que para estas patologías las personas en tratamiento x100k ya igualan o superan la prevalencia esperada x100k, tanto a nivel de la población total como del grupo focalizado (mujeres de 15 años y más).

- Para las patologías cuyo grupo de análisis es "Ambos sexos, 15 años y más" (13,9 millones, equivalente al 83% de la población FONASA total), la reducción es más moderada, entre 18,7% (Osteosarcoma) y 50,9% (Mieloma Múltiple), reflejando que la diferencia entre ambas poblaciones de referencia es proporcionalmente menor.

En conjunto, la LE oculta nacional estimada sobre la población total FONASA (87.943 personas) se reduce a 37.484 personas (-57,4%) al recalcularse sobre los grupos poblacionales GES focalizados. Esta diferencia ilustra la importancia de usar denominadores poblacionales epidemiológicamente correctos al estimar demanda no resuelta, y se recomienda como estándar para futuros ejercicios de planificación (ver Sección 11).

10. ANÁLISIS ESTRUCTURAL: TRES GRUPOS DE PATOLOGÍAS GES PRIORITARIAS

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

Las secciones anteriores presentaron el financiamiento, las prestaciones, las personas atendidas y las listas de espera de manera agregada para las 16 patologías GES-Cáncer. Sin embargo, los promedios nacionales ocultan dinámicas muy distintas entre patologías: algunas concentran la mayor parte de los recursos y muestran un sistema consolidado, otras presentan señales de retroceso relativo pese al crecimiento general del financiamiento, y un tercer grupo enfrenta una brecha de cobertura —medida como la proporción de la demanda potencial que no está siendo atendida (Sección 2.3)— que supera el 50% del universo de personas que, según la prevalencia estimada, debiesen estar en tratamiento.

Esta sección segmenta las 16 patologías en tres grupos no excluyentes entre sí, construidos a partir de los datos de financiamiento por patología (consistentes con el detalle del dashboard), de la variación 2018-2024 en prestaciones por habitante, y de la brecha de cobertura definida en la Sección 2.3. El objetivo es identificar de manera específica los casos donde resulta necesario impulsar de manera efectiva la oferta pública o, alternativamente, ampliar la red privada (compra de servicios, convenios) para cerrar la brecha entre necesidad y atención.

10.1 Grupo 1: Patologías de alto volumen

Cinco de las 16 patologías GES-Cáncer concentran el 70,5% del financiamiento total ($247.481 MM de $350.778 MM en 2024): cáncer de mama, cáncer colorrectal, leucemia adulto, cáncer de próstata y cáncer cervicouterino. Todas registran crecimientos positivos en prestaciones por habitante 2018-2024, liderados por colorrectal (+57,4%, también el de mayor crecimiento absoluto del financiamiento, +161%).

PATOLOGÍA GES	FINANCIAMIENTO 2024 (MM$2026)	% FINANCIAMIENTO GES-CÁNCER TOTAL	VAR. % PREST./ HAB. 2018-2024
8. Cáncer de Mama	81.107	23,10%	11,50%
70. Cáncer Colorrectal	71.347	20,30%	57,40%
45. Leucemia Adulto	42.389	12,10%	15,40%
28. Cáncer de Próstata	26.789	7,60%	14,50%
3. Cáncer Cervicouterino	25.849	7,40%	8,50%
Total Grupo 1 (5 de 16 patologías)	**247.481**	**70,50%**	—

Tabla 10.1. Financiamiento en MM$2026, año 2024. Fuente: elaboración propia con datos de Transparencia FONASA por patología GES, consistentes con el detalle del dashboard.

Estas cinco patologías representan un sistema GES relativamente consolidado, con cobertura financiera y trayectorias de crecimiento sostenidas. El principal riesgo es que, al concentrar la mayor parte del gasto y de las prestaciones, los indicadores promedio nacionales reflejen sobre todo la situación de este grupo, mientras las 11 patologías restantes —que en conjunto representan menos de un tercio del financiamiento— quedan relativamente subfinanciadas en los indicadores agregados.

10.2 Grupo 2: Patologías con señales de retroceso

Un segundo grupo de seis patologías —cáncer de testículo, linfomas, cáncer de ovario epitelial, cáncer gástrico, cáncer infantil y osteosarcoma— muestra señales de retroceso relativo: estancamiento o caída en las prestaciones por habitante 2018-2024 (testículo -11,8%, linfomas -0,3%, ovario epitelial -3,8%), o crecimiento en prestaciones por habitante que coexiste con una caída del financiamiento en términos absolutos (cáncer infantil: prestaciones/hab +18,2% pero financiamiento -8%; osteosarcoma: prestaciones/hab +13,6% pero financiamiento -24%).

PATOLOGÍA GES	FINANCIAMIENTO 2024 (MM$2026)	VAR. % PRESTACIÓN / HAB. 2018-2024	LE OCULTA FOCALIZADA
17. Linfomas	19.480	-0,30%	2.843,90
27. Cáncer Gástrico	10.998	6,10%	3.418,40
14. Cáncer Infantil (<15 años)	11.597	+18,2%*	1.219,50
71. Cáncer de Ovario Epitelial	6.026	-3,80%	1.381,10
16. Cáncer de Testículo	3.192	-11,80%	734,4
73. Osteosarcoma	218	+13,6%*	623,2
Total Grupo 2 (6 de 16 patologías)	**51.511**	**—**	**10.220,50**

*Tabla 10.2. Financiamiento en MM$2026, año 2024; LE oculta focalizada en número de personas (Tabla 9.2). * Cáncer Infantil y Osteosarcoma muestran crecimiento en prestaciones por habitante pese a una caída del financiamiento en términos absolutos (-8% y -24% respectivamente, 2018-2024).*

Aunque este grupo concentra solo el 14,7% del financiamiento GES-Cáncer total ($51.511 MM), reúne el 27,3% de la lista de espera oculta focalizada nacional (10.220,5 de 37.484,3 personas, Sección 9.2). Esta desproporción —menos de un sexto del financiamiento asociado a más de un cuarto de la demanda no resuelta— es la evidencia más directa de una brecha creciente entre recursos asignados y necesidad estimada para estas patologías.

10.3 Grupo 3: Patologías con brecha de cobertura superior al 50%

Aplicando el indicador de brecha de cobertura definido en la Sección 2.3 (LE oculta / (Personas en tratamiento + LE oculta)) a las 13 patologías con LE oculta focalizada mayor que cero (se excluyen cáncer cervicouterino, cáncer de mama y cáncer de próstata, donde las personas en tratamiento ya igualan o superan la prevalencia estimada), ocho patologías presentan una brecha de cobertura superior al 50%: osteosarcoma, cáncer de pulmón, cáncer vesical, cáncer de tiroides, cáncer de ovario epitelial, cáncer infantil, cáncer renal y linfomas.

PATOLOGÍA GES	PERSONAS EN TRATAMIENTO 2024	LE OCULTA FOCALIZADA	BRECHA DE COBERTURA	NIVEL
73. Osteosarcoma	139	623	81,80%	Crítico
81. Cáncer de Pulmón	1.111	3.754	77,20%	Crítico
72. Cáncer Vesical	1.527	3.993	72,30%	Alto
82. Cáncer de Tiroides	4.027	8.429	67,70%	Alto
71. Cáncer de Ovario Epitelial	806	1.381	63,10%	Alto
14. Cáncer Infantil (<15 años)	1.056	1.220	53,60%	Medio
83. Cáncer Renal	2.360	2.454	51,00%	Medio
17. Linfomas	2.777	2.844	50,60%	Medio
Total Grupo 3 (8 de 16 patologías)	**13.803**	**24.697**	**64,10%**	—

Tabla 10.3. Personas en tratamiento y LE oculta focalizada en número de personas, año 2024 (Sección 9.2). Brecha de cobertura = LE oculta / (Personas en tratamiento + LE oculta) × 100 (Sección 2.3). Niveles: Crítico ≥75%, Alto ≥60%, Medio ≥50%.

En conjunto, estas ocho patologías concentran el 65,9% de la lista de espera oculta focalizada nacional (24.697 de 37.484 personas) y el 64,1% de su propio universo de demanda potencial total (personas en tratamiento más LE oculta). En cuatro de los ocho casos —osteosarcoma, cáncer de pulmón, cáncer vesical y cáncer de tiroides— la brecha supera el 65%, lo que implica que más de seis de cada diez personas que, según la prevalencia estimada, debiesen estar en tratamiento, no lo están.

Se evaluó adicionalmente el criterio alternativo "LE oficial / personas en tratamiento > 50%", usando la lista de espera GES oficial (Sección 9.1). Bajo este criterio, solo cáncer de pulmón califica (LE oficial de 632 personas equivale a aproximadamente 57% de las 1.111 personas en tratamiento), y ya forma parte del Grupo 3 por el criterio de LE oculta. Por lo tanto, la unión de ambos criterios ("y/o") no agrega patologías adicionales al Grupo 3.

10.4 Síntesis: Priorización para Política Pública

Cuatro patologías aparecen simultáneamente en el Grupo 2 (señales de retroceso) y en el Grupo 3 (brecha de cobertura superior al 50%): linfomas, cáncer de ovario epitelial, cáncer infantil y osteosarcoma. Estas patologías "doblemente señaladas" combinan una trayectoria de financiamiento o prestaciones por habitante estancada o decreciente con una demanda no resuelta que supera la mitad de su universo potencial, y constituyen la prioridad más alta para una intervención de oferta pública: ampliación de capacidad instalada, dotación de especialistas y/o convenios específicos dentro de la red GES.

Las cuatro patologías restantes del Grupo 3 — cáncer de pulmón, cáncer vesical, cáncer de tiroides y cáncer renal— corresponden a patologías de incorporación reciente al GES (2019-2021) que muestran un crecimiento explosivo en prestaciones por habitante (+428% a +676%) pero que, por partir de una base prácticamente nula, aún exhiben una brecha de cobertura crítica o alta. En estos casos, la prioridad es consolidar la capacidad resolutiva instalada y, en la medida en que la expansión de la red pública no sea suficiente en el corto plazo, evaluar la ampliación de la red privada mediante convenios o compra de servicios GES, de manera de acelerar la reducción de la brecha mientras madura la oferta pública.

Finalmente, el Grupo 1 (alto volumen, 70,5% del financiamiento) no requiere intervenciones de la misma urgencia: salvo cáncer cervicouterino y cáncer de mama —cuya LE oculta es nula en ambos cálculos (Sección 9.2)— y cáncer de próstata —con LE oculta nula al focalizar en el grupo de análisis correspondiente—, las patologías de este grupo no presentan señales de retroceso ni brechas de cobertura críticas. La recomendación para este grupo es mantener el monitoreo y evitar que el buen desempeño relativo de estas cinco patologías oculte, en los indicadores agregados, la situación de los Grupos 2 y 3.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

11.1 Síntesis

El periodo 2018-2024 muestra un crecimiento sostenido y significativo de la oferta pública para la resolución del cáncer en Chile, tanto en términos de financiamiento (+89,1% real) como de prestaciones (+37,7%) y personas atendidas (+32,9%). Este crecimiento supera ampliamente al de la población beneficiaria FONASA (+18,8%) y al del presupuesto MINSAL ajustado (+42,3%), lo que se traduce en una mayor prioridad relativa del GES-Cáncer dentro del gasto en salud (de 0,7% a 1,0%) y en un aumento del costo real promedio por prestación (~37%).

Al mismo tiempo, la lista de espera GES-Cáncer visible creció de manera muy marcada (+689%), y la estimación de lista de espera oculta —aun focalizada en los grupos poblacionales GES relevantes— se mantiene en torno a 37.484 personas a nivel nacional. Esto sugiere que, pese al aumento sostenido de recursos y prestaciones, la demanda no resuelta sigue siendo un desafío relevante, particularmente en patologías de alta prevalencia y amplio espectro etario (cáncer colorrectal, de tiroides, gástrico, vesical, de pulmón y linfomas).

Territorialmente, se observa un proceso de descentralización: si bien el financiamiento sigue concentrado en la Región Metropolitana y algunos polos regionales (Concepción, Araucanía Sur, Maule), el mayor crecimiento relativo 2018-2024 se da en Servicios de Salud previamente menos dotados (Valparaíso San Antonio, Chiloé, Talcahuano, Atacama, Antofagasta).

La segmentación estructural presentada en la Sección 10 complementa esta síntesis, identificando de manera específica las patologías donde la brecha entre oferta pública y demanda no resuelta es más crítica, y donde se concentran las señales de retroceso relativo en financiamiento.

11.2 Conclusiones y Discusión

11.2.1 La baja participación del financiamiento GES-Cáncer plantea interrogantes sobre la medición del esfuerzo financiero real del sistema.

- El financiamiento GES-Cáncer representa entre 1,9% y 2,6% del presupuesto ajustado del Ministerio de Salud durante el período analizado.

- Esta proporción resulta baja considerando la relevancia epidemiológica del cáncer y su creciente impacto sanitario en Chile.

La participación observada del financiamiento GES-Cáncer dentro del presupuesto sectorial constituye uno de los hallazgos más llamativos del estudio. Sin embargo, esta cifra debe interpretarse con cautela, ya que los mecanismos de financiamiento GES tienen por objetivo priorizar determinadas prestaciones y otorgar cobertura financiera explícita a la población beneficiaria, más que reflejar el costo total de atención de estas patologías. Una parte sustancial de los recursos utilizados para la atención oncológica se financia a través de otros componentes presupuestarios de la red asistencial, tales como remuneraciones, infraestructura, equipamiento, hospitalización y servicios de apoyo clínico. Por ello, la participación cercana al 2% no representa el gasto total destinado al cáncer, sino únicamente el financiamiento explícitamente identificable a través de los registros analizados.

11.2.2 La expansión de recursos permitió aumentar la actividad asistencial

- El financiamiento GES-Cáncer creció 89,1% en términos reales entre 2018 y 2024.

- Las prestaciones realizadas aumentaron 37,7% y las personas atendidas 32,9% en el mismo período.

Los resultados muestran una expansión significativa de la oferta pública oncológica durante los últimos años. La recuperación posterior a la pandemia permitió superar los niveles de actividad observados antes de 2020, consolidando una trayectoria de crecimiento sostenido. No obstante, el crecimiento del financiamiento fue considerablemente superior al aumento de las prestaciones y de las personas atendidas, fenómeno consistente con una mayor complejidad clínica de los tratamientos, incorporación de nuevas tecnologías y aumento de los costos asociados a la atención del cáncer.

11.2.3 Las brechas territoriales continúan siendo un desafío relevante

- La oferta oncológica permanece concentrada en un grupo reducido de Servicios de Salud de alta complejidad.

- Los promedios nacionales ocultan diferencias significativas entre territorios.

Si bien el estudio identifica señales de descentralización en algunos Servicios de Salud regionales, persisten diferencias importantes en la distribución de recursos y actividad asistencial. La estructura actual de la oferta genera realidades heterogéneas en acceso y capacidad resolutiva, que no son capturadas adecuadamente por los indicadores agregados nacionales. En consecuencia, el fortalecimiento de la política oncológica requiere avanzar hacia mecanismos de planificación que incorporen explícitamente la dimensión territorial.

11.2.4 La lista de espera visible refleja una presión creciente sobre el sistema

- La lista de espera GES-Cáncer aumentó desde 1.926 personas en 2018 a 15.197 personas en 2024.

- El crecimiento se concentra principalmente en las etapas de diagnóstico y tratamiento.

El aumento observado constituye una señal de presión creciente sobre la capacidad de respuesta de la red asistencial. Sin embargo, la interpretación de este fenómeno requiere considerar simultáneamente el incremento de la demanda, los efectos acumulados de la pandemia y las mejoras en los sistemas de registro administrativo. La lista de espera visible representa únicamente a las personas que ya ingresaron al sistema, por lo que entrega una visión parcial de la magnitud real de las necesidades de atención oncológica.

11.2.5 La lista de espera oculta constituye el principal hallazgo estructural del estudio

· La Lista de Espera Oculta alcanza aproximadamente 37.484 personas al ajustar el análisis según grupos poblacionales específicos.

· Esta cifra supera ampliamente la lista de espera GES registrada administrativamente.

La estimación de la Lista de Espera Oculta permite aproximar la brecha existente entre la prevalencia esperada de cáncer y las personas efectivamente incorporadas a tratamiento. Desde esta perspectiva, la demanda no resuelta es considerablemente mayor que la observada mediante los mecanismos tradicionales de monitoreo. Este hallazgo sugiere que una proporción importante de las necesidades asistenciales no logra transformarse oportunamente en demanda registrada, limitando la capacidad del sistema para identificar y abordar integralmente las brechas de acceso.

11.2.6 Existen patologías donde la demanda potencial supera la capacidad observada de tratamiento

· Diversas patologías presentan brechas de cobertura superiores al 50% de la población potencialmente afectada.

· En algunos cánceres, la Lista de Espera Oculta es comparable o superior al número de personas actualmente en tratamiento.

El análisis por patología muestra que las brechas no se distribuyen homogéneamente. Casos como cáncer de pulmón, cáncer de tiroides y cáncer vesical evidencian una diferencia significativa entre la demanda potencial estimada y la capacidad efectiva de respuesta de la red. Asimismo, patologías como cáncer infantil, cáncer de ovario, cáncer de testículo y determinados linfomas presentan señales de rezago que justifican intervenciones focalizadas. Estos hallazgos sugieren que las decisiones de inversión y expansión de capacidades deberían priorizar aquellas patologías donde la Lista de Espera Oculta supera la capacidad actualmente observada de tratamiento.

11.2.7 La productividad de la red oncológica continúa siendo una variable insuficientemente observada

· El crecimiento de prestaciones no permite determinar si la red es más productiva o eficiente.

· No existe información suficiente para relacionar producción asistencial con capacidad instalada.

La evidencia disponible permite medir actividad, pero no productividad. La ausencia de información integrada sobre horas médicas, especialistas disponibles, infraestructura, equipamiento y utilización de recursos limita la capacidad de comprender las causas de las brechas identificadas. Avanzar hacia indicadores que relacionen cartera de servicios, recursos utilizados y resultados obtenidos constituye un requisito indispensable para una adecuada planificación de la oferta oncológica.

11.2.8 La trazabilidad nacional del cáncer debe transformarse en una prioridad estratégica

- Los sistemas actuales permiten observar episodios de atención, pero no la trayectoria completa de los pacientes.

- La ausencia de trazabilidad limita la capacidad de monitorear acceso, continuidad y resultados clínicos.

La construcción de sistemas interoperables que permitan seguir longitudinalmente a las personas diagnosticadas con cáncer constituye una condición necesaria para fortalecer la gestión sanitaria. Una trazabilidad nacional facilitaría la identificación de retrasos, abandonos terapéuticos, derivaciones y resultados clínicos, permitiendo mejorar la asignación de recursos y la evaluación de las políticas públicas oncológicas.

11.2.9 Limitaciones y agenda futura de investigación

- Existen limitaciones asociadas a la disponibilidad de información clínica y productiva de la red.

- Las brechas identificadas probablemente representan una estimación conservadora de la magnitud del problema.

La ausencia de información sobre cirugía oncológica, egresos hospitalarios, mortalidad desagregada y productividad clínica limita la capacidad de caracterizar integralmente la oferta pública de cáncer.

Futuras investigaciones debieran avanzar hacia la integración de fuentes clínicas, financieras y operacionales, permitiendo construir un sistema de monitoreo que vincule financiamiento, capacidad instalada, productividad y resultados sanitarios.

Profundizar el análisis del costo unitario por tipo de prestación y patología, para identificar qué proporción del aumento del 37% en el costo real promedio por prestación corresponde a cambios en la mezcla de prestaciones (mayor complejidad relativa) versus aumentos de precio en prestaciones comparables.

11.3 Limitaciones

- La estimación de lista de espera oculta se basa en proyecciones de incidencia y prevalencia (GLOBOCAN/MINSAL) ajustadas a la población FONASA, y no en un conteo directo de personas con sospecha o diagnóstico no confirmado; debe interpretarse como una aproximación de orden de magnitud.

- Las cifras 2025 y 2026 del marco macro MINSAL corresponden a presupuesto, no a ejecución; la comparación con años anteriores (ejecutados) debe hacerse con cautela.

ANEXO A.
CATÁLOGO GES-CÁNCER

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

La Tabla A.1 presenta el catálogo de problemas de salud GES vinculados al cáncer, según el Listado de Prestaciones Específicas (LPE) vigente, con el número de prestaciones garantizadas en cada etapa (Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento).

GES	PROBLEMA DE SALUD	DIAG.	TRAT.	SEG.	TOTAL
3	Cáncer cervicouterino en personas de 15 años y más	3	7	2	12
4	Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado	0	2	0	2
8	Cáncer de mama en personas de 15 años y más	3	9	2	14
14	Cáncer en personas menores de 15 años	1	3	1	5
16	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más	2	6	1	9
17	Linfomas en personas de 15 años y más	2	4	1	7
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula (35-49 años)	1	0	0	1
27	Cáncer gástrico	3	9	0	12
28	Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	1	5	1	7
43	Tumores primarios del SNC en personas de 15 años y más	1	3	0	4
45	Leucemia en personas de 15 años y más	4	9	3	16
70	Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más	3	10	2	15
71	Cáncer de ovario epitelial	0	6	2	8
72	Cáncer vesical en personas de 15 años y más	1	9	3	13
73	Osteosarcoma en personas de 15 años y más	0	4	0	4
81	Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más	2	15	3	20
82	Cáncer de tiroides en personas de 15 años y más	1	2	2	5
83	Cáncer renal en personas de 15 años y más	1	9	0	10

Tabla A.1. Fuente: Decreto GES vigente, Listado de Prestaciones Específicas (LPE) por problema de salud.

De los 18 problemas de salud GES de la Tabla A.1, este informe analiza en detalle los 16 que cuentan con financiamiento, prestaciones y beneficiarios identificables de manera independiente en Transparencia FONASA (códigos 3, 8, 14, 16, 17, 27, 28, 45, 70, 71, 72, 73, 81, 82, 83 y 84). Los problemas de salud N° 4 (Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado) y N° 26 (Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula) no se desagregan de forma independiente en la fuente de financiamiento utilizada, por lo que no forman parte de las Secciones 5 a 9. Adicionalmente, el problema de salud N° 84 (Mieloma Múltiple) se incorpora al análisis epidemiológico (incidencia, prevalencia y lista de espera oculta, Sección 9.2) aun cuando no figura de forma independiente en el LPE consultado para esta tabla.

ANEXO B.
FUENTES Y NOTAS METODOLÓGICAS

Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS)
Facultad de Gobierno

• Presupuesto y PIB: Banco Central de Chile, Informe de Finanzas Públicas (DIPRES), 3T 2025. Gasto en salud: Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida Ministerio de Salud.

• Financiamiento, prestaciones y personas atendidas GES-Cáncer: elaboración propia con datos obtenidos por Ley de Transparencia a FONASA, glosa de prestaciones GES, años 2018-2024.

• Población beneficiaria: Datos Abiertos FONASA / DEIS-MINSAL.

• Listas de espera GES (visible): repositorios DEIS-MINSAL, corte diciembre de cada año (2024 actualizado a enero 2026 en el informe final).

• Incidencia y prevalencia: estimaciones GLOBOCAN / MINSAL ajustadas a la población beneficiaria FONASA por grupo GES.

• Deflactor: todas las cifras monetarias se expresan en millones de pesos de 2026 (MM$2026), usando el IPC acumulado proyectado, salvo cuando se indique “nominal”.

• Lista de espera oculta: LE oculta = (prevalencia estimada x100k − personas en tratamiento x100k) × población de referencia / 100.000, considerando solo personas en etapa de Tratamiento. Se calcula sobre dos poblaciones de referencia: total de beneficiarios FONASA y grupo de análisis GES (sexo/tramo etario) específico de cada patología.

Este Informe Final y el panel interactivo (dashboard.html) que lo acompaña comparten la misma base de datos y metodología, y fueron desarrollados de forma conjunta como entregables del proyecto “Estudio de la Oferta Pública en la Resolución del Cáncer en Chile, 2018-2024”.



CIPS · UDD
Facultad de Gobierno

Avda. La Plaza 680, Las Condes
+56 2 258 756 87
@cips_udd · @cips.udd