



DIÁLOGOS 2026
LIDERAZGO
MUJER Y CÁNCER

LIDERAR CON INFORMACIÓN

Mujer y Cáncer en Chile 2026



Una mirada integral sobre la realidad del cáncer en mujeres en Chile, abordando su impacto sanitario, social y territorial. A través de datos, evidencia y análisis se exponen las principales brechas en acceso, diagnóstico, tratamiento e innovación, así como los desafíos emergentes que enfrenta el país en materia de equidad, prevención y respuesta oncológica.

RADIOGRAFÍA

del cáncer en mujeres en Chile

El cáncer en mujeres en Chile no solo refleja una carga creciente de enfermedad, sino también brechas estructurales en acceso, diagnóstico y tratamiento. Esta radiografía permite comprender la magnitud del problema y sus implicancias en la vida de miles de pacientes.

“No es solo un problema sanitario: es un desafío social, económico y de equidad”.

Alicia Aravena G.

Directora Ejecutiva Observatorio del Cáncer



INCIDENCIA GENERAL

Esta patología se ha consolidado como una de las principales causas de enfermedad y muerte en mujeres en Chile, con una carga creciente que tensiona al sistema de salud.

A esto se suma una tendencia al alza en los diagnósticos, especialmente en mujeres más jóvenes, lo que plantea nuevos desafíos en prevención, pesquisa precoz y abordaje integral. A nivel regional, se proyecta un aumento significativo de los casos hacia 2040, lo que anticipa una mayor presión sobre los sistemas de salud y la necesidad de respuestas oportunas y sostenidas.

No todos los cánceres afectan de la misma manera. Conocer cuáles son los más frecuentes permite orientar políticas públicas, prevención y detección temprana.

| Ranking de incidencia | Ranking de mortalidad |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1. Mama | 1. Mama |
| 2. Colorrectal | 2. Colorrectal |
| 3. Pulmón | 3. Tráquea, bronquios y pulmón |
| 4. Estómago | 4. Estómago |

*Fuente: GLOBOCAN 2022, International Agency for Research on Cancer (IARC-OMS).

Una realidad en transformación

En Chile y la región, se observa una transformación relevante en la epidemiología del cáncer en mujeres. Entre los cambios más significativos destaca el aumento sostenido de diagnósticos en edades más jóvenes, lo que redefine el impacto de la enfermedad en etapas clave de la vida, como la maternidad, el desarrollo profesional y la autonomía económica.

A esto se suma un fenómeno emergente: la creciente incidencia del cáncer de pulmón en mujeres, que ha dejado de ser un problema predominantemente masculino para convertirse en un desafío relevante de salud femenina.

En muchos casos, este tipo de cáncer se diagnostica en etapas avanzadas, con compromiso

metastásico, lo que complejiza su tratamiento y reduce las probabilidades de supervivencia. Este cambio obliga a ampliar la mirada tradicional del cáncer en mujeres, incorporando nuevos factores de riesgo, de exposición y características clínicas diferenciadas.

El cáncer en mujeres ahora se ve así:

- Aumento en jóvenes.
- Diversificación de tipos de cáncer.
- Aumento en casos de cáncer pulmonar.
- Aumento de diagnósticos en etapas avanzadas.

El desafío no es solo sanitario, es estructural.

Desigualdad territorial

El lugar donde vive una mujer en Chile puede determinar su acceso a diagnóstico, tratamiento y, en muchos casos, sus posibilidades de sobrevivir al cáncer.

El cáncer en Chile no se distribuye de manera equitativa. Existen brechas significativas entre regiones en acceso a diagnóstico,

cobertura de exámenes preventivos y oportunidad de tratamiento. Estas diferencias impactan directamente en los resultados en salud y en la mortalidad. Un ejemplo crítico es la cobertura de mamografías: a nivel nacional, alcanza solo un 37,4% en mujeres entre 50 y 69 años, muy por debajo del 70% reco-

mendado para reducir la mortalidad. Sin embargo, esta cifra promedio esconde profundas desigualdades territoriales. Mientras algunas regiones superan el 50% de cobertura, otras presentan niveles considerablemente más bajos, evidenciando barreras de acceso estructurales.

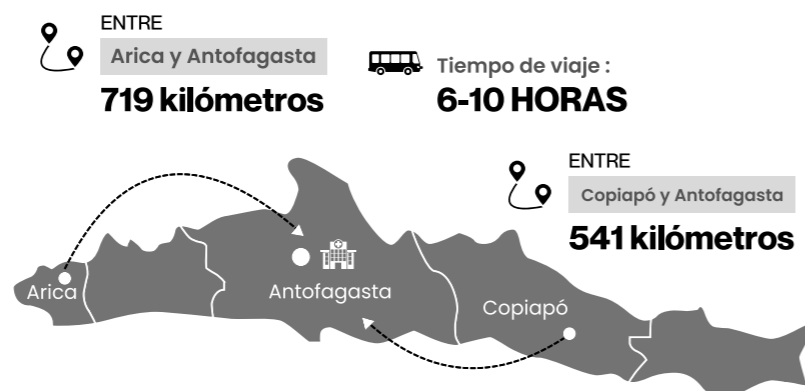
Cobertura de Mamografías en Chile 2024

| Región | Población 50-69 años | Con mamografía vigente | Cobertura (%) |
|-------------------------|----------------------|------------------------|---------------|
| Arica y Parinacota | 26.828 | 9.972 | 37.2 |
| Tarapacá | 35.228 | 14.571 | 41.4 |
| Antofagasta | 64.632 | 21.506 | 33.3 |
| Atacama | 34.153 | 17.799 | 52.1 |
| Coquimbo | 100.530 | 29.175 | 29.0 |
| Valparaíso | 244.093 | 96.274 | 39.4 |
| Metropolitana | 889.961 | 276.376 | 31.1 |
| Lib. Bernardo O'Higgins | 125.341 | 53.730 | 42.9 |
| Maule | 144.723 | 60.363 | 41.7 |
| Ñuble | 70.743 | 37.528 | 53.0 |
| Biobío | 208.180 | 85.188 | 40.9 |
| La Araucanía | 127.408 | 61.155 | 48.0 |

*Fuente: Total de mujeres entre 50 y 69 años en Chile según Censo 2024 y SIIT, y número de mamografías vigentes y porcentaje de cobertura nacional a partir de los datos entregados por Ley de Transparencia, Minsal.

A esto se suman factores como la dispersión geográfica, la falta de especialistas, las listas de espera y la necesidad de trasladarse largas distancias para acceder a atención. En regiones extremas o con menor infraestructura sanitaria, estas barreras se intensifican, retrasando diagnósticos y tratamientos.

Un claro ejemplo es lo que ocurre en sectores como la macrozona norte del país:



Alerta sanitaria en cáncer por retrasos GES

La reciente declaración de alerta sanitaria oncológica en Chile reconoce la magnitud del desafío que enfrenta el sistema de salud frente al aumento sostenido de casos y retrasos en la atención del cáncer. Esta medida busca acelerar la respuesta institucio-

nal, reducir listas de espera y fortalecer la capacidad de diagnóstico y tratamiento oportuno. Sin embargo, los datos evidencian que este impacto no es neutro: las mujeres concentran la mayor proporción de retrasos en prestaciones GES oncológi-

cas, lo que pone en evidencia la necesidad de incorporar un enfoque de género en la implementación de esta alerta y en las políticas públicas asociadas.

33.702

Pacientes oncológicos con tiempo de espera prolongados.



19.613

PACIENTES GES

14.089

PACIENTES NO GES

Los retrasos en prestaciones oncológicas GES aumentaron un 312% entre diciembre de 2020 y diciembre de 2025, de 4.758 a 19.613, alcanzando el punto más alto en los últimos diez años.

Prestaciones retrasadas según sexo:



74%
MUJERES



26%
HOMBRES

Prestaciones con mayor carga:

- Cáncer cervicouterino: 5.391 (28%)
- Colorrectal: 4.788 (25%)
- Mama: 3.821 (20%)
- Gástrico: 1.262 (7%)

*Fuente: Plan Alerta Oncológica, Minsal, abril 2026

INVESTIGACIÓN EN CÁNCER EN CHILE una oportunidad para avanzar en acceso e innovación

Chile cuenta con capacidades para desarrollar estudios clínicos en todas sus fases (I, II, III y IV), posicionándose como un actor relevante en investigación oncológica. Fortalecer este ecosistema puede mejorar el acceso a tratamientos innovadores, generar evidencia local y aportar al desarrollo del sistema de salud.

En los últimos 7 años, el número de estudios clínicos aumentó en aproximadamente un **141%**.



Acceso a tratamientos innovadores

Para muchos pacientes, especialmente en oncología, participar en un estudio clínico representa una alternativa terapéutica cuando las opciones disponibles son limitadas o han sido agotadas.

Esto es particularmente relevante en cánceres complejos o subtipos específicos, donde los tratamientos innovadores pueden marcar una diferencia significativa en supervivencia y calidad de vida.



Sin embargo, el acceso a estos estudios no es equitativo y depende de factores como:

- El centro en el que reciben atención.
- El acceso a la información.
- La derivación médica oportuna.

DESINFORMACIÓN COMO UNA BRECHA TRANSVERSAL

Muchas personas desconocen la existencia de estudios clínicos, sus potenciales beneficios o incluso la posibilidad de participar en ellos. Esta falta de información y de acceso al conocimiento disponible no solo limita

las oportunidades de tratamiento, sino que también profundiza inequidades, ya que el acceso a estudios clínicos muchas veces depende del nivel de información, orientación médica o redes de apoyo que tenga cada pa-

ciente. Como resultado, muchas personas quedan fuera de opciones terapéuticas innovadoras que podrían beneficiar significativamente su tratamiento y calidad de vida.

EL CÁNCER EN LA POBLACIÓN LABORAL: un desafío creciente para las organizaciones

- **45%** de los diagnósticos ocurre en **edad laboral**.
- **42,1%** de los sobrevivientes **experimenta cambios** en su empleo.
- **28,4%** **abandona** o pierde su trabajo tras el diagnóstico.

Cada año, una proporción creciente de diagnósticos de cáncer ocurre en personas en edad laboral, es decir, en etapas de la vida donde se concentran ingresos, responsabilidades familiares, experiencia acumulada y roles críticos dentro de las organizaciones.

6 *Fuente: Global Burden of Disease; exposición Daniela Sugg, 2026.

CÁNCER DE MAMA EN CHILE

El cáncer de mama se ha consolidado como el principal problema oncológico en mujeres en Chile, tanto por su alta incidencia como por su impacto en mortalidad.

- Esta patología alcanzó un récord histórico en 2023 con 2.263 defunciones, un alza del 12,87% respecto al año anterior.

A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, persisten brechas estructurales que afectan directamente el pronóstico de las pacientes:

- Baja cobertura de mamografías.
- Diagnósticos en etapas avanzadas, desigualdad en el acceso a terapias innovadoras y diferencias significativas entre el sistema público y privado.

Abordar esta enfermedad implica no solo fortalecer la capacidad sanitaria, sino también avanzar en educación, prevención y equidad.

Es el cáncer con mayor incidencia en mujeres en Chile. La pesquisa precoz y el acceso equitativo al diagnóstico y tratamiento son claves para mejorar la supervivencia y calidad de vida.



Se estima que..
1 DE CADA 8 CHILENAS

Desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO:

99%
A MUJERES

1%
A HOMBRES

El mapa de la desigualdad

Distribución territorial de tasas e índices respecto del promedio nacional, que evidencia variaciones significativas entre macrozonas. La incidencia no es homogénea, el lugar donde viven las mujeres influye en su diagnóstico y en las oportunidades de detección y tratamiento.



REGIONES MÁS AFECTADAS EN 2023 VS 2022: AYSÉN (+220%), TARAPACÁ (+124%), ARICA Y ATACAMA (+70% CADA UNA).

| Rank | Región | Macrozona | Tasa Est. 2023 | vs Nacional |
|------|--------------------|---------------|----------------|-------------|
| 1 | Magallanes | Austral | 23.81 | +15.33 |
| 2 | Aysén | Austral | 22.91 | +14.43 |
| 3 | Arica y Parinacota | Norte Grande | 19.44 | +10.96 |
| 4 | Tarapacá | Norte Grande | 19.08 | +10.60 |
| 5 | Atacama | Norte Chico | 18.80 | +10.32 |
| 6 | Antofagasta | Norte Grande | 18.76 | +10.28 |
| 7 | Araucanía | Sur | 18.37 | +9.89 |
| 8 | O'Higgins | Centro | 17.87 | +9.39 |
| 9 | Coquimbo | Norte Chico | 17.78 | +9.30 |
| 10 | Biobío | Centro Sur | 17.75 | +9.27 |
| 11 | Valparaíso | Centro | 17.30 | +8.82 |
| 12 | Ñuble | Centro Sur | 16.69 | +8.21 |
| 13 | Metropolitana | Metropolitana | 16.64 | +8.16 |
| 14 | Los Lagos | Sur | 15.60 | +7.12 |
| 15 | Los Ríos | Sur | 13.82 | +5.34 |
| 16 | Maule | Centro Sur | 12.46 | +3.98 |

*Fuente: DEIS – Mortalidad por cáncer. Defunciones y mortalidad por tumores seleccionados. Chile 2002-2023.

MAMOGRAFÍA Y DETECCIÓN TEMPRANA

La mamografía es la principal herramienta para la detección precoz del cáncer de mama y una de las estrategias más efectivas para reducir la mortalidad. Sin embargo, en Chile la cobertura sigue siendo insuficiente:

- Solo alcanza un 37,4%* en mujeres entre 50 y 69 años, muy por debajo del 70% recomendado a nivel internacional para lograr un impacto significativo en la mortalidad.

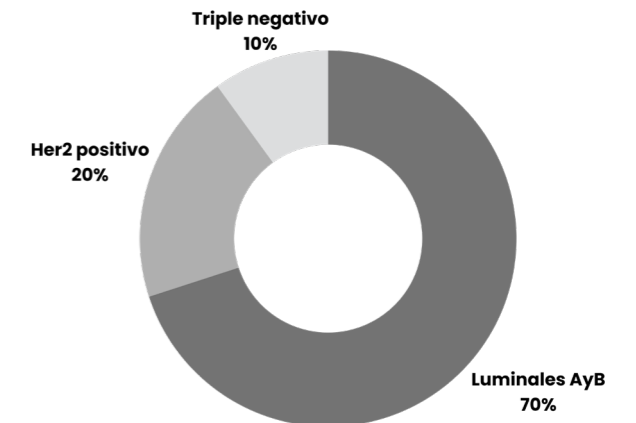
Fortalecer la pesquisa precoz requiere no solo aumentar la oferta de exámenes, sino también avanzar en estrategias de educación, acercamiento territorial y seguimiento activo de la población objetivo.

*Fuente: Total de mujeres entre 50 y 69 años en Chile según Censo 2024 y SIIT, y número de mamografías vigentes y porcentaje de cobertura nacional a partir de los datos entregados por Ley de Transparencia, Minsal.

El cáncer de mama no es uno solo

Estadística Subtipos cáncer de mama

- Luminal A y B
- Triple Negativo
- Her2+



*Fuentes internacionales y respaldado por asesores del Observatorio del Cáncer.

Luminal A: Es el subtipo más común y con mejor pronóstico. Se caracteriza por la alta expresión de receptores hormonales, baja proliferación celular y ausencia de sobreexpresión de HER2.

Luminal B: Al igual que el Luminal A, es sensible a hormonas, pero presenta una mayor proliferación celular, lo que lo vuelve más agresivo y requiere combinaciones de hormonoterapia, quimioterapia, radioterapia y cirugía.

Triple Negativo: En este subtipo, los receptores de estrógeno y progesterona son negativos y no existe sobreexpresión del HER2. Se caracteriza por ser más agresivo, con mayor tasa de recaídas y un pronóstico global menos favorable.

HER2+: Se define por la sobreexpresión del receptor HER2. Es un subtipo históricamente de mal pronóstico, sin embargo, en la última década los avances han cambiado radicalmente su evolución.

Además de afectar con mayor frecuencia a mujeres jóvenes.

BRECHAS DE ACCESO

La cobertura GES asegura que toda paciente con cáncer de mama reciba diagnóstico y tratamiento dentro de plazos definidos. Sin embargo, al no diferenciar entre subtipos, deja espacios vacíos en el acceso a terapias más modernas. Y es en esos detalles donde se abren las brechas entre el sistema público y el privado:

| SUBTIPO | SISTEMA PÚBLICO | SISTEMA PRIVADO |
|---|--|---|
| Cánceres luminales A y B (hormono-dependientes) | El tratamiento suele comenzar con inhibidores de aromatasa como primera línea, y solo después de la progresión se incorporan inhibidores de ciclina. | Se accede desde el inicio a la terapia combinada (inhibidor de aromatasa + inhibidor de ciclina), considerada el estándar internacional por su mayor eficacia. |
| Cáncer HER2 positivo | En etapas iniciales se utiliza solo Trastuzumab junto con quimioterapia, pero sin acceso a Pertuzumab, que potencia los resultados. En enfermedad metastásica sí está cubierto el esquema "Cleopatra" (quimio + Trastuzumab + Pertuzumab), aunque las opciones posteriores son muy limitadas. | Se accede desde el inicio al doble bloqueo HER2 (Trastuzumab + Pertuzumab), con mejores tasas de respuesta y menor toxicidad. Además, existen terapias de última generación, como el Trastuzumab deruxtecán, que no están disponibles en el sistema público. |
| Cáncer triple negativo | El tratamiento se basa en quimioterapia, tanto en etapas iniciales como avanzadas. A partir del 2025, se integró al GES el tratamiento de inmunoterapia con pembrolizumab. | Se suma la inmunoterapia en etapas tempranas y, en algunos casos, terapias innovadoras como anticuerpos conjugados en enfermedad metastásica, lo que abre nuevas posibilidades de control. |

Innovación terapéutica tratamientos que cambian el pronóstico

El cáncer de mama HER2+ es hoy uno de los mayores ejemplos del impacto de la medicina personalizada.

El uso de terapias dirigidas ha

permitido mejorar significativamente los resultados clínicos, logrando que más de 6 de cada 10 pacientes eliminen completamente el tumor antes de la cirugía.

Este avance ha transformado un subtipo históricamente agresivo en uno con altas probabilidades de respuesta cuando se trata de manera oportuna.

El subtipo HER2+ se reporta como el 20% de los casos tratados de cáncer de mama. Estos, se distribuyen por etapas al debut como:

- **23% etapa I**
- **36% etapa II**
- **30% etapa III**
- **11% etapa IV**

Casi un 90% de los cáncer de mama HER2 en Chile tienen intención de tratamiento curativa.

*Fuentes: Centro para prevención y Control del Cáncer (Cecan) y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).

INNOVACIÓN CENTRADA EN LA PACIENTE

Los avances no solo han sido en los tratamientos, sino también en su forma de administración.

La transición desde terapias intravenosas a opciones subcutáneas ha reducido significativamente los tiempos de atención:

- De varias horas en el hospital a menos de 40 minutos por sesión.

Esto tiene un impacto directo en la calidad de vida:

- Menor carga física y emocional.
- Mayor comodidad.
- Recuperación del tiempo personal.



RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: no se trata de vanidad, sino de dignidad



La reconstrucción mamaria es parte fundamental del tratamiento del cáncer de mama. Sin embargo, en Chile persisten brechas de acceso, oportunidad y disponibilidad de especialistas que afectan directamente la calidad de vida de las mujeres.

La reconstrucción mamaria no es un procedimiento estético, sino una etapa clave del tratamiento oncológico que contribuye a la recuperación física, emocional y social de las pacientes. Su impacto en la autoestima, la imagen corporal y la reintegración a la vida cotidiana la posiciona como un componente esencial de la atención integral en cáncer de mama.

En Chile, la reconstrucción mamaria está incorporada dentro de la canasta GES como parte del tratamiento integral del cáncer de mama. Sin embargo, al **no contar con plazos garantizados** para su realización, persisten importantes brechas en la continuidad y oportunidad del cuidado, afectando directamente la recuperación física, emocional y calidad de vida de las pacientes.

Esto implica que muchas mujeres deben esperar largos períodos después de una mastectomía para acceder a la reconstrucción, prolongando el impacto físico y emocional de la enfermedad. En la práctica, la reconstrucción suele postergarse frente a otras prioridades del sistema, quedando fuera de los

tiempos clínicamente óptimos.

Esta falta de oportunidad no solo afecta la calidad de vida, sino que también profundiza inequidades en salud.

Uno de los principales cuellos de botella del sistema es la disponibilidad de especialistas y

horas quirúrgicas. La información disponible evidencia una capacidad limitada en el sistema público, con una concentración de profesionales en ciertas regiones y una baja disponibilidad de horas destinadas específicamente a reconstrucción mamaria.

Los datos de reconstrucción mamaria se registran por servicio de salud y no por región, lo que dificulta el análisis territorial.

Por ello, en abril de 2024, elaboramos el 1er Registro Público y Actualizado de Mujeres en Espera de Reconstrucción Mamaria en Chile.

El análisis se centró en base a cuestionarios vinculados a aspectos físicos y psíquicos que inciden en la vida de las pacientes, donde se obtuvo los siguientes datos:

- El 52% de las encuestadas reveló no contar con indicación médica para una reconstrucción mamaria.
- 80% de las encuestadas se siente insatisfecha al mirarse al espejo.
- 72% de las encuestadas nunca o pocas veces se siente segura sexualmente.
- 87% de las encuestadas manifiesta no aceptar su cuerpo tras haber sido intervenida.

Conoce más sobre reconstrucción mamaria y las brechas existentes en el siguiente QR:

Disponible aquí



CÁNCER CERVICOUTERINO

Un cáncer prevenible que aún persiste

A pesar de contar con herramientas eficaces como la vacunación y el tamizaje, el cáncer cervicouterino sigue siendo una causa relevante de enfermedad y muerte en mujeres. Pese a ser un cáncer prevenible, su persistencia responde a las dificultades estructurales en acceso, educación y oportunidad de atención.

El cáncer con mayor cantidad de retrasos GES en Chile.

Es el cáncer con mayor retraso GES en Chile y representa un aumento del 90% respecto al 2024.

Provoca cerca de **600 a 800 muertes anuales** y **1.500 nuevos casos** cada año en Chile.

HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE

El examen de Papanicolaou (PAP) y test de Virus Papiloma Humano (VPH) permite detectar lesiones precancerosas antes de que evolucionen a cáncer. Sin embargo, la oportunidad

de diagnóstico se ha visto gravemente afectada por los retrasos en el sistema de salud.

Este escenario refleja que, aun existiendo herramientas efectivas,

no están llegando a tiempo. La consecuencia es directa: diagnósticos más tardíos, tratamientos más complejos y peores resultados en salud.

Distribución territorial

El cáncer cervicouterino es el marcador más sensible de inequidad territorial en salud femenina. Las regiones con menor acceso a salud primaria presentan tasas sistemáticamente más altas.

| Rank | Región | Macrozona | Tasa Est. 2023 | vs Nacional |
|------|--------------------|---------------|----------------|-------------|
| 1 | Tarapacá | Norte Grande | 8.20 | +3.35 |
| 2 | Arica y Parinacota | Norte Grande | 7.90 | +3.05 |
| 3 | Aysén | Austral | 7.50 | +2.65 |
| 4 | Atacama | Norte Chico | 7.10 | +2.25 |
| 5 | Los Lagos | Sur | 6.80 | +1.95 |
| 6 | Araucanía | Sur | 6.50 | +1.65 |
| 7 | Biobío | Centro Sur | 6.20 | +1.35 |
| 8 | Maule | Centro Sur | 6.00 | +1.15 |
| 9 | Coquimbo | Norte Chico | 5.80 | +0.95 |
| 10 | O'Higgins | Centro | 5.40 | +0.55 |
| 11 | Los Ríos | Sur | 5.20 | +0.35 |
| 12 | Magallanes | Austral | 5.00 | +0.15 |
| 13 | Antofagasta | Norte Grande | 4.80 | -0.05 |
| 14 | Valparaíso | Centro | 4.60 | -0.25 |
| 15 | Ñuble | Centro Sur | 4.40 | -0.45 |
| 16 | Metropolitana | Metropolitana | 3.90 | -0.95 |

- La Región Metropolitana (3,9) presenta la tasa más baja, reflejando mejor acceso al PAP en el sistema de salud urbano.
- El Norte Grande (tasa promedio ~8,0) y el Sur (6,5) superan significativamente al promedio nacional.

VACUNACIÓN: Una herramienta eficaz, pero no universal

La vacuna contra el VPH es hoy la herramienta más eficaz de prevención. Protege contra las cepas de alto riesgo responsables de la mayoría de los cánceres asociados al virus. En Chile, dependiendo de la edad, el esquema puede variar entre una a tres dosis, sin embargo, el acceso sigue siendo desigual. “Los hombres mayores de 17 años y

las mujeres mayores de 22 deberían ser activamente rescatados para vacunarse. Incluso si ya tuvieron contacto con el virus, la vacuna sigue siendo beneficiosa porque previene futuras infecciones”, aclara Dr. Nicolás Sáez, urólogo de Clínica MEDS.

Fuera del programa escolar, el costo de la vacuna constituye

una barrera relevante. “La inversión no se compara con el costo humano, sanitario y económico de tratar un cáncer. Ver mujeres jóvenes falleciendo por cáncer cervicouterino es algo que no debería seguir ocurriendo”, enfatiza la Dra. Dania Acuña, Gineco-oncóloga y miembro fundador de la Sociedad Iberoamericana de Vulva y Vagina.