



RESUMEN

RESULTADOS FASE CUANTITATIVA

IDENTIFICANDO BRECHAS EN TRAYECTORIAS TERAPÉUTICAS DE PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER DE MAMA Y PULMÓN EN CHILE

DEVELANDO DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS PRIORIZADAS

Santiago, octubre 2022

Entidad solicitante:

Cámara de la Innovación Farmacéutica, CIF

Entidad que lidera la propuesta:

Esta propuesta de investigación es liderada por el Programa de Estudios Sociales en Salud (PROESSA), ICIM; Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, por medio de las investigadoras:

Báltica Cabieses, PhD bcabieses@udd.cl

Alexandra Obach, PhD aobach@udd.cl

Junto a los siguientes investigadores e instituciones:

Manuel Espinoza, PhD Manuel.espinoza@uc.cl Pontificia Universidad Católica de Chile

Cecilia Rodríguez, MSc crodriguez@memuevo.cl Fundación MeMuevo y UDD

Marcela Oyarte, em.oyarte@gmail.com investigadora asociada a PROESSA, investigadora de la unidad de análisis del Instituto de Salud Pública (fase cuantitativa del estudio).

Asistentes de investigación y coordinadoras:

Carla Campaña, PROESSA, ICIM, UDD

Francisca Vezzani, PROESSA, ICIM, UDD

AGRADECIMIENTOS

Ofrecemos nuestro sincero agradecimiento a todas las personas con cáncer de mama y pulmón que respondieron de la encuesta online y, a través de esta, compartieron sus experiencias de trayectorias terapéuticas, demoras en la atención, calidad percibida de la atención recibida y satisfacción global con la atención. A ellos y a ellas nuestro reconocimiento y nuestro agradecimiento.

Agradecemos también a académicos, expertos, líderes y grupos de sociedad civil que tan generosa y desinteresadamente apoyaron este proyecto, con especial reconocimiento a las siguientes personas, instituciones y organizaciones:

Víctor Flores	La Voz de los Pacientes
Francisco Vidangossy	Cáncer Vida
Tatiana Corbeaux	Oncoloop
Mónica Toro	Corporación Valientes
Margarita Orellana	Fundación para el Cáncer Nueva Vida
Ana Cox	Corporación Yo Mujer
Sergio Becerra	Fundación Care
Macarena Rodríguez	Oncóloga Clínica Alemana
Mónica Ahumada (HCUCH)	Oncóloga
Esteban Sánchez	HBLT
Natalie Pinto	enfermera PUC/Sótero del Río
Camilo López	Referente Oncológico SSMS
Pedro Zitko	HBLT
Ricardo Armisen	UDD
José Peña	Hospital Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN

El siguiente informe corresponde a la presentación de los resultados de la fase cuantitativa del estudio multi-métodos titulado *“Identificando brechas en trayectorias terapéuticas de pacientes adultos con cáncer de mama y pulmón en Chile: Develando desigualdades en la atención de patologías priorizadas”*.

En específico, este reporte da cuenta de los primeros dos objetivos específicos de estudio:

1. Identificar brechas en trayectorias terapéuticas generales de pacientes adultos en Chile con dos tipos de cáncer priorizados (mama y pulmón), conforme a las etapas de identificación de síntomas, decisión de consultar, atención efectiva de salud, diagnóstico, inicio de tratamiento, efectos adversos, resultado terapéutico y calidad y satisfacción con la atención de salud.
2. Analizar brechas en trayectorias terapéuticas generales de pacientes adultos en Chile con dos tipos de cáncer priorizados (mama y pulmón), conforme a las etapas de previamente indicadas, según perfil demográfico general, condiciones socioeconómicas, tipo de previsión de salud y antecedentes clínicos.

Como antecedentes del proyecto se da cuenta de que, en Chile, la rectoría del sistema de salud es ejercida por el Ministerio de Salud, que a su vez divide su labor en dos subsecretarías, la de salud pública y la de redes asistenciales. Asimismo, que el sistema de salud chileno en su globalidad es un sistema segmentado y fragmentado con participación público y privada. El sector público accede a servicios de salud fundamentalmente en centros de atención primaria y hospitales públicos (que cubre en torno al 75% de la población, especialmente a los más añosos, enfermos y pobres); el sector privado accede a clínicas privadas (que cubre alrededor del 20% de la población, en especial la más joven y sana); el sistema de las fuerzas armadas que tiene sus propios hospitales y centros de salud (cubre alrededor del 5% de la población); y por último el seguro laboral de salud que también tiene sus propios hospitales y centros de salud y cubre a una proporción menor de la población.

En el país, el año 2005 finalizó la última reforma de salud. Para abordar la equidad, la reforma al sistema de salud chileno tuvo como uno de sus ejes principales el acortamiento de brechas inequitativas de acceso, uso y calidad de atención entre grupos sociales que conforman la sociedad en Chile.

Diversos autores e investigaciones han planteado, en esta línea, los siguientes logros y desafíos en torno a la equidad en salud en Chile:

- (i) Se logró diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para la mayoría de las patologías AUGE/GES priorizadas en el país, con resultados de mejora transversales para diversos sectores sociales y del sector público y privado de atención en salud. No obstante, no se modificaron las desigualdades presentes en factores predisponentes -como estilos de vida- ni factores de riesgo, ni diferencias en recursos, oportunidades y capacidades de recuperación y mejoría en calidad de vida en personas que padecen alguna de aquellas más de 80 enfermedades priorizadas.

- (ii) Todas aquellas patologías no priorizadas perpetraron sus deficiencias e inequidades sociales, profundizándose incluso el problema de listas de espera a nivel secundario y terciario.
- (iii) Siguen existiendo desafíos para la cooperación y transferencia de capacidades y recursos entre el sistema público y privado, y entre los niveles primario, secundario y terciario.
- (iv) En muchas patologías la cobertura de los planes y prestaciones no es suficiente, lo que es más pronunciado en el caso de patologías no AUGE/GES.

Por su parte, el Plan Nacional del Cáncer, en su implementación y las estrategias que nacen de éste, dan cuenta del reconocimiento del cáncer como un problema sociosanitario, ya que no solo es un problema de salud pública, sino que también un problema social y económico, que afecta al paciente, familia y comunidad. El plan también reconoce la asociación entre el cáncer y los Determinantes Sociales en Salud, lo que evidencia inequidades en la distribución de distintos cánceres, existiendo regiones con mayor incidencia de ciertos cánceres, mayor mortalidad y diferencias en la distribución entre hombres y mujeres.

En el año 2020 fue promulgada la Ley Nacional del Cáncer, la cual establece las características que debe tener el Plan Nacional del Cáncer, exigiendo que cuente con objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, formación y capacitación de recursos humanos, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer. Además, se indica que debe tener un enfoque de atención integral de la persona y su familia y en concordancia con las leyes, planes y programas existentes y con el Fondo Nacional del Cáncer. También establece que el plan nacional tendrá una duración de 5 años y deberá ser actualizado por parte del Ministerio de Salud (MINSAL) y la Comisión Nacional del Cáncer. La Ley también establece que el MINSAL debe fomentar la investigación científica biomédica, clínica y de salud pública en cáncer. Por medio de la Ley se crea el fondo nacional del cáncer, la red oncológica nacional del cáncer, el registro nacional del cáncer y protege a las personas de discriminación laboral por tener o haber tenido cáncer.

En línea con el reconocimiento de la perspectiva de los pacientes, se han desarrollado diversos enfoques de investigación que utilizan conceptos tales como (i) acceso a la atención de salud, (ii) comunidades de práctica, (iii) participación social en la toma de decisiones sobre cobertura en salud (TDCS), (iv) conocimiento tácito y (v) trayectorias terapéuticas. Estos abordajes provienen de la evolución de pilares conceptuales como son el derecho a la salud, equidad en salud, solidaridad en salud, eficiencia en el uso de recursos en salud y participación social en salud; que hoy se renuevan con miradas multidimensionales, complejas y dinámicas.

El concepto de trayectorias terapéuticas refiere a la secuencia de eventos de atención que sigue un paciente desde el momento en que identifica un síntoma de alerta, consulta, se diagnostica, se trata y/o se recupera. El estudio de la experiencia del paciente a lo largo de este proceso terapéutico se ha realizado también mediante los conceptos de flujo, navegación, viaje o itinerario terapéutico. Por un lado, se ha entendido como el estudio de

los flujos de atención de pacientes desde la óptica del sistema de salud, donde se busca identificar sus barreras, facilitadores y cuellos de botella desde el flujograma de gestión asistencial. Por otro lado, se encuentran las aproximaciones que tienen como objetivo recoger la voz de los pacientes en esta ruta, sin poner el flujograma clínico en el centro del recorrido, sino en la experiencia particular y subjetiva del usuario. Este segundo abordaje cuenta con una gran riqueza potencial, no obstante, es el menos reportado en la literatura experta.

El propósito de este estudio fue analizar las brechas existentes en diversas trayectorias terapéuticas de pacientes adultos con cáncer de mama y pulmón en Chile, particularmente en torno a demoras en tiempo de la atención efectiva en salud, según condiciones socioeconómicas y de tipo de sistema de salud, de acuerdo con pacientes y equipos tratantes de patologías priorizadas para este estudio.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de diseño multi-métodos y en este informe se presenta la fase **cuantitativa de estudio**. El diseño de estudio se planteó de tipo observacional, analítico y de corte transversal. La investigación también aplicó un enfoque de Investigación Traslacional (IT), entendida como aquella investigación aplicada y comprehensiva que pretende traducir el conocimiento científico disponible para hacerlo útil a la población.

Se utilizó la técnica de investigación de aplicación de un cuestionario estructurado diseñado y piloteado por el equipo de investigación, a partir de la literatura internacional disponible en este tema y de las guías clínicas de atención en salud a cada tipo de cáncer en Chile. Los criterios de inclusión para pacientes fueron: (i) tener diagnóstico actual o haber sido diagnosticado con uno de los cánceres priorizados en la investigación (mama o pulmón); (ii) ser mayores de edad; (iii) en tratamiento en el sistema público o privado en Chile; (iv) acceso a Internet o teléfono para responder el cuestionario de manera autónoma o asistida por algún encuestados previamente entrenado por el equipo investigador; (v) que estén de acuerdo con participar. Como criterio de exclusión se consideró que presentaran alguna condición física o mental que limitara la capacidad de la persona para decidir participar.

Como estrategia de reclutamiento se realizó: (i) Difusión a través de redes sociales creadas específicamente para esta investigación (Facebook, Instagram, Linktree, LinkedIn); (ii) Difusión a través de distintas organizaciones de pacientes relacionados a temáticas de cáncer; (iii) Difusión a través de contactos de hospitales y clínicas, vía profesionales de la salud, (iv) técnica de bola de nieve entre participantes y miembros de grupos organizados de pacientes.

Luego de estos esfuerzos se logró un tamaño de muestra efectivo de 263 participantes para cáncer de mama y 60 para cáncer de pulmón. Se realizó análisis descriptivo, bivariado de asociación y modelos de regresión multivariados para diversas variables dependientes referidas a tiempos de demora y satisfacción y calidad de la atención.

Se reconocen riesgos de sesgo de selección y de información en este estudio, y las limitaciones de representatividad territorial, por nivel socioeconómico y tipo de previsión de salud para algunos de los análisis de las variables dependientes de interés. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

RESULTADOS

1. Cáncer de mama

El promedio de edad de la muestra fue 51,7 años con una mediana de 51 años, el 60% estaba casado o conviviendo y la muestra incluyó a personas de las 16 regiones del país, siendo un 71,9% de la macrozona central. Sobre las características socioeconómicas, el 58,9% de la muestra tenía educación técnica o superior, una mediana de ingresos de \$800.000 mil pesos y el 63,5% tenía vivienda propia. La caracterización del sistema de salud fue de un 71,7% de las personas pertenecían al sistema público (FONASA y FF.AA.) y un 28,9% al sistema privado.

Percepción de retraso en la primera consulta

La **primera consulta** (ser atendido) fue realizada el mismo día de la detección del signo o cambio mamario en el 12,17% de la muestra, el 63,11% de la muestra realizó la primera consulta dentro del primer mes, y el 24,71% restante luego del primer mes y en algunos casos fue después de un año.

Sobre la **percepción de retraso** en la primera consulta, el 24,33% refirió haber percibido retraso en la primera consulta. Para un 26% los motivos de este retraso fueron motivos personales y para un 70% fueron motivos relacionados al sistema de salud.

Las características demográficas para la percepción de retraso en la primera consulta estuvieron relacionadas significativamente a la edad, siendo 2-3 años menores las personas que refirieron retraso, a la macrozona de residencia siendo la macrozona norte la con mayor porcentaje de personas que autoreportan retraso, y al sistema de salud teniendo mayor percepción de retraso las personas del sistema público. Las siguientes variables fueron no significativas: estado civil, nivel educacional e ingreso líquido del hogar.

Para los modelos de regresión logística, el tipo de sistema de salud fue la única variable significativa asociada al retraso en la primera consulta, específicamente para el modelo ajustado, las personas pertenecientes al sistema público tenían 3,62 (IC95% OR:1,29-10,16) veces más chance de percibir retraso en la primera consulta que los pertenecientes al sistema privado. Las otras variables fueron no significativas.

Personas con cáncer de mama pertenecientes al sistema público tenían 3,62 (IC95% OR:1,29-10,16) veces más chance de percibir retraso en la primera consulta que los pertenecientes al sistema privado.

Percepción de retraso en el diagnóstico

El **diagnóstico** fue logrado en el 54,38% de la muestra durante el primer mes luego de la detección del primer signo o síntoma, el 44,86% posterior al mes.

Para el **retraso en el diagnóstico**, el 23,57% refirió haber percibido retraso en el diagnóstico, quienes en un 20,97% refirió motivos personales y un 79,03% motivos del sistema de salud. Para el retraso en el diagnóstico no hubo asociación significativa con variables demográficas, socioeconómicas y de sistema de salud. Para los modelos de regresión logística, la variable de estado civil fue significativa para el modelo crudo, siendo el grupo separado o viudo quienes presentaron menor chance de retraso en el diagnóstico. Las otras variables fueron no significativas.

El diagnóstico fue logrado en el 54,38% de las personas con cáncer de mama participantes del estudio durante el primer mes luego de la detección del primer signo o síntoma, el 45,6% restante posterior al mes.

El 23,57% de los participantes con cáncer de mama refirió haber percibido retraso en el diagnóstico, de quienes un 20,97% refirió motivos personales y un 79,03% motivos del sistema de salud.

Percepción de retraso en el inicio de tratamiento

El **inicio del tratamiento** después del diagnóstico fue realizado en un 59,7% de la muestra durante el primer mes, en un 25,1% durante los primeros 3 meses, y un 3,8% después de los 3 meses.

Sobre el **retraso al inicio del tratamiento** por cáncer de mama, el 23,19% del total de muestra afirmó haber tenido retraso, quienes en un 13,11% indicaron retraso por motivos personales, y un 86,89% por motivos del sistema de salud.

Las características demográficas para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento estuvieron relacionadas significativamente a la edad, siendo 2-3 años menores las personas que refirieron retraso, la tenencia de vivienda siendo los propietarios quienes presentaron menor porcentaje de retrasos en el inicio del tratamiento (asociación levemente significativa), y la variable del sistema de salud, siendo un 29,5% de las personas del sistema público que percibieron retraso en comparación a un 13,2% en el sistema privado. Las otras variables no tuvieron asociación significativa.

Para los modelos de regresión logística, las variables significativas fueron la edad, macrozona de residencia, tenencia de vivienda y sistema de salud. La **percepción de retraso en el inicio del tratamiento y la edad** por cada año cumplido es menor el chance de percibir retraso en el tratamiento. Las personas de la macrozona sur tenían menor probabilidad de percibir

retraso en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro (OR=0,30 IC95% 0,10-0,88). Tenencia de vivienda fue significativa para ambos modelos (crudo y ajustado), siendo las personas que arriendan quienes tenían 2,18 (modelo crudo) y quienes tienen otro tipo de vivienda 2,59 (modelo ajustado) veces más chance de percibir retrasos en comparación a las personas propietarias de vivienda. El sistema de salud fue significativo el modelo crudo, siendo las personas del sistema público quienes tenían 2,75 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento en comparación a las personas del sistema privado.

El inicio del tratamiento de personas con cáncer de mama después del diagnóstico fue realizado en un 59,7% de la muestra durante el primer mes, en un 25,1% durante los primeros 3 meses, y un 3,8% después de los 3 meses.

Las personas con cáncer de mama que arriendan sus viviendas tenían 2,18 (modelo crudo) veces más chance de percibir retrasos en comparación a las personas propietarias de vivienda. Personas del sistema público tenían 2,75 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento en comparación a las personas del sistema privado.

Evaluación de la calidad de la atención y satisfacción general

La **evaluación de la calidad** de la atención fue asociada significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento. De forma específica, el 3,4% de la muestra calificó la atención como baja (entre nota 0 y 3), un 17,6% la calificó como media (nota entre 4 y 7), y un 78,9% la calificó como alta (entre 8 y 10). Las variables asociadas significativamente a la evaluación de la calidad fueron la educación y sistema de salud. La **evaluación de satisfacción general** de la atención también fue asociada significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento. De forma específica, el 3% de la muestra calificó la satisfacción como baja (entre nota 0 y 3), un 20,5% la calificó como media (nota entre 4 y 7), y un 76,4% la calificó como alta (entre 8 y 10). Para la evaluación de la satisfacción ninguna variable fue significativa.

La evaluación de la calidad y la evaluación de satisfacción general de la atención reportada por personas con cáncer de mama fueron asociada significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento. A mayor retraso, menor percepción de calidad y de satisfacción general. *La demora en días a lo largo del proceso*

Los **tiempos de la trayectoria terapéutica** de pacientes con cáncer de mama fueron de 82,4 días promedio entre la detección del signo, síntoma o cambio mamario (SSM) y la toma de la hora de la primera consulta, 107,2 días promedio entre la detección del primer signo o síntoma y la primera consulta, 85,1 días promedio entre la primera consulta y el diagnóstico

del cáncer de mama, y 62,2 días promedio entre el diagnóstico de cáncer de mama e inicio del tratamiento.

Para las variables socioeconómicas, el nivel educacional presentó diferencias estadísticamente significativas en el tiempo transcurrido entre el signo, síntoma o cambio mamario y la primera consulta; y entre el diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento.

La situación de tenencia de la vivienda presentó diferencias significativas en el caso del tiempo entre el diagnóstico del cáncer de mama y el tratamiento. Respecto al ingreso líquido mensual, la cantidad de días entre el diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento; y entre el signo, síntoma o cambio mamario y la primera consulta se correlacionaron de manera estadísticamente significativa (rho Spearman: -0,334, y rho Spearman: -0,148, respectivamente).

El sistema de salud fue significativo para los días transcurridos entre la detección del SSM y la primera consulta y los días entre el diagnóstico del cáncer de mama y el inicio del tratamiento.

La demora en la trayectoria terapéutica para personas con cáncer de mama, de acuerdo con el reporte de los participantes del estudio, se relaciona con el tipo de previsión de salud (el público con más demora que el privado), el nivel educacional (el menor nivel educacional con más demora), el ingreso del hogar (a menor ingreso mayor demora) y el tipo de tenencia de la vivienda (arrendatarios con mayor demora que dueños de sus viviendas).

2. Cáncer de pulmón

La muestra de pacientes con cáncer de pulmón se caracterizó por tener un 65% de mujeres y un 35% de hombres, promedio de edad de 65,9 años con una mediana de 65,5 años. La muestra tenía personas de las 12 regiones del país y un 70% residía en la macrozona central. Sobre el estado civil, el 58,3% estaba casado o convivía con pareja. Las características socioeconómicas de la muestra fueron que un 51,7% tenía educación técnica o superior, una mediana de ingresos de \$420.000 mil pesos y el 71,7% tenía vivienda propia. La caracterización del sistema de salud fue de un 73,3% de las personas pertenecían al sistema público (FONASA y FF.AA.) y un 21,7% al sistema privado.

Percepción de retraso en la primera consulta

La primera consulta fue realizada el mismo día de la detección del signo, síntoma o hallazgo secundario en el 6,7% de la muestra, el 61,7% de la muestra realizó la primera consulta dentro del primer mes, y el 41,6% restante luego del primer mes y en algunos casos fue después de un año.

Sobre la **percepción de retraso en la primera consulta**, el 30% refirió haber percibido retraso en la primera consulta, quienes en un 77,78% indicaron que el motivo de su retraso fue por el sistema de salud y un 22% por motivos personales.

No hubo asociación significativa entre el retraso y variables demográficas, socioeconómicas y de tipo de sistema de salud. Para los modelos de regresión logística, el nivel de educación y la tenencia de vivienda fueron variables significativas, sin embargo, presentan intervalos de confianza que superan las 400 unidades. De forma específica, para el modelo ajustado, las personas con nivel educacional básico tenían 28,9 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas profesionales, y las personas con educación media tenían 2,28 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas con educación superior. Sobre la tenencia de vivienda, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 22 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que tenían vivienda propia. Las otras variables fueron no significativas (modelo ajustado).

Sobre la percepción de retraso en la primera consulta en personas con cáncer de pulmón, el 30% refirió haber percibido retraso en la primera consulta, quienes en un 77,78% indicaron que el motivo de su retraso fue por el sistema de salud y un 22% por motivos personales.

Percepción de retraso en el diagnóstico

El **diagnóstico** fue logrado en el 43,3% de la muestra durante el primer mes luego de la detección del primer signo o síntoma, el 55% restante posterior al mes.

Para el **retraso en el diagnóstico**, el 35% refirió haber percibido retraso en el diagnóstico quienes en un 85,71% refirió motivos del sistema de salud y un 14,29% motivos personales. No hubo asociación significativa para variables demográficas.

Para las variables socioeconómicas hubo asociación significativa con el tipo de tenencia de vivienda reportando mayor retraso en quienes arrendaban, similar a otros resultados. Las otras variables socioeconómicas y de tipo de sistema de salud fueron no significativas.

Para los modelos de regresión logística, ninguna variable fue significativas.

El 35% de los participantes con cáncer de pulmón refirió haber percibido retraso en el diagnóstico quienes en un 85,71% refirió motivos del sistema de salud y un 14,29% motivos personales.

Percepción de retraso en el inicio de tratamiento

El **inicio del tratamiento** después del diagnóstico fue realizado en un 45% de la muestra durante el primer mes y el 34,9% después del primer mes. 7 personas indicaron que aún no comenzaban su tratamiento y 2 no tenían indicación de tratamiento.

Sobre el **retraso al inicio del tratamiento** por cáncer de pulmón, el 31,67% del total de muestra afirmó haber tenido un retraso en el inicio del tratamiento del cáncer, quienes en un 84,21% reportaron motivos de retrasos del sistema de salud y un 15,79% por circunstancias personales. No hubo asociación significativa para variables demográficas o socioeconómicas.

El sistema de salud tuvo una asociación significativa con el retraso en el inicio del tratamiento, siendo un 44,7% de las personas del sistema público que percibieron retraso en comparación a un 8,3% en el sistema privado. Para los modelos de regresión logística, ninguna variable fue significativa.

El 31,67% del total de participantes con cáncer de pulmón afirmó haber tenido un retraso en el inicio del tratamiento del cáncer pulmonar, quienes en un 84,21% reportaron motivos de retrasos del sistema de salud y un 15,79% por circunstancias personales.

Evaluación de la calidad de la atención y satisfacción general

La **evaluación de la calidad** de la atención fue asociada significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento. De forma específica, el 8,7% de la muestra calificó la atención como baja (entre nota 0 y 3), un 6,5% la calificó como media (nota entre 4 y 7), y un 84,8% la calificó como alta (entre 8 y 10).

La **evaluación de satisfacción** general de la atención también fue asociada significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento. De forma específica, el 11,76% de la muestra calificó la satisfacción como baja (entre nota 0 y 3), un 7,84% la calificó como media (nota entre 4 y 7), y un 80,39% la calificó como alta (entre 8 y 10).

La evaluación de la calidad y la evaluación de satisfacción general de la atención reportada por personas con cáncer de pulmón fueron asociada significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento para personas con cáncer pulmonar. A mayor retraso, menor percepción de calidad y de satisfacción general.

La demora en días a lo largo del proceso

Los **tiempos de la trayectoria terapéutica** de pacientes con cáncer de pulmón fueron de 207,7 días promedio entre la detección del signo, síntoma o hallazgo secundario y la toma de la hora de la primera consulta, 234 días promedio entre la detección del primer signo o síntoma y la primera consulta, 102,1 días promedio entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de pulmón, y 268,1 días promedio entre el diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento.

No hubo diferencias significativas en el número de días de entre detección del primer signo o síntoma y tomar hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento por estado civil, macrozona de residencia, nacionalidad, pertenencia a pueblos originarios, edad, nivel educacional, percepción financiera y sistema de salud.

CONCLUSIONES GENERALES

El cáncer de mama y de pulmón son un problema sociosanitario de importancia mundial y nacional, debido a sus altas incidencias, muertes asociadas y el impacto que tiene en distintas dimensiones de las personas, tanto a nivel biológico, como psicológico y social, generando un impacto negativo en la calidad de vida de quienes viven estos diagnósticos.

Este reporte cuantitativo tuvo como fin analizar las brechas existentes en diversas trayectorias terapéuticas de pacientes adultos con cáncer de mama y pulmón en Chile, según condiciones socioeconómicas y de tipo de sistema de salud, de acuerdo con pacientes y equipos tratantes de patologías priorizadas para este estudio.

Este análisis da cuenta de importantes brechas en la atención a personas con cáncer de mama y pulmón en Chile, afectando de manera desigual y negativa a quienes lo viven desde el sistema público de salud comparado con el privado y a quienes viven en desventaja socioeconómica, medido a través de indicadores de nivel educacional, ingreso del hogar, tipo de tenencia de la vivienda y capacidad de llegar a fin de mes con el ingreso que se percibe. Estas diferencias, desde una perspectiva de justicia social, son inequidades urgentes de reparar, prevenibles y de base estructural de la construcción de nuestro sistema de salud. También nos habla de oportunidades de mejora necesarias en la experiencia de calidad de la atención y de satisfacción global con la atención recibida a lo largo del proceso de trayectoria terapéutica. Los tiempos de demora, de acuerdo con este estudio, fueron sustancialmente más largos en personas del sistema público y de menor nivel socioeconómico y a mayor tiempo de demora menor fue la calidad de la atención y la satisfacción global de la atención reportada.

Los principales resultados de este estudio dan cuenta de que es necesario investigar sobre las trayectorias terapéuticas por tipos de cáncer y su asociación con variables demográficas,

socioeconómicas y de salud debido a la evidencia demostrada en este estudio sobre los distintos intervalos de la trayectoria y el comportamiento de estas variables.

Esto refuerza la importancia de los objetivos de atención integral presentes en el plan nacional del cáncer, atención que aún no se visualiza en las trayectorias de todos los pacientes del país, siendo un tema relevante a mejorar. Conocer en profundidad las trayectorias de los pacientes con cáncer de mama y pulmón en Chile; las barreras, facilitadores y cuellos de botella asociados al proceso de atención; las necesidades de los pacientes en estas trayectorias, y la evaluación de la experiencia y de la calidad de la atención por parte de los pacientes revela un conocimiento único para nuestro país y el mundo, el que puede ser de utilidad para mejorar el proceso de atención, disminuir brechas en el sistema y mejorar la calidad de la atención; permitiendo a los tomadores de decisiones contar con mayor información.

Si bien ambos cánceres pueden ser muy distintos, el impacto que tienen en la calidad de vida de las personas es similar, dificultando la realización de actividades básicas de la vida diaria, la autoestima, la realización personal, el trabajo y las actividades sociales, entre otras. Este deterioro de la calidad de vida en el caso del cáncer pulmonar no tiene apoyos formales en el sistema de salud, es permanente, y puede ir progresando a un mayor deterioro o disminuir este, dependiendo de las características del diagnóstico y tratamientos relacionados. En el caso del cáncer de mama, existen algunas estrategias por parte del sistema de salud y algunas instituciones para disminuir el deterioro en la calidad de vida, pero su impacto depende de las características de la paciente y de las características del diagnóstico.

Durante ambas trayectorias, tanto la de pacientes con cáncer de mama y de pulmón, los y las pacientes se ven expuestos a tomar decisiones, algunas de forma muy rápida, por lo que las estrategias de comunicación por parte del equipo de salud y el acompañamiento del paciente por parte de un familiar o persona significativa son claves para este proceso.

Este estudio de manera general permitió construir las trayectorias terapéuticas de pacientes con cáncer de mama y pulmón en Chile, del sistema público y privado, identificando puntos críticos de demora para cada trayectoria las que pueden ser consideradas oportunidades de mejora. La información presentada en este informe específico de análisis de información cuantitativa permite una mejor comprensión del funcionamiento del sistema de salud frente al cáncer de mama y pulmón, a través del primer análisis de este tipo de brechas existentes en diversas trayectorias terapéuticas de pacientes adultos con cáncer de mama y pulmón en Chile.