



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**“BRECHAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN
EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DURANTE EL AÑO 2019”**

Tesis para optar el grado académico de:

MAESTRO EN ALTA GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Presentado por:

Reina Isabel Bustamante Coronado (0000-0002-9134-994X)

Asesor:

Ricardo Aurelio Carreño Escobedo (0000-0003-3707-2764)

Lima – Perú

2022

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 31 de marzo de 2022.

Los integrantes del Jurado de tesis:

| | |
|---|--------------------------|
| Presidente: Mg. Daniel Angel Angulo Poblete | <input type="checkbox"/> |
| Miembro: Mg. Paul Fernando Cuellar Villanueva | |
| Miembro: Mg. Carlos Arturo Castaneda Altamirano | |

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

"BRECHAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL AÑO 2019"

Presentada por la estudiante

REINA ISABEL BUSTAMANTE CORONADO

Para optar por el grado de MAESTRA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Asesorados por: Dr. Ricardo Aurelio Carreño Escobedo

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño de la estudiante de POSGRADO de la carrera Medicina Humana en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple () calificar a:

| | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Tesis: REINA ISABEL BUSTAMANTE CORONADO | | | Nota (en letras): dieciséis (16) |
| Aprobado (x) | Aprobado - Muy buena (x) | Aprobado - Sobresaliente () | Desaprobado () |

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



Mg. Daniel Angel Angulo Poblete
Presidente del Jurado



Dr. Ricardo Aurelio Carreño Escobedo
Asesor



Mg. Paul Fernando Cuellar Villanueva
Miembro 1



Mg. Carlos Arturo Castaneda Altamirano
Miembro 2

DEDICATORIA

A MIS QUERIDOS HIJOS AUGUSTO E ISABEL

AGRADECIMIENTO

**MI ESPECIAL AGRADECIMIENTO A TODO EL
PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA,
A MIS MAESTROS, A LOS PACIENTES**

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| Dedicatoria..... | 2 |
| Agradecimiento..... | 3 |
| INDICE GENERAL..... | 4 |
| | |
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| | |
| CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 14 |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 14 |
| 1.2 Justificación..... | 22 |
| 1.3 Limitaciones del studio..... | 23 |
| 1.4 Factibilidad..... | 23 |
| 1.5 Viabilidad de la investigación..... | 23 |
| 1.6 Utilidad..... | 24 |
| | |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO..... | 25 |
| 2.1 El derecho a la atención de salud en el Perú..... | 25 |
| 2.2 Acceso en Salud..... | 28 |
| 2.3 Brecha en la atención de salud..... | 29 |
| 2.3.1 Factores predisponentes..... | 30 |
| 2.3.2 Factores habilitantes..... | 30 |
| 2.3.3 Factores necesarios..... | 30 |

| | |
|---|-----|
| 2.3.4 Antecedentes..... | 31 |
| CAPITULO III: OBJETIVOS..... | 31 |
| 3.1 Objetivo general..... | 31 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 31 |
| CAPITULO III: METODOLOGÍA..... | 40 |
| 4.1 Tipo de investigación..... | 40 |
| 4.2 Diseño de investigación..... | 40 |
| 4.3 Poblacion y muestra..... | 40 |
| 4.4 Selección de la muestra..... | 41 |
| 4.4.1 Criterios de inclusion..... | 41 |
| 4.4.2 Criterios de exclusion..... | 41 |
| 4.5 Definiciones operacionales de variables..... | 42 |
| 4.6 Método, técnica e instrumento de recolección..... | 43 |
| 4.7 Procesamiento y plan de análisis..... | 43 |
| 4.8 Plan de análisis..... | 43 |
| 4.9 Aspectos éticos..... | 44 |
| CAPITULO IV: RESULTADOS..... | 45 |
| CAPITULO V: DISCUSIÓN..... | 107 |
| CONCLUSIONES..... | 118 |
| RECOMENDACIONES..... | 119 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 120 |
| ABREVIATURAS | 126 |
| ANEXOS..... | 127 |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 128 |

| | |
|------------------------------|-----|
| INSTRUMENTO DE ENCUESTA..... | 129 |
| Índice de gráficos | 144 |
| Índice de tablas..... | 145 |

RESUMEN

Objetivos: Determinar las brechas de acceso al tratamiento oncológico en un Hospital de Perú en el año 2019, por factores predisponentes, habilitantes y necesarios. **Método:** estudio observacional, descriptivo, transversal con 185 pacientes con diagnóstico de cáncer que se atendieron en el departamento de oncología del Hospital María Auxiliadora entre marzo y diciembre 2019, aplicando una encuesta aleatoria. **Resultados:** Los factores predisponentes que significan brecha para el acceso de atención oncológica en el hospital fueron principalmente: escolaridad primaria o ninguna (p:0.000), pertenecer al sexo femenino (p: 0.043), tener miedo al diagnóstico de cáncer (p: 0.000), tener vergüenza a mostrar el cuerpo (p:0.003), tener miedo a las intervenciones (p:0.043) y ser mayor de 65 años (p:0.00), tener sentimientos de impotencia (p:0.00). Dentro de los factores habilitantes como brecha de acceso los siguientes indicadores: no tener trabajo (p: 0.011), pagó por exámenes en forma particular (p: 0.035), dejar de trabajar (p: 0.039), pagó por medicamentos en forma particular (p: 0.000) , recurrir al préstamo (p: 0.009), venta de bienes o realizar dos o mas actividades para financiar tratamiento, gasto en salud entre 501-1000 soles en salud (p: 0.048). De los factores necesarios: tener anemia moderada a severa o haber requerido más de un tratamiento en combinación. **Conclusiones:** existe una brecha para la atención oncológica como aquellas concernientes al propio individuo (miedo al diagnóstico y tratamiento oncológico) ; los administrativos y de organización (infraestructura y equipamiento , pago por medicamentos) y relacionado a la enfermedad como anemia severa.

- Palabras clave: Atención oncológica, brecha de acceso a salud

ABSTRACT

Objectives: To determine the gaps in access to cancer treatment in a Hospital in Peru in 2019, due to predisposing, enabling and necessary factors. Method: observational, descriptive, cross-sectional study with 185 patients diagnosed with cancer who were treated at the oncology department of the Hospital María Auxiliadora between March and December 2019, applying a random survey. Results: The predisposing factors that signify a gap for access to oncology care at the hospital were mainly: primary education or none (p: 0.000), being female (p: 0.043), being afraid of being diagnosed with cancer (p : 0.000), being ashamed to show the body (p:0.003), being afraid of interventions (p:0.043) and being over 65 years old (p:0.00), having feelings of helplessness (p:0.00). Within the enabling factors as an access gap, the following indicators: not having a job (p: 0.011), paid for exams in a private way (p: 0.035), stopped working (p: 0.039), paid for medicines in a private way (p: 0.000), resort to a loan (p: 0.009), sale of goods or carry out two or more activities to finance treatment, health expenditure between 501-1000 soles in health (p: 0.048). Of the necessary factors: have moderate to severe anemia or have required more than one treatment in combination. Conclusions: there is a gap for cancer care such as those concerning the individual (fear of cancer diagnosis and treatment); the administrative and organizational (infrastructure and equipment, payment for medicines) and related to the disease such as severe anemia.

- Keywords: Cancer care, health access gap

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Globocan reportó en el 2012, 14,1 millones de personas con diagnóstico de neoplasia maligna nuevos. 8,2 millones murieron a causa de esta enfermedad y 32,6 millones se encuentran conviviendo con cáncer. El 57% de los casos nuevos, el 65% de los que mueren y el 48% de los supervivientes con esta enfermedad ocurrieron en los países de condición económica menos favorecidas. (1)

En cuanto a la región de las Américas, para el año 2012 se reportó 2,8 millones de pacientes diagnosticados con cáncer nuevos y 1,3 millones murieron por esta causa, y la proyección para el año 2030 es que se incrementará a 2,1 millones las muertes, siendo el cáncer de cuello uterino el que triplicará en América Latina y el Caribe en comparación con Norteamérica. El perfil de mortalidad por neoplasia maligna nos muestra que la mayor parte de las muertes ocurrirán por neoplasia maligna de pulmón, próstata y colon-recto en varones y en las mujeres será pulmón, mama y colon-recto. (2)

De las 528 000 mujeres diagnosticadas de neoplasia maligna, 266 000 murieron por esta enfermedad, donde aproximadamente el 90% ocurrieron en países de América Latina, caracterizados por tener una economía de mediano y bajos ingresos, con la consiguiente limitación de acceso al proceso diagnóstico y tratamiento, ocasionando desmedro en su posibilidad de

curación o prolongación de la vida, en el año 2012. (3)

En buen número de los países de Latino América, se caracterizan por presentar dificultad en la disponibilidad de medicinas oncológicas de última generación y de tratamientos innovadores para luchar contra las neoplasias malignas, donde continuamente se observan grandes avances tecnológicos, sobre todo en radioterapia y el uso de terapia con agentes biológicos que actúan a nivel inmunológico, modulándolo en diferentes puntos del mecanismo de la carcinogénesis. Chile es uno de los pocos países latinos donde hay posibilidad de disponer de fármacos de última generación en terapia efectiva contra el cáncer de pulmón. Cuando se evalúa la situación de los equipos de radioterapia, podemos concluir que también hay muy poca disponibilidad.

Chile y Uruguay son los países latinos que tienen equipos de radioterapia suficientes para dar cobertura a los pacientes que requieren este tratamiento. Hay carencia de equipos de radioterapia como aceleradores lineales de última generación en los hospitales públicos de los países de América latina. Y el problema se agrava cuando los equipos se concentran en las capitales de región o grandes ciudades y en instituciones privadas. (3)

Según la recomendación de la OMS por cada 250 000 habitantes debería existir un equipo de acelerador lineal para dar respuesta al requerimiento de tratamiento radioterapéutico en la población, obviamente el equipamiento debe contar con la infraestructura y el recurso humano especializado para brindar el servicio, recomendación que está muy distante de poder cumplirse.

En nuestro país según la información publicada por el Dirección General de

Epidemiología (MINSA) en base al registro de base hospitalaria 2013, se reportó 3163 casos de cáncer de cuello uterino nuevos, ocupando el primer lugar en incidencia en mujeres a nivel nacional. (4) Según el registro de Lima Metropolitana, de base poblacional, para el periodo 2010-2012, se registraron 3163 mujeres, cuya tasa de incidencia corresponde a 21,6 x 100 000 y una Tasa de mortalidad de 8 x 100 000 mujeres. (5)

Para el cáncer de mama, en el mismo periodo, ocurrieron 6030 nuevos casos con este diagnóstico, habiéndose presentado 21 casos en hombres. La tasa de incidencia fue 40,9 casos por 100,000 y una tasa de mortalidad 10,7 por 100.000 mujeres. (5) Debemos reconocer que la mortalidad en los países desarrollados es mucho menor tanto para el cáncer de mama como de cuello uterino, por lo tanto, la supervivencia también es mejor. En Estados Unidos la mortalidad del cáncer de mama se encuentra en 4 por 100 000 habitantes, a diferencia de nuestro país que está en 10,7 por 100 000.

Cuando evaluamos los factores que influyen en estos mejores indicadores, encontramos que la disponibilidad de servicios tanto en lo estructural como infraestructura, equipamiento, recurso humano, así como en lo administrativo, donde es muy importante la disponibilidad de flujos de diagnóstico y tratamiento del paciente que se encuentra con la enfermedad, los tiempos de atención entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, es muy importante para lo referente al costo de oportunidad, ligado al costo económico. También tiene gran influencia en la mejor supervivencia, el estadio en que se diagnostica y se trata una neoplasia maligna. Para ello es importante realizar actividades de

promoción como el fomento de ejercicio, consumo de alimentos sanos, consumo de frutas, verduras y prevención primaria como vacunación, así como el diagnóstico temprano. En nuestro país el diagnóstico de la enfermedad oncológica es en estadio tardío, III y IV en el 75% de los pacientes. En la actualidad, los pilares en el tratamiento de los pacientes oncológicos corresponden a cirugía, quimioterapia y radioterapia.

En nuestro país tenemos escasez de recurso humano especializado en general, en cuanto a los especialistas en oncología tenemos un gran déficit, en cirugía oncológica hay 150 profesionales médicos en las diferentes subespecialidades quirúrgicas, quienes se encuentran concentrados en Lima y Callao, de los cuales un gran porcentaje están dedicados a la atención privada; en medicina oncológica hay aproximadamente 137 oncólogos médicos, distribuidos el 38,7% en instituciones pertenecientes al Ministerio de Salud, 35,8% en establecimientos de ESSALUD, 5,1% en las Fuerzas Armadas, 2,2 en la Policía Nacional del Perú (2,2%) y en radio oncología hay 40 a nivel nacional. De estos profesionales, 34 están en establecimientos de Lima y Callao. 10 se encuentran en establecimientos del interior del país (4). De los radio-oncólogos, la mayoría se encuentran en el sector privado, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, hospital Goyeneche de Arequipa y en ESSALUD de La Libertad y Chiclayo.

En noviembre del 2012, en el Perú se promulgó el Decreto Supremo que implementa el Plan Esperanza, “Plan Nacional para la atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los servicios Oncológicos a nivel

nacional". Se desconoce el impacto real en la atención de los pacientes con cáncer, sin embargo, existe la impresión subjetiva de que con su implementación se ha reducido la barrera de acceso a la atención oncológica.

El hospital María Auxiliadora, donde se ha implementado el Plan Esperanza, desde su inicio, cuenta con un departamento de oncología, dedicado al proceso diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo de los tipos de cáncer más frecuentes, brindando atención a 300 pacientes nuevos por año, dentro ellos en cáncer de mama con un promedio de 80 y cáncer de cuello uterino 60 casos nuevos quienes requieren los diferentes tipos de tratamiento especializado. Un problema es el déficit de infraestructura, con ambientes para la prestación del servicio de consulta externa, hospitalización y quimioterapia turgurizados, por lo que no se cumple con las medidas de bioseguridad que se requiere para la atención de los pacientes, por ejemplo los pacientes que están en el proceso de recibir el respectivo tratamiento quirúrgico, están hospitalizados junto con los que tienen que recibir tratamiento oncológico médico o también si es que los pacientes inmunodeprimidos están hospitalizados por la complicaciones, están junto con los quirúrgicos ; no hay un ambiente dedicado exclusivamente para los pacientes con neutropenia quienes deben estar con aislamiento invertido para prevenir que el personal de salud los contaminen, o aquellos que presentan procesos infecciones, quienes deben estar con aislamiento convencional para proteger a nuestro personal y evitar que se contaminen, o evitar la contaminación entre los pacientes porque no se guarda las distancias estándar entre paciente y paciente. Estos pacientes deben recibir manejos especializados y diferenciados.

No hay infraestructura ni equipamiento para el tratamiento de radioterapia, que actualmente se administra como terapia de primera línea para aproximadamente el 60% de todos los pacientes con cáncer recién diagnosticado, generalmente se usa en combinación con quimioterapia (6), correspondiendo este problema como el más crítico en nuestro hospital, porque se tiene que referir al Instituto de Enfermedades Neoplásicas, que a pesar que en distancia física es corta (8 kilómetros), tienen el problema de ser el centro referencial público de cobertura nacional, por lo que se encuentra con turnos de atención copados y los tiempos de inicio de atención está bordeando los 90 días, perdiéndose el beneficio de la oportunidad del tratamiento; o a un servicio de proveedor externo denominado tercero, donde el inicio del tratamiento se puede realizar en 7 días, sin embargo se tiene el problema de parte de las directivas administrativas emitidas por el Sistema integral de Salud, quienes no permite que se utilice al proveedor tercero porque el costo del tratamiento es mayor. Debemos mencionar que la referencia tanto al INEN como al privado lo realiza el medico radio-oncólogo, recurso humano valioso con el que sí contamos en nuestro hospital. Nuestro hospital no tiene la infraestructura física de equipamiento en radioterapia donde se debe considerar los aspectos de la protección radiológica y seguridad que, siendo universales, a menudo este problema se presenta en forma aguda en los países con ingresos medianos y bajos, que estamos en la obligación de superarlos.

Para el caso de la implementación de radioterapia se debe considerar que la falta de recursos financieros, factores ambientales como la provisión deficiente de transporte o de energía eléctrica, infraestructura, regulatoria inadecuada,

tienen que estar previstos adecuadamente. Los esfuerzos para establecer, mejorar o expandir los servicios de radioterapia no solo deben enfocarse en la tecnología apropiada y sostenible, sino también ser conscientes de la necesidad de incorporar la calidad, seguridad y óptima utilización de la tecnología para beneficio de nuestros pacientes con cáncer. Nuestro país lamentablemente, tiene una brecha grande de infraestructura, equipamiento y recurso humano para ofrecer el servicio de radioterapia.(7)

El departamento de oncología presta servicios médicos especializados con los siguientes recursos humanos: ginecología oncológica 3, cirugía oncológica de mama y partes blandas 3, cirugía oncológica abdominal 2 sub-especialistas, medicina oncológica 4 y un especialista en radio-oncología. A pesar de que contamos con estos profesionales existe una brecha que debe cubrirse para poder tener una capacidad de oferta de servicios a una población con una incidencia de cáncer cada vez mayor en el cono sur de Lima.

En cuanto al financiamiento, en nuestro país donde el recurso económico es escaso, es un compromiso ético ser eficiente, es así que con la programación del presupuesto institucional modificado que se realiza al inicio del año fiscal permite la ejecución del programa presupuestal de prevención y control de cáncer en el hospital María Auxiliadora se llega a cubrir los costos de materiales e insumos que requieren los pacientes, quienes son hospitalizados en las 14 camas físicas disponibles para la prestación del servicio y que son insuficientes. Dado a que en el país estamos en un proceso de aseguramiento universal en salud desde el año 2009, cuando fue emitido la ley 29344, con el

objeto de establecer el marco normativo para el acceso y regulación del financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento (8), el financiamiento de las enfermedades oncológicas se encuentran cubiertas por el Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL), que viene a ser la institución que administra los fondos de aseguramiento en salud con cobertura las enfermedades consideradas de costo elevado, donde se encuentran el cáncer de mama y cuello uterino, además de leucemia, linfoma, colon, estomago, próstata, insuficiencia renal crónica y enfermedades raras o huérfanas (9).

La trayectoria hacia la cobertura universal de salud regularmente tiene tres características comunes: el primero es un proceso político impulsado por una variedad de fuentes sociales para crear programas públicos o regulaciones que amplíen el acceso a las atenciones, mejoren la equidad y riesgos financieros en conjunto. El segundo es un crecimiento en los ingresos y un aumento concomitante en los gastos de salud que compra más servicios de salud para más personas. El tercero es un aumento en la proporción del gasto que se agrupa, en lugar de pagar de su propio bolsillo por los hogares. Esta porción a veces se moviliza como impuestos y se canaliza a través de gobiernos que brindan o subsidian la atención, en otros casos se moviliza en forma de contribuciones a esquemas de seguro obligatorio. El predominio del gasto mancomunado debe ser una condición necesaria (aunque no suficiente) para logra cobertura de salud universal (10). Nuestro país se encuentra en la fase activa de la implementación de esta política de aseguramiento universal en salud.

Las instituciones que prestan los servicios de salud (IPRESS) están en la obligación de ofrecer los servicios, en este caso oncológicos, bajo los principios de calidad y oportunidad para lo cual debe de contar con los recursos tecnológicos, de infraestructura, humanos, suministro de insumos, y en general todos los parámetros de operación y entrega de servicios acorde con estándares vigentes(8). Siguiendo estos principios, existe evidencia en estudios de una asociación entre el tiempo de inicio de tratamiento y, hasta cierto punto, el tiempo transcurrido entre la cirugía y el inicio de la radiación en el control local y metástasis a distancia, por lo que es importante contar con el servicio de radioterapia y brindar la mejor oportunidad de tratamiento al paciente oncológico (11) en el departamento de Oncología del Hospital María Auxiliadora. Está bien establecido la eficacia clínica de la radiación ionizante en su capacidad para inducir daño en el ADN para el control tumoral, de ahí la importancia de contar con el servicio de radioterapia (12).

Podemos decir entonces que el departamento de Oncología del Hospital María Auxiliadora tiene una brecha de acceso por el déficit de recursos de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y elementos organizacionales donde debemos considerar los trámites administrativos que permitan brindar un servicio caracterizado por la oportunidad y calidad de la prestación de los servicios oncológicos.

Por eso planteamos el problema siguiente:

¿Cuáles son las brechas de acceso al tratamiento oncológico en los pacientes que se atienden en el hospital María Auxiliadora durante el año 2019?

1.2 Justificación

El cáncer, siendo un problema de salud pública de carácter global, está ocasionando estragos en la sociedad, por ser una enfermedad catastrófica que mella la salud familiar, porque tiene una alta incidencia y mortalidad, por eso su estudio en todas sus dimensiones está en la agenda política y de investigación universitaria.

Este estudio evaluará las brechas de acceso al tratamiento oncológico en los pacientes que se atiende en el departamento de Oncología del hospital María Auxiliadora durante el año 2018, con lo que se podría contribuir a determinar la problemática en los procesos de diagnóstico y tratamiento en el hospital y proponer proyectos de inversión que intenten resolver dichas brechas.

1.3 Limitaciones del estudio

El presente estudio, siendo mixto cualitativo y cuantitativo, descriptivo y transversal tiene la limitación de no poder establecer relaciones causales entre la variable brecha de acceso donde se estudia los factores predisponentes, factores habilitantes y factores necesarios en la atención oncológica en el hospital María Auxiliadora, sin embargo permite identificar características de estos fenómenos desde el punto de vista de la percepción del individuo o paciente quien padece el problema de la atención sanitaria por lo que no invalida los resultados, ya que siendo un estudio exploratorio, los resultados servirán de base para plantear nuevos estudios que puedan establecer

asociaciones.

1.4 Factibilidad:

El presente trabajo de investigación ha sido factible de realizarse porque no ha sido costoso y se han obtenido todos los datos necesarios para el análisis que corresponde.

1.5 Viabilidad de la investigación

La presente investigación ha sido viable porque hubo sostenibilidad en el tiempo de duración del estudio, los resultados han permitido tener un listado de brechas al acceso del tratamiento oncológico en el departamento de Oncología del Hospital María auxiliadora.

El trabajo buscó investigar las brechas de acceso en el tratamiento en los pacientes con diagnóstico de cáncer en el hospital María Auxiliadora

1.6 Utilidad

Los resultados de esta investigación se presentarán a los directivos del hospital para que tengan conocimientos de las brechas de acceso de nuestros pacientes con diagnóstico de cáncer, con los que se puede plantear posibles soluciones para mejorar la oferta de servicios que brinda el hospital María Auxiliadora. Con estas mejoras de las brechas de acceso el gran beneficiado será la población que acude al hospital, en busca de una atención.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 EL Derecho a la Atención de salud en Perú

Nuestra constitución Política, vela por la salud del poblador peruano, refiriendo que todo individuo tiene derecho a la protección de la salud individual, del entorno familiar y de la comunidad, y que el estado tiene el deber de contribuir a su promoción y defensa. En el artículo 9 suscribe que el estado determina la política nacional de salud por lo que el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector por parte del ejecutivo es el obligado a normar y supervisar la aplicación de estas políticas, para lo cual debe diseñar y conducir las de tal forma que involucre a la familia y comunidad, favoreciendo un entorno saludable a la persona, así como el deber de contribuir de promoverla y defenderla. Y en su artículo 9, suscribe, también, que el estado determina la política nacional de salud, siendo el ejecutivo el que norma y supervisa su aplicación en forma descentralizada, pluralista, de tal manera que facilite a todos los individuos un servicio de salud equitativo, donde se permita el acceso a la salud de los menos favorecidos (13)(14).

Dado a que nuestro sistema sanitario, es segmentado porque coexisten diferentes subsistemas con modalidades diferentes de financiamiento, afiliación y provisión de servicios (MINSA, ESSALUD, fuerzas armadas y policiales, sector privado), se orienta a diferentes población objetivo donde

interesa el nivel de ingreso económico, capacidad de pago y posición social, provocando inequidad en la atención; y es fragmentado porque dentro de cada sub-sistema no hay capacidad de trabajar articuladamente en redes de servicios coordinados, cuyo trabajo sea sinérgico, por el contrario muchas veces hay competencia o desconocimiento de los establecimientos del mismo subsistema, generando ineficiencia en la asignación y ejecución de los recursos, limitando la calidad de atención y elevando los costos de la atención en salud. Por todo ello podemos concluir que hay una débil capacidad rectora de nuestra autoridad sanitaria, a pesar que por mandato constitucional, son parte del aparato ejecutivo y por consiguiente deberían ser los encargados de velar por el acceso de todo poblador peruano a un sistema de salud que debiera ser equitativo y a nivel nacional (15).

La Ley General de Salud N°26842, en sus artículos VI, VII; VIII, señalan que la provisión de un servicio de salud es de interés público, por lo que las acciones deben realizarse para garantizar una adecuada cobertura de la prestación del servicio de salud, bajo los principios de equidad, seguridad, oportunidad y calidad. Es también una obligación del estado promover el aseguramiento universal progresivo, para proteger las contingencias económicas que puedan afectar la salud, así como debería asegurar el financiamiento preferente de las acciones a realizarse en cáncer por ser problema de salud pública, y debe recibir el subsidio total o parcial la atención médica a las pobladores menos favorecidos o carentes de recursos, que no cuenten con algún otro régimen prestacional de salud, ya sea público o privado (16).

Tenemos una ley marco de aseguramiento en salud N° 29344, donde se menciona que para lograr el aseguramiento universal, permitiendo a que cada

individuo tenga el derecho a recibir un paquete de servicios en salud que incluya la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación deben ser en “condiciones de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad”. Para ello debemos seguir un proceso que trabaja sobre la base de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Los principios mencionados en el artículo 4, corresponden al de Universalidad, siendo la salud un derecho fundamental para todo individuo, y su protección un deber del estado que se debe cumplir en todas y cada una de las etapas de su vida. La Solidaridad implica mecanismos de compensación para atender a los menos favorecidos con el financiamiento de los contribuyentes y del Estado; la característica de unidad, integralidad, equidad, irreversibilidad y participativo, también debemos tenerlo en cuenta (8).

De la ley Marco de aseguramiento universal en salud N° 29344 (17), que regula a aquellas enfermedades consideradas de alto costo, que estén fuera del PEAS, como el cáncer, son financiadas bajo el régimen subsidiado y semi- contributivo del Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL). La creación del FISSAL se dio con la Ley N° 27656, estableciéndose como una persona jurídica de derecho privado, adscrita al Ministerio de Salud, cuyo fin es lograr el acceso a la prestación de salud de los menos favorecidos, complementando el financiamiento del Sistema Integrado de Salud. A partir del 2011 el FISSAL se convierte en la unidad ejecutora 002 del pliego SIS.

El 20 de abril de 2012 se promulga la Resolución Ministerial N°319-2012/MINSA, con la que se autoriza iniciar las actividades de esta institución, y con la Resolución Ministerial N°325-2012/MINSA se aprobó el listado de las Enfermedades de Alto Costo de Atención, el cual sería financiado por el FISSAL.

Habiéndose promulgado el DS 009-2012 con el cual se crea el Plan Esperanza, FISSAL financia desde el diagnóstico hasta su tratamiento de los siete 7 tipos de neoplasias malignas consideradas más frecuentes en la población peruana.

- Neoplasia maligna del Cervix.
- Neoplasia maligna de Mama.
- Neoplasia maligna de Colon.
- Neoplasia maligna de Estómago.
- Neoplasia maligna de Próstata.
- Leucemias.
- Linfomas.

El FISSAL también financia la insuficiencia renal crónica y las enfermedades raras y huérfanas (9).

2. 2 Acceso en salud

La capacidad que tiene un grupo de personas o una persona para buscar y obtener una atención médica, es lo que conocemos como acceso en salud (18). Es en la actualidad una preocupación y reto, que todos los sistemas de salud, especialmente en los países de medianos y bajos recursos lo logren y que este acceso llegue con equidad, oportunidad, eficiencia.

Para Dixon-Woods et. Al, el acceso se desarrolla en un modelo conceptual donde se enfatiza la candidatura como la construcción central organizadora, siendo el acceso, altamente dinámico y sujeto a constante negociación, donde hay que buscar la definición de los objetos apropiados para la atención e intervención médica, mientras que, al mismo tiempo los sujetos se dedican a constituir y definir lo que entienden por objetos apropiados de atención médica

e intervención. La candidatura describe cómo la elegibilidad de las personas para la atención médica determinada entre ellos y los servicios de salud. La candidatura es una propiedad continuamente negociada de las personas, sujeta a múltiples influencias que surgen tanto de las personas como de sus contextos sociales y de las influencias a nivel macro sobre la asignación de recursos y la configuración de los servicios. "Acceso" representaría una interacción dinámica entre estos procesos que se dan de manera simultánea, iterativa y que se refuerzan mutuamente (19).

Comes, define la accesibilidad como la manera en que el sistema de salud se acerca a los usuarios o población, lo hace desde un punto de vista de la oferta, por lo que se deberían eliminar las barreras que afronta el cliente en la obtención de una atención médica. Este autor señala que las barreras serían de tipo geográfica, administrativas, económicas y cultural. Sin embargo, el autor también redefine a la barrera cultural como simbólica, porque relaciona el enfoque del individuo o cliente al momento de buscar la atención en el servicio de salud, por lo tanto, para este autor, la accesibilidad viene a ser un encuentro versus un desencuentro entre la población y servicios de salud, porque las prácticas diarias que realiza la población tienen su repercusión en la salud, así como el acercamiento del sistema de salud intervienen al momento de elaborar estrategias para mejorar el acceso. Es decir, debemos entender que la accesibilidad viene a ser una relación entre los sujetos y los servicios de salud, en donde, tanto unos como otros deberían contener la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (20).

2.3 Brechas de la atención en salud

Ronald Andersen, desarrolló el modelo de comportamiento del uso de los servicios de salud como resultado de una gran encuesta nacional sobre éstos en Estados Unidos, de la siguiente forma (21):

2.3.1 Factores predisponentes: son aquellas características individuales como las demográficas donde se incluye edad y sexo como “imperativos biológicos”, educación, ocupación, etnia y relaciones sociales (ejemplo, estado familiar) como factores sociales y las creencias en salud (por ejemplo, actitudes, valores y conocimientos relacionados a la salud y los servicios de salud) como factores mentales. Hay factores contextuales que predisponen a las personas al uso de los servicios de salud donde se incluye la composición demográfica y social de las comunidades, los valores colectivos y organizacionales, las normas culturales y las perspectivas políticas.

2.3.2 Factores habilitantes: son los factores de financiamiento y organización que sirven como condiciones que permiten la utilización de los servicios. Se incluye los factores de financiamiento individuales que implican el ingreso y la riqueza que dispone la persona o la familia y lo que podrán utilizar en el gasto que puede ocasionar la enfermedad al momento de buscar un servicio de salud, por lo que también se debe considerar el precio de la atención médica, así como la condición de tener algún tipo seguro en salud, los requisitos de costo compartido del individuo o copago, que para nuestro caso no aplica porque el seguro integral no tiene copago. Los factores organizativos implican cantidad, variedad, ubicación, estructuras y distribución de las

instalaciones y personal de los servicios de salud. Incluye la densidad de hospitales y médicos, horarios de atención, la supervisión de la calidad de atención, las políticas de salud, medios de transporte, tiempo de viaje y tiempo de espera para la atención médica.

2.3.3 Factores necesarios: dentro de este rubro consideramos las condiciones que tienen relevancia a nivel individual, donde podemos distinguir las necesidades percibidas del servicio de salud es decir como las personas experimentan su salud en general relacionada al estado funcional de su organismo manifestada en síntomas y signos y las necesidades de evaluación por parte de los profesionales con mediciones objetivas lo que se traduce en una necesidad de atención médica. Hay una distinción entre las características de las necesidades ambientales y los indicadores de salud de la población. La necesidad ambiental refleja las condiciones del medio ambiente relacionadas con la salud (por ejemplo, las tasas de lesiones y muertes ocupacionales y por accidentes de tráfico y aquellas relacionadas con el delito). La salud de la población se puede medir mediante índices que incluyen medidas generales las que pueden ser evaluadas a través de la percepción, y aquellas de tipo cuantitativo donde están incluidos los indicadores epidemiológicos de mortalidad, morbilidad y discapacidad (22).

Para Irfan Furqan B., hay brechas ambientales que incluyen deficiencias en la gobernanza, carga por desplazamientos (migración, fuera y dentro del país) y aspectos médico-legales que impactan en el tratamiento y referencias por retrasos. Hay barreras relacionadas con el sistema de salud que incluyen deficiencias en la capacidad (infraestructura, recursos físicos, recursos humanos) y organización y monitoreo inadecuado. También hay barreras relacionadas con los proveedores que incluyen deficiencias en conocimientos

y habilidades, comunicación deficiente y para el caso de Pakistán número reducido de personal de salud del sexo femenino que presten servicios en salud para la atención de las mujeres. Abordar estas brechas requieren un trabajo multidisciplinario y multisectorial (23).

2. 4 Antecedentes

Un estudio cualitativo en Medellín por Restrepo-Zea, et al donde indagó sobre el acceso a la salud, los factores que lo determinan, como se relacionan el proceso en el entorno, cual es la experiencia, que dificultades hay y como se resuelve, así como averiguar sobre la dinámica, dimensionar la complejidad del proceso mediante la consulta por las interacciones que se dieran entre los actores o la visión de la participación de los demás en el proceso de acceso preguntando a los profesionales qué tanto entienden a los pacientes, preguntando a los líderes que tanto conocen de sus deberes y derechos. Se encontró que hay semejanzas y diferencias en lo relacionado a acceso. Las barreras o brechas, así como los facilitadores se atribuyen a factores de oferta y de demanda. Las barreras de acceso se dan en el acceso real, durante el momento de buscar y continuar el tratamiento (18).

Averiguando sobre las barreras que tienen las mujeres con cáncer de mama, desde que presenta la sintomatología hasta el inicio del tratamiento, Gonçalves y col, encontró en un estudio descriptivo, exploratorio, que el 63% de las mujeres encuestadas informaban haber presentado una barrera para su atención, la cual fue en la detección, proceso de diagnóstico y para el inicio de tratamiento. El periodo de tratamiento fue el que presentó más dificultad (39,6%). Durante el periodo de detección, las barreras socioculturales fue lo

que más influyó para acudir a solicitar atención sanitaria, reconociendo las mujeres como responsable de esto. Durante el proceso diagnóstico, el acceso a la consulta especializada y los exámenes de imágenes, encontraron como barreras de organización. Las barreras geográficas, socioculturales y económicas tuvieron menor frecuencia que las de tipo organizativo. Dentro de las barreras organizativas, la lista de espera para programar las citas, pruebas o tratamiento fue la barrera organizativa más frecuente (24).

En una investigación de tipo cualitativo, descriptivo, realizado en las ciudades colombianas de Bogotá, Medellín, Cali, Santa Marta y Valledupar, se llegó a recopilar a 44 mujeres, realizándose entrevistas en grupos focales, quienes fueron apoyadas por seis Organismos No Gubernamentales. Fueron agrupadas en cuatro categorías para evaluar el tipo de barreras: las vinculadas a determinantes de tipo estructural, barreras derivadas de determinantes intermedios, barreras relacionadas a las herramientas utilizadas para abordarlas y una categoría que se refiere a la oportunidad de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Los autores proponen un modelo de barreras que impiden el acceso a la asistencia sanitaria relacionada con el cáncer de mama desde la perspectiva de los determinantes sociales. Según este modelo, la paciente con cáncer de mama enfrenta barreras para acceder a la atención médica, las cuales se encuentran socialmente determinadas y contextualizadas en el aspecto socioeconómico y político, donde las políticas económicas, laborales, nivel educativo, nivel de salud intervienen, de este contexto surge las barreras de nivel socioeconómico donde las mujeres que tienen menos nivel económico se ven afectadas por la menor capacidad de acceder a los servicios

de salud, si tienen un nivel educativo bajo están expuestas a trabajos informales con la consecuente situación de tener un régimen subsidiado, no el régimen contributivo para hacer uso del derecho de ser atendida por los aportes al sistema. Otro problema es la barrera geográfica, que ocasiona que mujeres que se encuentran en el interior o zonas rurales tengan que desplazarse hacia las urbes, en busca de mejores alternativas de tratamiento. Un factor importante de brecha es la concerniente al sistema que muestra algún grado de incapacidad relacionadas con el asegurador, prestador y el plan de beneficios.

(25)

Al revisar sobre causas de brechas de acceso al servicio oncológico, se puede mencionar que las desigualdades sociales cada vez tienen mayor efecto en el cáncer, siendo cada vez más relevantes y deben considerarse en la investigación, y en la implementación de las políticas. La investigación sobre las disparidades del cáncer ha ido más allá de los análisis macroeconómicos que incluyen evaluaciones comparativas del nivel socioeconómico o el ingreso nacional para investigar los múltiples factores determinantes de la desigualdad social, ejemplificados mediante la evaluación de factores demográficos, incluidos el género, la edad, la raza y la etnia y el estado indígena (25).

Debemos seguir evaluando al cáncer desde una perspectiva global, para determinar mejor cómo y por qué los determinantes macroeconómicos afectan en el perfil de la incidencia, mortalidad y supervivencia. Las neoplasias malignas se encuentran actualmente como la principal causas de muerte en muchos países de altos ingresos y se está convirtiendo en un problema de

salud importante en los países de menores recursos. Sin embargo, los países con índices de desarrollo bajo tienen neoplasias malignas que se encuentran relacionadas con infecciones como el cáncer de cuello uterino, y un incremento creciente de aquellos tipos de cáncer como mama, colo-rectal, pulmón que están relacionados a estilos de vida no saludables (26).

En un estudio canadiense, en zona geográfica rural, sobre las disparidades socioeconómicas que influyen en el acceso de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello a los centros de tratamiento del cáncer, se encontró que tanto el nivel socioeconómico como el tiempo de viaje al tratamiento del cáncer se han asociado con la elección del tratamiento y los resultados del paciente. Una mejor comprensión de la relación entre estas dos dimensiones de acceso puede permitir a los expertos en control del cáncer, dirigirse mejor a los pacientes con acceso deficiente, particularmente en comunidades suburbanas y rurales aisladas. Se identificaron asociaciones significativas entre la privación socioeconómica y el acceso espacial al tratamiento, y los quintiles más deprimidos de pacientes experimentaron casi el doble del tiempo de viaje que el quintil menos desfavorecido. Las disparidades más agudas se observaron entre las poblaciones de pacientes más desfavorecidos en las zonas suburbanas y rurales (27).

Un estudio panameño, de tipo observacional, retrospectivo cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre las variables socioeconómicas y variables clínicas con la supervivencia, donde se buscó estimar los costos directos asociados a la atención de Cáncer gástrico. Se observó un mayor riesgo de muerte en

pacientes sin cobertura de seguridad social. La falta de seguridad social se ha relacionado con el diagnóstico tardío y los regímenes de seguro de salud facilitan un mayor acceso al cuidado y servicio médico. Los pacientes sin seguridad social tenían un riesgo dos veces mayor de morir en comparación con aquellos con seguridad social otorgando a los pacientes mayores tiempos de supervivencia. Se menciona que las diferencias culturales se han documentado como factores importantes que influyen en la atención médica en muchos países de América Latina, especialmente en el cáncer, habiéndose demostrado la importancia de un mayor nivel educativo para una mayor supervivencia, por lo que los pacientes de zonas rurales tenían mayor riesgo de morir por cáncer gástrico. Cuando evaluaron los costos directos, estos son variables debido a que hay muy pocos estudios para hacer la correspondiente comparación, sin embargo, es más costoso cuando el diagnóstico es en estadios avanzados (28).

En un estudio donde se evaluó las estrategias para reducir las disparidades de salud al abordar los determinantes sociales, se menciona que, a pesar de las mejoras en la atención médica y la prevención de enfermedades, las disparidades en la salud persisten y pueden estar aumentando en condiciones crónicas como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Siendo los afroamericanos y otras minorías raciales y étnicas económicamente desfavorecidas y poblaciones de todas las razas con bajo nivel socioeconómico, las que experimenta grandes disparidades en la salud. Las condiciones de desarrollo de las personas (lugar donde viven, trabajan, estudian) pueden afectar la salud y producir disparidades. Los determinantes sociales que impactan negativamente en la salud y el bienestar incluyen la

pobreza; falta de acceso a educación o empleo de calidad; vivienda insalubre; trabajo desfavorable y condiciones del vecindario; exposición a la violencia del vecindario; y la agrupación de desventajas en grupos particulares de personas y en lugares específicos incrementan las brechas de acceso a la salud. (29)

Las disparidades en la salud, denominados a veces inequidades en la salud, reviste cada vez mayor atención entre los profesionales médicos y expertos en políticas de salud, que deben expresarse en enfoques renovados de los sistemas de salud como constructos complejos y multifactorial que permitan modalidades de acceso diferencial a la atención médica, a las modalidades de tratamiento para que los diversos grupos raciales y étnicos no se vean afectados en estas disparidades.(30)

La carga del cáncer está aumentando a nivel mundial, lo que ejerce una presión significativa sobre las poblaciones y los sistemas de salud en todos los niveles de ingresos. Los gobiernos del mundo suscribieron un compromiso de invertir en el control del cáncer como una prioridad de salud pública, en mayo del 2017. Aprobaron la Resolución 70.12 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención y el control del cáncer dentro de un enfoque integrado. Es coherente con este compromiso proponer un marco estratégico donde el principio de la cobertura universal garantice el acceso a una atención oncológica óptima para todas las personas porque la salud es un derecho humano básico. Es momento de actuar para reducir las barreras y brindar atención oncológica de la más alta calidad posible a todos, independientemente de las circunstancias, condiciones previas o ubicación geográfica. Sólo así se logrará reducir la carga de cáncer, evitar sufrimientos

innecesarios y salvar tantas vidas como sea posible.(31)

En las últimas décadas en el Perú se viene impulsando la Cobertura Universal de Salud, como una de las principales políticas públicas. Se ha podido evidenciar un incremento de la cobertura del seguro integral de Salud del 19,4% en 2006 al 50,2% en 2015 (Encuesta Nacional de Hogares). Cuando se evalúa la búsqueda de atención por problemas de salud en los establecimientos públicos a nivel de Perú en el 2006 fue 44,9%, en el 2015 esta proporción disminuyó a 31,7%; por lo que se debe valorar otros factores que restringen mejorar el acceso a los servicios de salud como la carencia de una adecuada infraestructura, equipamiento en los servicios de salud, una articulación deficiente entre los establecimientos del primer nivel de atención con los de mayor complejidad para un trabajo de red, tener un recurso humano mal remunerado con poco estímulo en su trabajo, lo que ocasiona una infrautilización del servicio público y un gasto de bolsillo del paciente.(32)

Dentro de la atención que requiere un paciente oncológico, por la larga supervivencia que actualmente se obtiene, gracias a los tratamientos multidisciplinarios centrados en la persona, se debe considerar un trabajo en las esferas de bienestar físico, bienestar mental o emocional, bienestar o apoyo social y bienestar funcional. Muchas veces dentro del comportamiento de por qué tiene cáncer, el paciente considera que la enfermedad es un castigo, desafiar esta creencia como otras que tienen, debe formar parte de las intervenciones terapéuticas.(33) Una intervención que debe incluirse en el manejo de miedos es la denominada intervención mente-cuerpo, donde se incluyen técnicas de relajación, meditación, uso del arte, de tal manera que

puedan manejar la incertidumbre, el estrés del diagnóstico, del tratamiento, la incertidumbre del seguimiento en los supervivientes, lo cual incluye muchas pruebas, muchas citas a los servicios de salud (34).

CAPITULO III: OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar las brechas de acceso al tratamiento oncológico Hospital María Auxiliadora en el año 2019.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Determinar las brechas de acceso al servicio oncológico por factores predisponentes

3.2.2 Determinar las brechas de acceso al servicio oncológico por factores habilitantes

3.2.3 Determinar las brechas de acceso al servicio oncológico por factores necesarios

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo es de tipo descriptivo, cualitativo y cuantitativo, transversal, analítico, prospectivo.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Simultáneo, investigación con datos cuantitativos y cualitativos con análisis cualitativos y cuantitativos.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está formada por un aproximado de 300 pacientes nuevos con diagnóstico de neoplasia maligna, afiliados al Sistema Integral de Salud, que acuden al Departamento de Oncología del Hospital María Auxiliadora en el año 2019

DISEÑO ESTADISTICO

N = Población..... 300 casos

nuevos Z = Valor de un nivel de confianza del 95% 1.96

p = Porcentaje de la población que tiene el atributo..... 50%

q = Porcentaje de la población que no tiene el atributo... 50%

e = Margen del error máximo admitido..... 5%,

Nota: Como no hay una indicación de la población que posee o no el atributo se asume para p = 50% y para q= 50 %

Se hizo uso de la siguiente fórmula para determinar el del tamaño de muestra en una población finita:

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N-1) + Z^2pq}$$

n = 169 casos nuevos

4.4 Selección de la muestra:

Se realizó un muestreo probabilístico al azar, (se le dio a elegir al paciente un papel para anotaciones de 300 contenidas en un sobre cerrado, si el papel para anotaciones tenía escrita la palabra “INCLUIDO” participa en el estudio de lo contrario no participa, para lo cual se invitó a participar a los usuarios hasta completar los 169 casos nuevos, sin embargo en este estudio participaron 16 pacientes adicionales, haciendo un total de 185, quienes cumplieron los criterios de inclusión. Los pacientes fueron ubicados en las salas de espera de los consultorios de Oncología y quimioterapia del Hospital María Auxiliadora entre el 1 de marzo a diciembre del 2019.

4.4.1 Criterios de inclusion:

- Personas que tengan más de 18 años, con diagnóstico histológico de cáncer seleccionados para el estudio y que tengan la competencia para consentir su participación en el estudio.

4.4.2 Criterios de exclusion:

- Personas que tengan una edad mayor de 18 años, con diagnóstico histológico de cáncer no seleccionados para el estudio.
- Menores de 18 años
- Pacientes sin competencia para la firma del consentimiento informado-

Dificultad para comprender y responder la preguntas

4.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES-DIMENSIONES- INDICADOR-ESCALA-

CODIFICACIÓN

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | SUBINDICADOR | ESCALA | CODIFICACIÓN |
|--|------------------------------------|---|--|--|--|
| BRECHA DE ACCESO A SERVICIOS ONCOLÓGICOS | Brecha por Factores Predisponentes | Demográficos | Edad | Ordinal | 1=De 18 a 40 años 2=De 41 a 65 años 3=Mayor de 65 años |
| | | | Sexo | Nominal | 1=Femenino 2=Masculino |
| | | | Ocupación | Nominal | 0=No tiene trabajo 1=Técnico 2=Profesional 3=No profesional |
| | | | Composición familiar | Nominal | 1=Unifamiliar 2=Multifamiliar |
| | | | Escolaridad | Ordinal | 0=Ninguno 1=Primaria incompleta 2=Primaria completa 3=Secundaria incompleta 4=Secundaria completa 5=Técnico o profesional |
| | | | Miedo al diagnóstico | Nominal | 1=Si tiene miedo al diagnóstico 2=No tiene miedo al diagnóstico |
| | | | Miedo a las intervenciones | Nominal | 1=Si tiene miedo a las intervenciones 2=No tiene miedo a las intervenciones |
| | | | Impotencia | Nominal | 1=Si tiene sentimientos de impotencia 2=No tiene sentimientos de impotencia |
| | Vergüenza a mostrar el cuerpo | Nominal | 1=Si tiene vergüenza a mostrar su cuerpo 2=No tiene vergüenza a mostrar su cuerpo | | |
| | Brecha por Factores Habilitantes | Financiamiento | Tiene trabajo | Nominal | 1=Si tiene trabajo 2=No tiene trabajo |
| | | | Ingresos | Ordinal | 1=Menos de 950 Soles 2=De 951 - 1200 Soles 3=De 1201 a 1400 Soles 4=De 1401 a 1600 Soles 5=De 1601 a 1800 Soles |
| | | | Monto de inversión en salud | Ordinal | 1=Menos de 100 Soles 2=De 100 a 500 Soles 3=De 501 a 1000 Soles 4=Más de 1000 Soles |
| | | | Dejó de trabajar | Nominal | 1=Si dejó de trabajar 2=No dejó de trabajar 3=No tenía trabajo |
| | | | Pago por exámenes | Nominal | 1=Si pagó por exámenes 2=No pagó por exámenes |
| | | | Pago por medicamentos | Nominal | 1=Si pagó por medicamentos 2=No pagó por medicamentos |
| | | | Afrontamiento económico por enfermedad | Nominal | 1=Préstamo familiares 2=Ahorros fondos 3=Actividades pro bienes 4=Venta de bienes 5=Dos a más actividades |
| Tiene seguro | | | Nominal | 1=Si tiene seguro 2=No tiene seguro | |
| Tipo de seguro | Nominal | 1=Seguro Integral de Salud (SIS) 2=Seguro Social del Perú (ESSALUD) 3=Seguro privado 9=No tiene seguro | | | |

| | | | | |
|--------------------------------|------------|---|---------|--|
| | | Percepción del espacio físico | Ordinal | 1=Muy bueno 2=Bueno 3=Regular 4=Malo 5=Muy malo |
| | | Percepción del número de camas | Ordinal | 1=Muy bueno 2=Bueno 3=Regular 4=Malo 5=Muy malo |
| | | Percepción del número de consultorios | Ordinal | 1=Muy bueno 2=Bueno 3=Regular 4=Malo 5=Muy malo |
| | | Percepción de la distribución de hospitalización | Ordinal | 1=Muy bueno 2=Bueno 3=Regular 4=Malo 5=Muy malo |
| | | Dificultad para conseguir cita en Oncología | Nominal | 1=Si es difícil conseguir cita oncológica 2=No es difícil conseguir cita oncológica |
| | | Percepción del equipamiento | Ordinal | 1=Muy bueno 2=Bueno 3=Regular 4=Malo 5=Muy malo |
| | | Disposición de exámenes | Nominal | 1=Tomografía 2=Resonancia 3=Ecografía 4=Dos a más |
| | | Dejó de ser atendido por ausencia del médico | Nominal | 1=Si dejó de ser atendido por ausencia del médico 2=No dejó de ser atendido por ausencia del médico |
| | | Tiempo desde el inicio de síntomas hasta ir al establecimiento de salud | Ordinal | 1=Menos de 4 semanas 2=De 4 a 24 semanas 3=Más de 24 semanas |
| | | Establecimiento de salud donde acudió | Nominal | 1=Centro de Salud 2=Hospital María Auxiliadora 3=Otro hospital |
| | | Disponibilidad de medicamentos | Nominal | 1=Si hay disponibilidad de medicamentos 2=No hay disponibilidad de medicamentos |
| | | Entrega de exámenes de laboratorio | Nominal | 1=Si entregan resultados en la fecha 2=No entregan resultados en la fecha |
| | | Entrega de exámenes de imágenes | Nominal | 1=Si entregan resultados en la fecha 2=No entregan resultados en la fecha |
| | | Se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital | Nominal | 1=Si se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital 2=No se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital |
| | | Tiempo que ha demorado en otras áreas | Ordinal | 1=Menos de 4 semanas 2=De 4 a 24 semanas 3=Mayor de 24 semanas |
| | | Tiempo en asignar cita en Oncología | Ordinal | 1=Menos de 1 semana 2=De 1 a 4 semanas |
| | | Tiempo de espera en el consultorio de oncología | Ordinal | 1=Menos de 30 minutos 2=De 30 a 60 minutos 3=Más de 60 minutos |
| Brecha por Factores Necesarios | Percepción | Percepción del paciente sobre el miedo al cáncer | Ordinal | 1=Muchísimo miedo 2=Mucho miedo 3=Algo de miedo 4=Poco miedo 5=Nada de miedo |
| | | Cómo recibió la información sobre el cáncer | Nominal | 1=Médico 2=Enfermera 3=Técnica de enfermería 4=Medios de comunicación 5=Dos a más alternativas |

| | | | | |
|--|--|---|---------|--|
| | | Percepción sobre la atención de Medicina Oncológica | Ordinal | 1=Muy buena atención 2=Buena atención 3=Regular atención 4=Deficiente atención 5=Pésima atención |
| | | Percepción sobre la atención de Enfermería | Ordinal | 1=Muy buena atención 2=Buena atención 3=Regular atención 4=Deficiente atención 5=Pésima atención |
| | | Percepción sobre la atención Administrativa | Ordinal | 1=Muy buena atención 2=Buena atención 3=Regular atención 4=Deficiente atención 5=Pésima atención |
| | | A qué lugar hubiera acudido si no hubiera Departamento de Oncología | Nominal | 1=Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN) 2=Otros hospitales |
| | | Tipo de tratamiento que recibe | Nominal | 1=Cirugía 2=Quimioterapia 3=Radioterapia 4=Paliativo 5=Más de un tratamiento |
| | | Peso | Ordinal | 1=Menos de 50 kilos 2=Entre 50 a 69 kilos 3=Mayor a 70 kilos |
| | | Talla | Ordinal | 1=Menos de 1.5 metros 2=Entre 1.51 y 1.60 metros 3=Mayor a 1.70 metros |
| | | Hemoglobina | Ordinal | 1=Normal (>11) 2=Leve (9-11) 3=Moderado (7-9) 4=Severa (<7) |

4.6 Método, Técnica e instrumento de recolección

Instrumento de Recolección de la Información (ver anexo)

4.7 Procesamiento y plan de análisis

Para recolectar los datos se capacitó a los encuestadores, quienes aplicaron la encuesta y recolectaron la información. Se realizó la supervisión del trabajo de campo para verificar la toma de los datos registrados en la encuesta. Las encuestas se realizaron entre marzo y diciembre del 2019.

4.8 Plan de análisis

Se ingresó la información en un programa Excel a partir del formulario original y se realizó el análisis de la información en el paquete estadístico SPSS versión 23.

Primero se hizo un análisis descriptivo de las brechas al acceso de los servicios oncológicos por factores habilitantes, predisponentes y necesarios. Las variables en escala de medición cualitativa se describieron con frecuencias absolutas y relativas; asimismo se han ordenado en conglomerados según criterio de jueces expertos para determinar las variables que ocasiona mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico. La relación entre variables categóricas se ha comparado mediante chi cuadrado considerando como valor significativo $p < 0.05$.

Para el análisis inferencial : el valor de Chi cuadrado de Pearson fue calculado utilizando el paquete estadístico SPSS 23, para matrices 2 por 2 (presencia / ausencia de factores limitantes) , se consideró significativo $p < 0.005$.

4.9 Aspectos éticos

El presente estudio no fue de intervención de variables biológicas, psicológicas o fisiológicas, ni sociales. Se empleó métodos de investigación documental. Se mantuvo estricto respeto al derecho de reserva de la confidencialidad, no identificándola. Los pacientes entrevistados firmaron un consentimiento informado, de aceptación, previa a la encuesta.

CAPITULO V: RESULTADOS

Para determinar las brechas de acceso al tratamiento oncológico en el Hospital María Auxiliadora en el año 2019, se recolectó la información brindada por 185 pacientes con diagnóstico histológico de cáncer, asignados aleatoriamente entre los pacientes que concurrieron a las salas de espera del de los consultorios de oncología y quimioterapia del Hospital María Auxiliadora - HMA.

La muestra de 185 pacientes ha sido conformada por 136 mujeres y 49 hombres. En el grupo de mujeres el cáncer de mama ha sido el más frecuente (67 casos), seguido de cánceres ginecológicos (36 casos), cánceres digestivos (20 casos), neoplasias hematológicas (11 casos), cáncer de pulmón (1 caso) y metástasis distante (1 caso). Entre los hombres los cánceres digestivos ocuparon el primer lugar (18 casos), seguido de cánceres urológicos (17 casos), neoplasias hematológicas (6 casos), cáncer de pulmón (6 casos) y cáncer metastásico (2 casos).

Tabla N° 1
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Diagnóstico de cáncer y sexo

| Sexo | Femenino | Masculino | Total |
|--------------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Cáncer de mama | 67 (49%) | - | 67 (36%) |
| Tumores digestivos | 20 (15%) | 18 (37%) | 38 (21%) |
| Cáncer ginecológico | 36 (26%) | 0 | 36 (19%) |
| Tumores urológicos | - | 17 (35%) | 17 (9%) |
| Neoplasias hematológicas | 11 (8%) | 6 (12%) | 17 (9%) |
| Cáncer de pulmón | 1 (1%) | 6 (12%) | 7 (4%) |
| Cáncer metastásico | 1 (1%) | 2 (4%) | 3 (2%) |
| Total | 136 (100%) | 49 (100%) | 185 (100%) |

1. Brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores predisponentes.

La caracterización de los factores predisponentes ha sido realizado a través de la descripción de indicadores demográficos: Edad; Sexo; Escolaridad; Ocupación; Composición familiar; afrontamiento al diagnóstico de cáncer: Mitos, creencias y tabúes en torno al cáncer; Miedo al diagnóstico; Miedo a las intervenciones; Sentimientos de impotencia y Vergüenza a mostrar su cuerpo.

1.1. Edad.

El grupo etario más frecuente estuvo conformado por pacientes con edades desde 41 hasta 65 años, que agruparon al 59% de los pacientes entrevistados. Aquellos con edad superior a 65 años representaron al 21% y, similarmente, las personas de 18 a 40 años representaron el 20%.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo etario con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas mayores de 65 años.

Tabla N° 2
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Edad

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| De 18 a 40 años | 37 | 20% |
| De 41 a 65 años | 109 | 59% |
| Mayor de 65 años | 39 | 21% |
| Total | 185 | 100% |

1.2. Sexo.

Las mujeres han conformado el 74% de las pacientes entrevistadas. Los hombres representaron al 26%.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al sexo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de sexo femenino.

Tabla N° 3
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Sexo

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Femenino | 136 | 74% |
| Masculino | 49 | 26% |
| Total | 185 | 100% |

1.3. Raza.

La raza mestiza ha sido predominante, presentándose en el 94% de los pacientes encuestados. La raza blanca y la raza mulata han sido mucho

menos frecuentes, representado al 5% y 1% respectivamente.

Tabla N° 4
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Raza

| Raza | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Mestiza | 173 | 94% |
| Blanca | 9 | 5% |
| Mulata | 3 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

1.4. Grado de instrucción.

El 6% de los entrevistados no ha tenido estudios, el 16% cursó la primaria en forma incompleta, el 11% llegó a terminar la primaria completa, el 14% alcanzó a estudiar unos años en la secundaria, en forma incompleta, el 35% culminó sus estudios en secundaria y el 18% ha cursado educación técnica o universitaria.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el grado de instrucción con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas cuyo máximo nivel de escolaridad está en haber terminado la primaria.

Tabla N° 5
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Grado de instrucción

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Ninguno | 12 | 6% |
| Primaria incompleta | 29 | 16% |
| Primaria completa | 21 | 11% |
| Secundaria incompleta | 25 | 14% |
| Secundaria completa | 65 | 35% |
| Técnico o profesional | 33 | 18% |
| Total | 185 | 100% |

1.5. Ocupación.

El 56% de los encuestados mantiene una ocupación no necesariamente remunerativa (43% realiza actividades técnicas y 13% actividades profesionales). Por otro lado, el 44% declaró no tener una ocupación.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar la ocupación con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que no desarrollaban ningún tipo de ocupación.

Tabla N° 6
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Ocupación

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| No declara una ocupación | 82 | 44% |
| Técnico | 79 | 43% |
| Profesional | 24 | 13% |
| Total | 185 | 100% |

1.6. Composición familiar.

El 65% de las personas encuestadas declaró que su familia tiene una composición unifamiliar. El 35% restante declaró que su familia tiene una composición multifamiliar.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar la composición familiar con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que provienen de un hogar multifamiliar.

Tabla N° 7
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Composición familiar

| Composición familiar | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Unifamiliar | 120 | 65% |
| Multifamiliar | 65 | 35% |
| Total | 185 | 100% |

1.7. Mitos, creencias y tabúes.

El mito más frecuente con relación al cáncer es que se trata de una enfermedad mortal. El 49% de los entrevistados consideró esta enfermedad como una sentencia de muerte. En segundo lugar (25%) se registró la creencia que el cáncer es una enfermedad provocada por golpes. En tercer lugar (10%) las personas creyeron que el cáncer puede diseminarse si es manipulado. En cuarto lugar (9%) se registró a las personas que compartían más de un mito acerca del cáncer. En quinto lugar (6%) se registró a personas que estaban convencidas que el cáncer fue una enfermedad causada por un “daño”, haciendo referencia a un desequilibrio vital atribuido a una intencionalidad maligna, ya sea causada por un brujo, curandero o enemigo. En último lugar (1%) se registró a personas que creyeron que el cáncer era una enfermedad contagiosa.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el mito con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas tenían la convicción que el cáncer era una enfermedad mortal.

Tabla N° 8
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Mitos, creencias, tabúes

| Mitos, creencias, tabúes | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| El cáncer es mortal | 90 | 49% |
| Es provocado por golpes | 46 | 25% |
| Si tocan el tumor se siembra | 19 | 10% |
| Dos o más mitos | 17 | 9% |
| Causado por un "daño" | 11 | 6% |
| Es contagioso | 2 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

1.8. Actitudes frente al cáncer: miedo al diagnóstico.

El 63% de las personas encuestadas refirieron sentir miedo ante el diagnóstico de cáncer.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar las actitudes frente al cáncer con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas sentían miedo ante el diagnóstico de cáncer.

Tabla N° 9
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Miedo al diagnóstico

| Miedo al diagnóstico | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si tiene miedo al diagnóstico | 117 | 63% |
| No tiene miedo al diagnóstico | 68 | 37% |
| Total | 185 | 100% |

1.9. Actitudes frente al cáncer: miedo a las intervenciones.

El 61% de las personas encuestadas refirieron sentir miedo ante las intervenciones necesarias para el tratamiento del cáncer. El sufrimiento relacionado a las intervenciones necesarias para tratar el cáncer es una barrera que afecta a la mayoría de pacientes entrevistados. Estas intervenciones son percibidas como algo desconocido y atemorizante.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar las actitudes frente al cáncer con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas sentían miedo ante las intervenciones quirúrgicas necesarias para dar tratamiento al cáncer.

Tabla N° 10
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Miedo a las intervenciones

| Miedo a las intervenciones | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si tiene miedo a las intervenciones | 113 | 61% |
| No tiene miedo a las intervenciones | 72 | 39% |
| Total | 185 | 100% |

1.10. Actitudes frente al cáncer: sentimiento de impotencia.

El 63% de las personas encuestadas manifestaron haber experimentado sentimientos de impotencia con respecto a su diagnóstico de cáncer. Lo cual se traduce en un profundo e inconsolable dolor emocional que resulta de no poder remediar la situación en la que se encuentra, ya que esta problemática lo supera.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar las actitudes frente al cáncer con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que presentaron sentimientos de impotencia ante su diagnóstico de cáncer.

Tabla N° 11
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Sentimientos de impotencia

| Impotencia | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si tiene sentimientos de impotencia | 117 | 63% |
| No tiene sentimientos de impotencia | 68 | 37% |
| Total | 185 | 100% |

1.11. Actitudes frente al cáncer: Vergüenza a mostrar su cuerpo.

El 38% de las personas encuestadas manifestaron haber experimentado vergüenza con respecto a mostrar su cuerpo en los exámenes relacionados al diagnóstico o tratamiento del cáncer. Por otro lado, el 62% restante no experimentó sentimientos de vergüenza al mostrar su cuerpo al examinador médico.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar las actitudes frente al cáncer con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas sentían vergüenza de mostrar su cuerpo en los exámenes relacionados al diagnóstico o tratamiento del cáncer.

Tabla N° 12
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores predisponentes: Vergüenza a mostrar el cuerpo

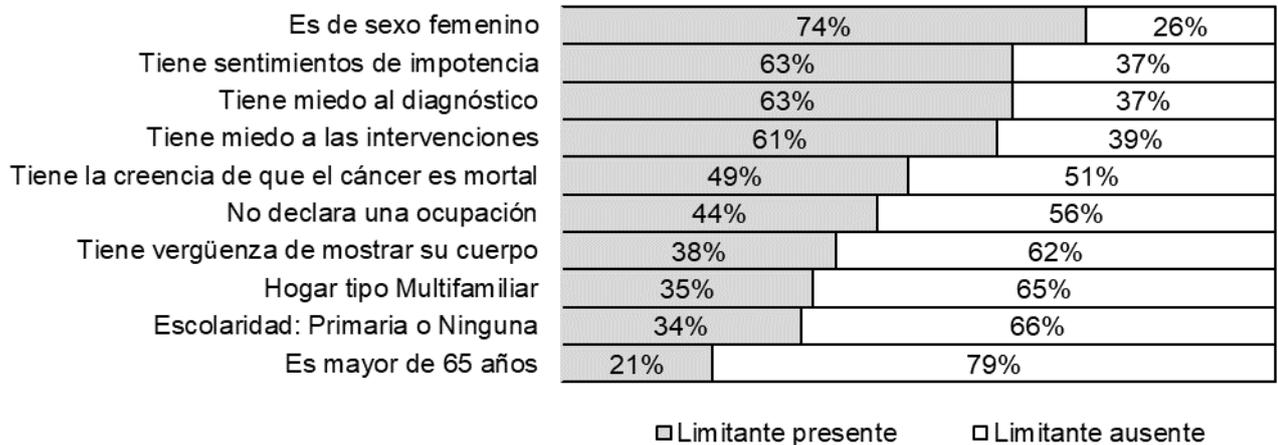
| Vergüenza a mostrar el cuerpo | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| No tiene vergüenza a mostrar su cuerpo | 114 | 62% |
| Si tiene vergüenza a mostrar su cuerpo | 71 | 38% |
| Total | 185 | 100% |

1.12. Proporción de la muestra que presenta brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores predisponentes, asignación según el criterio de jueces.

Las brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores predisponentes demográficos que afectan a más del 50% de los pacientes del Hospital María Auxiliadora para el año 2019 fueron: Ser de sexo femenino, tener sentimientos de impotencia, tener miedo al diagnóstico y tener miedo a las intervenciones.

Gráfico N° 1
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores Predisponentes / Demográficos

Factor: Predisponente - Indicador: Demográfico
Porcentaje de la muestra con limitantes potenciales



2. Brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores habilitantes.

Para caracterizar las brechas al tratamiento oncológico por factores habilitantes se han utilizado dos indicadores: Unos relacionados a la forma en el que el paciente afronta el **financiamiento** del tratamiento de su enfermedad y otros relacionados a la percepción y experiencia que ha tenido el paciente en cuanto a la **capacidad de la organización de dar acceso a su tratamiento.**

Para describir el **financiamiento** de la enfermedad 9 variables fueron utilizadas: Estado laboral, nivel de ingresos, monto de inversión en salud, pérdida de trabajo por enfermedad, obligación de pago por exámenes, obligación de pago por medicamentos, fuentes económicas para el afrontamiento económico de la enfermedad, tenencia de seguro y tipo de seguro.

Para describir la percepción y experiencia del paciente en cuanto a la **capacidad de la organización de dar acceso a su tratamiento** se ha utilizado 17 variables: Percepción del espacio físico, Percepción del número de camas, Percepción del número de consultorios, Percepción de la distribución de hospitalización, Dificultad para conseguir cita en Oncología, Percepción del equipamiento, Disposición de exámenes, Pérdida de atención por ausencia médica, Tiempo desde el inicio de síntomas hasta ir al establecimiento de salud, Establecimiento de salud donde acudió, Disponibilidad de medicamentos, Entrega de exámenes de laboratorio, Entrega de exámenes de imágenes, Exámenes de laboratorio fuera del hospital, Tiempo demorado en otras áreas, Tiempo de asignación de cita en Oncología, y Tiempo de espera en el consultorio de oncología.

Factores habilitantes relacionados al financiamiento.

2.1. Estado laboral.

El 30% de los pacientes entrevistados ha reportado no tener trabajo al momento del diagnóstico. El trabajo realizado representaba su principal fuente de ingresos económicos.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el estado laboral con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas al momento de la entrevista declararon encontrarse sin trabajo.

Tabla N° 13
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Estado laboral

| Tiene trabajo | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Si tiene trabajo | 130 | 70% |
| No tiene trabajo | 55 | 30% |
| Total | 185 | 100% |

2.2. Nivel de ingresos.

El promedio de ingresos fue de 1303 Soles, con una desviación estándar de 159 Soles. El 45% de los encuestados reportó un ingreso mensual de 1201 hasta 1400 Soles.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el nivel de ingresos con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que tenían ingresos iguales o inferiores a 1200 Soles mensuales.

Tabla N° 14
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Nivel de ingresos

| Ingresos | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Menos de 950 Soles | 3 | 2% |
| De 951 - 1200 Soles | 46 | 25% |
| De 1201 a 1400 Soles | 83 | 45% |
| De 1401 a 1600 Soles | 51 | 28% |
| De 1601 a 1800 Soles | 2 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

2.3. Monto de inversión en salud.

El monto de inversión familiar asignado a la salud ha sido de más de 500 Soles mensuales. El 49% de los encuestados declaró haber invertido entre 501 a 1000 Soles mensuales en la recuperación de la salud familiar. Porcentualmente son muy pocos (solo el 7%) aquellos que declararon gastos menores a 100 Soles.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el monto de inversión en salud con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que han tenido que realizar los pagos más altos de la escala (de 501 a 1000 Soles).

Tabla N° 15
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Monto de inversión en salud

| Monto de inversión en salud | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Menos de 100 Soles | 13 | 7% |
| De 100 a 500 Soles | 81 | 44% |
| De 501 a 1000 Soles | 91 | 49% |
| Total | 185 | 100% |

2.4. Pérdida de trabajo por enfermedad.

El 68% de los pacientes encuestados ha perdido su trabajo como consecuencia de la enfermedad. Entre las 130 personas que en la Tabla N° 13 declararon tener trabajo, 126 personas (97%) han perdido su trabajo.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar la modificación del estado laboral con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que han sufrido la pérdida laboral como consecuencia de su enfermedad.

Tabla N° 16
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Pérdida de trabajo por enfermedad

| Dejó de trabajar | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Si dejó de trabajar | 126 | 68% |
| No dejó de trabajar | 4 | 2% |
| No tenía trabajo | 55 | 30% |
| Total | 185 | 100% |

2.5. Pagos realizados por exámenes.

El 30% de los encuestados ha tenido que pagar sus exámenes en forma particular, ya sea porque el equipamiento médico requerido no estaba disponible en el hospital o porque el tiempo de espera para el acceso a los mismos era demasiado largo.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que se han visto obligados a pagar para poder realizar los exámenes relacionados al tratamiento de su enfermedad.

Tabla N° 17
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Obligación de pago por exámenes

| Pago por exámenes | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| No pagó por exámenes | 130 | 70% |
| Si pagó por exámenes | 55 | 30% |
| Total | 185 | 100% |

2.6. Pagos realizados por medicamentos.

El 61% de paciente ha tenido que realizar pagos por medicamentos, principalmente porque estos medicamentos no estuvieron disponibles en el hospital. Este pago ha estado limitado por los ingresos, aquellos con menores ingresos no han tenido la

oportunidad de comprar sus propios medicamentos, solo han podido recibir aquellos medicamentos disponibles y cubiertos por el Seguro Integral de Salud.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que se han visto obligados a pagar para poder acceder a los medicamentos para el tratamiento de su enfermedad.

Tabla N° 18
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Obligación de pago por medicinas

| Pago por medicamentos | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si pagó por medicamentos | 113 | 61% |
| No pagó por medicamentos | 72 | 39% |
| Total | 185 | 100% |

2.7. Afrontamiento económico.

El 50% de los pacientes ha tenido que utilizar sus ahorros familiares para cubrir los gastos ocasionados por su enfermedad. El resto ha visto superada su capacidad de ahorro (que en muchos casos ha sido nula) y ha tenido que valerse de otras formas de ingreso como las actividades pro fondos, préstamos, venta de bienes o una combinación de actividades de financiamiento.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que se han visto obligados de recurrir a préstamos de dinero, venta de bienes o que han realizado dos o más actividades para recaudar fondos para poder costear el tratamiento de su enfermedad.

Tabla N° 19
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Afrontamiento económico

| Afrontamiento económico por enfermedad | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Ahorros familiares | 92 | 50% |
| Dos a más actividades* | 42 | 23% |
| Actividades pro fondos | 36 | 19% |
| Préstamo* | 13 | 7% |
| Venta de bienes* | 2 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

2.8. Tenencia de Seguro.

El 99% de los pacientes contaba con seguro médico.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que no cuentan con seguro médico para afrontar el tratamiento de su enfermedad.

Tabla N° 20
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Tenencia de seguro

| Tiene seguro | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Si tiene seguro | 184 | 99% |
| No tiene seguro | 1 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

2.9. Tipo de Seguro.

Desde el lanzamiento del Plan Esperanza en noviembre del 2012, el Seguro Integral de Salud - SIS, con su brazo financiador Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL, brinda cobertura a siete tipos de cáncer: mama, cuello uterino, estómago, próstata, colon, leucemias y linfomas. Este aseguramiento público de la salud ha cubierto al 99% de los encuestados. Solo hubo un paciente que no contaba con seguro oncológico.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar el grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que no cuentan con seguro médico para afrontar el tratamiento de su enfermedad.

Tabla N° 21
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Tipo de seguro

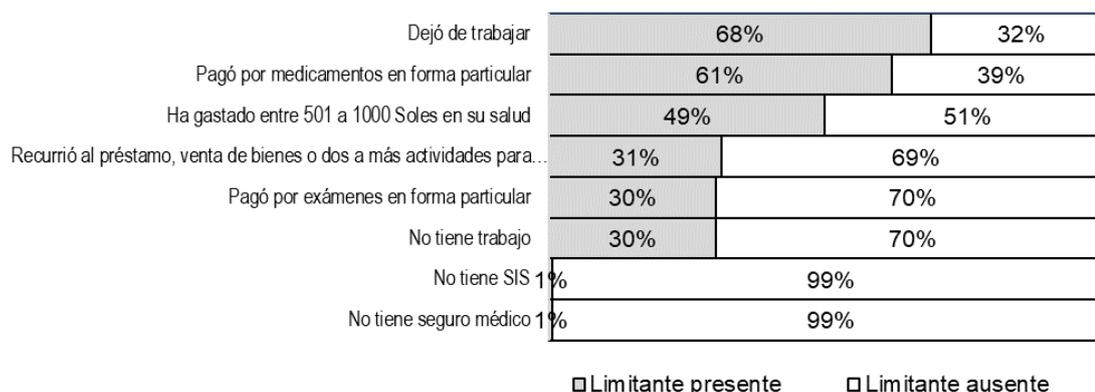
| Tipo de seguro | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| Seguro Integral de Salud (SIS) | 184 | 99% |
| No tiene seguro | 1 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

2.10. Proporción de la muestra que presenta brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores habilitantes (relacionados al financiamiento), asignación según el criterio de jueces.

Las brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores habilitantes relacionados al financiamiento que afectan a más del 50% de los pacientes del Hospital María Auxiliadora para el año 2019 fueron: Perder el empleo y tener que pagar por sus medicamentos en forma particular.

Gráfico N° 2
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores Habilitantes / Financiamiento

Factor: Habilitante - Indicador: Financiamiento
Porcentaje de la muestra con limitantes potenciales



Factores habilitantes relacionados a la organización.

2.11. Percepción del espacio físico.

El espacio físico asignado al área oncológica del Hospital María Auxiliadora fue calificado como “bueno” por el 61% de los pacientes encuestados y “muy bueno” por el 36%. Es decir, el 96% de los pacientes encuestados consideraron que el espacio físico ha sido un factor que ha estado a la altura de sus expectativas e incluso mejor de lo que esperaban.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas cuya percepción del espacio físico del área oncológica del HMA ha sido “mala” o “muy mala”.

Tabla N° 22
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Percepción del espacio físico

| Percepción del espacio físico disponible | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Muy bueno | 66 | 36% |
| Bueno | 113 | 61% |
| Regular | 5 | 3% |
| Muy malo | 1 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

2.12. Percepción del número de camas.

El número de camas asignado al área oncológica del Hospital María Auxiliadora fue calificado como “bueno” por el 48% de los pacientes encuestados y “muy bueno” por el 6%. Con relación al número de camas, el 54% considera que existe un número adecuado, y el 46% considera que el número de camas solo es “regular”. Ningún paciente ha calificado el número de camas como malo o muy malo.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas cuya percepción del número de camas asignada al área oncológica del HMA ha sido “mala” o “muy mala”.

Tabla N° 23
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Percepción del número de camas

| Percepción del número de camas disponibles | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Muy bueno | 11 | 6% |
| Bueno | 88 | 48% |
| Regular | 86 | 46% |
| Total | 185 | 100% |

2.13. Percepción del número de consultorios.

El número de consultorios asignado al área oncológica del Hospital María Auxiliadora fue calificado como “bueno” por el 43% de los pacientes encuestados y “muy bueno” por el 6%. Si bien las percepciones que expresan satisfacción agruparon al 49% de los pacientes encuestados, existe un 48% que consideró que el número de consultorios ha sido “regular” y un 3% que lo calificó de “malo” y un 1% como “muy malo”.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas cuya percepción del número de consultorios asignados al área oncológica del HMA ha sido “mala” o “muy mala”.

Tabla N° 24
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Percepción del número de consultorios

| Percepción del número de consultorios disponibles | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Muy bueno | 11 | 6% |
| Bueno | 79 | 43% |
| Regular | 88 | 48% |
| Malo | 6 | 3% |
| Muy malo | 1 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

2.14. Percepción de la distribución de hospitalización.

La percepción de los pacientes acerca de la distribución física del área hospitalización oscila entre lo regular (48%) y bueno (46%). Las percepciones agrupadas se dividen a dos grupos: los que consideran que la distribución del espacio físico en el área de hospitalización es regular o mala (51%) y los que consideran que es buena o muy buena (49%).

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas cuya percepción de la distribución física del área de hospitalización asignados al área oncológica del HMA ha sido “mala” o “muy mala”.

Tabla N° 25
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Percepción de la distribución de
hospitalización

| Percepción de la distribución de hospitalización | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Muy bueno | 6 | 3% |
| Bueno | 85 | 46% |
| Regular | 88 | 48% |
| Malo | 6 | 3% |
| Total | 185 | 100% |

2.15. Dificultad para conseguir cita en Oncología.

La mayoría de los pacientes (83%) considera que no es difícil conseguir una cita en el Servicio de Oncología. Por otro lado, el 17% de pacientes si considera como una barrera de acceso la posibilidad de programar una cita en el servicio de oncología.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que han experimentado dificultades para conseguir una cita en el Departamento de Oncología del HMA.

Tabla N° 26
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Percepción de la dificultad para conseguir una cita en Oncología

| Dificultad para conseguir cita en Oncología | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| No es difícil conseguir cita oncológica | 154 | 83% |
| Si es difícil conseguir cita oncológica | 31 | 17% |
| Total | 185 | 100% |

2.16. Percepción del equipamiento.

El 55% de los pacientes encuestados consideran que el equipamiento médico es bueno y el 20% lo considera muy bueno. Por otro lado, el 23% considera que el equipamiento es regular, el 1% como malo y muy malo, respectivamente. Para el 2% de pacientes, el equipamiento médico ha sido considerado como una potencial barrera de acceso.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas cuya percepción del equipamiento médico asignado al área oncológica del HMA ha sido “mala” o “muy mala”.

Tabla N° 27
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Percepción del equipamiento médico

| Percepción del equipamiento | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Muy bueno | 37 | 20% |
| Bueno | 102 | 55% |
| Regular | 43 | 23% |
| Malo | 1 | 1% |
| Muy malo | 2 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

2.17. Disposición de exámenes.

La ecografía ha sido el principal examen de diagnóstico por imágenes que los pacientes han reconocido como parte de los servicios del Hospital María Auxiliadora. El 93% de los pacientes reconoce a la ecografía como el principal servicio de diagnóstico por imágenes, bien sea sola (71%) o acompañada de tomografía o resonancia (22%). Un reducido porcentaje conoce que el Hospital María Auxiliadora cuenta con tomografía (4%) o resonancia magnética nuclear (3%).

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que solo conoce que el área oncológica del HMA cuenta con ecografía, sin reconocer que el área oncológica del HMA también cuenta con tomografía y resonancia magnética.

Tabla N° 28
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Disposición de exámenes médicos

| Disposición de exámenes | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| Ecografía | 132 | 71% |
| Dos a más | 41 | 22% |
| Tomografía | 7 | 4% |
| Resonancia | 5 | 3% |
| Total | 185 | 100% |

2.18. Ausencia médica.

La brecha de acceso al tratamiento oncológico por ausencia médica ha sido evidenciada por el 4% de los pacientes encuestados.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas ha dejado de ser atendido en el Departamento de Oncología del HMA por ausencia del médico oncólogo.

Tabla N° 29
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Ausencia del médico

| Dejó de ser atendido por ausencia del médico | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| No dejó de ser atendido por ausencia del médico | 178 | 96% |
| Si dejó de ser atendido por ausencia del médico | 7 | 4% |
| Total | 185 | 100% |

2.19. Tiempo desde el inicio de síntomas hasta ir al establecimiento de salud.

El tiempo entre el inicio de síntomas hasta que el paciente acudió al establecimiento de salud ha sido más de 24 semanas en el 59% de los casos, entre 4 y 24 semanas en el 28%, y menos de 4 semanas en el 13%. Los pacientes en su mayoría no atienden sus síntomas de inmediato, han tenido que dejar pasar mucho tiempo antes de acudir al establecimiento de salud.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha demorado mayor tiempo en acudir a un establecimiento de salud para atender sus síntomas (más de 24 semanas en acudir a un establecimiento de salud para atender sus síntomas).

Tabla N° 30
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Tiempo desde el inicio de síntomas
hasta ir al establecimiento de salud

| Tiempo desde el inicio de síntomas hasta ir al establecimiento de salud | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Menos de 4 semanas | 24 | 13% |
| De 4 a 24 semanas | 52 | 28% |
| Más de 24 semanas | 109 | 59% |
| Total | 185 | 100% |

2.20. Establecimiento de salud.

El establecimiento de salud elegido por los pacientes para darle tratamiento a su sintomatología ha sido el centro de salud (50%), el Hospital María Auxiliadora (26%) y otros hospitales (24%). Un buen sistema de transferencias es desde el centro de salud hacia el Hospital María Auxiliadora es muy importante ya que la mitad de los pacientes acude primero a centros de salud y es allí donde se realiza el diagnóstico inicial.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha acudido a un centro de salud (menor capacidad resolutive que un hospital), en lugar de acudir al HMA u otro hospital.

Tabla N° 31
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Establecimiento de salud

| Establecimiento de salud donde acudió | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Centro de Salud | 92 | 50% |
| Hospital María Auxiliadora | 48 | 26% |
| Otro hospital | 45 | 24% |
| Total | 185 | 100% |

2.21. Disponibilidad de medicamentos.

La disponibilidad de medicamentos ha sido una dificultad para el 57% de los pacientes encuestados, para este grupo no ha sido posible encontrar los medicamentos necesarios para realizar el tratamiento de su enfermedad. Por

otro lado, el 43% de los pacientes considera que si ha podido acceder a sus medicamentos en el Hospital María Auxiliadora, en forma oportuna.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que no ha encontrado disponibilidad de medicamentos en la farmacia del HMA.

Tabla N° 32
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Disponibilidad de medicamentos

| Disponibilidad de medicamentos | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si hay disponibilidad de medicamentos | 79 | 43% |
| No hay disponibilidad de medicamentos | 106 | 57% |
| Total | 185 | 100% |

2.22. Entrega de exámenes de laboratorio.

Los resultados de laboratorio han estado disponibles en la fecha indicada para el 95% de los pacientes encuestados. Solo el 5% restante declaró que los resultados de sus exámenes de laboratorio han sobrepasado la fecha indicada.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de

personas que ha recibido los resultados de sus exámenes de laboratorio después de la fecha indicada.

Tabla N° 33
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Puntualidad en la entrega de resultado de exámenes de laboratorio

| Entrega de exámenes de laboratorio | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Si entregan resultados en la fecha | 176 | 95% |
| No entregan resultados en la fecha | 9 | 5% |
| Total | 185 | 100% |

2.23. Entrega de exámenes de imágenes.

Los resultados de los exámenes de imágenes fueron entregados fuera de tiempo para el 5% de los pacientes encuestados. Un examen entregado fuera de tiempo perjudica al paciente en diversos modos de su vida cotidiana, reduciendo su calidad de vida. Para el 95% restante, la entrega de resultados de imágenes ha sido considerada como un servicio confiable y puntual.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha recibido los resultados de sus exámenes de diagnóstico por imágenes después de la fecha indicada.

Tabla N° 34
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Puntualidad en la entrega de resultados
de exámenes de imágenes

| Entrega de exámenes de imágenes | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Si entregan resultados en la fecha | 176 | 95% |
| No entregan resultados en la fecha | 9 | 5% |
| Total | 185 | 100% |

2.24. Exámenes de laboratorio realizados fuera del Hospital María Auxiliadora.

El 29% de los pacientes encuestados se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del Hospital. El costo de estos exámenes ha sido cubierto por el paciente, ya que el seguro solo le cubre los exámenes de laboratorio realizados dentro del Hospital. El 71%, en cambio, se ha realizado todos sus exámenes de laboratorio dentro del Hospital.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha tenido que realizarse exámenes de laboratorio fuera del HMA.

Tabla N° 35
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Necesidad de realizarse exámenes
fuera del hospital

| Se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| No se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital | 132 | 71% |
| Si se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital | 53 | 29% |
| Total | 185 | 100% |

2.25. Tiempo que ha demorado en otras especialidades y/u hospitales antes de ser evaluado por un oncólogo.

El 4% de los pacientes encuestados se ha demorado más de 24 semanas (5.6 meses) en otras especialidades u hospitales antes de conseguir una evaluación por un médico oncólogo. La saturación de pacientes en el sector salud en general, incrementó el tiempo que estos pacientes han pasado sin recibir un tratamiento oncológico, perjudicando su oportunidad de obtener un tratamiento más eficiente ante un cáncer menos avanzado. El 37% se ha demorado de 4 a 24 semanas y el 59% se ha demorado menos de 4 semanas en otras especialidades y/u hospitales antes de ser evaluado por un oncólogo.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha demorado mayor tiempo (más de 24 semanas) en otras especialidades y/u hospitales antes de ser evaluado por un médico oncólogo.

Tabla N° 36
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Tiempo que ha demorado en otras áreas

| Tiempo que ha demorado en otras áreas | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Menos de 4 semanas | 110 | 59% |
| De 4 a 24 semanas | 68 | 37% |
| Mayor de 24 semanas | 7 | 4% |
| Total | 185 | 100% |

2.26. Tiempo de espera para la asignación de una cita en el Departamento de Oncología.

El 36% de los pacientes encuestados ha referido que ha tenido que esperar de 1 a 4 semanas para ser atendido en el departamento de oncología; mientras que el 64% ha conseguido la cita en menos de 1 semana.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha tardado mayor tiempo (de 1 a 4 semanas) para conseguir una cita en el Departamento de Oncología del HMA.

Tabla N° 37
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Tiempo en asignar cita en Oncología

| Tiempo en asignar cita en Oncología | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Menos de 1 semana | 119 | 64% |
| De 1 a 4 semanas | 66 | 36% |
| Total | 185 | 100% |

2.27. Tiempo de espera para ser atendido en el consultorio de Oncología.

El tiempo de espera antes de ingresar al consultorio de Oncología ha sido superior a una hora para el 49% de los pacientes encuestados. Un tiempo de espera entre media hora y una hora ha sido descrito por el 39% de los pacientes. El 19% ha esperado menos de 30 minutos en ser atendido en el consultorio de oncología.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha esperado mayor tiempo (más de una hora) en la sala de espera del consultorio de Oncología del Departamento de Oncología del HMA.

Tabla N° 38
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores habilitantes: Tiempo de espera en el consultorio de oncología

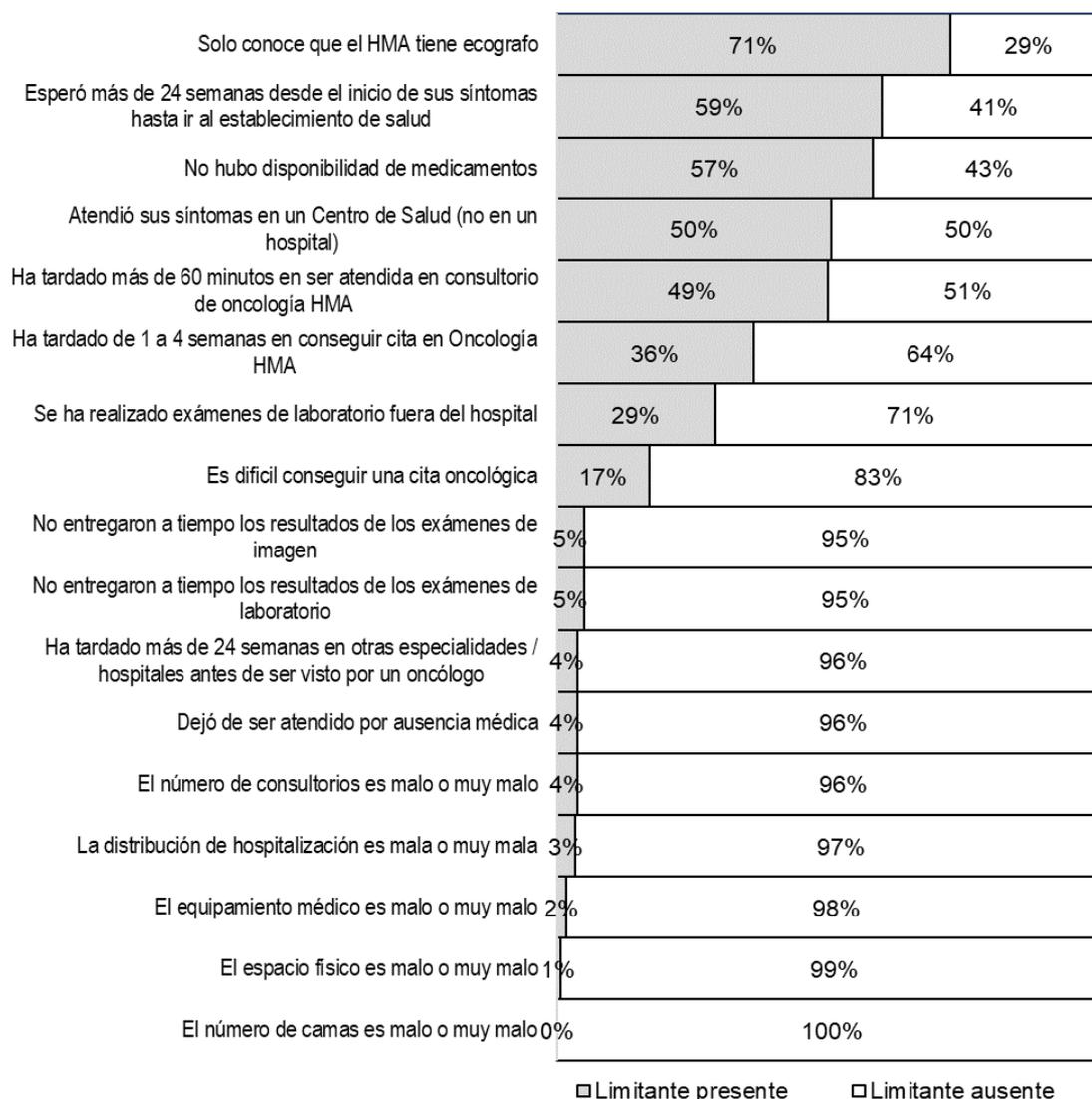
| Tiempo de espera en el consultorio de oncología | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Menos de 30 minutos | 36 | 19% |
| De 30 a 60 minutos | 58 | 31% |
| Más de 60 minutos | 91 | 49% |
| Total | 185 | 100% |

2.28. Proporción de la muestra que presenta brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores habilitantes (relacionados a la organización), asignación según el criterio de jueces.

Las brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores habilitantes relacionados a la organización que afectan a más del 50% de los pacientes del Hospital María Auxiliadora para el año 2019 fueron: Tener un conocimiento pobre de los servicios de diagnóstico por imágenes disponibles en el HMA, esperar más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta atenderse en un establecimiento de salud, no encontrar medicamentos disponibles en la farmacia del HMA y haber atendido los síntomas de su enfermedad en un centro de salud (de menor capacidad de resolución que un hospital).

Gráfico N° 3
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores Habilitantes / Organización

Factor: Habilitante - Indicador: Organización
Porcentaje de la muestra con limitantes potenciales



3. Brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores necesarios.

Para caracterizar las brechas al tratamiento oncológico por factores necesarios se ha descrito las siguientes variables: miedo al cáncer, información sobre el cáncer, percepción sobre la atención de medicina oncológica, percepción sobre la atención de enfermería, percepción sobre la atención administrativa, lugar al que hubiera acudido de no existir el

Departamento de Oncología, tipo de tratamiento recibido, peso, talla y hemoglobina.

3.1. Miedo al cáncer.

El 25% de los pacientes encuestados han reconocido sentir “muchísimo miedo” al cáncer. El 39% ha sentido “mucho miedo” al cáncer. La intensidad del miedo al cáncer es menor en el 14% que siente “algo de miedo”, 18% que siente “poco miedo” y el 4% que siente “nada de miedo” al cáncer.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha declarado sentir muchísimo o mucho miedo al cáncer (las máximas expresiones de miedo al cáncer).

Tabla N° 39
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Miedo al cáncer

| Percepción del paciente sobre el miedo al cáncer | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Muchísimo miedo | 46 | 25% |
| Mucho miedo | 72 | 39% |
| Algo de miedo | 26 | 14% |
| Poco miedo | 34 | 18% |
| Nada de miedo | 7 | 4% |
| Total | 185 | 100% |

3.2. Proveedor de información acerca del cáncer.

Para el 52% de los pacientes encuestados, el médico ha sido el principal proveedor de información acerca del cáncer. En segundo lugar están los medios de comunicación (27%), seguidos por otros profesionales de la salud, en menor medida.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas cuyo principal proveedor de información relativa al cáncer no ha sido un médico.

Tabla N° 40
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Principal proveedor de información
acerca del cáncer

| Principal proveedor de información acerca del cáncer | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Médico | 96 | 52% |
| Medios de comunicación | 50 | 27% |
| Dos a más alternativas | 30 | 16% |
| Enfermera | 8 | 4% |
| Técnica de enfermería | 1 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

3.3. Percepción de la calidad de atención en medicina oncológica.

El 49% de los pacientes encuestados califica la atención en medicina oncológica como “muy buena atención”, en forma similar, el 43% considera la atención en medicina oncológica como “buena atención. Ambos grupo

combinados congregan al 92% de los pacientes encuestados. Por otro lado existe un 7% que considera la atención como “regular” y un 1% que la considera deficiente.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que han calificado la calidad de la atención médica oncológica como deficiente o pésima.

Tabla N° 41
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Calidad de atención médica

| Percepción sobre la calidad de atención en Medicina Oncológica | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Muy buena atención | 91 | 49% |
| Buena atención | 80 | 43% |
| Regular atención | 13 | 7% |
| Deficiente atención | 1 | 1% |
| Total | 185 | 100% |

3.4. Percepción de la calidad de atención de enfermería.

El 57% de los pacientes entrevistados ha considerado la atención recibida por el personal de enfermería como “muy buena”, de similar forma, el 38% ha calificado la atención en enfermería como “buena”. Ambos grupos congregan al 95% de los pacientes entrevistados. Por otro lado, El 5% considera que la atención en enfermería es “regular”.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que han calificado la calidad de la atención de enfermería como deficiente o pésima.

Tabla N° 42
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Calidad de atención de enfermería

| Percepción sobre la calidad de atención de Enfermería | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Muy buena atención | 105 | 57% |
| Buena atención | 70 | 38% |
| Regular atención | 10 | 5% |
| Total | 185 | 100% |

3.5. Percepción de la calidad de atención administrativa.

La percepción de la calidad de servicio del personal administrativo es menor que la observada para los profesionales de la salud (enfermería y medicina oncológica). Si bien el 14% y 44% han calificado la atención administrativa como “muy buena” y “buena” respectivamente, juntas congregan al 58%. Por otro lado, aparecen calificativos como “deficiente atención (5%) y pésima atención (6%).

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que han calificado la calidad de la atención administrativa como deficiente o pésima.

Tabla N° 43
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Calidad de atención administrativa

| Percepción sobre la calidad de atención administrativa | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Muy buena atención | 26 | 14% |
| Buena atención | 82 | 44% |
| Regular atención | 56 | 30% |
| Deficiente atención | 10 | 5% |
| Pésima atención | 11 | 6% |
| Total | 185 | 100% |

3.6. Institución a la que el paciente hubiera acudido de no existir el departamento de oncología del Hospital María Auxiliadora.

Si no existiera el departamento de oncología del Hospital María Auxiliadora, el 90% de los pacientes encuestados se hubiera ido a atender al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, que es uno de los principales centros de referencia en cáncer del Perú, al que diariamente acuden pacientes de diferentes partes del país, superando su capacidad resolutive. El 10% restante se atendería en otros hospitales no especializados en oncología.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas de no haber asistido al HMA hubieran acudido a un hospital diferente al INEN para realizar su tratamiento oncológico.

Tabla N° 44
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Hospital de alternativa oncológica

| ¿A qué lugar hubiera acudido si no hubiera Departamento de Oncología en el HMA? | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN) | 167 | 90% |
| Otros hospitales | 18 | 10% |
| Total | 185 | 100% |

3.7. Tratamiento recibido en el departamento de oncología del Hospital María Auxiliadora.

El 43% de los pacientes encuestados ha recibido quimioterapia, seguido del 29% que ha sido tratado con cirugía, 16% que recibió radioterapia y 12% que ha recibido más de un tratamiento contra el cáncer.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que requerido más de un tratamiento en combinación para su enfermedad (mayor complejidad de tratamiento).

Tabla N° 45
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Tipo de tratamiento recibido

| Tipo de tratamiento que recibe | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Cirugía | 54 | 29% |
| Quimioterapia | 80 | 43% |
| Radioterapia | 29 | 16% |
| Más de un tratamiento | 22 | 12% |
| Total | 185 | 100% |

3.8. Peso del paciente.

El 58% de los pacientes ha registrado el peso entre 50 a 69 kilos. El 22% ha sido registrado con un peso mayor a 70 kilos. El 21% ha registrado peso menor a 50 kilos.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha presentado un peso mayor a 70 kilos.

Tabla N° 46
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Peso del paciente

| Peso | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Menos de 50 kilos | 38 | 21% |
| Entre 50 a 69 kilos | 107 | 58% |
| Mayor a 70 kilos | 40 | 22% |
| Total | 185 | 100% |

3.9. Talla del paciente.

El 75% de los pacientes ha registrado la estatura entre 1.51 a 1.60 metros.

El 19% ha sido registrado con una talle menor a 1.5 metros. Solo el 5% ha registrado una estatura mayor a 1.70 metros.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha presentado una estatura igual o menor que 1.5 metros.

Tabla N° 47
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Talla del paciente

| Talla | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| 1.5 metros o menos | 36 | 19% |
| Entre 1.51 y 1.60 metros | 139 | 75% |
| Mayor a 1.70 metros | 10 | 5% |
| Total | 185 | 100% |

3.10. Hemoglobina del paciente.

El 42% de los pacientes ha registrado la hemoglobina “normal”, El 30% ha presentado anemia leve, el 21% ha tenido anemia moderada y el 7% ha presentado anemia severa.

Se ha utilizado criterio de jueces para determinar al grupo con mayores dificultades para acceder al tratamiento oncológico, asignando esta característica al grupo de personas que ha presentado anemia moderada o severa.

Tabla N° 48
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores necesarios: Hemoglobina del paciente

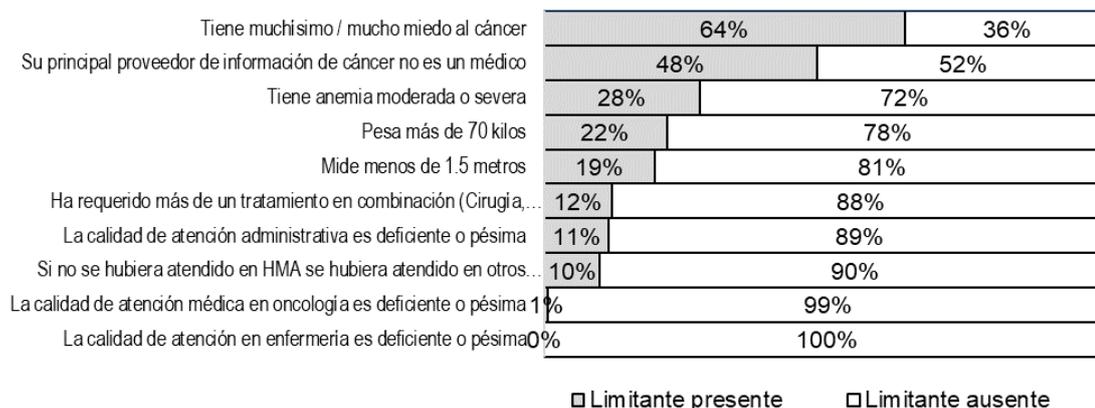
| Hemoglobina | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| Normal (>11) | 78 | 42% |
| Leve (9-11) | 56 | 30% |
| Moderado (7-9) | 38 | 21% |
| Severa (<7) | 13 | 7% |
| Total | 185 | 100% |

3.11. Proporción de la muestra que presenta brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores necesarios (relacionados a la percepción de sus propias necesidades), asignación según el criterio de jueces.

Las brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores necesarios relacionados a la percepción de sus propias necesidades que afectan a más del 50% de los pacientes del Hospital María Auxiliadora para el año 2018 fueron: Tener muchísimo / mucho miedo al cáncer.

Gráfico N° 4
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Factores Habilitantes / Organización

Factor: Necesario - Indicador: Percepción
Porcentaje de la muestra con limitantes potenciales



4. Relación entre limitantes.

Las brechas de acceso al tratamiento oncológico están relacionadas con la presencia de limitantes que actúan independientemente o en interacción con otras limitantes.

4.1. Interacción de los factores predisponentes / indicadores demográficos.

Los indicadores demográficos interactúan principalmente con otros indicadores demográficos, con indicadores de financiamiento y con indicadores de percepción. No se relacionan con indicadores de organización.

Tabla N° 49
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos

| Factores predisponentes / indicadores demográficos | Demo- gráficos | Finan- ciamiento | Organi- zación | Percep- ción |
|---|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Escolaridad: Primaria o Ninguna | 2 | 1 | | 1 |
| Es de sexo femenino | 1 | 1 | | 1 |
| Tiene miedo al diagnóstico | 3 | 1 | | |
| Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo | 3 | 1 | | |
| Tiene miedo a las intervenciones | 4 | | | |
| Es mayor de 65 años | 1 | 1 | | |
| Tiene sentimientos de impotencia | 3 | | | |
| No declara una ocupación | 1 | | | |
| Procede de hogar multifamiliar | | | | 1 |

Escolaridad Primaria o Ninguna.

Las personas que han estudiado solamente hasta primaria completa presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Ser mayor de 65 años, no tener trabajo, tener anemia moderada o severa y no tener una ocupación definida.

Tabla N° 50
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos
Escolaridad: Primaria o Ninguna

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------|--------------------|--|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | Escolaridad: Primaria o Ninguna | 62 | 100% | | |
| Predisponente | Demográfico | Es mayor de 65 años | 29 | 47% | 37.001 | 0.000 |
| Habilitante | Financiamiento | No tiene trabajo | 28 | 45% | 10.630 | 0.001 |
| Necesarios | Percepción | Tiene anemia moderada o severa | 26 | 42% | 9.641 | 0.002 |
| Predisponente | Demográfico | No declara una ocupación | 34 | 55% | 4.178 | 0.041 |

Ser mujer.

Las mujeres presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Medir menos de 1.5 metros, no tener trabajo y tener miedo a las intervenciones quirúrgicas.

Tabla N° 51
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos
Ser de sexo femenino

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------|--------------------|----------------------------------|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | Es de sexo femenino | 136 | 100% | | |
| Necesarios | Percepción | Mide menos de 1.5 metros | 32 | 24% | 5.427 | 0.020 |
| Habilitante | Financiamiento | No tiene trabajo | 46 | 34% | 4.119 | 0.042 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo a las intervenciones | 89 | 65% | 4.016 | 0.043 |

Tener miedo al diagnóstico de cáncer.

Las personas que tienen miedo al diagnóstico de cáncer presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: tener miedo a las intervenciones quirúrgicas, tener sentimientos de impotencia con relación al cáncer, sentir vergüenza a mostrar su cuerpo al momento del examen médico y haber necesitado pagar por exámenes en forma particular

Tabla N° 52
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos
Tener miedo al diagnóstico

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------|--------------------|---------------------------------------|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo al diagnóstico | 117 | 100% | | |
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo a las intervenciones | 97 | 83% | 63.780 | 0.000 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene sentimientos de impotencia | 86 | 74% | 14.417 | 0.000 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo | 53 | 45% | 6.447 | 0.011 |
| Habilitante | Financiamiento | Pagó por exámenes en forma particular | 41 | 35% | 4.301 | 0.038 |

Tener miedo a mostrar su cuerpo..

Las personas que tienen vergüenza a mostrar su cuerpo presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: tener sentimiento de impotencia con respecto al cáncer, tener miedo a las intervenciones quirúrgicas, tener miedo al diagnóstico de cáncer y recurrir al préstamo, venta de bienes o dos o más actividades para financiar su tratamiento.

Tabla N° 53
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos
Tener miedo a las intervenciones quirúrgicas

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------|--------------------|---|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo | 71 | 100% | | |
| Predisponente | Demográfico | Tiene sentimientos de impotencia | 55 | 77% | 10.025 | 0.002 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo a las intervenciones | 53 | 75% | 8.921 | 0.003 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo al diagnóstico | 53 | 75% | 6.447 | 0.011 |
| Habilitante | Financiamiento | Recurrió al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para financiar su tratamiento | 28 | 39% | 4.021 | 0.045 |

Tener miedo a las intervenciones quirúrgicas.

Las personas que tienen miedo a las intervenciones quirúrgicas necesarias para el tratamiento del cáncer presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: tener miedo al diagnóstico de cáncer, tener sentimiento de impotencia con respecto al cáncer, tener vergüenza a mostrar su cuerpo en las exámenes médicos y ser de sexo femenino.

Tabla N° 54
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos
Tener vergüenza de mostrar el cuerpo

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------|--------------------|---|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo a las intervenciones | 113 | 100% | | |
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo al diagnóstico | 97 | 86% | 63.780 | 0.000 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene sentimientos de impotencia | 85 | 75% | 17.920 | 0.000 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo | 53 | 47% | 8.921 | 0.003 |
| Predisponente | Demográfico | Es de sexo femenino | 89 | 79% | 4.106 | 0.043 |

Ser mayor de 65 años.

Las personas que son mayores de 65 años presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: haber estudiado máximo hasta la primaria y no tener trabajo.

Tabla N° 55
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos
Ser mayor de 65 años

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------|--------------------|---------------------------------|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | Es mayor de 65 años | 39 | 100% | | |
| Predisponente | Demográfico | Escolaridad: Primaria o Ninguna | 29 | 74% | 37.001 | 0.000 |
| Habilitante | Financiamiento | No tiene trabajo | 21 | 54% | 13.758 | 0.000 |

Tienen sentimientos de impotencia respecto al cáncer.

Las personas que tienen sentimientos de impotencia respecto al cáncer presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: tener miedo a las intervenciones quirúrgicas, tener miedo al diagnóstico de cáncer y tener vergüenza a mostrar su cuerpo en las exámenes médicos.

Tabla N° 56
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos
Sentimientos de impotencia respecto al cáncer

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------|--------------------|---|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | Tiene sentimientos de impotencia | 117 | 100% | | |
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo a las intervenciones | 85 | 73% | 17.920 | 0.000 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo al diagnóstico | 86 | 74% | 14.417 | 0.000 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo | 55 | 47% | 10.025 | 0.002 |

No tienen ninguna ocupación.

Las personas que no realizan ninguna ocupación presentan otra limitación cuya relación es estadísticamente significativa, esta es: Haber estudiado máximo hasta la primaria.

Tabla N° 57
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos
No tienen ninguna ocupación

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------|--------------------|---------------------------------|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | No declara una ocupación | 82 | 100% | | |
| Predisponente | Demográfico | Escolaridad: Primaria o Ninguna | 34 | 41% | 4.178 | 0.041 |

Proceden de hogares de tipo multifamiliar.

Las personas que proceden de hogares multifamiliares presentan otra limitación cuya relación es estadísticamente significativa, esta es: Haber requerido más de un tratamiento en combinación para dar tratamiento al cáncer.

Tabla N° 58
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos
Proviene de un hogar multifamiliar

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------|--------------------|---|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | Multifamiliar | 65 | 100% | | |
| Necesarios | Percepción | Ha requerido más de un tratamiento en combinación (Cirugía, Quimioterapia o Radioterapia) | 12 | 18% | 4.128 | 0.042 |

4.2. Interacción de los factores habilitantes / indicadores de financiamiento.

Los indicadores de financiamiento interactúan principalmente con indicadores de organización e indicadores demográficos. En menor medida se relacionan con indicadores de percepción y otros indicadores de financiamiento.

Tabla N° 59
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Predisponentes / Indicadores Demográficos

| Factores habilitantes / indicadores de financiamiento | Demo- gráficos | Finan- ciamiento | Organi- zación | Percep- ción |
|---|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| No tiene trabajo | 3 | | 2 | 1 |
| Pagó por exámenes en forma particular | 1 | 1 | 3 | |
| Dejó de trabajar | | | 1 | 1 |
| Pagó por medicamentos en forma particular | | 1 | 1 | |
| Recurrió al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para financiar su tratamiento | 1 | | | 1 |
| Ha gastado entre 501 a 1000 Soles en su salud | | | 1 | |

No tienen trabajo.

Las personas que no tienen trabajo presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Ser mayores de 65 años, haber estudiado como máximo la primaria, haber tardado más de 60 minutos para ser atendido en el consultorio de Oncología del HMA, haber esperado más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta acudir a un establecimiento de salud, tener como principal proveedor de información

de cáncer a una persona que no es médico, y ser mujer.

Tabla N° 60
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Financiamiento
No tienen trabajo

| Tipo de Factor Habilitante | Indicador Financiamiento | Limitantes potenciales No tiene trabajo | Pacientes 55 | % 100% | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------------|--------------------------|---|--------------|--------|-------------------------|-------------------------|
| Predisponente | Demográfico | Es mayor de 65 años | 21 | 38% | 13.758 | 0.000 |
| Predisponente | Demográfico | Escolaridad: Primaria o Ninguna | 28 | 51% | 10.630 | 0.001 |
| Habilitante | Organización | Ha tardado más de 60 minutos en ser atendido en consultorio de oncología HMA | 35 | 64% | 6.536 | 0.011 |
| Habilitante | Organización | Esperó más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud | 39 | 71% | 4.649 | 0.031 |
| Necesarios | Percepción | Su principal proveedor de información de cáncer no es un médico | 33 | 60% | 4.434 | 0.035 |
| Predisponente | Demográfico | Es de sexo femenino | 46 | 84% | 4.119 | 0.042 |

Pagar por exámenes en forma particular.

Las personas que han tenido que pagar sus exámenes en forma particular presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: No encontrar disponibilidad de medicamentos en HMA, haberse realizado exámenes de laboratorio fuera del HMA, haber tenido que pagar sus medicamentos en forma particular, tener miedo al diagnóstico de cáncer, y presentar dificultades para obtener una cita en el consultorio de Oncología del HMA.

Tabla N° 61
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Financiamiento
Pagó por exámenes en forma particular

| Tipo de Factor Habilitante | Indicador Financiamiento | Limitantes potenciales Pagó por exámenes en forma particular | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------------|--------------------------|--|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | 55 | 100% | | |
| Habilitante | Organización | No hubo disponibilidad de medicamentos | 40 | 73% | 7.616 | 0.006 |
| Habilitante | Organización | Se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital | 23 | 42% | 6.641 | 0.010 |
| Habilitante | Financiamiento | Pagó por medicamentos en forma particular | 40 | 73% | 4.466 | 0.035 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene miedo al diagnóstico | 41 | 75% | 4.301 | 0.038 |
| Habilitante | Organización | Es difícil conseguir una cita oncológica | 14 | 25% | 4.245 | 0.039 |

Dejar de trabajar como consecuencia del cáncer.

Las personas que han tenido que dejar de trabajar como consecuencia del cáncer presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Haber requerido más de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia) y presentar dificultades para conseguir una cita en el consultorio de Oncología del HMA.

Tabla N° 62
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Financiamiento
Dejó de trabajar como consecuencia del cáncer

| Tipo de Factor Habilitante | Indicador Financiamiento | Limitantes potenciales Dejó de trabajar | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------------------|--------------------------|---|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | 126 | 100% | | |
| Necesarios | Percepción | Ha requerido más de un tratamiento en combinación (Cirugía, Quimioterapia o Radioterapia) | 21 | 17% | 8.597 | 0.003 |
| Habilitante | Organización | Es difícil conseguir una cita oncológica | 26 | 21% | 4.260 | 0.039 |

Pagar por medicamentos en forma particular.

Las personas que han tenido que pagar por sus medicamentos en forma particular presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: No encontrar disponibilidad de medicamentos en la farmacia del HMA y verse en la obligación de pagar por exámenes en forma particular.

Tabla N° 63
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Financiamiento
Pagó por medicamentos en forma particular

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|--------------------|-----------------------|--|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Habilitante | Financiamiento | Pagó por medicamentos en forma particular | 113 | 100% | | |
| Habilitante | Organización | No hubo disponibilidad de medicamentos | 90 | 80% | 59.270 | 0.000 |
| Habilitante | Financiamiento | Pagó por exámenes en forma particular | 40 | 35% | 4.466 | 0.035 |

Recurrir al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para financiar su tratamiento.

Las personas que han tenido que prestarse dinero, vender sus bienes o realizar dos o más actividades para poder financiar su tratamiento presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Tener anemia moderada o severa y sentir vergüenza de mostrar su cuerpo en las exámenes médicas.

Tabla N° 64
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Financiamiento
Recurrió al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para
financiar su tratamiento

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|--------------------|-----------------------|--|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Habilitante | Financiamiento | Recurrió al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para financiar su tratamiento | 57 | 100% | | |
| Necesarios | Percepción | Tiene anemia moderada o severa | 23 | 40% | 6.742 | 0.009 |
| Predisponente | Demográfico | Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo | 28 | 49% | 4.021 | 0.045 |

Gastar entre 501 y 1000 Soles para costear la atención de su salud.

Las personas que han tenido que gastar entre 501 y 1000 soles (la escala más alta de gasto en la muestra analizada) para poder financiar su tratamiento presentan otra limitación cuya relación es estadísticamente significativa, esta es: Solo conocer que el HMA brinda el servicio de ecografía, sin reconocer que también brinda otros servicios como tomografía o resonancia.

Tabla N° 65
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Financiamiento
Ha gastado entre 501 y 1000 Soles en atender su salud

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|--------------------|-----------------------|--|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Habilitante | Financiamiento | Ha gastado entre 501 a 1000 Soles en su salud | 91 | 100% | | |
| Habilitante | Organización | Solo conoce que el HMA tiene ecografo | 71 | 78% | 3.899 | 0.048 |

4.3. Interacción de los factores habilitantes / indicadores de organización.

Los indicadores de organización interactúan principalmente con indicadores de financiamiento y con otros indicadores de organización. Los indicadores de organización no interactúan con indicadores demográficos o de percepción.

Tabla N° 66
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Organización

| Factores habilitantes / indicadores de organización | Demo- gráficos | Finan- ciamiento | Organi- zación | Percep- ción |
|---|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Es difícil conseguir una cita oncológica | | 2 | 1 | |
| Solo conoce que el HMA tiene ecografo | | 1 | 2 | |
| Esperó más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud | | 1 | 1 | |
| Ha tardado más de 60 minutos en ser atendido en consultorio de oncología HMA | | 1 | 1 | |
| No hubo disponibilidad de medicamentos | | 2 | | |
| Se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital | | 1 | | |

Dificultad para conseguir una cita en el Consultorio de Oncología del HMA.

Las personas que han tenido dificultades para conseguir una cita en el consultorio de Oncología del HMA presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: no recibir a tiempo los resultados

de sus exámenes de laboratorio, haber dejado de trabajar y verse obligados a pagar sus exámenes en forma particular.

Tabla N° 67
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Organización
Le ha sido difícil conseguir una cita en el Consultorio de Oncología

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------|----------------|--|-----------|------|-------------------------|-------------------------|
| Habilitante | Organización | Es difícil conseguir una cita oncológica | 31 | 100% | | |
| Habilitante | Organización | No entregaron a tiempo los resultados de los exámenes de laboratorio | 4 | 13% | 5.199 | 0.023 |
| Habilitante | Financiamiento | Dejó de trabajar | 26 | 84% | 4.260 | 0.039 |
| Habilitante | Financiamiento | Pagó por exámenes en forma particular | 14 | 45% | 4.245 | 0.039 |

Solo conocer el servicio de ecografía del HMA, sin reconocer que el HMA también brinda el servicio de tomografía o resonancia.

Las personas que solo conocían el servicio de ecografía del HMA, que no sabían que también podían acceder a los servicios de tomografía o resonancia presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Haber esperado más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta acudir a un establecimiento de salud, haber tardado más de 60 minutos en ser atendido en el consultorio de oncología del HMA y haber gastado entre 501 y 1000 soles (la escala más alta de gasto de la muestra) en su salud.

Tabla N° 68
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Organización
Solo conoce que el HMA tiene ecógrafo

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------|----------------|---|-----------|------|-------------------------|-------------------------|
| Habilitante | Organización | Solo conoce que el HMA tiene ecografo | 132 | 100% | | |
| Habilitante | Organización | Esperó más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud | 87 | 66% | 9.301 | 0.002 |
| Habilitante | Organización | Ha tardado más de 60 minutos en ser atendido en consultorio de oncología HMA | 72 | 55% | 5.289 | 0.021 |
| Habilitante | Financiamiento | Ha gastado entre 501 a 1000 Soles en su salud | 71 | 54% | 3.899 | 0.048 |

Esperar más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta acudir a un establecimiento de salud

Las personas que han esperado más de 24 semanas (el máximo tiempo de espera observado en la muestra) desde el inicio de sus síntomas hasta acudir a un establecimiento de salud presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Solo conocer el servicio de ecografía del HMA (no saben que el HMA también brinda tomografía o resonancia) y no tener trabajo.

Tabla N° 69
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Organización
Esperó más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al
establecimiento de salud

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------|----------------|---|-----------|------|-------------------------|-------------------------|
| Habilitante | Organización | Esperó más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud | 109 | 100% | | |
| Habilitante | Organización | Solo conoce que el HMA tiene ecografo | 87 | 80% | 9.301 | 0.002 |
| Habilitante | Financiamiento | No tiene trabajo | 39 | 36% | 4.649 | 0.031 |

Tardar más de 60 minutos para ser atendido en el consultorio de Oncología del HMA

Las personas que han esperado más de 60 minutos (el máximo tiempo de espera observado en la muestra) para ser atendidos en el consultorio de Oncología del HMA presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: No tener trabajo y solo conocer el servicio de ecografía del HMA (no saben que el HMA también brinda tomografía o resonancia).

Tabla N° 70
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Organización
Ha tardado más de 60 minutos en ser atendido en el Consultorio de
Oncología del HMA

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|--------------------|---------------------|---|-----------|-----|-------------------------|-------------------------|
| Habilitante | Organización | Ha tardado más de 60 minutos en ser atendido en consultorio de oncología HMA | 91 | | | |
| Habilitante | Financiamiento | No tiene trabajo | 35 | 38% | 6.536 | 0.011 |
| Habilitante | Organización | Solo conoce que el HMA tiene ecografo | 72 | 79% | 5.289 | 0.021 |

No encontrar disponibilidad de medicamentos en la farmacia del HMA.

Las personas que no encontraron disponibilidad de medicamentos en la farmacia del HMA presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Tener que pagar por sus medicamentos en forma particular, y tener que pagar por exámenes de laboratorio en forma particular.

Tabla N° 71
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Organización
No hubo disponibilidad de medicamentos

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|--------------------|---------------------|---|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Habilitante | Organización | No hubo disponibilidad de medicamentos | 106 | 100% | | |
| Habilitante | Financiamiento | Pagó por medicamentos en forma particular | 90 | 85% | 59.270 | 0.000 |
| Habilitante | Financiamiento | Pagó por exámenes en forma particular | 40 | 38% | 7.616 | 0.006 |

Realizarse exámenes de laboratorio fuera del HMA.

Las personas que se vieron en la necesidad de realizar sus exámenes de laboratorio fuera del HMA presentan otra limitación cuya relación es estadísticamente significativa, esta es: Tener que pagar por sus exámenes de laboratorio en forma particular.

Tabla N° 72
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Habilitantes / Indicadores de Organización
Se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|----------------|----------------|--|-----------|------|-------------------------|-------------------------|
| Habilitante | Organización | Se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital | 53 | 100% | | |
| Habilitante | Financiamiento | Pagó por exámenes en forma particular | 23 | 43% | 6.641 | 0.010 |

4.4. Interacción de los factores necesarios / indicadores de percepción.

Los indicadores de percepción interactúan principalmente con indicadores demográficos y con indicadores de financiamiento. Los indicadores de percepción no interactúan con indicadores organización u otros indicadores de percepción.

Tabla N° 73
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Necesarios / Indicadores de Percepción

| Factores necesarios / indicadores de percepción | Demo- gráficos | Finan- ciamiento | Organi- zación | Percep- ción |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| Tiene anemia moderada o severa | 1 | 1 | | |
| Ha requerido más de un tratamiento en combinación (Cirugía, Quimioterapia o Radioterapia) | 1 | 1 | | |
| Su principal proveedor de información de cáncer no es un médico | | 1 | | |
| Mide menos de 1.5 metros | 1 | | | |

Tener anemia moderada o severa.

Las personas que tuvieron anemia moderada o severa presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Haber estudiado como máximo hasta la primaria y tener que recurrir al préstamo, venta de bienes o dos o más actividades para financiar su tratamiento.

Tabla N° 74
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Necesarios / Indicadores de Percepción
Tiene anemia moderada o severa

| Tipo de Factor Necesarios | Indicador Percepción | Limitantes potenciales Tiene anemia moderada o severa | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|---------------------------|----------------------|--|-----------|------|-------------------------|-------------------------|
| | | | 51 | 100% | | |
| Predisponente | Demográfico | Escolaridad: Primaria o Ninguna Recurrió al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para financiar su tratamiento | 26 | 51% | 9.641 | 0.002 |
| Habilitante | Financiamiento | | 23 | 45% | 6.742 | 0.009 |

Requerir más de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia).

Las personas que tuvieron la necesidad de requerir más de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia) presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Dejar de trabajar y proceder de un hogar del tipo multifamiliar.

Tabla N° 75
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Necesarios / Indicadores de Percepción
Ha requerido más de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia)

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|-------------------|-------------------|--|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Necesarios | Percepción | Ha requerido más de un tratamiento en combinación (Cirugía, Quimioterapia o Radioterapia) | 22 | 100% | | |
| Habilitante | Financiamiento | Dejó de trabajar | 21 | 95% | 8.597 | 0.003 |
| Predisponente | Demográfico | Multifamiliar | 12 | 55% | 4.128 | 0.042 |

Tener como principal proveedor de información de cáncer a alguien que no es médico.

Las personas cuyo principal proveedor de información acerca del cáncer no es un médico presentan otra limitación cuya relación es estadísticamente significativa, esta es: No tener trabajo.

Tabla N° 76
HOSPITAL MARÍA AUXILADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Necesarios / Indicadores de Percepción
Su principal proveedor de información de cáncer no es un médico

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|-------------------|-------------------|--|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Necesarios | Percepción | Su principal proveedor de información de cáncer no es un médico | 89 | 100% | | |
| Habilitante | Financiamiento | No tiene trabajo | 33 | 37% | 4.434 | 0.035 |

Medir menos de 1.5 metros.

Las personas que miden menos de 1.5 metros presentan otra limitación cuya relación es estadísticamente significativa, esta es: Ser mujer.

Tabla N° 77
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Interacción de Factores Necesarios / Indicadores de Percepción
Mide menos de 1.5 metros

| Tipo de Factor | Indicador | Limitantes potenciales | Pacientes | % | Chi-cuadrado de Pearson | Significancia bilateral |
|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Necesarios | Percepción | Mide menos de 1.5 metros | 36 | 100% | | |
| Predisponente | Demográfico | Es de sexo femenino | 32 | 89% | 5.427 | 0.020 |

CAPITULO VI: DISCUSIÓN

Según el objetivo general, determinar las brechas de acceso al tratamiento oncológico en el hospital María Auxiliadora en el año 2019, obtuvimos los siguientes resultados referente al tipo de cáncer más frecuente en la población estudiada se encontró al de mama en las mujeres con 49%, y el cáncer del tubo digestivo en el sexo masculino con 37%, como los más prevalentes. Cuando lo comparamos con las estadísticas por frecuencia de presentación, estos tumores se encuentran entre los cuatro tipos más frecuentes en Lima, como es reportado en el registro de base poblacional de Lima metropolitana 2010-2012 (5). Estos hallazgos podrían estar relacionado a los hábitos de occidentalización de nuestra población donde hay poco consumo de frutas y verduras, realizar poco ejercicio; influencia de los determinantes sociales relacionados a la escasa calidad de servicios de saneamiento ambiental como agua segura, pobreza, con la consiguiente posibilidad disminuida de mejoras en las condiciones de vida y educación, como sabemos, en estas condiciones se encuentran una enorme población en el Perú, principalmente en es estrato económico medio-bajo (4). La población que acude al hospital María Auxiliadora pertenece al grupo socioeconómico E donde ingreso económico mensual está en un promedio de 1300 nuevos soles (35).

Para realizar el estudio de brechas de acceso al tratamiento en el departamento de oncología hospital María Auxiliadora, utilizamos el modelo conductual de Ronald Andersen (21) sobre el uso de servicios de salud, donde se consideran los siguientes factores: predisponentes, habilitantes y factores necesarios. Abordar el problema de

brechas de acceso con estos factores permite evaluar la carencia de atención oncológica de manera integral a partir de una encuesta, desde la perspectiva del paciente, que en la administración moderna es el centro de la atención en salud. No se abordó el estudio de brechas según determinación de la capacidad instalada, como recurso humano o camas, etc., ni en función de la demanda rechazada.

Cada uno de los factores están compuestos por diferentes variables que permiten abordar la brecha de acceso a la salud de una manera más integral.

Los factores predisponentes están compuestos por los siguientes diez indicadores demográficos: edad; sexo; escolaridad; ocupación; composición familiar; mitos, creencias y como afrontamiento psico-social ante el diagnóstico de cáncer los tabúes en torno al cáncer; miedo al diagnóstico; miedo a las intervenciones quirúrgicas; sentimientos de impotencia y vergüenza a mostrar el cuerpo en el momento del examen clínico. Dentro de los indicadores considerados como factores habilitantes tenemos a los relacionados con el financiamiento como condición económica, gasto y aseguramiento en salud, factores habilitantes relacionados con organización de los servicios como: infraestructura en el área oncológica, número de camas en hospitalización, dimensión de los consultorios, distribución de hospitalización, recurso humano especializado, equipamiento, horario de atención, tiempo de espera para la atención desde que presentó los síntomas, tiempo de espera para la atención en el servicio oncológico, tiempo que utiliza para llegar al servicio oncológico, tiempo para utilizar los diferentes servicios en su atención, indicadores también evaluados desde el punto de vista de la percepción de los pacientes.

Entre los factores necesarios tenemos: aspectos relacionados a la persona en el aspecto psíquico como sentimientos sobre la enfermedad, conocimiento de la enfermedad, percepción sobre la atención recibida, aspecto físico como estado funcional del paciente, estado clínico, tipo de tratamiento, peso, talla, hemoglobina (factores relacionados a la condición física de la persona).

Cuando evaluamos los factores predisponentes como la edad, los que son mayor de 65 años sufren algún tipo de brecha de acceso, porque en nuestro país, estos pacientes requieren acudir a los establecimientos con acompañamiento de algún familiar, nuestra población de edad mayor tienen un alto grado de dependencia y si consideramos que el cáncer se presenta con mayor frecuencia en la edad adulta, hemos encontrado que el 21% de los encuestados corresponde a esta edad. En cuanto al sexo, el 74% de la población de estudio correspondió al grupo femenino, es un hallazgo esperado dado a que las mujeres son las que utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia (24) también debemos relacionarlo con la prevalencia del tipo de cáncer que ellas padecen como cáncer de cuello uterino y mama(5) .

Escolaridad Primaria o Ninguna:

En lo referente a la escolaridad, los que tienen primaria o ninguna educación, presentan limitaciones cuyo resultado es estadísticamente significativa, cuando se relaciona a Ser mayor de 65 años ($p:0.000$), no tener trabajo ($p:0.001$); debemos entender que la población económicamente activa se encuentra justamente entre 20 y 65 años, y cuando se diagnostican de cáncer, esta población se ve afectada porque muchos tienen que ausentarse del trabajo para recibir los tratamientos, y entonces se

vuelven más vulnerables porque pueden perder el empleo, aunado a que más del 70% de nuestra población pertenece al grupo informal, donde no tienen los derechos de un trabajo formal. Si a esto le agregamos que las quimioterapias o los tratamientos oncológicos de alguna manera producen anemia moderada o severa ($P:0.002$) con desmedro en la fuerza física y que influye negativamente en la persona y su percepción respecto al trabajo va a ser identificada como no tener una ocupación definida ($p:0.041$). El hallazgo de educación primaria o ninguna se comporta como brecha de acceso, debido a que las personas con esta condición tienen menos oportunidad de entendimiento sobre indicaciones de procedimientos para atención o de reclamo sobre su condición para una atención oportuna, contrario a los que tienen educación superior, quienes hacen prevalecer su derecho en cuanto a la oportunidad de inicio de tratamiento, al tipo de tratamiento a recibir, esto es corroborado por Riley (30) en su estudio sobre disparidades de la atención de salud, donde al asociarlo con la edad, encontramos que la edad avanzada, mayor de 65 años, y la condición socioeconómica baja o de escasos recursos influyen negativamente en la salud, aumentando las brechas al acceso, en este caso al acceso a la atención oncológica (31).

Ser mujer.

Las mujeres presentan otras limitaciones cuya diferencia entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa, estas son: Medir menos de 1.5 metros ($p: 0.020$), no tener trabajo ($p: 0.042$) y tener miedo a las intervenciones quirúrgicas ($p: 0.043$). La talla baja puede ser una limitante al momento de estructurar los tipos de tratamiento donde las indicaciones se realizan utilizando la superficie corporal, los que generalmente se basan en esquemas terapéuticos que han sido diseñados en los estudios de

investigación o de un protocolo basal, realizados en un prototipo diferente a la nuestra, resultados que son extrapolados a nuestra población, lo que puede constituir una limitante o brecha en nuestros pacientes. El tener miedo a las intervenciones quirúrgicas es una condición que encontramos en nuestra población, que es una creencia arraigada a lo que escuchan de la familia, amigos, vecinos, porque creen que si se toca el tumor se disemina, y sobretodo en mujeres, lo que se comporta como un factor que limita el acceso ya que los procedimientos que se realizan para el diagnóstico de cáncer están muy ligados a actividades de tipo quirúrgico, y por lo tanto se requiere la firma del consentimiento informado para que se les pueda realizar dichos procedimientos.

Tener miedo al diagnóstico de cáncer.

Las personas que tienen miedo al diagnóstico de cáncer presentan limitaciones cuya diferencia entre lo esperado y observado es estadísticamente significativa, estas son: tener miedo a las intervenciones quirúrgicas ($p:0.00$), tener sentimientos de impotencia con relación al cáncer ($p:0.00$), sentir vergüenza a mostrar su cuerpo al momento del examen médico ($p:0.011$), y haber necesitado pagar por exámenes en forma particular ($p:0.038$). Hay muchos miedos y mitos que si no se superan van a comportarse como brechas que impiden acceder a la atención oncológica, en este sentido hay tratamientos psicológicos de integración mente y cuerpo para manejar las incertidumbres y los miedos que facilitarán la superar estos sentimientos negativos durante el diagnóstico, tratamiento y en la supervivencia del paciente con cáncer ya que si no se recibe la información sobre el diagnóstico no se podrán realizar los tratamientos que son multidisciplinarios, de larga data y con un componente importante de eventos adversos. Todos estos procesos producen en el paciente oncológico mucho miedo, estrés (33)(34),

sin embargo en nuestros establecimientos no se manejan de esta manera, porque dentro del equipo que atiende no se tiene incorporado a psicólogos, nutricionistas, etc.

El gasto de bolsillo para un paciente con enfermedad crónica influye negativamente y limita el acceso, especialmente para la población que se atiende en el hospital Maria Auxiliadora que mayormente se encuentra en el estrato “E” socioeconómico, donde su ingreso bordea los 1300 soles (35). Para el inicio de los tratamientos oncológicos es requisito fundamental tener un adecuado estadiaje, donde se incluye ecografías, y necesariamente la tomografía, que sí el establecimiento no lo tiene dentro de su equipamiento en el área de radiodiagnóstico, como es el caso del hospital Maria Auxiliadora, el paciente tiene que realizar la compra del servicio con su pecunio lo cual genera empobrecimiento. Agregarle el gasto de compra de exámenes como tomografía cuyo costo esta alrededor de 800 soles para estadiaje, significa una reducción importante de su ingreso económico, por eso decimos que genera empobrecimiento, ya que su ingreso mensual bordea los 1300 nuevos soles, ubicándose en el grupo “E” socioeconómico (35).

Sin embargo desde que se promulgo el DS 009-2012 donde se impulsa el acceso a los servicios oncológicos, hay financiamiento del Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL) de los tipos de neoplasias malignas priorizadas como leucemia, linfoma, cáncer de mama, cuello uterino, linfoma, cáncer de colon, estómago, y aquellos que no se encuentran en el Fondo Intangible Solidario en Salud (9) son cubiertos por el Sistema Integrado de Salud (SIS), todo ello es con la finalidad de mitigar las carga financiera, sin embargo si el establecimiento no cuenta con el adecuado equipamiento, el paciente sigue con gasto de bolsillo. Otro problema es que no se ha logrado expandir los

servicios a nivel de establecimientos de salud público en tres rubros importantes como: personal especializado, equipamiento e infraestructura lo que significa que tenemos servicios con poca capacidad resolutive, provocando una saturación del servicio, retrasos en los diagnósticos e incios de tratamiento, con el alto riesgo de afectar la oportunidad y calidad de la atención de pacientes, a pesar de que la mayoría de la población tiene afiliación al seguro integral (32)(17) buscando una cobertura universal en salud. Para poder decir que se logra esta ansiada definición que proporciona la OMS sobre cobertura universal se tiene que brindar el acceso a los servicios de salud con calidad para ello deben tener una oferta disponible en infraestructura, equipamiento, personal calificado y protección del riesgo financiero, y esto difícilmente se podría lograr en el hospital Maria Auxiliadora porque hay un gran déficit de equipamiento básico como tomografía e infraestructura física por tugurización de los espacios físicos principalmente, falta de equipo de radioterapia, pilar fundamental en el tratamiento oncológico(32).

No tienen ninguna ocupación.

Las personas que no tiene ninguna ocupación presentan limitación cuya relación es estadísticamente significativa con la variable Haber estudiado máximo hasta la primaria ($p:0.000$); posiblemente es porque las persona que no tienen trabajo presentan muchas dificultades con la disponibilidad de los recursos económicos que podría necesitar para adquirir los insumos no provistos por la institución.

Proceden de hogares de tipo multifamiliar.

Las personas que proceden de hogares multifamiliares presentan limitación cuya relación es estadísticamente significativa, con: Haber requerido más de un tratamiento

en combinación (quimioterapia, radioterapia, cirugía) para dar tratamiento al cáncer (p:0.042), esto tendría como explicación que los pacientes que acuden a una institución pública generalmente son de estrato económico medio-bajo donde las familias son numerosas, y tienen que recibir la atención en servicios públicos como nuestro hospital donde hay limitada capacidad para disponer de los recursos necesarios para la atención como es deficiencias en equipamiento de imágenes como tomografía, resonancia magnética, muy necesarios para el estadiar las enfermedades malignas, equipos y servicio de radioterapia, además se debe agregar que nuestros pacientes llegan con enfermedad avanzada (36).

No tienen trabajo.

Las personas que no tienen trabajo presentan las siguientes limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, como: Ser mayores de 65 años (p:0.000), haber estudiado como máximo la primaria(p:0.001), haber tardado más de 60 minutos para ser atendido en el consultorio de Oncología del HMA (p:0.011), haber esperado más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta recibir atención (p:0.031), todos estos indicadores tienen que ver con el grado de instrucción donde tener instrucción básica como la primaria limita al momento de conseguir un trabajo, de poder interiorizar la importancia de buscar un servicio de salud para realizarse un tamizaje de los tipos de cáncer tamizables o cuando hay algún síntoma; asimismo estas personas tienen limitado conocimiento o desconocen sobre sus derechos como persona y como hacer que los respeten en un estado indolente que no tiene condiciones para brindar una atención de salud de manera equitativa. En el análisis situacional del cáncer en el Perú 2019 (37), podemos ver que muchos de estos indicadores encontrados en el presente

estudio como una población con instrucción predominantemente básica como la primaria, la pobreza que si bien tiene una tendencia a ser disminuida en los años 2007 al 2017 de 42,4 a 21,7% de la población peruana, tienen efectos negativos sobre las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, ya que hay evidencias que los pacientes que viven en pobreza se realizan el diagnóstico de cáncer en estadio avanzados y están más expuestos a los factores de riesgo. Por eso es importante preparar estrategias de intervención abordando las determinantes sociales para reducir las disparidades en la salud (29).

Pagar por exámenes en forma particular.

Las personas que han tenido que pagar sus exámenes en forma particular presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: No encontrar disponibilidad de medicamentos en HMA ($p:0.006$), haberse realizado exámenes de laboratorio fuera del HMA ($p:0.010$), haber tenido que pagar sus medicamentos en forma particular ($p:0.035$), estas condiciones nos indican que los pacientes oncológicos ven afectado su condición socioeconómica porque el sistema de salud no tiene disponibilidad de recursos de infraestructura y equipamiento que permitan brindar una atención de calidad y oportunidad, ocasionando empobrecimiento. Entre los pacientes que padecen cáncer y la población en general Tener miedo al diagnóstico de cáncer ($p:0.038$), y presentar dificultades para obtener una cita en el consultorio de Oncología del HMA ($p:0.039$), se comportan como barrera para obtener la atención (24). El tener miedo es un mito que dificulta que estas personas acudan a los establecimientos de salud y si esto se suma a la dificultad para encontrar

una cita, ocasiona que los pacientes con cáncer pierdan la oportunidad de tratamiento, y sabemos que en esta enfermedad es crucial brindar un tratamiento de forma oportuna. Hay mejoras en el financiamiento de los pacientes con cáncer mediante el FISSAL y SIS, sin embargo no ha habido mejoras en la implementación de más y mejores servicios oncológicos desde que se ha implementado la cobertura universal de salud, por lo que estos pacientes siguen empobreciéndose con el gasto de bolsillo y no tienen oportunidad de tratamiento por las carencias de infraestructura y equipamiento.

Dejar de trabajar como consecuencia del cáncer.

Las personas que han tenido que dejar de trabajar como consecuencia del diagnóstico de cáncer presentan limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, con : Haber requerido más de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia) ($p:0.003$), sabemos que los tratamientos oncológicos son multidisciplinarios para lograr los objetivos terapéuticos contra la enfermedad, por lo que probablemente estos pacientes tengan dificultades en continuar trabajando, sobretodo si reconocemos que mas del 70% de nuestra población económicamente activa, tiene labores informales, lo cual les limita en tener descanso laboral con derecho a pago. También presentan dificultades para conseguir una cita en el consultorio de Oncología del HMA ($p:0.039$), una de las probables causas puede ser la poca disponibilidad de especialistas, siendo un problema que hace que las brechas de diagnóstico y tratamiento se vean limitadas, las que se potencian porque los profesionales médicos y los administrativos no tienen la formación de los especialistas en las diferentes subespecialidades oncológicas, la formación de estos especialistas no son

priorizados, a pesar de que en el país la tasa de mortalidad es muy alta según ASIS de cáncer, para el años 2016 es la segunda causa de muerte en el Perú con 122 X 100 000 habitantes(36).

Pagar por medicamentos en forma particular.

Las personas que han tenido que pagar por sus medicamentos en forma particular presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: No encontrar disponibilidad de medicamentos en la farmacia del HMA (p:0.000), y verse en la obligación de pagar por exámenes en forma particular (p:0.035), ambas generan gasto de bolsillo en los encuestados (según OMS el gasto de bolsillo es el pago que realiza la persona en salud y que no es reembolsable), que en porcentaje representa un 61% semejante a lo encontrado en el estudio realizado por la Encuesta Nacional de Hogares de 66,6% en el período 2012- 2019, por compra de medicamentos en farmacias o boticas externos a la institución donde se atiende.

Recurrir al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para financiar su tratamiento.

Las personas que han tenido que prestarse dinero, vender sus bienes o realizar dos o más actividades para poder financiar su tratamiento presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Tener anemia moderada o severa (p:0.009) y sentir vergüenza de mostrar su cuerpo en las exámenes médicas(p:0.045), entonces podemos decir que los pacientes afectados por un cáncer tienen afectado no solo el componente físico, sino hay un componente emocional y social que se comportan finalmente como barreras al momento de recibir la atención médica.

Gastar entre 501 y 1000 Soles para costear la atención de su salud.

Las personas que han tenido que gastar entre 501 y 1000 soles (la escala más alta de gasto en la muestra analizada) para poder financiar su tratamiento presentan otra limitación cuya relación es estadísticamente significativa, esta es: Solo conocer que el HMA brinda el servicio de ecografía ($p:0.048$), sin reconocer que hay otros servicios como tomografía, resonancia o equipos que son necesarios para realizar el diagnóstico, e iniciar el tratamiento así como equipos de radioterapia que se utilizan en el tratamiento con radiación medicinal, uno de los pilares del tratamiento oncológico, y como el hospital no cuenta con ellos deben comprarse el servicio a través de gasto de bolsillo, porque si esperan a que el trámite se realice con pago del SIS, hay demora y eso ocasiona demora en el inicio de los tratamientos, por lo tanto el equipo gerencial del hospital debería asumir los retos de proponer proyectos de inversión que permitan adquirirlos, de esa manera no tendrían que comprar el servicio externo donde el costo es mayor de lo que el SIS reembolsa, y el paciente no tendría gasto de bolsillo por compra de estos servicios.

Dificultad para conseguir una cita en el Consultorio de Oncología del HMA.

Las personas que han tenido dificultades para conseguir una cita en el consultorio de Oncología del HMA presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: no recibir a tiempo los resultados de sus exámenes de laboratorio ($p:0.023$), haber dejado de trabajar ($p:0.039$) y verse obligados a pagar sus exámenes en forma particular ($p:0.039$), como vemos estas interacciones de factores de organización en la institución se comportan negativamente en los tratamientos que

requieren los pacientes, ya que ocasionan demoras en las citas, los pacientes deben acudir más veces al establecimiento generando inconvenientes en sus labores, en tener que disponer de algún acompañante por lo que el establecimiento de salud debe mejorar la organización de sus procesos, de tal manera que se pueda brindar un servicio centrado en el paciente. A esto debemos agregar que hay personas que han esperado más de 24 semanas (el máximo tiempo de espera observado en la muestra) desde el inicio de sus síntomas hasta acudir a un establecimiento de salud ($p:0.002$), lo que nos muestra la poca adherencia a la cultura preventiva de nuestra población, o desinformación o escaso trabajo en los establecimientos de salud que pertenecen a los establecimientos del primer nivel de atención, siendo una de las probables razones por qué encontramos pacientes con enfermedad avanzada, en estadios avanzados, donde las intervenciones terapéuticas tienen poca efectividad y la posibilidad de curación es mínima.

Dentro de los factores habilitantes también encontramos que los pacientes que tuvieron que pagar por exámenes de laboratorio fuera del hospital, afecta su atención ya que tienen que hacer gasto de bolsillo y buscar un proveedor externo del que no se conoce la condición de procesamiento de las pruebas, y no tienen control de calidad.

Tener anemia moderada o severa.

Un factor necesario como la anemia sobretodo la severa se comporta como un factor que limita el acceso en paciente con cáncer, debido a que se comporta como una discapacidad porque imposibilita que el paciente sea independiente, necesitando siempre la compañía de un cuidador, esto lo reporta Owusu, (31) donde encontró que una cohorte de personas mayores de 65 años con anemia se asociaba de forma

independiente con la discapacidad funcional y que la asociación independiente entre anemia y discapacidad funcional no se explicaba por el sexo, el estadio del cáncer o la pérdida de peso involuntaria en los últimos seis meses. Los pacientes mayores con cáncer y anemia (en comparación con aquellos sin anemia) tenían más del doble de probabilidades de tener una discapacidad funcional.

Las personas que tuvieron anemia moderada o severa presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Haber estudiado como máximo hasta la primaria ($p:0.002$) y tener que recurrir al préstamo, venta de bienes o dos o más actividades para financiar su tratamiento ($p:0.009$), nuevamente evidenciamos como los determinantes sociales de la salud interactúan y se convierten en brechas de acceso a la atención oncológica.

Requerir más de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia).

Las personas que tuvieron la necesidad de requerir más de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia) presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Dejar de trabajar ($p:0.003$) y proceder de un hogar del tipo multifamiliar ($p:0.042$). Cuando el paciente deja de trabajar limita su condición económica, y si proviene de un hogar multifamiliar esta condición empeora ya que tendrá que repartir la precariedad económica entre varios componentes de la familia.

Tener como principal proveedor de información de cáncer a alguien que no es médico.

Las personas cuyo principal proveedor de información acerca del cáncer no es un médico presentan otra limitación cuya relación es estadísticamente significativa, esta es: No

tener trabajo ($p:0.035$). Cuando valoramos la calidad de información por tipo de profesional, podemos inferir que aquella emitida por el médico oncólogo es la más certera, sin embargo para aquellos pacientes que manifiestan haber recibido información por otro proveedor presentan una limitación con no tener trabajo, de repente porque no se han quedado satisfechos con la información recibida y deben ausentarse del trabajo y como las consultas ofrecidas por el médico especialista generalmente son en turno diurno, esto puede superponerse con el horario de trabajo y la persona tiene que ausentarse del trabajo para que el profesional pueda brindarle la información. Se sabe que en los establecimientos de salud públicos como el HMA, los especialistas tienen turno diurno, por lo tanto se superponen con el horario de trabajo. Las ausencias en el centro laboral son causales de despido, entonces con facilidad podrían perder el trabajo. Si no trabajan difícilmente dispondrán del dinero para movilizarse, para buscar la atención de salud, por lo tanto se convierte en un círculo vicioso, más enfermedad menos trabajo, más pobreza

CONCLUSIONES

Las brechas de acceso al servicio oncológico percibida por el paciente e identificadas por el análisis de los factores predisponentes con diferencias significativas fueron: Tener miedo al diagnóstico (p:0.000), tener sentimientos de impotencia (p:0.000), tener vergüenza de mostrar el cuerpo al momento del examen clínico (p:0.003), ser de sexo femenino (p:0.043), ser mayor de 65 años (p:0.000), y tener escolaridad primaria o no tener estudios (p:0.000).

Las brechas de acceso al servicio oncológico percibidas y determinadas por factores habilitantes con p-valor significativos, según el indicador de organización fueron: La no disponibilidad de medicamentos (p:0.000), pagó por exámenes en forma particular (p:0.035), demora de más de 60 minutos en ser atendido en consultorio de oncología (p:0.011), espera más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud (p:0.031), dificultad para conseguir una cita oncológica (p:0.039), solo conoce que el HMA tiene ecógrafo (p:0.048), gasto entre 501 a 1000 soles en su salud (p:0.048), no tener trabajo (p:0.031), la no entrega oportuna de resultados de exámenes de laboratorio (p:0.023).

Las brechas de acceso por factores habilitantes según indicadores de financiamiento fueron: no tener trabajo (p: 0.011), pagó por exámenes en forma particular (p: 0.035), dejar de trabajar (p: 0.039), pagó por medicamentos en forma particular (p: 0.000),

recurrir al préstamo (p: 0.009), venta de bienes o realizar dos o más actividades para financiar el tratamiento, gasto en salud entre 501-1000 soles en salud (p: 0.048), recurrió al préstamo, venta de bienes, dos o más actividades para financiar su tratamiento (p:0.045).

Dentro de los factores necesarios que se han comportado como brecha para el acceso al servicio oncológico: Tener anemia moderada a severa (p:0.002), haber requerido más de un tratamiento en combinación (cirugía, radioterapia, quimioterapia) (p:0.003), su principal proveedor de información de cáncer no es un médico (p:0.032), talla menos de 1.5 m (p:0.020).

RECOMENDACIONES

- Siendo el cáncer en la mujer, el más frecuente en este estudio, se recomienda como hospital nivel III, fortalecer la implementación de las medidas preventivas en red del cono sur, de tal manera que se pueda realizar el diagnóstico más temprano.
- Debido a que el grupo de personas que presentan cáncer, tienen barreras de atención relacionadas a escolaridad, miedos, vergüenza, impotencia frente al cáncer se recomienda, diseñar estrategias de atención de apoyo psicológico para reducir estas barreras.
- Disminuir las brechas relacionadas a factores habilitantes como pago de exámenes, compra de insumos, medicinas por parte del paciente, mediante el abastecimiento adecuado de farmacia, laboratorio, mejorar el área de imágenes con la compra de un tomógrafo, mejora de la capacidad resolutive del departamento de oncología con equipamiento e implementación del servicio de radioterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 1 de marzo de 2015;136(5):E359-386.
2. OPS OMS | Cancer en las Américas, Perfiles de país, 2013 [Internet]. [citado 17 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9010:2013-cancer-americas-country-profiles-2013&Itemid=40084
3. WHO | Cancer [Internet]. WHO. [citado 17 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
4. Perú, Ministerio de Salud. Analisis de la situacion del cancer en el Peru, 2013. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
5. Paget E, Perez P, Poquioma E, Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2010-2012, DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA DEL CÁNCER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. Volumen V. Lima-Peru 2016.

6. Herrera FG, Bourhis J, Coukos G. Radiotherapy combination opportunities leveraging immunity for the next oncology practice. *CA Cancer J Clin.* enero de 2017;67(1):65-85.
7. asis_2020.pdf [Internet]. [citado 2 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf
8. LEG-8588686602432425615.pdf [Internet]. [citado 1 de abril de 2018]. Disponible en: http://prevencionlaboralrimac.com/Cms_Data/Contents/RimacDataBase/Media/legislaciones/LEG-8588686602432425615.pdf
9. Quienes Somos | FISSAL [Internet]. [citado 1 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.fissal.gob.pe/quienes-somos.aspx>
10. Savedoff WD, Ferranti D de, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet.* 8 de septiembre de 2012;380(9845):924-32.
11. Soyfer V, Geva R, Michelson M, Inbar M, Shacham-Shmueli E, Corn BW. The impact of overall radiotherapy treatment time and delay in initiation of radiotherapy on local control and distant metastases in gastric cancer. *Radiat Oncol Lond Engl.* 23 de marzo de 2014;9:81.
12. Bekelman JE, Deye JA, Vikram B, Bentzen SM, Bruner D, Curran WJ, et al. Redesigning Radiotherapy Quality Assurance: Opportunities to Develop an Efficient, Evidence-Based System to Support Clinical Trials: Report of the National

Cancer Institute Work Group on Radiotherapy Quality Assurance - Buscar con Google [Internet]. [citado 17 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Bekelman+JE,+Deye+JA,+Vikram+B,+Bentzen+SM,+Bruner+D,+Curran+WJ,+et%2%A0al.+Redesigning+Radiotherapy+Quality+Assurance:+Opportunities+to+Develop+an+Efficient,+Evidence-Based+System+to+Support+Clinical+Trials:+Report+of+the+National+Cancer+Institute+Work+Group+on+Radiotherapy+Quality+Assurance&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&dcr=0&ei=ZlytWuT7F4mHgQSXj7eoCA

13. Quijano-Caballero Ó, Munares-García Ó. Protección de derechos en salud en el Perú: experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2016;33(3):529-34.

14. Constitución Política del Perú de 1993.pdf [Internet]. [citado 2 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Parties/Peru/Leyes/constitucion.pdf>

15. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Pública México. enero de 2011;53:s243-54.

16. User S. LEY N° 26842 LEY GENERAL DE SALUD [Internet]. [citado 1 de abril de 2018]. Disponible en: <http://diremid.diresamdd.gob.pe/index.php/leyes/item/1-ley-n-26842-ley-general-de-salud>

17. 29344.pdf [Internet]. [citado 13 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
18. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 30 de marzo de 2018];13(27). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11970>
19. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Med Res Methodol. 26 de julio de 2006;6:35.
20. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anu Investig. 1 de diciembre de 2007;14.
21. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. GMS Psycho-Soc-Med. 25 de octubre de 2012;9:Doc11.
22. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. GMS Psycho-Soc-Med [Internet]. 25 de octubre de 2012 [citado 2 de abril de

2018];9. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488807/>

23. Irfan FB, Irfan BB, Spiegel DA. Barriers to accessing surgical care in Pakistan: healthcare barrier model and quantitative systematic review. *J Surg Res.* julio de 2012;176(1):84-94.

24. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM de, Guimarães AMDN, Gois CFL. Barriers in health care to breast cancer: perception of women*. *Rev Esc Enferm USP.* junio de 2014;48:394-400.

25. Sánchez V G, Laza V C, Estupiñán G C, Estupiñán G L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* diciembre de 2014;32(3):305-13.

26. Fidler MM, Bray F. Global Cancer Inequalities. *Front Oncol* [Internet]. 2018 [citado 1 de septiembre de 2018];8. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2018.00293/full>

27. Walker BB, Schuurman N, Auluck A, Lear SA, Rosin M. Socioeconomic disparities in head and neck cancer patients' access to cancer treatment centers. *Rural Remote Health.* septiembre de 2017;17(3):4210.

28. Castro F, Shahal D, Tarajia M, Velásquez IM, Causadias MT, Herrera V, et al. Baseline characteristics, survival and direct costs associated to treatment of gastric cancer patients at the National Oncology Institute of Panama from 2012 to 2015: a hospital-based observational study. *BMJ Open* [Internet]. 24 de

septiembre de 2017 [citado 2 de septiembre de 2018];7(9). Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5623512/>

29. Thornton RLJ, Glover CM, Cené CW, Glik DC, Henderson JA, Williams DR.

Evaluating Strategies For Reducing Health Disparities By Addressing The Social Determinants Of Health. *Health Aff Proj Hope*. 1 de agosto de 2016;35(8):1416-23.

30. Riley WJ. Health Disparities: Gaps in Access, Quality and Affordability of Medical Care. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2012;123:167-74.

31. Prager GW, Braga S, Bystricky B, Qvortrup C, Criscitiello C, Esin E, et al. Global cancer control: responding to the growing burden, rising costs and inequalities in access. *ESMO Open*. febrero de 2018;3(2):e000285.

32. Gutiérrez C, Romaní Romaní F, Wong P, Del Carmen Sara J. Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *An Fac Med*. enero de 2018;79(1):65-70.

33. Curran L, Sharpe L, Butow P. Anxiety in the context of cancer: A systematic review and development of an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 1 de agosto de 2017;56:40-54.

34. Hall DL, Luberto CM, Philpotts LL, Song R, Park ER, Yeh GY. Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. noviembre de 2018;27(11):2546-58.

35. Características de los niveles socioeconómicos en el Perú [Internet]. Ipsos. [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-pe/caracteristicas-de-los-niveles-socioeconomicos-en-el-peru>
36. asis_2020.pdf [Internet]. [citado 2 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf
37. Perú y Ministerio de Salud - 2013 - Analisis de la situacion del cancer en el Peru, 20.pdf [Internet]. [citado 17 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf

ABREVIATURAS

HMA: Hospital Maria Auxiliadora

MINSA: Ministerio de Salud

SIS: Sistema Integral de Salud

FISSAL: Fondo Intangible solidario de Salud

PEAS: Plan esencial de aseguramiento en salud.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Brechas de acceso al tratamiento oncológico en el hospital María Auxiliadora 2019

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Bustamante Coronado, Reina

Isabel Sede donde se realizará el estudio: Hospital María Auxiliadora.

Invitamos a usted a participar en el presente estudio de investigación médica, por lo que procedemos a informarle que antes de decidir participar o no, debe conocer y comprender en que consiste el estudio. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que no entienda y que le ayude a aclarar sus dudas, si las tiene.

Como estudiante de la maestría en Alta Gerencia de los Servicios de Salud, de la Universidad Científica del Sur, estoy realizando un estudio, con el propósito de recopilar información necesaria para caracterizar las brechas de acceso al tratamiento oncológico en el hospital María Auxiliadora; por lo que solicito su colaboración para responder la presente encuesta.

El estudio ayudará a tener un mejor entendimiento sobre las dificultades por las que atraviesa el paciente con diagnóstico de cáncer tanto en lo social, económico, cultural y en lo geográfico. Con estos resultados se podrán plantear posibles soluciones a la problemática presentada en la atención que brinda nuestro hospital, en el área oncológica.

Debo aclarar que su participación es totalmente voluntaria y que los participamos en la investigación y encuesta le garantizamos la confidencialidad de la información aportada, sin que ésta represente riesgo alguno para usted.

Yo _____ he leído y comprendido la información y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

INSTRUMENTO DE ENCUESTA

POR FAVOR RESPONDER LA INFORMACION SOLICITADA
A CONTINUACION

FILIACIÓN: N° de DNI:

DIAGNÓSTICO: _____

BRECHAS DE ACCESO POR FACTORES PREDISPONENTES:

Edad: _____ años Sexo: M F

Procedencia:

_____ SEXO _____ RAZA: blanca; mestiza; negra.....

OCUPACION: Tec () Prof ()

No Prof. ()

COMPOSICION FAMILIAR: unifamiliar () multifamiliar ()

Escolaridad:

3

Mitos, Creencias y tabúes en relación a la enfermedad:

1) Cáncer es mortal 2) Si tocan el tumor se siembra 3) es contagioso 4)
es provocado por golpes 5) Es causado por un daño _____

Miedo al diagnóstico: si no

Miedo a las intervenciones: si no

Sentimientos de angustia: Si no

Sentimientos de impotencia: si no

Vergüenza de mostrar el cuerpo: si no

BRECHAS DE ACCESO POR FACTORES

HABILITANTES: 1-FINANCIAMIENTO:

ECONOMICO

¿Usted tiene
trabajo?

dependiente

independiente: Si No tipo

¿Cuánto gana?

Cuanto es lo que invierte la familia en salud (soles): 100 () 101-200 () 201-300 () 301-500 () 501-930 ()

¿Por su enfermedad usted ha dejado de trabajar? SI NO

¿Ha tenido que pagar por algún examen? Sí No

¿Ha comprado medicamentos no disponibles en el hospital? Si no

¿Algún gasto económicos que conlleva su enfermedad, como lo ha afrontado?

0) Préstamo 1) Ahorros de la familia 2) Actividades económicas profundo

3) Venta de bienes 4)

Otro Tiene seguro de salud: si

no

Si es si cual es el tipo: SIS ESSALUD PRIVADO

ORGANIZACIÓN

Cree usted que el espacio físico donde lo/la atienden es: muy bueno bueno regular malo muy malo

Número de camas: muy bueno ()bueno () regular ()malo ()muy malo (). El número de consultorios es:

Muy bueno()bueno () regular ()malo ()muy

malo (). La distribución de la hospitalización es:

Muy buena () buena () regular () malo () muy mala ()

Ha tenido dificultad para conseguir una cita especializada en Oncología: si () no ()

Si es si: en donde ha tenido dificultad: cirugía oncológica () ginecología Oncológica () cirugía oncológica de mamas () medicina oncológica () radioterapia()

Le parece que el equipamiento del hospital es: muy bueno bueno regular malo muy malo

El hospital dispone de estos exámenes:

Tomografía () Resonancia () Ecografía ()

Ha dejado de recibir atención por ausencia de algún médico: si () no ()

Si es sí: Medicina oncológica () cirugía oncológica () ginecología oncolog () radioterapia () patología mamaria ()

Cuanto tiempo pasó desde que presentó los síntomas y acudió a un

establecimiento de salud:.....días meses años

Cuanto presentó la sintomatología a que establecimiento de salud acudió:

.....Por qué?.....

Cuando va a farmacia a recoger su receta, ha encontrado todo lo que le

indican: si () no ()

Si es no, que medicamento faltó:-----

Cuando recoge sus exámenes de laboratorio le entregan en la fecha que le

indican: Si () No ()

Cuando recoge sus imágenes radiológicas le entregan en la fecha que le

indican: SI () no ()

Motivos por los que no entregan a tiempo: falta informe () mal tomados ()

ausencia de personal ()

¿Ha tenido que realizarse exámenes de laboratorio fuera del hospital?: Si

No Si es si, cual o cuales exámenes.....

Cuánto tiempo se demoró en otras especialidades y/o hospitales hasta ser
evaluado por un oncólogo? _____ días

¿En cuánto tiempo le asignaron una cita en el departamento de oncología?

días

Cuanto tiempo esperó para que lo atendieran el día de su cita
en oncología?___

BRECHAS POR FACTORES NECESARIOS

Percepción del paciente

A usted la enfermedad que padece le produce miedo: muchísimo () mucho
() algo() poco () nada ()

Que sabe sobre el cáncer :.....

Como recibió información sobre el cáncer: médico oncólogo () Enfermera ()
tec enf () medios de comunicación () otros.....

Cómo calificaría la atención recibida por:

Médicos: 1) Muy bueno 2) Bueno 3) Regular 4) Deficiente 5)
Pésimo

Enfermería: 1) Muy bueno 2) Bueno 3) Regular 4) Deficiente 5)
Pésimo

Índice de Gráficos

Grafico 1: Factores predisponentes /indicador demográfico: Porcentaje de la muestra con limitantes potenciales.

Grafico 2: Factor habilitantes/ indicador financiamiento: porcentaje de la muestra con limitantes potenciales.

Grafico 3 :Factor habilitante/indicador organización: porcentaje de muestra con limitantes potenciales.

Grafico 4: factores habilitantes/organización, factores necesarios indicador percepción.
Porcentaje de la muestra con limitantes potenciales.

Índice de Tablas

Tabla 1: Diagnóstico de cáncer y sexo

Tabla 2: Factores predisponentes: edad

Tabla 3: Factores predisponentes: sexo

Tabla 4: Factores predisponentes: raza

Tabla 5: Factores predisponentes: grado de instrucción

Tabla 6: Factores predisponentes: ocupación

Tabla 7: Factores predisponentes: composición familiar

Tabla 8: Factores predisponentes: mitos, creencias, tabúes.

Tabla 9: Factores predisponentes: miedo al diagnóstico

Tabla 10: Factores predisponentes: miedo a las intervenciones

Tabla 11: Factores predisponentes: sentimientos de impotencia.

Tabla 12: Factores predisponentes: vergüenza a mostrar el cuerpo.

Tabla 13: Factores habilitantes: estado laboral.

Tabla 14: Factores habilitantes: nivel de ingreso.

Tabla 15: Factores habilitantes: monto de inversión

Tabla 16: Factores habilitantes: pérdida del trabajo por enfermedad.

Tabla 17: Factores habilitantes: obligación de pago por exámenes.

Tabla 18: Factores habilitantes: obligación de pago por medicinas.

Tabla 19: Factores habilitantes: afrontamiento económico.

Tabla 20: Factores habilitantes: tenencia de seguro.

Tabla 21: Factores habilitantes: tipo de seguro.

Tabla 22: Factores habilitantes: percepción del espacio físico.

Tabla 23: Factores habilitantes: percepción del numero de camas.

Tabla 24: Factores habilitantes: percepción del numero de consultorios.

Tabla 25: Factores habilitantes: percepción de la distribución de hospitalización.

Tabla 26: Factores habilitantes: percepción de las dificultades para conseguir una cita en oncología.

Tabla 27: Factores habilitantes: percepción del equipamiento médico.

Tabla 28: Factores habilitantes: disposición de exámenes médicos.

Tabla 29: Factores habilitantes: ausencia del médico.

Tabla 30: Factores habilitantes: tiempo desde el inicio de síntomas hasta ir al establecimiento de salud.

Tabla 31: Factores habilitantes: establecimiento de salud.

Tabla 32: Factores habilitantes: disponibilidad de medicamentos.

Tabla 33: Factores habilitantes: puntualidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio.

Tabla 34: Factores habilitantes: puntualidad en la entrega de resultados de exámenes de imágenes.

Tabla 35: Factores habilitantes: necesidad de realizarse exámenes fuera del hospital.

Tabla 36: Factores habilitantes: tiempo que demora en otras áreas.

Tabla 37: Factores habilitantes: tiempo en asignar una cita en oncología.

Tabla 38: Factores habilitantes: tiempo de espera en el consultorio de oncología.

Tabla 39: Factores necesarios: miedo al cáncer.

Tabla 40: Factores necesarios: principal proveedor de información acerca del cáncer.

Tabla 41: Factores necesarios: calidad de atención médica.

Tabla 42: Factores necesarios: calidad de atención de enfermería.

Tabla 43: Factores necesarios: calidad de atención administrativa.

Tabla 44: Factores necesarios: hospital de alternativa oncológica.

Tabla 45: Factores necesarios: tipo de tratamiento recibido.

Tabla 46: Factores necesarios: peso del paciente.

Tabla 47: Factores necesarios: talla del paciente.

Tabla 48: Factores necesarios: hemoglobina del paciente.

Tabla 49: Interacción de factores predisponentes/ indicadores demográficos.

Tabla 50: Interacción de factores predisponentes/ indicadores demográficos: escolaridad, primaria o ninguna.

Tabla 51: Interacción de factores predisponentes/indicadores demográficos: ser de sexo femenino.

Tabla 52: Interacción de factores predisponentes/indicadores demográficos: tener miedo al diagnóstico.

Tabla 53: Interacción de factores predisponentes/indicadores demográficos: tener miedo a las intervenciones quirúrgicas.

Tabla 54: Interacción de factores predisponentes/indicadores demográficos: tener vergüenza de mostrar el cuerpo.

Tabla 55: Interacción de factores predisponentes/indicadores demográficos: ser mayor de 65 años.

Tabla 56: Interacción de factores predisponentes/indicadores demográficos: sentimientos de impotencia respecto al cáncer.

Tabla 57: Interacción de factores predisponentes/indicadores demográficos: no tiene ninguna ocupación.

Tabla 58: Interacción de factores predisponentes/indicadores demográficos: proviene de un hogar multifamiliar.

Tabla 59: Interacción de factores predisponentes/indicadores demográficos/factores habilitantes/ indicador de financiamiento.

Tabla 60: Interacción de factores habilitantes/indicadores de financiamiento: no tiene trabajo.

Tabla 61: Interacción de factores habilitantes/indicadores de financiamiento: pago por exámenes en forma particular.

Tabla 62: Interacción de factores habilitantes/indicadores de financiamiento: dejo de trabajar como consecuencia del cáncer.

Tabla 63: Interacción de factores habilitantes/indicadores de financiamiento: pago por medicamentos en forma particular.

Tabla 64: Interacción de factores habilitantes/indicadores de financiamiento: recurrió al préstamo, venta de bienes, o dos o mas actividades para financiar su tratamiento.

Tabla 65: Interacción de factores habilitantes/indicadores de financiamiento: ha gastado entre 501 y 1000 soles en atención de salud.

Tabla 66: Interacción de factores habilitantes/indicadores de financiamiento: dejo de trabajar como consecuencia del cáncer.

Tabla 67: Interacción de factores habilitantes/indicadores de organización ha sido difícil conseguir una cita en el consultorio de oncología .

Tabla 68: Interacción de factores habilitantes/indicadores de organización: solo conoce que HMA tiene ecógrafo.

Tabla 69: Interacción de factores habilitantes/indicadores de organización: esperó 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud.

Tabla 70: Interacción de factores habilitantes/indicadores de organización: ha tardado mas de 60 minutos en ser atendido en el consultorio de oncología HMA.

Tabla 71: Interacción de factores habilitantes/indicadores de organización: no hubo disponibilidad de medicamentos.

Tabla 72: Interacción de factores habilitantes/indicadores de organización: se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital.

Tabla 73: Interacción de factores necesarios/ indicadores de percepción.

Tabla 74: Interacción de factores necesarios /indicadores de percepción : tiene anemia moderada o severa.

Tabla 75: Interacción de factores necesarios /indicadores de percepción : ha requerido mas de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia).

Tabla 76: Interacción de factores necesarios /indicadores de percepción : su principal proveedor de información de cáncer no es medico.

Tabla 77: Interacción de factores necesarios /indicadores de percepción mide menos de 1.5 metros.

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Constancia

Luego de la revisión de la solicitud, el presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (CIEI-CIENTÍFICA) hace constar que el CIE-CIENTÍFICA ha aprobado de forma expedita la **enmienda/modificación** del proyecto de investigación que se detalla continuación:

Código de registro: **321-2018-POS15**

Título: **Brechas de acceso al tratamiento oncológico en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2018**

Investigador(es): **Reina Isabel Bustamante Coronado**

Constancia de aprobación: **55-CIEI-CIENTÍFICA-2019**

Periodo de aprobación: **Del 28/02/2019 al 27/08/2020**

La **enmienda/modificación** corresponde a los siguientes documentos:

1. **Proyecto de investigación**, versión recibida en fecha 12 de agosto del 2021.

- a. **Cambio del título**, se modificó el título del proyecto. La versión final es **“Brechas de acceso al tratamiento oncológico en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2019”**. Además, modificaciones en la metodología y cronograma coherentes con este cambio.

Vista la solicitud, se da la renovación de la aprobación ética, que tiene vigencia desde el **12 de agosto del 2021 al 17 de febrero del 2022**. El proyecto solo podrá ejecutarse (por ejemplo: realización de encuestas) entre los periodos detallados tanto en la constancia 55-CIEI-CIENTÍFICA-2019 como en esta enmienda.

Todo cambio adicional deberá ser reportado al CIEI-CIENTIFICA antes de la finalización de la vigencia de esta enmienda.

Lima, 18 de octubre del 2021.




Mg. Fulton Paul Rivera Albinagorta
 Presidente
 Comité Institucional de Ética en Investigación

RESOLUCIÓN DIRECTORAL ACADÉMICA DE CARRERA No. 035 - DACMH-DAFCS-U. CIENTIFICA-2022

Lima, 21 de enero del 2022

VISTO:

El informe de revisión independiente académica y la aprobación de un Comité de Ética del proyecto de investigación titulado: **“BRECHAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL AÑO 2019”**.

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Reglamento General de la Universidad Científica del Sur y el reglamento y Procedimientos de trabajos de Investigación para obtener el **Grado de Maestro**.

Que, de acuerdo a la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al Director Académico de la Carrera.

SE RESUELVE:

ART. 1° Aprobar, en vías de regularización e inscribir el proyecto de tesis titulado **“BRECHAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL AÑO 2019”**, presentado por la alumna **REINA ISABEL BUSTAMANTE CORONADO**, con N° de registro: **321-2018-POS15**.

ART. 2° Nombrar al Docente Ricardo Aurelio Carreño Escobedo, como asesor para el desarrollo de la tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Mg. JORDI GRAU MONGE
Director Académico (e)
Carrera de Medicina Humana

