



RESULTADOS FASE CUANTITATIVA

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

DEVELANDO DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS PRIORIZADAS

Santiago, octubre 2022

Entidad solicitante:

Cámara de la Innovación Farmacéutica, CIF

Entidad que lidera la propuesta:

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

Báltica Cabieses, PhD [bcabieses@udd.cl](mailto:bcabieses@udd.cl)

Alexandra Obach, PhD [aobach@udd.cl](mailto:aobach@udd.cl)

Junto a los siguientes investigadores e instituciones:

Manuel Espinoza, PhD [Manuel.espinoza@uc.cl](mailto:Manuel.espinoza@uc.cl) Pontificia Universidad Católica de Chile

Cecilia Rodríguez, MSc [crodriguez@memuevo.cl](mailto:crodriguez@memuevo.cl) Fundación MeMuevo y UDD

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

Asistentes de investigación y coordinadoras:

Carla Campaña, PROESSA, ICIM, UDD

Francisca Vezzani, PROESSA, ICIM, UDD

## AGRADECIMIENTOS

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

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

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

# ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| <b>ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS Y FIGURAS</b>                                       | 5   |
| <b>RESUMEN EJECUTIVO</b>   | 10  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>  | 21  |
| - Contexto general del reporte   | 21  |
| - Antecedentes   | 21  |
| <b>METODOLOGÍA</b>   | 38  |
| <b>RESULTADOS</b>  | 46  |
| <b>RESULTADOS CÁNCER DE MAMA</b>   | 47  |
| - Percepción de retraso en primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento | 48  |
| - Percepción de retraso según características demográficas                       | 53  |
| - Percepción de retraso según características socioeconómicas                    | 58  |
| - Percepción de retraso según tipo de previsión de salud                         | 63  |
| - Factores asociados a la percepción de retraso: modelos multivariados           | 70  |
| - Percepción de satisfacción y calidad general según percepción de retraso       | 81  |
| - Tiempos percibidos de retraso o demora: variables numéricas                    | 93  |
| <b>RESULTADOS CÁNCER DE PULMÓN</b>   | 108 |
| - Percepción de retraso en primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento | 109 |
| - Percepción de retraso según características demográficas                       | 114 |
| - Percepción de retraso según características socioeconómicas                    | 123 |
| - Percepción de retraso según tipo de previsión de salud                         | 128 |
| - Factores asociados a la percepción de retraso: modelos multivariados           | 134 |
| - Percepción de satisfacción y calidad general según percepción de retraso       | 143 |
| - Tiempos percibidos de retraso o demora: variables numéricas                    | 148 |
| <b>CONCLUSIONES</b>  | 161 |
| <b>REFERENCIAS</b>   | 173 |

## INDICE DE CUADROS, TABLAS, FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Cuadro N°1 Garantías explícitas en salud para cáncer de mama y pulmón  | 26 |
| Cuadro N°2 Caracterización de conceptos utilizados en la investigación que indaga en la perspectiva de pacientes   | 30 |
| Cuadro N°3 Resumen de modelos de trayectorias terapéuticas   | 33 |
| Cuadro N°4 Resumen de estrategias de reclutamiento   | 39 |
| Cuadro N°5 Resumen estrategias de control de sesgos  | 44 |
| Figura 1. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022.   | 49 |
| Tabla 1. Autoreporte de retraso de pacientes con cáncer de mama en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de mama e inicio del tratamiento. Muestra 263 personas, Chile 2022.  | 49 |
| Figura 2. Percepciones de retraso en pacientes con cáncer de mama para la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Muestra 241 personas, Chile 2022.  | 50 |
| Tabla 2. Tiempo entre la detección del primer síntoma y el pedir hora, ser atendido y ser diagnosticado con cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022.  | 51 |
| Tabla 3. Tiempo entre consultar y diagnóstico, y diagnóstico y tratamiento. Muestra 263 personas, Chile 2022.  | 51 |
| Esquema 1: Esquemas representativos intervalos de tiempo y número de personas para distintas etapas de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama.   | 52 |
| Figura 3. Distribución de edad según autoreporte de pacientes con cáncer de mama para las etapas de la trayectoria terapéutica (primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento). Muestra 263 personas, Chile 2022. | 53 |
| Figura 4. Autoreporte de pacientes con cáncer de mama sobre retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento según estado civil. Muestra 263 personas, Chile 2022.                                     | 55 |
| Figura 5. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de mama según macrozona de residencia. Muestra 263 personas, Chile 2022.                             | 56 |
| Tabla 4. Características demográficas para el total de la muestra y según autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022             | 57 |
| Figura 6. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de mama según nivel educacional. Muestra 263 personas, Chile 2022.                                   | 58 |
| Figura 7. Autoreporte de retraso en la atención en salud, diagnóstico y comienzo del tratamiento de pacientes con cáncer de mama según situación de tenencia de la vivienda. Muestra 263 personas, Chile 2022.             | 59 |
| Figura 8. Distribución del ingreso total según autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022.                      | 60 |
| Tabla 5. Características socioeconómicas para el total de la muestra y según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento del cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022.      | 62 |
| Figura 9. Sistema previsional de salud según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento en pacientes con cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.                                  | 64 |
| Figura 10. Percepción de retraso en la primera consulta diagnóstico e inicio del tratamiento en pacientes según sistema previsional de salud, con cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.                                 | 67 |
| Esquema 2: Resumen percepción de retraso y características demográficas, socioeconómicas y de tipo de previsión de salud de pacientes con cáncer de mama   | 69 |
| Tabla 6. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas y de tipo de previsión de salud, para la percepción de retraso en la primera consulta. Muestra 263, Chile 2022.      | 72 |

|  |    |
|--|----|
| Figura 11. Modelos de regresión logística crudo y ajustado por el total de variables sociodemográficas y de tipo de previsión de salud, para la percepción de retraso en la primera consulta. Muestra 263, Chile 2022.   | 72 |
| Tabla 7. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas y de tipo de previsión de salud, para la percepción de retraso en el diagnóstico del cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.  | 75 |
| Figura 12. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas y de tipo de previsión de salud, para la percepción de retraso en el diagnóstico del cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.  | 76 |
| Tabla 8. Modelos de regresión logística crudo y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.  | 78 |
| Figura 13. Modelos de regresión logística crudo y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.  | 79 |
| Esquema 3: Resumen de factores asociados a la percepción de retraso según modelos multivariados para cáncer de mama  | 80 |
| Tabla 9. Evaluación de la calidad de la atención para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Muestra 263, Chile 2022.  | 82 |
| Tabla 10. Evaluación de la satisfacción con la atención en salud en general para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio tratamiento. Muestra 263, Chile 2022.   | 82 |
| Tabla 11. Evaluación de la calidad de la atención para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Chile 2022.  | 83 |
| Tabla 12. Evaluación de la satisfacción con la atención en salud en general para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio tratamiento. Chile 2022   | 83 |
| Tabla 13(a). Modelo de regresión ordinal de la evaluación de la calidad de la atención (tres categorías en orden: baja-media-alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.  | 85 |
| Tabla 13(b). Modelo de regresión ordinal de la evaluación de la calidad de la atención (tres categorías en orden: alta media baja) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.  | 86 |
| Tabla 14 (a). Modelo de regresión de la satisfacción general la atención (tres categorías en orden: baja-media-alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.  | 87 |
| Tabla 14 (b). Modelo de regresión de la satisfacción general la atención (tres categorías en orden: alta-media-baja) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.  |    |
| Tabla 15 (a). Modelo de regresión ordinal de la calidad de la atención y satisfacción general la atención (tres categorías en orden: baja-media-alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.   | 89 |
| Tabla 15 (b). Modelo de regresión ordinal de la calidad de la atención y satisfacción general la atención (tres categorías en orden: alta-media-baja) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.   | 90 |
| Tabla 15(c). Modelo de regresión logística de la calidad de la atención (baja o media vs alta) y satisfacción general la atención (baja o media vs alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.  | 91 |
| Esquema 4: Evaluación de la calidad de atención y satisfacción general de la atención según determinantes sociales de pacientes con cáncer de mama   | 92 |
| Tabla 16. Días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento. En base a el autoreporte de fechas, Muestra 263, Chile 2022.  | 94 |
| Figura 14. Días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento. En base a el autoreporte de fechas, Chile 2022. | 95 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 17. Correlación entre días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario (SSM), toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento.   | 96  |
| Esquema 5: Intervalos de tiempo en la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama  | 97  |
| Tabla 18. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo, síntoma o cambio mamario, pedir hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, según características demográficas.                | 99  |
| Figura 15. Correlación de la edad con días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento. Muestra 263, Chile 2022.                                    | 100 |
| Figura 16. Correlación del ingreso total con días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento. Muestra 263, Chile 2022.                             | 101 |
| Tabla 19. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo, síntoma o cambio mamario, pedir hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, según características socioeconómicas.             | 103 |
| Tabla 20. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo, síntoma o cambio mamario, tomar hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, según sistema previsional de la salud. Chile 2022. | 104 |
| Figura 17. Distribución de días transcurridos entre detección del primer signo, síntoma o cambio mamario, y la primera consulta según sistema previsional de la salud. Muestra 263, Chile 2022.  | 105 |
| Figura 18. Distribución de días transcurridos entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de mama según sistema previsional de la salud. Muestra 263, Chile 2022.  | 105 |
| Figura 19. Distribución de días transcurridos entre el diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento de este según sistema previsional de la salud. Muestra 263, Chile 2022.  | 106 |
| Esquema 6: Resumen intervalos de tiempo en la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama y determinantes sociales   | 107 |
| Figura 20. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón. Muestra 60 personas, Chile 2022.   | 109 |
| Tabla 21. Autoreporte de retraso en pacientes con cáncer de pulmón para la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Muestra 60 personas, Chile 2022.  | 110 |
| Figura 21. Percepciones de retraso en pacientes con cáncer de pulmón para la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Muestra 60 personas, Chile 2022.  | 111 |
| Tabla 22. Tiempo entre la detección del primer síntoma y el pedir hora, ser atendido y ser diagnosticado con cáncer de pulmón. Muestra 60 personas, Chile 2022.  | 112 |
| Tabla 23. Tiempo entre consulta-diagnóstico y diagnóstico-inicio de tratamiento del cáncer de pulmón. Muestra 60 personas, Chile 2022.   | 112 |
| Esquema 7: Intervalos de tiempo y número de personas para distintas etapas de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de pulmón.  | 113 |
| Figura 22. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento de este, según sexo. Muestra 60 personas, Chile 2022.   | 114 |
| Figura 23. Porcentajes de personas que realizaron autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento de este, según sexo. Muestra 60 personas, Chile 2022.                                      | 115 |
| Figura 24. Distribución de edad según autoreporte de pacientes con cáncer de pulmón para las etapas de la trayectoria terapéutica (primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento). Muestra 60 personas, Chile 2022.                         | 116 |
| Figura 25. Autoreporte de pacientes con cáncer de pulmón sobre retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento según estado civil. Muestra 60 personas, Chile 2022.   | 118 |
| Figura 26. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según macrozona de residencia. Muestra 60, Chile 2022.  | 119 |
| Figura 27. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según nacionalidad. Muestra 60, Chile 2022  | 120 |

|  |     |
|--|-----|
| Figura 28. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según pertenencia a pueblos originarios. Muestra 60, Chile 2022   | 121 |
| Tabla 24. Características demográficas para el total de la muestra y según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento del cáncer de pulmón. Chile 2022.  | 122 |
| Figura 29. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según nivel educacional. Muestra 60 personas, Chile 2022.   | 123 |
| Figura 30. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según situación de tenencia de la vivienda. Muestra 60, Chile 2022  | 124 |
| Figura 31. Distribución del ingreso total según autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón. Muestra 60 personas, Chile 2022.  | 125 |
| Figura 32. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según percepción financiera. Muestra 60, Chile 2022.  | 126 |
| Tabla 25. Características socioeconómicas para el total de la muestra y según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento del cáncer de pulmón  | 127 |
| Figura 33. Sistema previsional de salud según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento en pacientes con cáncer de pulmón. Muestra 60, Chile 2022.  | 128 |
| Figura 34. Sistema previsional de salud según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento en pacientes con cáncer de pulmón. Chile 2022.  | 131 |
| Esquema 7: Percepción de retraso y características demográficas, socioeconómicas y de tipo de previsión de salud de pacientes con cáncer de pulmón   | 133 |
| Tabla 26. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en la primera consulta. Chile 2022.  | 136 |
| Tabla 27. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en el diagnóstico del cáncer de pulmón. Chile 2022.  | 138 |
| Tabla 28. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de pulmón. Chile 2022.   | 141 |
| Esquema 8: Resumen de factores asociados a la percepción de retraso según modelos multivariados para cáncer de pulmón  | 142 |
| Tabla 29. Evaluación de la calidad de la atención para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento de este                           | 143 |
| Tabla 30. Evaluación de la satisfacción con la atención en salud en general para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento de este | 144 |
| Tabla 31. Evaluación de la calidad de la atención para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Chile 2022.  | 144 |
| Tabla 32. Evaluación de la satisfacción con la atención en salud en general para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio tratamiento. Chile 2022.                    | 145 |
| Tabla 33 (a). Modelo de regresión de la calidad de la atención y satisfacción general la atención (tres categorías en orden baja-media-alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón. Chile 2022.  | 145 |
| Tabla 33(b). Modelo de regresión ordinal de calidad de la atención y satisfacción general la atención (tres categorías en orden: alta media baja) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón. Chile 2022.                                   | 146 |
| Esquema 9: Percepción de satisfacción y calidad general según percepción de retraso en pacientes con cáncer de pulmón  | 147 |
| Tabla 34. Días transcurridos entre signo, síntoma o hallazgo secundario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento. En base a el autoreporte de fechas, Chile 2022.  | 148 |



|  |     |
|--|-----|
| Figura 35. Días transcurridos entre signo o síntoma, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento, según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento. En base a el autoreporte de fechas, Chile 2022. | 149 |
| Tabla 35. Correlación entre días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento. Chile 2022.   | 151 |
| Esquema 10: Resumen intervalos en la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de pulmón   | 152 |
| Figura 36. Correlación del ingreso total con días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento. Chile 2022.  | 153 |
| Figura 37. Correlación de la edad con días transcurridos entre signo o síntoma, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento. Chile 2022.   | 154 |
| Tabla 36. Medianas y medias de días transcurridos entre etapas de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de pulmón según características demográficas. Chile, 2022.  | 155 |
| Tabla 37. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo o síntoma, pedir hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento, según características socioeconómicas. Chile 2022.   | 156 |
| Tabla 38. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo o síntoma, tomar hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento, según sistema previsional de la salud. Chile 2022.   | 157 |
| Figura 38. Distribución de días transcurridos entre detección del primer signo o síntoma, y la primera consulta según sistema previsional de la salud. Muestra 60, Chile 2022.   | 158 |
| Figura 39. Distribución de días transcurridos entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de pulmón según sistema previsional de la salud. Muestra 60, Chile 2022.   | 158 |
| Figura 40. Distribución de días transcurridos entre el diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento de este según sistema previsional de la salud. Muestra 60, Chile 2022.   | 159 |
| Esquema 11. Resumen intervalos de tiempo en la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de pulmón y determinantes sociales  | 160 |
| Tabla 39. Síntesis comparativa de resultados del estudio para ambos cánceres   | 169 |

# RESUMEN

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

- (i) Se logró diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para la mayoría de las patologías AUGE/GES priorizadas en el país, con resultados de mejora transversales para diversos sectores sociales y del sector público y privado de atención en salud. No obstante, no se modificaron las desigualdades presentes en factores

- predisponentes -como estilos de vida- ni factores de riesgo, ni diferencias en recursos, oportunidades y capacidades de recuperación y mejoría en calidad de vida en personas que padecen alguna de aquellas más de 80 enfermedades priorizadas.
- (ii) Todas aquellas patologías no priorizadas perpetraron sus deficiencias e inequidades sociales, profundizándose incluso el problema de listas de espera a nivel secundario y terciario.
  - (iii) Siguen existiendo desafíos para la cooperación y transferencia de capacidades y recursos entre el sistema público y privado, y entre los niveles primario, secundario y terciario.
  - (iv) En muchas patologías la cobertura de los planes y prestaciones no es suficiente, lo que es más pronunciado en el caso de patologías no AUGE/GES.

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

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

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

El concepto de trayectorias terapéuticas refiere a la secuencia de eventos de atención que sigue un paciente desde el momento en que identifica un síntoma de alerta, consulta, se

diagnostica, se trata y/o se recupera. El estudio de la experiencia del paciente a lo largo de este proceso terapéutico se ha realizado también mediante los conceptos de flujo, navegación, viaje o itinerario terapéutico. Por un lado, se ha entendido como el estudio de los flujos de atención de pacientes desde la óptica del sistema de salud, donde se busca identificar sus barreras, facilitadores y cuellos de botella desde el flujograma de gestión asistencial. Por otro lado, se encuentran las aproximaciones que tienen como objetivo recoger la voz de los pacientes en esta ruta, sin poner el flujograma clínico en el centro del recorrido, sino en la experiencia particular y subjetiva del usuario. Este segundo abordaje cuenta con una gran riqueza potencial, no obstante, es el menos reportado en la literatura experta.

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

## **METODOLOGÍA**

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

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

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

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

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

## RESULTADOS

### 1. Cáncer de mama

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

#### *Percepción de retraso en la primera consulta*

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

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

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

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

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

#### *Percepción de retraso en el diagnóstico*

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

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

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

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

#### *Percepción de retraso en el inicio de tratamiento*

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

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

Las características demográficas para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento estuvieron relacionadas significativamente a la edad, siendo 2-3 años menores las personas que refirieron retraso, la tenencia de vivienda siendo los propietarios quienes presentaron menor porcentaje de retrasos en el inicio del tratamiento (asociación levemente significativa), y la variable del sistema de salud, siendo un 29,5% de las personas del sistema

público que percibieron retraso en comparación a un 13,2% en el sistema privado. Las otras variables no tuvieron asociación significativa.

Para los modelos de regresión logística, las variables significativas fueron la edad, macrozona de residencia, tenencia de vivienda y sistema de salud. La **percepción de retraso en el inicio del tratamiento y la edad** por cada año cumplido es menor el chance de percibir retraso en el tratamiento. Las personas de la macrozona sur tenían menor probabilidad de percibir retraso en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro (OR=0,30 IC95% 0,10-0,88). Tenencia de vivienda fue significativa para ambos modelos (crudo y ajustado), siendo las personas que arriendan quienes tenían 2,18 (modelo crudo) y quienes tienen otro tipo de vivienda 2,59 (modelo ajustado) veces más chance de percibir retrasos en comparación a las personas propietarias de vivienda. El sistema de salud fue significativo el modelo crudo, siendo las personas del sistema público quienes tenían 2,75 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento en comparación a las personas del sistema privado.

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

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

#### *Evaluación de la calidad de la atención y satisfacción general*

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

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

Los **tiempos de la trayectoria terapéutica** de pacientes con cáncer de mama fueron de 82,4 días promedio entre la detección del signo, síntoma o cambio mamario (SSM) y la toma de la hora de la primera consulta, 107,2 días promedio entre la detección del primer signo o síntoma y la primera consulta, 85,1 días promedio entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de mama, y 62,2 días promedio entre el diagnóstico de cáncer de mama e inicio del tratamiento.

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

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

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

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

## 2. Cáncer de pulmón

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

*Percepción de retraso en la primera consulta*



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

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

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

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

#### *Percepción de retraso en el diagnóstico*

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

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

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

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

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

### *Percepción de retraso en el inicio de tratamiento*

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

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

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

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

### *Evaluación de la calidad de la atención y satisfacción general*

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

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

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

### *La demora en días a lo largo del proceso*

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

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

## CONCLUSIONES GENERALES

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

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

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

Los principales resultados de este estudio dan cuenta de que es necesario investigar sobre las trayectorias terapéuticas por tipos de cáncer y su asociación con variables demográficas, socioeconómicas y de salud debido a la evidencia demostrada en este estudio sobre los distintos intervalos de la trayectoria y el comportamiento de estas variables.

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

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

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

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

# INTRODUCCIÓN

## - CONTEXTO GENERAL DE ESTE REPORTE

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

El propósito de este estudio fue indagar, de manera exploratoria, en las distintas fases de las trayectorias terapéuticas de pacientes adultos con cáncer de mama y pulmón en Chile, de acuerdo con las percepciones de pacientes, equipos tratantes y líderes de organizaciones de pacientes, del sistema de salud público y privado.

En este contexto, el estudio se propuso los siguientes objetivos específicos para la fase cuantitativa: (i) Identificar brechas en trayectorias terapéuticas generales de pacientes adultos en Chile con dos tipos de cáncer priorizados (mama y pulmón), conforme a las etapas de identificación de síntomas, decisión de consultar, atención efectiva de salud, diagnóstico, inicio de tratamiento, efectos adversos, resultado terapéutico y calidad y satisfacción con la atención de salud; y (ii) Analizar brechas en trayectorias terapéuticas generales de pacientes adultos en Chile con dos tipos de cáncer priorizados (mama y pulmón), conforme a las etapas de previamente indicadas, según perfil demográfico general, condiciones socioeconómicas, tipo de previsión de salud y antecedentes clínicos.

## - ANTECEDENTES

### 1. Sistema de salud chileno

Existen distintas definiciones de sistemas de salud, sin embargo, para esta investigación se consideró aquella emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual “un sistema de salud consiste en el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer y mantener la salud, es decir, un conjunto de elementos que desarrollan acciones sanitarias, estas últimas entendidas como todo acto en el ámbito de la salud personal o colectiva, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales cuyo principal objetivo sea mejorar el nivel de salud de las personas y de la comunidad o población”(Savigny et al., 2009).

En el contexto de Chile, la rectoría del sistema de salud es ejercida por el Ministerio de Salud, que a su vez divide su labor en dos subsecretarías, la de salud pública y la de redes asistenciales. La primera subsecretaría realiza labores de planificación sanitaria y generación de políticas de salud, mientras que la segunda subsecretaría cumple un rol fundamental en la gobernanza y coordinación de la red de prestadores públicos del país. Adicionalmente, el rector delega algunas de sus funciones reguladoras a otras instituciones. La superintendencia

de salud es la institución autónoma encargada de regular y fiscalizar el desempeño de aseguradores y prestadores públicos y privados. El Instituto de Salud Pública, por su parte, ejerce la función de referente técnico (laboratorio de referencia, salud ocupacional y ambiental) y de agencia reguladora de medicamentos y dispositivos médicos. Finalmente, las Secretarías Regionales Ministeriales, que asumen varias labores regulatorias de la autoridad sanitaria en las respectivas regiones.

El sistema de salud chileno en su globalidad es un sistema segmentado y fragmentado con participación público y privada. Es segmentado porque coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento y provisión, especializados en distintos segmentos poblacionales, usualmente definidos a partir de su ingreso, capacidad de pago o posición social. Por otro lado, el sistema es fragmentado debido a que la red de provisión de servicios no está integrada. Esto ocurre tanto en el sector público como privado, donde los establecimientos (por ejemplo, centros de atención primaria y hospitales) no están coordinados entre ellos. Es decir, es el paciente quien navega entre la atención primaria y hospitalaria, y no el sistema el que conduce al paciente. Esto alarga el manejo del paciente, duplica servicios, genera competencia entre los centros y hace ineficiente el uso de recursos, entre otros.

El sector público accede a servicios de salud fundamentalmente en centros de atención primaria y hospitales públicos (que cubre en torno al 75% de la población, especialmente a los más añosos, enfermos y pobres); el sector privado accede a clínicas privadas (que cubre alrededor del 20% de la población, en especial la más joven y sana); el sistema de las fuerzas armadas que tiene sus propios hospitales y centros de salud (cubre alrededor del 5% de la población); y por último el seguro laboral de salud que también tiene sus propios hospitales y centros de salud y cubre a una proporción menor de la población.

El financiamiento en el subsector general público está centralizado en un único pagador, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que se financia a partir de la recaudación de impuestos generales (aproximadamente un 65%), y por contribuciones obligatoria de los trabajadores afiliados (aproximadamente un 35%). A pesar de que categoriza afiliados según su nivel de ingresos (categorías A, B, C y D), opera con un único fondo mancomunado que asegura transferencias entre sujetos con mayores y menores ingresos. En este sentido, es un fondo nacional de salud pública solidario. La prestación de servicios en este subsector, está a cargo del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el cual está conformado por la red de centros de atención primaria de salud (Centros de salud Familiar, Centros de Salud, Centros Comunitarios de Salud Familiar, Servicios de Atención Primaria de Urgencia, Servicios de Alta Resolutividad, Consultorios de Salud Mental y Centros de Rehabilitación Comunal), los Centros de Referencia Secundaria (CRS) (nivel secundario) y los establecimientos hospitalarios (nivel terciario), los que, además de área de atención hospitalaria, tienen un área ambulatoria denominados Centros de Atención Terciaria o Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT). Cabe destacar que la atención primaria depende en su mayoría de la administración municipal, mientras que el resto del SNSS depende, en último término, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En el subsector privado existen múltiples aseguradores, llamados Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), los cuales tienen acceso a administrar las cotizaciones obligatorias de aquellos individuos que, cumpliendo ciertas condiciones como capacidad de pago y buena salud, decidan afiliarse a este sistema. Esta afiliación se hace mediante la compra de planes de salud que son ofertados por cada asegurador a precios que ellos mismos fijan libremente. En la práctica, las ISAPRES recaudan por las cotizaciones obligatorias y por aportes voluntarios que realizan las personas para optar a mejores planes. En términos de mancomunación cada ISAPRE opera con su propio fondo independiente, con la excepción de un fondo de compensación de riesgos para las coberturas asociadas al Régimen de Garantías Explícitas (GES). El subsector de las FFAA está financiado por impuestos generales vía partida presupuestaria al Ministerio de Defensa, operando como un fondo único, pero separado para cada rama matriz. Cada rama matriz tiene entre uno y cuatro hospitales, donde habitualmente uno o dos son de referencia, dotados de todas las especialidades. Por su parte, el subsistema de salud laboral es un administrador del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, tarea que es delegada a instituciones privadas sin fines de lucro llamadas mutualidades y por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL).

## 2. La reforma del 2005 y la búsqueda de equidad

En Chile, el año 2005 finalizó la última reforma de salud que ha tenido el país, año en el que se promulgaron una serie de cuerpos legales orientados a transformar el sistema de salud en un modelo que, entre sus atributos distintivos, permita otorgar una atención oportuna, de calidad garantizada, accesible y con cobertura financiera para un conjunto de prestaciones previamente definidas. Los énfasis de este proceso de reforma se instalaron en la necesidad de procurar un régimen garantizado de atención, en particular, en garantías de acceso y calidad como una manera de avanzar hacia un sistema más equitativo de atención. De esta forma, se aspiraba a establecer un sistema de un nivel de calidad similar para todos donde nadie vea limitado su acceso debido a su capacidad de pago. En términos legislativos, la última reforma de salud en nuestro país quedó plasmada en cinco Leyes, éstas son:

- Ley de financiamiento N° 19.888 que establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno a través de la aplicación de un 1% sobre el valor del I.V.A por una sola vez.
- Ley de Solvencia de ISAPRES N° 19.985 que asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados.
- Ley N° 19.937, Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, que modifica el Decreto de Ley N° 2.763 del año 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Separa las funciones de provisión de servicios sanitarios y regulación del sector, fortalece la autoridad sanitaria y crea un sistema de acreditación de prestadores de salud públicos y privados.
- Ley del régimen general de garantías en salud N° 19.996 que establece un régimen de garantías en salud (Plan AUGE).

- Ley de ISAPRES N°20.015 que modifica la Ley N°18.993 sobre instituciones de salud previsional, mejora transparencia y rol de la superintendencia de salud.
- Ley de Derechos y deberes de los pacientes N°20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud.

Para abordar la equidad, la reforma al sistema de salud chileno tuvo como uno de sus ejes principales el acortamiento de brechas inequitativas de acceso, uso y calidad de atención entre grupos sociales que conforman la sociedad en Chile. Diversos autores e investigaciones han planteado, en esta línea, los siguientes logros y desafíos en torno a la equidad en salud en Chile:

1. Se logró diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para la mayoría de las patologías AUGE/GES priorizadas en el país, con resultados de mejora transversales para diversos sectores sociales y del sector público y privado de atención en salud. No obstante, no se modificaron las desigualdades presentes en factores predisponentes -como estilos de vida- ni factores de riesgo, ni diferencias en recursos, oportunidades y capacidades de recuperación y mejoría en calidad de vida en personas que padecen alguna de aquellas más de 80 enfermedades priorizadas.
2. Todas aquellas patologías no priorizadas perpetraron sus deficiencias e inequidades sociales, profundizándose incluso el problema de listas de espera a nivel secundario y terciario.
3. Siguen existiendo desafíos para la cooperación y transferencia de capacidades y recursos entre el sistema público y privado, y entre los niveles primario, secundario y terciario.
4. En muchas patologías la cobertura de los planes y prestaciones no es suficiente, lo que es más pronunciado en el caso de patologías no AUGE/GES.

### 3. AUGE/GES

El plan de garantías explícitas en salud (GES), antes conocido como plan AUGE, fue una de las leyes creadas en la reforma de salud, que tiene como objetivo “garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de Fonasa y las Isapres” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, n.d.)

El GES contiene 4 garantías explícitas en salud que deben ser otorgadas, de forma obligatoria, por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) según las características de los programas, enfermedades o condiciones de salud incluidas en el GES. Las garantías explícitas en salud son (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, n.d.):

- A. **Garantía Explícita de Acceso:** Asegura que los beneficiarios reciban las prestaciones de salud establecidas en la Ley GES.



- B. **Garantía Explícita de Calidad:** Asegura que los beneficiarios reciban las prestaciones de salud por un prestador registrado o acreditado por la Superintendencia de Salud (SUPERSALUD).
- C. **Garantía Explícita de Oportunidad:** Asegura un plazo máximo en el que la prestación de salud asociadas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento deben ser otorgada a los beneficiarios.
- D. **Garantía Explícita de Protección Financiera:** Asegura un porcentaje de contribución que deberá realizar el beneficiario y depende el tipo de seguro de salud que posee, siendo el máximo a pagar de un 20% del valor de referencia del régimen.

Este plan entró en vigencia el año 2005 y actualmente cuenta con 85 patologías, de las cuales 17 son cánceres, representando un 20% de las patologías GES. Este alto porcentaje da cuenta de la preocupación que existe en el país por la alta prevalencia de cáncer en la población y su asociación a las causas de mortalidad. El año 2019 el Departamento de Información y Estadísticas en Salud (DEIS) informó que la principal causa de muerte en Chile fue “tumores (neoplasias)” representando un 26% de las defunciones, desplazando del primer lugar a las “enfermedades del sistema circulatorio que representan un 25,6% del total de defunciones (INE, 2019).

En el grupo de muertes por cáncer en Chile, se reconoce que el cáncer pulmonar ocupa el primer lugar siendo responsable del 12.4% de muertes por cáncer en el país (Globocan, 2020). Con relación a nuevos casos por años, el cáncer de pulmón ocupa el quinto lugar (Globocan, 2020). El cáncer de pulmón fue incluido en el GES durante el año 2019, siendo el último de los grandes cánceres incorporados.

Por otra parte, el cáncer de mama ocupa el sexto lugar en muertes por cáncer en el país, representando el 5.9% de muertes asociadas a cáncer; y se ubica en el segundo lugar de nuevos casos por año (Globocan, 2020). El cáncer de mama ha estado incorporado en programas nacionales desde 1987, fecha en la que se establecieron las bases del Plan Nacional de Cáncer Chile (PNC) originando en 1995 la creación del Programa Nacional de Cáncer de Mama e incorporándose al GES el año 2004 para entrar en vigencia el año 2005 (Prieto & Torres, 2006).

Las garantías consideradas para el cáncer de mama y pulmón se muestran a continuación en el cuadro N°1:

Cuadro N°1. Garantías explícitas en salud para cáncer de mama y pulmón

| Garantías GES                                       | Cáncer de pulmón  | Cáncer de mama   |
|---|---|--|
| Beneficiarios (garantía acceso)                     | Personas de 15 años y más con sospecha o diagnóstico de cáncer de pulmón. | Personas de 15 años y más con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama.  |
| Atenciones (garantía acceso)                        | Sospecha, diagnóstico, tratamiento, seguimiento.                          | Sospecha, diagnóstico, tratamiento, seguimiento.                         |
| Beneficios (garantía acceso)                        | Medicamentos, insumos, cirugía, exámenes.                                 | Medicamentos, insumos, implementos o ayudas técnicas, cirugía, exámenes. |
| Tiempos máximos de espera (garantía de oportunidad) | Confirmación diagnóstica: 60 días desde sospecha.                         | Confirmación diagnóstica: 45 días desde la sospecha.                     |
|   | Etapificación: 45 días desde confirmación diagnóstica.                    | Etapificación: 45 días desde confirmación diagnóstica.                   |
|   | Tratamiento primario: 45 días desde la etapificación.                     | Tratamiento primario: 30 días desde la etapificación.                    |
|   | Tratamientos complementarios: 45 días desde la indicación médica.         | Tratamientos complementarios: 20 días desde la indicación médica.        |
|   | Seguimiento: Primer control 30 días desde el término del tratamiento.     | Seguimiento: Primer control 90 días desde el término del tratamiento.    |
| Copago (garantía protección financiera)             | FONASA A y B 0%<br>FONASA C 10%<br>FONASA D 20%<br>ISAPRE 20%             | FONASA A y B 0%<br>FONASA C 10%<br>FONASA D 20%<br>ISAPRE 20%            |
| Calidad (garantía de calidad)                       | Red de prestadores establecidos para FONASA e ISAPRE.                     | Red de prestadores establecidos para FONASA e ISAPRE.                    |

Sumado a los esfuerzos materializados en el GES y en el PNC, se implementó, en los últimos años, el Plan Nacional del Cáncer 2018-2028 y la Ley de Cáncer.

#### 4. Plan Nacional de Cáncer

El Plan Nacional de Cáncer tiene como propósito “implementar estrategias que permitan el logro de los objetivos propuestos para la atención oportuna de esta patología en todo el país, con una mirada integral en la forma como el Estado enfrenta la enfermedad, incluyendo la promoción de la salud y prevención, detección precoz, diagnóstico oportuno de la enfermedad, tratamiento adecuado, cuidados paliativos, seguimiento y rehabilitación, garantizando el acceso a la atención que involucre al conjunto de la sociedad chilena”(Ministerio de Salud, 2018).

La implementación de este plan y las estrategias que nacen de éste dan cuenta del reconocimiento del cáncer como un problema sociosanitario, ya que no solo es un problema de salud pública, sino que también un problema social y económico, que afecta al paciente, familia y comunidad. El plan también reconoce la asociación entre el cáncer y los Determinantes Sociales en Salud, lo que evidencia inequidades en la distribución de distintos cánceres, existiendo regiones con mayor incidencia de ciertos cánceres, mayor mortalidad y diferencias en la distribución entre hombres y mujeres. Se proyecta que el impacto del cáncer en Chile irá aumentando, lo que también afectará los años de vida saludables perdidos (AVISA).

El Plan Nacional del Cáncer considera las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre incluir acciones de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento de alta calidad, alivio del dolor y cuidados paliativos, seguimiento, investigación científica y vigilancia epidemiológica. Este Plan ha sido desarrollado para el periodo 2018-2028 para tener sostenibilidad en el tiempo, garantizar las acciones sanitarias nacionales, intersectoriales y con un presupuesto definido que sustente los objetivos y metas propuestos. Durante el 2018 se conformó un “Grupo de Trabajo Asesor en Materias de Cáncer” que después sería la “Comisión Asesora Ministerial en Materias de Cáncer” con una función de carácter consultivo científico técnico interdisciplinario, deliberativo e independiente conformado por representantes de las Sociedades Científicas, las Universidades y la Sociedad Civil (fundaciones y agrupaciones de pacientes y/o interesados en temáticas de cáncer).

Los objetivos de la Comisión Asesora Ministerial en Materias de Cáncer son:

- Asesorar a las autoridades del Ministerio de Salud en la definición de políticas, planes y programas relacionados con materias referentes al cáncer, y recomendar modificaciones de la planificación del Ministerio en estas materias.
- Proponer acciones que contribuyan a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las enfermedades oncológicas.
- Recomendar medidas para generar información necesaria para la toma de decisiones político-técnicas en materias de cáncer.
- Contribuir al desarrollo de estrategias de capacitación continua del recurso humano vinculado a materias de cáncer.

- Evaluar la necesidad de modificaciones normativas que faciliten la implementación y evaluación de políticas y acciones en la materia.

El Plan Nacional de Cáncer y su Plan de Acción, tienen como fundamentos integradores los enfoques de Derecho, Equidad, Determinantes Sociales, Intersectorialidad, Curso de Vida, Género, Interculturalidad y Promoción de la Salud.

## 5. Ley del Cáncer

El año 2020 fue promulgada la Ley Nacional del Cáncer, N° 21.258, en homenaje al póstumo doctor Claudio Mora, y busca “establecer un marco normativo para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinados a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer, incluyendo un adecuado tratamiento integral y la recuperación de la persona diagnosticada”(Ministerio de Salud, 2020).

Esta Ley es inspirada en los siguientes principios:

- La cooperación público-privada.
- Intersectorial e interinstitucional.
- Protección de datos personales.
- Participación de la Sociedad Civil.
- Humanización del trato

Esta Ley establece las características que debe tener el Plan Nacional del Cáncer, exigiendo que cuente con objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, formación y capacitación de recursos humanos, rehabilitación y cuidados paliativos del cáncer. Además, se indica que debe tener un enfoque de atención integral de la persona y su familia y en concordancia con las leyes, planes y programas existentes y con el Fondo Nacional del Cáncer. También establece que el plan nacional tendrá una duración de 5 años y deberá ser actualizado por parte del Ministerio de Salud (MINSAL) y la Comisión Nacional del Cáncer. La comisión Nacional del Cáncer está formada por 5 representantes de asociaciones científicas, 3 representantes de las facultades de medicina de alguna institución de educación superior acreditada y 3 representantes de fundaciones u organizaciones de pacientes.

La Ley también establece que el MINSAL debe fomentar la investigación científica biomédica, clínica y de salud pública en cáncer. Por medio de la Ley se crea el fondo nacional del cáncer, la red oncológica nacional del cáncer, el registro nacional del cáncer y protege a las personas de discriminación laboral por tener o haber tenido cáncer.

## 6. Modelos conceptuales para el abordaje de desigualdades en la atención en salud

La investigación sobre pacientes y cobertura en salud ha estado anclada principalmente en dos paradigmas. Por un lado, el positivista de la investigación biomédica y por otro, el sociocultural de las ciencias sociales, que no necesariamente conecta con los instrumentos de salud basada en evidencia que hoy prevalecen en la toma de decisiones en salud. El progreso del conocimiento ha obligado a tender puentes entre estos paradigmas de investigación, donde la experiencia y valores de los pacientes ha conseguido un lugar cada vez más central en la toma de decisiones, dada su capacidad de agregar legitimidad al proceso. Esta mirada única, particular y subjetiva se ha reconocido como una dimensión complementaria a la evidencia positivista, pero de igual valor en el proceso decisional.

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

A continuación, se profundizará en el concepto de trayectorias terapéuticas, utilizado en el presente estudio para indagar en las inequidades en la atención y cobertura en salud. El cuadro N°2 presenta una breve caracterización de los otros cuatro conceptos mencionados en el párrafo anterior.

Cuadro N°2. Caracterización de conceptos utilizados en la investigación que indaga en la perspectiva de pacientes.

|   |
|---|
| <p><b>a. Acceso a la atención de salud:</b> una de las primeras y más usadas definiciones, es la referida a la capacidad de alcanzar, obtener o proporcionar entrada a los servicios de salud disponibles en un país. Este modelo se centra en el “lado de la demanda”, por lo que modelos posteriores han incorporado la “interacción” entre oferta y demanda. Desde esta corriente, acceso se define como el ajuste entre las necesidades de los individuos y la capacidad del sistema de salud para satisfacer dichas necesidades. De esta forma, autores definen acceso como un concepto multidimensional. Por ejemplo, McIntyre la define como la interacción entre los sistemas sanitarios e individuos, donde las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad interactúan para afectar a la salud final de las personas y comunidades. Tanahashi, propone cuatro dimensiones prioritarias que confluyen a la cobertura universal en salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. De esta forma, el acceso a los servicios de salud, entendidos desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, se comprende también como el producto final concreto de todos los esfuerzos y acciones que se realizan desde los sistemas de salud en materia de cobertura sanitaria.</p> <p><b>b. Comunidades de práctica:</b> las “Comunidades de Práctica y Aprendizaje” se pueden definir como un conjunto de personas que comparten elementos que proporcionan una base para el aprendizaje y la colaboración en torno a un tipo de actividad profesional o laboral particular. La literatura internacional ha reconocido que las agrupaciones de pacientes y las alianzas de pacientes son espacios de comunidades de práctica y aprendizaje que tienen la oportunidad de impactar en la toma de decisiones de salud. El desafío radica en aceptar que el paradigma biomédico no es la única manera de abordar los problemas en materia de salud y que tampoco tiene supremacía sobre otras formas de abordar los problemas de salud. Esto permitiría el desarrollo de competencias de encuentro humano significativo más horizontal en la TDCS.</p> <p><b>c. Participación social en la toma de decisiones sobre cobertura en salud (TDCS):</b> el abordaje de la participación social contribuye a que los procesos sobre qué se decide financiar, sean legítimos, dado que facilita la restauración de la confianza hacia las instituciones. A la vez, fomenta la democracia participativa y la responsabilidad pública, y promueve decisiones justas desde el sistema de salud. La participación social entrega luces sobre problemas de política pública que son relevantes en su contexto particular, velando por la abogacía hacia tomadores de decisión e instalando temáticas prioritarias para la comunidad general en la agenda política.</p> <p><b>d. Conocimiento tácito:</b> hace referencia al conocimiento que únicamente una persona o comunidad conoce. De acuerdo con Michael Polany, se caracteriza como altamente personal, difícil de formalizar y comunicar, parcialmente formado por habilidades técnicas (<i>Know-how</i>) y por dimensiones cognitivas tales como modelos mentales, creencias y perspectivas tan arraigadas que no resulta fácil expresarlas. De esta forma, el conocimiento tácito es todo aquello que se aprende y modifica a partir de la experiencia misma de vivir con una condición de salud. De acuerdo con Espinoza, Rodríguez y Cabieses, el conocimiento tácito es parte de la cultura de un grupo y debe ser sistematizado y revisado por sus miembros antes de hacerlo explícito. Las agrupaciones de pacientes poseen un amplio conocimiento tácito de la propia experiencia de vivir con una condición de salud que pueden conocer, comprender y transmitir a la sociedad a la que pertenecen, incluido el sistema de salud y sus tomadores de decisiones, para agregar valor a la TDCS.</p> |
|---|

Tomado de: Cabieses, Obach, Campaña, Vezzani, Rodríguez, Espinoza. Revisando conceptos de acceso, trayectorias, participación y conocimiento tácito en investigaciones sobre pacientes y cobertura en salud. Value in Health regional issues 2022 (en prensa).

## 6.a) Trayectorias terapéuticas

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

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

Dentro del estudio de trayectorias, es relevante la distinción entre las rutas que se dan tanto dentro como fuera del sistema de salud. Es decir, entre las trayectorias terapéuticas “formales” propias del sistema de salud, de aquellas “informales” que provienen de experiencias de cuidado en salud ajenas al sistema, tales como los cuidados alternativos y complementarios no institucionalizados. La comprensión de estas rutas desde la experiencia y voz de los pacientes, así como cualquier otra adaptación vital personal, familiar, laboral y social a su condición de salud, es aun pobremente investigada en materia de acceso y cobertura sanitaria.

A partir de la literatura, se conoce que los pacientes y sus familias enfrentan diversas dificultades y retrasos en la búsqueda de un diagnóstico, por lo que en general, recuerdan su experiencia con el sistema de salud como una búsqueda o una “odisea” (Jessop, 2014). La investigación de las trayectorias terapéuticas permite identificar barreras y facilitadores que afrontan los pacientes en esta “odisea”, desde la comprensión de las experiencias únicas que tienen con el sistema de salud y la prestación de atención. Esta es un área de conocimiento emergente (Gualandi et al., 2019) que permite relevar aspectos que se suelen pasar por alto, como son los esfuerzos clínicos y la experiencia de los equipos de atención médica en relación con el apoyo y la atención de pacientes y los desafíos que enfrentan día a día. De esta forma, desde el enfoque de la ciencia de la implementación (Bauer et al., 2015) que incluye la perspectiva de los pacientes utilizando métodos cuantitativos y cualitativos, se abre una oportunidad única para indagar en los equipos de salud y las experiencias de los pacientes relacionada con la trayectoria terapéutica.

### 6.b) Modelos de trayectorias terapéuticas

Se identifican cuatro modelos de trayectorias terapéuticas utilizados en la literatura científica, a saber: (i) modelo de rutas terapéuticas, (ii) modelo de demora (o retraso) total del paciente, (iii) modelo de navegación del paciente y (iv) modelo de continuidad del cuidado.

El **modelo de rutas terapéuticas**, elaborado por Andersen (Aday & Andersen, 1974) y revisitado posteriormente por diversos autores, proporciona un marco de investigación para explorar y comprender las trayectorias del paciente, ya que tiene en cuenta la naturaleza compleja y dinámica del comportamiento de búsqueda de ayuda. Este modelo reconoce cinco eventos clave en el camino hacia la atención: (i) detección de cambios corporales; (ii) razones percibidas para discutir los síntomas con un proveedor de atención médica; (iii) primera consulta con un proveedor de atención médica; (iv) diagnóstico e inicio del tratamiento, y (v) cuatro intervalos importantes entre estos eventos: la evaluación, la búsqueda de ayuda, el diagnóstico y los intervalos previos al tratamiento. También se resaltan tres tipos principales de factores que influyen en el momento de los eventos y la duración de los intervalos: pacientes, sistema de salud y factores propios de la enfermedad (Moodley et al., 2018).

Luego, el **modelo de demora (o retraso) total del paciente**, se basa en el trabajo inicial de Safer et al (Safer et al., 1979) y es posteriormente madurado por Andersen et al (Andersen

& Cacioppo, 1995; Scott et al., 2013) y otros autores como Walter et al (Walter et al., 2012). Este modelo conceptualiza los intervalos de demora que ocurren entre las fases de la toma de decisiones y ampliaron el modelo reemplazando el “retraso de utilización” de Safer et al. con “retraso de comportamiento” para describir el tiempo que transcurre entre que una persona decide que requiere de atención médica y decide actuar sobre esa decisión; “retraso de programación” el tiempo entre la decisión de buscar ayuda y asistir a una cita; y “retraso del tratamiento” el tiempo entre la primera cita con algún miembro del sistema de salud y el inicio del tratamiento.

En cuanto al **modelo de navegación del paciente**, este está especialmente orientado a cáncer, pero también aplica a otros contextos de salud (Corbett et al., 2020). La navegación del paciente fue originalmente definida por el Instituto Nacional del Cáncer como el apoyo y orientación ofrecidos a personas con pruebas de detección anormales o un nuevo diagnóstico de cáncer para acceder al sistema de atención del cáncer, superar las barreras y facilitar la atención oportuna y de calidad, brindada de una manera culturalmente sensible (Freund et al., 2008). El alcance de la navegación del paciente se ha expandido longitudinalmente para incluir la navegación participada por la comunidad y la navegación de supervivencia. La navegación del paciente se centra en quienes tienen la carga de barrera más alta y el menor acceso a la atención y son reconocidos y utilizados para reducir las disparidades en la salud del cáncer (Fischer et al., 2015; Hoffman et al., 2012; Patierno et al., 2010; Ramachandran et al., 2015; Rodday et al., 2015).

Por último, el **modelo de continuidad del cuidado** es un modelo multifacético utilizado en distintos problemas de salud. En el contexto de enfermedades crónicas, el manejo eficaz de la cronicidad incluye la continuidad de las intervenciones de atención con el objetivo de conectar y coordinar la atención entre pacientes y proveedores a lo largo del tiempo (Facchinetti et al., 2020). La continuidad de la atención se produce cuando los pacientes experimentan los eventos de atención médica como coherentes, conectados y consistentes con sus complejas necesidades de atención (Haggerty et al., 2003). Se compone de tres dimensiones de continuidad: relacional (una relación paciente-proveedor a lo largo del tiempo), informativa (la transferencia y el uso efectivo de la información personal pasada y actual de los pacientes), y la gestión (coordinación constante y oportuna de la atención y los servicios) (Guthrie et al., 2008). Además, dos “elementos centrales” distinguen la continuidad de la atención de otros atributos: un enfoque en la experiencia de los pacientes y el marco de tiempo (Pacho et al., 2017).



Cuadro N°3. Resumen modelos de trayectorias terapéuticas.

| MODELO  | COMPONENTES MODELOS        |   |
|---|----------------------------|---|
| <p><b>Modelo de rutas terapéuticas</b></p> <p><i>Elaborado por Andersen y revisitado posteriormente por diversos autores (Scott et al., 2013), proporciona un marco de investigación útil para explorar y comprender las trayectorias del paciente, ya que tiene en cuenta la naturaleza compleja y dinámica del comportamiento de búsqueda de ayuda.</i></p> | Elementos claves           | Detección de cambios corporales   |
|   |                            | Razones percibidas para discutir los síntomas con un proveedor de atención médica.  |
|   |                            | Primera consulta con un proveedor de atención médica.   |
|   |                            | Diagnóstico e inicio del tratamiento.   |
|   |                            | Intervalos: evaluación, la búsqueda de ayuda, el diagnóstico y los intervalos previos al tratamiento.                                       |
|   | Factores contribuyentes    | Del paciente (sociodemográficos).   |
|   |                            | Del sistema de salud (acceso).  |
|   |                            | De la enfermedad (sitio, tasa de crecimiento).  |
| <p><b>Modelo de demora (o retraso) total del paciente</b></p> <p><i>Conceptualiza los intervalos de demora que ocurren entre las fases de la toma de decisiones (los componentes de la demora).</i></p>   | Retrasos de la trayectoria | Del comportamiento: tiempo que transcurre entre que una persona decide que requiere de atención médica y decide actuar sobre esta decisión. |
|   |                            | Retraso de programación: tiempo entre la decisión de buscar ayuda y asistir a una cita.   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | Retraso del tratamiento: tiempo entre la primera cita con algún miembro del sistema de salud y el inicio de tratamiento. |
| <b>Modelo de navegación del paciente</b><br><br><i>Especialmente orientado a cáncer, define la navegación del paciente como el apoyo y orientación ofrecidos a personas con pruebas de detección anormales o un nuevo diagnóstico de cáncer para acceder al sistema de atención del cáncer, superar las barreras y facilitar la atención oportuna atención de calidad brindada de una manera culturalmente sensible.</i> | Procesos para ayudar a los pacientes con cáncer recién diagnosticados a obtener un acceso más rápido y eficiente a los servicios de atención del cáncer, con un enfoque en abordar las barreras del tratamiento. |  |
|  | Navegación participada por la comunidad.   |  |
|  | Navegación de supervivencia.   |  |
| <b>Modelo de continuidad del cuidado</b><br><br><i>Continuidad de las intervenciones de atención con el objetivo de conectar y coordinar la atención entre pacientes y proveedores a lo largo del tiempo y los entornos.</i>   | Dimensión Relacional (una relación paciente-proveedor a lo largo del tiempo)   |  |
|  | Dimensión informativa (la transferencia y el uso efectivos de la información personal pasada y actual de los pacientes).   |  |
|  | Dimensión gestión (coordinación constante y oportuna de la atención y los servicios).  |  |

### 6.c) Síntesis de evidencia general sobre trayectorias terapéuticas en cáncer de mama y pulmón en el mundo

El estudio sobre los tiempos en las distintas fases de la trayectoria terapéutica de pacientes y la puntualidad en la atención es reconocido actualmente como un aspecto clave de la calidad de la atención, morbilidad, mortalidad y calidad de vida de los pacientes (Kaplan, 2015).

En el contexto de este estudio, los tiempos en la trayectoria de cáncer de pulmón y los retrasos en cualquier fase de la trayectoria terapéutica, por ejemplo, en la sospecha, el diagnóstico, inicio de tratamiento pueden contribuir a resultados desfavorables en el paciente (Jacobsen et al., 2017). La fase de diagnóstico es altamente preocupante en cáncer de pulmón, ya que, aproximadamente un 70% de los cánceres son diagnosticados en etapas avanzadas o sin oportunidades de tratamiento (O'Dowd et al., 2021). Esto tiene directa relación con la sobrevida a cinco años de este cáncer, la que a nivel mundial alcanza un 19% (Schabath & Cote, 2019), y en Chile es de 4,6%, siendo la más baja entre países vecinos como Argentina, Brasil y Colombia (UICC & Novartis, 2021). Estudios sobre los tiempos en distintos intervalos de la trayectoria terapéutica del paciente demuestran que un mayor tiempo en alguna fase disminuye la sobrevida (Bryant & Cerfolio, 2008; Gomez et al., 2015; Hall et al., 2008; Kanarek et al., 2014; Radzikowska et al., 2012; Samson et al., 2015).

Por esta razón, el *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* entrega recomendaciones sobre los intervalos en distintas fases de la trayectoria terapéutica. Estas recomendaciones sugieren un máximo de 14 días para el acceso efectivo a especialista en pacientes con sospecha, 14 días para radiografía en pacientes con sospecha clínica de cáncer de pulmón (Jacobsen et al., 2017), 14 días para establecer el diagnóstico y 28 días para tratamiento (Lung Cancer Clinical Expert Group, 2017). En Chile, los tiempos establecidos según el GES se informan en cuadro 1. Además, se identificaron tiempos mayores en pacientes menores de 45 años (Bryant & Cerfolio, 2008), de zonas rurales (Hall et al., 2008), y con menor nivel educacional (Berglund et al., 2010; Gomez et al., 2015; Hsieh et al., 2012; Yurdakul et al., 2015).

Una revisión de alcance identificó la mediana de las medianas de 22 días desde el diagnóstico hasta el tratamiento, y un rango de medias para el intervalo desde los signos o síntomas hasta el diagnóstico entre 41 y 143 días (Jacobsen et al., 2017). Esta revisión también identificó marcadas diferencias en los intervalos reportados en distintos países (Jacobsen et al., 2017).

En cáncer de mama, desde 1907 se reconocía la importancia del tiempo transcurrido desde la aparición del cáncer para el resultado que se obtendrá (Halsted, 1907). En la actualidad, diagnósticos y tratamientos oportunos se asocian a mejoras en la sobrevida de pacientes con cáncer de mama (Brazda et al., 2010; Polverini et al., 2016). Además, en cáncer de mama al igual que en cáncer de pulmón se identifican asociaciones en el retraso de distintas fases de la trayectoria terapéutica del paciente con factores como los determinantes sociales. La raza (Emerson et al., 2020), el nivel socioeconómico (Desantis et al., 2010), nivel de educación (Jassem et al., 2014), edad y seguro de salud (Desantis et al., 2010) son los determinantes sociales en salud asociados con mayor frecuencia a retrasos en alguna fase de la trayectoria terapéutica.

En términos generales, existe consenso en que los retrasos en alguna de las fases de la trayectoria terapéutica tendrán un impacto negativo en la sobrevida de las personas con

cáncer de mama, y los intervalos entre la presentación de signos o síntomas hasta el diagnóstico, y desde el diagnóstico hasta el tratamiento son considerados indicadores de calidad (Brazda et al., 2010). Por ejemplo, se identifica un mayor riesgo de mortalidad con cirugías efectuadas después de los 36 días desde el diagnóstico (Eaglehouse et al., 2019).

La investigación en cáncer de mama también ha identificado factores personales en los retrasos de la trayectoria terapéutica. Los tiempos más largos se asociaron a la desconfianza y discrepancias, y los tiempos más cortos al temor del cáncer, prácticas de autoexamen, presencia de red de apoyo como amigos y familiares (Jassem et al., 2014). Actualmente, la navegación del paciente en cáncer es utilizada como estrategia de optimización de la atención del sistema de salud en subgrupos de personas con cáncer que tienen más barreras y menos acceso a la atención de salud (Hoffman et al., 2012; Patierno et al., 2010; Ramachandran et al., 2015; Rodday et al., 2015; Valencia et al., 2015).

Investigaciones sobre programas de navegación del paciente han demostrado contribuir en la disminución de los tiempos de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama, sin embargo, son necesarias más investigaciones sobre el impacto de estos en distintos cánceres y países (Baik et al., 2016). Un estudio multicéntrico sobre la navegación del paciente como intervención para reducir inequidades en los resultados de salud evidenció una mejora en la atención oportuna, en la disminución de tiempos de diagnóstico y mejora en el tiempo de inicio de tratamiento (Freund et al., 2014). Los programas de navegación han demostrado ser beneficiosos en poblaciones con bajo nivel educativo, bajos ingresos, múltiples comorbilidades y minorías étnicas (Freund, 2017) condiciones que hoy se conocen como Determinantes Sociales en Salud.

## - PROPÓSITO DE ESTUDIO

Considerando los modelos presentados, una forma de investigar las trayectorias terapéuticas de pacientes -además de relevar sus experiencias y perspectivas-, consiste en la identificación de demoras en la atención para cada etapa del proceso de atención de salud. La medición en tiempo de este proceso permite medir de manera relativamente comparable, posibles diferencias en el flujo de atención entre personas que se atienden en un mismo sistema, sobre la base de consideraciones que se podrían considerar injustas, como capacidad de pago, nivel socioeconómico o tipo de previsión. Igualmente, permite evaluar compromisos asumidos en aseguramiento de la atención oportuna en diagnóstico e inicio de tratamiento, que es propio del compromiso asumido con cada una de las patologías AUGE/GES que han sido priorizadas.

Una forma concreta en que el tiempo ha sido medido y analizado en la literatura internacional, consiste en el indicador de “demora” del inglés *delay* (Moodley et al., 2018; Walter et al., 2012), que da cuenta del grado de cumplimiento en tiempo de cada etapa del proceso de atención en salud conforme a plazos “estándar” previamente definidos. Cualquier tiempo superior al estimado para cada etapa de la trayectoria terapéutica para cada condición de salud particular medida en días, se considera como demora de la atención de salud y se valora como un desenlace negativo que se debe medir, evaluar y resolver en la mejora continua del sistema de salud de cualquier país del mundo. El tiempo también es un factor sensible para el paciente y su familia, reconociéndose como un elemento determinante en el pronóstico de la enfermedad.

De esta manera, el presente estudio indaga, de manera comprensiva, en las experiencias de trayectorias terapéuticas de las patologías seleccionadas en el sistema de salud. En la actualidad, existe una brecha de investigación relevante en este tema que debe abordarse en el contexto de las mejoras al sistema de salud chileno, en el marco de desafíos de equidad pendientes de la reforma de salud, la Ley del Cáncer y la urgencia de incorporar la perspectiva de pacientes en la toma de decisiones sobre cobertura en salud.

# METODOLOGÍA

## 1. Tipo de Estudio

En este reporte se presentan los resultados de la fase cuantitativa del estudio multi-métodos previamente descrito. El diseño de estudio es cuantitativo, observacional, de corte transversal y analítico. Por ser el primero de su tipo, y por limitaciones de tamaño de muestra para diversos análisis estadísticos que se buscó realizar, también se considera un estudio en esencia exploratorio. En este sentido, es un estudio inédito que abre una línea de investigación relevante para Chile, con gran potencial de aporte a la realidad nacional del manejo del cáncer de mama y pulmón en nuestro país. Se reconocen a priori limitaciones y riesgos de sesgo de este estudio, que, al visibilizarlas como parte del aporte original del mismo, permitirán a futuro el desarrollo de más y mejores estudios de este tipo en Chile.

La investigación también aplicó un enfoque de Investigación Traslacional (IT), entendida como aquella investigación aplicada y comprensiva que pretende traducir el conocimiento científico disponible para hacerlo útil a la población. El modelo de investigación traslacional (IT) surge como una alternativa de acción efectiva y duradera a la compleja relación existente entre la investigación y la toma de decisiones en salud, y se ha posicionado rápidamente como una prioridad en salud (Cabieses et al 2015). El enfoque de IT al que se adscribe este estudio se basa en el modelo de Proceso de Conocimiento para la Acción propuesto por Graham y colegas el año 2006, el cual propone una mirada dinámica y cíclica en la resolución de problemas, que logren dar cuenta de la complejidad del fenómeno y, desde ahí, buscar soluciones efectivas, innovadoras y localmente pertinentes (Graham, 2006). Esta mirada traslacional es la que propone el estudio, al enfocar sus esfuerzos en traducir el conocimiento en productos concretos que aporten a la solución del problema.

## 2. Universo, reclutamiento y muestra

El estudio se realizó a nivel nacional y el universo de este estudio corresponde a todas las personas adultas en Chile que durante el 2021 y hasta los primeros cuatro meses del 2022 viven o han vivido la experiencia de alguno de los dos tipos de cáncer priorizados para este estudio (mama y pulmón).

La muestra se constituyó tomando en cuenta la factibilidad de desarrollo de una encuesta de auto-aplicación online (en consideración de la crisis socio-sanitaria nacional y global del COVID-19) con los actores involucrados (para esta fase de estudio, correspondiente a pacientes). La selección de los pacientes se realizó de acuerdo con la identificación de aquellos que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: (i) tener diagnóstico actual o haber sido diagnosticado alguna vez en la vida con uno de los cánceres priorizados en la investigación (mama o pulmón); (ii) sean mayores de edad; (iii) se estén tratando en el sistema público o privado en Chile; (iv) tengan acceso a Internet o teléfono para participar de la entrevista; (v) estén de acuerdo con participar. El criterio de exclusión fue que los

participantes se encontraran con alguna condición física o mental que limitara la capacidad de la persona para decidir participar en la entrevista.

Las estrategias de reclutamiento utilizadas para pacientes fueron las siguientes: (i) Difusión a través de redes sociales creadas específicamente para esta investigación (Facebook, Instagram, Linktree, LinkedIn); (ii) Difusión a través de distintas organizaciones de pacientes relacionados a temáticas de cáncer; (iii) Difusión a través de contactos de hospitales y clínicas, vía profesionales de la salud, (iv) contactos referidos a través de los pacientes (técnica bola de nieve). El estudio completo, incluyendo la recolección de información, fue realizada por el equipo de investigación del Programa de Estudios Sociales en Salud (PROESSA), ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. La estrategia de reclutamiento y de levantamiento de información de esta fase cuantitativa tuvo lugar entre los meses agosto 2021 y abril 2022. Respecto del alcance general para el sistema público y privado y para todo el territorio nacional, intentando brindar igual oportunidad de participación a personas que cumplieren con los criterios de inclusión de cualquier lugar del territorio (Cuadro N°4)

Cuadro N°4 Resumen de estrategias de reclutamiento

| <b>Estrategias</b>   | <b>Actividades</b>                                    |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| Reclutamiento  | Vínculo con organizaciones de pacientes para difusión | Fundación Oncoloop                   |
|  |   | Corporación Valientes                |
|  |   | Corporación Yo Mujer                 |
|  |   | Fundación Nueva Vida                 |
|  |   | Fundación CARE                       |
|  |   | Fundación Cáncer Vida                |
|  |   | Organización la Voz de los Pacientes |
|  |   | Corporación Nacional del Cáncer      |
|  | Colaboración de Instituciones de Salud en difusión    | Hospital Sótero del Río              |
|  |   | Hospital Barros Luco                 |
|  |   | Hospital de Antofagasta              |
|  |   | Hospital de Puerto Montt             |
|  |   | Clínica Alemana                      |
|  | Vínculos profesionales de la salud para difusión      | Macrozona norte                      |
|  |   | Macrozona centro                     |
|  |   | Macrozona sur                        |
| Creación de redes sociales exclusivas para difusión del proyecto | Facebook  |                                      |
|  | LinkedIn  |                                      |
|  | Instagram   |                                      |
|  | Linktree  |                                      |
| Levantamiento de información                                     | Creación de encuesta                                  | Versión móvil                        |
|  |   | Versión computador                   |

|  |                            |   |
|--|----------------------------|---|
|  | Participación de pacientes | Encuesta autoaplicada   |
|  |                            | Encuesta aplicada con encuestador entrenado                                   |
|  | Encuestadores entrenados   | Entrenamiento previo a encuestadores realizado por coordinadoras del proyecto |
|  |                            | Reuniones semanales con los encuestadores y coordinadoras del proyecto        |

En relación con cáncer de mama, luego de una detallada revisión, eliminación de cuestionarios incompletos y duplicados, se alcanzó un tamaño de muestra efectivo de 263 personas. Para el cáncer de pulmón y siguiendo el mismo proceso, se alcanzó un total de 60 encuestas efectivas.

### 3. Cuestionario

El cuestionario fue creado en la fase inicial del proyecto en base a la siguiente información: (i) información disponible en la literatura científica sobre trayectorias terapéuticas de pacientes con cáncer, (ii) estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno y (iii) itinerario terapéutico específico para cada tipo de cáncer, cáncer de mama anexo 1, cáncer de pulmón anexo 2 (documentos separados de este reporte).

Ambos cuestionarios eran iguales en su estructura general. La primera parte del cuestionario contenía información sobre el proyecto, la participación del participante y el consentimiento informado. Después del consentimiento informado, el cuestionario tenía una pregunta de confirmación del diagnóstico y entrega de instrucciones para la participación. En esta parte se destaca el tiempo de aplicación de la encuesta (50-60 minutos) y se sugiere tener documentos médicos asociados al cáncer o estar acompañado de una persona que conozca la trayectoria del paciente. Finalizando esta primera parte del cuestionario comienzan las preguntas específicas distribuidas en las siguientes secciones: (i) caracterización demográfica del participante y su hogar, (ii) caracterización socioeconómica del participante y su hogar, (iii) caracterización previsional y de salud general del participante y (iv) trayectoria terapéutica del paciente. En su estructura interna, cada cuestionario fue creado de forma específica para cáncer de mama y pulmón, abordando temas específicos de exámenes, tratamientos y factores de riesgo. El cuestionario de cáncer de mama tenía 99 preguntas y el de cáncer de pulmón 94 preguntas. Estas preguntas son en su mayoría de respuesta simple, con alternativas y algunas son obligatorias indicadas con un asterisco color rojo.

Posterior a la creación del cuestionario, éste fue revisado por expertos académicos y organizaciones de pacientes, para finalmente ser piloteado con pacientes antes de la difusión masiva. El cuestionario podía ser autoaplicado o respondido con la ayuda de un encuestador entrenado.



## 4. Variables de estudio

### Variables dependientes

#### *Variables categóricas*

**Percepción de retraso:** Según la experiencia del encuestado, la percepción de retraso estuvo identificada en distintos momentos de su trayectoria terapéutica, considerando en total tres variables dependientes dicotómicas de percepción de retraso: (i) retraso en la primera consulta por su signo o síntoma, (ii) retraso en el diagnóstico del cáncer (mama o pulmón) y (iii) retraso o demora en el inicio del tratamiento del cáncer (mama o pulmón). La percepción de retraso se trabajó de forma dicotómica (con retraso/sin retraso) en base a las categorías presentadas en la encuesta que fueron: no tuvo retraso, no sabe, si tuvo retraso por motivos relacionados con el sistema de salud y si tuvo retraso por motivos relacionados con mi proceso o circunstancias personales. Para estas dos últimas, se incluyó la especificación de los motivos de retraso.

**Tiempos de atención, diagnóstico y tratamiento:** Corresponde al tiempo estimado en días, semanas o meses por el paciente en los distintos momentos de su trayectoria terapéutica (primera consulta, diagnóstico, tratamiento). Esta variable se trabajó de dos formas en este análisis, como variable cualitativa con categorías pre-establecidas, y como variable ordinal numérica. Para su versión categórica, las categorías del tiempo estimado son: mismo día o momento, dentro de las dos primeras semanas, dentro del primer mes, dentro de los primeros 3 meses, entre 3 y 6 meses, entre 6 meses y un año, luego de un año para cada uno de los momentos de la trayectoria terapéutica.

**Satisfacción general percibida:** Corresponde a la calificación que realiza el paciente sobre su nivel de satisfacción para todas las atenciones de salud que ha recibido por su cáncer (mama o pulmón). La calificación se realizó en una escala de 0 a 10, siendo 0 el extremo de menor nivel de satisfacción y 10 el nivel de mayor satisfacción.

**Calidad de la atención global percibida:** Corresponde a la calificación que realiza el paciente sobre la calidad de atención en salud recibida durante toda su trayectoria terapéutica como paciente con cáncer de mama o pulmón. La calificación se realizó en una escala de 0 a 10, siendo 0 el extremo de menor nivel calidad en la atención y 10 el nivel de mayor calidad en la atención.

#### *Variables numéricas*

**Días entre la detección del síntoma, signo o cambio mamario y el pedir hora:** Estimado a partir de la fecha de detección del primer signo o síntoma y la fecha de la primera solicitud de hora. Se consideraron como datos perdidos a aquellos que no indicaban una o ambas fechas (n=29, equivalente al 11,0%) y a aquellos que indicaban una fecha de petición de hora

anterior a la detección del signo no síntoma (n=21, equivalente al 8,0%). Los días y meses faltantes fueron imputados por el día 1 del mes y enero, respectivamente.

**Días entre la detección del síntoma, signo o cambio mamario y la primera consulta:** Estimado a partir de la fecha de detección del primer signo o síntoma y la fecha de la primera consulta. Se consideraron como datos perdidos a aquellos que no indicaban una o ambas fechas (n=21, equivalente al 8,0%) y a aquellos que indicaban una fecha de primera consulta anterior a la detección del signo no síntoma (n=16, equivalente al 6,1%). Los días y meses faltantes fueron imputados por el día 1 del mes y enero, respectivamente.

**Días entre la primera consulta y ser diagnosticado con el cáncer:** Estimado a partir de la fecha indicada de la primera consulta y la fecha en que la persona fue diagnosticada la persona con el cáncer (no considera tiempos posteriores para etapificación, sino que el diagnóstico mismo). Se consideraron como datos perdidos a aquellos que no indicaban una o ambas fechas (n=19, equivalente al 7,2%) y a aquellos que indicaban una fecha de diagnóstico anterior a la primera consulta (n=43, equivalente al 16,3%). Los días y meses faltantes fueron imputados por el día 1 del mes y enero, respectivamente.

**Días entre el diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento:** Estimado a partir de la fecha en que la persona fue diagnosticada y la fecha del inicio del tratamiento. Se consideraron como datos perdidos a aquellos que no indicaban una o ambas fechas (n=19, equivalente al 7,1%) y a aquellos que indicaban una fecha de inicio del tratamiento anterior al diagnóstico del cáncer (n=14, equivalente al 5,3%). Los días y meses faltantes fueron imputados por el día 1 del mes y enero, respectivamente.

## **Variables independientes y de control**

### *Variables independientes*

Nivel educacional (educación especial, básica, media, superior), ingreso del hogar (CLP líquido aproximado de todos los ingresos del hogar en un mes) y sistema previsional de salud (Fonasa A, B, C, D y No sabe, Isapre, FF. AA; y dicotomizada como sistema público (FONASA y FF.AA.) y privado).

### *Variables de control*

Corresponde a las variables de sexo (hombre, mujer), edad (años), región (categorizada como macrozonas, norte, centro y sur), nacionalidad (chilena, chilena y otra, otra), etnia (no pertenece, pertenece a un pueblo originario, no sabe), estado civil (casado o conviviente, separado, anulado, divorciado, viudo o soltero), percepción de situación financiera (le es difícil llegar a fin de mes, le alcanza justo, cómodo o le va bien), tenencia de la vivienda (arrendada, propia u otra), hacinamiento (sí/no),

## 5. Análisis

Las bases de datos fueron revisadas y limpiadas en detalle, considerando la unificación y coherencia de los datos. Posteriormente, para ambas bases, se describieron sociodemográfica y económicamente las muestras en su totalidad y según variables dependientes categóricas o cualitativas [seis variables dependientes en total: reporte de percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico o inicio del tratamiento en la experiencia del encuestado, tiempos de atención, satisfacción y calidad de la atención] y numéricas [cuatro variables dependientes en total: días entre la detección del síntoma, signo o cambio mamario y el pedir hora, días entre la detección del síntoma, signo o cambio mamario y la primera consulta, días entre la primera consulta y ser diagnosticado con el cáncer, días entre el diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento] utilizando medidas de frecuencia, tendencia central, dispersión y posición (según correspondan).

Para las **variables dependientes categóricas**, la asociación entre cada una de las variables con la percepción de retraso fue analizada mediante test Chi-cuadrado, test Chi-cuadrado de tendencia lineal y test exacto de Fisher, según correspondiese en consideración a los tamaños de muestra para cada base de datos de cáncer. Las diferencias de edad, ingreso total, nota de la calidad de la atención y satisfacción con el total de la atención recibida entre quienes perciben retraso (primera consulta, diagnóstico o inicio del tratamiento) y quienes no, fueron analizadas mediante la prueba de Mann-Whitney, acorde a las distribuciones de las variables. Adicionalmente se estimaron modelos de regresión logística crudos (para cada variable por sí sola) y ajustados por el total de variables en conjunto. Se consideraron como variables dependientes, tal y como se ha señalado: (i) percepción de retraso en la primera consulta, (ii) percepción de retraso en el diagnóstico de cáncer, (iii) percepción de retraso en el inicio del tratamiento del cáncer, (iv) tiempos de demora como variable cualitativa con categorías pre-establecidas, (v) satisfacción y (vi) calidad de la atención percibida. Acorde al análisis exploratorio de variables, algunas variables fueron recategorizadas o excluidas de los modelos, por lo cual se consideraron como variables independientes para estos análisis: ingreso total (va. continua), nivel educacional (categorizada como educación básica, media, técnico profesional o superior) y sistema previsional de salud (categorizado como público o privado). Como variables de control: edad (va. continua), estado civil (categorizada como casado o conviviente, separado, anulado o divorciado, viudo, soltero), macrozona de residencia (norte, centro, sur), percepción de la situación financiera (le es difícil llegar a fin de mes, le alcanza justo y le va bien o llega cómodamente a fin de mes), tenencia de la vivienda (propia, arrendada u otra). En el caso de los modelos para cáncer de pulmón se incluyó la variable sexo (hombre, mujer).

Para las **variables dependientes numéricas** (ordinales), los días transcurridos entre el signo o síntoma, pedir hora, primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento, se describieron mediante medidas de posición, dispersión y tendencia central, adicionalmente, los tiempos fueron categorizados como: 30 días o menos, 31 – 365 días y más de un año, los cuales fueron descritos mediante medidas de frecuencia. En consideración a las distribuciones de la cantidad de días entre el signo o síntoma y el pedir hora, primera consulta, diagnóstico del

cáncer e inicio del tratamiento, las diferencias de medias según percepción de retrasos en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento se analizó mediante la prueba U de Mann-Whitney, con un nivel de significación de 0,05. En la misma línea, la diferencia de distribuciones de estos lapsos de días según variables demográficas y socioeconómicas se analizó mediante prueba de Kruskal-Wallis, con sus respectivas pruebas Post-Hoc, con un nivel de significación de 0,05. Adicionalmente, la asociación entre estas variables y los lapsos de tiempo categorizados se analizó mediante test exacto de Fisher.

Todos los análisis fueron realizados con una significación de 0,05 y una confianza del 95%, solo se consideraron las categorías, no sabe no responde para los análisis descriptivos. Los resultados fueron obtenidos a través del software SPSS en su versión 25.

## 6. Riesgos de sesgo

Existen diversos riesgos de sesgo en este estudio. Los posibles sesgos del estudio estuvieron asociados, primero, al tipo de muestreo no probabilístico de conveniencia realizado, ya que éste podría afectar la representatividad de la muestra (riesgos de sesgo de selección). Segundo, a la encuesta creada, que si bien fue pilotada no ha sido validada, además de su aplicación online (por la misma persona o apoyada telefónicamente si así lo requería) y su análisis e interpretación a lo largo del estudio (riesgos de sesgo de información). Por esta razón, se realizaron distintas estrategias para intentar disminuir estos posibles sesgos, pero de igual forma se reconocen como parte del desarrollo del mismo, así como también se reconocen sus limitaciones a la hora de la interpretación de los resultados (Cuadro N°5).

Cuadro N°5 Resumen estrategias de control de sesgos

| Posible sesgo   | Control de sesgo  |
|---|---|
| Sesgo de selección  | Estrategias de difusión y reclutamiento diversas  |
|   | Alianzas de colaboración con distintas organizaciones públicas y privadas de distintas zonas de Chile |
|   | Creación de encuesta para computador y para celular   |
|   | Diferentes opciones de participación  |
| Sesgo de información  | Pilotaje del cuestionario   |
|   | Revisión del cuestionario por académicos  |
|   | Revisión del cuestionario por organizaciones de pacientes   |
|   | Capacitación y entrenamiento a encuestadores  |
|   | Reuniones semanales con encuestadores   |
|   | Reuniones semanales con el equipo de investigación  |
| Opción de realizar la encuesta acompañados y usar sus registros personales (sesgo de memoria) |   |

## 7. Limitaciones de estudio

Existen diversas limitaciones de este estudio que deben ser reconocidas. Las limitaciones del estudio están relacionadas (i) a la representatividad de los datos por el tamaño muestral de cada uno de los cánceres (cáncer de mama 263, cáncer de pulmón 60), (ii) a la representatividad que puede tener el estudio de pacientes en estadios de cáncer avanzados quienes debido a su estado de salud pueden haber visto dificultada su participación, y (iii) a la representatividad de pacientes con baja itinerancia digital quienes por no tener conocimientos para navegar en páginas de internet o acceder a códigos QR no podían acceder a la información o la encuesta.

Estas limitaciones se relacionan a las características complejas de la experiencia de vivir con cada uno de los cánceres incluidos en el estudio que afectan e impactan de diversas formas a las personas, lo que dificulta el reclutamiento. También se asocian a la realización del estudio en tiempo de pandemia, con restricciones para la realización de encuestas en forma presencial y sus riesgos de sesgo asociados, en especial en la primera etapa de levantamiento de información.

## 8. Aspectos éticos

Los principios éticos de cualquier estudio científico que involucra a seres humanos comprometen a los investigadores a diseñar y aplicar el estudio considerando los principios universales de la investigación científica: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Para tomar en cuenta estos principios, el estudio contempló un proceso de consentimiento informado asegurando que los participantes recibieran toda la información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, asegurando su comprensión y participación absolutamente voluntaria. Para ello, se redactó un documento informativo para que los participantes se informaran del estudio y un consentimiento informado online.

El equipo investigador se guió por la Declaración de Singapur y las leyes chilenas de protección de los participantes en investigación en salud. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados de las encuestas respondidas en forma libre y voluntaria por los participantes.

La base de datos obtenida de esta fase de estudio referida a cáncer de mama recoge la información de personas mayores de 18 años que tienen o han recibido diagnóstico de cáncer de mama y han sido atendidos en el sistema de salud chileno, público o privado, a lo largo de todo el territorio nacional. Tal y como se señaló, los datos fueron recolectados a través de una encuesta digital difundida a través de redes sociales, instituciones de salud, profesionales de la salud y organizaciones de pacientes, abarcando características sociodemográficas, económicas, clínicas, impresiones de la atención y proceso desde la detección de signos o síntomas hasta el tratamiento de la enfermedad. Del total de encuestas hubo 880 respondidas de forma parcial y 263 completas con consentimiento informado. El análisis de datos se realizó sólo considerando las encuestas respondidas de forma completa.

La base referida a cáncer de pulmón recoge la información de personas mayores de 18 años que tienen o han tenido cáncer de pulmón y han recibido atención en el sistema de salud chileno, a lo largo de todo el territorio nacional. Los datos fueron recolectados a través de una encuesta digital difundida a través de redes sociales, instituciones de salud, profesionales de la salud y organizaciones de pacientes, abarcando características sociodemográficas, económicas, clínicas, impresiones de la atención y proceso desde la detección de signos o síntomas hasta el tratamiento de la enfermedad. Del total de encuestas hubo 21 respondidas de forma parcial y 60 completas con consentimiento informado. El análisis de datos se realizó sólo considerando las encuestas respondidas de forma completa.

Los resultados se presentan para cáncer de mama primero y luego para cáncer de pulmón.

## CÁNCER DE MAMA

### *Percepción de retraso en primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento*

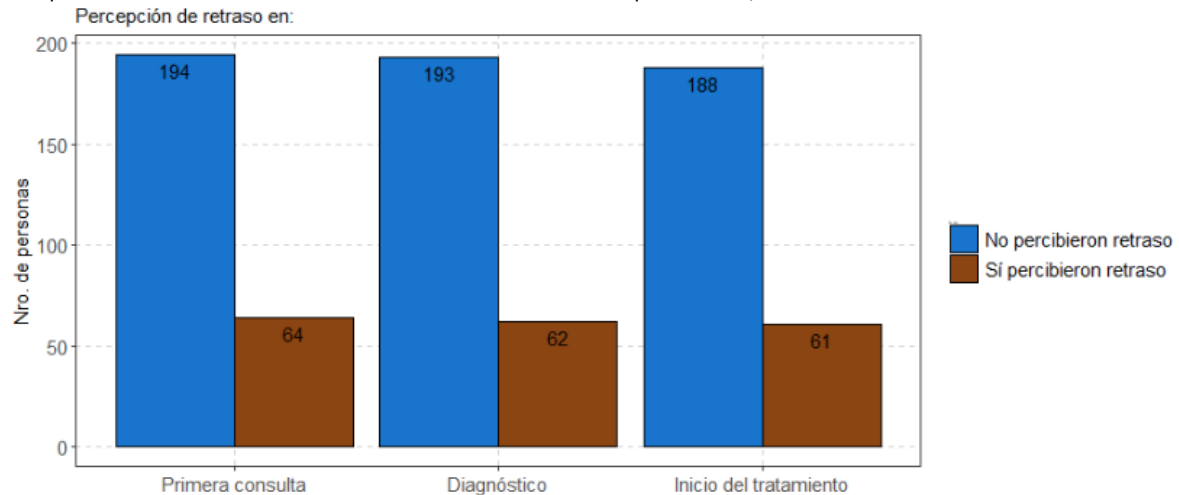
De la muestra de 263 encuestas respondidas completas por personas que tienen o han tenido cáncer de mama, un 24,33% (IC95%: 19,4% - 30,0%) de la muestra, equivalente a 64 personas, indicó que según su experiencia tuvo percepción de **retraso o demora en la primera consulta** luego del signo, síntoma o cambio mamario. Entre estos, 17 (26%) indicaron que fue por motivos personales (5,9% por estar asustado, 29,4% por tener responsabilidades de cuidado de otros y no tener tiempo antes para ir, 5,9% por no querer ir, 35,3% por otros motivos sin especificar y 23,5% no saben o no responden) y 47 (70%) por motivos relacionados al sistema de salud (34% por ser la primera hora disponible, 6,4% por llegar a la consulta pero no ser atendido, 2,1% por no saber dónde ir, 2,1% por no tener dinero para llegar a la consulta, 51,1% por otras razones no especificadas y el 4,2% restante no sabe o no responde) (Figura 1, Tabla 1).

Similar a lo anterior, un 23,57% (IC95%: 18,6% - 29,2%) de la muestra, equivalente a 62 personas, indicó que según su experiencia tuvo **retraso o demora en el proceso de diagnóstico de cáncer de mama**, 13 de ellos por motivos personales y 49 por motivos relacionados con el sistema de salud. Dentro de los motivos personales, el 30,8% fue por tener otras responsabilidades y no haber podido asistir antes, 15,4% por no querer ir, 38,5% por otros motivos personales y el 15,3% restante no sabe o no responde. Por otra parte, dentro de los motivos relacionados con el sistema de salud, 4,1% fue porque el lugar de consulta quedaba muy lejos, 4,1% por no ser atendido en la consulta, 10,2% por no conseguir hora en el oncólogo, 14,3% no conseguir horas para un examen, 4,1% por que no sabía dónde ir, 59,2% por alguna otra razón y el 4,1% restante no respondió a la pregunta (Figura 1, Tabla 1).

Respecto al inicio del tratamiento por cáncer de mama, 61 personas de la muestra, equivalentes al 23,19% (IC95%:18,4% - 28,6%) del total de muestra, afirmó haber tenido un **retraso en el inicio del tratamiento de cáncer de mama**. Entre los 8 que afirmaron tener retraso por motivos personales, 2 fueron por tener responsabilidades de cuidado y no poder asistir y 6 por otras razones no especificadas; mientras que entre los 53 con retraso relacionado al sistema de salud, 1,9% (n=1) fue por lejanía del lugar de la consulta, 7,5% (n=4) por no ser atendido al llegar a la consulta, 20,8% (n=11) por no conseguir hora para iniciar el tratamiento, 1,9% (n=1) por no tener dinero para llegar a la consulta y 1,9% (n=1) para pagar el tratamiento, 60,4% (n=32) por otra razón no especificada y el 5,7% (n=3) no sabe o no responde (Figura 1, Tabla 1).



Figura 1. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022.



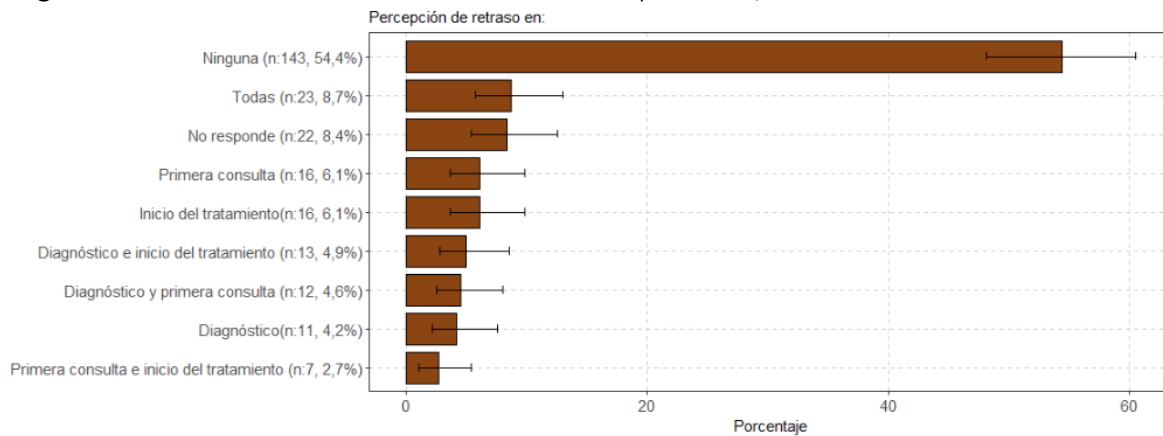
La figura 1 muestra la cantidad de personas con cáncer de mama que tuvieron la percepción de retraso o no retraso, durante su proceso de atención de cáncer, en la primera consulta, la obtención de diagnóstico y el inicio de tratamiento. La muestra total en cada una de las fases del proceso de atención corresponde a 263 personas.

Tabla 1. Autoreporte de retraso de pacientes con cáncer de mama en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de mama e inicio del tratamiento. Muestra 263 personas, Chile 2022.

|  | Retraso en:      |                           |             |                           |                        |                           |
|--|------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|
|  | Primera consulta |                           | Diagnóstico |                           | Inicio del tratamiento |                           |
|  | n                | % (IC95%)                 | n           | % (IC95%)                 | n                      | % (IC95%)                 |
| Sí   | 64               | 24,33%<br>(19,4% - 30,0%) | 62          | 23,57%<br>(18,6% - 29,2%) | 61                     | 23,19%<br>(18,2% - 28,8%) |
| Por el sistema de salud                    | 47               | 73,44%                    | 49          | 79,03%                    | 53                     | 86,89%                    |
| Por mi proceso o circunstancias personales | 17               | 26,56%                    | 13          | 20,97%                    | 8                      | 13,11%                    |
| No   | 194              | 73,76%<br>(68,2% - 79,0%) | 193         | 73,38%<br>(67,6% - 78,6%) | 188                    | 71,48%<br>(65,6% - 76,9%) |
| No sabe, no responde                       | 5                | 1,90%<br>(0,7% - 4,4%)    | 8           | 3,04%<br>(1,3% - 5,9%)    | 14                     | 5,32%<br>(2,9% - 8,8%)    |

La tabla 1 muestra el número de personas, el porcentaje e Intervalo de confianza (IC) de las personas que reportaron retraso en alguna fase de su proceso de atención: primera consulta (N=64), diagnóstico (N=62), tratamiento (N=61); y de las personas que no reportaron retraso (n=194).

Figura 2. Percepciones de retraso en pacientes con cáncer de mama para la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Muestra 241 personas, Chile 2022.



La figura 2 muestra la cantidad de personas que realizaron el autoreporte de sin retraso y retraso en alguna fase de su proceso de atención o en fases agrupadas.

Del total de la muestra, 241 personas reportaron información respecto a retrasos en la primera consulta, diagnóstico o inicio del tratamiento según su experiencia (Figura 2). De forma agrupada y sin considerar la no respuesta, un 59,3% no percibió retraso en ninguna de las 3 opciones, un 9,5% (n=23, IC95%: 6,3% - 14,2%) reportó retraso en las tres, un 17,8% (n=43, IC95%:13,3% - 23,4%) solo en una y el 13,3% restante en 2 de ellas.

Para la detección del **primer signo o síntoma**, el 50,95% (n=134, IC95%:44,9% - 57,0%) de la muestra pidió hora a un centro de salud en el mismo momento de la detección, el 30,80% antes del primer mes, el 17,48% luego del mes y el 0,76% no sabe. La primera consulta (ser atendido) fue realizada el mismo día de la detección del signo o cambio mamario en el 12,17% (n=32, IC95%:8,6% - 16,5%) de la muestra, el 63,11% de la muestra realizó la primera consulta dentro del primer mes, y el 24,71% restante luego del primer mes y en algunos casos fue después de un año. Para el caso del diagnóstico, el 54,38% de la muestra fue diagnosticado dentro del primer mes luego de la detección del primer signo o síntoma, el 44,86% posterior al mes y un 0,76% no sabe. La categoría “durante las primeras dos semanas” fue la más frecuente para ser atendido y el diagnóstico (Tabla 2).

Tabla 2. Tiempo entre la detección del primer síntoma y el pedir hora, ser atendido y ser diagnosticado con cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022.

|   | Tiempo desde la detección del primer signo o síntoma hasta: |        |                 |              |        |                 |                   |       |                 |
|---|---|--------|-----------------|--------------|--------|-----------------|-------------------|-------|-----------------|
|   | Pedir hora  |        |                 | Ser atendido |        |                 | Ser diagnosticado |       |                 |
| En ese mismo día o momento                            | 134   | 50,95% | (44,9% - 57,0%) | 32           | 12,17% | (8,6% - 16,5%)  | -                 | -     | -               |
| Durante las primeras dos semanas desde que lo detectó | 55  | 20,91% | (16,3% - 26,1%) | 104          | 39,54% | (33,8% - 45,5%) | 73                | 27,76 | (22,6% - 33,4%) |
| Durante el primer mes desde que lo detectó            | 26  | 9,89%  | (6,7% - 13,9%)  | 62           | 23,57% | (18,8% - 29,0%) | 70                | 26,62 | (21,6% - 32,2%) |
| Durante los primeros tres meses desde que lo detectó  | 20  | 7,60%  | (4,9% - 11,3%)  | 36           | 13,69% | (9,9% - 18,2%)  | 62                | 23,57 | (18,8% - 29,0%) |
| Entre 3 y 6 meses desde que lo detectó                | 17  | 6,46%  | (4,0% - 9,9%)   | 21           | 7,98%  | (5,2% - 11,7%)  | 34                | 12,93 | (9,3% - 17,4%)  |
| Entre 6 meses y un año desde que lo detectó           | 7   | 2,66%  | (1,2% - 5,2%)   | 5            | 1,90%  | (0,7% - 4,1%)   | 15                | 5,7   | (3,4% - 9,0%)   |
| Luego de un año de haberlo detectado                  | 2   | 0,76%  | (0,2% - 2,4%)   | 3            | 1,14%  | (0,3% - 3,0%)   | 7                 | 2,66  | (1,2% - 5,2%)   |
| No sabe   | 2   | 0,76%  | (0,2% - 2,4%)   | -            | -      | -               | 2                 | 0,76  | (0,2% - 2,4%)   |

(-): Intervalo de confianza, 95% de confianza

La tabla 2 muestra el número de personas, porcentaje e intervalos de confianza (IC) de pacientes con cáncer de mama que reportan los tiempos (agrupados en las categorías de la primera columna) para distintas fases del proceso de atención de salud (pedir hora, ser atendido, ser diagnosticado)

El 84,8% del total de la muestra inicio el tratamiento de cáncer de mama dentro de los 3 primeros meses desde la primera consulta, mientras que el 30,4% lo hicieron dentro de las primeras dos semanas desde su diagnóstico, y 29,3% dentro del primer mes (Tabla 3).

Tabla 3. Tiempo entre consultar y diagnóstico, y diagnóstico y tratamiento. Muestra 263 personas, Chile 2022.

|                                  | Tiempo entre:                    |       |                 |   |       |                 |
|----------------------------------|----------------------------------|-------|-----------------|---|-------|-----------------|
|                                  | Consultar y tener el diagnóstico |       |                 | Tener diagnóstico y comenzar el tratamiento |       |                 |
| Durante las primeras dos semanas | 80                               | 30,4% | (25,1% - 36,2%) | 80  | 30,4% | (25,5% - 36,7%) |
| Durante el primer mes            | 77                               | 29,3% | (24,0% - 35,0%) | 77  | 29,3% | (24,4% - 35,5%) |
| Durante los primeros tres meses  | 64                               | 24,3% | (19,4% - 29,8%) | 66  | 25,1% | (20,5% - 31,0%) |
| Entre 3 y 6 meses                | 29                               | 11,0% | (7,7% - 15,2%)  | 29  | 11%   | (7,8% - 15,5%)  |
| Entre 6 meses y un año           | 7                                | 2,7%  | (1,2% - 5,2%)   | 7   | 2,7%  | (1,2% - 5,2%)   |
| Luego de un año                  | 5                                | 1,9%  | (0,7% - 4,1%)   | -   | -     | -               |
| No sabe                          | 1                                | 0,4%  | -               | -   | -     | -               |

(-): Intervalo de confianza, 95% de confianza

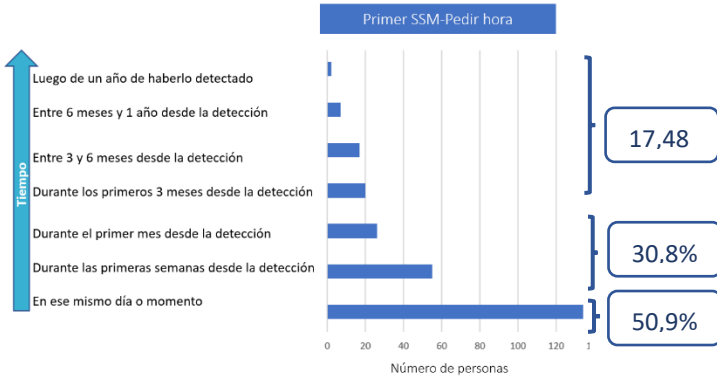
4 de las 263 personas de la muestra aún no comenzaban su tratamiento por cáncer de mama.

La tabla 3 muestra el número de personas, porcentaje e intervalos de confianza (IC) de pacientes con cáncer de mama que reportan tiempos (agrupados en las categorías de la primera columna) para fases del proceso de atención agrupadas en 2: consultar y tener diagnóstico, tener diagnóstico y comenzar tratamiento.

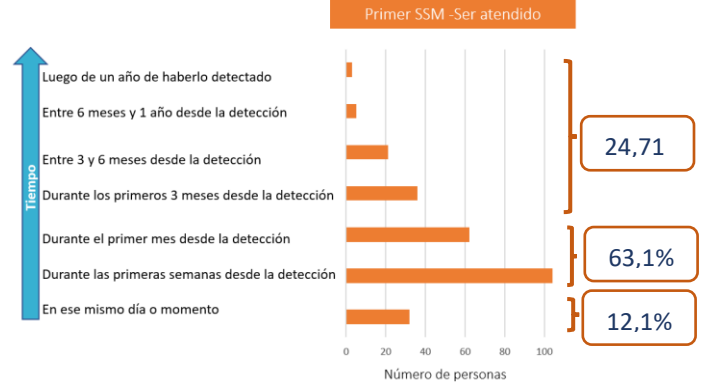
## Esquemas representativos intervalos de tiempo y número de personas para distintas etapas de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama.

SSM: Signo, síntoma o cambio mamario  
TTP: Trayectoria terapéutica de paciente

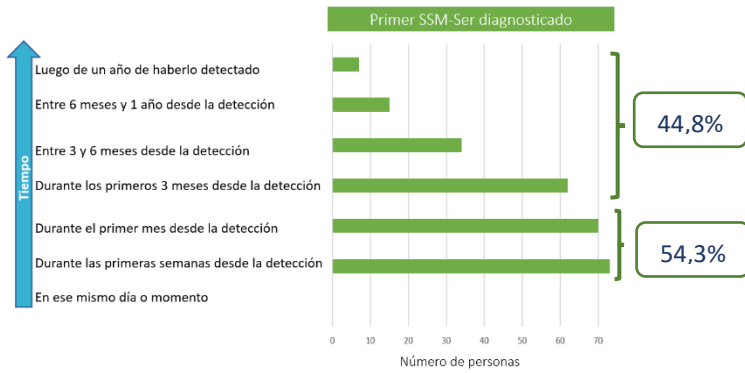
TTP desde el primer signo, síntoma o cambio mamario hasta pedir hora de atención de salud



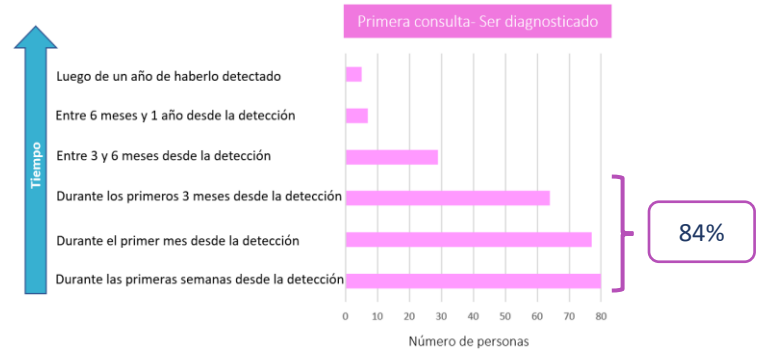
TTP desde el primer signo, síntoma o cambio mamario hasta ser atendido



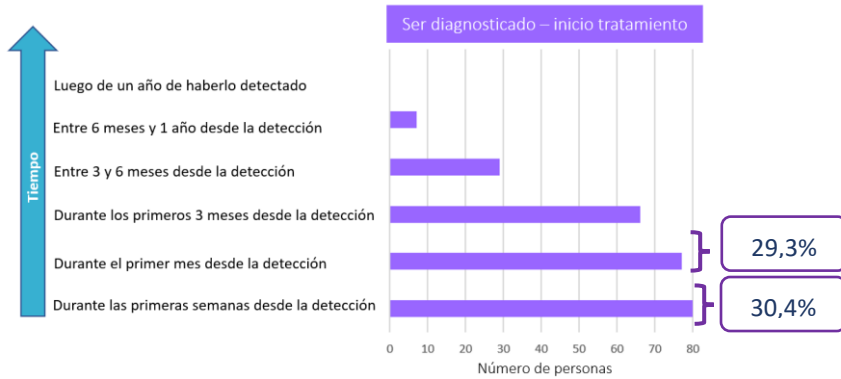
TTP desde el primer signo, síntoma o cambio mamario hasta ser diagnosticado



TTP desde la primera consulta hasta ser diagnosticado



TTP desde ser diagnosticado hasta iniciar el tratamiento

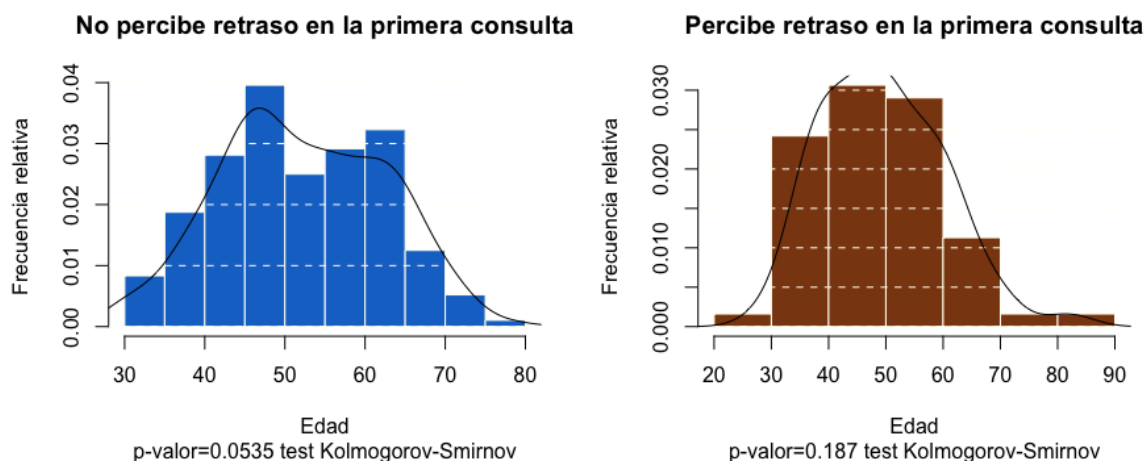


### Reporte de percepción de retraso según características demográficas

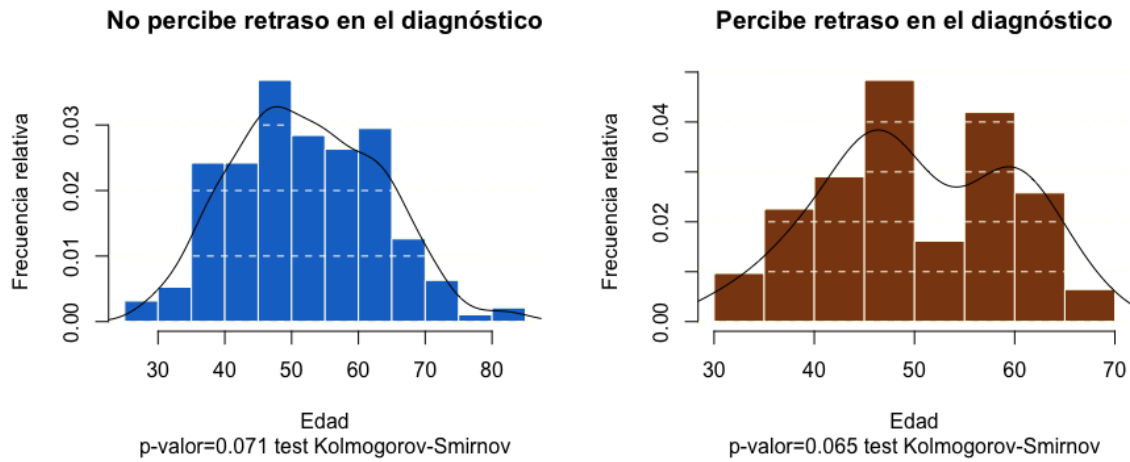
La muestra se compone en un 98,9% de mujeres (n=260), se registró información de un hombre (n=1) el cual no percibió retraso en la primera consulta, ni el diagnóstico ni el inicio del tratamiento del cáncer de mama; y dos personas decidieron no responder la pregunta. En cuanto a la edad, el 50% de la muestra se encontraba en el rango de edad entre 29 y 51 años y el 50% restante entre los 51 y 83 años, con una media de 51,7 años (desviación estándar: 10,5 años). La media y mediana de edad de quienes en su experiencia tuvieron retraso en la primera consulta, diagnóstico o inicio del tratamiento del cáncer de mama fue menor en alrededor de 2-3 años en comparación con quienes no lo reportaron, siendo una diferencia significativa en la percepción de retraso en la primera consulta e inicio del tratamiento según edad (Tabla 4, Figura 3).

Figura 3. Distribución de edad según autoreporte de retraso en pacientes con cáncer de mama según etapas de la trayectoria terapéutica (primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento). Muestra 263 personas, Chile 2022.

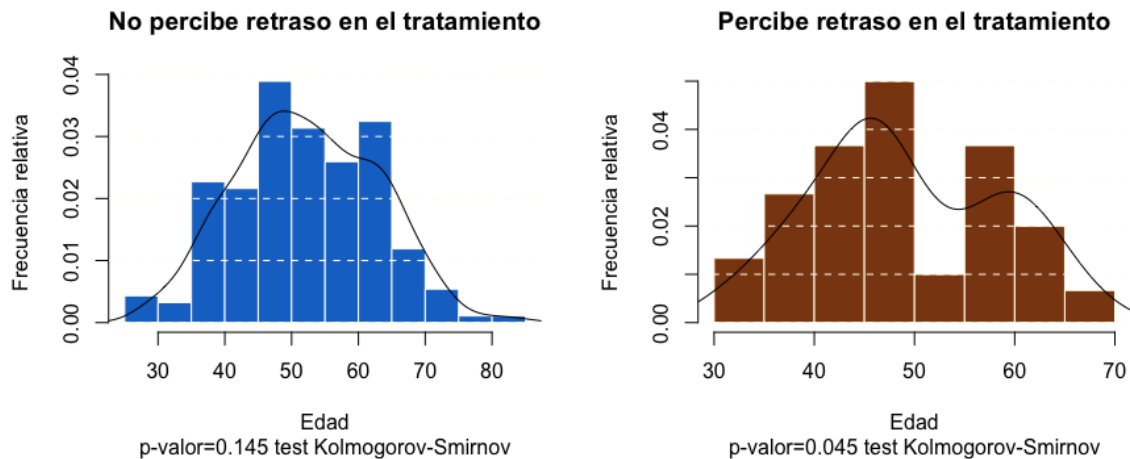
a. Percepción de retraso en la primera consulta y edad



b. Percepción de retraso en ser diagnosticado y edad

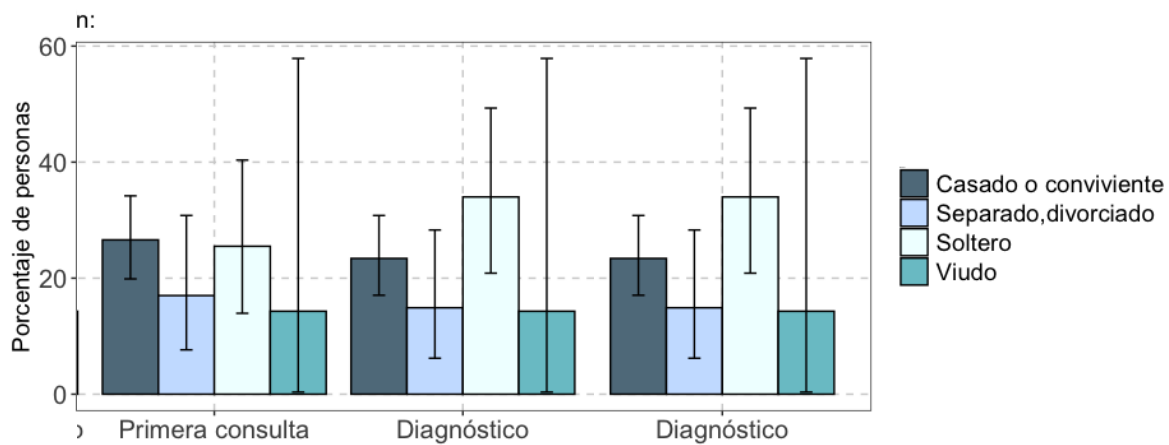


c. Percepción de retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de mama y edad



Respecto al estado civil, la muestra se compone principalmente de personas casadas o convivientes ( $n=158$ ), le sigue el grupo de personas separadas, anuladas o divorciadas ( $n=48$ ) y solteras ( $n=47$ ). Descriptivamente, sin considerar aquellos que no responden, las personas solteras presentaron mayores porcentajes de retraso en el diagnóstico del cáncer (35,6% IC95%:22,8% - 50,1%) y en el inicio del tratamiento de este (25,6% IC95%:14,4% - 39,9%), en comparación con las personas de los otros grupos. En el caso del retraso en la primera consulta, los porcentajes entre solteros (26,1% IC95%:15,1% - 40,0%) y casados o convivientes (26,9% IC95%:20,4% - 34,3%) son cercanos. La asociación entre los tipos de retraso y el estado civil no fue estadísticamente significativa (nivel de significación de 0,05) (Tabla 4, Figura 4).

Figura 4. Autoreporte de pacientes con cáncer de mama sobre retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento según estado civil. Muestra 263 personas, Chile 2022.



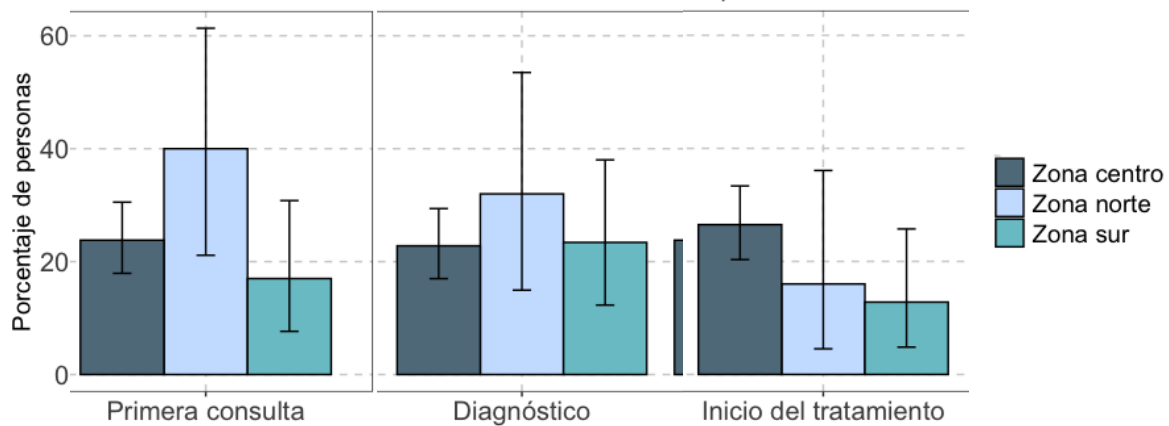
|                    | Casado o conviviente | Separado, divorciado | Soltero      | Viudo       |
|--------------------|----------------------|----------------------|--------------|-------------|
| Primera consulta   | 26,6% (n=42)         | 17,0% (n=8)          | 25,5% (n=12) | 14,3% (n=1) |
| Diagnostico        | 23,4% (n=37)         | 14,9% (n=7)          | 34,0% (n=16) | 14,3% (n=1) |
| Inicio tratamiento | 24,1% (n=38)         | 21,3% (n=10)         | 23,4% (n=11) | 14,3% (n=1) |

Nota: Se consideró la "no respuesta" para la estimación de porcentajes

La figura 4 muestra la asociación entre el tipo de retraso y estado civil. Para un nivel de significación estadística de 0.05 no se observa asociación entre los tipos de retraso y el estado civil de la persona.

Por otra parte, según zona de residencia la muestra tiene personas de las 16 regiones del país. Para el análisis se agruparon las regiones por macrozona geográfica. La macrozona norte estuvo conformada por las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Atacama; la macrozona centro por las regiones de Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana de Santiago, del Libertador General Bernardo O'Higgins, Maule, Ñuble y Biobío; y la macrozona sur por las regiones de La Araucanía, Los Lagos, Los Ríos, Aysén, y la región de Magallanes y la Antártica Chilena. El 71,9% (n=189) de las personas de la muestra residían en la macrozona central, el 17,9% (n=47) en la macrozona sur y el 9,5% (n=25) en la macrozona norte. Pese a la menor representatividad de regiones en la muestra obtenida, la asociación cruda entre el autoreporte de retraso en la primera consulta y la macrozona de residencia fue significativa, siendo la macrozona norte la con mayor porcentaje de retraso (Tabla 4, Figura 5).

Figura 5. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de mama según macrozona de residencia. Muestra 263 personas, Chile 2022.



|                    | Zona norte*  | Zona centro  | Zona sur     |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| Primera consulta   | 40,0% (n=10) | 23,8% (n=45) | 17,0% (n=2)  |
| Diagnostico        | 32,0% (n=8)  | 22,8% (n=43) | 23,4% (n=11) |
| Inicio tratamiento | 16,0% (n=4)  | 26,5% (n=50) | 12,8% (n=6)  |

Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes  
\*p>0.05

La figura 5 muestra la asociación entre el tipo de retraso y la macrozona de residencia del paciente.

En cuanto a pertenencia a pueblos originarios y nacionalidad, la muestra se compone principalmente de personas con nacionalidad solo chilena (93,9% n=247) y sin pertenencia a pueblos originarios (54,0% n=142), seguido de personas que desconocen si pertenecen a un pueblo originario (42,2% n=111) (Tabla 4).



Tabla 4. Características demográficas para el total de la muestra y según autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022.

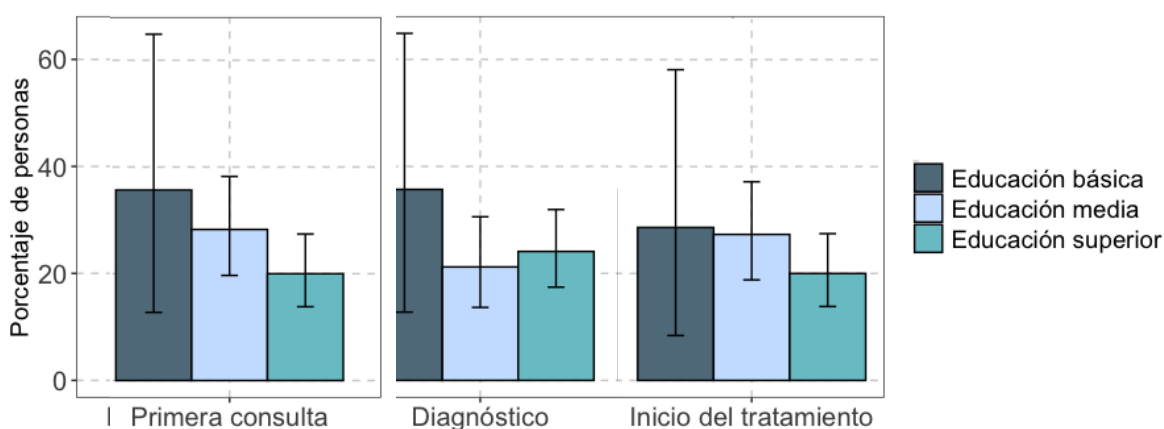
|                            | Total       |       | Retraso en la primera consulta |       |             |       | % retraso   | Retraso en el diagnóstico |       |             |        | % retraso   | Retraso en el inicio del tratamiento |      |             |      |             |  |
|----------------------------|-------------|-------|--------------------------------|-------|-------------|-------|-------------|---------------------------|-------|-------------|--------|-------------|--------------------------------------|------|-------------|------|-------------|--|
|                            |             |       | Sin retraso                    |       | Con retraso |       |             | Sin retraso               |       | Con retraso |        |             | Sin retraso                          |      | Con retraso |      | % retraso   |  |
| <b>Sexo</b>                |             |       |                                |       |             |       |             |                           |       |             |        |             |                                      |      |             |      |             |  |
| Hombre                     | 1           | 0,4%  | 0                              | 0,0%  | 0           | 0,0%  | -           | 1                         | 0,5%  | 0           | 0,0%   | -           | 1                                    | 0,5  | 0           | 0    |             |  |
| Mujer                      | 260         | 98,9% | 193                            | 99,5% | 63          | 98,4% | <b>24,6</b> | 191                       | 99,0% | 62          | 100,0% | <b>24,5</b> | 186                                  | 98,9 | 60          | 98,4 | <b>24,4</b> |  |
| No responde                | 2           | 0,8%  | 1                              | 0,5%  | 1           | 1,6%  | <b>50,0</b> | 1                         | 0,5%  | 0           | 0,0%   | -           | 1                                    | 0,5  | 1           | 1,6  | <b>50,0</b> |  |
| <b>Edad</b>                |             |       |                                |       |             |       |             |                           |       |             |        |             |                                      |      |             |      |             |  |
| Media (de.)                | 51,7 (10,5) |       | 52,2 (10,3)                    |       | 49,5 (10,7) |       | **          | 52,2 (10,9)               |       | 50,5 (9,5)  |        |             | 52,3 (10,5)                          |      | 49,2 (9,4)  |      | *           |  |
| Min                        | 29          |       | 30                             |       | 29          |       |             | 29                        |       | 30          |        |             | 29                                   |      | 31          |      |             |  |
| Q1                         | 44          |       | 45                             |       | 39,3        |       |             | 44,8                      |       | 43,8        |        |             | 45                                   |      | 42,3        |      |             |  |
| Mediana                    | 51          |       | 52                             |       | 49          |       |             | 52                        |       | 49,5        |        |             | 52                                   |      | 47          |      |             |  |
| Q3                         | 60          |       | 61                             |       | 57          |       |             | 61                        |       | 59,3        |        |             | 61                                   |      | 57,8        |      |             |  |
| Max.                       | 83          |       | 81                             |       | 82          |       |             | 83                        |       | 68          |        |             | 83                                   |      | 68          |      |             |  |
| <b>Estado civil</b>        |             |       |                                |       |             |       |             |                           |       |             |        |             |                                      |      |             |      |             |  |
| Casado o conviviente       | 158         | 60,1% | 114                            | 58,8% | 42          | 65,6% | <b>26,9</b> | 117                       | 60,6% | 37          | 59,7%  | <b>24,0</b> | 114                                  | 60,6 | 38          | 62,3 | <b>25,0</b> |  |
| Separado                   | 48          | 18,3% | 39                             | 20,1% | 8           | 12,5% | <b>17,0</b> | 40                        | 20,7% | 7           | 11,3%  | <b>14,9</b> | 36                                   | 19,1 | 10          | 16,4 | <b>21,7</b> |  |
| Viudo                      | 7           | 2,7%  | 6                              | 3,1%  | 1           | 1,6%  | <b>14,3</b> | 6                         | 3,1%  | 1           | 1,6%   | <b>14,3</b> | 5                                    | 2,7  | 1           | 1,6  | <b>16,7</b> |  |
| Soltero                    | 47          | 17,9% | 34                             | 17,5% | 12          | 18,8% | <b>26,1</b> | 29                        | 15%   | 16          | 25,8%  | <b>35,6</b> | 32                                   | 17   | 11          | 18   | <b>25,6</b> |  |
| No sabe, no responde       | 3           | 1,1%  | 1                              | 0,5%  | 1           | 1,6%  | <b>50,0</b> | 1                         | 0,5%  | 1           | 1,6%   | <b>50,0</b> | 1                                    | 0,5  | 1           | 1,6  | <b>50,0</b> |  |
| <b>Región</b>              |             |       |                                |       |             |       |             |                           |       |             |        |             |                                      |      |             |      |             |  |
| Norte                      | 25          | 9,5%  | 15                             | 7,7%  | 10          | 15,6% | <b>40,0</b> | <sup>c.</sup> 17          | 8,8%  | 8           | 12,9%  | <b>32,0</b> | 11,2                                 | 11,2 | 4           | 6,6  | <b>16,0</b> |  |
| Centro                     | 189         | 71,9% | 140                            | 72,2% | 54          | 70,3% | <b>24,3</b> | 139                       | 72%   | 43          | 69,4%  | <b>23,6</b> | 68,6                                 | 68,6 | 50          | 82   | <b>27,9</b> |  |
| Sur                        | 47          | 17,9% | 38                             | 19,6% | 8           | 12,5% | <b>17,4</b> | 36                        | 18,7% | 11          | 17,7%  | <b>23,4</b> | 19,7                                 | 19,7 | 6           | 9,8  | <b>14,0</b> |  |
| No responde                | 2           | 0,8%  | 1                              | 0,5%  | 1           | 1,6%  | <b>50,0</b> | 1                         | 0,5%  | 0           | 0,0%   | -           | 1                                    | 0,5  | 1           | 1,6  | <b>50,0</b> |  |
| <b>Nacionalidad</b>        |             |       |                                |       |             |       |             |                           |       |             |        |             |                                      |      |             |      |             |  |
| Chilena                    | 247         | 93,9% | 184                            | 94,8% | 58          | 90,6% | <b>24,0</b> | 185                       | 95,9% | 56          | 90,3%  | <b>23,2</b> | 178                                  | 94,7 | 55          | 90,2 | <b>23,6</b> |  |
| Chilena y otra             | 4           | 1,5%  | 3                              | 1,5%  | 1           | 1,6%  | <b>25,0</b> | 3                         | 1,6%  | 1           | 1,6%   | <b>25,0</b> | 4                                    | 2,1  | 0           | 0    |             |  |
| Otra                       | 10          | 3,8%  | 6                              | 3,1%  | 4           | 6,3%  | <b>40,0</b> | 4                         | 2,1%  | 5           | 8,1%   | <b>55,6</b> | 5                                    | 2,7  | 5           | 8,2  | <b>50,0</b> |  |
| No sabe, no responde       | 2           | 0,8%  | 1                              | 0,5%  | 1           | 1,6%  | <b>50,0</b> | 1                         | 0,5%  | 0           | 0,0%   | -           | 1                                    | 0,5  | 1           | 1,6  | <b>50,0</b> |  |
| <b>Pueblos originarios</b> |             |       |                                |       |             |       |             |                           |       |             |        |             |                                      |      |             |      |             |  |
| No                         | 142         | 54,0% | 110                            | 56,7% | 30          | 46,9% | <b>21,4</b> | 111                       | 57,5% | 28          | 45,2%  | <b>20,1</b> | <sup>a,c.</sup> 104                  | 55,3 | 31          | 50,8 | <b>23,0</b> |  |
| Si                         | 10          | 3,8%  | 6                              | 3,1%  | 4           | 6,3%  | <b>40,0</b> | 5                         | 2,6%  | 5           | 8,1%   | <b>50,0</b> | 6                                    | 3,2  | 3           | 4,9  | <b>33,3</b> |  |
| No sabe, no responde       | 111         | 42,2% | 78                             | 40,2% | 30          | 46,9% | <b>27,8</b> | 77                        | 39,9% | 29          | 46,8%  | <b>27,4</b> | 78                                   | 41,5 | 27          | 44,3 | <b>25,7</b> |  |

a. p-valor <0,05 Test Exacto de Fisher b. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado c. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado de tendencia lineal / \* p-valor <0,05 \*\* p-valor <0,001 Prueba U de Mann-Whitney / de. desviación estándar

### Percepción de retraso según características socioeconómicas

En cuanto a características socioeconómicas, la muestra se compone en un 58,9% (n=155) de personas con educación superior (técnica superior, universitaria o postgrado), un 33,8% (n=89) de personas con educación media, y un 5,3% de personas con educación básica (n=14). No hubo asociación significativa (nivel de significación de 0,05) entre el nivel educacional y la percepción de retraso para la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Descriptivamente, considerando solo aquellos que responden sobre la percepción de retraso, las personas con solo educación básica percibieron con mayor frecuencia retrasos en la primera consulta (35,7% IC95%:15,1% - 61,5%), diagnóstico (41,7% IC95%:18,0% - 68,8%) e inicio del tratamiento (33,3% IC95%:12,5% - 61,2%) que las personas con educación media o superior (Tabla 5, Figura 6).

Figura 6. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de mama según nivel educacional. Muestra 263 personas, Chile 2022.



|                    | Educación básica | Educación media | Educación superior |
|--------------------|------------------|-----------------|--------------------|
| Primera consulta   | 35,7% (n=5)      | 28,3% (n=28)    | 20,0% (n=29)       |
| Diagnostico        | 35,7% (n=5)      | 21,2% (n=21)    | 24,1% (n=35)       |
| Inicio tratamiento | 28,6% (n=4)      | 27,3% (n=27)    | 20,0% (n=29)       |

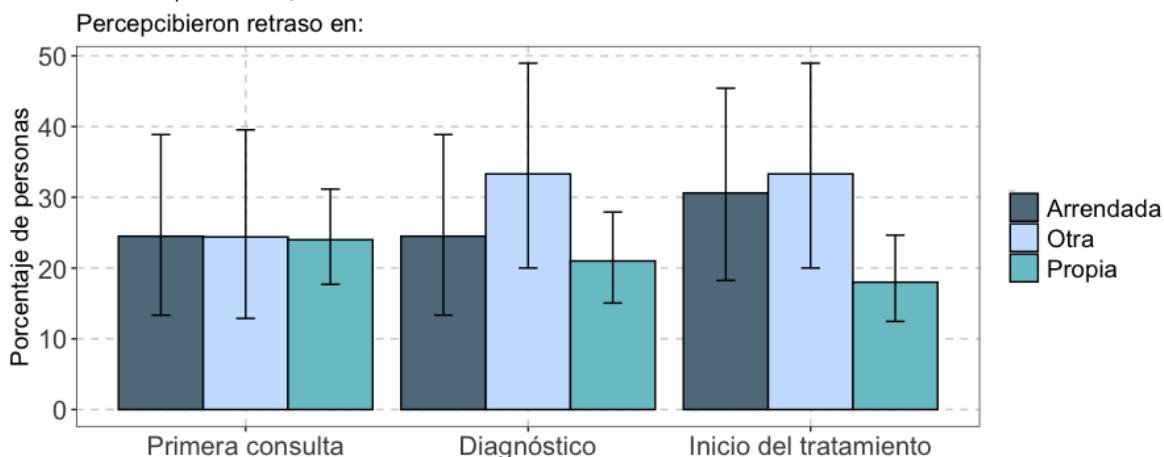
Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

La figura 6 muestra la asociación entre el tipo de retraso y el nivel educacional de la persona. Para un nivel de significación estadística de 0.05 no se observa asociación en ningún grupo.

Respecto a las condiciones de vida y vivienda, el 3,0% de la muestra (n=8) vivía en situación de hacinamiento. Según la condición de tenencia de la vivienda, el 63,5% (n=167) vivía en vivienda propia, el 18,6% (n=49) vivía en vivienda arrendada, y el 17,1% (n=45) se encontraba en otra situación (Figura 7). En la descripción comparativa entre estos grupos (propietarios, arrendatarios y otros), los propietarios tuvieron el menor porcentaje de retrasos en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de mama e inicio del tratamiento. En el caso del

retraso para iniciar el tratamiento, la tenencia de la vivienda se asoció levemente ( $V$  de Cramérs: 0,182) de manera significativa (Tabla 5).

Figura 7. Autoreporte de retraso en la atención en salud, diagnóstico y comienzo del tratamiento de pacientes con cáncer de mama según situación de tenencia de la vivienda. Muestra 263 personas, Chile 2022.



|                    | Arrendada    | Otra         | Propia       |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| Primera consulta   | 24,5% (n=12) | 24,4% (n=11) | 24,0% (n=40) |
| Diagnostico        | 24,5% (n=12) | 33,3% (n=15) | 21,0% (n=35) |
| Inicio tratamiento | 30,6% (n=15) | 33,3% (n=15) | 18,0% (n=30) |

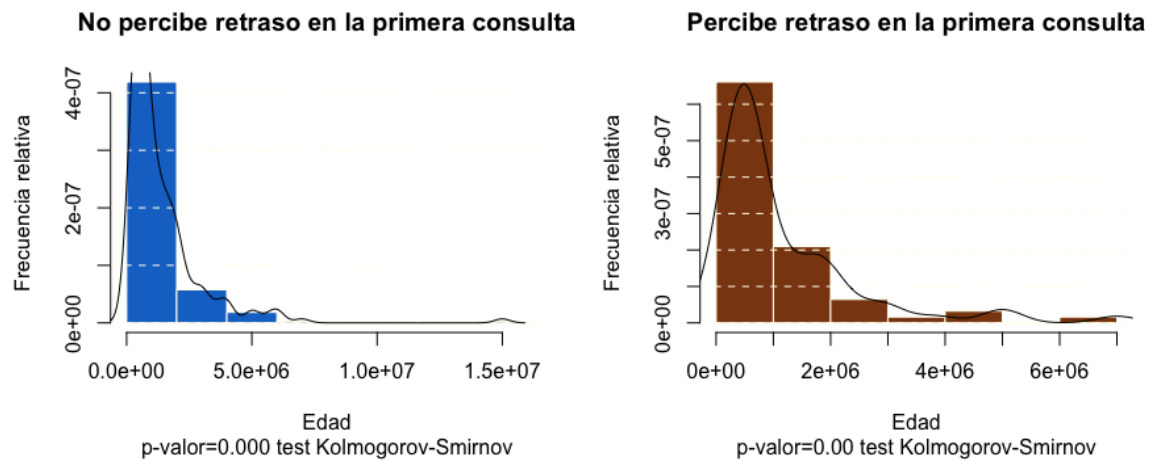
Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

La figura 7 muestra la asociación entre el tipo de retraso y el tipo de tenencia de la vivienda. Se observa una asociación levemente significativa ( $V$  de Cramérs: 0,182) en el inicio de tratamiento y tipo de tenencia de la vivienda.

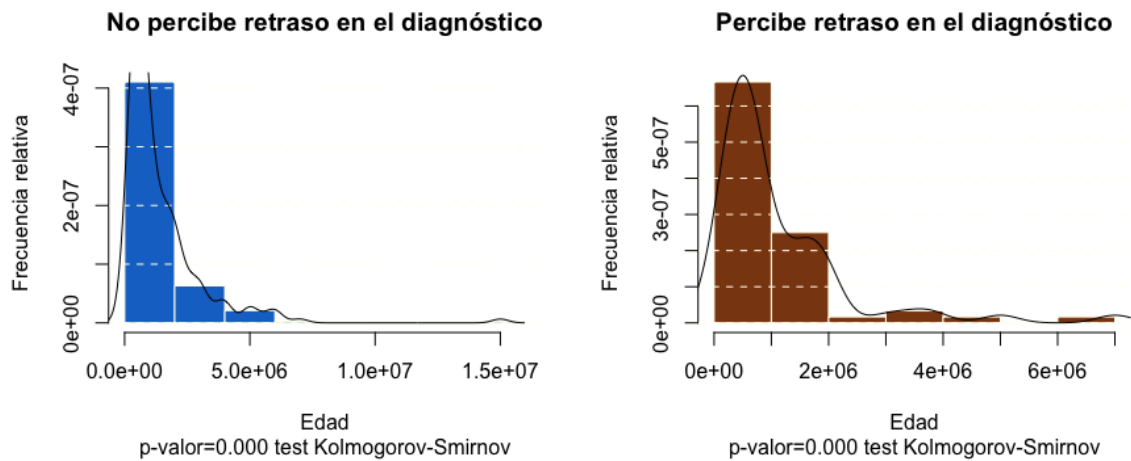
El ingreso líquido del hogar de las personas de la muestra varió entre un mínimo de \$36.000 pesos y un máximo de \$15.000.000 millones, con una mediana de \$800.000 mil pesos y una media de \$1.327.253,9 millones (desviación estándar: \$1.548.436). Si bien, las medias y medianas de los ingresos del hogar son menores en los grupos que perciben retrasos en la primera consulta, en el diagnóstico e inicio del tratamiento en comparación con los que no perciben retraso no se observó una asociación estadísticamente significativa para el ingreso líquido total del hogar de los participantes (Tabla 5, Figura 8).

Figura 8. Distribución del ingreso total según autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022.

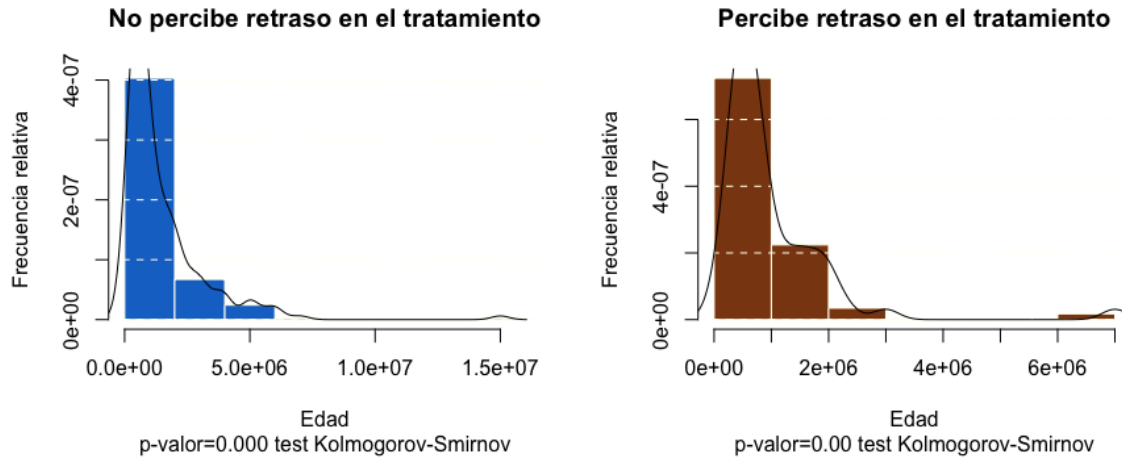
a. Percepción de retraso en la primera consulta e ingreso



b. Percepción de retraso en ser diagnosticado e ingreso



c. Percepción de retraso en el inicio del tratamiento de cáncer de mama e ingreso



Sobre la realidad financiera del hogar para el ingreso líquido referido, el 25,5% de la muestra indicó que le resultaba difícil llegar a fin de mes, y el 32,3% indicó que le alcanza justo. En el grupo de aquellos a los que les resultaba difícil llegar a fin de mes, el porcentaje de personas que percibió retraso en la primera consulta, en el diagnóstico o inicio del tratamiento fue mayor en comparación con aquellos a quienes les va bien o les alcanza justo, sin embargo, no se observó una relación estadísticamente significativa (Tabla 5).

Tabla 5. Características socioeconómicas para el total de la muestra y según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento del cáncer de mama. Muestra 263 personas, Chile 2022.

|                              | Retraso en la primera consulta |             |               |             |               |       | % retraso    | Retraso en el diagnóstico |       |                 |       | % retraso    | Retraso en el inicio del tratamiento |             |                 |             | % retraso        |
|------------------------------|--------------------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------|--------------|---------------------------|-------|-----------------|-------|--------------|--------------------------------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|
|                              | Total                          | Sin retraso |               | Con retraso |               |       |              | Sin retraso               |       | Con retraso     |       |              |                                      | Sin retraso |                 | Con retraso |                  |
| <b>Nivel educacional</b>     |                                |             |               |             |               |       |              |                           |       |                 |       |              |                                      |             |                 |             |                  |
| Educación Especial           | 1                              | 0,4%        | 0             | 4,6%        | 1             | 7,8%  | <b>100,0</b> | 0                         | 3,6%  | 1               | 8,1%  | <b>100,0</b> | 1                                    | 4,3%        | 0               | 6,6%        | <b>0,0</b>       |
| Básica                       | 14                             | 5,3%        | 9             | 32,5%       | 5             | 39,1% | <b>35,7</b>  | 7                         | 35,2% | 5               | 29,0% | <b>41,7</b>  | 8                                    | 31,9%       | 4               | 39,3%       | <b>33,3</b>      |
| Media                        | 89                             | 33,8%       | 63            | 61,3%       | 25            | 50,0% | <b>28,4</b>  | 68                        | 59,6% | 18              | 61,3% | <b>20,9</b>  | 60                                   | 61,7%       | 24              | 52,5%       | <b>28,6</b>      |
| Técnico o Profesional        | 155                            | 58,9%       | 119           | 1,5%        | 32            | 1,6%  | <b>21,2</b>  | 115                       | 1,6%  | 38              | 0,0%  | <b>24,8</b>  | 116                                  | 1,6%        | 32              | 1,6%        | <b>21,6</b>      |
| No responde                  | 4                              | 1,5%        | 3             | 0,0%        | 1             | 0,0%  | <b>25,0</b>  | 3                         | 0,0%  | 0               | 0,0%  | <b>0,0</b>   | 3                                    | 0,0%        | 1               | 0,0%        | <b>25,0</b>      |
| <b>Ingresos</b>              |                                |             |               |             |               |       |              |                           |       |                 |       |              |                                      |             |                 |             |                  |
| Media (de.)                  | 1327,2 (1548,4)                |             | 1397 (1638,2) |             | 1198 (1336,9) |       |              | 1451,3 (1694,8)           |       | 1121,4 (1250,2) |       |              | 1424,3 (1668,6)                      |             | 1202,3 (1368,8) |             |                  |
| Min.                         | 36                             |             | 40            |             | 36            |       |              | 88,5                      |       | 36              |       |              | 40                                   |             | 36              |             |                  |
| Q1                           | 450                            |             | 462,5         |             | 452,5         |       |              | 475                       |       | 475             |       |              | 475                                  |             | 452,5           |             |                  |
| Mediana                      | 800                            |             | 800           |             | 600           |       |              | 800                       |       | 700             |       |              | 800                                  |             | 600             |             |                  |
| Q3                           | 1700                           |             | 1800          |             | 1775          |       |              | 2000                      |       | 1500            |       |              | 1900                                 |             | 1650            |             |                  |
| Max.                         | 15000                          |             | 15000         |             | 7000          |       |              | 15000                     |       | 7000            |       |              | 15000                                |             | 7000            |             |                  |
| <b>Percepción financiera</b> |                                |             |               |             |               |       |              |                           |       |                 |       |              |                                      |             |                 |             |                  |
| Le es difícil                | 67                             | 25,5%       | 47            | 24,2%       | 20            | 31,3% | <b>29,9</b>  | 44                        | 22,8% | 20              | 32,3% | <b>31,3</b>  | 46                                   | 24,5%       | 20              | 32,8%       | <b>30,3</b>      |
| Alcanza justo                | 85                             | 32,3%       | 65            | 33,5%       | 17            | 26,6% | <b>20,7</b>  | 66                        | 34,2% | 17              | 27,4% | <b>20,5</b>  | 55                                   | 29,3%       | 22              | 36,1%       | <b>28,6</b>      |
| Cómodo o le va bien          | 108                            | 41,1%       | 81            | 41,8%       | 25            | 39,1% | <b>23,6</b>  | 80                        | 41,5% | 25              | 40,3% | <b>23,8</b>  | 85                                   | 45,2%       | 19              | 31,1%       | <b>18,3</b>      |
| No responde                  | 3                              | 1,1%        | 1             | 0,5%        | 2             | 3,1%  | <b>66,7</b>  | 3                         | 1,6%  | 0               | 0,0%  | <b>0,0</b>   | 2                                    | 1,1%        | 0               | 0,0%        | <b>0,0</b>       |
| <b>Hacinamiento</b>          |                                |             |               |             |               |       |              |                           |       |                 |       |              |                                      |             |                 |             |                  |
| No                           | 252                            | 95,8%       | 185           | 95,4%       | 62            | 96,9% | <b>74,9</b>  | 187                       | 96,9% | 58              | 93,5% | <b>76,3</b>  | 182                                  | 96,8%       | 57              | 93,4%       | <b>76,2</b>      |
| Si                           | 8                              | 3,0%        | 6             | 3,1%        | 2             | 3,1%  | <b>75,0</b>  | 4                         | 2,1%  | 3               | 4,8%  | <b>57,1</b>  | 4                                    | 2,1%        | 3               | 4,9%        | <b>57,1</b>      |
| No responde                  | 3                              | 1,1%        | 3             | 1,5%        | 0             | 0,0%  | <b>100,0</b> | 2                         | 1,0%  | 1               | 1,6%  | <b>66,7</b>  | 2                                    | 1,1%        | 1               | 1,6%        | <b>66,7</b>      |
| <b>Situación vivienda</b>    |                                |             |               |             |               |       |              |                           |       |                 |       |              |                                      |             |                 |             |                  |
| Arrendada                    | 49                             | 18,6%       | 35            | 18,0%       | 12            | 18,8% | <b>25,5</b>  | 34                        | 17,6% | 12              | 19,4% | <b>26,1</b>  | 30                                   | 16,0%       | 15              | 24,6%       | <b>33,3</b> abc. |
| Propia                       | 167                            | 63,5%       | 125           | 64,4%       | 40            | 62,5% | <b>24,2</b>  | 128                       | 66,3% | 35              | 56,5% | <b>21,5</b>  | 131                                  | 69,7%       | 30              | 49,2%       | <b>18,6</b>      |
| Otra                         | 45                             | 17,1%       | 33            | 17,0%       | 11            | 17,2% | <b>25,0</b>  | 29                        | 15,0% | 15              | 24,2% | <b>34,1</b>  | 26                                   | 13,8%       | 15              | 24,6%       | <b>36,6</b>      |
| No sabe, no responde         | 2                              | 0,8%        | 1             | 0,5%        | 1             | 1,6%  | <b>50,0</b>  | 2                         | 1,0%  | 0               | 0,0%  | <b>0,0</b>   | 1                                    | 0,5%        | 1               | 1,6%        | <b>50,0</b>      |

a. p-valor <0,05 Test Exacto de Fisher b. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado c. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado de tendencia lineal

\* p-valor <0,05 \*\* p-valor <0,001 Prueba U de Mann-Whitney

Ingreso x 1.000, de: desviación estándar.

### *Percepción de retraso según tipo de previsión de salud*

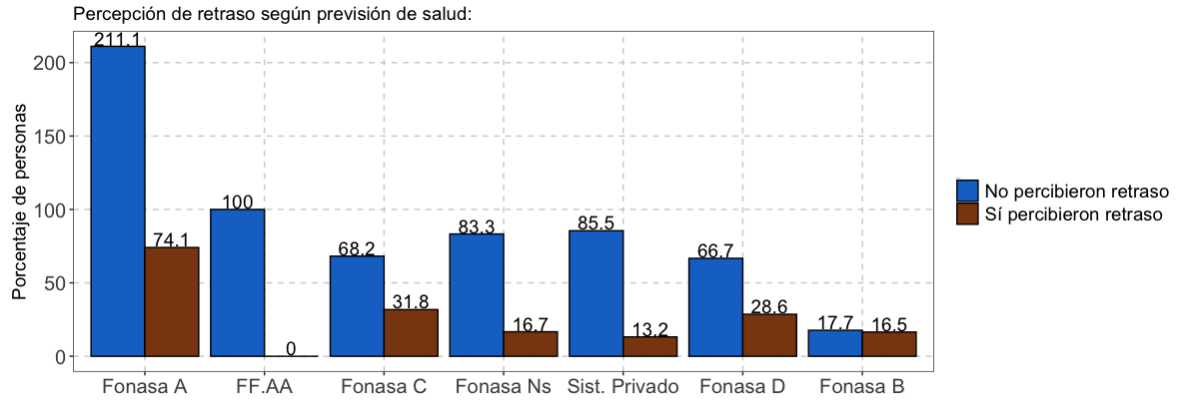
Sobre el tipo de previsión de salud, el 71,1% (n=187, IC95%: 65,2% - 76,4%) de las personas de la muestra pertenecen al sistema público de salud (incluyendo Fonasa A, B, C, D, quienes no conocían su tramo y las Fuerza Armadas), y el 28,9% (n=76, IC95%: 23,7% - 34,7%) al sistema privado (Isapres). De forma detallada para FONASA, 27 personas se encontraban en FONASA A representando un 14,4% de las personas de FONASA, 79 personas pertenecían a FONASA B equivalente a un 42,2% de las personas de FONASA, 22 personas indicaron pertenecer a FONASA C correspondiente a un 11,7% de las personas de FONASA, 42 personas pertenecían a FONASA D representando un 22,4% de las personas de FONASA, y 12 (6,4%) indicaron no conocer su tramo de FONASA (datos no disponibles en tabla). Al comparar según percepción de retraso, el grupo de quienes según su experiencia tuvieron retraso se encontraba en mayor proporción afiliado a Fonasa tramo B, mientras que en el grupo de los que no percibían retraso se encontraban en mayor proporción afiliados al sistema privado (Isapre), para todos los tipos de retraso: primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento del cáncer de mama (Figura 9).

Para todos los tramos de Fonasa, el porcentaje de la muestra que percibió retraso la primera consulta, diagnóstico o inicio del tratamiento fue mayor en comparación con quienes pertenecían a Isapre. Específicamente, del total de afiliados al sistema público el 29,5% (IC95%: 23,13% - 36,77%) percibió retraso en la primera consulta, el 26,7% (IC95%: 20,61% - 34,04%) en el diagnóstico y 29,5% (IC95%: 22,93% - 36,96%) en inicio del tratamiento, mientras que en el sistema privado un 13,3% (IC95%: 6,92% - 23,61%) percibió retraso en la primera consulta, 18,4% (IC95%: 10,789% - 29,31%) en el diagnóstico y 13,2% (IC95%: 6,83% - 23,32%) en el inicio del tratamiento del cáncer de mama.

Tanto el retraso en la primera consulta e inicio del tratamiento del cáncer se asociaron significativamente con el tipo de sistema previsional de salud, ya sea distinguiendo entre grupos de Fonasa o dicotomizando entre sistema público o privado. Para el retraso en el diagnóstico no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Figura 9. Sistema previsional de salud según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento en pacientes con cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.

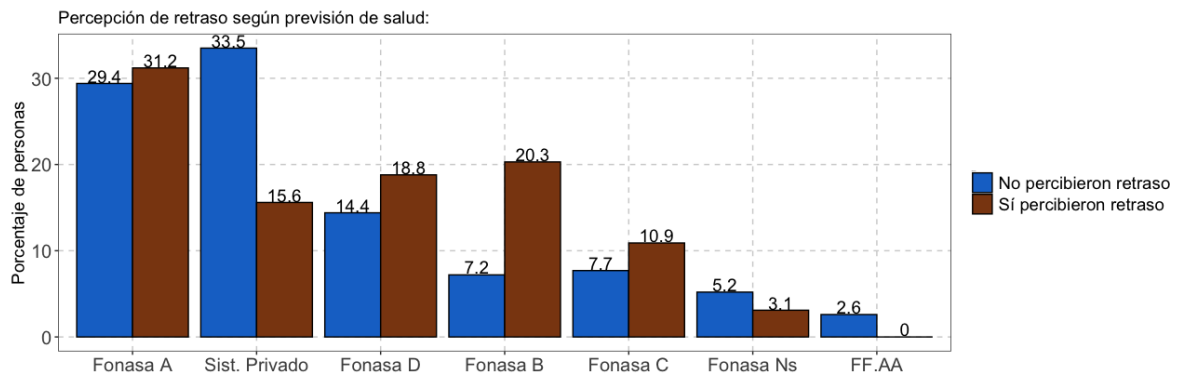
a. Retraso en la primera consulta frecuencia absoluta



Nota: Se consideró la "no respuesta" para la estimación de porcentajes

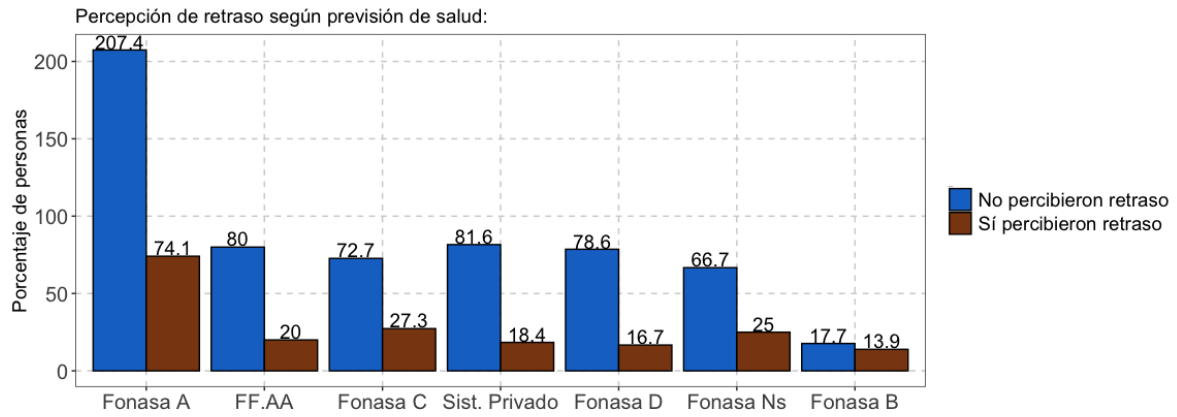
a. Retraso en la primera consulta porcentajes

|             | FFAA | Isapre | Fonasa A | Fonasa B | Fonasa C | Fonasa D | Fonasa Ns |
|-------------|------|--------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Con retraso | 0    | 10     | 20       | 13       | 7        | 12       | 2         |
| Sin retraso | 5    | 65     | 57       | 14       | 15       | 28       | 10        |





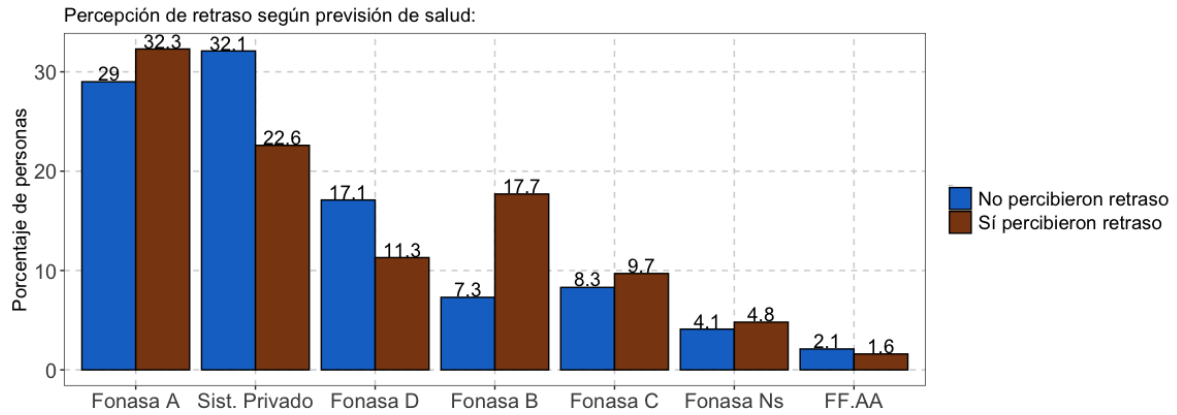
b. Retraso en el diagnóstico frecuencia absoluta



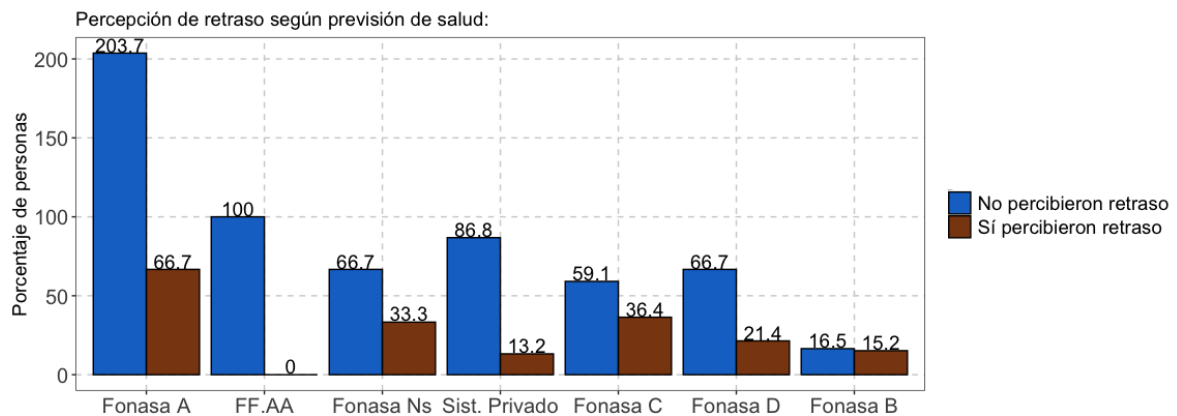
Nota: Se consideró la "no respuesta" para la estimación de porcentajes

|             | FFAA | Isapre | Fonasa A | Fonasa B | Fonasa C | Fonasa D | Fonasa Ns |
|-------------|------|--------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Con retraso | 1    | 14     | 20       | 11       | 6        | 7        | 3         |
| Sin retraso | 4    | 62     | 56       | 14       | 16       | 33       | 8         |

b. Retraso en el diagnóstico porcentajes



c. Retraso en el inicio del tratamiento frecuencia absoluta

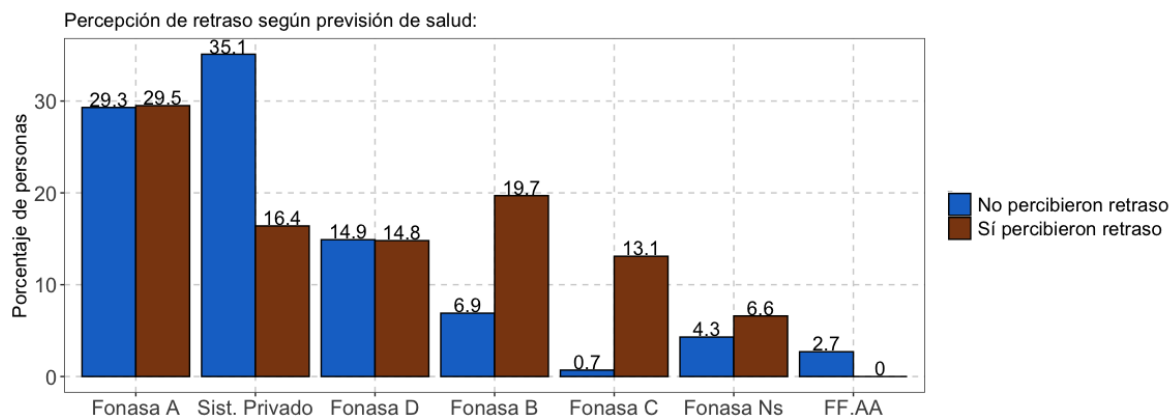


|  | FFAA | Isapre | Fonasa A | Fonasa B | Fonasa C | Fonasa D | Fonasa Ns |
|--|------|--------|----------|----------|----------|----------|-----------|
|--|------|--------|----------|----------|----------|----------|-----------|

|             |   |    |    |    |    |    |   |
|-------------|---|----|----|----|----|----|---|
| Con retraso | 0 | 10 | 18 | 12 | 8  | 9  | 4 |
| Sin retraso | 5 | 66 | 55 | 13 | 13 | 28 | 8 |

Nota: Se consideró la "no respuesta" para la estimación de porcentajes

### c, Retraso en el inicio del tratamiento porcentajes

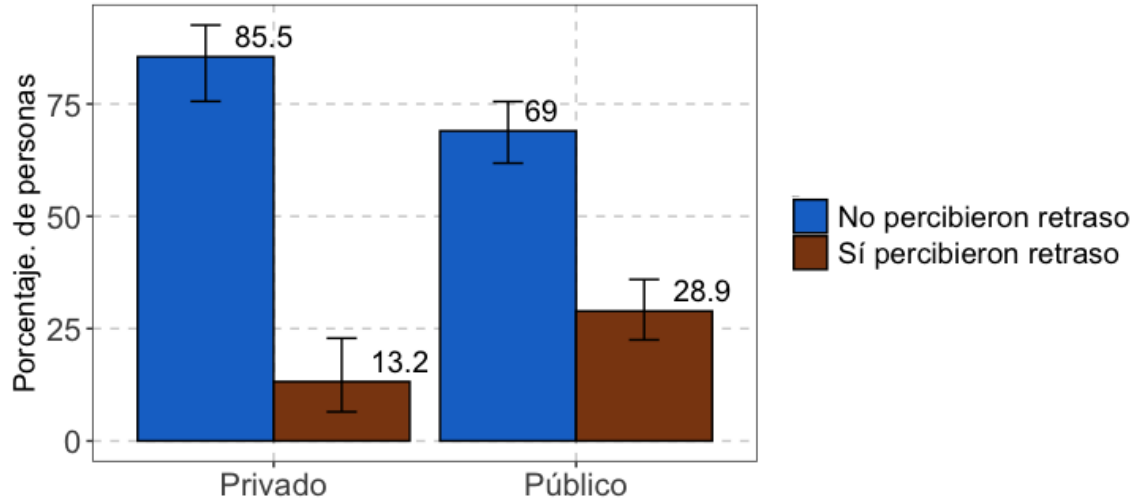


Considerando solo a quienes responden, al agrupar los diferentes grupos de Fonasa y FF.AA. y del orden en sistema público, dentro del grupo de personas que informaron retraso en la primera consulta el 84,4% (n=54) pertenecía a dicho sistema (vs 66,5% en quienes no informaron retraso), el 15,6% (n=10) restante pertenecía al sistema privado. Dentro del sistema público el 29,5% (IC95%: 23,3% - 36,4%) informó retraso en la primera consulta, mientras que en el sistema privado dicho porcentaje fue un 13,3% (IC95%: 7,1% - 22,4%), asociándose de manera significativa. Similarmente, aquellas personas que reportaban retraso en el diagnóstico contaban con un menor porcentaje de afiliados al sistema privado que aquellos que no reportaban retraso, sin asociarse significativamente (Figura 10).

En concreto, un 26,8% (IC95%: 20,7% - 33,6%) de los afiliados al sistema público informaron retraso en el diagnóstico y un 18,4% (IC95%: 11,0% - 28,2%) en los afiliados al sistema privado. Por otra parte, en el caso del retraso en el inicio del tratamiento un 83,6% (n=51) de quienes percibieron retraso se encontraban afiliados al sistema público y un 16,4% (n=10) al sistema privado, en quienes no percibían retraso un 64,9% (n=144) se encontraba afiliado al sistema público y un 35,1% (n=66) al sistema privado. El retraso en el inicio del tratamiento y previsión de salud se asociaron significativamente, con un 29,5% (IC95%: 23,1% - 36,6%) de personas que percibían retraso en el sistema público y un 13,2% (IC95%: 7,0% - 22,1%) de personas que percibían retraso en el sistema privado (Figura 10).

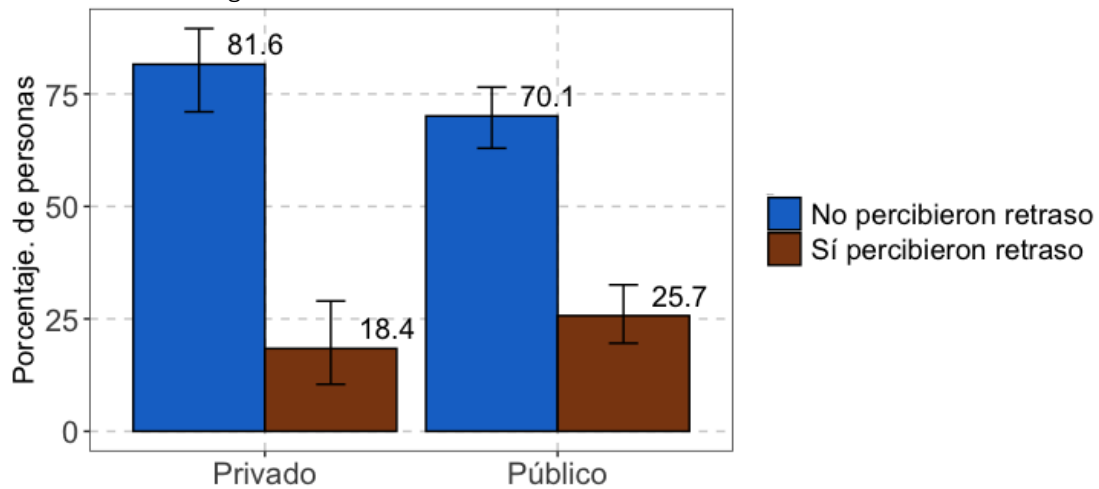
Figura 10. Percepción de retraso en la primera consulta diagnóstico e inicio del tratamiento en pacientes según sistema previsional de salud, con cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.

a. Retraso en la primera consulta



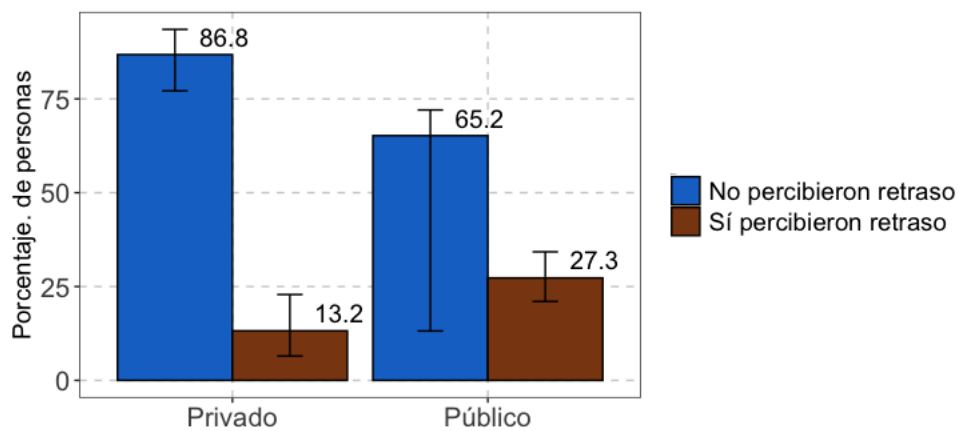
Test exacto de Fisher (p-valor: 0,007) Test Chi-cuadrado (p-valor: 0,006)

d. Retraso en el diagnóstico



Test exacto de Fisher (p-valor: 0,201) Test Chi-cuadrado (p-valor: 0,153)

c. Retraso en el inicio del tratamiento

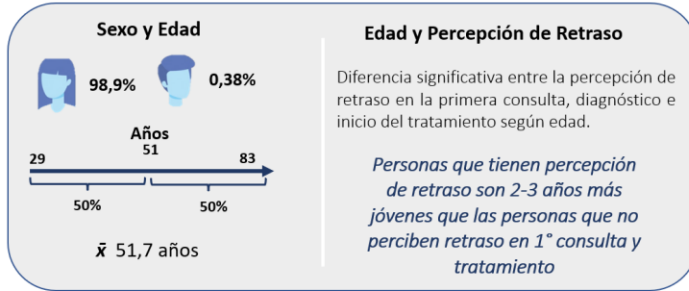


Test exacto de Fisher (p-valor: 0,006) Test Chi-cuadrado (p-valor: 0,006)

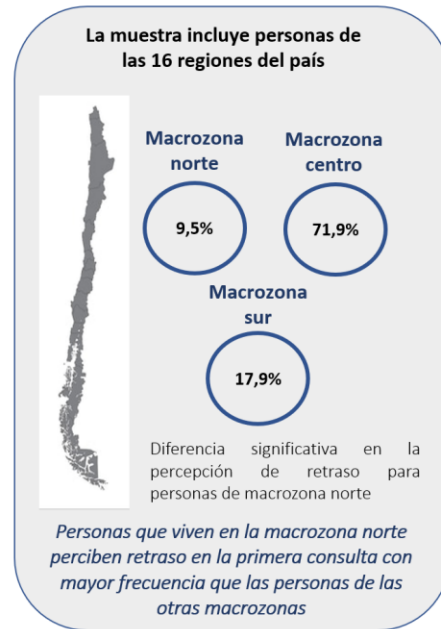
Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

**Esquema 2: Percepción de retraso y características demográficas, socioeconómicas y de tipo de previsión de salud de pacientes con cáncer de mama.**

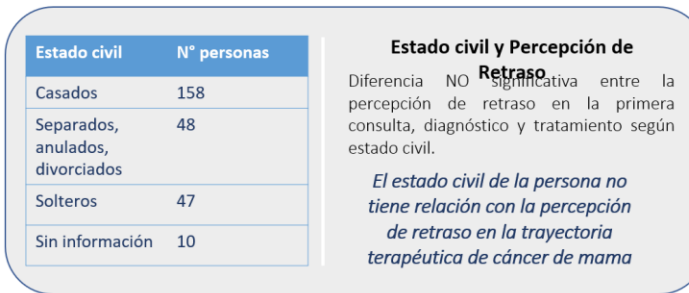
**Sexo y Edad**



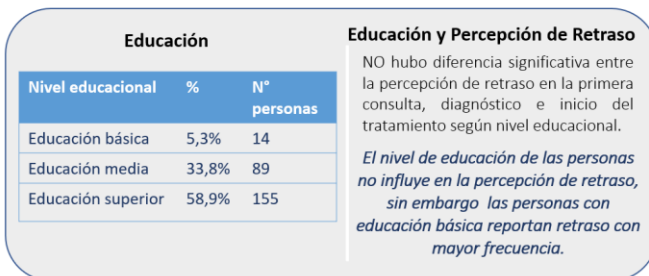
**Macrozona de residencia**



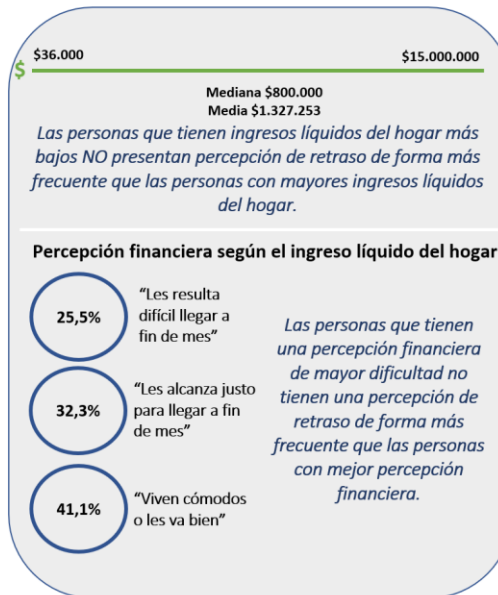
**Estado Civil**



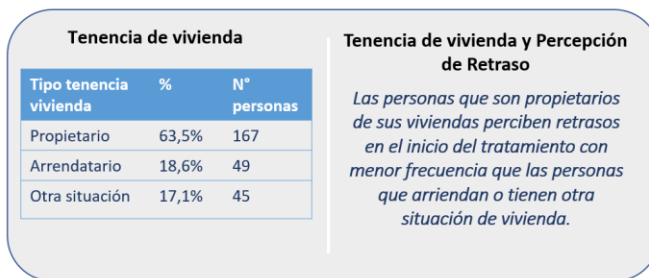
**Educación**



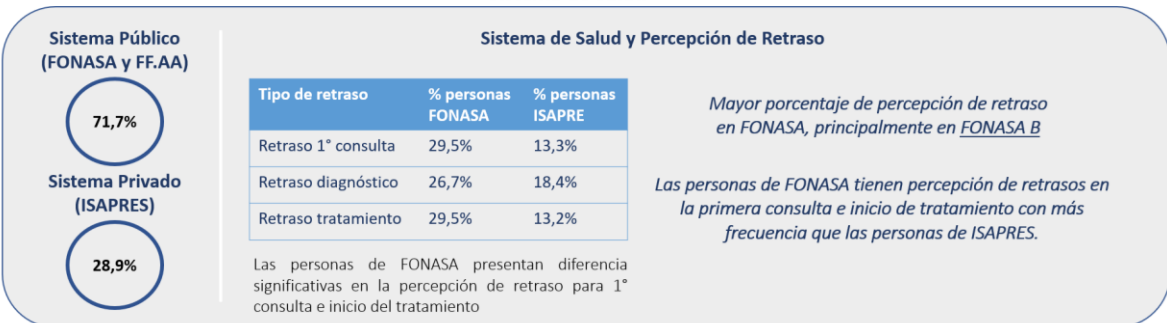
**Ingreso líquido del hogar**



**Tenencia de vivienda**



**Sistema de Salud**



### *Factores asociados a la percepción de retraso: modelos multivariados*

Acorde a los modelos de regresión logística (crudo y ajustado), se analizó la asociación de percepción de retraso y las siguientes variables: ingreso, nivel educacional, macrozona de residencia, estado civil del paciente, percepción financiera en base al ingreso, tenencia de vivienda, edad. A continuación, se detalla el resultado para cada variable mencionada según la etapa de la trayectoria terapéutica.

*Modelo de regresión logística para la percepción de retraso en la primera consulta (Tabla 6, Figura 11)*

Para la **percepción de retraso en la primera consulta y la edad**, por cada año cumplido el chance de tener retraso en la primera consulta según la percepción del paciente es 3,8% menor. Para el modelo ajustado la edad fue estadísticamente significativa.

La **percepción de retraso en la primera consulta y el estado civil** categorizado en soltero, casado, separado o viudo resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas casadas tenían 1,04 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas solteras. Las personas separadas tenían menor chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas solteras (OR=0,56; p=0,25). Para el modelo ajustado, las personas casadas tenían 1,26 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas solteras (OR=1,256; P= 0,64) y las personas separadas tenían menor chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas solteras (OR=0,588; p=0,36)

La percepción de **retraso en la primera consulta** asociado al **lugar de residencia** categorizado en macrozona norte centro y sur resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas de la macrozona norte tenían 2,07 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas de la macrozona centro; y las personas de la macrozona sur tenían menos chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas de la macrozona centro (OR=0,65; p=0,31). Para el modelo ajustado, las personas de la macrozona norte tenían 2,5 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas de la macrozona centro, y las personas de la macrozona sur tenían menos chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas de la macrozona centro (OR=0,67; p=0,38).

Para la percepción de **retraso en la primera consulta**, el ingreso líquido mensual no resultó ser estadísticamente significativo, para ninguno de los modelos estimados (crudo, ajustado).

La percepción de **retraso en la primera consulta** asociado al **nivel educacional** categorizado en profesional, básico o media resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas con nivel educacional básico tenían 2,15 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas con educación superior (técnico-profesional), y las personas con educación media

tenían 1,55 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas con educación superior. Para el modelo ajustado, las personas con nivel educacional básico tenían 1,77 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas con educación superior, y las personas con educación media tenían 1,59 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas con educación superior.

La percepción de **retraso en la primera consulta** asociado a la **percepción financiera** categorizada en “es cómodo llegar a fin de mes”, “llego justo a fin de mes”, “es difícil llegar a fin de mes” resultó no significativa para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 1.37 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar. Las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían menos chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar (OR=0,84; p=0,64). Para el modelo ajustado, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 1.11 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar, y las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían menos chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar (OR=0,69; p=0,41).

La percepción de **retraso en la primera consulta** asociado al tipo de **tenencia de la vivienda** categorizada en vivienda propia, arrendada, otro tipo de vivienda resultó no significativa para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 1.07 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que tenían vivienda propia, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían 1,04 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron vivienda propia. Para el modelo ajustado, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 1.02 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que tenían vivienda propia, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían 1,05 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron vivienda propia.

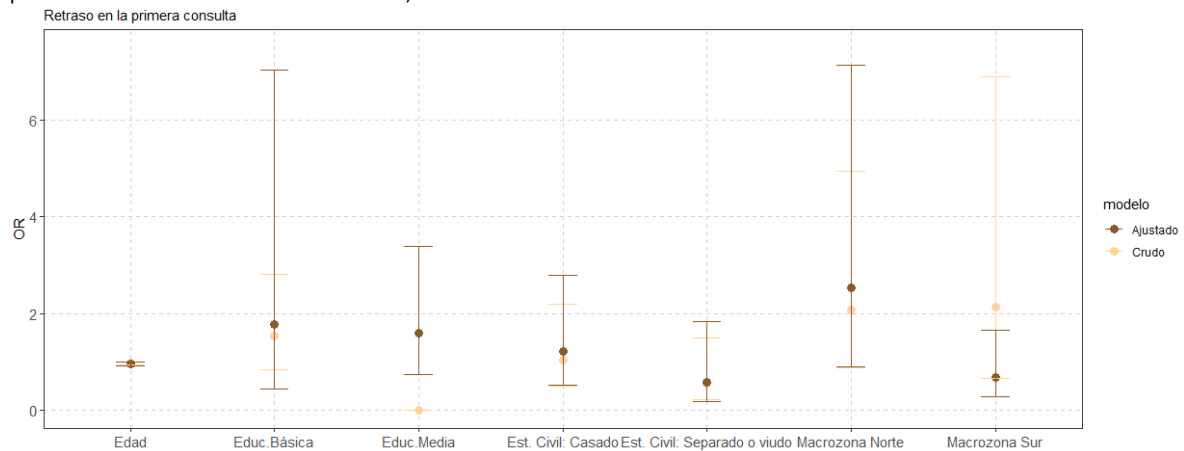
Para la percepción de **retraso en la primera consulta**, el **sistema de salud** dicotomizados como público y privado resultó ser estadísticamente significativo ya sea en el modelo crudo o el ajustado por todas las variables. Específicamente, en el modelo crudo y ajustado, las personas del sistema público tenían 2,72 (IC95% OR: 1,30-5,69) y 3,62 (IC95% OR:1,29 – 10,16) veces más chance de percibir retraso en la primera consulta que los pertenecientes al sistema privado, respectivamente.

Tabla 6. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas y de tipo de previsión de salud, para la percepción de retraso en la primera consulta. Muestra 263, Chile 2022.

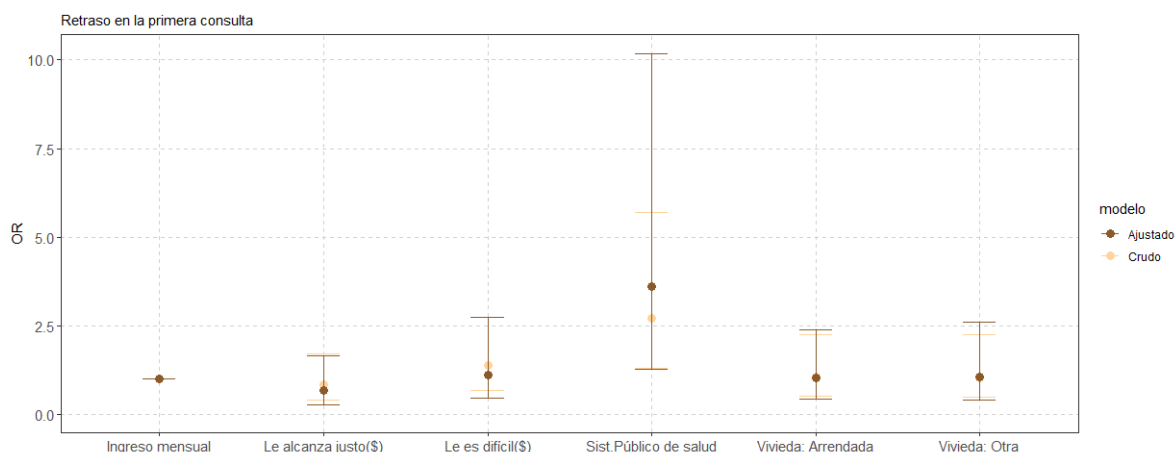
|   |                  | <i>Retraso en la primera consulta</i> |       |           |                         |       |         |  |
|---|------------------|---------------------------------------|-------|-----------|-------------------------|-------|---------|--|
|   |                  | Crudo                                 |       |           | Ajustado**              |       |         |  |
|   |                  | OR                                    | SE    | p-valor   | OR                      | SE    | p-valor |  |
| <b>Edad</b>                               | Años             | 0,974<br>(0,947-1,,001)               | 0,015 | 0,068 *   | 0,962<br>(0,929-0,997)  | 0,017 | 0,032   |  |
| <b>Estado civil (ref soltero)</b>         | Casado           | 1,044<br>(0,494-2,204)                | 0,381 | 0,910 *** | 1,256<br>(0,528-2,802)  | 0,518 | 0,646   |  |
|   | Separado o viudo | 0,567<br>(0,214-1,498)                | 0,496 | 0,252     | 0,588<br>(0,189-1,831)  | 0,341 | 0,360   |  |
| <b>Macrozona (ref metrop)</b>             | Norte            | 2,074<br>(0,871-4,940)                | 0,443 | 0,099 *** | 2,540<br>(0,903-7,148)  | 1,341 | 0,077   |  |
|   | Sur              | 0,655<br>(0,285-1,507)                | 0,425 | 0,319     | 0,671<br>(0,273-1,648)  | 0,308 | 0,384   |  |
| <b>Ingresos totales</b>                   | Pesos (CLP)      | 1,000<br>(0,999-1,00)                 | 0,000 | 0,345 *   | 1<br>(0,999-1,00)       | 0     | 0,418   |  |
| <b>Nivel educacional (ref prof)</b>       | Básica           | 2,146<br>(0,668-6,892)                | 1,278 | 0,200 *** | 1,779<br>(0,451-7,032)  | 1,124 | 0,477   |  |
|   | Media            | 1,545<br>(0,849-2,812)                | 0,472 | 0,155     | 1,591<br>(0,748-3,382)  | 0,612 | 0,349   |  |
| <b>Percepción Financiera (ref cómodo)</b> | Le es difícil    | 1,379<br>(0,692-2,746)                | 0,352 | 0,361 *** | 1,114<br>(0,452-2,742)  | 0,512 | 0,815   |  |
|   | Le alcanza justo | 0,847<br>(0,422-1,702)                | 0,356 | 0,642     | 0,687<br>(0,283-1,663)  | 0,310 | 0,406   |  |
| <b>Vivienda (ref propia)</b>              | Arrendada        | 1,071<br>(0,508-2,259)                | 0,381 | 0,856 *** | 1,022<br>(0,437-2,391)  | 0,443 | 0,959   |  |
|   | Otra             | 1,042<br>(483-2,249)                  | 0,393 | 0,917     | 1,048<br>(0,424-2,595)  | 0,485 | 0,918   |  |
| <b>Sistema de salud (ref privada)</b>     | Público          | 2,721<br>(1,301-5,690)                | 0,376 | 0,008     | 3,620<br>(1,289-10,159) | 1,906 | 0,015   |  |
|   | cte.             | -                                     |       |           | 0,545<br>(0,073-4,149)  | 0,567 | 0,561   |  |

\* p-valor >0,1 \*\* p-valor >0,5 \*\*\* p-valor >0,8 Prueba de Hosmer y Lemeshow

Figura 11. Modelos de regresión logística crudo y ajustado por el total de variables sociodemográficas y de tipo de previsión de salud, para la percepción de retraso en la primera consulta. Muestra 263, Chile 2022.







*Modelo de regresión logística para la percepción de retraso en el diagnóstico (Tabla 7, Figura 12)*

Para la **percepción de retraso en el diagnóstico y la edad**, por cada año cumplido el chance de tener retraso en el diagnóstico según la percepción del paciente es 1,8% menor. La edad no fue estadísticamente en ningún modelo para la percepción de retraso en el diagnóstico.

La **percepción de retraso para el diagnóstico asociado al estado civil** categorizado en soltero, casado, separado o viudo en contraste con ser soltero, resultó ser estadísticamente significativo para el modelo crudo (OR: 0,315 IC95%OR:0,12 – 0,83), disminuyendo el chance de percibir retraso para el grupo separado o viudo. En el modelo ajustado no hubo asociación estadísticamente significativa. De forma descriptiva para el modelo ajustado, las personas casadas tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas solteras (OR=0,76; p=0,49), y las personas separadas tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas solteras (OR=0.36, p=0,06).

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado al **lugar de residencia** categorizado en macrozona norte centro y sur resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas de la macrozona norte tenían 1,52 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas de la macrozona centro, y las personas de la macrozona sur tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas de la macrozona centro (OR=0,98; p=0,97). Para el modelo ajustado, las personas de la macrozona norte tenían 1,15 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas de la macrozona centro, y las personas de la macrozona sur tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas de la macrozona centro (OR=0,88, p=0,76)

Para la percepción de **retraso en el diagnóstico, el ingreso** no resultó ser estadísticamente significativo, para ninguno de los modelos estimados (crudo, ajustado).

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado al **nivel educacional** categorizado en profesional, básico o media resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas con nivel educacional básico tenían 2,20 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas con educación superior, y las personas con educación media tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas con educación superior (profesional) (OR=0,86; p=0,49). Para el modelo ajustado, las personas con nivel educacional básico tenían 2,04 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas con educación superior, y las personas con educación media tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas profesionales (OR=0,75; p=0,73).

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado a la **percepción financiera** categorizada en “es cómodo llegar a fin de mes”, “llego justo a fin de mes”, “es difícil llegar a fin de mes” resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 1.45 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar, y las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar (OR=0,82; p=0,58). Para el modelo ajustado, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 1.01 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar, y las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar (OR=0,53; p=0,15).

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado al tipo de **tenencia de la vivienda** categorizada en vivienda propia, arrendada, otro tipo de vivienda resultó no significativa para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 1.29 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que tenían vivienda propia, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían 1,89 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron vivienda propia. Para el modelo ajustado, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 1.14 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que tenían vivienda propia, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían 2,14 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron vivienda propia.

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado al **sistema de salud** dicotomizados como público y privado resultó no significativa para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo las personas del sistema público tenían 1.62 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que del sistema privado. En el

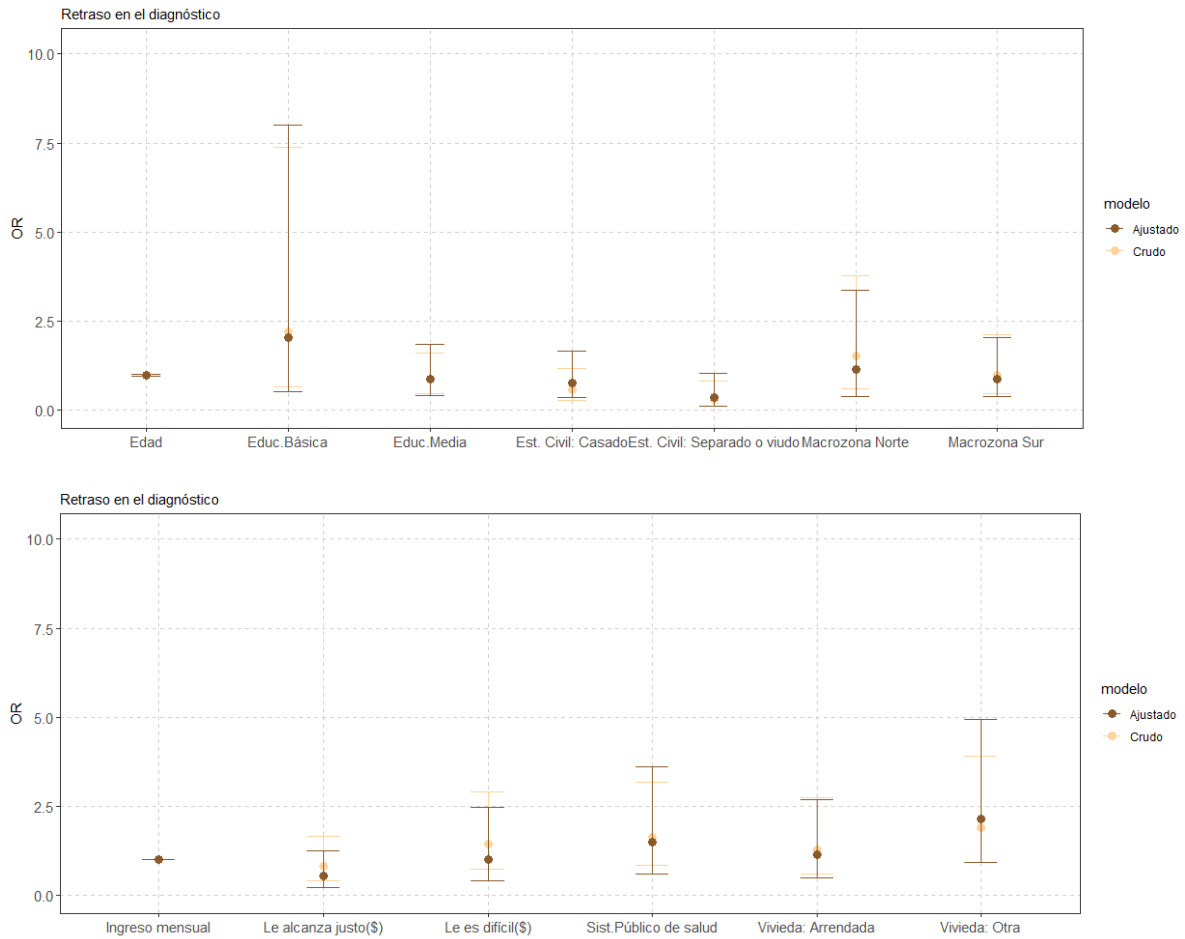
modelo ajustado las personas del sistema público tenían 1.48 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que del sistema privado.

Tabla 7. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas y de tipo de previsión de salud, para la percepción de retraso en el diagnóstico del cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.

|   |                  | <i>Retraso en el diagnóstico de cáncer de mama</i> |       |         |          |                        |         |         |
|---|------------------|--|-------|---------|----------|------------------------|---------|---------|
|   |                  | Crudo  |       |         | Ajustado |                        |         | p-valor |
|   |                  | OR   | SE    | p-valor | OR       | SE                     | p-valor |         |
| <b>Edad</b>                               | años             | 0,984<br>(0,957-1,012)                             | 0,014 | 0,252   | **       | 0,982<br>(0,951-1,014) | 0,017   | 0,272   |
| <b>Estado civil (ref soltero)</b>         | Casado           | 0,573<br>(0,281-1,170)                             | 0,364 | 0,126   | ***      | 0,762<br>(0,345-1,668) | 0,305   | 0,496   |
|   | Separado o viudo | 0,315<br>(0,120-0,830)                             | 0,494 | 0,019   |          | 0,361<br>(0,124-1,044) | 0,196   | 0,060   |
| <b>Macrozona (ref metrop)</b>             | Norte            | 1,521<br>(0,614-3,769)                             | 0,463 | 0,365   | ***      | 1,156<br>(0,397-3,368) | 0,631   | 0,791   |
|   | Sur              | 0,988<br>(0,463-2,106)                             | 0,386 | 0,974   |          | 0,882<br>(0,382-2,037) | 0,377   | 0,769   |
| <b>Ingresos totales</b>                   | Pesos (CLP)      | 1,000<br>2,204                                     | 0,000 | 0,175   | **       | 1,000<br>(0,999-1,00)  | 0,000   | 0,413   |
| <b>Nivel educacional (ref prof)</b>       | Básica           | 0,864<br>(0,658-7,389)                             | 1,359 | 0,210   |          | 0,754<br>(0,520-8,014) | 1,425   | 0,306   |
|   | Media            | 1,455<br>(0,467-1,599)                             | 0,272 | 0,494   |          | 1,014<br>(0,418-1,845) | 0,333   | 0,731   |
| <b>Percepción Financiera (ref cómodo)</b> | Le es difícil    | 0,824<br>(0,727-2,910)                             | 0,354 | 0,290   | ***      | 0,537<br>(0,416-2,467) | 0,460   | 0,976   |
|   | Le alcanza justo | 1,291<br>(0,411-1,655)                             | 0,356 | 0,587   |          | 1,140<br>(0,228-1,261) | 0,234   | 0,153   |
| <b>Vivienda (ref propia)</b>              | Arrendada        | 1,892<br>(0,606-2,751)                             | 0,386 | 0,509   | ***      | 2,149<br>(0,481-2,701) | 0,501   | 0,766   |
|   | Otra             | 1,623<br>(0,914-3,913)                             | 0,371 | 0,086   |          | 1,484<br>(0,935-4,939) | 0,912   | 0,072   |
| <b>Sistema de salud (ref privada)</b>     | Público          | (0,832-3,164)                                      | 0,341 | 0,155   |          | 1,082<br>(0,612-3,601) | 0,671   | 0,383   |
|   | cte.             |  |       |         |          | (0,143-8,159)          | 1,115   | 0,939   |

\* p-valor >0,1 \*\* p-valor >0,5 \*\*\* p-valor >0,8 Prueba de Hosmer y Lemeshow

Figura 12. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas y de tipo de previsión de salud, para la percepción de retraso en el diagnóstico del cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.



Modelo de regresión logística para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento (Tabla 8, Figura 13)

Para la **percepción de retraso en el inicio del tratamiento y la edad** por cada año cumplido es menor el chance de percibir retraso en el tratamiento. La edad fue estadísticamente significativa para el modelo crudo.

La **percepción de retraso en el inicio del tratamiento y el estado civil** categorizado en soltero, casado, separado o viudo resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas casadas tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas solteras (OR=0,97; p=0,93), y las personas separadas tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas solteras (OR=0,78; p=0,61). Para el modelo ajustado, las personas casadas tenían 1,18 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las

personas solteras, y las personas separadas tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas solteras (OR=0,69; p=0,49).

La percepción de **retraso en el inicio del tratamiento** asociado al **lugar de residencia** categorizado en macrozona norte centro y sur resultó significativo para el modelo ajustado y la macrozona sur. Las personas de la macrozona sur tenían menor probabilidad de percibir retraso en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro (OR=0,30 IC95% 0,10-0,88). De forma descriptiva para las otras asociaciones, en el modelo crudo, las personas de la macrozona norte tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro (OR=0,49; p=0,21), y las personas de la macrozona sur tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro (OR=0,41; p=0,06). Para el modelo ajustado, las personas de la macrozona norte tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro (OR=0,73; p=0,61).

Para la percepción de **retraso en el tratamiento**, el ingreso no resultó ser estadísticamente significativo, para ninguno de los modelos estimados (crudo, ajustado).

La percepción de **retraso en el inicio del tratamiento** asociado al **nivel educacional** categorizado en profesional, básico o media resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas con nivel educacional básico tenían 1,91 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas profesionales, y las personas con educación media tenían 1,58 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas profesionales. Para el modelo ajustado, las personas con nivel educacional básico tenían 1,16 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas profesionales, y las personas con educación media tenían 1,31 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas profesionales.

La percepción de **retraso en el inicio del tratamiento** asociado a la **percepción financiera** categorizada en “es cómodo llegar a fin de mes”, “llego justo a fin de mes”, “es difícil llegar a fin de mes” resultó no significativa para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 1.94 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar, y las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían 1,78 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar. Para el modelo ajustado, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 1,14 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar, y las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían 1,34 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar.

La percepción de **retraso en el inicio del tratamiento** asociado al tipo de **tenencia de la vivienda** categorizada en vivienda propia, arrendada, otro tipo de vivienda resultó significativa en ambos modelos (crudo o ajustado). En el modelo crudo las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 2,18 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que tenían vivienda propia siendo esta diferencia estadísticamente significativa, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían 2,51 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron vivienda propia siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Para el modelo ajustado, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 1,59 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que tenían vivienda propia sin diferencia significativa, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían 2,60 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron vivienda propia siendo una diferencia estadísticamente significativa.

La percepción de **retraso en el inicio del tratamiento** asociado al **sistema de salud** dicotomizados como público y privado resultó significativa para el modelo crudo y no significativo para el modelo ajustado. En el modelo crudo las personas del sistema público tenían 2,75 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que del sistema privado (IC95% 1,31-5,78; p=0,007). En el modelo ajustado las personas del sistema público tenían 1.91 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que del sistema privado.

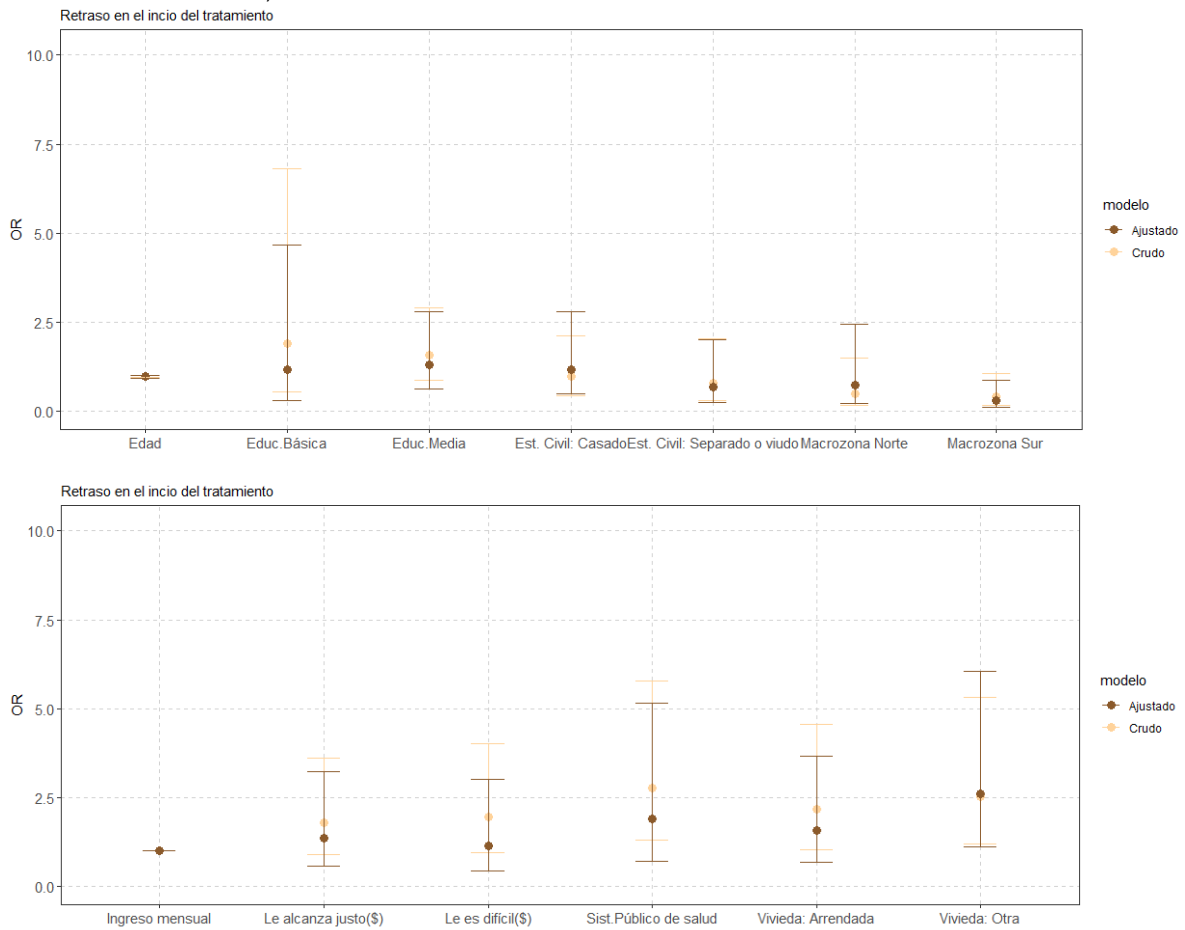
Tabla 8. Modelos de regresión logística crudo y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.

|                              |                  | <i>Retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de mama</i> |       |           |                        |       |         |
|------------------------------|------------------|--|-------|-----------|------------------------|-------|---------|
|                              |                  | Crudo  |       |           | Ajustado*              |       |         |
|                              |                  | OR   | SE    | p-valor   | OR                     | SE    | p-valor |
| <b>Edad</b>                  | Años             | 0,97<br>(0,943-0,999)  | 0,015 | 0,045     | 0,967<br>(0,935-1,002) | 0,017 | 0,061   |
| <b>Estado civil</b>          | Casado           | 0,97<br>(0,446-2,109)  | 0,397 | 0,938 *** | 1,183<br>(0,499-2,807) | 0,521 | 0,702   |
|                              | Separado o viudo | 0,78<br>(0,300-2,028)  | 0,487 | 0,611     | 0,693<br>(0,240-2,002) | 0,375 | 0,498   |
| <b>Macrozona</b>             | Norte            | 0,491<br>(0,161-1,503)   | 0,57  | 0,213 *** | 0,732<br>(0,220-2,431) | 0,613 | 0,611   |
|                              | Sur              | 0,418<br>(0,166-1,052)   | 0,471 | 0,064     | 0,303<br>(0,105-0,883) | 0,545 | 0,029   |
| <b>Ingresos totales</b>      | Pesos (CLP)      | 1,00<br>(0,999-1,00)   | 0,00  | 0,360 **  | 1<br>(0,999-1,00)      | 0     | 0,574   |
| <b>Nivel educacional</b>     | Básica           | 1,913<br>(0,539-6,800)   | 0,644 | 0,316 *** | 1,168<br>(0,292-4,665) | 0,825 | 0,826   |
|                              | Media            | 1,580<br>(0,866-2,917)   | 0,313 | 0,236     | 1,317<br>(0,618-2,807) | 0,508 | 0,476   |
| <b>Percepción Financiera</b> | Le es difícil    | 1,945<br>(0,944-4,009)   | 0,369 | 0,071 *** | 1,149<br>(0,439-3,010) | 0,565 | 0,776   |
|                              | Le alcanza justo | 1,789  | 0,358 | 0,104     | 1,349                  | 0,603 | 0,503   |

|                         |           |                        |       |           |                        |       |       |  |
|-------------------------|-----------|------------------------|-------|-----------|------------------------|-------|-------|--|
|                         |           | (0,887-3,608)          |       |           | (0,562-3,327)          |       |       |  |
| <b>Vivienda</b>         | Arrendada | 2,183<br>(1,046-4,557) | 0,375 | 0,038 *** | 1,590<br>(0,689-3,670) | 0,679 | 0,277 |  |
|                         | Otra      | 2,519<br>(1,191-5,329) | 0,382 | 0,016     | 2,595<br>(1,113-6,049) | 1,121 | 0,027 |  |
| <b>Sistema de salud</b> | Público   | 2,759<br>(1,315-5,789) | 0,378 | 0,007     | 1,915<br>(0,711-7,747) | 0,967 | 0,199 |  |
|                         | cte.      |                        |       |           | 0,807<br>(0,084-7,747) | 0,931 | 0,857 |  |

\* p-valor >0,1 \*\* p-valor>0,5 \*\*\* p-valor>0,8 Prueba de Hosmer y Lemeshow

Figura 13. Modelos de regresión logística crudo y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de mama. Muestra 263, Chile 2022.



¿Qué es un modelo multivariado?

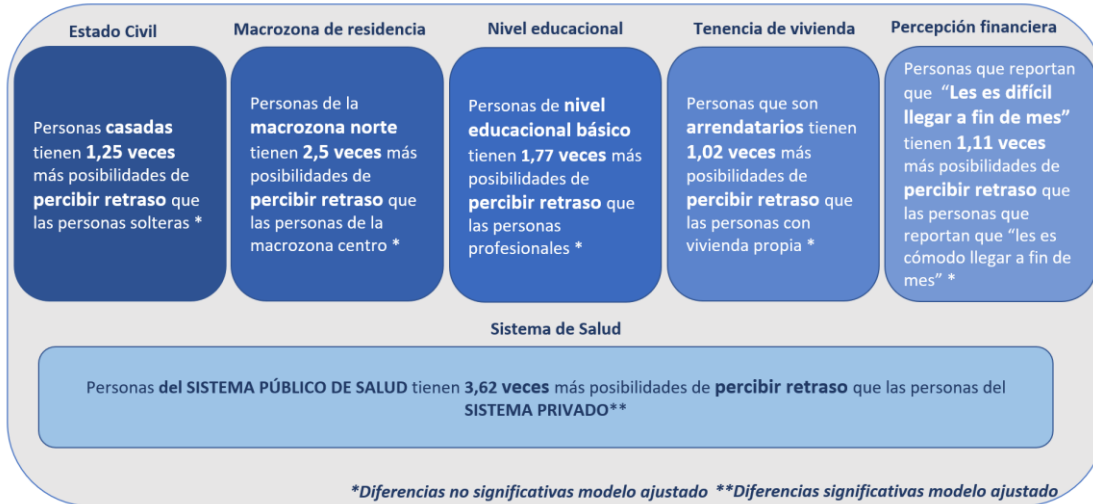


Un modelo multivariado es una herramienta **de análisis estadístico** que permite analizar la influencia de distintos factores en una situación en particular.

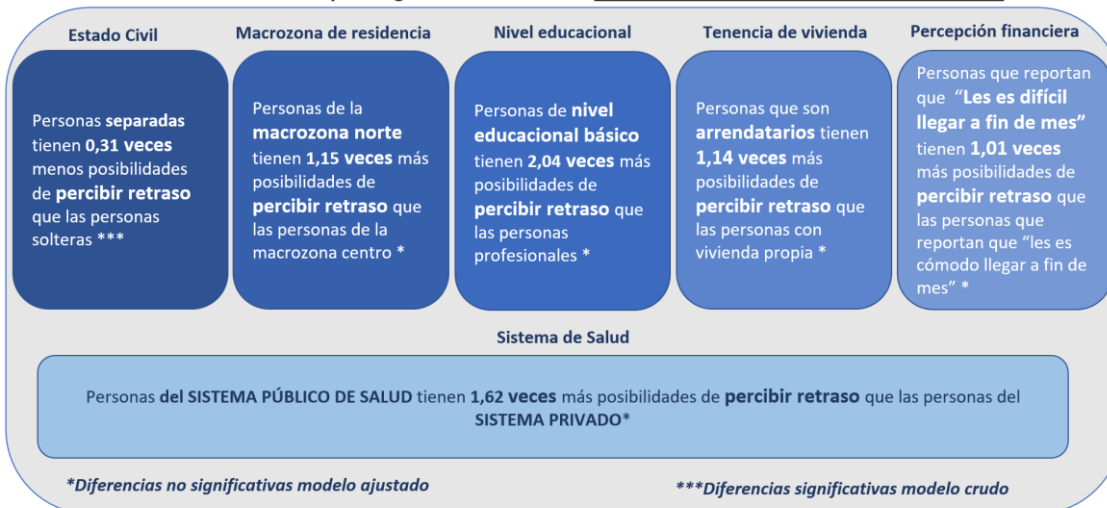
En este caso, se analizó la influencia de diversas características de las personas, como nivel educacional, sexo, edad, nivel económico y lugar de residencia en los retrasos de las distintas etapas de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama.

**Esquema 3: Factores asociados a la percepción de retraso: modelos multivariados en cáncer de mama**

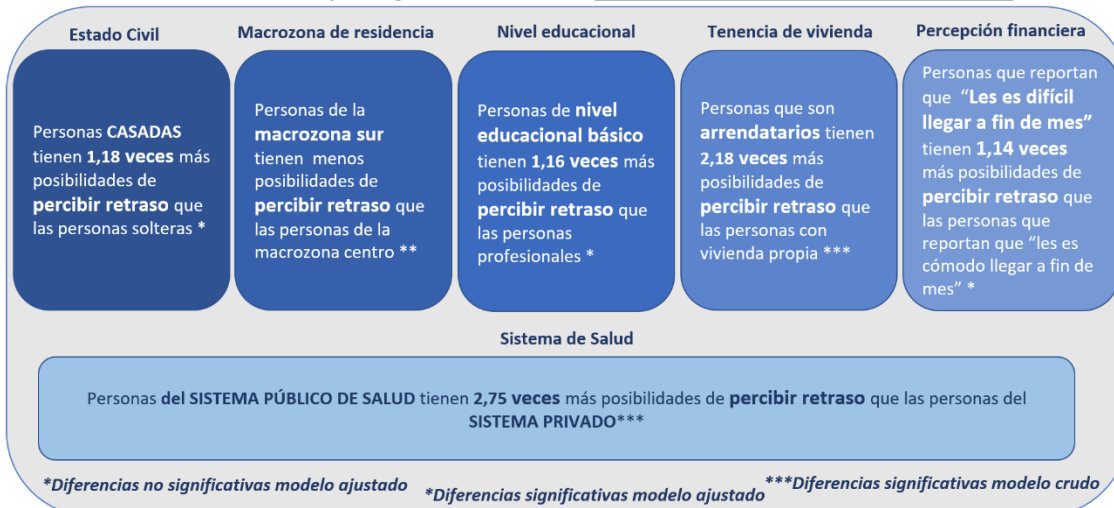
**Factores socioeconómicos y demográficos asociados a la PERCEPCIÓN DE RETRASO PARA LA PRIMERA CONSULTA**



**Factores socioeconómicos y demográficos asociados a la PERCEPCIÓN DE RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO**



**Factores socioeconómicos y demográficos asociados a la PERCEPCIÓN DE RETRASO EN EL TRATAMIENTO**





## *Percepción de satisfacción y de calidad general según percepción de retraso*

### *Análisis de variables originales (10 categorías, 0 a 10)*

Del total de la muestra, un 1,9% calificó con 0 o 1 la calidad de la atención en salud y un 1,6% calificó entre 0 y 1 la satisfacción con la atención en general. Por el contrario, un 44,1% de la muestra calificó la calidad de la atención con un 10 y un 47,1% de la muestra calificó con un 10 a la satisfacción con la atención en general.

Al comparar la calificación de la calidad y satisfacción de la atención entre quienes en su experiencia perciben retraso (primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento) y quienes no, la mediana de la calificación difirió significativamente entre ambos grupos, con una significación de 0.05, siendo entre 1 y dos puntos menores para quienes si percibían retraso.

Para la **primera consulta**, un 50,0% de la muestra de quienes no percibían retraso calificaron la calidad de la atención con un 10, y un 53,6% calificó la satisfacción general con un 10. El grupo de quienes percibieron retrasos, un 26,6% calificaba con un 10 la calidad de la atención y un 29,7% que calificaban con un 10 la satisfacción general.

Para el **diagnóstico**, el 50% de quienes percibieron retraso calificó la calidad de la atención con un 10 y un 54,4% calificó la satisfacción general con un 10. El grupo que no percibió retrasos, un 26,6% calificó la calidad de la atención con un 10, y 27,4% calificó la satisfacción general con un 10.

Para el inicio del **tratamiento**, el 51,1% de quienes no percibieron retrasos calificó la calidad de la atención con un 10, y un 54,8% calificó la satisfacción general con un 10. El grupo que percibió retrasos, un 23% calificó la calidad de la atención con un 10, y 24,6% calificó la satisfacción general con un 10 (Tabla 9-10).

Tabla 9. Evaluación de la calidad de la atención para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Muestra 263, Chile 2022.

| Nota        | Total<br>n=263 | Calidad de la atención |                     |                      |                     |                      |                     |         |  |
|-------------|----------------|------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------|--|
|             |                | Sin retraso            |                     | Retraso              |                     | Sin retraso          |                     | Retraso |  |
|             |                | 1º consulta<br>n=194   | 1º consulta<br>n=64 | diagnóstico<br>n=193 | diagnóstico<br>n=62 | tratamiento<br>n=188 | tratamiento<br>n=61 |         |  |
| 0           | 0,8%           | 0,5%                   | 1,6% **             | 0,5%                 | 1,6% **             | 0,5%                 | 1,6% **             |         |  |
| 1           | 1,1%           | 1,0%                   | 1,6%                | 0,5%                 | 3,2%                | 0,5%                 | 1,6%                |         |  |
| 2           | 0,4%           |                        | 1,6%                |                      | 1,6%                |                      | 1,6%                |         |  |
| 3           | 1,1%           | 1,0%                   | 1,6%                | 1,0%                 | 1,6%                |                      | 3,3%                |         |  |
| 4           | 2,7%           | 2,1%                   | 4,7%                | 2,1%                 | 4,7%                | 2,7%                 | 3,3%                |         |  |
| 5           | 5,7%           | 3,1%                   | 10,9%               | 3,1%                 | 10,9%               | 4,8%                 | 6,6%                |         |  |
| 6           | 2,3%           | 1,0%                   | 6,3%                | 1,0%                 | 6,3%                | 0,5%                 | 8,2%                |         |  |
| 7           | 6,8%           | 6,2%                   | 9,4%                | 6,2%                 | 9,4%                | 4,3%                 | 14,8%               |         |  |
| 8           | 17,5%          | 17,0%                  | 20,3%               | 17,0%                | 20,3%               | 17,6%                | 21,3%               |         |  |
| 9           | 16,7%          | 18,0%                  | 12,5%               | 18,0%                | 12,5%               | 18,1%                | 11,5%               |         |  |
| 10          | 44,1%          | 50,0%                  | 26,6%               | 50,0%                | 26,6%               | 51,1%                | 23,0%               |         |  |
| Media (sd.) | 8,4(2,1)       | 8,8(1,8)               | 7,7(2,4)            | 9,0(1,6)             | 7,1(2,5)            | 8,9(1,7)             | 7,4(2,5)            |         |  |
| Q1          | 8              | 8                      | 6                   | 8                    | 5                   | 8                    | 6                   |         |  |
| Mediana     | 9              | 9                      | 8                   | 10                   | 8                   | 10                   | 8                   |         |  |
| Q3          | 10             | 10                     | 10                  | 10                   | 9                   | 10                   | 9,5                 |         |  |

\* p-valor <0,05 \*\* p-valor<0,001 Prueba U de Mann-Whitney

Tabla 10. Evaluación de la satisfacción con la atención en salud en general para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio tratamiento. Muestra 263, Chile 2022.

| Nota         | Total<br>n=263 | Satisfacción con la atención en general |                     |                      |                     |                      |                     |         |  |
|--------------|----------------|---|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------|--|
|              |                | Sin retraso                             |                     | Retraso              |                     | Sin retraso          |                     | Retraso |  |
|              |                | 1º consulta<br>n=194                    | 1º consulta<br>n=64 | diagnóstico<br>n=193 | diagnóstico<br>n=62 | tratamiento<br>n=188 | tratamiento<br>n=61 |         |  |
| 0            | 0,8%           |   | 3,1% **             |                      | 3,2% **             |                      | 1,6% **             |         |  |
| 1            | 0,8%           | 0,5%                                    | 1,6%                | 0,5%                 | 1,6%                | 0,5%                 | 1,6%                |         |  |
| 2            | 0,4%           | 0,5%                                    |                     |                      | 1,6%                |                      | 1,6%                |         |  |
| 3            | 1,1%           | 1,0%                                    |                     | 1,0%                 | 1,6%                | 1,1%                 | 1,6%                |         |  |
| 4            | 3,0%           | 2,1%                                    | 6,3%                | 3,6%                 | 1,6%                | 2,7%                 | 4,9%                |         |  |
| 5            | 4,9%           | 2,6%                                    | 9,4%                | 3,6%                 | 8,1%                | 3,7%                 | 3,3%                |         |  |
| 6            | 4,2%           | 2,6%                                    | 9,4%                | 2,1%                 | 9,7%                | 2,1%                 | 11,5%               |         |  |
| 7            | 8,4%           | 7,7%                                    | 10,9%               | 7,3%                 | 12,9%               | 6,9%                 | 13,1%               |         |  |
| 8            | 13,7%          | 12,9%                                   | 17,2%               | 10,4%                | 22,6%               | 11,2%                | 23,0%               |         |  |
| 9            | 15,6%          | 16,5%                                   | 12,5%               | 17,1%                | 9,7%                | 17,0%                | 13,1%               |         |  |
| 10           | 47,1%          | 53,6%                                   | 29,7%               | 54,4%                | 27,4%               | 54,8%                | 24,6%               |         |  |
| Media (d.e.) | 8,5 (2,1)      | 8,8(1,7)                                | 8,0(2,1)            | 8,9(1,7)             | 7,7(2,1)            | 8,9(1,7)             | 7,8(2,1)            |         |  |
| Q1           | 8              | 8                                       | 7                   | 8                    | 6,8                 | 8                    | 7                   |         |  |
| Mediana      | 9              | 10                                      | 8                   | 10                   | 8                   | 10                   | 8                   |         |  |
| Q3           | 10             | 10                                      | 10                  | 10                   | 10                  | 10                   | 10                  |         |  |

\* p-valor <0,05 \*\* p-valor<0,001 Prueba U de Mann-Whitney

*Análisis de variables colapsadas en tres categorías (baja satisfacción/calidad 0-3, media satisfacción/calidad 4-7, alta satisfacción/calidad 8-10)*

Concordante con lo anterior, quienes reportan retraso en la primera consulta, diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento, calificaron con menor frecuencia la calidad de la atención con nota alta (61,3%, 52,5% y 57,6% respectivamente) que quienes no percibieron retraso (vs 85,1%, 87,5% y 86,7% respectivamente). La asociación de las respectivas variables de retraso con la calificación de la calidad categorizada como alta, media y baja resultó ser estadísticamente significativa (Tabla 11).

Lo mismo ocurre en el caso de la satisfacción con la atención en salud en general, específicamente 59,4% de quienes percibieron retraso en la primera consulta indicaron una alta satisfacción (vs 83% en personas sin retraso), 59,7% de quienes percibieron retraso en el diagnóstico indicaron una alta satisfacción (vs 81,9% en personas sin retraso) y 60,7% de quienes percibieron retraso en el inicio del tratamiento indicaron una alta satisfacción (vs 83% en personas sin retraso), asociándose significativamente (Tabla 12). De manera complementaria, quienes percibían retrasos calificaron en mayor proporción la calidad de la atención y satisfacción general con nota baja (nota 0 a 3).

Tabla 11. Evaluación de la calidad de la atención para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Chile 2022.

| Nota       | Total<br>n=261 | Calidad de la atención |                     |             |                     |             |                     |         |  |
|------------|----------------|------------------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|---------|--|
|            |                | Sin retraso            |                     | Retraso     |                     | Sin retraso |                     | Retraso |  |
|            |                | 1º consulta            | 1º consulta         | diagnóstico | diagnóstico         | tratamiento | tratamiento         |         |  |
|            |                | n=194                  | n=62                | n=192       | n=61                | n=188       | n=59                |         |  |
| Baja: 0-3  | 3,4%           | 2,60%                  | 6,50% <sup>ab</sup> | 1,00%       | 9,80% <sup>ab</sup> | 1,10%       | 8,50% <sup>ab</sup> |         |  |
| Media: 4-7 | 17,6%          | 12,40%                 | 32,30%              | 11,50%      | 37,70%              | 12,20%      | 33,90%              |         |  |
| Alta: 8-10 | 78,9%          | 85,10%                 | 61,30%              | 87,50%      | 52,50%              | 86,70%      | 57,60%              |         |  |

2 personas no responden sobre la calidad de la atención

a. p-valor<0,05 Test Chi Cuadrado b. p-valor<0,05 Test Exacto de Fisher

Tabla 12. Evaluación de la satisfacción con la atención en salud en general para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio tratamiento. Chile 2022.

| Nota       | Total<br>n=260 | Satisfacción con la atención en general |                     |             |                     |             |                     |         |  |
|------------|----------------|---|---------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|---------|--|
|            |                | Sin retraso                             |                     | Retraso     |                     | Sin retraso |                     | Retraso |  |
|            |                | 1º consulta                             | 1º consulta         | diagnóstico | diagnóstico         | tratamiento | tratamiento         |         |  |
|            |                | n=193                                   | n=62                | n=193       | n=62                | n=188       | n=61                |         |  |
| Baja: 0-3  | 3,0%           | 2,10%                                   | 4,70% <sup>ab</sup> | 1,60%       | 8,10% <sup>ab</sup> | 1,60%       | 6,60% <sup>ab</sup> |         |  |
| Media: 4-7 | 20,5%          | 14,90%                                  | 35,90%              | 16,60%      | 32,30%              | 15,40%      | 32,80%              |         |  |
| Alta: 8-10 | 76,4%          | 83,00%                                  | 59,40%              | 81,90%      | 59,70%              | 83,00%      | 60,70%              |         |  |

3 personas no respondieron sobre la satisfacción general

a. p-valor<0,05 Test Chi Cuadrado b. p-valor<0,05 Test Exacto de Fisher

Se estimó un modelo de regresión multivariado de la evaluación de la calidad de la atención (tres categorías) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama (Tabla 13). De acuerdo con este modelo, el tener **educación media** en referencia a tener educación superior y pertenecer al **sistema público** respecto al privado resultaron ser estadísticamente significativas en la evaluación de la calidad de la atención. La edad, estado civil, macrozona de residencia, ingreso, percepción financiera y situación de tenencia de la vivienda no resultaron ser estadísticamente significativas.

La probabilidad de evaluar la calidad de la atención como alta frente a las categorías media y baja fue estadísticamente significativa para los determinantes sociales de educación y sistema de salud.

En **educación**, la probabilidad de evaluar la **calidad de la atención** como alta frente a las categorías media y baja combinadas fue estadísticamente significativa para el grupo de educación media en comparación a personas con educación superior. De forma específica, las personas con educación media tenían 2,31 veces mayor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las personas con educación superior. Descriptivamente, las personas con educación básica presentan menor probabilidad de evaluar la calidad de la atención como buena en comparación con las personas con educación superior (OR 0,62;  $p=0,47$ ). Estos resultados no reflejan un gradiente social en la percepción de la calidad según el nivel educacional de las personas, siendo el grupo de educación media el que tienen mayor probabilidad de evaluar la calidad de la atención como alta, seguido del grupo de educación superior y en tercer lugar el grupo con educación básica.

Para el **sistema de salud** categorizado como público o privado, la probabilidad de evaluar la **calidad de la atención** como alta frente, a las categorías media y baja combinadas fue estadísticamente significativa, siendo las personas del sistema público quienes tienen menor probabilidad de evaluar la calidad de la atención como alta (OR 0,26;  $p=0,03$ ).

Para los otros determinantes sociales las asociaciones no fueron estadísticamente significativa, por lo que se detallan de forma descriptiva a continuación.

El **estado civil** tenía tres categorías: (1) soltero, (2) casado o conviviente, y (3) separado, anulado, divorciado o nulo. Las personas del grupo casados o convivientes presentaron 1,42 veces mayor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las personas solteras. Las personas del grupo separados, anulado, divorciado o viudo presentaron 1,25 veces mayor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las personas solteras.

La **macrozona de residencia** fue categorizada en macrozona norte, centro y sur. Las personas de la macrozona norte presentaron 1,74 veces mayor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las personas de la macrozona centro. Las personas de la macrozona sur presentaron 1,84 veces mayor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las personas de la macrozona centro.

La **percepción financiera** fue categorizada en cómoda, difícil y alcanza justo. Las personas con percepción financiera de “difícil” presentaron 1,18 veces mayor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las personas con percepción financiera de “cómoda”. Las personas con percepción financiera de “alcanza justo” presentaron menor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las con percepción financiera de “cómoda” (OR=0,64; P=0,32). En esta variable se observa un comportamiento de gradiente social diferente, siendo el grupo con mayor probabilidad de evaluar la calidad de la atención como alta el de percepción financiera “difícil”, seguido del grupo “cómodo” y en tercer lugar el grupo “alcanza justo”

La **tenencia de vivienda** fue categorizada en propia, arrendada u otra. Las personas con vivienda arrendada presentaron 1,34 veces mayor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las personas con vivienda propia. Las personas con otro tipo de vivienda presentaron menor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las con vivienda propia (OR=0,57; p=0,19).

Bajo la suposición de probabilidades proporcionales, para personas con educación superior las probabilidades de evaluar la calidad de la atención como alta frente a las categorías media y baja combinadas son 1,61 veces mayores que con educación básica. Asimismo, la probabilidad de que se apliquen las categorías media y alta combinadas frente a la baja es 1,61 veces mayor, si las otras variables se mantienen constantes. Para el sistema privado, las probabilidades de calificar como alta la calidad frente a baja y media fue 3.85 veces mayor que para el sistema público, el mismo aumento se observa para calificar baja frente a media o altas combinadas.

Tabla 13 (a). Modelo de regresión ordinal de la evaluación de la calidad de la atención (tres categorías en orden: baja media alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.

| Calidad (3 categorías)               | OR   | Std. err. | p-valor | IC95%     |
|--------------------------------------|------|-----------|---------|-----------|
| Edad (cont.)                         | 0,99 | 0,02      | 0,72    | 0,96 1,03 |
| Estado civil (ref=soltero)           |      |           |         |           |
| Casado o conviviente                 | 1,42 | 0,62      | 0,42    | 0,60 3,35 |
| Separado, anulado, divorciado, viudo | 1,25 | 0,65      | 0,67    | 0,45 3,48 |
| Macrozona (ref=centro)               |      |           |         |           |
| Norte                                | 1,74 | 1,23      | 0,44    | 0,43 6,97 |
| Sur                                  | 1,84 | 0,93      | 0,22    | 0,69 4,94 |
| Nivel Educativo (ref=superior)       |      |           |         |           |
| Educación básica                     | 0,62 | 0,40      | 0,47    | 0,18 2,21 |
| Educación media                      | 2,31 | 0,92      | 0,04    | 1,06 5,06 |
| Ingreso (cont.)                      | 1,00 | 0,00      | 0,09    | 1,00 1,00 |
| Percepción financiera (ref=cómodo)   |      |           |         |           |
| Difícil                              | 1,18 | 0,62      | 0,76    | 0,42 3,33 |
| Le alcanza justo                     | 0,64 | 0,29      | 0,32    | 0,26 1,54 |
| Vivienda (ref=propia)                |      |           |         |           |
| Arrendada                            | 1,34 | 0,65      | 0,55    | 0,52 3,46 |

|                                   |       |      |      |       |       |
|-----------------------------------|-------|------|------|-------|-------|
| Otro                              | 0,57  | 0,24 | 0,19 | 0,25  | 1,32  |
| Sistema previsional (ref=privada) |       |      |      |       |       |
| Público                           | 0,26  | 0,16 | 0,03 | 0,08  | 0,87  |
| /corte1                           | -3,82 | 1,34 |      | -6,43 | -1,20 |
| /corte2                           | -1,66 | 1,29 |      | -4,19 | 0,88  |

Log likelihood = -129.20166 Pseudo R2 = 0.1347

Tabla 13 (b). Modelo de regresión ordinal de la evaluación de la calidad de la atención (tres categorías en orden: alta media baja) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.

| Calidad (3 categorías)               | OR    | Std. err. | p-valor | IC95% |       |
|--------------------------------------|-------|-----------|---------|-------|-------|
| Edad (cont.)                         | 1,001 | 0,18      | 0,72    | 0,97  | 1,04  |
| Estado civil (ref=soltero)           |       |           |         |       |       |
| Casado o conviviente                 | 0,704 | 0,31      | 0,42    | 0,30  | 1,66  |
| Separado, anulado, divorciado, viudo | 0,801 | 0,80      | 0,67    | 0,29  | 2,24  |
| Macrozona (ref=centro)               |       |           |         |       |       |
| Norte                                | 0,575 | 0,41      | 0,44    | 0,14  | 2,31  |
| Sur                                  | 0,543 | 0,27      | 0,22    | 0,20  | 1,45  |
| Nivel Educativo (ref=superior)       |       |           |         |       |       |
| Educación básica                     | 1,604 | 1,04      | 0,47    | 0,45  | 5,69  |
| Educación media                      | 0,433 | 0,17      | 0,04    | 0,20  | 0,95  |
| Ingreso (cont.)                      | 1,00  | 0,00      | 0,09    | 1,00  | 1,00  |
| Percepción financiera (ref=cómodo)   |       |           |         |       |       |
| Difícil                              | 0,85  | 0,45      | 0,76    | 0,30  | 2,40  |
| Le alcanza justo                     | 1,57  | 1,57      | 0,32    | 0,65  | 3,81  |
| Vivienda (ref=propia)                |       |           |         |       |       |
| Arrendada                            | 0,748 | 0,36      | 0,55    | 0,29  | 1,93  |
| Otro                                 | 1,756 | 0,75      | 0,19    | 0,76  | 4,06  |
| Sistema previsional (ref=privada)    |       |           |         |       |       |
| Público                              | 3,80  | 2,32      | 0,03    | 1,15  | 12,58 |
| /corte1                              | 1,66  | 1,29      |         | 0,88  | 4,19  |
| /corte2                              | 3,82  | 1,34      |         | 1,20  | 6,43  |

Log likelihood = -129.20166 Pseudo R2 = 0.1347

Para el caso de la satisfacción general ninguna de las variables incluidas resultó ser estadísticamente significativa (Tabla 14).

Tabla 14 (a). Modelo de regresión ordinal de la satisfacción general la atención (tres categorías en orden: baja media alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.

| Satisfacción general (3 categorías)  | OR     | Std. err. | p-valor | IC95%  |        |
|--------------------------------------|--------|-----------|---------|--------|--------|
| Edad (cont.)                         | 1,009  | 0,017     | 0,589   | 0,977  | 1,042  |
| Estado civil (ref=soltero)           |        |           |         |        |        |
| Casado o conviviente                 | 1,513  | 0,611     | 0,305   | 0,686  | 3,337  |
| Separado, anulado, divorciado, viudo | 1,311  | 0,643     | 0,581   | 0,501  | 3,430  |
| Macrozona (ref=centro)               |        |           |         |        |        |
| Norte                                | 1,100  | 0,623     | 0,866   | 0,363  | 3,337  |
| Sur                                  | 2,250  | 1,098     | 0,097   | 0,864  | 5,858  |
| Nivel educacional (ref=superior)     |        |           |         |        |        |
| Educación básica                     | 0,686  | 0,424     | 0,541   | 0,204  | 2,303  |
| Educación media                      | 1,798  | 0,676     | 0,119   | 0,860  | 3,757  |
| Ingreso (cont.)                      | 1,000  | 0,000     | 0,744   | 1,000  | 1,000  |
| Percepción financiera (ref=cómodo)   |        |           |         |        |        |
| Difícil                              | 0,772  | 0,364     | 0,583   | 0,306  | 1,946  |
| Le alcanza justo                     | 0,557  | 0,232     | 0,160   | 0,246  | 1,261  |
| Vivienda (ref=propia)                |        |           |         |        |        |
| Arrendada                            | 1,701  | 0,769     | 0,240   | 0,701  | 4,125  |
| Otro                                 | 0,752  | 0,321     | 0,504   | 0,326  | 1,736  |
| Sistema previsional (ref=privada)    |        |           |         |        |        |
| Público                              | 0,541  | 0,250     | 0,183   | 0,219  | 1,337  |
| /cut1                                | -3,033 | 1,089     |         | -5,167 | -0,899 |
| /cut2                                | -0,767 | 1,039     |         | -2,803 | 1,269  |

Log likelihood = -146.43724 Pseudo R2 = 0.0563

Tabla 14 (b). Modelo de regresión ordinal de la satisfacción general la atención (tres categorías en orden: alta media baja) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.

| Satisfacción general (3 categorías)  | OR    | Std. err. | p-valor | IC95% |       |
|--------------------------------------|-------|-----------|---------|-------|-------|
| Edad (cont.)                         | 0,991 | 0,016     | 0,589   | 0,959 | 1,024 |
| Estado civil (ref=soltero)           |       |           |         |       |       |
| Casado o conviviente                 | 0,661 | 0,267     | 0,305   | 0,299 | 1,458 |
| Separado, anulado, divorciado, viudo | 0,763 | 0,374     | 0,581   | 0,292 | 1,995 |
| Macrozona (ref=centro)               |       |           |         |       |       |
| Norte                                | 0,909 | 0,515     | 0,866   | 0,299 | 2,758 |
| Sur                                  | 0,444 | 0,217     | 0,097   | 0,171 | 1,157 |
| Nivel educacional (ref=superior)     |       |           |         |       |       |
| Educación básica                     | 1,459 | 0,902     | 0,541   | 0,434 | 4,899 |
| Educación media                      | 0,556 | 0,209     | 0,119   | 0,266 | 1,162 |
| Ingreso (cont.)                      | 1,000 | 0,000     | 0,744   | 1,000 | 1,000 |
| Percepción financiera (ref=cómodo)   |       |           |         |       |       |
| Difícil                              | 1,296 | 0,612     | 0,583   | 0,514 | 3,269 |
| Le alcanza justo                     | 1,794 | 0,747     | 0,160   | 0,793 | 4,058 |
| Vivienda (ref=propia)                |       |           |         |       |       |
| Arrendada                            | 0,588 | 0,266     | 0,240   | 0,242 | 1,426 |

|                                   |       |       |       |       |       |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Otro                              | 1,329 | 0,567 | 0,504 | 0,576 | 3,069 |
| Sistema previsional (ref=privada) |       |       |       |       |       |
| Público                           | 0,541 | 0,250 | 0,183 | 0,219 | 1,337 |
| /cut1                             | 0,767 | 1,039 |       | 1,269 | 2,803 |
| /cut2                             | 3,033 | 1,089 |       | 0,899 | 5,167 |

Log likelihood = -146.43724 Pseudo R2 = 0.0563

Se detallan a continuación los resultados descriptivos estadísticamente no significativos para la satisfacción general de la atención y variables de DSS:

El **estado civil** tenía tres categorías: (1) soltero, (2) casado o conviviente, y (3) separado, anulado, divorciado o nulo. Las personas del grupo casados o convivientes presentaron 1,51 veces mayor probabilidad de evaluar la satisfacción general de la atención como alta en comparación con las personas solteras. Las personas del grupo separados, anulado, divorciado o viudo presentaron 1,31 veces mayor probabilidad de evaluar la calidad como alta en comparación con las personas solteras.

La **macrozona de residencia** fue categorizada en macrozona norte, centro y sur. Las personas de la macrozona norte presentaron 1,1 veces mayor probabilidad de evaluar la satisfacción general de la atención como alta en comparación con las personas de la macrozona centro. Las personas de la macrozona sur presentaron 2,25 veces mayor probabilidad de evaluar la satisfacción general de la atención como alta en comparación con las personas de la macrozona centro.

El **nivel educacional** fue categorizado en superior, básica y media. Las personas con educación básica presentaron menor probabilidad de evaluar la satisfacción general de la atención como alta en comparación con las personas con educación superior (OR=0,68; P=0,54). Las personas con educación media presentaron 1,79 veces mayor probabilidad de evaluar la satisfacción general de la atención como alta en comparación con las personas con educación superior. Estos resultados no reflejan un gradiente social en la satisfacción general de la atención según el nivel educacional de las personas, siendo el grupo de educación media el que tienen mayor probabilidad de evaluar la satisfacción general de la atención como alta, seguido del grupo de educación superior y en tercer lugar el grupo con educación básica.

La **percepción financiera** fue categorizada en cómoda, difícil y alcanza justo. Las personas con percepción financiera de “difícil” y “alcanza justo” presentaron menor probabilidad de evaluar la satisfacción general de la atención como alta en comparación con las con percepción financiera de “cómoda” (OR=0,77; p=0,58 y OR=0,55; P=0,16 respectivamente).

La **tenencia de vivienda** fue categorizada en propia, arrendada u otra. Las personas con vivienda arrendada presentaron 1,7 veces mayor probabilidad de evaluar la satisfacción general de la atención como alta en comparación con las personas con vivienda propia. Las personas con otro tipo de vivienda presentaron menor probabilidad de evaluar la satisfacción



general de la atención como alta en comparación con las con vivienda propia (OR=0,75; p=0,5).

Para el **sistema de salud** categorizado como público o privado, la probabilidad de evaluar la satisfacción general de la atención como alta fue menor en las personas del sistema público (OR=0,54; P=0,18).

Bajo la suposición de probabilidades proporcionales, para personas con educación superior las probabilidades de evaluar la calidad de la atención como alta frente a las categorías media y baja combinadas son 1,61 veces mayores que con educación básica. Asimismo, la probabilidad de que se apliquen las categorías media y alta combinadas frente a la baja es 1,61 veces mayor, si las otras variables se mantienen constantes. Para el sistema privado, las probabilidades de calificar como alta la calidad frente a baja y media fue 3.85 veces mayor que para el sistema público, el mismo aumento se observa para calificar baja frente a media o altas combinadas.

Tanto para la calidad de la atención como la satisfacción general, el tener retraso en el inicio del tratamiento se relacionó de manera significativa con reportar retraso en algún punto de la trayectoria terapéutica, en particular para calidad de la atención en diagnóstico y tratamiento. En el caso de la satisfacción de la atención, el retraso en el inicio del tratamiento resultó ser estadísticamente significativo (Tabla 15).

Tabla 15a. Modelo de regresión ordinal de la calidad de la atención y satisfacción general la atención (tres categorías en orden: baja media alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.

|                                |    | Calidad de la atención |        |        |         | Satisfacción general |        |        |         |
|--------------------------------|----|------------------------|--------|--------|---------|----------------------|--------|--------|---------|
|                                |    | IC95%                  |        |        |         | IC95%                |        |        |         |
|                                |    | OR                     | Inf.   | Sup.   | p-valor | OR                   | Inf.   | Sup.   | p-valor |
| Retraso primera consulta       | Sí | 0,835                  | 0,367  | 1,891  | 0,666   | 0,677                | 0,313  | 1,467  | 0,324   |
|                                | No | Ref.                   |        |        |         | Ref.                 |        |        |         |
| Retraso en el diagnóstico      | Sí | 0,229                  | 0,100  | 0,523  | 0,000   | 0,492                | 0,221  | 1,094  | 0,082   |
|                                | No | Ref.                   |        |        |         | Ref.                 |        |        |         |
| Retraso inicio del tratamiento | Sí | 0,383                  | 0,176  | 0,836  | 0,016   | 0,451                | 0,213  | 0,953  | 0,038   |
|                                | No | Ref.                   |        |        |         | Ref.                 |        |        |         |
| /corte1                        |    | -4,614                 | -5,521 | -3,707 |         | -4,353               | -5,254 | -3,456 |         |
| /corte2                        |    | -2,278                 | -2,788 | -1,768 |         | -1,860               | -2,300 | -1,419 |         |

Calidad de la atención: Log likelihood = -119,33772 Pseudo R2= 0,1369

Satisfacción general: Log likelihood = -134,49555 Pseudo R2= 0,0678

Tabla 15b. Modelo de regresión ordinal de la calidad de la atención y satisfacción general la atención (tres categorías en orden: alta media baja) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.

|                                |    | Calidad de la atención |       |       |         | Satisfacción general |       |       |         |
|--------------------------------|----|------------------------|-------|-------|---------|----------------------|-------|-------|---------|
|                                |    | IC95%                  |       |       |         | IC95%                |       |       |         |
|                                |    | OR                     | Inf.  | Sup.  | p-valor | OR                   | Inf.  | Sup.  | p-valor |
| Retraso primera consulta       | Sí | 1,197                  | 0,529 | 2,712 | 0,666   | 1,475                | 0,682 | 3,195 | 0,324   |
|                                | No | Ref.                   |       |       |         | Ref.                 |       |       |         |
| Retraso en el diagnóstico      | Sí | 4,362                  | 1,910 | 9,962 | 0,000   | 2,032                | 0,914 | 4,518 | 0,082   |
|                                | No | Ref.                   |       |       |         | Ref.                 |       |       |         |
| Retraso inicio del tratamiento | Sí | 2,611                  | 1,197 | 5,695 | 0,016   | 2,215                | 1,046 | 4,695 | 0,038   |
|                                | No | Ref.                   |       |       |         | Ref.                 |       |       |         |
| /corte1                        |    | 2,278                  | 1,768 | 2,788 |         | 1,860                | 1,419 | 2,300 |         |
| /corte2                        |    | 4,614                  | 3,707 | 5,521 |         | 4,353                | 3,456 | 5,254 |         |

Calidad de la atención: Log likelihood = -119,33772 Pseudo R2= 0,1369

Satisfacción general: Log likelihood = -134,49555 Pseudo R2= 0,0678

#### *Modelos de regresión logística para variables de calidad y satisfacción en dos categorías (baja-media versus alta)*

Complementariamente, se estimaron modelos de regresión logística para reportar baja-media versus alta calidad y satisfacción con la atención recibida (ref=alta). Con ello, se permite explorar los factores asociados a reportar baja o media calidad de la atención y de satisfacción global para cáncer de mama. La Tabla 15c a continuación da cuenta de estos resultados.

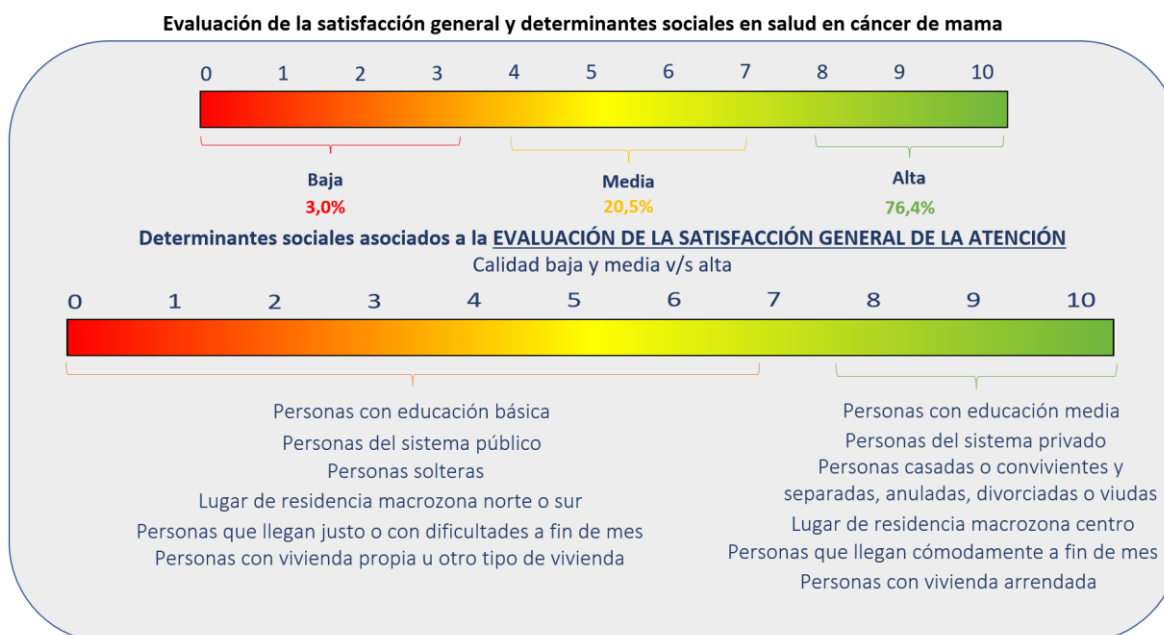
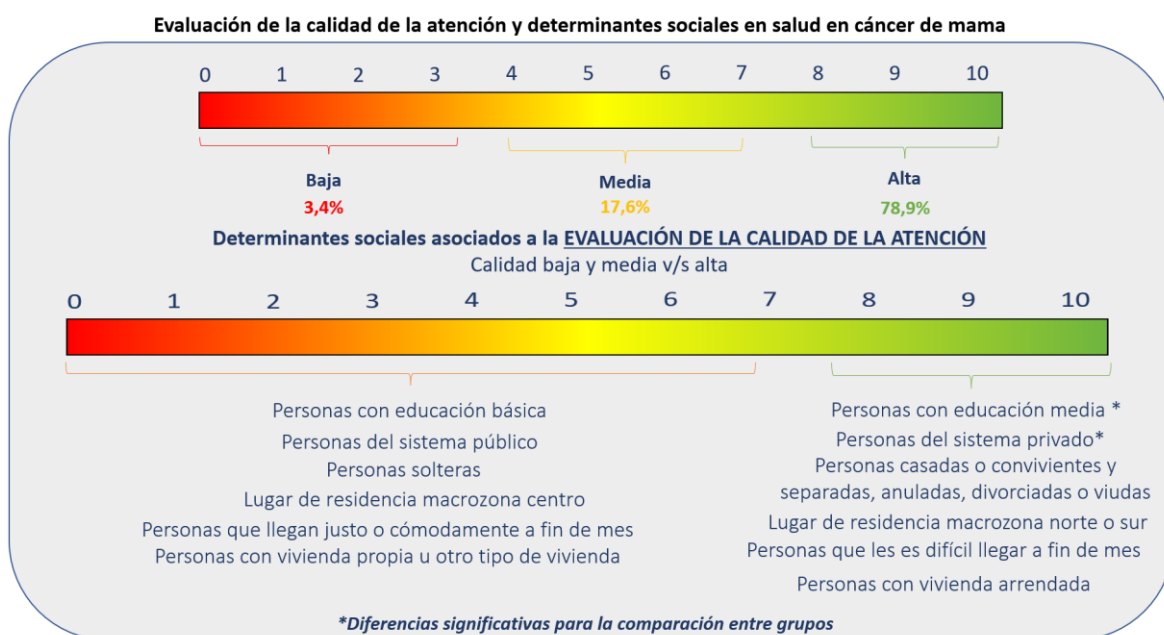
Se observa que el estar adscrito al sistema público de salud se asocia a mayor chance de reportar calidad de atención baja o media 3,7 veces más que para quienes están adscritos al sistema privado de salud. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Algo similar se observa para satisfacción global con la atención recibida de parte de participantes con cáncer de mama, donde estar adscrito al sistema público aumenta la chance de reportar baja o media satisfacción comparado con ser parte del sistema de salud privado, aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística (OR=1,8).

Tabla 15c. Modelo de regresión logística de la calidad de la atención (baja o media vs alta) y satisfacción general la atención (baja o media vs alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de mama. Chile 2022.

|                                      | Calidad de la atención |       |       |         | Satisfacción general |       |       |         |
|--------------------------------------|------------------------|-------|-------|---------|----------------------|-------|-------|---------|
|                                      | OR                     | IC95% |       | p-valor | OR                   | IC95% |       | p-valor |
|                                      |                        | Inf.  | Sup.  |         |                      | Inf.  | Sup.  |         |
| Edad (cont.)                         | 1,002                  | 0,967 | 1,037 | 0,910   | 0,988                | 0,956 | 1,020 | 0,462   |
| Estado civil (ref=soltero)           |                        |       |       |         |                      |       |       |         |
| Casado o conviviente                 | 0,701                  | 0,293 | 1,679 | 0,426   | 0,650                | 0,292 | 1,448 | 0,292   |
| Separado, anulado, divorciado, viudo | 0,763                  | 0,270 | 2,159 | 0,611   | 0,791                | 0,301 | 2,081 | 0,635   |
| Macrozona (ref=centro)               |                        |       |       |         |                      |       |       |         |
| Norte                                | 0,592                  | 0,147 | 2,377 | 0,459   | 1,100                | 0,321 | 2,986 | 0,970   |
| Sur                                  | 0,543                  | 0,202 | 1,461 | 0,227   | 2,250                | 0,176 | 1,209 | 0,116   |
| Nivel educacional (ref=superior)     |                        |       |       |         |                      |       |       |         |
| Educación básica                     | 1,682                  | 0,445 | 6,362 | 0,443   | 1,815                | 0,512 | 6,447 | 0,357   |
| Educación media                      | 0,442                  | 0,200 | 0,977 | 0,044   | 0,553                | 0,263 | 1,162 | 0,118   |
| Ingreso (cont.)                      | 1,000                  | 0,744 | 1,000 | 0,104   | 1,000                | 0,744 | 1,000 | 0,749   |
| Percepción financiera (ref=cómodo)   |                        |       |       |         |                      |       |       |         |
| Difícil                              | 0,960                  | 0,340 | 2,714 | 0,939   | 1,295                | 0,508 | 3,304 | 0,588   |
| Le alcanza justo                     | 1,649                  | 0,675 | 4,031 | 0,272   | 1,715                | 0,751 | 3,918 | 0,201   |
| Vivienda (ref=propia)                |                        |       |       |         |                      |       |       |         |
| Arrendada                            | 0,666                  | 0,254 | 1,745 | 0,408   | 0,583                | 0,239 | 1,424 | 0,237   |
| Otro                                 | 1,624                  | 0,693 | 3,806 | 0,265   | 1,193                | 0,516 | 2,761 | 0,679   |
| Sistema previsional (ref=privada)    |                        |       |       |         |                      |       |       |         |
| Público                              | 3,747                  | 1,128 | 12,45 | 0,031   | 1,845                | 0,741 | 4,590 | 0,188   |
| Cte.                                 | 0,230                  | 0,018 | 3,006 | 0,262   | 0,558                | 0,072 | 4,352 | 0,578   |

Calidad de la atención: Log likelihood = -106.28 Pseudo R2= 0,15. Satisfacción general: Log likelihood = -123.55 PseudoR2= 0,0655

Esquema 4: Evaluación de la calidad de la atención y satisfacción general de la atención según determinantes sociales de la salud de pacientes con cáncer de mama.



### *Tiempos percibidos de retraso o demora: variables numéricas*

Para las personas de la muestra transcurrieron 82,4 (desv.estand: 301,5) días en promedio entre la detección del signo, síntoma o cambio mamario (SSM) y la toma de la hora de la primera consulta, con una mediana de 17 días. Para el 67,1% (n=143) de la muestra transcurrieron 30 días o menos, para el 28,8% (n=60), entre 31 días y un año, y para el 4,7% (n=10) restante el lapso fue superior a un año, siendo el mayor tiempo 3.327 días (equivalentes a aproximadamente 9 años). Nota: Esta variabilidad de días de demora corresponde a lo autoreportado por los participantes del estudio, por lo que pueden ser reales o responder a error de registro del dato durante el llenado del cuestionario. Valores extremos pueden revisarse con cautela, pese a una exhaustiva revisión y limpieza de la base de datos antes de su análisis.

En el caso del tiempo entre la detección del primer signo o síntoma y la primera consulta, en promedio para la muestra transcurrieron 107,2 (desv.estand: 315,1) días con una mediana de 30 días. El 51,3% (n=116) de la muestra, que indicó fechas de signo y primera consulta, tuvo una diferencia de 30 días o menos, el 42,5% (n=96) entre 31 y 365 días y 6,2% (n=14) un año o más. Entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de mama hubo un tiempo promedio de 85,1 (desv.estand: 312,0) días y una mediana de 30 días, siendo el máximo de días transcurridos 3.633 (aproximadamente 10 años) días. Nota: Esta variabilidad de días de demora corresponde a lo autoreportado por los participantes del estudio, por lo que pueden ser reales o responder a error de registro del dato durante el llenado del cuestionario. Valores extremos pueden revisarse con cautela, pese a una exhaustiva revisión y limpieza de la base de datos antes de su análisis.

Entre las personas que tenían indicación de comenzar su tratamiento e indicaban las fechas de diagnóstico e inicio del tratamiento, el 34,3% (n=79, IC95%: 28,4% - 40,7%) tuvo una espera de 0 a 30 días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, 64,3% (n=148, IC45%: 58,0% - 70,3%) entre 31 días y un año y el 1,3% (n=3, IC95%: 0,4% - 3,4%) restante más de un año (Tabla 16).

Tabla 16. Días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento. En base a el autoreporte de fechas, Muestra 263, Chile 2022.

|                 | Número de días entre:        |                                    |   |   |
|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---|
|                 | Signo o síntoma y tomar hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
| Total           | n=213                        | n=226                              | n=201                                     | n=230   |
| Media (d.e.)    | 82,4 (301,5)                 | 107,2 (315,1)                      | 85,1 (312,0)                              | 62,2 (66,0)                                     |
| Mínimo          | 0                            | 0                                  | 0   | 0   |
| Q1              | 1                            | 4                                  | 4,5                                       | 22  |
| Mediana         | 14                           | 30                                 | 29  | 45  |
| Q3              | 42,5                         | 70,5                               | 60  | 77,5  |
| Máximo          | 3327                         | 3348                               | 3633                                      | 477   |
| 30 días o menos | 143 (67,1%)                  | 116 (51,3%)                        | 113 (56,2%)                               | 79 (34,3%)                                      |
| 31-365 días     | 60 (28,8%)                   | 96 (42,5%)                         | 80 (39,8%)                                | 148 (64,3%)                                     |
| Más de 365 días | 10 (4,7%)                    | 14 (6,2%)                          | 8 (4,0%)                                  | 3 (1,3%)  |

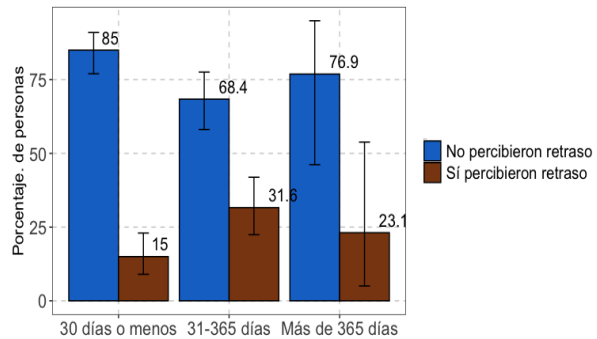
p-valor<0,001 Test de Kolmogorov- Smirnov, con corrección de Lilliefors para todas las variables analizadas.

Las personas que informaron retraso en la primera consulta tuvieron una mayor media y mediana (Me:27) de días transcurridos entre la detección del SSM y la primera consulta que las personas que no informaron retraso (Me: 56), siendo significativa la diferencia entre dichas medianas. Análogamente, entre quienes informaron retraso en la primera consulta el 34% (n=17) tuvo un lapso de 30 días o menos entre el SSM y la primera consulta, el 60% (n=30) un lapso entre 31 días y un año y el 6% (n=3) más de un año, en comparación con el 56,1%, 38% y 5,8%, respectivamente, en quienes no informaron retraso. (Figura 14a). Lo mismo, pero en diferentes magnitudes, ocurre para el retraso en el diagnóstico y los días entre la primera consulta y el diagnóstico (Figura 14b) y el retraso en inicio del tratamiento y los días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento (Figura 14c).

Figura 14. Días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento. En base a el autoreporte de fechas, Chile 2022.

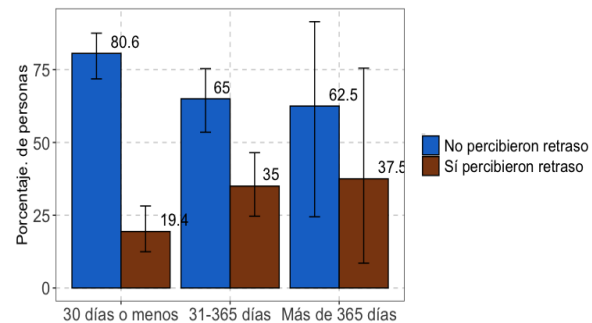
a. Primera consulta.

|                 | Días entre signo o síntoma y primera consulta <sup>abc</sup> |               |
|-----------------|--|---------------|
|                 | Retraso en la primera consulta                               |               |
|                 | No   | Sí            |
| Total           | n=171  | n=50          |
| 30 días o menos | 96 (56,1%)   | 17 (34,0%)    |
| 31-365 días     | 65 (38,0%)   | 30 (60,0%)    |
| Más de 365 días | 10 (5,8%)  | 3 (6,0%)      |
| Q1/Q3           | 3 / 65   | 24,8 / 122,3  |
| Mediana         | 27   | 56            |
| Media (d.e.)    | 94,8 (302,3)   | 149,5 (366,1) |
| p-valor         | <0,001   |               |



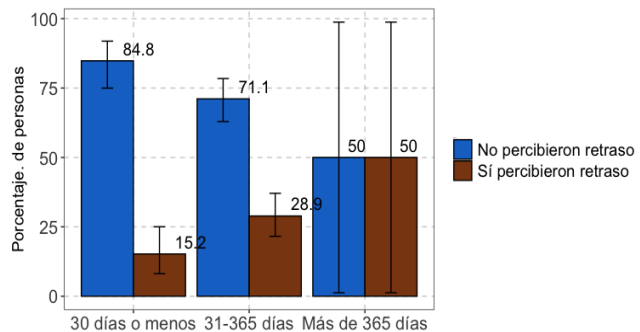
b. Diagnóstico del cáncer de mama.

|                 | Días entre primera consulta y diagnóstico del cáncer <sup>abc</sup> |                |
|-----------------|---|----------------|
|                 | Retraso en el diagnóstico   |                |
|                 | No  | Sí             |
| Total           | n=144   | n=52           |
| 30 días o menos | 87 (60,4%)  | 21 (40,4%)     |
| 31-365 días     | 52 (36,1%)  | 28 (53,8%)     |
| Más de 365 días | 5 (3,5%)  | 3 (5,8%)       |
| Q1/Q3           | 4 / 55,8  | 13,3 / 76,8    |
| Mediana         | 26,5  | 41             |
| Media (d.e.)    | 80,8 (331,3)  | 1104,8 (270,1) |
| p-valor         | 0,019   |                |



c. Inicio del tratamiento del cáncer de mama.

|                 | Días entre diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento <sup>ac</sup> |              |
|-----------------|--|--------------|
|                 | Retraso en el tratamiento  |              |
|                 | No   | Sí           |
| Total           | n=169  | n=54         |
| 30 días o menos | 67 (39,6%)   | 12 (22,2%)   |
| 31-365 días     | 101 (59,8%)  | 41 (75,9%)   |
| Más de 365 días | 1 (0,6%)   | 1 (1,9%)     |
| Q1/Q3           | 19,5 / 66  | 34,5 / 115,8 |
| Mediana         | 36   | 65           |
| Media (d.e.)    | 51,0 (51,1)  | 88,3 (82,2)  |
| p-valor         | <0,001   |              |



a. p-valor <0,05 Test Exacto de Fisher b. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado c. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado de tendencia lineal  
 p – valor: Prueba U de Mann-Whitney  
 de. desviación estándar

La cantidad de días transcurridos entre el primer signo o síntoma y el pedir hora se correlacionó significativamente con la cantidad de días transcurridos entre el primer signo o síntoma y la primera consulta, donde a medida que aumenta uno también aumenta el otro (coef. de correlación: 0,703). De igual manera, la cantidad de días entre el signo o síntoma y la primera consulta se correlacionó significativamente con la cantidad de días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, donde a medida que aumenta uno aumenta el otro. En este último caso la correlación es débil (coef. de correlación: 0,16) (Tabla 17).

Tabla 17. Correlación entre días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario (SSM), toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento.

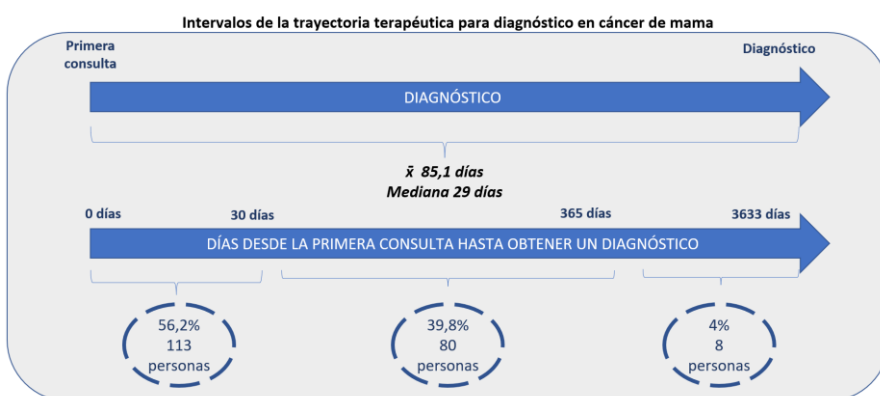
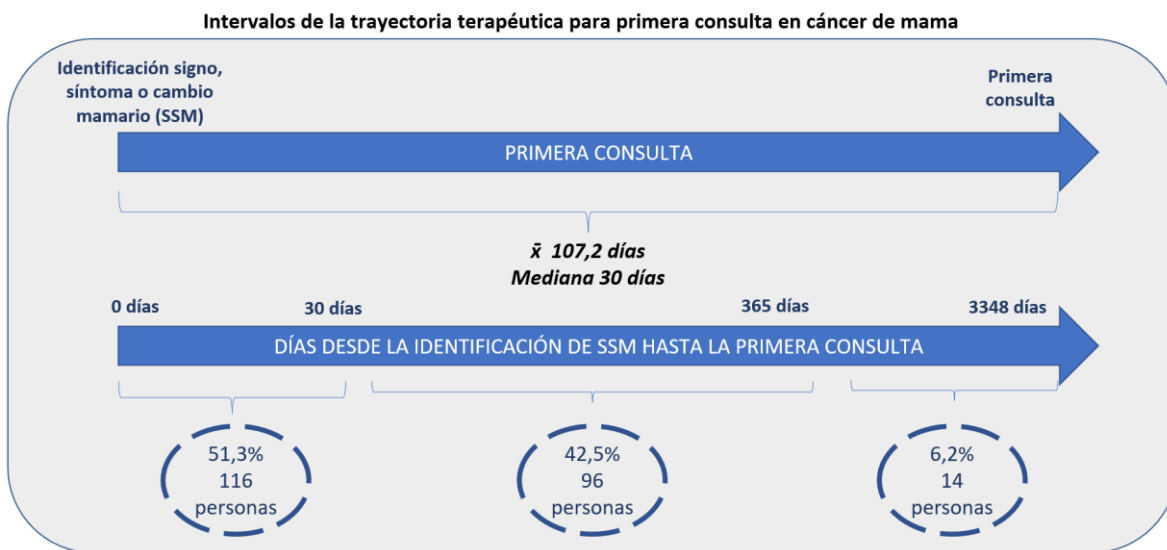
|   | Signo o síntoma y pedir hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
|---|------------------------------|------------------------------------|---|---|
| Signo o síntoma y pedir hora                    | 1                            |                                    |   |   |
| Signo o síntoma y primera consulta              | 0,703 **                     | 1                                  |   |   |
| Primera consulta y diagnóstico del cáncer       | 0,107                        | 0,072                              | 1   |   |
| Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento | 0,050                        | 0,160 *                            | -0,061                                    | 1   |

Correlación Rho de Spearman.

\* p-valor<0.05 \*\* p-valor<0,01



Esquema 5: Intervalos de tiempo para la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama



La cantidad de días transcurridos entre el primer signo o síntoma y el pedir hora se correlacionó significativamente con la cantidad de días transcurridos entre el primer signo o síntoma y la primera consulta, donde a medida que aumentan los días entre la identificación de SSM y la primera consulta también aumentan los días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. Correlación débil (coef. de correlación: 0,16)

No hubo diferencias significativas en el número de días entre la detección del primer signo, síntoma o cambio mamario (SSM) y tomar hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento por variables demográficas estado civil, macrozona de residencia, nacionalidad o pertenencia a pueblos originarios, a un nivel de significación de 0,05. Descriptivamente, la mediana del tiempo entre el SSM y pedir hora fue mayor en separados, anulados, viudos o divorciados, residentes de la macrozona centro, chilenos y quienes no saben o reportan pertenencia a pueblos originarios. En el caso del tiempo entre SSM y la primera consulta y el tiempo entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer, la mediana fue menor en separados, viudos o divorciados, residentes de la macrozona centro, chilenos y otra nacionalidad a la vez y personas pertenecientes a pueblos originarios. En el caso del tiempo entre el diagnóstico e inicio de tratamiento, las menores medianas fueron para los casados o convivientes, residentes de la zona norte, chilenos y otra nacionalidad y personas pertenecientes a pueblos originarios (Tabla 18).

Solo en el caso de los días entre el diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, la correlación con la edad no fue estadísticamente significativa. Para los días entre el SSM y pedir hora ( $\rho$  Spearman: -0,228), el SSM y la primera consulta ( $\rho$  Spearman: -0,197) y la primera consulta y el diagnóstico del cáncer ( $\rho$  Spearman: -0,175). Esto es que, a medida que aumenta la edad de la persona, el lapso de días disminuye y en todos los casos la correlación lineal es escasa (Figura 15).

Por estado civil, específicamente, el 47,1% (n=64) de los casados o convivientes, 57,5% (n=27) de los separados, anulados viudos o divorciados y 58,5% (n=24) de solteros tuvo un lapso de 30 días o menos entre la detección del SSM y la primera consulta, el 46,3% (n=63), 34,0% (n=16) y 39,0% (n=16), respectivamente, tuvieron un lapso entre 31 días y un año, los porcentajes restantes tuvieron un lapso de más de un año (equivalentes a un total de 14 personas en total). Para los días entre el primer control y el diagnóstico, el 47,1% de los casados o convivientes, 57,5% de separados, anulados o divorciados y 58,5% de los solteros tuvo un lapso de 30 días o menos. Para los días entre el diagnóstico e inicio del tratamiento, el 36,4% de los casados o convivientes, 31,3% de separados o viudos y 28,2% de los solteros tuvo un lapso de 30 días o menos.

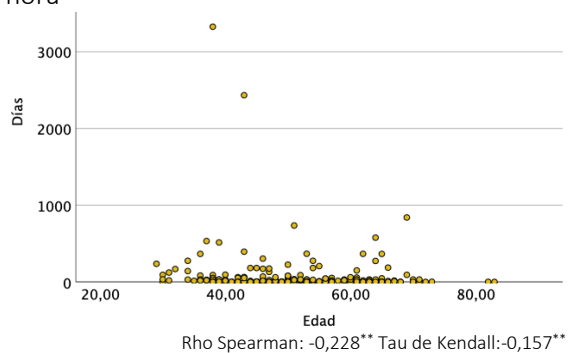
Tabla 18. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo, síntoma o cambio mamario, pedir hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, según características demográficas.

|                             | Número de días entre:        |                                    |   |   |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|---|
|                             | Signo o síntoma y pedir hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
| <b>Estado civil</b>         |                              |                                    |   |   |
| Casados o convivientes      | n=129                        | n=136                              | n=123                                     | n=140   |
| Media (de.)                 | 98,0 (372,2)                 | 126,5 (386,9)                      | 95,1 (372,6)                              | 58,3 (68,5)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 1 – 19 – 53                  | 4 – 31 – 79,3                      | 4 – 30 – 61                               | 22,3 – 38,5 – 66                                |
| Separado, viudo, divorciado | n=44                         | n=47                               | n=36                                      | n=48  |
| Media (de.)                 | 64,3 (159,6)                 | 92,6 (184,3)                       | 36,5 (69,5)                               | 68,8 (64,5)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 5 – 30                   | 4 – 27 – 68                        | 0,8 – 17 – 41                             | 14 – 59 – 92                                    |
| Soltero                     | N=39                         | n=41                               | n=40                                      | n=39  |
| Media (de.)                 | 53,4 (97,8)                  | 64,2 (101,6)                       | 100,9 (240,0)                             | 71,5 (60,0)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 17 – 31                  | 8,5 – 28 – 63                      | 17,5 – 30,5 – 74,3                        | 25 – 57 – 108                                   |
| <b>Macrozona</b>            |                              |                                    |   |   |
| Norte                       | n=23                         | n=23                               | n=18                                      | n=25  |
| Media (de.)                 | 217,2 (691,6)                | 246,9 (693,0)                      | 40,4 (35,8)                               | 49,6 (46,8)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 1 – 25 – 92                  | 3 – 47 – 204                       | 11 – 29 – 73                              | 12 – 33 – 75,5                                  |
| Centro                      | n=152                        | n=162                              | n=145                                     | n=165   |
| Media (de.)                 | 56,6 (125,2)                 | 79,7 (143,3)                       | 90,7 (335,6)                              | 67,2 (68,9)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0,3 – 10,5 – 50              | 4 – 29 – 70,5                      | 4 – 27 – 59,5                             | 24,5 – 48 – 89,5                                |
| Sur                         | n=37                         | n=40                               | n=36                                      | n=38  |
| Media (de.)                 | 107,4 (402,9)                | 141,0 (448,3)                      | 87,7 (301,5)                              | 51,2 (63,4)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 1 – 19 – 32                  | 11 – 31 – 56,5                     | 6 – 30 – 54,5                             | 20,5 – 36,5 – 66,5                              |
| <b>Nacionalidad</b>         |                              |                                    |   |   |
| Chilena                     | n=198                        | n=211                              | n=185                                     | n=214   |
| Media (de.)                 | 85,7 (312,3)                 | 110,2 (325,3)                      | 69,5 (191,8)                              | 63,8 (67,7)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 11,5 – 36,5              | 4 – 30 – 70                        | 4,5 – 30 – 58,5                           | 23 – 45 – 84,3                                  |
| Chilena y otra              | n=4                          | n=4                                | n=4                                       | n=4   |
| Media (de.)                 | 23,8 (26,0)                  | 38,3 (45,9)                        | 914,3 (1812,5)                            | 32,5 (32,6)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 4,3 – 16,5 – 50,5            | 5,5 – 23,5 – 85,8                  | 3 – 11,5 – 2728,3                         | 2,3 – 33,5 – 61,8                               |
| Otra                        | n=10                         | n=10                               | n=10                                      | n=10  |
| Media (de.)                 | 49,7 (50,7)                  | 82,6 (87,4)                        | 52,5 (54,0)                               | 48,8 (27,4)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 11,3 – 26,5 – 99,5           | 28,8 – 58 – 104,3                  | 6 – 33 – 98,8                             | 19,8 – 54,5 – 71,5                              |
| <b>Pueblos originarios</b>  |                              |                                    |   |   |
| No pertenece                | n=112                        | n=120                              | n=105                                     | n=125   |
| Media (de.)                 | 67,8 (137,7)                 | 102,6 (200,8)                      | 115,4 (419,6)                             | 62,9 (70,3)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 1 – 14,5 – 59,5              | 4,3 – 30 – 94,8                    | 2 – 27 – 61                               | 20 – 48 – 75,5                                  |
| Pertenece                   | n=10                         | n=10                               | n=8                                       | n=8   |
| Media (de.)                 | 385,8 (1040,2)               | 394,5 (1044,8)                     | 66,8 (103,1)                              | 43,0 (36,9)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 10,3 – 22 – 121,8            | 14 – 26,5 – 147                    | 4,3 – 23,5 – 102,3                        | 18,3 – 27,5 – 61,3                              |
| No sabe, no responde        | n=91                         | n=96                               | n=88                                      | n=97  |
| Media (de.)                 | 67,1 (268,0)                 | 83,1 (268,2)                       | 50,5 (100,6)                              | 62,9 (62,2)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 9 – 31                   | 3,3 – 30,5 – 61                    | 9,5 – 30 – 59,8                           | 25 – 44 – 86,5                                  |

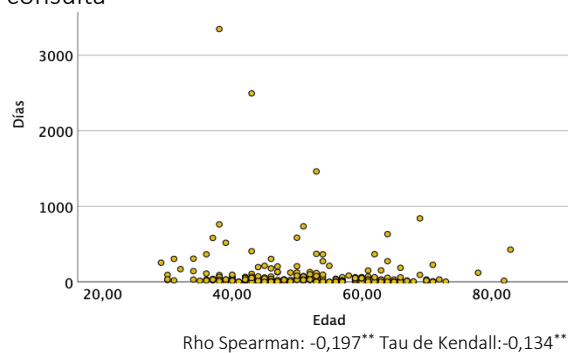
\* p-valor <0,05 \*\* p-valor <0,01 Prueba U de Mann-Whitney de desviación estándar

Figura 15. Correlación de la edad con días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento. Muestra 263, Chile 2022.

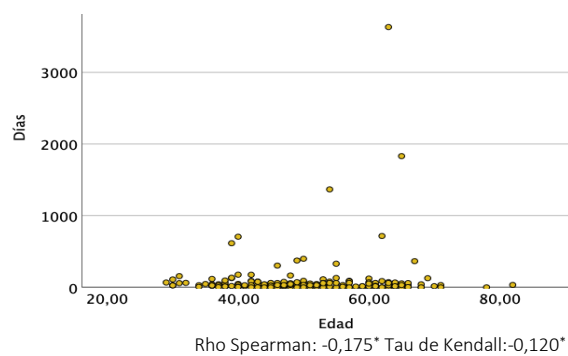
a. Signo, síntoma cambio mamario y tomar hora



b. Signo, síntoma cambio mamario y primera consulta



c. Primera consulta y diagnóstico del cáncer



d. Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento

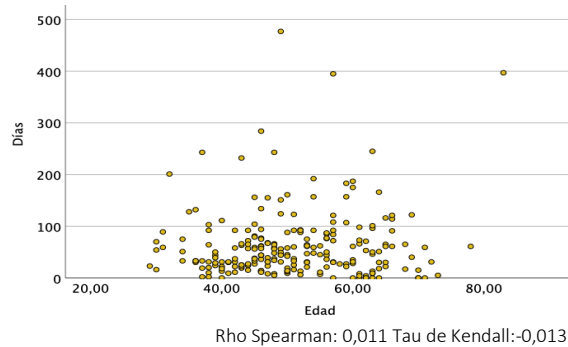
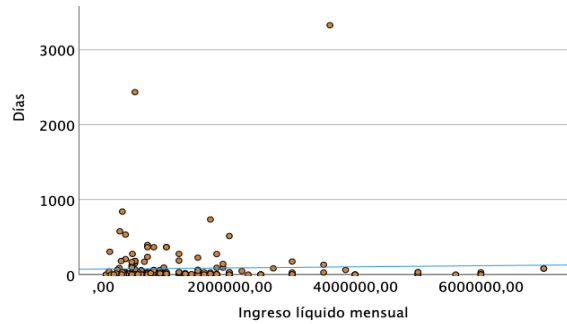


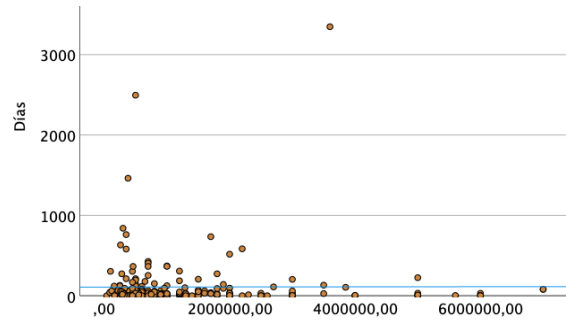
Figura 16. Correlación del ingreso total con días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento. Muestra 263, Chile 2022.

a. Signo, síntoma cambio mamario y tomar hora



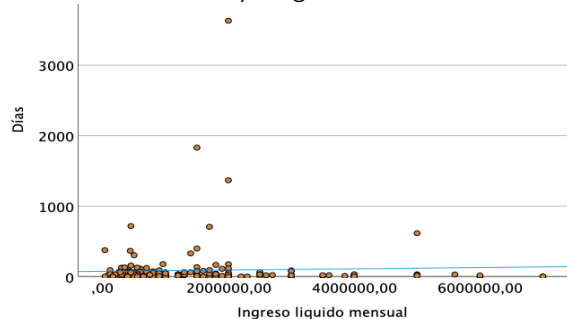
Rho Spearman: -0,025 Tau de Kendall:-0,016

b. Signo, síntoma cambio mamario y primera consulta



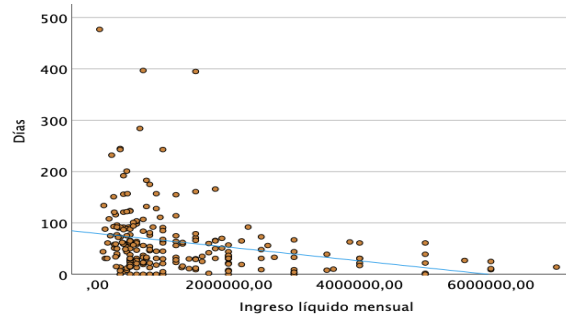
Rho Spearman: -0,148\* Tau de Kendall:-0,102\*

c. Primera consulta y diagnóstico del cáncer



Rho Spearman: -0,050 Tau de Kendall:-0,034

d. Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento



Rho Spearman: -0,334\*\* Tau de Kendall:-0,228\*\*

Respecto de variaciones según variables socioeconómicas, la mediana de la cantidad de días entre el primer SSM y pedir hora difirió significativamente entre personas que viven en situación de hacinamiento y quienes no, al igual que, la mediana de los días entre el SSM y la primera consulta y entre el diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento, a un nivel de significación de 0,05, siendo menor en aquellos que no se encontraban en situación de hacinamiento. Esto teniendo en consideración que 8 personas de la muestra se encontraban en situación de hacinamiento (Tabla 19).

Por nivel educacional, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo transcurrido entre el SSM y la primera consulta y entre el diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento. Concretamente, la mediana del tiempo entre SSM y la primera consulta en personas con educación media fue de 54,4 (RIC:110) días, difiriendo de aquellos con educación técnica superior o profesional con una mediana de 27 (RIC:57) días. Para el tiempo entre el diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento, la mediana de aquellos con

educación técnica superior o profesional fue menor que (Me:37 RIC:46) la de aquellos con educación básica (Me:88 RIC:91) (Tabla 19).

De manera similar, se observaron diferencias en el lapso de días entre el SSM y la primera consulta y entre el diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento según percepción financiera, en favor de aquellos que llegan cómodamente a fin de mes o les va bien. En aquellos a los que se les hace difícil llegar a fin de mes hubo una mediana de 52 (RIC: 104,5) días entre el SSM y la primera consulta, en comparación, aquellos a los que les va bien o les es cómodo llegar a fin de mes la mediana de días fue de 24,5 (RIC: 58,3). De manera similar, en los días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento la mediana de aquellos a los que les va bien (Me: 51 RIC: 74) difirió significativamente de aquellos a quienes les es difícil (Me: 51 RIC:47) y aquellos a los que les alcanza justo para llegar a fin de mes (Me: 55 RIC: 56,3), estos dos últimos no difirieron significativamente entre sí (Tabla 19).

La situación de tenencia de la vivienda solo presentó diferencias significativas en el caso del tiempo entre el diagnóstico del cáncer de mama y el tratamiento de este. Específicamente, la mediana de días entre aquellos que tienen una vivienda propia (Me:33 RIC: 49) difirió significativamente (con una significación de 0,05) de aquellos que arriendan (Me: 61 RIC: 78) y de aquellos que tienen otra situación de tenencia (Me: 62 RIC: 57,5).

Respecto al ingreso líquido mensual, la cantidad de días entre el diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento ( $\rho$  Spearman: -0,334), y la cantidad de días entre el SSM y la primera consulta ( $\rho$  Spearman: -0,148) se correlacionaron de manera estadísticamente significativa con el ingreso líquido mensual. En la primera de estas la correlación lineal fue moderada y en la última escasa. Descriptivamente, a medida que aumentan los ingresos disminuyen los días transcurrido entre el SSM, pedir hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento de este (Figura 16).

Tabla 19. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo, síntoma o cambio mamario, pedir hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, según características socioeconómicas.

|                                 | Número de días entre:        |                                    |   |   |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|---|
|                                 | Signo o síntoma y pedir hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
| <b>Nivel educacional</b>        |                              |                                    |   | *   |
| Básica                          | n=13                         | n=12                               | n=9                                       | N=11  |
| Media (de.)                     | 20,5 (32,5)                  | 33,1 (40,0)                        | 21,9 (20,9)                               | 84,6 (52,2)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 0 – 2 – 26,5                 | 3,5 – 14 – 55,5                    | 3,5 – 15 – 37,5                           | 31 – 88 – 122 <sup>a</sup>                      |
| Media                           | n=77                         | n=82                               | n=69                                      | N=87  |
| Media (de.)                     | 108,4 (308,0)                | 144,3 (337,5)                      | 82,6 (236,9)                              | 68,9 (76,0)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 1 – 16 – 61                  | 7,8 - 54,5 – 117,8 <sup>a</sup>    | 3,5 – 25 – 60,5                           | 24 – 50 – 90                                    |
| Técnico sup. o profesional      | n=119                        | n=127                              | n=118                                     | N=127   |
| Media (de.)                     | 74,4 (317,9)                 | 93,3 (319,4)                       | 93,6 (365,0)                              | 56,4 (59,9)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 1 – 12 – 31                  | 4 – 27 – 61 <sup>b</sup>           | 5 – 25 – 61                               | 20 – 37 – 66 <sup>b</sup>                       |
| <b>Percepción financiera</b>    |                              |                                    |   | *   |
| Les es difícil                  | n=58                         | n=57                               | n=51                                      | n=59  |
| Media (de.)                     | 108,3 (336,1)                | 148,7 (355,5)                      | 88,1 (217,3)                              | 73,2 (77,9)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 1 – 16,5 – 55,5              | 15 – 52 – 119,5 <sup>a</sup>       | 9 – 33 – 61                               | 22 – 51 – 96 <sup>a</sup>                       |
| Le alcanza justo                | n=65                         | n=73                               | n=59                                      | n=72  |
| Media (de.)                     | 55,2 (99,7)                  | 89,2 (196,7)                       | 58,4 (116,1)                              | 65,6 (54,9)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 1 – 10 – 51,5                | 4 – 31 – 65,5                      | 0 – 23 – 61                               | 30 – 55 – 86,3 <sup>c</sup>                     |
| Cómodo, le va bien              | n=88                         | n=94                               | n=89                                      | n=97  |
| Media (de.)                     | 86,6 (373,1)                 | 97,3 (364,2)                       | 101,8 (429,7)                             | 54,0 (65,5)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 0 – 7,5 – 31                 | 2 – 24,5 – 60,3 <sup>b</sup>       | 4 – 28 – 49                               | 18 – 33 – 65 <sup>b</sup>                       |
| <b>Hacinamiento</b>             | §                            | §                                  |   | §   |
| Con hacinamiento                | n=8                          | n=8                                | n=5                                       | n=8   |
| Media (de.)                     | 137,8 (182,7)                | 185,0 (198,0)                      | 68,0 (54,6)                               | 96,4 (60,8)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 15,3 – 69,5 – 239            | 33,8 – 95 – 306,3                  | 24,5 – 58 – 116,5                         | 60,8 – 81,5 – 92                                |
| Sin hacinamiento                | n=203                        | n=216                              | n=194                                     | n=220   |
| Media (de.)                     | 80,4 (306,8)                 | 104,7 (319,9)                      | 76,5 (291,4)                              | 60,8 (66,1)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 1 – 11 – 31                  | 4 – 29,5 – 69,5                    | 4 – 28,5 – 58,3                           | 22 – 44 – 75,8                                  |
| <b>Situación de la vivienda</b> |                              |                                    |   | **  |
| Propia                          | n=135                        | n=144                              | n=128                                     | N=147   |
| Media (de.)                     | 75,7 (303,1)                 | 101,3 (319,3)                      | 89,0 (365,9)                              | 51,8 (58,9) <sup>b</sup>                        |
| Q1 – Mediana – Q3               | 0 – 14 – 31                  | 4 – 30 – 71,5                      | 0,3 – 22 – 57,3                           | 16 – 33 – 65                                    |
| Arrendada                       | n=41                         | n=44                               | n=36                                      | N=45  |
| Media (de.)                     | 64,5 (143,8)                 | 96,6 (178,0)                       | 102,2 (252,0)                             | 85,7 (88,9)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 1,5 – 14 – 54                | 14 – 30,5 – 86,5                   | 14,5 – 28 – 60,3                          | 31,5 – 61 – 109,5 <sup>a</sup>                  |
| Otra                            | n=36                         | n=37                               | n=35                                      | N=37  |
| Media (de.)                     | 129,0 (415,3)                | 144,3 (419,4)                      | 54,4 (75,9)                               | 75,5 (51,4)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 1,5 – 10,5 – 58,8            | 5 – 29 – 84                        | 15 – 31 – 61                              | 34 – 62 – 91,5 <sup>c</sup>                     |

\* p-valor <0,05 \*\* p-valor<0,001 Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes

a,b: Las mediana de a difiere de b (p-valor<0,05) b,c: La mediana de b difiere de la de c (p-valor<0,05)

§ p-valor<0,05 Prueba U de Mann-Whitney

de. desviación estándar

Para los días transcurridos entre la detección del SSM y la primera consulta y los días entre el diagnóstico del cáncer de mama y el inicio del tratamiento de este, la diferencia de medianas entre personas pertenecientes al sistema público y privado de salud resultó ser estadísticamente significativo. Para el tiempo entre el SSM y pedir hora y el tiempo entre la primera consulta y el diagnóstico, las diferencias por sistema previsional de salud no resultaron ser estadísticamente significativas. Para todos los lapsos de tiempo analizados el tiempo fue menor en el grupo de afiliados al sistema privado de salud que en el de afiliados al sistema público (Tabla 20). Específicamente, un 67,2% (IC95%: 55,1% - 77,7%) de los afiliados al sistema privado tuvo un lapso de 30 días o menos entre el SSM y la primera consulta (vs 45,1%, IC95%: 37,5% - 52,8% en el sistema público) (Figura 17), un 29,7% entre 31 y 365 días (vs 47,5% sistema público) (Figura 18) y 3,1% más de un año (vs 7,4% en el sistema público) (Figura 19).

Asimismo, en un 68,9% de los afiliados al sistema privado (vs 29,5% sistema público) el lapso entre la primera consulta y el diagnóstico fue de 30 días menos, el 31,1% restante 31 días o más, llegando aproximadamente a los 10 años en el caso más extremo. Tanto para afiliados al sistema público como privado, el tiempo entre el diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento fue con mayor frecuencia de 31 a 365 días (68,7% IC95%:61,3% - 75,5% afiliados al sistema público, 53,7% IC95%: 41,8% - 65,3% sistema privado).

Tabla 20. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo, síntoma o cambio mamario, tomar hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento, según sistema previsional de la salud. Chile 2022.

|                         | Número de días entre:        |                                    |   |   |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|---|
|                         | Signo o síntoma y tomar hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
| <b>Sistema de salud</b> |                              | **                                 |   | **  |
| <b>Público</b>          | n=150                        | n=162                              | n=140                                     | n=163   |
| Media (de.)             | 82,7 (237,1)                 | 115,9 (264,6)                      | 65,6 (150,7)                              | 72,2 (72,7)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3       | 1 – 14 – 51,3                | 14 – 31 – 92,5                     | 4 – 30 – 61                               | 27 – 56 – 92                                    |
| <b>Privado</b>          | n=63                         | n=64                               | n=61                                      | n=67  |
| Media (de.)             | 81,8 (419,3)                 | 85,2 (418,4)                       | 129,9 (518,5)                             | 37,8 (35,6)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3       | 0 – 5 – 31                   | 2 – 8,5 – 37,8                     | 5,5 – 19 – 33,5                           | 13 – 31 – 57                                    |

\*\* p-valor<0,01 Prueba U de Mann-Whitney



Figura 17. Distribución de días transcurridos entre detección del primer signo, síntoma o cambio mamario, y la primera consulta según sistema previsual de la salud. Muestra 263, Chile 2022.

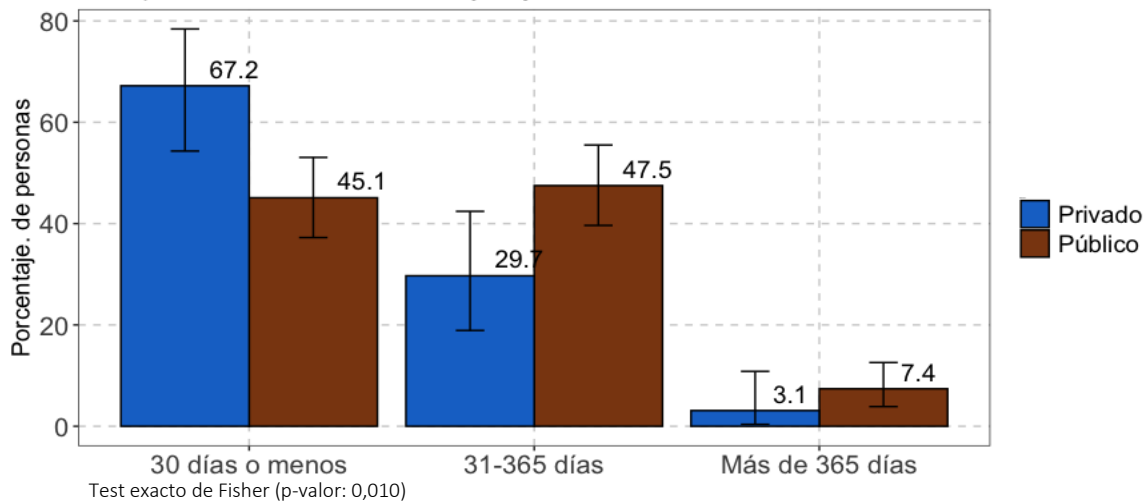


Figura 18. Distribución de días transcurridos entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de mama según sistema previsual de la salud. Muestra 263, Chile 2022.

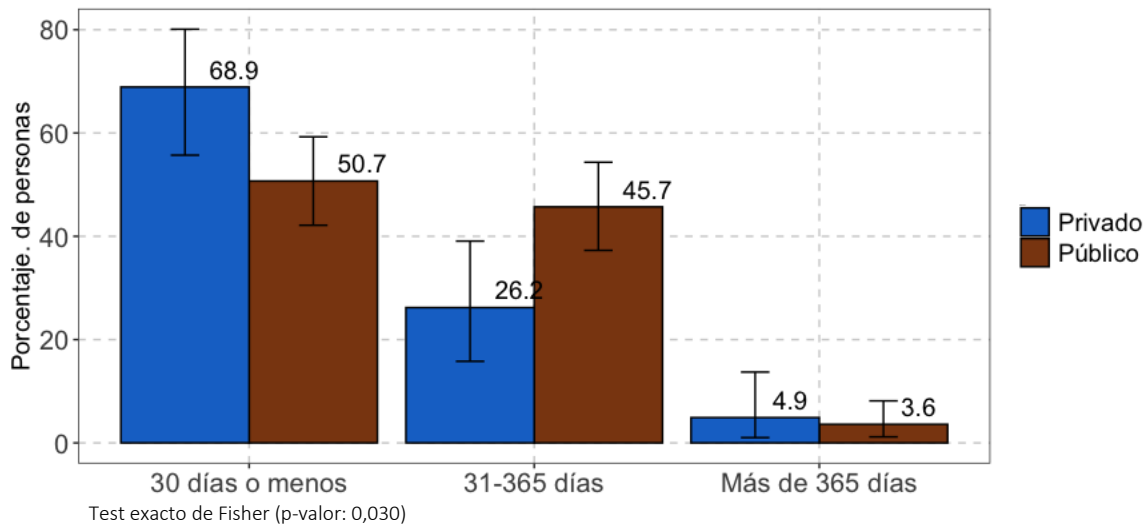
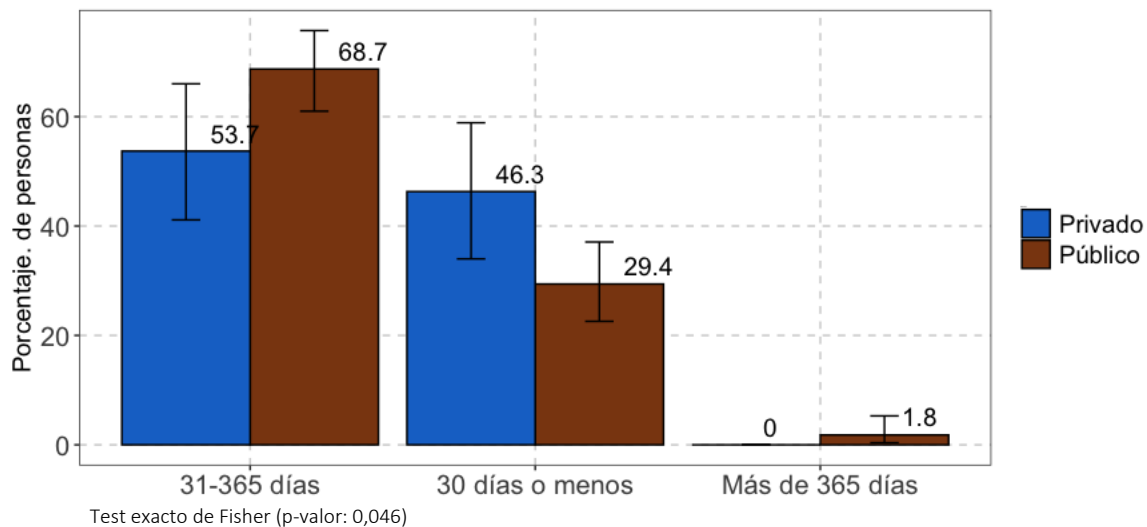
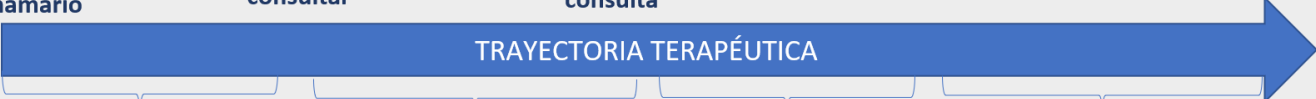


Figura 19. Distribución de días transcurridos entre el diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento de este según sistema previsional de la salud. Muestra 263, Chile 2022.



Esquema 6: Intervalos de tiempo para la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama y determinantes sociales

| Intervalos de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama |   |  |   |   |             |
|--|---|--|---|---|-------------|
|  | Identificación signo, síntoma o cambio mamario  | Decisión de consultar  | Primera consulta  | Diagnóstico   | Tratamiento |
|  | <b>TRAYECTORIA TERAPÉUTICA</b>  |  |   |   |             |
|  | <b><math>\bar{x}</math> 82 días</b><br><b>Mediana 14 días</b>   | <b><math>\bar{x}</math> 107 días</b><br><b>Mediana 30 días</b>                           | <b><math>\bar{x}</math> 85 días</b><br><b>Mediana 29 días</b>                           | <b><math>\bar{x}</math> 62 días</b><br><b>Mediana 45 días</b>                           |             |
| <b>Estado civil</b>  | $\bar{x}$ casados 98 días<br>$\bar{x}$ separados 64 días<br>$\bar{x}$ solteros 53 días                            | $\bar{x}$ casados 126 días<br>$\bar{x}$ separados 92 días<br>$\bar{x}$ solteros 64 días  | $\bar{x}$ casados 95 días<br>$\bar{x}$ separados 36 días<br>$\bar{x}$ solteros 100 días | $\bar{x}$ casados 58 días<br>$\bar{x}$ separados 68 días<br>$\bar{x}$ solteros 71 días  |             |
| <b>Macrozona residencia</b>  | $\bar{x}$ norte 217 días<br>$\bar{x}$ centro 56 días<br>$\bar{x}$ sur 107 días                                    | $\bar{x}$ norte 246 días<br>$\bar{x}$ centro 79 días<br>$\bar{x}$ sur 87 días            | $\bar{x}$ norte 40 días<br>$\bar{x}$ centro 90 días<br>$\bar{x}$ sur 87 días            | $\bar{x}$ norte 49 días<br>$\bar{x}$ centro 67 días<br>$\bar{x}$ sur 51 días            |             |
| <b>Nivel educacional</b>   | $\bar{x}$ básico 20 días<br>$\bar{x}$ media 108 días<br>$\bar{x}$ superior 74 días                                | $\bar{x}$ básico 33 días *<br>$\bar{x}$ media 144 días *<br>$\bar{x}$ superior 93 días * | $\bar{x}$ básico 21 días<br>$\bar{x}$ media 82 días<br>$\bar{x}$ superior 93 días       | $\bar{x}$ básico 84 días *<br>$\bar{x}$ media 68 días *<br>$\bar{x}$ superior 56 días * |             |
| <b>Sistema de salud</b>  | $\bar{x}$ público 82 días<br>$\bar{x}$ privado 81 días  | $\bar{x}$ público 115 días *<br>$\bar{x}$ privado 85 días *                              | $\bar{x}$ público 65 días<br>$\bar{x}$ privado 129 días                                 | $\bar{x}$ público 72 días *<br>$\bar{x}$ privado 37 días *                              |             |
| <i>*Diferencias significativas</i>                                       |   |  |   |   |             |

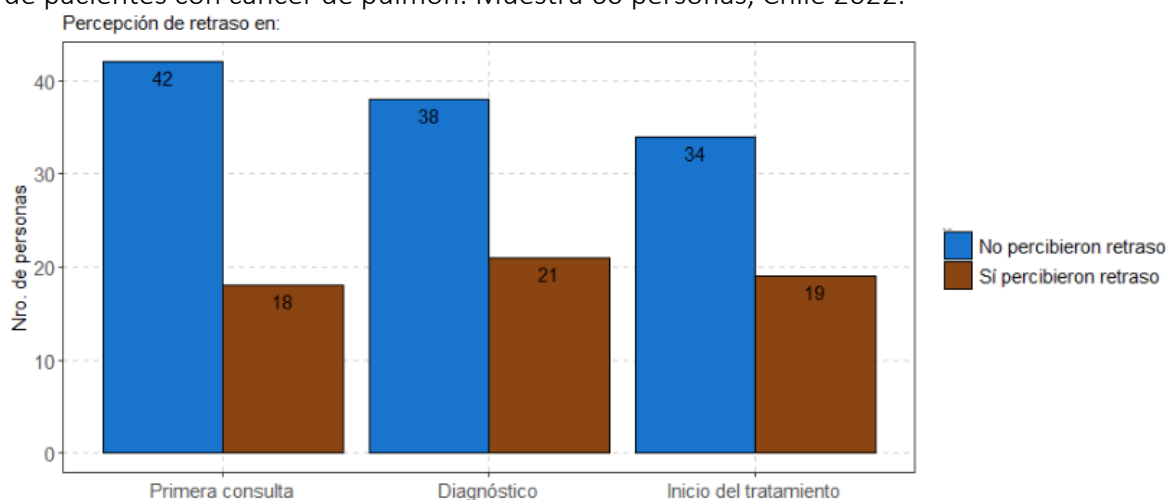
## CÁNCER DE PULMÓN

Nota: todos los análisis aquí presentados deben ser considerados exploratorios y generales, dado el tamaño de muestra alcanzado para este tipo de cáncer.

### *Percepción de retraso en primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento en pacientes con cáncer de pulmón*

De la muestra de 60 encuestas respondidas completas por personas que tienen o han tenido cáncer de pulmón, un 30% del total (IC95%:19,2% - 43,4%) equivalente a 18 personas, indicó que según su experiencia tuvo **retraso en la primera consulta** luego del signo, síntoma o hallazgo secundario identificado como momento inicial, un 35,00% del total (IC95%:23,4% - 48,5%) equivalente a 21 personas tuvieron **retraso en el diagnóstico** del cáncer de pulmón y un 31,67% (IC95%:20,6% - 45,1%), equivalente a 19 personas, tuvieron **retraso en el inicio del tratamiento** del cáncer de pulmón (Figura 20, Tabla 21).

Figura 20. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón. Muestra 60 personas, Chile 2022.



La figura 20 muestra la cantidad de personas con cáncer de pulmón que tuvieron percepción de retraso o no retraso, durante su proceso de atención de cáncer, en la primera consulta, la obtención de diagnóstico y el inicio de tratamiento. La muestra total en cada una de las fases del proceso de atención corresponde a 60 personas.

Para los distintos tipos de retraso (primera consulta, diagnóstico, tratamiento) la alternativa respondida con mayor frecuencia sobre la causa del retraso fue **“por causas relacionadas al sistema de salud”** (Tabla 21). De forma específica, los motivos identificados por las personas para el retraso relacionado al sistema de salud en la primera consulta fueron: fue la primera hora disponible (n=6), no sabía dónde ir (n=1), no tuve dinero para llegar a la consulta (n=1), otra razón no especificada (n=5). En el grupo de personas que percibieron retraso en el diagnóstico asociado al sistema de salud, los motivos identificados por las personas para este

retraso fueron: llegué a la consulta y no fui atendida (n=1), no consiguieron hora al oncólogo (n=2), no consiguieron hora para el examen (n=4) y otra razón no especificada (n=11).

En el caso de las personas que percibieron que el retraso en el comienzo del tratamiento fue por causas del sistema de salud, los motivos identificados por las personas para este retraso fueron: el lugar de la consulta quedaba muy lejos (n=2), llegaron a la consulta y no los atendieron (n=2), no conseguir hora para iniciar el tratamiento (n=3) y otra razón relacionada al sistema de salud (n=8). Las personas faltantes no respondieron o no sabían.

La segunda causa de retraso estaba relacionada a **circunstancias personales**, en esta categoría 2 personas reportaron retraso en la primera consulta por no querer ir, 1 por estar asustado y 1 por otros motivos, similarmente, en el retraso en el diagnóstico 2 personas fueron por no querer ir y 1 por otros motivos. Para el caso de retraso en el inicio del tratamiento, los motivos personales mencionados fueron estar asustado, no tener dinero para llegar a la consulta y otra sin especificar.

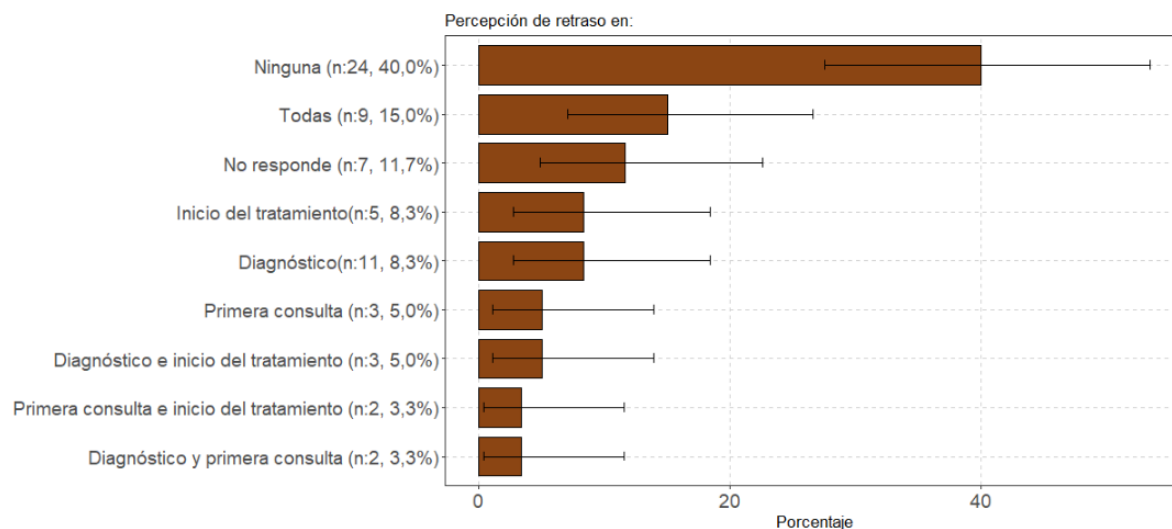
En global y sin considerar la no respuesta, el 45,3% que representa a 24 personas (IC95%: 31,6% - 59,6%) de la muestra autoreportó que no tuvo retraso en la primera consulta, en el diagnóstico ni en el inicio del tratamiento. De forma opuesta, el 15,0% (IC95%: 8,1% - 29,8%) correspondientes 9 personas de la muestra autoreportaron retraso en las 3 etapas de la trayectoria terapéutica (primera consulta, diagnóstico y tratamiento) (Figura 21).

Tabla 21. Autoreporte de retraso en pacientes con cáncer de pulmón para la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Muestra 60 personas, Chile 2022.

|  | Retraso en:      |                           |             |                           |                        |                           |
|--|------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|
|  | Primera consulta |                           | Diagnóstico |                           | Inicio del tratamiento |                           |
|  | n                | % (IC95%)                 | n           | % (IC95%)                 | n                      | % (IC95%)                 |
| Sí   | 18               | 30,00%<br>(19,2% - 43,4%) | 21          | 35,00%<br>(23,4% - 48,5%) | 19                     | 31,67%<br>(20,6% - 45,1%) |
| Por el sistema de salud                    | 14               | 77,78%                    | 18          | 85,71%                    | 16                     | 84,21%                    |
| Por mi proceso o circunstancias personales | 4                | 22,22%                    | 3           | 14,29%                    | 3                      | 15,79%                    |
| No   | 42               | 70,00%<br>(56,6% - 80,8%) | 38          | 63,33%<br>(49,8% - 75,1%) | 34                     | 56,67%<br>(43,3% - 69,2%) |
| No sabe, no responde                       | 0                | 0,00%                     | 1           | 1,67%<br>(0,0% - 8,9%)    | 7                      | 11,67%<br>(4,8% - 22,6%)  |

La tabla 21 muestra el número de personas, el porcentaje e Intervalo de confianza (IC) de las personas que reportaron retraso en alguna fase de su proceso de atención: primera consulta (N=18), diagnóstico (N=21), tratamiento (N=19); y de las personas que no reportaron retraso (N=42).

Figura 21. Percepciones de retraso en pacientes con cáncer de pulmón para la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Muestra 60 personas, Chile 2022.



La figura 21 muestra la cantidad de personas que realizaron el autoreporte de sin retraso y retraso en alguna fase de su proceso de atención o en fases agrupadas.

Los intervalos de tiempo en el que el paciente pidió hora para su primera consulta después de la identificación de síntoma, hallazgo o signo se distribuyeron de la siguiente manera: el 30% (IC95%: 19,2% - 43,4%) de la muestra equivalente a 18 personas pidió hora en el mismo momento que detectó el signo o síntoma, el 30% correspondiente a 18 personas (IC95%: 19,2% - 43,4%) pidió hora para la primera consulta entre el primer día y el mes, y un 23,4% equivalente a 14 personas (IC95%: 13,8% - 36,3%) pidió hora para la primera consulta luego de un mes, inclusive luego de un año. Los tiempos en los que se efectuó la primera consulta, un 6,7% (n=4, IC95%: 2,2% - 17,0%) de la muestra fue atendido el mismo día que detectó el signo o síntoma, un 61,7% (n=37, IC95%: 48,2% - 73,6%) de la muestra fue atendido entre un día y un mes, el 41,6% (n=16, IC95%: 16,5% - 39,9%) restante fue atendido entre un mes y un año (Tabla 22).

En el caso del diagnóstico, un 43,3% de la muestra (n=26, IC95%: 30,8% - 56,7%) fue diagnosticado durante el primer mes después de la detección del primer signo, síntoma o hallazgo; y un 55,0% (n=33, IC95%: 41,7% - 67,7%) después del primer mes hasta un año (Tabla 22).

Tabla 22. Tiempo entre la detección del primer síntoma y el pedir hora, ser atendido y ser diagnosticado con cáncer de pulmón. Muestra 60 personas, Chile 2022.

|   | Tiempo desde la detección del primer signo o síntoma hasta: |       |                 |              |       |                 |                   |       |                 |
|---|---|-------|-----------------|--------------|-------|-----------------|-------------------|-------|-----------------|
|   | Pedir hora <sup>a</sup> :                                   |       |                 | Ser atendido |       |                 | Ser diagnosticado |       |                 |
| En ese mismo día o momento                            | 18  | 30,0% | (19,2% - 43,4%) | 4            | 6,7%  | (2,2% - 17,0%)  |                   |       |                 |
| Durante las primeras dos semanas desde que lo detectó | 10  | 16,7% | (8,7% - 28,9%)  | 28           | 46,7% | (17,8% - 41,6%) | 17                | 28,3% | (17,8% - 41,6%) |
| Durante el primer mes desde que lo detectó            | 8   | 13,3% | (6,3% - 25,1%)  | 9            | 15,0% | (7,5% - 27,1%)  | 9                 | 15,0% | (7,5% - 27,1%)  |
| Durante los primeros tres meses desde que lo detectó  | 4   | 6,7%  | (2,2% - 17,0%)  | 8            | 13,3% | (6,3% - 25,1%)  | 15                | 25,0% | (15,1% - 38,1%) |
| Entre 3 y 6 meses desde que lo detectó                | 7   | 11,7% | (5,2% - 23,2%)  | 6            | 10,0% | (4,1% - 21,2%)  | 11                | 18,3% | (9,9% - 30,9%)  |
| Entre 6 meses y un año desde que lo detectó           | 2   | 3,3%  | (0,6% - 12,6%)  | 2            | 3,3%  | (0,6% - 12,6%)  | 1                 | 1,7%  | (0,1% - 10,1%)  |
| Luego de un año de haberlo detectado                  | 1   | 1,7%  | (0,1% - 10,1%)  |              |       |                 | 6                 | 10,0% | (4,1% - 21,2%)  |
| No sabe, no responde                                  | 7   | 11,7% | (5,2% - 23,2%)  | 3            | 5,0%  | (1,3% - 14,8%)  | 1                 | 1,7%  | (0,1% - 10,1%)  |

(-): Intervalo de confianza, 95% de confianza

a. En 3 persona (5%) no fue gatillado por un signo, síntoma o hallazgo.

La tabla 22 muestra el número de personas, porcentaje e intervalos de confianza (IC) de pacientes con cáncer de pulmón que reportan los tiempos (agrupados en las categorías de la primera columna) para distintas fases del proceso de atención de salud (pedir hora, ser atendido, ser diagnosticado)

En el caso del tratamiento, 7 personas de la muestra no habían comenzado su tratamiento y 2 no tenían indicación de tratamiento. El 45% (n=27, IC95%:32,3% - 58,3%) de la muestra comenzó el tratamiento durante el primer mes luego de tener el diagnóstico, y el 34,9% (n=21, IC95%: 23,5% - 48,5%) comenzó el tratamiento posterior al mes desde su diagnóstico (Tabla 23).

Tabla 23. Tiempo entre consulta-diagnóstico y diagnóstico-inicio de tratamiento del cáncer de pulmón. Muestra 60 personas, Chile 2022.

|                                  | Tiempo entre:                    |       |                 |   |       |                 |
|----------------------------------|----------------------------------|-------|-----------------|---|-------|-----------------|
|                                  | Consultar y tener el diagnóstico |       |                 | Tener diagnóstico y comenzar el tratamiento |       |                 |
| Durante las primeras dos semanas | 20                               | 33,3% | (22,0% - 46,8%) | 18  | 30,0% | (19,2% - 43,4%) |
| Durante el primer mes            | 11                               | 18,3% | (9,9% - 30,9%)  | 9   | 15,0% | (7,5% - 27,1%)  |
| Durante los primeros tres meses  | 10                               | 16,7% | (8,7% - 28,9%)  | 11  | 18,3% | (9,9% - 30,9%)  |
| Entre 3 y 6 meses                | 12                               | 20,0% | (11,2% - 32,7%) | 8   | 13,3% | (6,3% - 25,1%)  |
| Entre 6 meses y un año           | 0                                | 0,0%  | -               | 2   | 3,3%  | (0,6% - 12,6%)  |
| Luego de un año                  | 6                                | 10,0% | (4,1% - 21,2%)  | -   | -     | -               |
| No sabe                          | 1                                | 1,7%  | (0,1% - 10,1%)  | 3   | 5,0%  | (1,3% - 14,8%)  |

(-): Intervalo de confianza, 95% de confianza

7 de las 60 personas de la muestra aún no comenzaban su tratamiento por cáncer de pulmón y 2 no tenían indicación de tratamiento

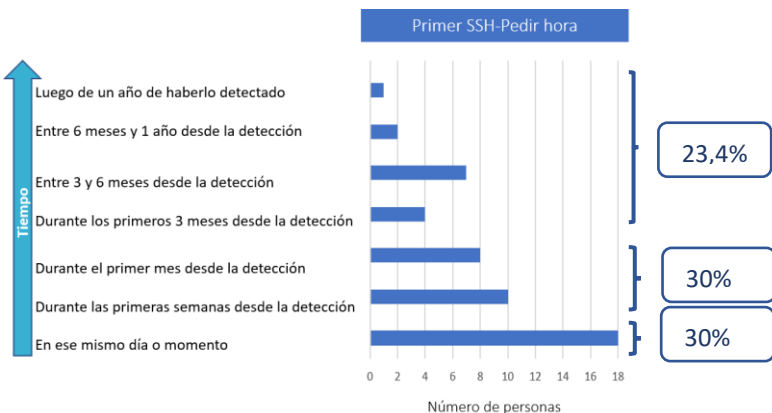
La tabla 13 muestra el número de personas, porcentaje e intervalos de confianza (IC) de pacientes con cáncer de pulmón que reportan tiempos (agrupados en las categorías de la primera columna) para fases del proceso de atención agrupadas en 2: consultar y tener diagnóstico, tener diagnóstico y comenzar tratamiento.



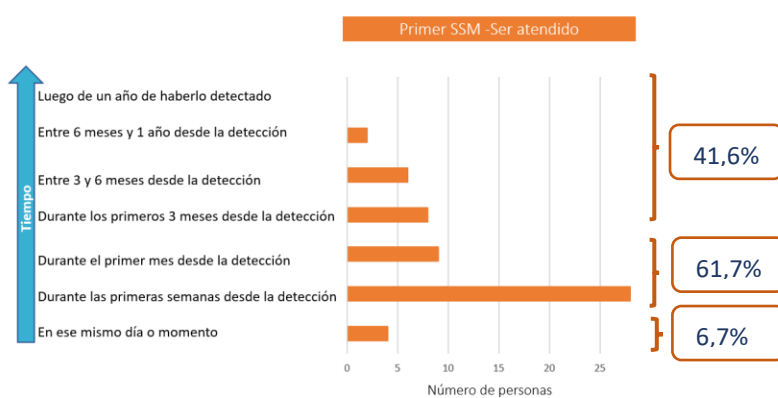
## Esquemas 7: Intervalos de tiempo y número de personas para distintas etapas de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de pulmón.

TTP: Trayectoria terapéutica de paciente  
SSH: Signo, síntoma o hallazgo secundario

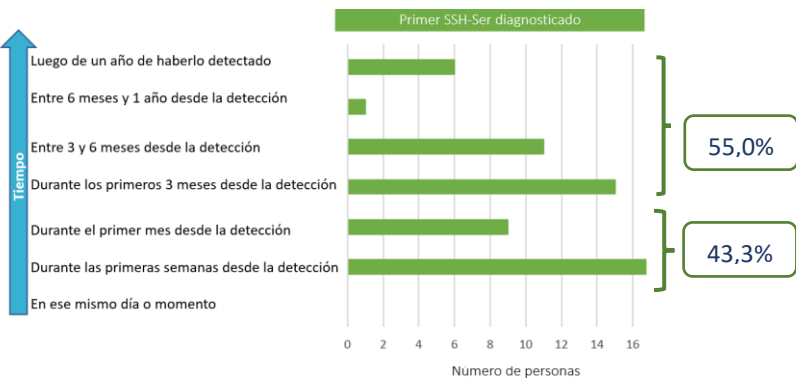
TTP desde el primer signo, síntoma o cambio mamario hasta pedir hora de atención de salud



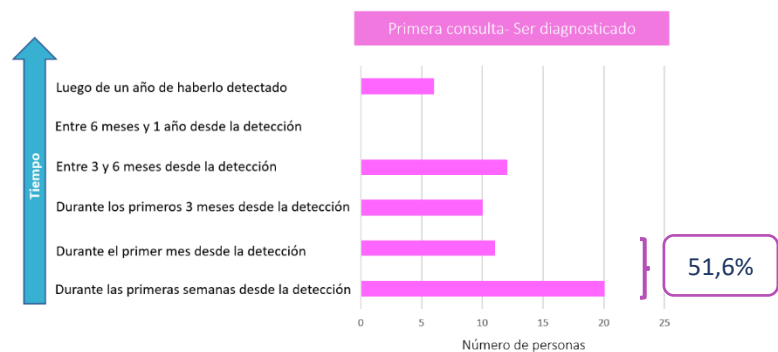
TTP desde el primer signo, síntoma o hallazgo secundario hasta ser atendido



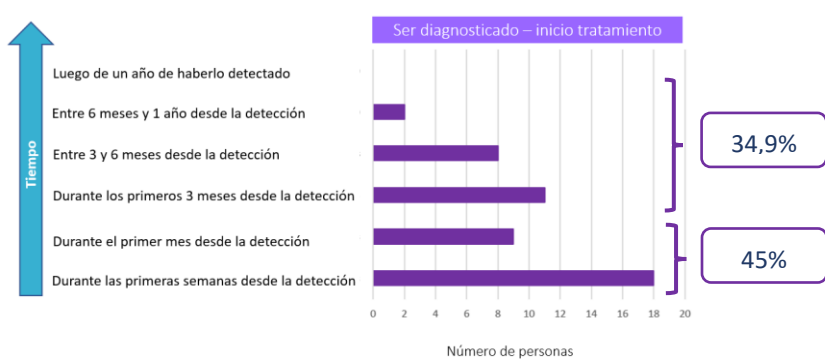
TTP desde el primer signo, síntoma o hallazgo secundario hasta ser diagnosticado



TTP desde la primera consulta hasta ser diagnosticado



TTP desde ser diagnosticado hasta iniciar el tratamiento

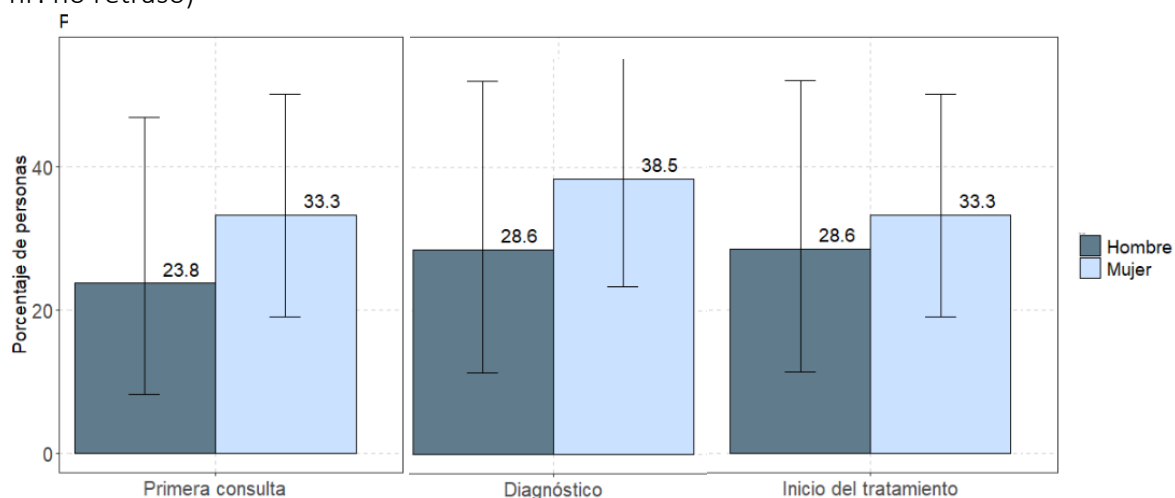


7 personas no habían comenzado tratamiento  
2 personas no tenían indicación de tratamiento

### Percepción de retraso según características demográficas

La muestra se compone en un 65% de mujeres y un 35% en hombres. El sexo no se asoció significativamente con el autoreporte de retraso ni en la primera consulta, diagnóstico ni inicio del tratamiento. Sin embargo, descriptivamente, las mujeres autoreportaron con mayor frecuencia retrasos en las 3 categorías (primera consulta, diagnóstico, tratamiento) en comparación a los hombres (Tabla 24, Figura 22-23).

Figura 22. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento de este, según sexo. Muestra 60 personas, Chile 2022. (r: retraso, nr: no retraso)



Nota: se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

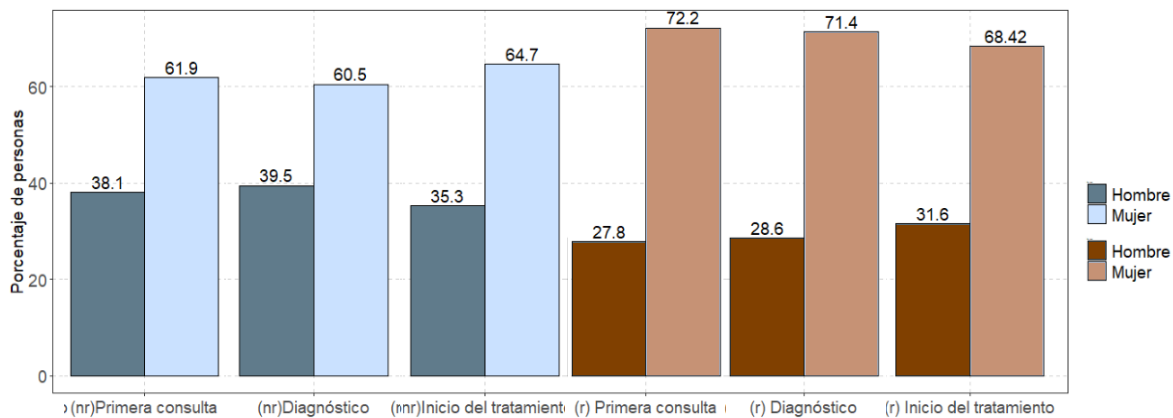
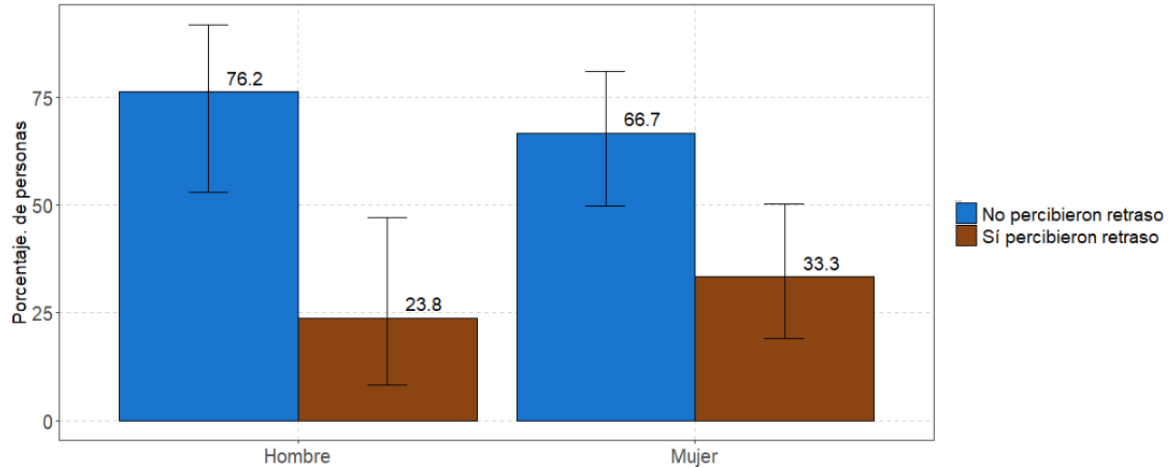


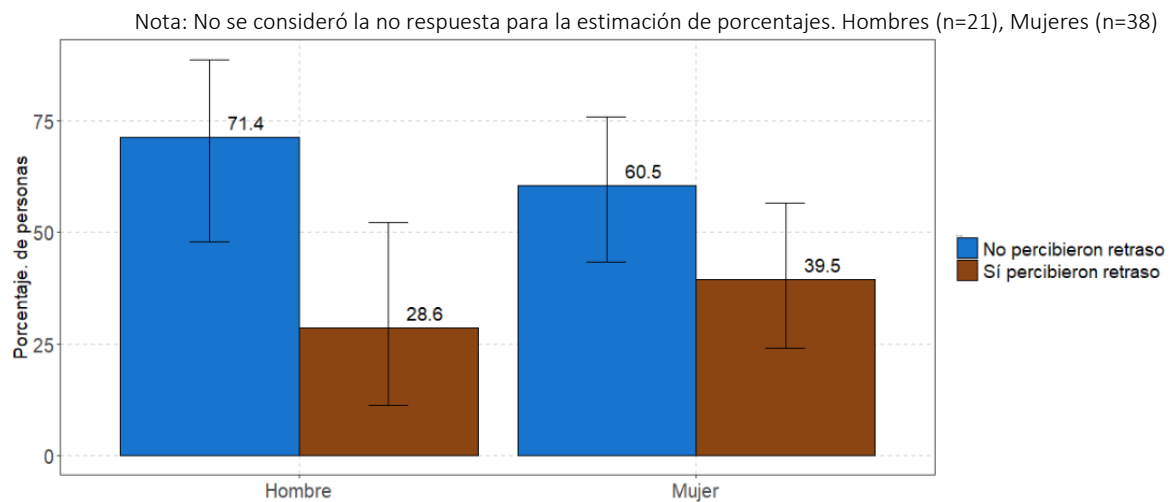
Figura 23. Porcentajes de personas que realizaron autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento de este, según sexo. Muestra 60 personas, Chile 2022.

a. Percepción de retraso en la primera consulta en cáncer de pulmón

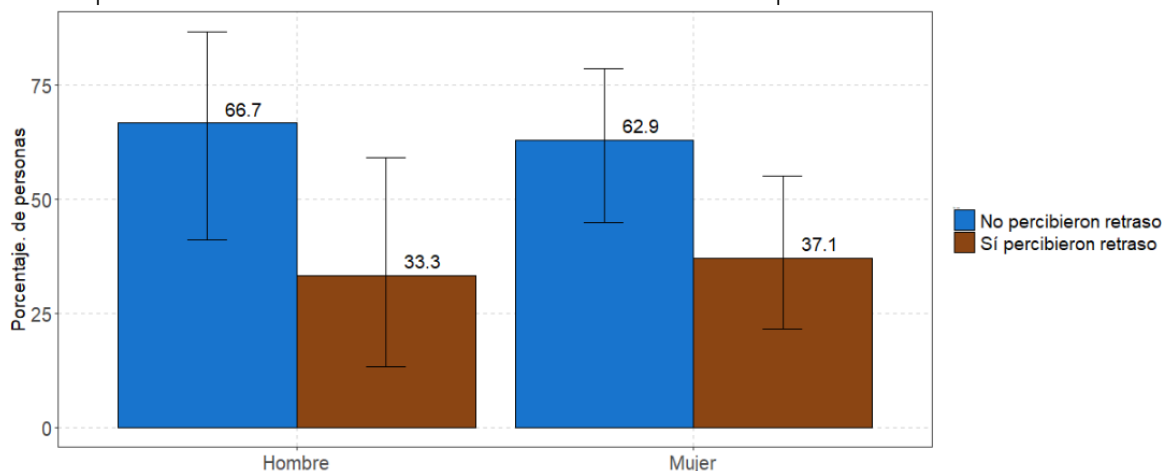


Nota: No se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes. Hombres (n=21), Mujeres (n=39)

b. Percepción de retraso en el diagnóstico en cáncer de pulmón



c. Percepción de retraso en el inicio del tratamiento en cáncer de pulmón



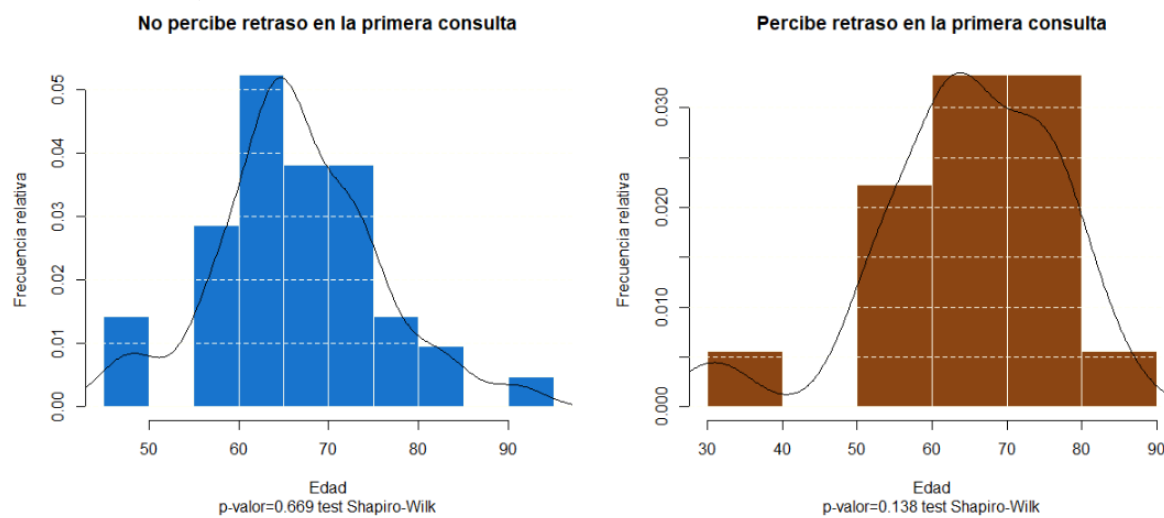
Nota: No se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes. Hombres (n=18), Mujeres (n=35)

La figura 23 muestra el porcentaje de pacientes con cáncer de pulmón que reportan retraso en distintas fases de la trayectoria terapéutica (primera consulta, diagnóstico, inicio de tratamiento) según sexo.

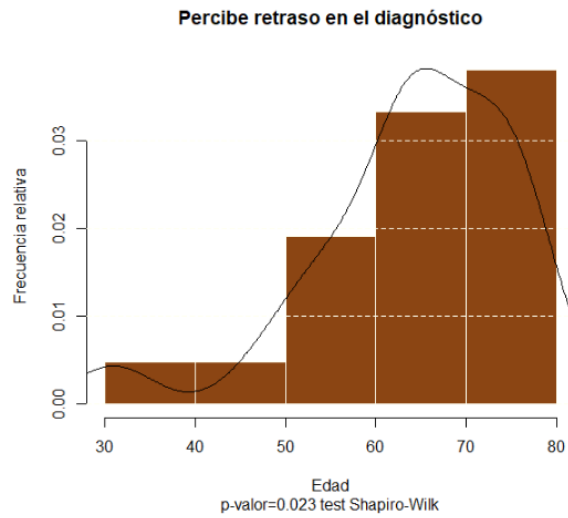
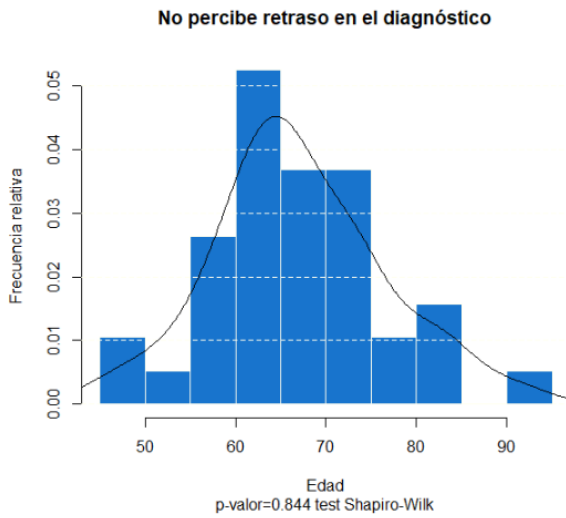
El promedio de edad de la muestra fue de 65,93 años (desviación estándar: 10,08), con una mediana de 65,5 años, un mínimo de 31 años y un máximo de 91 años. La mediana de la edad difiere en aproximadamente un año entre quienes percibieron retrasos y quienes no, siendo menor en quienes sí autoreportaron retraso, sin presentar diferencias estadísticamente significativas (con una significación del 0,05) (Figura 24, Tabla 24).

Figura 24. Distribución de edad según autoreporte de pacientes con cáncer de pulmón para las etapas de la trayectoria terapéutica (primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento). Muestra 60 personas, Chile 2022.

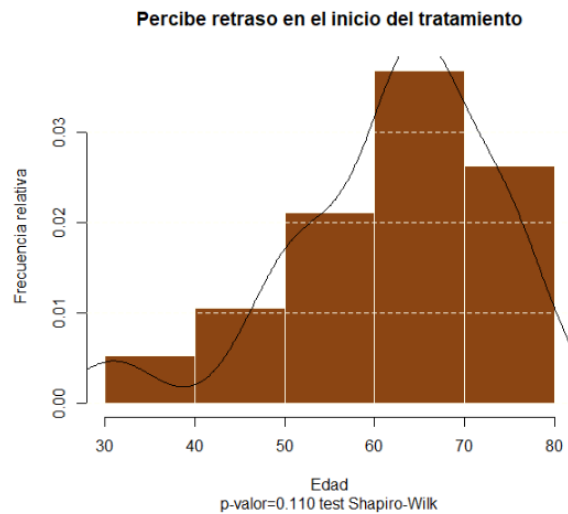
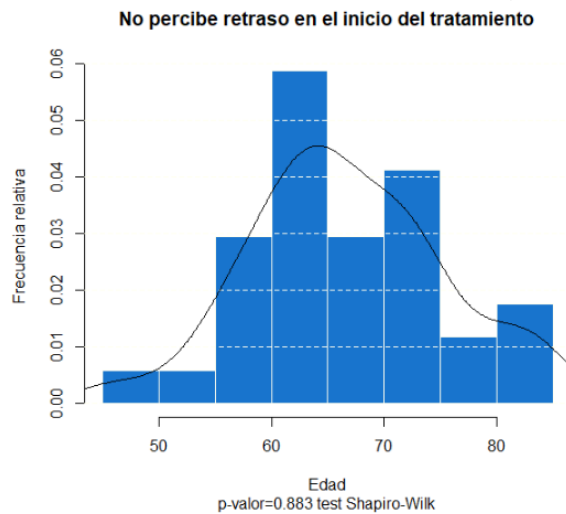
a. Retraso en la primera consulta



b. Retraso en ser diagnosticado

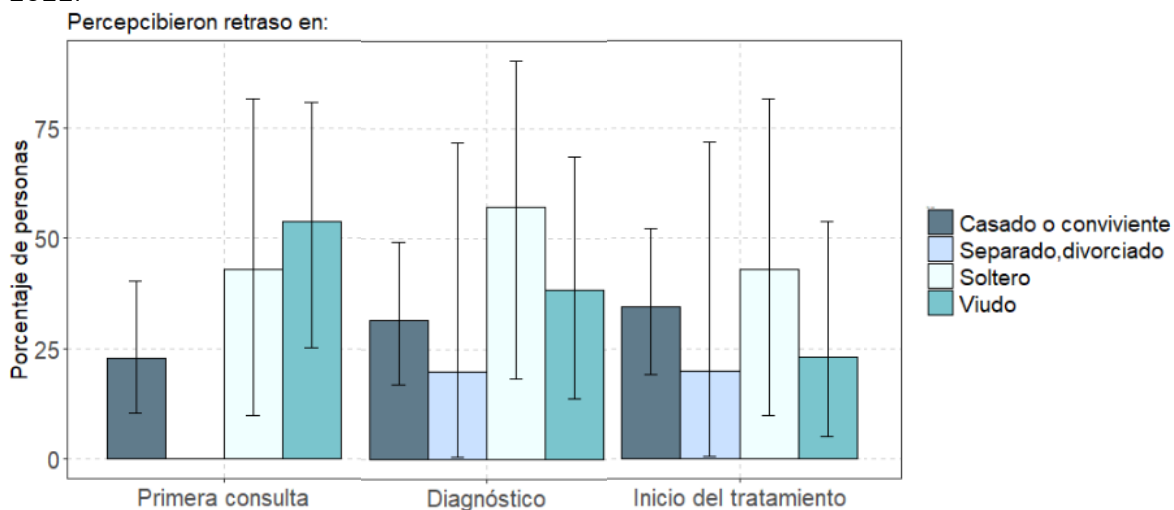


c. Retraso en el tratamiento del cáncer de pulmón



Respecto al estado civil, la muestra se compone en un 58,3% (N=35) de personas casadas o convivientes, 21,7% (N=13) de personas viudas, 11,7% (N=7) de personas solteras y 8,3% (N=5) de personas separadas, anuladas o divorciadas. Respecto al estado civil no se encontró asociación estadísticamente significativamente para un valor de significación de 0.05 con el autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico o inicio del tratamiento. Descriptivamente, las personas viudas presentaron mayor retraso en la primera consulta (53,85%), y para el diagnóstico e inicio de tratamiento el grupo que presentó mayores porcentajes de retraso fueron solteros (57,14% para diagnóstico e inicio de tratamiento) (Figura 25, Tabla 24).

Figura 25. Autoreporte de pacientes con cáncer de pulmón sobre retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento según estado civil. Muestra 60 personas, Chile 2022.



|                    | Casado o conviviente | Separado, divorciado | Soltero     | Viudo       |
|--------------------|----------------------|----------------------|-------------|-------------|
| Primera consulta   | 22,9% (n=8)          | 0,0% (n=0)           | 42,9% (n=3) | 53,8% (n=7) |
| Diagnostico        | 31,4% (n=11)         | 20,0% (n=1)          | 57,1% (n=4) | 38,5% (n=5) |
| Inicio tratamiento | 34,3% (n=12)         | 20,0% (n=1)          | 42,9% (n=3) | 23,1% (n=3) |

Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

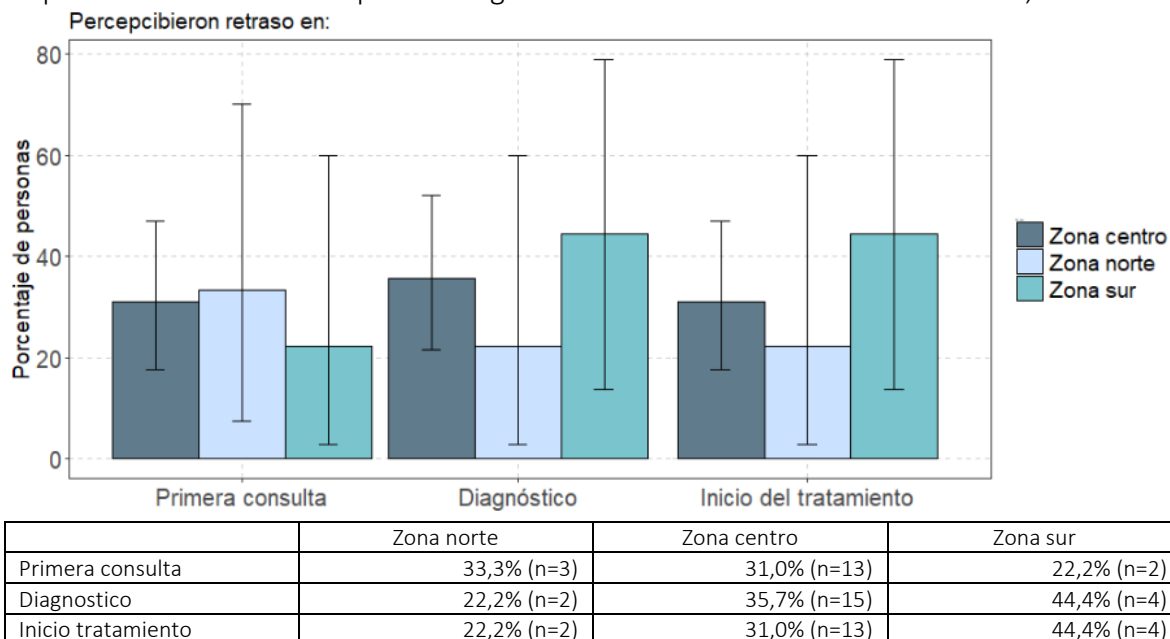
La figura 25 muestra la asociación entre el tipo de retraso y estado civil. Para un nivel de significación estadística de 0.05 no hay asociación entre los tipos de retraso y el estado civil de la persona.

Por otra parte, según zona de residencia la muestra tiene personas de 12 regiones del país. Las regiones sin pacientes fueron Arica y Parinacota, Atacama, Ñuble y Aysén. Para el análisis se agruparon las regiones por macrozona geográfica. La macrozona norte estuvo conformada por Tarapacá y Antofagasta; la macrozona centro por las regiones de Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana de Santiago, del Libertador General Bernardo O'Higgins, Maule y Biobío; y la macrozona sur por las regiones de La Araucanía, Los Lagos, Los Ríos y la región de Magallanes y la Antártica Chilena. El 15% (n=9) de la muestra residía en la macrozona norte del país, un 70% (n=42) en la macrozona centro y un 15% (n=9) en la macrozona sur. Para todos los tipos de retrasos consultados, la mayor proporción de la muestra residía en la macrozona centro del país (Tabla 24).

De forma específica, los residentes de la macrozona sur autoreportaron con mayor frecuencia haber tenido retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento del cáncer de pulmón. Para el retraso en la primera consulta el mayor porcentaje de retraso fue en residentes de la macrozona norte. La macrozona de residencia y autopercepción de retraso no se asociaron significativamente para un valor de significación del 0,05. Específicamente, un 33,3% (IC95%: 10,4% - 65,2%) de los residentes de la macrozona norte reportaron retraso en la primera consulta, un 50% (IC95%: 19,9%-80,1%) de los residentes de la macrozona sur

reportaron retraso en el diagnóstico y un 57,14% (IC95%: 23,5% - 83,1%) de los residentes de la misma zona reportaron retraso en el inicio del tratamiento (Tabla 24, Figura 26).

Figura 26. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según macrozona de residencia. Muestra 60, Chile 2022.

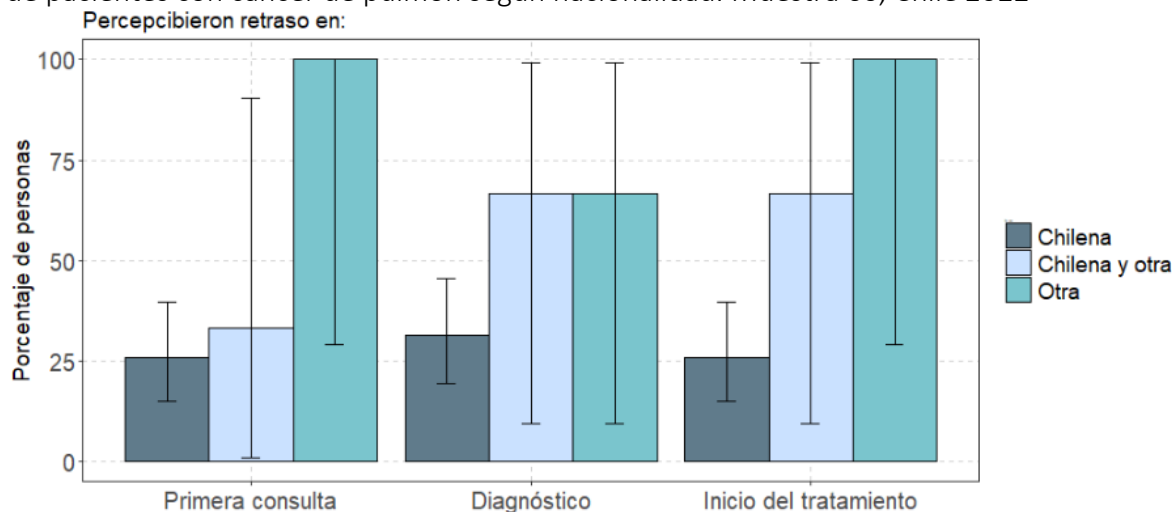


Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

La figura 26 muestra la asociación entre el tipo de retraso y la macrozona de residencia del paciente. Para un nivel de significación estadística de 0.05 no se observó asociación entre retrasos y la macrozona de residencia.

La nacionalidad se asoció significativamente con el retraso en el inicio del tratamiento y primera consulta, con una asociación moderada (V-Cramer: 0,352 y 0,373, respectivamente). Sin embargo, un 90,0% (n=54) de la muestra es de nacionalidad solo chilena y 6 personas (el 10% restante) personas chilenas y otras o solo otra nacionalidad (Tabla 24-Figura 27).

Figura 27. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según nacionalidad. Muestra 60, Chile 2022



|                    | Chilena      | Chilena y otra | Otra         |
|--------------------|--------------|----------------|--------------|
| Primera consulta   | 25,3% (n=14) | 33,3% (n=1)    | 100,0% (n=3) |
| Diagnostico        | 31,5% (n=17) | 66,7% (n=2)    | 66,7% (n=2)  |
| Inicio tratamiento | 25,9% (n=14) | 66,7% (n=2)    | 100,0% (n=3) |

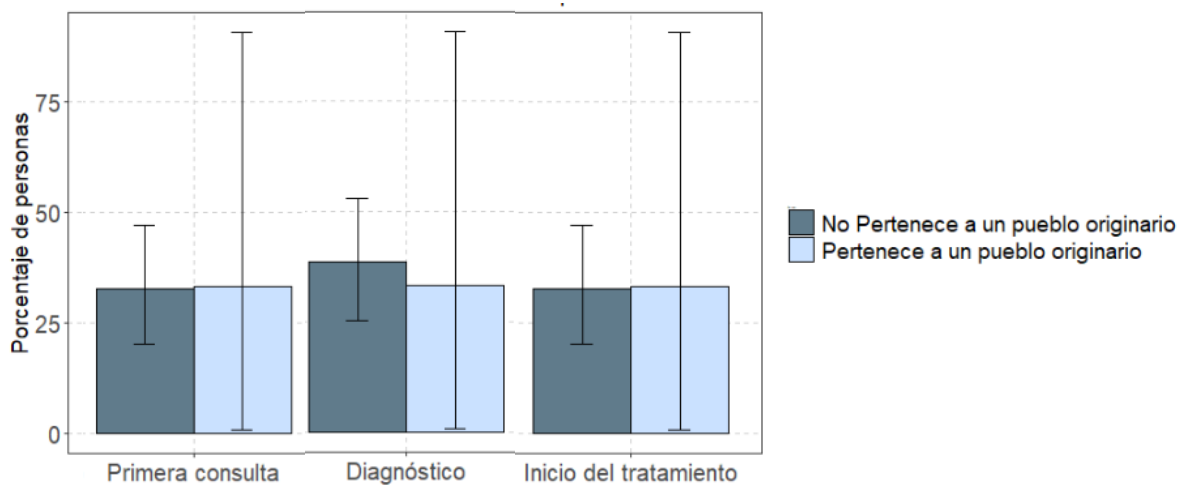
Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

La figura 27 muestra la asociación entre el tipo de retraso y la nacionalidad del paciente.

Respeto a la pertenencia a pueblos originarios, 86,7% (IC95%;76,4% - 96,5%) de la muestra refirió no tener pertenencia a pueblos originarios (N=52), el 5% si tenía pertenencia, y un 8,3% no lo sabía. La pertenencia a pueblos originarios no se asoció significativamente con ninguna de las experiencias de retraso consultadas. Para cada uno de los tipos de retraso, 0 personas de las que no sabían su pertenencia a pueblos originarios auto reportaron retraso. Las personas que sí pertenecían a pueblos originarios, un 33,3% percibió retraso en la primera consulta, el diagnóstico del cáncer de pulmón o el inicio del tratamiento (Tabla 24, Figura 28).



Figura 28. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según pertenencia a pueblos originarios. Muestra 60, Chile 2022



Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

La figura 28 muestra la asociación entre el tipo de retraso y la pertenencia a pueblos originarios del paciente. Para un nivel de significación estadística de 0.05 no se observó asociación entre el retraso y la pertenencia a pueblo originario del paciente.

Tabla 24. Características demográficas para el total de la muestra y según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento del cáncer de pulmón. Chile 2022.

|                            | Retraso en la primera consulta |             |              |             |             |           |                   | Retraso en el diagnóstico |       |              |             | Retraso en el inicio del tratamiento |             |           |              |       |                   |
|----------------------------|--------------------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-----------|-------------------|---------------------------|-------|--------------|-------------|--------------------------------------|-------------|-----------|--------------|-------|-------------------|
|                            | Total                          | Sin retraso |              | Con retraso |             | % retraso | Sin retraso       | Con retraso               |       | % retraso    | Sin retraso | Con retraso                          |             | % retraso |              |       |                   |
| <b>Sexo</b>                |                                |             |              |             |             |           |                   |                           |       |              |             |                                      |             |           |              |       |                   |
| Hombre                     | 21                             | 35,0%       | 16           | 38,1%       | 5           | 27,8%     | <b>23,81</b>      | 15                        | 39,5% | 6            | 28,6%       | <b>28,57</b>                         | 13          | 38,2%     | 5            | 26,3% | <b>27,78</b>      |
| Mujer                      | 39                             | 65,0%       | 26           | 61,9%       | 13          | 72,2%     | <b>33,33</b>      | 23                        | 60,5% | 15           | 71,4%       | <b>39,47</b>                         | 21          | 61,8%     | 14           | 73,7% | <b>40,00</b>      |
| <b>Edad</b>                |                                |             |              |             |             |           |                   |                           |       |              |             |                                      |             |           |              |       |                   |
| Media (de.)                | 65,93 (10,08)                  |             | 66,48 (12,2) |             | 64,67 (9,2) |           |                   | 67 (9,5)                  |       | 64,14 (11,2) |             |                                      | 66,68 (8,6) |           | 62,05 (11,2) |       |                   |
| Min                        | 31                             |             | 46           |             | 31          |           |                   | 46                        |       | 31           |             |                                      | 46          |           | 31           |       |                   |
| Q1                         | 61                             |             | 62,25        |             | 60,25       |           |                   | 61,25                     |       | 60           |             |                                      | 61,25       |           | 56,5         |       |                   |
| Mediana                    | 65,5                           |             | 66           |             | 65          |           |                   | 66                        |       | 65           |             |                                      | 65,5        |           | 64           |       |                   |
| Q3                         | 72,25                          |             | 71,75        |             | 31          |           |                   | 73                        |       | 72           |             |                                      | 72          |           | 68,5         |       |                   |
| Max.                       | 91                             |             | 91           |             | 83          |           |                   | 91                        |       | 77           |             |                                      | 84          |           | 77           |       |                   |
| <b>Estado civil</b>        |                                |             |              |             |             |           |                   |                           |       |              |             |                                      |             |           |              |       |                   |
| Casado o conviviente       | 35                             | 58,3%       | 27           | 64,3%       | 8           | 44,4%     | <b>22,86</b>      | 23                        | 60,5% | 11           | 52,4%       | <b>32,35</b>                         | 21          | 61,8%     | 10           | 52,6% | <b>32,26</b>      |
| Separado                   | 5                              | 8,3%        | 5            | 11,9%       | 0           | 0,0%      | <b>0,00</b>       | 4                         | 10,5% | 1            | 4,8%        | <b>20,00</b>                         | 4           | 11,8%     | 1            | 5,3%  | <b>20,00</b>      |
| Soltero                    | 7                              | 11,7%       | 4            | 9,5%        | 3           | 16,7%     | <b>42,86</b>      | 3                         | 7,9%  | 4            | 19,0%       | <b>57,14</b>                         | 3           | 8,8%      | 4            | 21,1% | <b>57,14</b>      |
| Viudo                      | 13                             | 21,7%       | 6            | 14,3%       | 7           | 38,9%     | <b>53,85</b>      | 8                         | 21,1% | 5            | 23,8%       | <b>38,46</b>                         | 6           | 17,6%     | 4            | 21,1% | <b>40,00</b>      |
| <b>Región</b>              |                                |             |              |             |             |           |                   |                           |       |              |             |                                      |             |           |              |       |                   |
| Norte                      | 9                              | 15,0%       | 6            | 14,3%       | 3           | 16,7%     | <b>33,33</b>      | 7                         | 18,4% | 2            | 9,5%        | <b>22,22</b>                         | 7           | 20,6%     | 2            | 10,5% | <b>22,22</b>      |
| Centro                     | 42                             | 70,0%       | 29           | 69,0%       | 13          | 72,2%     | <b>30,95</b>      | 27                        | 71,1% | 15           | 71,4%       | <b>35,71</b>                         | 24          | 70,6%     | 13           | 68,4% | <b>35,14</b>      |
| Sur                        | 9                              | 15,0%       | 7            | 16,7%       | 2           | 11,1%     | <b>22,22</b>      | 4                         | 10,5% | 4            | 19,0%       | <b>50,00</b>                         | 3           | 8,8%      | 4            | 21,1% | <b>57,14</b>      |
| <b>Nacionalidad</b>        |                                |             |              |             |             |           |                   |                           |       |              |             |                                      |             |           |              |       |                   |
| Chilena                    | 54                             | 90,0%       | 40           | 95,2%       | 14          | 77,8%     | <b>25,93</b> abc. | 36                        | 94,7% | 17           | 81,0%       | <b>32,08</b>                         | 32          | 94,1%     | 15           | 78,9% | <b>31,91</b> abc. |
| Chilena y otra             | 3                              | 5,0%        | 2            | 4,8%        | 1           | 5,6%      | <b>33,33</b>      | 1                         | 2,6%  | 2            | 9,5%        | <b>66,67</b>                         | 1           | 2,9%      | 2            | 10,5% | <b>66,67</b>      |
| Otra                       | 3                              | 5,0%        | 0            | 0,0%        | 3           | 16,7%     | <b>100,00</b>     | 1                         | 2,6%  | 2            | 9,5%        | <b>66,67</b>                         | 1           | 2,9%      | 2            | 10,5% | <b>66,67</b>      |
| <b>Pueblos originarios</b> |                                |             |              |             |             |           |                   |                           |       |              |             |                                      |             |           |              |       |                   |
| No                         | 52                             | 86,7%       | 35           | 83,3%       | 17          | 94,4%     | <b>32,69</b>      | 31                        | 81,6% | 20           | 95,2%       | <b>39,22</b>                         | 27          | 79,4%     | 18           | 94,7% | <b>40,00</b>      |
| Si                         | 3                              | 5,0%        | 2            | 4,8%        | 1           | 5,6%      | <b>33,33</b>      | 2                         | 5,3%  | 1            | 4,8%        | <b>33,33</b>                         | 2           | 5,9%      | 1            | 5,3%  | <b>33,33</b>      |
| No sabe                    | 5                              | 8,3%        | 5            | 11,9%       | 0           | 0,0%      | <b>0,00</b>       | 5                         | 13,2% | 0            | 0,0%        | <b>0,00</b>                          | 5           | 14,7%     | 0            | 0,0%  | <b>0,00</b>       |

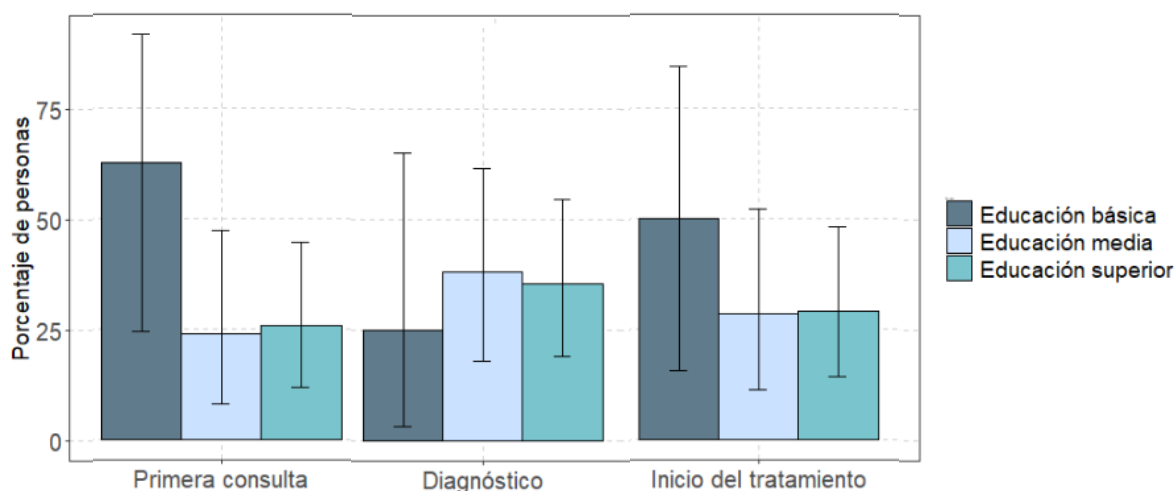
a. p-valor <0,05 Test Exacto de Fisher b. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado c. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado de tendencia lineal

\* p-valor <0,05 \*\* p-valor <0,001 Prueba U de Mann-Whitney de desviación estándar

### Percepción de retraso según características socioeconómicas

Sobre las características de la muestra y el nivel educacional, de las 60 personas de la muestra, el 13,3% (IC95%: 6,3% - 25,1%), tenían educación básica correspondiente a 8 personas, el 35,0% (IC95%:23,9% - 47,5%) correspondiente a 21 personas tenían educación media, y el 51,7% (IC95%:39,2% - 64,0%) de la muestra correspondiente a 31 personas tenían educación técnica superior, universitaria o postgrado. El nivel educacional no se asoció significativamente con el retraso en la primera consulta, diagnóstico o inicio del tratamiento. Descriptivamente, las personas con educación básica reportan retrasos con mayor frecuencia (Tabla 25, Figura 29).

Figura 29. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según nivel educacional. Muestra 60 personas, Chile 2022.



|                    | Educación básica | Educación media | Educación superior |
|--------------------|------------------|-----------------|--------------------|
| Primera consulta   | 62,5% (n=5)      | 23,8% (n=5)     | 25,8% (n=8)        |
| Diagnostico        | 25,0% (n=2)      | 38,1% (n=8)     | 35,5% (n=11)       |
| Inicio tratamiento | 50,0% (n=4)      | 28,6% (n=6)     | 29,0% (n=9)        |

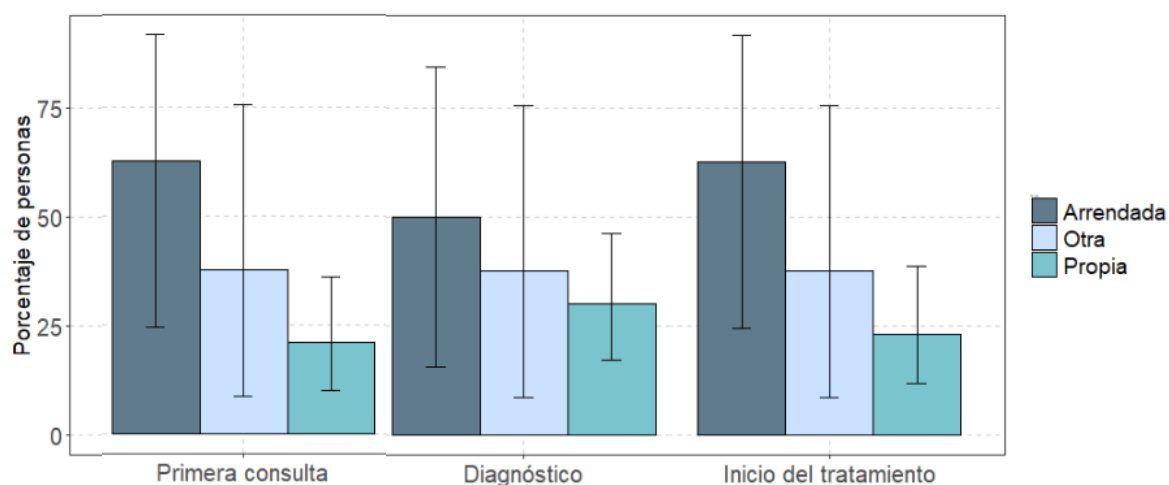
Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

La figura 29 muestra la asociación entre el tipo de retraso y el nivel educacional de la persona. Para un nivel de significación estadística de 0.05 no se observa asociación en ningún grupo.

Según la condición de tenencia de la vivienda, el 71,7% (n=43) de la muestra vivía en vivienda propia, el 13,3% (n=8) vivía en vivienda arrendada, y el 13,3% (n=8) vivía en vivienda de otro tipo de situación. Se observó una asociación estadísticamente significativa para un valor  $p < 0,05$  entre el retraso en el diagnóstico y el tipo de tenencia de la vivienda. En general, el grupo de personas que arrendaba reportó en mayor proporción retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Entre aquellos que arrendaban el 62,5% (n=5, IC95%: 29,5% - 88,1%) percibió retraso en la primera consulta (vs 20,93% IC95%: 10,9% -

34,7% en propietarios), el 62,5% (IC95%: 29,5% - 88,1%) percibió retraso en el diagnóstico (vs 21,43% IC95%: 11,2% - 35,5% en propietarios) y el 62,5% (n=5, IC95%: 29,5% - 88,1%) percibió retraso en el inicio del tratamiento (vs 27,03 % IC95%:14,8% - 42,7% en propietarios) (Tabla 25, Figura 30).

Figura 30. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según situación de tenencia de la vivienda. Muestra 60, Chile 2022



|                    | Arrendada   | Otra        | Propia       |
|--------------------|-------------|-------------|--------------|
| Primera consulta   | 62,5% (n=5) | 37,5% (n=3) | 20,9% (n=9)  |
| Diagnostico        | 50,0% (n=4) | 37,5% (n=3) | 30,2% (n=13) |
| Inicio tratamiento | 62,5% (n=5) | 37,5% (n=3) | 23,3% (n=10) |

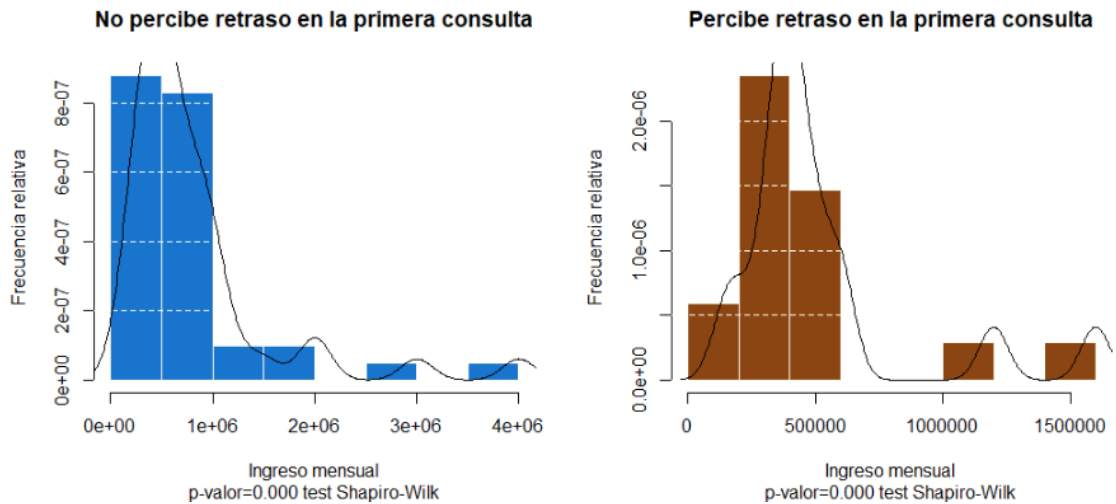
Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

La figura 30 muestra la asociación entre el tipo de retraso y el tipo de tenencia de la vivienda. Se observa una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) para el retraso en el grupo de personas que arrendaban.

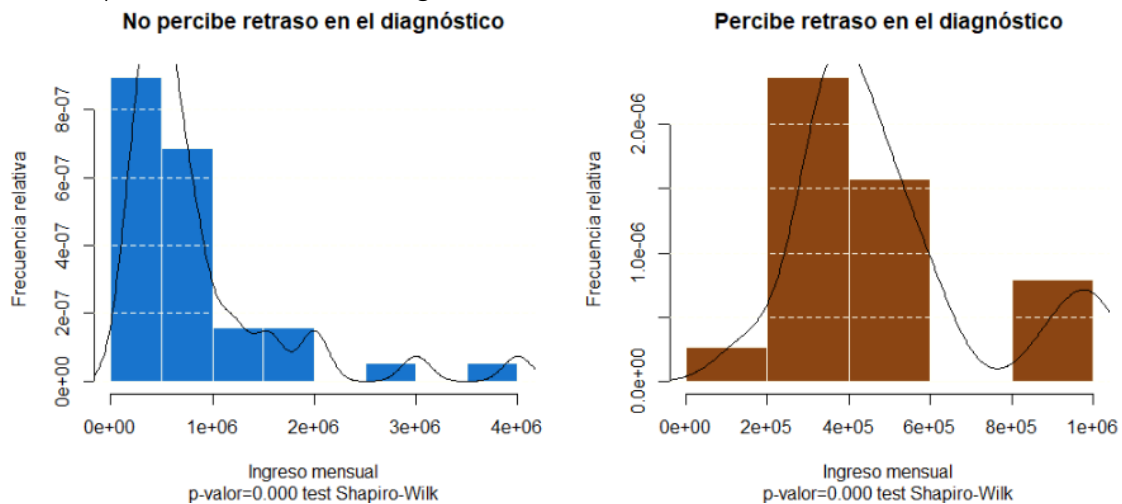
Se analizó el ingreso líquido del hogar de las personas de la muestra. Sin considerar aquellos que declararon un ingreso \$0, el ingreso promedio de la muestra fue del \$559.950 (desviación estándar: \$376.000), con un mínimo de \$146.000, una mediana de \$420.000 y un máximo de \$2.000.000. La mediana de los ingresos líquidos entre el grupo que autoreportó retraso en la primera consulta (me: \$400.000), diagnóstico (me: \$400.000) o inicio del tratamiento del cáncer de pulmón (me: \$400.000), no difirió significativamente del grupo que no reportó retraso (me: \$500.000, \$500.000 y \$450.000 respectivamente). Descriptivamente, el grupo que autoreportó retraso tuvo una media, cuartiles, mínimo y máximo menores que el grupo que no tuvo retrasos en su experiencia (Tabla 25, Figura 31).

Figura 31. Distribución del ingreso total según autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón. Muestra 60 personas, Chile 2022.

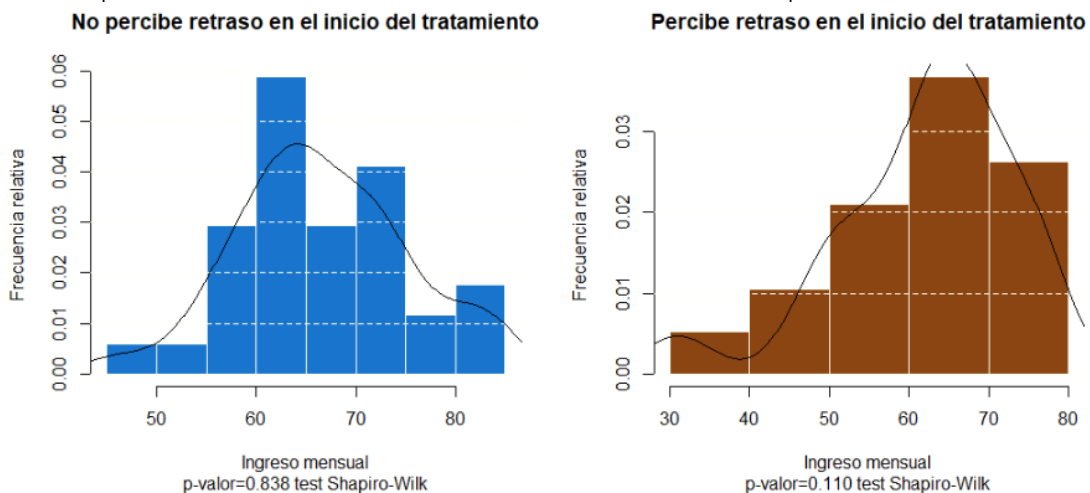
a. Percepción de retraso en la primera consulta



b. Percepción de retraso en ser diagnosticado

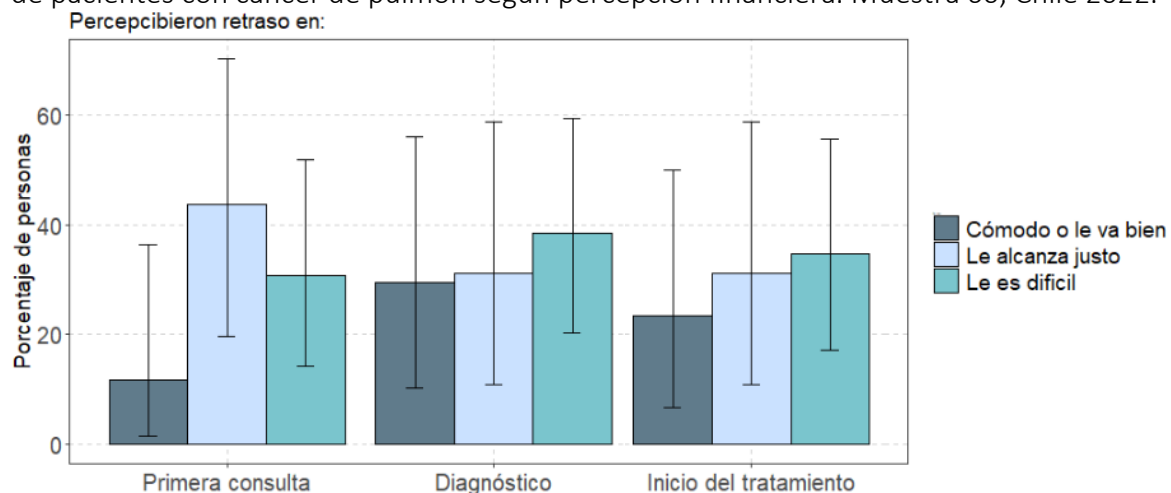


c. Percepción de retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de pulmón



Análogamente, la percepción financiera no se asoció de manera significativa con los autoreporte de retraso para la primera consulta, el diagnóstico del cáncer de pulmón, o el inicio del tratamiento. El porcentaje de personas que presentó retrasos según su experiencia y respondió que “les alcanzaba justo” o “se les hacía difícil llegar a fin de mes”, fue mayor al grupo que presentó retraso según su experiencia y respondió que “le va bien” o “llega cómodamente a fin de mes” según su percepción del ingreso del hogar (Figura 32, Tabla 25). De forma descriptiva, a un 43,3% (IC95%: 31,4% - 55,9%) de la muestra correspondiente a 26 personas se le hacía difícil llegar a fin de mes, al 26,7% (IC95%:16,8% - 38,8%) de la muestra correspondiente a 16 personas les alcanzaba justo; y un 28,3% (IC95%:18,1% - 40,6%) de la muestra correspondiente a 17 personas indicaron que llegaban cómodamente a fin de mes. En el grupo que refirió que les alcanzaba justo para llegar a fin de mes, un 43,75% (n=7) reportó retraso en la primera consulta y el 43,75% (n=7) reportó retraso en el diagnóstico del cáncer de pulmón (Tabla 25).

Figura 32. Autoreporte de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón según percepción financiera. Muestra 60, Chile 2022.



|                    | Arrendad     | Otra        | Propia      |
|--------------------|--------------|-------------|-------------|
| Primera consulta   | 30,8% (n=8)  | 43,8% (n=7) | 11,8% (n=2) |
| Diagnostico        | 38,5% (n=10) | 31,3% (n=5) | 29,4% (n=5) |
| Inicio tratamiento | 34,6% (n=9)  | 31,3% (n=5) | 23,5% (n=4) |

Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

Tabla 25. Características socioeconómicas para el total de la muestra y según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento del cáncer de pulmón.

|                              | Total          |       | Retraso en la primera consulta |       |                |        | % retraso                   | Retraso en el diagnóstico |       |                |        | % retraso     | Retraso en el inicio del tratamiento |       |                |        | % retraso     |
|------------------------------|----------------|-------|--------------------------------|-------|----------------|--------|-----------------------------|---------------------------|-------|----------------|--------|---------------|--------------------------------------|-------|----------------|--------|---------------|
|                              |                |       | Sin retraso                    |       | Con retraso    |        |                             | Sin retraso               |       | Con retraso    |        |               | Sin retraso                          |       | Con retraso    |        |               |
| <b>Nivel educacional</b>     |                |       |                                |       |                |        |                             |                           |       |                |        |               |                                      |       |                |        |               |
| Básica                       | 8              | 13,3% | 3                              | 7,1%  | 5              | 27,8%  | <b>62,50</b>                | 3                         | 7,3%  | 5              | 27,8%  | <b>62,50</b>  | 3                                    | 8,8%  | 4              | 21,1%  | <b>57,14</b>  |
| Media                        | 21             | 35,0% | 16                             | 38,1% | 5              | 27,8%  | <b>23,81</b>                | 15                        | 36,6% | 5              | 27,8%  | <b>25,00</b>  | 12                                   | 35,3% | 6              | 31,6%  | <b>33,33</b>  |
| Técnico o Profesional        | 31             | 51,7% | 23                             | 54,8% | 8              | 44,4%  | <b>25,81</b>                | 23                        | 56,1% | 8              | 44,4%  | <b>25,81</b>  | 19                                   | 55,9% | 9              | 47,4%  | <b>32,14</b>  |
| <b>Ingresos</b>              |                |       |                                |       |                |        |                             |                           |       |                |        |               |                                      |       |                |        |               |
| Media (de.)                  | 559,95 (376,0) |       | 598,48 (394,3)                 |       | 491,14 (343,9) |        |                             | 615,46 (430,2)            |       | 448,92 (205,1) |        |               | 629,3 (483,1)                        |       | 468,67 (210,8) |        |               |
| Min                          | 146            |       | 150                            |       | 146            |        |                             | 150                       |       | 146            |        |               | 146                                  |       | 200            |        |               |
| Q1                           | 350            |       | 350                            |       | 362,5          |        |                             | 357,5                     |       | 350            |        |               | 357,5                                |       | 330            |        |               |
| Mediana                      | 420            |       | 500                            |       | 400            |        |                             | 500                       |       | 400            |        |               | 450                                  |       | 400            |        |               |
| Q3                           | 600            |       | 800                            |       | 500            |        |                             | 800                       |       | 500            |        |               | 800                                  |       | 550            |        |               |
| Max.                         | 2000           |       | 2000                           |       | 1600           |        |                             | 2000                      |       | 1000           |        |               | 2000                                 |       | 1000           |        |               |
| <b>Percepción financiera</b> |                |       |                                |       |                |        |                             |                           |       |                |        |               |                                      |       |                |        |               |
| Le es difícil                | 26             | 43,3% | 18                             | 42,9% | 8              | 44,4%  | <b>30,77</b>                | 18                        | 43,9% | 8              | 44,4%  | <b>30,77</b>  | 14                                   | 41,2% | 9              | 47,4%  | <b>39,13</b>  |
| Alcanza justo                | 16             | 26,7% | 9                              | 21,4% | 7              | 38,9%  | <b>43,75</b>                | 9                         | 22,0% | 7              | 38,9%  | <b>43,75</b>  | 11                                   | 32,4% | 5              | 26,3%  | <b>31,25</b>  |
| Cómodo o le va bien          | 17             | 28,3% | 15                             | 35,7% | 2              | 11,1%  | <b>11,76</b>                | 14                        | 34,1% | 2              | 11,1%  | <b>12,50</b>  | 9                                    | 26,5% | 4              | 21,1%  | <b>30,77</b>  |
| No responde                  | 1              | 1,7%  | 0                              | 0,0%  | 1              | 5,6%   | <b>100,00</b>               | 0                         | 0,0%  | 1              | 5,6%   | <b>100,00</b> | 0                                    | 0,0%  | 1              | 5,3%   | <b>100,00</b> |
| <b>Hacinamiento</b>          |                |       |                                |       |                |        |                             |                           |       |                |        |               |                                      |       |                |        |               |
| Si                           | 1              | 1,7%  | 1                              | 2,4%  | 0              | 0,0%   | <b>0,00</b>                 | 1                         | 2,4%  | 0              | 0,0%   | <b>0,00</b>   | 1                                    | 2,9%  | 0              | 0,0%   | <b>0,00</b>   |
| No                           | 59             | 98,3% | 41                             | 97,6% | 18             | 100,0% | <b>30,51</b>                | 40                        | 97,6% | 18             | 100,0% | <b>31,03</b>  | 33                                   | 97,1% | 19             | 100,0% | <b>36,54</b>  |
| <b>Situación vivienda</b>    |                |       |                                |       |                |        |                             |                           |       |                |        |               |                                      |       |                |        |               |
| Arrendada                    | 8              | 13,3% | 3                              | 7,1%  | 5              | 27,8%  | <b>62,50</b> <sup>abc</sup> | 3                         | 7,3%  | 5              | 27,8%  | <b>62,50</b>  | 3                                    | 8,8%  | 5              | 26,3%  | <b>62,50</b>  |
| Propia                       | 43             | 71,7% | 34                             | 81,0% | 9              | 50,0%  | <b>20,93</b>                | 33                        | 80,5% | 9              | 50,0%  | <b>21,43</b>  | 27                                   | 79,4% | 10             | 52,6%  | <b>27,03</b>  |
| Otra                         | 8              | 13,3% | 5                              | 11,9% | 3              | 16,7%  | <b>37,50</b>                | 5                         | 12,2% | 3              | 16,7%  | <b>37,50</b>  | 4                                    | 11,8% | 3              | 15,8%  | <b>42,86</b>  |
| No sabe, no responde         | 1              | 1,7%  | 0                              | 0,0%  | 1              | 5,6%   | <b>100,00</b>               | 0                         | 0,0%  | 1              | 5,6%   | <b>100,00</b> | 0                                    | 0,0%  | 1              | 5,3%   | <b>100,00</b> |

a. p-valor <0,05 Test Exacto de Fisher b. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado c. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado de tendencia lineal

\* p-valor <0,05 \*\* p-valor <0,001 Prueba U de Mann-Whitney

Ingreso x 1.000, de: desviación estándar.

### *Percepción de retraso según tipo de previsión de salud*

La caracterización de los participantes según su tipo de previsión social se distribuye de la siguiente manera: el 73,3% (n=44) se encontraba en el sistema público de salud, FONASA, siendo el tramo más frecuente Fonasa B. El 21,7% (n=13) se encontraba en el sistema privado. 2 personas (3,3% de la muestra) no pertenecían a ningún sistema de salud y 1 (1,7%) no sabía.

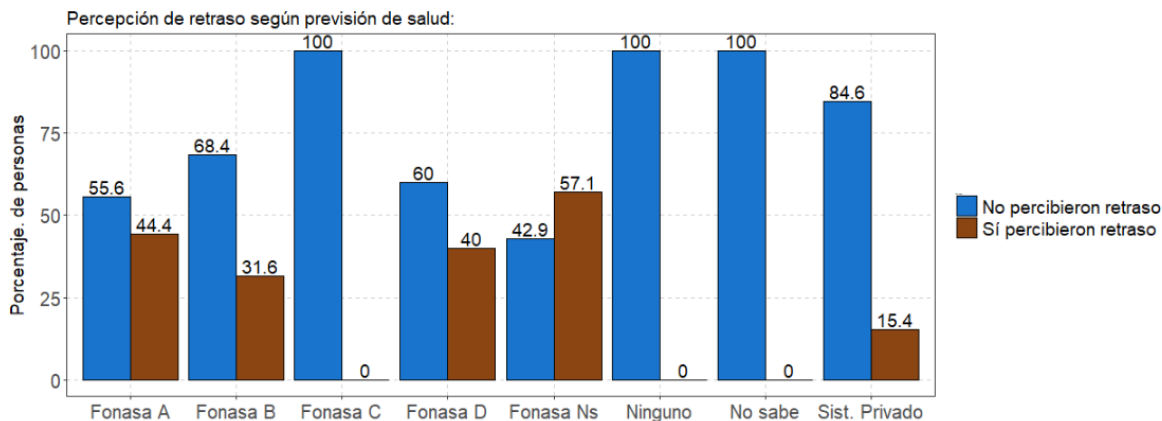
La previsión de salud (desglosada por grupo de Fonasa o para todos los grupos en conjunto) no se asoció significativamente con el retraso en la primera consulta, diagnóstico ni inicio del tratamiento (datos no descritos en tabla). Para cada uno de los tipos de retrasos consultados, el porcentaje de la muestra que indicó no percibir retrasos fue mayor en el grupo afiliado a Isapre.

De forma específica y descriptiva, las personas afiliadas al sistema público FONASA presentaron mayor frecuencia de percepción de retraso que las personas afiliadas a ISAPRES. Específicamente, un 36,4% (IC95%: 23,4% - 51,1%) de la muestra en el sistema público de salud reportó retraso en la primera consulta (vs 15,4% (IC95%:3,3% - 40,9%) en el sistema privado), un 40,9% (IC95%: 27,3% - 55,6%) reportó retraso en el diagnóstico del cáncer de pulmón (vs 25,0% (IC95%:7,6% - 52,9%) en el sistema privado), y un 44,7% (IC95%: 29,8% - 60,4%) reportó retraso en el inicio del tratamiento (vs 8,3% (IC95%: 0,9% - 32,8%) en el sistema privado) (Figura 33).



Figura 33. Sistema previsional de salud según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento en pacientes con cáncer de pulmón. Muestra 60, Chile 2022.

a. Percepción de retraso en la primera consulta en cáncer de pulmón según sistema de salud

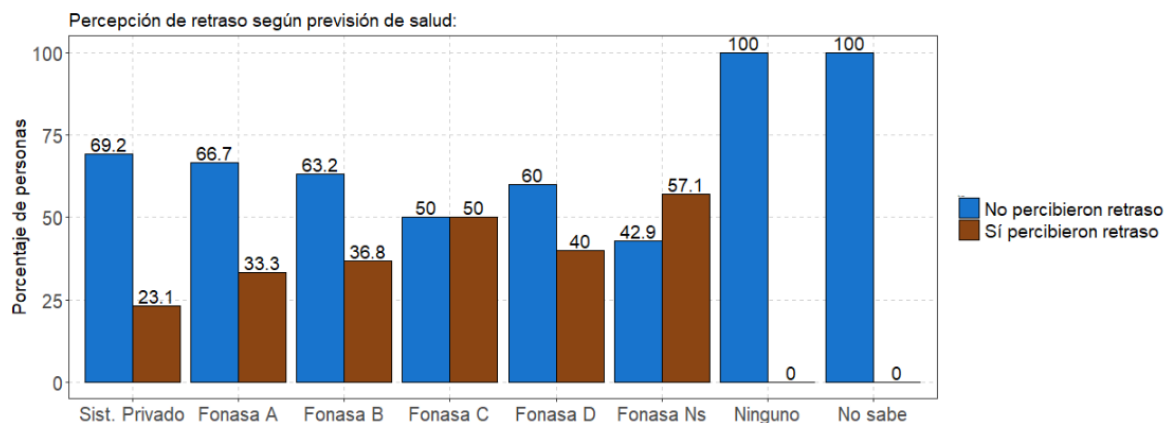


no

|             | Isapre | Fonasa A | Fonasa B | Fonasa C | Fonasa D | Fonasa No sabe | Ninguno | No sabe |
|-------------|--------|----------|----------|----------|----------|----------------|---------|---------|
| Con retraso | 2      | 4        | 6        | 0        | 2        | 4              | 0       | 0       |
| Sin retraso | 11     | 5        | 13       | 4        | 3        | 3              | 2       | 1       |

Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

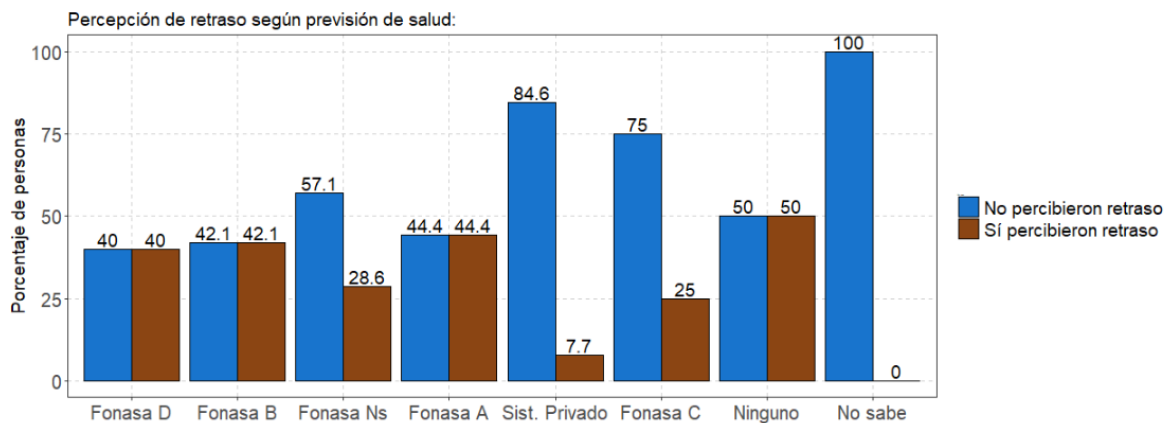
b. Percepción de retraso en el diagnóstico de cáncer de pulmón según sistema de salud



|             | Isapre | Fonasa A | Fonasa B | Fonasa C | Fonasa D | Fonasa No sabe | Ninguno | No sabe |
|-------------|--------|----------|----------|----------|----------|----------------|---------|---------|
| Con retraso | 3      | 3        | 7        | 2        | 2        | 4              | 0       | 0       |
| Sin retraso | 9      | 6        | 12       | 2        | 3        | 3              | 2       | 1       |

Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

c. Percepción de retraso en el inicio del tratamiento de cáncer de pulmón según sistema de salud



|             | Isapre | Ninguno | No sabe | Fonasa A | Fonasa B | Fonasa C | Fonasa D | Fonasa No sabe |
|-------------|--------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| Con retraso | 1      | 1       | 0       | 4        | 8        | 1        | 2        | 2              |
| Sin retraso | 11     | 1       | 1       | 4        | 8        | 3        | 2        | 4              |

Nota: Se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes

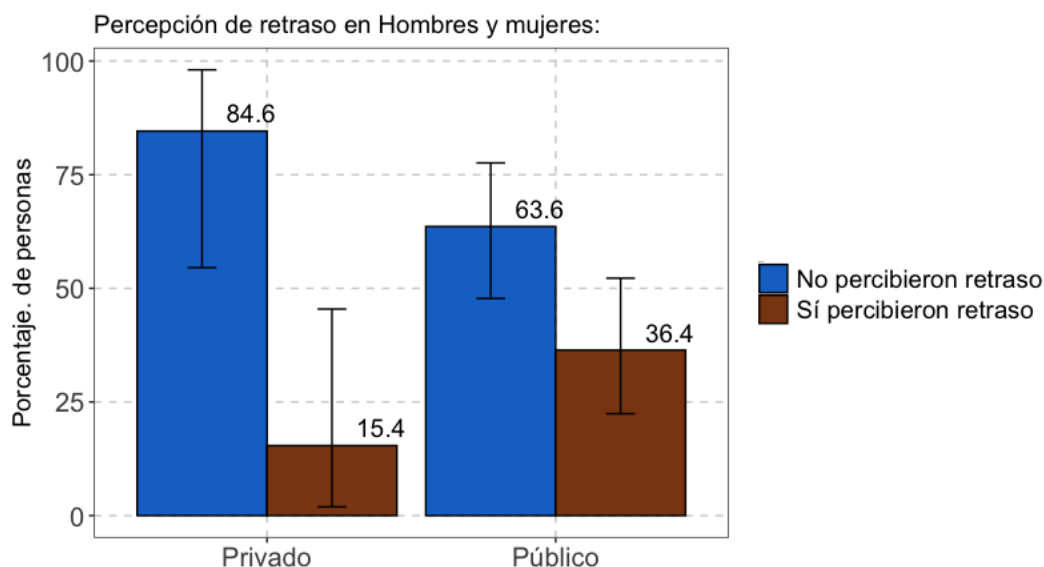
Al agrupar los diferentes grupos de Fonasa y FF.AA. y del orden en sistema público, dentro del grupo de personas que informaron retraso en la primera consulta el 88,9% (n=16) pertenecía a dicho sistema (vs 71,8% en quienes no informaron retraso), el 11,1% (n=11) restante pertenecía al sistema privado. Dentro del sistema público el 36,4% informó retraso en la primera consulta, mientras que en el sistema privado dicho porcentaje fue un 15,4%, sin asociarse de manera significativa.

Similarmente, aquellas personas que reportaban retraso en el diagnóstico contaban con un menor porcentaje de afiliados al sistema privado que aquellos que no reportaban retraso, sin asociarse significativamente. En concreto, un 40,9% de los afiliados al sistema público informaron retraso en el diagnóstico y un 25,0% en los afiliados al sistema privado. Por otra parte, en el caso del retraso en el inicio del tratamiento un 94,4% (n=17) de quienes percibieron retraso se encontraban afiliados al sistema público y un 5,6% (n=1) al sistema privado, en quienes no percibían retraso un 65,6% (n=21) se encontraba afiliado al sistema público y un 34,4% (n=11) al sistema privado.

El retraso en el inicio del tratamiento y previsión de salud se asociaron significativamente, con un 44,7% de personas que percibían retraso en el sistema público y un 8,3% de personas que percibían retraso en el sistema privado (Figura 34).

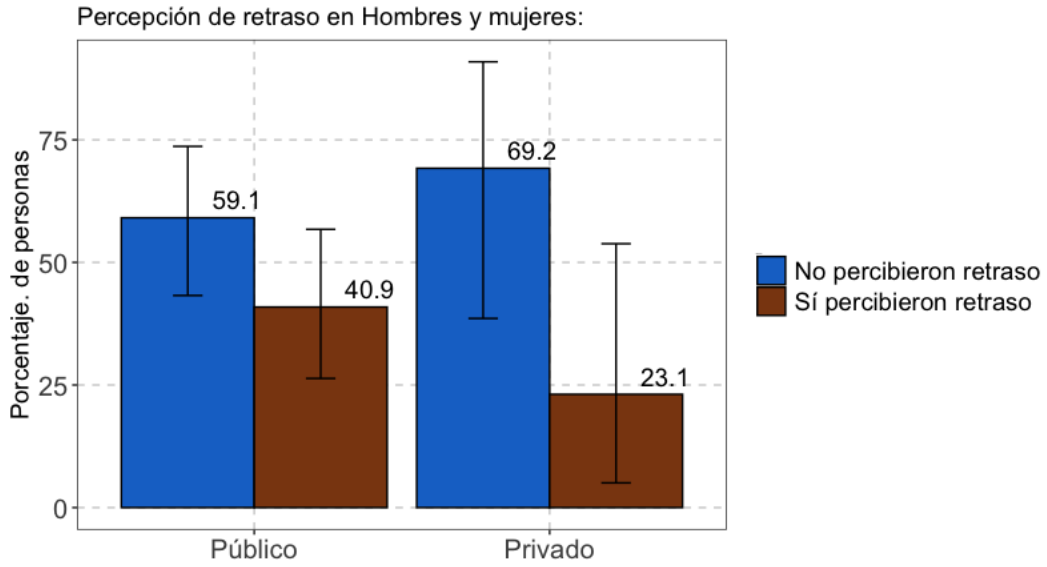
Figura 34. Sistema previsional de salud según percepción de retraso en la primera consulta, hombres y mujeres totales, diagnóstico e inicio del tratamiento en pacientes con cáncer de pulmón. Chile 2022.

a. Percepción de retraso en la primera consulta



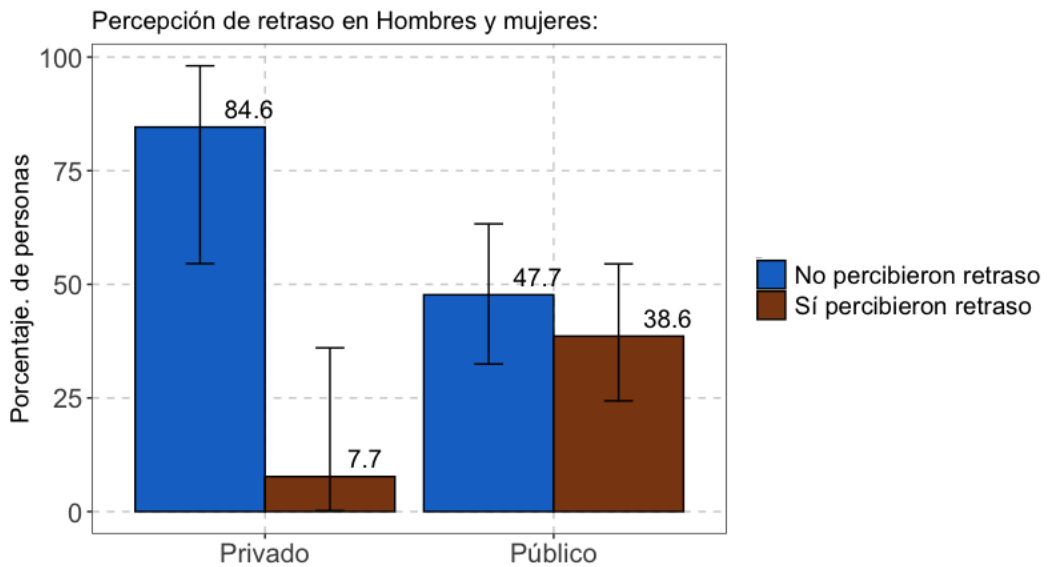
Test exacto de Fisher (p-valor: 0,191) Test Chi-cuadrado (p-valor: 0,153)

b. Percepción de retraso en el diagnóstico



Test exacto de Fisher (p-valor: 0,201) Test Chi-cuadrado (p-valor: 0,153)

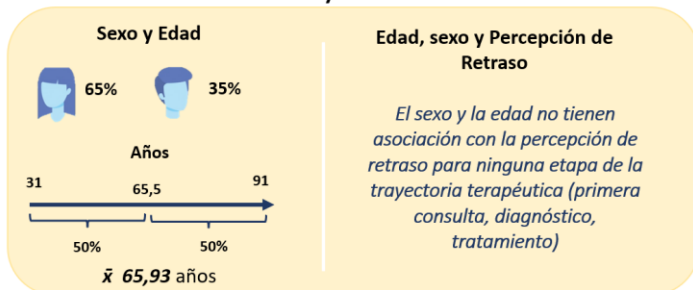
c. Percepción de retraso en el inicio del tratamiento



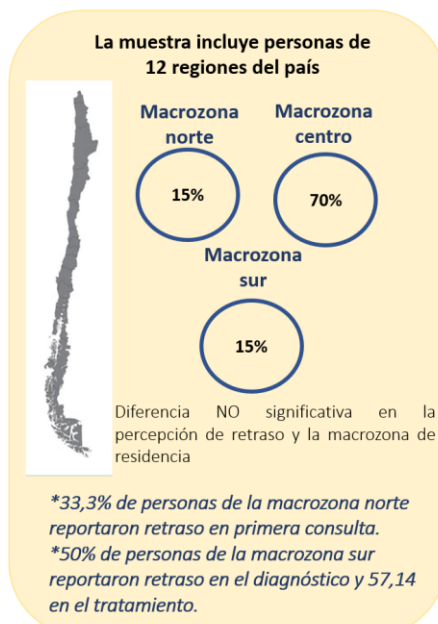
Test exacto de Fisher (p-valor: 0,036) Test Chi-cuadrado (p-valor: 0,)

## Esquema 7: Percepción de retraso y características demográficas, socioeconómicas y de tipo de previsión de salud de pacientes con cáncer de pulmón

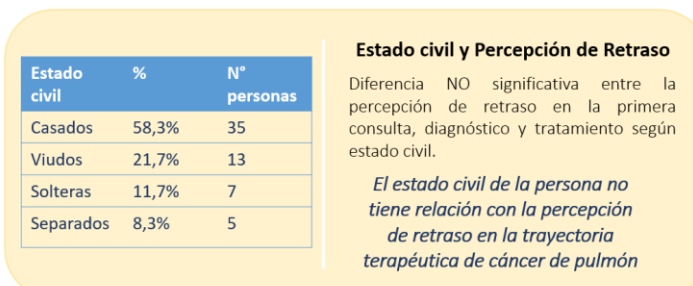
### Sexo y Edad



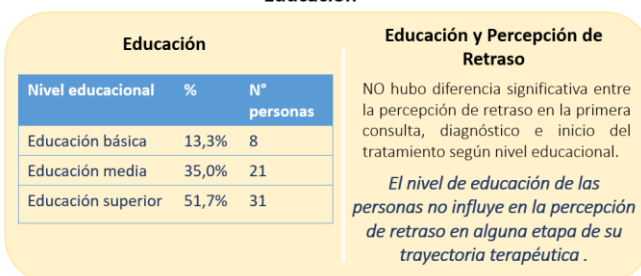
### Macrozona de residencia



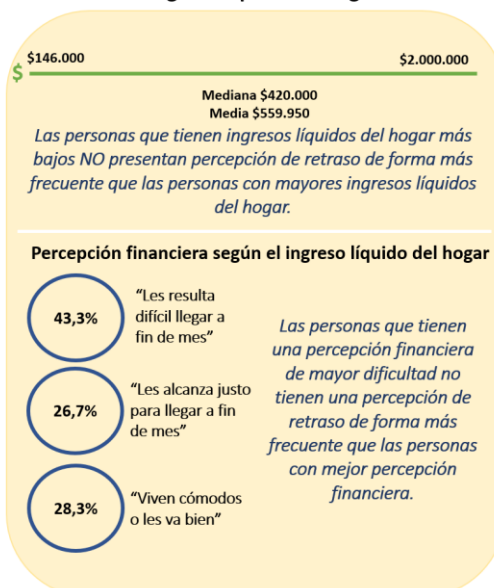
### Estado Civil



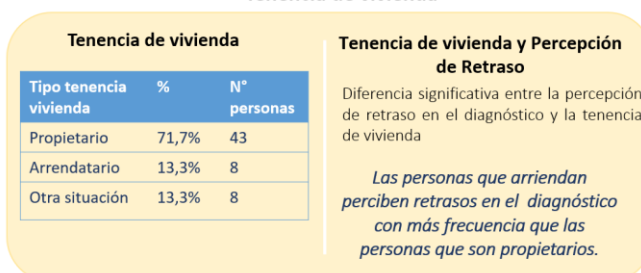
### Educación



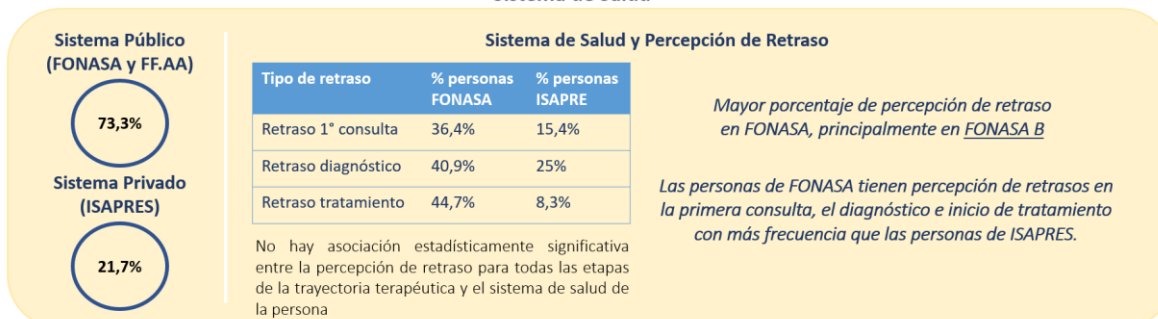
### Ingreso líquido del hogar



### Tenencia de vivienda



### Sistema de Salud



## *Factores asociados a la percepción de retraso: modelos multivariados*

### *Modelo de Regresión logística para retraso en primera consulta (Tabla 26)*

Para el modelo de regresión logística de primera consulta y asociación con variables demográficas y socioeconómicas, la **educación y tenencia de vivienda** resultaron significativas, aunque con intervalos de confianza que superan las 400 unidades de diferencia.

La percepción de **retraso en la primera consulta** asociado al **nivel educacional** categorizado en profesional (superior), básico o media resultó significativo para el modelo ajustado. De forma específica para el modelo ajustado la asociación entre personas con nivel educacional básico versus las con nivel profesional (superior) tienen 28,9 veces más chance de percibir retraso en la primera consulta en comparación a las personas con enseñanza superior (IC 95% 1,57-533,53;  $p=0,024$ ). Para el modelo crudo, las personas con nivel educacional básico tenían 4,79 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas con educación superior, y las personas con educación media tenían menos chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas con educación superior (OR=0,89;  $p=0,87$ ).

Sobre la percepción de **retraso en la primera consulta** asociado al tipo de **tenencia de la vivienda** categorizada en vivienda propia, arrendada, otro tipo de vivienda resultó significativa para ambos modelos al comparar la tenencia de vivienda arrendada versus la tenencia de vivienda propia. De forma específica para el modelo crudo, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 6,29 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que tenían vivienda propia (IC95% 1,26-31,46;  $p=0,025$ ), y para el modelo ajustado, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 22 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que tenían vivienda propia (IC95% 1,05-460;  $p=0,046$ ). Con relación a las personas que indicaron otro tipo de vivienda para el modelo crudo, éstas tenían 2,26 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que tenían vivienda propia, y para el modelo ajustado tenían 3,55 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que tenían vivienda propia.

Las otras variables fueron no significativas y se detallan descriptivamente a continuación:

La **percepción de retraso en la primera consulta y el estado civil** fue categorizada en soltero, casado, separado o viudo. Para el modelo crudo, las personas casadas y separadas o viudas tenían menos chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas solteras (OR=0,39;  $p=0,28$  y OR=0,84;  $p=0,85$  respectivamente). Para el modelo ajustado, las personas casadas y las personas separadas o viudas tenían menos chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas solteras (OR=0,028;  $p=0,055$  y OR=0,052;  $p=0,075$  respectivamente).

La percepción de **retraso en la primera consulta** asociado al **lugar de residencia** categorizado en macrozona norte centro y sur resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas de la macrozona norte tenían 1,11 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas de la macrozona centro; y las personas de la macrozona sur tenían menos chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas de la macrozona centro (OR=0,63; p=0,6). Para el modelo ajustado, las personas de la macrozona norte tenían 2,8 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas de la macrozona centro, y las personas de la macrozona sur tenían menos chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas de la macrozona centro (OR=0,14; p=0,27).

La percepción de **retraso en la primera consulta** asociado a la **percepción financiera** categorizada en “es cómodo llegar a fin de mes”, “llego justo a fin de mes”, “es difícil llegar a fin de mes” resultó no significativa para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 3,33 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar. Las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían 5,83 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar. Para el modelo ajustado, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 2,05 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar, y las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían 6,5 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar.

Para la percepción de **retraso en la primera consulta** y el **sistema de salud** dicotomizados como público y privado resultó ser no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron ser del sistema público tenían 3,14 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron ser del sistema privado. Para el modelo ajustado, las personas que indicaron ser del sistema público tenían 3,41 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron ser del sistema privado.

Tabla 26. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en la primera consulta. Chile 2022.

|   |                  | <i>Retraso en la primera consulta</i> |           |         |                         |            |         |
|---|------------------|---------------------------------------|-----------|---------|-------------------------|------------|---------|
|   |                  | Crudo                                 |           |         | Ajustado**              |            |         |
|   |                  | OR                                    | SE        | p-valor | OR                      | SE         | p-valor |
| <b>Sexo</b>                               | Mujer            | 1,600<br>(0,48-5,34)                  | 0,98<br>4 | 0,445   | 13,973<br>(1,45-134)    | 16,16<br>3 | 0,023   |
| <b>Edad</b>                               | Años             | 0,982<br>(0,93-1,04)                  | 0,02<br>8 | 0,523   | 1,060<br>(0,96-1,16)    | 0,053      | 0,248   |
| <b>Estado civil (ref soltero)</b>         | Casado           | 0,395<br>(0,07-2,15)                  | 0,34<br>1 | 0,282   | 0,028<br>(0,001-1,08)   | 0,052      | 0,055   |
|   | Separado o viudo | 0,848<br>(0,14-4,99)                  | 0,76<br>7 | 0,856   | 0,025<br>(0,00-1,44)    | 0,052      | 0,075   |
| <b>Macrozona (ref metrop)</b>             | Norte            | 1,115<br>(0,24-5,16)                  | 0,87<br>2 | 0,889   | 2,800<br>(0,19-41,86)   | 3,864      | 0,456   |
|   | Sur              | 0,637<br>(0,12-3,50)                  | 0,55<br>4 | 0,604   | 0,146<br>(0,01-4,63)    | 0,257      | 0,275   |
| <b>Ingresos totales</b>                   | Pesos (CLP)      | 1,000<br>(0,999-1,00)                 | 0,00<br>0 | 0,152   | 1,000<br>(0,999-1,00)   | 0,000      | 0,548   |
| <b>Nivel educacional (ref prof)</b>       | Básica           | 4,792<br>(0,93-24,75)                 | 4,01<br>4 | 0,061   | 28,938<br>(1,57-533,53) | 43,02<br>9 | 0,024 * |
|   | Media            | 0,898<br>(0,25-3,25)                  | 0,59<br>0 | 0,870   | 2,288<br>(0,30-17,49)   | 2,375      | 0,425   |
| <b>Percepción Financiera (ref cómodo)</b> | Le es difícil    | 3,333<br>(0,61-18,14)                 | 2,88<br>1 | 0,164   | 2,058<br>(0,15-29,09)   | 2,781      | 0,593   |
|   | Le alcanza justo | 5,833<br>(0,99-34,44)                 | 5,28<br>4 | 0,052   | 5,018<br>(0,40-63,72)   | 6,507      | 0,214   |
| <b>Vivienda (ref propia)</b>              | Arrendada        | 6,296<br>(1,26-31,46)                 | 5,16<br>9 | 0,025 * | 22,008<br>(1,05-460,23) | 34,13<br>9 | 0,046 * |
|   | Otra             | 2,267<br>(0,45-11,33)                 | 1,86<br>1 | 0,319   | 3,558<br>(0,23-55,17)   | 4,976      | 0,364   |
| <b>Sistema de salud (ref privada)</b>     | Público          | 3,144<br>(0,62-15,99)                 | 2,60<br>8 | 0,168   | 3,417<br>(0,11-109,59)  | 6,047      | 0,487   |
|   | cte.             | -                                     | -         | -       | 0,002<br>(0,00-5,29)    | 0,009      | 0,124   |

\* p-valor >0,1 \*\* p-valor >0,5 \*\*\* p-valor=0,221 Prueba de Hosmer y Lemeshow

### *Modelo de regresión logística para la percepción de retraso en el diagnóstico (Tabla 27)*

Para el modelo de regresión logística de retraso en el diagnóstico ninguna variable resultó ser estadísticamente significativa. A continuación, se detallan de forma descriptiva los resultados.

La **percepción de retraso para el diagnóstico asociado al estado civil** fue categorizada en soltero, casado, separado o viudo en contraste con ser soltero. En el modelo crudo las personas casadas y separadas o viudas tenían menos chance de percibir retrasos en el



diagnóstico que las personas solteras (OR=0,35; p=0,22 y OR=0,37; P=28 respectivamente). Para el modelo ajustado, las personas casadas y separadas o viudas tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas solteras (OR=0,07; p=0,09 y OR=0,05; P=0,10 respectivamente).

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado al **lugar de residencia** fue categorizada en macrozona norte, centro y sur resultó. De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas de la macrozona norte tenían menos chance de percibir retraso en el diagnóstico que las personas de la macrozona centro (OR=0,51; p=0,44), y las personas de la macrozona sur tenían 1,8 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas de la macrozona centro. Para el modelo ajustado, las personas de la macrozona norte tenían menos chance de percibir retraso en el diagnóstico que las personas de la macrozona centro (OR=0,39; p=0,44), y las personas de la macrozona sur tenían 1,2 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas de la macrozona centro.

Para la percepción de **retraso en el diagnóstico**, el ingreso no resultó ser estadísticamente significativo, para ninguno de los modelos estimados (crudo, ajustado).

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado al **nivel educacional** fue categorizada en profesional, básico o media. Para el modelo crudo, las personas con nivel educacional medio tenían 1,21 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas con educación superior, y las personas con educación básica tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas profesionales (OR=0,6; p=0,57). Para el modelo ajustado, las personas con nivel educacional media tenían 1,31 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas con educación superior, y las personas con educación básica tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas profesionales (OR=0,44; p=0,49).

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado a la **percepción financiera** fue categorizada en “es cómodo llegar a fin de mes”, “llego justo a fin de mes”, “es difícil llegar a fin de mes. De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 1.37 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes, y las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían la misma chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar (OR=1; p=1). Para el modelo ajustado, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 1.73 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar, y las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar (OR=0,66; p=0,69).

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado al tipo de **tenencia de la vivienda** fue categorizada en vivienda propia, arrendada, otro tipo de vivienda. De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 2,23 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que tenían vivienda propia, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían 1,33 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron vivienda propia. Para el modelo ajustado, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 1.44 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron que tenían vivienda propia, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían menos chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que indicaron vivienda propia (OR=0,45; p=0,45).

La percepción de **retraso en el diagnóstico** asociado al **sistema de salud** fue dicotomizada en público y privado. De forma descriptiva para el modelo crudo las personas del sistema público tenían 2,07 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que del sistema privado. En el modelo ajustado las personas del sistema público tenían 5,28 veces más chance de percibir retrasos en el diagnóstico que las personas que del sistema privado.

Tabla 27. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en el diagnóstico del cáncer de pulmón. Chile 2022.

|   |                  | <i>Retraso en el diagnóstico de cáncer de mama</i> |           |         |                       |           |         |
|---|------------------|--|-----------|---------|-----------------------|-----------|---------|
|   |                  | Crudo  |           |         | Ajustado              |           |         |
|   |                  | OR   | SE        | p-valor | OR                    | SE        | p-valor |
| <b>Sexo</b>                               | Mujer            | 1,630<br>(0,52-5,14)                               | 0,95<br>6 | 0,404   | 2,646<br>(0,52-13,43) | 2,1<br>93 | 0,240   |
| <b>Edad</b>                               | Años             | 0,972<br>(0,93-1,02)                               | 0,02<br>7 | 0,304   | 1,014<br>(0,94-1,10)  | 0,0<br>40 | 0,717   |
| <b>Estado civil (ref soltero)</b>         | Casado           | 0,359<br>(0,07-1,88)                               | 0,30<br>4 | 0,226   | 0,074<br>(0,00-1,64)  | 0,1<br>16 | 0,099   |
|   | Separado o viudo | 0,375<br>(0,06-2,24)                               | 0,34<br>2 | 0,283   | 0,050<br>(0,00-1,84)  | 0,0<br>92 | 0,103   |
| <b>Macrozona (ref metrop)</b>             | Norte            | 0,514<br>(0,09-2,79)                               | 0,44<br>4 | 0,442   | 0,395<br>(0,04-4,23)  | 0,4<br>78 | 0,443   |
|   | Sur              | 1,800<br>(0,39-8,25)                               | 1,39<br>9 | 0,449   | 1,205<br>(0,16-8,89)  | 1,2<br>29 | 0,855   |
| <b>Ingresos totales</b>                   | Pesos (CLP)      | 1,000<br>(0,999-1,00)                              | 0,00<br>0 | 0,103   | 1,000<br>(0,999-1,00) | 0,0<br>00 | 0,280   |
| <b>Nivel educacional (ref prof)</b>       | Básica           | 0,606<br>(0,10-3,52)                               | 0,54<br>5 | 0,577   | 0,446<br>(0,04-4,50)  | 0,5<br>26 | 0,494   |
|   | Media            | 1,212<br>(0,38-3,86)                               | 0,71<br>6 | 0,745   | 1,316<br>(0,24-7,14)  | 1,1<br>36 | 0,750   |
| <b>Percepción Financiera (ref cómodo)</b> | Le es difícil    | 1,375<br>(0,37-5,15)                               | 0,92<br>6 | 0,636   | 1,735<br>(0,25-12,20) | 1,7<br>26 | 0,58    |
|   | Le alcanza justo | 1,000<br>(0,22-4,46)                               | 0,76<br>3 | 1,000   | 0,662<br>(0,08-5,31)  | 0,7<br>03 | 0,698   |
| <b>Vivienda (ref propia)</b>              | Arrendada        | 2,231<br>(0,48-10,32)                              | 1,74<br>4 | 0,305   | 1,440<br>(0,18-11,62) | 1,5<br>34 | 0,732   |

|                                       |         |                      |           |       |                        |           |       |
|---------------------------------------|---------|----------------------|-----------|-------|------------------------|-----------|-------|
|                                       | Otra    | 1,338<br>(0,28-6,46) | 1,07<br>5 | 0,717 | 0,456<br>(0,06-3,57)   | 0,4<br>79 | 0,454 |
| <b>Sistema de salud (ref privada)</b> | Público | 2,077<br>(0,49-8,75) | 1,52<br>4 | 0,319 | 5,285<br>(0,37-75,78)  | 7,1<br>80 | 0,22  |
|                                       | cte.    |                      |           |       | 0,895<br>(0,00- 754,6) | 3,0<br>75 | 0,974 |

\* p-valor >0,1 \*\* p-valor>0,5 \*\*\* p-valor=0,317 Prueba de Hosmer y Lemeshow

*Modelo de regresión logística para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento (Tabla 28).*

Para el modelo de regresión logística de retraso en el inicio del tratamiento ninguna variable resultó ser estadísticamente significativa. La variable tipo de sistema de salud debió ser omitida. A continuación, se detallan de forma descriptiva los resultados.

La **percepción de retraso en el inicio del tratamiento y el estado civil** categorizado en soltero, casado, separado o viudo resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas casadas tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas solteras (OR=0,84; p=0,83), y las personas separadas tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas solteras (OR=0,48; p=0,45). Para el modelo ajustado, las personas casadas tenían 1,62 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas solteras, y las personas separadas tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas solteras (OR=0,71; p=0,81).

La percepción de **retraso en el inicio del tratamiento** asociado al **lugar de residencia** categorizado en macrozona norte centro y sur resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas de la macrozona norte tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro (OR=0,52; p=0,46), y las personas de la macrozona sur tenían 2,46 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro. Para el modelo ajustado, las personas de la macrozona norte tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro (OR=0,47; p=0,55), y las personas de la macrozona sur tenían 3,97 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas de la macrozona centro.

Para la percepción de **retraso en el tratamiento**, el ingreso no resultó ser estadísticamente significativo, para ninguno de los modelos estimados (crudo, ajustado).

La percepción de **retraso en el inicio del tratamiento** asociado al **nivel educacional** categorizado en profesional, básico o media resultó no significativo para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas con nivel educacional básico tenían 2,81 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas con educación superior, y las personas con educación media

tenían 1,05 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas con educación superior. Para el modelo ajustado, las personas con nivel educacional básico tenían 7,21 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas con educación superior, y las personas con educación media tenían 2,11 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas con educación superior.

La percepción de **retraso en el inicio del tratamiento** asociado a la **percepción financiera** categorizada en “es cómodo llegar a fin de mes”, “llego justo a fin de mes”, “es difícil llegar a fin de mes” resultó no significativa para ambos modelos (crudo o ajustado). De forma descriptiva para el modelo crudo, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes tenían 1.44 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar, y las personas que indicaron que les alcanza justo el ingreso del hogar para llegar a fin de mes tenían 1,02 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar. Para el modelo ajustado, las personas que indicaron que les es difícil llegar a fin de mes o que les alcanzaba justo presentaron menos chance de percibir retraso en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que les es cómodo llegar a fin de mes con el ingreso del hogar (OR=0,94; p=0,95 y OR=0,75; p=0,81 respectivamente)

La percepción de **retraso en el inicio del tratamiento** asociado al tipo de **tenencia de la vivienda** categorizada en vivienda propia, arrendada, otro tipo de vivienda resultó significativa en ambos modelos (crudo o ajustado). En el modelo crudo las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 4,5 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que tenían vivienda propia, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían 2,02 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron vivienda propia. Para el modelo ajustado, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 6,33 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron que tenían vivienda propia, y las personas que indicaron otro tipo de tenencia de vivienda tenían menos chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento que las personas que indicaron vivienda propia (OR=0,61; p=0,66).

Tabla 28. Modelos de regresión logística crudos y ajustado por el total de variables sociodemográficas, para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de pulmón. Chile 2022.

|                              |                  | <i>Retraso en el inicio del tratamiento del cáncer de mama</i> |       |         |                         |        |         |
|------------------------------|------------------|--|-------|---------|-------------------------|--------|---------|
|                              |                  | Crudo  |       |         | Ajustado*               |        |         |
|                              |                  | OR   | SE    | p-valor | OR                      | SE     | p-valor |
| <b>Sexo</b>                  | Mujer            | 1,182<br>(0,36-3,91)   | 0,721 | 0,784   | 2,838<br>(0,44-18,22)   | 2,693  | 0,272   |
| <b>Edad</b>                  | años             | 0,951<br>(0,89-1,01)   | 0,030 | 0,112   | 0,956<br>(0,87-1,05)    | 0,045  | 0,337   |
| <b>Estado civil</b>          | Casado           | 0,842<br>(0,16-4,44)   | 0,714 | 0,839   | 1,628<br>(0,11-23,76)   | 2,227  | 0,722   |
|                              | Separado o viudo | 0,485<br>(0,08-3,19)   | 0,466 | 0,451   | 0,711<br>(0,04-12,84)   | 1,049  | 0,817   |
| <b>Macrozona</b>             | Norte            | 0,527<br>(0,10-2,91)   | 0,460 | 0,464   | 0,472<br>(0,04-5,65)    | 0,598  | 0,554   |
|                              | Sur              | 2,462<br>(0,48-12,71)  | 2,062 | 0,282   | 3,973<br>(0,41-38,48)   | 4,603  | 0,234   |
| <b>Ingresos totales</b>      | Pesos (CLP)      | 1,000<br>(0,999-1,00)  | 0,000 | 0,118   | 1,000<br>(0,999-1,00)   | 0,000  | 0,219   |
| <b>Nivel educacional</b>     | Básica           | 2,815<br>(0,52-15,32)  | 2,433 | 0,231   | 7,218<br>(0,65-80,30)   | 8,873  | 0,108   |
|                              | Media            | 1,056<br>(0,29-3,72)   | 0,679 | 0,933   | 2,117<br>(0,34-13,23)   | 1,979  | 0,422   |
| <b>Percepción Financiera</b> | Le es difícil    | 1,446<br>(0,34-6,14)   | 1,066 | 0,617   | 0,940<br>(0,12-7,08)    | 0,968  | 0,952   |
|                              | Le alcanza justo | 1,023<br>(0,21-4,97)   | 0,826 | 0,978   | 0,753<br>(0,07-8,31)    | 0,922  | 0,817   |
| <b>Vivienda</b>              | Arrendada        | 4,500<br>(0,90-22,39)  | 3,684 | 0,066   | 6,339<br>(0,57-70,05)   | 7,770  | 0,132   |
|                              | Otra             | 2,025<br>(0,38-10,68)  | 1,719 | 0,406   | 0,618<br>(0,07-5,42)    | 0,685  | 0,664   |
| <b>Sistema de salud</b>      | Público          | 8,905<br>(1,04-76,04)  | 9,744 | 0,046 * |                         |        |         |
|                              | cte.             |  |       |         | 6,397<br>(0,00-16008,1) | 25,538 | 0,642   |

\* p-valor >0,1 \*\* p-valor>0,5 \*\*\* p-valor=0,317 Prueba de Hosmer y Lemeshow

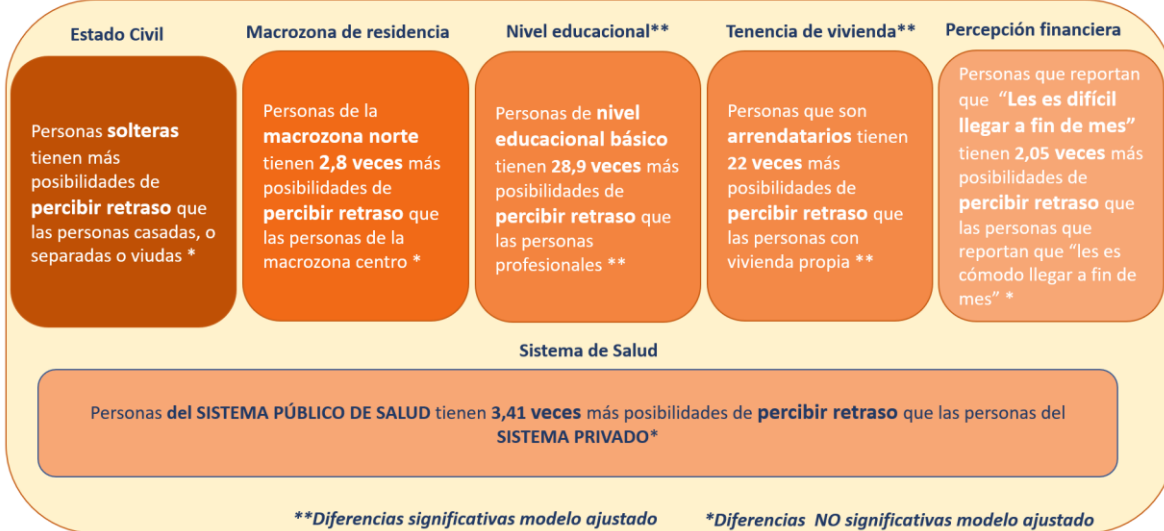
IMPORTANTE: Dado el limitado tamaño de muestra de este análisis, estos resultados deben considerarse solo exploratorios y se requiere de nuevos estudios para su correcto análisis e interpretación. Del mismo modo, dado el tamaño y comportamiento de los datos podría ser de utilidad estimar otros modelos complementarios, como por ejemplo modelos de regresión logística exacta, para contrastar como pruebas de sensibilidad de robustez de estos resultados.

*Esquema 8: Resumen de factores asociados a la percepción de retraso según modelos multivariados para cáncer de pulmón*

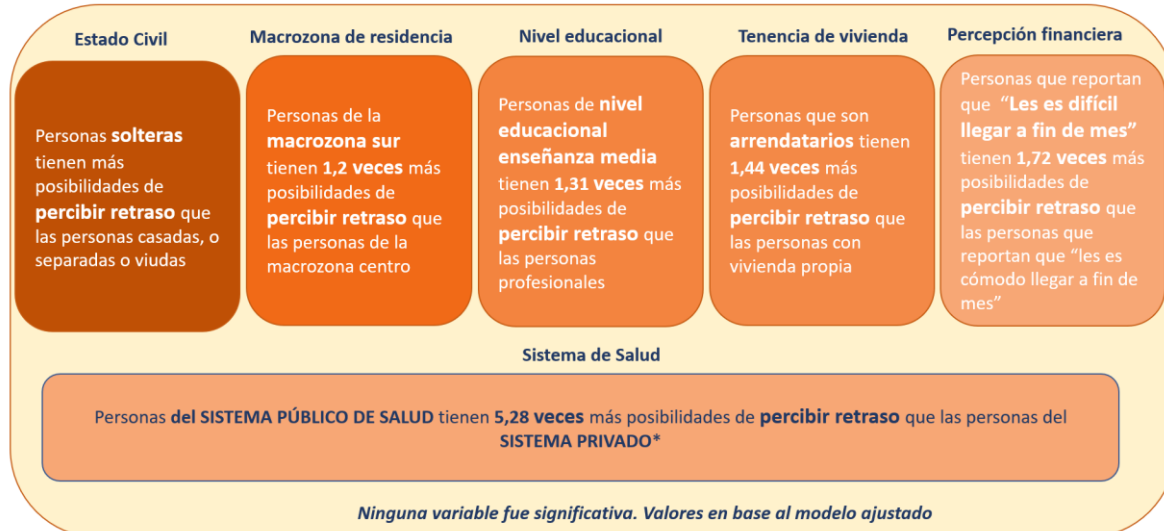
¿Qué es un modelo multivariado?

Un modelo multivariado es una herramienta **de análisis estadístico** que permite analizar la influencia de distintos factores en una situación en particular. En este caso, se analizó la influencia de diversas características de las personas, como nivel educacional, sexo, edad, nivel económico y lugar de residencia en los retrasos de las distintas etapas de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de pulmón.

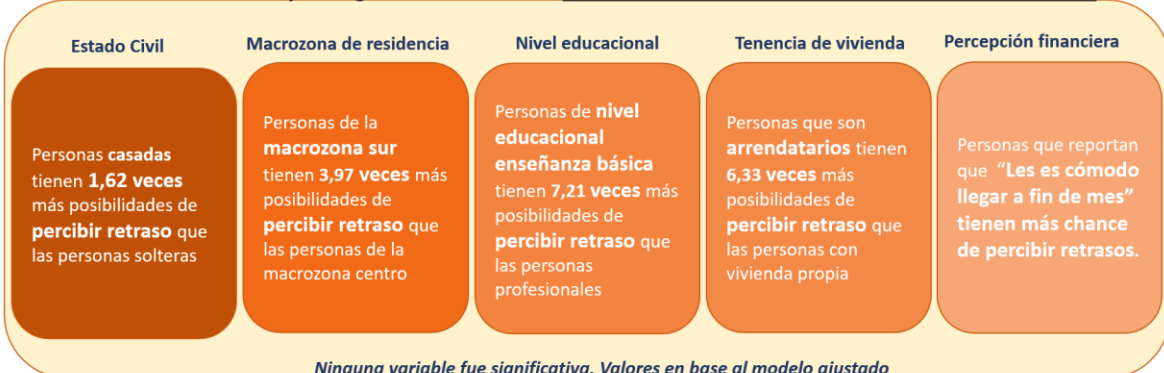
**Factores socioeconómicos y demográficos asociados a la PERCEPCIÓN DE RETRASO PARA LA PRIMERA CONSULTA**



**Factores socioeconómicos y demográficos asociados a la PERCEPCIÓN DE RETRASO PARA EL DIAGNÓSTICO**



**Factores socioeconómicos y demográficos asociados a la PERCEPCIÓN DE RETRASO EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO**



## Percepción de satisfacción y de calidad general según percepción de retraso

### Análisis de variables originales (10 categorías, 0 a 10)

La evaluación de la calidad de la atención en general se asoció significativamente con el retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento de cáncer de pulmón, con una asociación moderada. En general, las personas en el grupo que perciben cualquier tipo de retraso (primera consulta, diagnóstico, tratamiento) calificaron en menor proporción la calidad de la atención con un 10 en comparación a quienes no reportaron retraso según su experiencia. Complementariamente, el grupo de quienes percibían retraso reportaban con mayor frecuencia calificaciones de 0 o 5 que los que no reportaban retrasos. Del total de la muestra, un 11,7% calificaba la calidad de la atención con un 0 o 5 y un 65,1% entre un 8 y un 10. Entre quienes reportaban retraso en la primera consulta el 27,8% calificaba la calidad con un 5 o 0 (vs 4,8% en el grupo sin retraso), entre quienes reportaban retraso en el diagnóstico un 23,8% calificaba la calidad con un 5 o 0 (vs 5,3% en el grupo sin retraso) y entre quienes reportaban retraso en inicio del tratamiento un 8,2% calificaba la calidad con un 5 o 0 (vs 5,8% en el grupo sin retraso) (Tabla 29).

Tabla 29. Evaluación de la calidad de la atención para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento de este.

| Nota        | Total<br>n=60 | Calidad de la atención |                      |                     |                     |                     |                     |         |  |
|-------------|---------------|------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------|--|
|             |               | Sin retraso            |                      | Retraso             |                     | Sin retraso         |                     | Retraso |  |
|             |               | 1º Consulta<br>n=42    | 1º Consulta<br>n=18  | diagnóstico<br>n=38 | diagnóstico<br>n=21 | tratamiento<br>n=34 | tratamiento<br>n=19 |         |  |
| 0           | 6,7%          | 2,4%                   | 16,7% <sup>abc</sup> | 5,3%                | 9,5% <sup>abc</sup> | 2,9%                | 1,6% <sup>abc</sup> |         |  |
| 5           | 5,0%          | 2,4%                   | 11,1%                | 0,0%                | 14,3%               | 2,9%                | 6,6%                |         |  |
| 8           | 6,7%          | 7,1%                   | 5,6%                 | 5,3%                | 9,5%                | 2,9%                | 21,3%               |         |  |
| 9           | 11,7%         | 14,3%                  | 5,6%                 | 15,8%               | 4,8%                | 11,8%               | 11,5%               |         |  |
| 10          | 46,7%         | 57,1%                  | 22,2%                | 60,5%               | 19,0%               | 64,7%               | 23,0%               |         |  |
| No responde | 23,3%         | 16,7%                  | 38,9%                | 13,2%               | 42,9%               | 14,7%               | 31,6%               |         |  |

a. p-valor <0,05 Test Exacto de Fisher b. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado c. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado de tendencia lineal V de Cramer, Retraso en la primera consulta 0,458. Retraso en el diagnóstico 0,547. Retraso en el inicio del tratamiento 0,522

De manera similar, las personas del grupo que percibieron retraso en la primera consulta, diagnóstico o inicio del tratamiento, calificaron en mayor proporción con nota 0 o 5, y en menor proporción con nota 10, la satisfacción con la atención en general que los que no reportaban retraso. El retraso se asoció significativamente con la nota de la satisfacción con la atención en general, en el caso del retraso en la primera consulta y diagnóstico la asociación fue moderada y en el caso del tratamiento fuerte (Tabla 30).

Tabla 30. Evaluación satisfacción con la atención en salud en general para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento de este.

| Nota        | Total | Satisfacción con la atención en general |                      |             |                      |             |                      |         |  |
|-------------|-------|---|----------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|---------|--|
|             |       | Sin retraso                             |                      | Retraso     |                      | Sin retraso |                      | Retraso |  |
|             |       | 1º Consulta                             | 1º Consulta          | diagnóstico | diagnóstico          | tratamiento | tratamiento          |         |  |
|             | n=60  | n=42                                    | n=18                 | n=38        | n=21                 | n=34        | n=19                 |         |  |
| 0           | 10,0% | 2,4%                                    | 27,8% <sup>abc</sup> | 7,9%        | 14,3% <sup>abc</sup> | 0,0%        | 31,6% <sup>abc</sup> |         |  |
| 5           | 6,7%  | 4,8%                                    | 11,1%                | 0,0%        | 14,3%                | 2,9%        | 10,5%                |         |  |
| 8           | 8,3%  | 4,8%                                    | 16,7%                | 5,3%        | 14,3%                | 2,9%        | 21,1%                |         |  |
| 9           | 11,7% | 14,3%                                   | 5,6%                 | 15,8%       | 4,8%                 | 11,8%       | 10,5%                |         |  |
| 10          | 48,3% | 57,1%                                   | 27,8%                | 63,2%       | 23,8%                | 67,6%       | 15,8%                |         |  |
| No responde | 15,0% | 16,7%                                   | 11,1%                | 7,9%        | 28,6%                | 14,7%       | 10,5%                |         |  |

a. p-valor <0,05 Test Exacto de Fisher b. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado c. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado de tendencia lineal V de Cramer, Retraso en la primera consulta 0,489. Retraso en el diagnóstico 0,532. Retraso en el inicio del tratamiento 0,660

*Análisis de variables colapsadas en tres categorías (baja satisfacción/calidad 0-3, media satisfacción/calidad 4-7, alta satisfacción/calidad 8-10)*

Análogo a lo observado de manera desagregada, por 3 categorías quienes perciben retraso en la primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento calificaron en menor proporción la calidad de la atención y satisfacción general como alta (nota 8-10) (Tabla 31).

Tabla 31. Evaluación de la calidad de la atención para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio del tratamiento. Chile 2022.

| Nota       | Total | Calidad de la atención |                     |             |                     |             |                     |         |  |
|------------|-------|------------------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|---------|--|
|            |       | Sin retraso            |                     | Retraso     |                     | Sin retraso |                     | Retraso |  |
|            |       | 1º consulta            | 1º consulta         | diagnóstico | diagnóstico         | tratamiento | tratamiento         |         |  |
|            | n=46  | n=35                   | n=11                | n=33        | n=12                | n=29        | n=13                |         |  |
| Baja: 0-3  | 8,7%  | 2,9%                   | 27,3% <sup>ab</sup> | 6,1%        | 16,7% <sup>ab</sup> | 3,5%        | 23,1% <sup>ab</sup> |         |  |
| Media: 4-7 | 6,5%  | 2,9%                   | 18,2%               | 0,0%        | 25,0%               | 3,5%        | 15,4%               |         |  |
| Alta: 8-10 | 84,8% | 94,3%                  | 54,6%               | 93,9%       | 58,3%               | 93,1%       | 61,5%               |         |  |

2 personas no responden sobre la calidad de la atención

a. p-valor<0,05 Test Chi Cuadrado b. p-valor<0,05 Test Exacto de Fisher

Para el modelo de satisfacción general, el retraso en la primera consulta, en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento resultó ser estadísticamente significativo para las calificaciones entre 0 y 3. De forma detallada, las personas que calificaron con estas notas fueron en un 2,9% de personas sin retraso en la primera consulta versus un 31,3% de personas con retraso en la primera consulta; un 8,6% de personas sin retraso en el diagnóstico versus un 20% de personas con retraso en el diagnóstico; un 0% de personas sin retraso en el inicio del tratamiento versus un 35,3% de personas con retraso en el inicio del tratamiento (Tabla 32).



Tabla 32. Evaluación satisfacción con la atención en salud en general para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio tratamiento. Chile 2022.

| Nota       | Total<br>n=41 | Satisfacción con la atención en general |                     |             |                     |             |                     |         |  |
|------------|---------------|---|---------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|---------|--|
|            |               | Sin retraso                             |                     | Retraso     |                     | Sin retraso |                     | Retraso |  |
|            |               | 1º consulta                             | 1º consulta         | diagnóstico | diagnóstico         | tratamiento | tratamiento         |         |  |
|            | n=35          | n=16                                    | n=35                | n=15        | n=29                | n=17        |                     |         |  |
| Baja: 0-3  | 11,76%        | 2,9%                                    | 31,3% <sup>ab</sup> | 8,6%        | 20,0% <sup>ab</sup> | 0,0%        | 35,3% <sup>ab</sup> |         |  |
| Media: 4-7 | 7,84 %        | 5,7%                                    | 12,5%               | 0,0%        | 20,0%               | 3,5%        | 11,8%               |         |  |
| Alta: 8-10 | 80,39%        | 91,4%                                   | 56,3%               | 91,4%       | 60,0%               | 96,5%       | 52,9%               |         |  |

3 personas no respondieron sobre la satisfacción general

a. p-valor<0,05 Test Chi Cuadrado b. p-valor<0,05 Test Exacto de Fisher

Para las calificaciones entre 4 y 7; y entre 8 y 10 no hubo diferencias significativas. De forma descriptiva para las calificaciones entre 4 y 7, un 5,7% de las personas pertenecía al grupo sin retraso en la primera consulta versus un 12,5% de personas con retraso en la primera consulta; un 0% de personas sin retraso en el diagnóstico versus un 20% de personas con retraso en el diagnóstico; un 3,5% de personas sin retraso en el inicio del tratamiento versus un 11,8% de personas con retraso en el inicio del tratamiento.

De forma descriptiva para las calificaciones entre 8 y 10, un 91,4% de las personas pertenecía al grupo sin retraso en la primera consulta versus un 56,3% de personas con retraso en la primera consulta; un 91,4% de personas sin retraso en el diagnóstico versus un 60% de personas con retraso en el diagnóstico; un 96,5% de personas sin retraso en el inicio del tratamiento versus un 52,9% de personas con retraso en el inicio del tratamiento (Tabla 33).

Tabla 33a. Modelo de regresión ordinal de calidad de la atención y satisfacción general la atención (tres categorías en orden: baja media alta) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón. Chile 2022.

|                                |         | Calidad de la atención |        |        |         | Satisfacción general |        |        |         |
|--------------------------------|---------|------------------------|--------|--------|---------|----------------------|--------|--------|---------|
|                                |         | IC95%                  |        |        |         | IC95%                |        |        |         |
|                                |         | OR                     | Inf.   | Sup.   | p-valor | OR                   | Inf.   | Sup.   | p-valor |
| Retraso primera consulta       | Sí      | 0,184                  | 0,023  | 1,496  | 0,113   | 0,119                | 0,014  | 1,033  | 0,054   |
|                                | No      | Ref.                   |        |        |         | Ref.                 |        |        |         |
| Retraso en el diagnóstico      | Sí      | 0,417                  | 0,049  | 3,520  | 0,422   | 1,393                | 0,161  | 12,065 | 0,764   |
|                                | No      | Ref.                   |        |        |         | Ref.                 |        |        |         |
| Retraso inicio del tratamiento | Sí      | 0,251                  | 0,034  | 1,888  | 0,180   | 0,052                | 0,005  | 0,581  | 0,016   |
|                                | No      | Ref.                   |        |        |         | Ref.                 |        |        |         |
|                                | /corte1 | -4,209                 | -6,273 | -2,145 |         | -4,829               | -7,328 | -2,332 |         |
|                                | /corte2 | -3,380                 | -5,239 | -1,520 |         | -4,074               | -6,393 | -1,755 |         |

Calidad de la atención: Log likelihood = -18,106366 Pseudo R2= 0,2361

Satisfacción general: Log likelihood = -19,1088 Pseudo R2= 0,3287

Tabla 33b. Modelo de regresión ordinal de calidad de la atención y satisfacción general la atención (tres categorías en orden: alta media baja) para el total de la muestra de pacientes con cáncer de pulmón. Chile 2022.

|                                |    | Calidad de la atención |       |        |         | Satisfacción general |       |         |         |
|--------------------------------|----|------------------------|-------|--------|---------|----------------------|-------|---------|---------|
|                                |    | OR                     | IC95% |        | p-valor | OR                   | IC95% |         | p-valor |
|                                |    |                        | Inf.  | Sup.   |         |                      | Inf.  | Sup.    |         |
| Retraso primera consulta       | Sí | 5,442                  | 0,668 | 44,306 | 0,113   | 8,414                | 0,968 | 73,126  | 0,054   |
|                                | No | Ref.                   |       |        |         | Ref.                 |       |         |         |
| Retraso en el diagnóstico      | Sí | 2,397                  | 0,284 | 20,226 | 0,422   | 0,718                | 0,082 | 6,220   | 0,764   |
|                                | No | Ref.                   |       |        |         | Ref.                 |       |         |         |
| Retraso inicio del tratamiento | Sí | 3,972                  | 0,529 | 29,791 | 0,180   | 19,373               | 1,720 | 218,216 | 0,016   |
|                                | No | Ref.                   |       |        |         | Ref.                 |       |         |         |
| /corte1                        |    | 3,380                  | 1,520 | 5,239  |         | 4,074                | 1,755 | 6,393   |         |
| /corte2                        |    | 4,209                  | 2,145 | 6,273  |         | 4,829                | 2,332 | 7,328   |         |

Calidad de la atención: Log likelihood = -18,106366 Pseudo R2= 0,2361

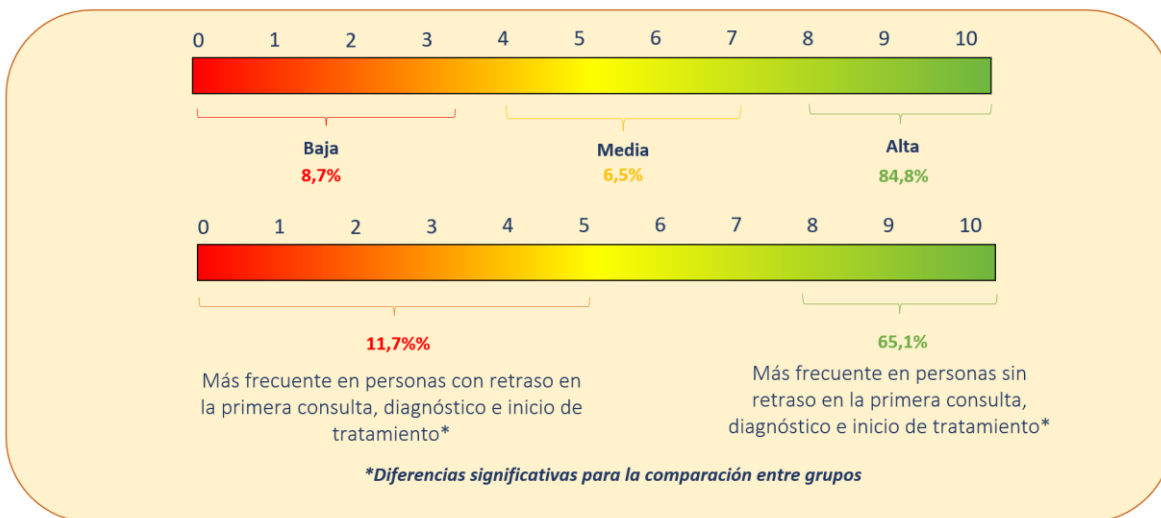
Satisfacción general: Log likelihood = -19,1088 Pseudo R2= 0,3287

*Modelos de regresión logística para variables de calidad y satisfacción en dos categorías (baja-media versus alta)*

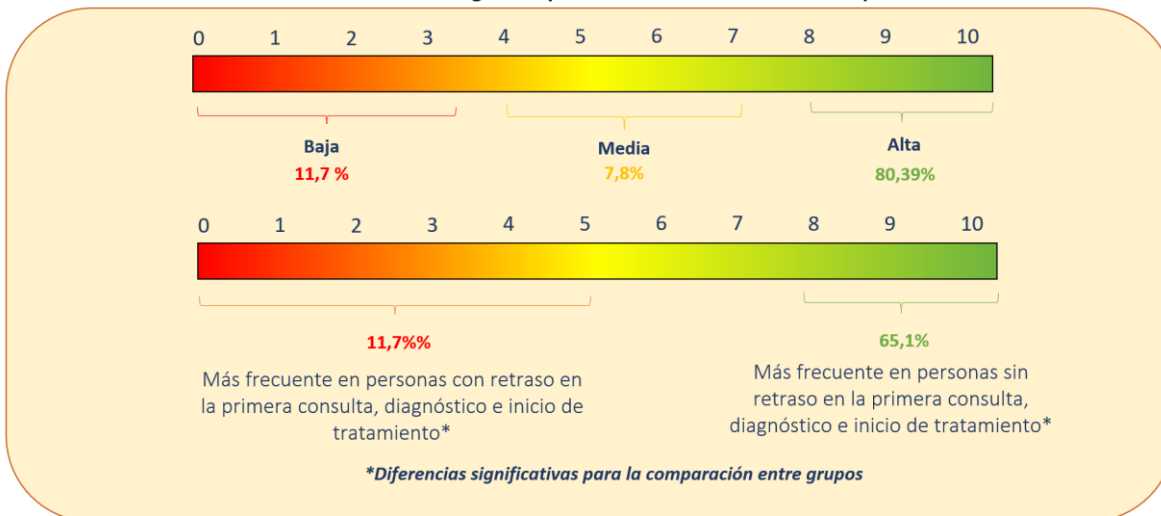
Complementariamente, se intentó estimar modelos de regresión logística para reportar baja-media calidad y satisfacción con la atención recibida (ref=alta). Con ello, se esperaba explorar los factores asociados a reportar baja o media calidad de la atención y de satisfacción global para cáncer de pulmón. Sin embargo, dada el limitado tamaño de muestra no se consiguió un modelo estadístico con suficiente bondad de ajuste (o suficientemente parsimonioso) para presentar en este informe.

*Esquema 9: Percepción de satisfacción y de calidad general según percepción de retraso en pacientes con cáncer de pulmón*

**Evaluación de la calidad de la atención y retraso en la atención en cáncer pulmonar**



**Evaluación de la satisfacción general y retraso en la atención en cáncer pulmonar**



### Tiempos percibidos de retraso o demora: variables numéricas

Para las personas de la muestra transcurrieron 207,7 (desv.estand: 824,2) días en promedio entre la detección del signo, síntoma o hallazgo secundario y la toma de la hora, con una mediana de 1 día. Para el 63,8% (n=30, IC95%: 49,6% - 76,4%) de la muestra transcurrieron 30 días o menos, para el 27,7% (n=13, IC95%: 16,5% - 41,5%) entre 31 días y un año, y para el 8,5% (n=4, IC95%: 2,9% - 19,0%) restante el lapso fue superior a un año, siendo el mayor tiempo 5.318 días (equivalentes a aproximadamente 14,6 años) (Tabla 34). Nota: Esta variabilidad de días de demora corresponde a lo autoreportado por los participantes del estudio, por lo que pueden ser reales o responder a error de registro del dato durante el llenado del cuestionario. Valores extremos pueden revisarse con cautela, pese a una exhaustiva revisión y limpieza de la base de datos antes de su análisis.

En el caso del tiempo entre la detección del primer signo o síntoma y la primera consulta, en promedio para la muestra transcurrieron 234 (desv.estand: 821,8) días con una mediana de 30 días. El 51,3% (n=24 IC95%: 37,1% - 64,9%) de la muestra, que indicó fechas de signo y primera consulta, tuvo una diferencia de 30 días o menos, el 38,3% (n=18 IC95%: 25,4% - 52,6%) entre 31 y 365 días y 10,6% (n=5 IC95%:4,2% - 21,8%) un año o más (Tabla 34).

Entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de pulmón hubo un tiempo promedio de 102,1 (desv.estand: 207,3) días y uno mediano de 4,5 días, siendo el máximo de días transcurridos 943 (aproximadamente 2 años y medio) días. Entre las personas que tenían indicación de comenzar su tratamiento e indicaban las fechas de diagnóstico e inicio del tratamiento (n=44), el 29,5% (n=13, IC95%: 17,7% - 44,0%) tuvo una espera de 0 a 30 días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, 64,3% (n=28, IC45%: 48,9% – 76,6%) entre 31 días y un año y el 6,8% (n=3, IC95%: 0,2% - 17,1%) restante más de un año. (Tabla 34).

Tabla 34. Días transcurridos entre signo, síntoma o hallazgo secundario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento. En base a el autoreporte de fechas, Chile 2022.

|                 | Número de días entre:        |                                    |   |   |
|-----------------|------------------------------|------------------------------------|---|---|
|                 | Signo o síntoma y tomar hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
| Total           | n=47                         | n=47                               | n=54                                      | n=44  |
| Media (d.e.)    | 207,7 (824,2)                | 234,0 (821,8)                      | 102,1 (207,3)                             | 268,1 (1099,2)                                  |
| Mínimo          | 0                            | 0                                  | 0   | 0   |
| Q1              | 0                            | 0                                  | 0   | 2,5   |
| Mediana         | 1                            | 30                                 | 4,5                                       | 79  |
| Q3              | 61                           | 120                                | 90,5                                      | 160,8   |
| Máximo          | 5318                         | 5318                               | 943                                       | 7353  |
| 30 días o menos | 30 (63,8%)                   | 24 (51,1%)                         | 32 (59,3%)                                | 13 (29,5%)                                      |
| 31-365 días     | 13 (27,7%)                   | 18 (38,3%)                         | 16 (29,6%)                                | 28 (63,6%)                                      |
| Más de 365 días | 4 (8,5%)                     | 5 (10,6%)                          | 6 (11,1%)                                 | 3 (6,8%)  |

p-valor<0,001 Test de Kolmogorov- Smirnov, con corrección de Lilliefors para todas las variables analizadas  
8 personas (13,3% del total de la muestra) no habían comenzado su tratamiento

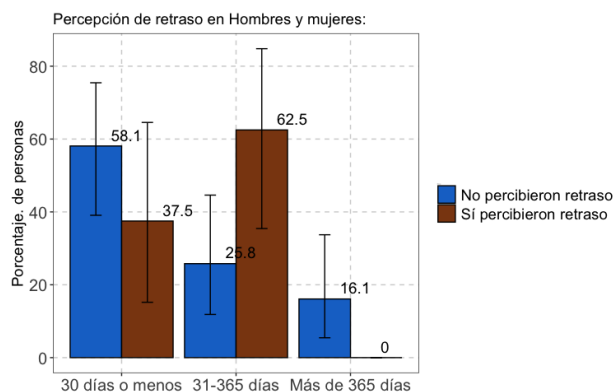
Las personas que informaron retraso en la primera consulta tuvieron una mayor media y mediana (Me:59) de días transcurridos entre la detección del primer signo o síntoma y la primera consulta que las personas que no informaron retraso (Me: 28), sin ser significativa la diferencia entre dichas medianas. Análogamente, entre quienes informaron retraso en la primera consulta el 58,1% (n=18) tuvo un lapso de 30 días o menos entre el signo o síntoma y la primera consulta, el 25,8% (n=8) un lapso entre 31 días y un año y el 16,1% (n=5) más de un año, en comparación con el 37,5%, 62,5% y 0%, respectivamente, en quienes no informaron retraso (Figura 35a).

Análogamente, pero en diferentes magnitudes, ocurre para el retraso en el diagnóstico y los días entre la primera consulta y el diagnóstico, en este caso la diferencia de medianas resulta ser estadísticamente significativas (Figura 35b). Por el contrario, aquellos que informaron retraso en el tratamiento tuvieron una menor mediana (Me: 76) de días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento y mayor porcentaje de personas con un lapso de un mes o menos (35,7%) que los que no informaban retraso (me:80) (Figura 35c).

Figura 35. Días transcurridos entre signo o síntoma, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento, según percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento. En base a el autoreporte de fechas, Chile 2022.

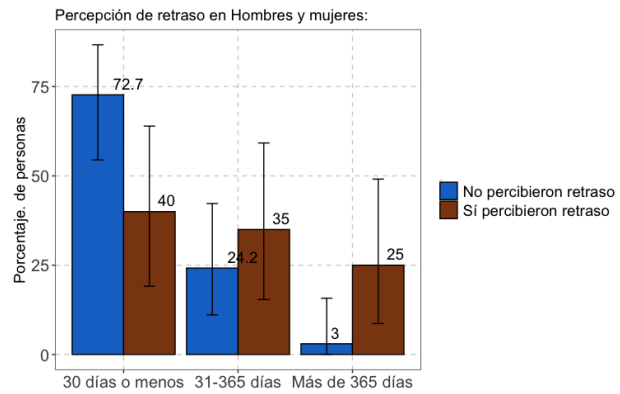
a. Primera consulta pacientes con cáncer de pulmón.

|                 | Días entre signo o síntoma y primera consulta <sup>abc</sup> |             |
|-----------------|--|-------------|
|                 | Retraso en la primera consulta                               |             |
|                 | No   | Sí          |
| Total           | n=31   | n=16        |
| 30 días o menos | 18 (58,1%)   | 6 (37,5%)   |
| 31-365 días     | 8 (25,8%)  | 10 (62,5%)  |
| Más de 365 días | 5 (16,1%)  | 0 (0,0%)    |
| Q1/Q3           | 0 / 163  | 0 / 79,8    |
| Mediana         | 28   | 59          |
| Media (d.e.)    | 320,3 (1004)   | 66,9 (90,7) |
| p-valor         |  | 0,909       |



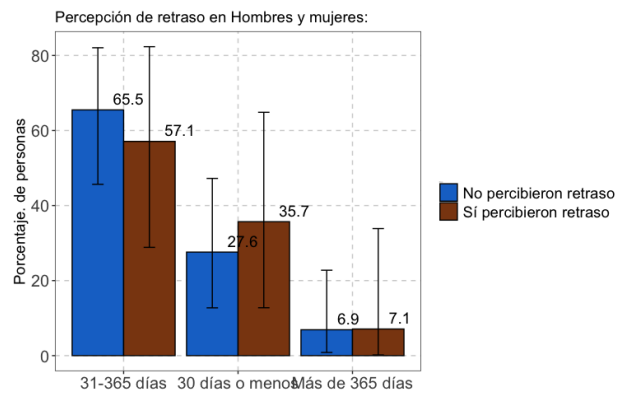
b. Diagnóstico del cáncer de pulmón.

|                 | Días entre primera consulta y diagnóstico del cáncer <sup>abc</sup> |               |
|-----------------|---|---------------|
|                 | Retraso en el diagnóstico   |               |
|                 | No  | Sí            |
| Total           | n=33  | n=20          |
| 30 días o menos | 24 (72,7%)  | 8 (40,0%)     |
| 31-365 días     | 8 (24,2%)   | 7 (35,0%)     |
| Más de 365 días | 1 (3,0%)  | 5 (25,0%)     |
| Q1/Q3           | 0 / 31,5  | 0,8 / 430,3   |
| Mediana         | 0   | 61,5          |
| Media (d.e.)    | 31,2 (76,1)   | 207,6 (294,6) |
| p-valor         | 0,003   |               |



c. Inicio del tratamiento del cáncer de pulmón.

|                 | Días entre diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |               |
|-----------------|--|---------------|
|                 | Retraso en el tratamiento                                  |               |
|                 | No   | Sí            |
| Total           | n=29   | n=14          |
| 30 días o menos | 8 (27,6%)  | 5 (35,7%)     |
| 31-365 días     | 19 (65,5%)   | 8 (57,1%)     |
| Más de 365 días | 2 (6,9%)   | 1 (7,1%)      |
| Q1/Q3           | 13,5 / 148,5   | 0 / 216,5     |
| Mediana         | 80   | 76            |
| Media (d.e.)    | 349,9 (1351)   | 113,7 (133,0) |
| p-valor         | 0,927  |               |



a. p-valor <0,05 Test Exacto de Fisher b. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado c. p-valor <0,05 Test Chi-cuadrado de tendencia lineal  
p – valor: Prueba U de Mann-Whitney  
d.e. desviación estándar  
Nota: No se consideró la no respuesta para la estimación de porcentajes.

La cantidad de días transcurridos entre el primer signo o síntoma y el pedir hora se correlacionó significativamente con la cantidad de días transcurridos entre el primer signo o síntoma y la primera consulta, donde a medida que aumenta uno también aumenta el otro (coef. de correlación: 0,800). Los otros lapsos de tiempo analizados no se correlacionaron entre si (Tabla 35).

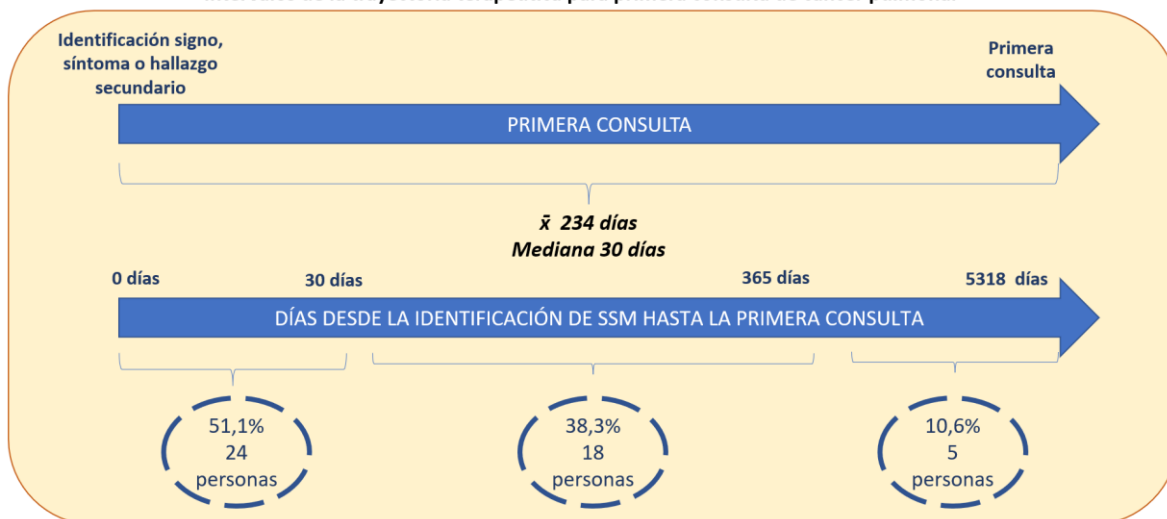
Tabla 35. Correlación entre días transcurridos entre signo, síntoma o hallazgo secundario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento. Chile 2022.

|   | Signo o síntoma y pedir hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
|---|------------------------------|------------------------------------|---|---|
| Signo o síntoma y pedir hora                    | 1                            |                                    |   |   |
| Signo o síntoma y primera consulta              | 0,800 **                     | 1                                  |   |   |
| Primera consulta y diagnóstico del cáncer       | -0,120                       | -0,091                             | 1   |   |
| Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento | 0,129                        | 0,070                              | -0,110                                    | 1   |

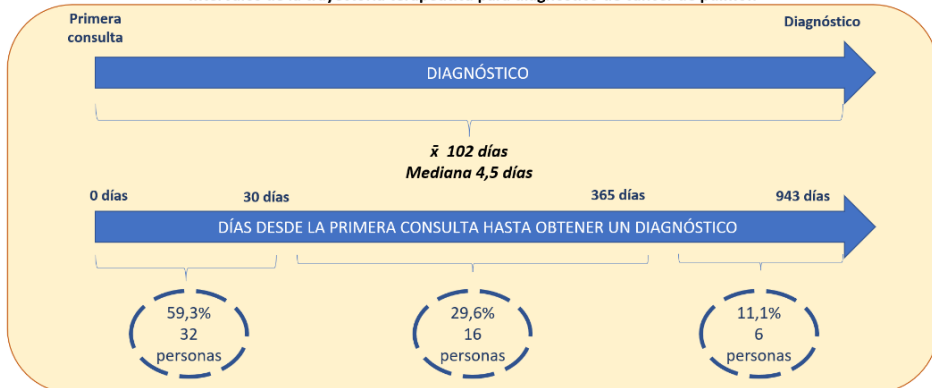
Correlación Rho de Spearman. \* p-valor<0,05 \*\* p-valor<0,01

## Esquema 10: Resumen intervalos en la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de pulmón

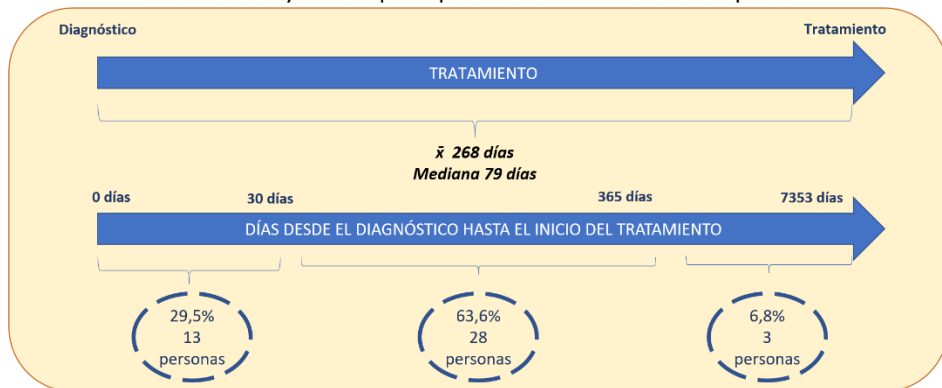
### Intervalos de la trayectoria terapéutica para primera consulta de cáncer pulmonar



### Intervalos de la trayectoria terapéutica para diagnóstico de cáncer de pulmón



### Intervalos de la trayectoria terapéutica para inicio de tratamiento de cáncer de pulmón



Las personas que informaron retraso en el diagnóstico tuvieron una mayor media y mediana para los días entre la primera consulta y el diagnóstico \*

Por el contrario, aquellos que informaron retraso en el tratamiento tuvieron una menor mediana de días entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento \*

La cantidad de días transcurridos entre el primer signo o síntoma y el pedir hora se correlacionó significativamente con la cantidad de días transcurridos entre el primer signo o síntoma y la primera consulta, donde a medida que aumenta uno también aumenta el otro (coef. de correlación: 0,800).

**\*Diferencias significativas para la comparación entre grupos**

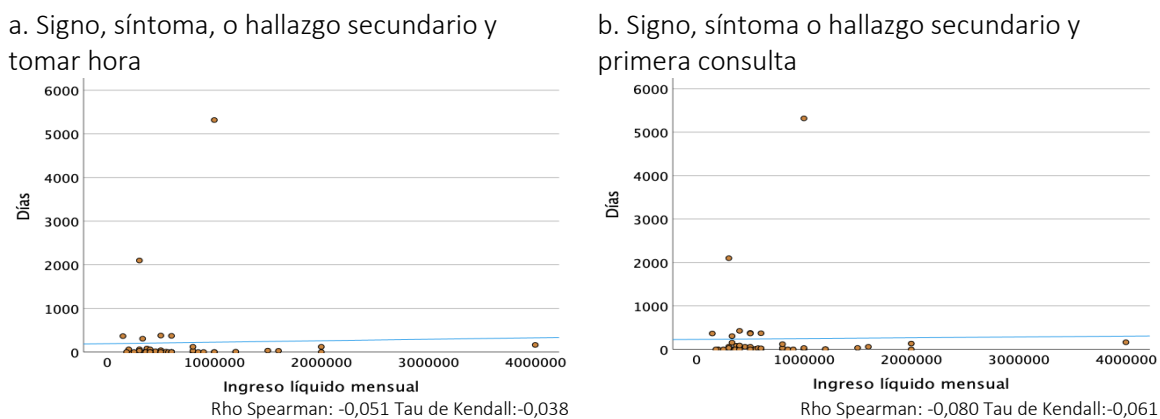


No hubo diferencias significativas en el número de días entre detección del primer signo o síntoma, tomar hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento por estado civil, macrozona de residencia, nacionalidad o pertenencia a pueblos originarios, a un nivel de significación de 0,05. Descriptivamente, el tiempo mediano entre el signo o síntoma y pedir hora fue mayor en mujeres, casados o convivientes, residentes de la macrozona centro, chilenos y quienes no pertenecen a pueblos originarios. En el caso del tiempo entre signo o síntoma y la primera consulta del cáncer, la mediana fue mayor mujeres, casados o convivientes, residentes de la macrozona centro, otra nacionalidad y no pertenecientes a pueblos originarios.

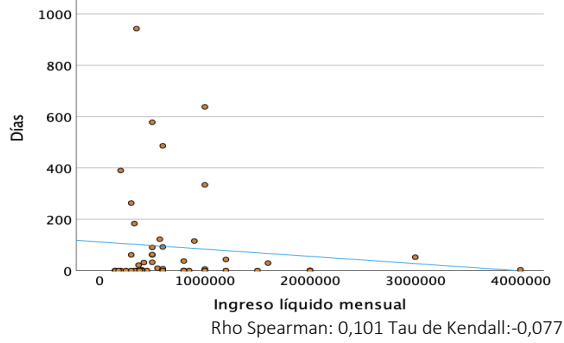
En el caso del tiempo entre la primera consulta y el diagnóstico, las mayores medianas fueron en mujeres, solteros, residentes de la zona norte, chilenos y otra nacionalidad y personas pertenecientes a pueblos originarios. Mientras que, para el tiempo entre el diagnóstico del cáncer y el comienzo del tratamiento, las mayores medianas fueron en hombres, separados, anulados, divorciados o viudos, residentes de la macrozona centro, personas con doble nacionalidad y quienes desconocen su pertenencia a pueblos originarios (Tabla 36). Todo esto teniendo en consideración que no se tienen más de 4 personas en los grupos con nacionalidad exclusivamente chilena ni en los grupos de personas que pertenecen o desconocen su pertenencia a pueblos originarios.

El ingreso y la edad no se correlacionaron de manera significativa con ninguno de los lapsos de tiempo analizados. Para la edad, descriptivamente las correlaciones lineales fueron escasas, con un Rho de Spearman que no superan el 0,2 o -0,2 (Figura 36-37).

Figura 36. Correlación del ingreso total con días transcurridos entre signo, síntoma o cambio mamario, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento. Chile 2022.



c. Primera consulta y diagnóstico del cáncer de pulmón



d. Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento

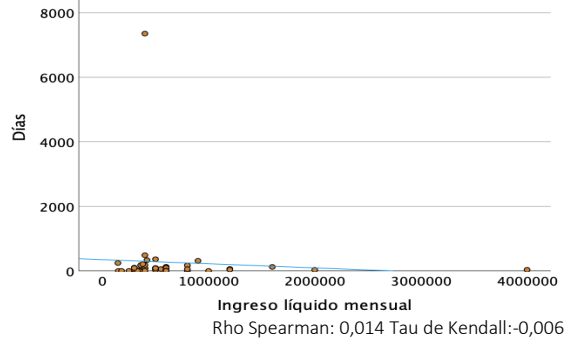
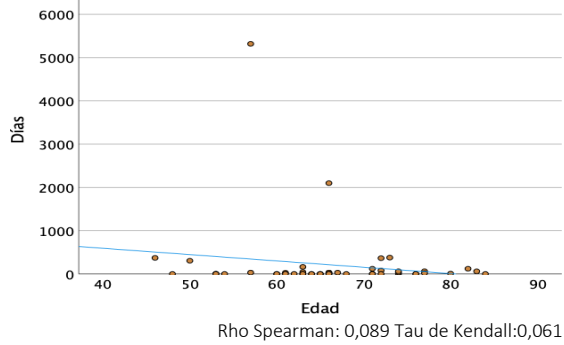
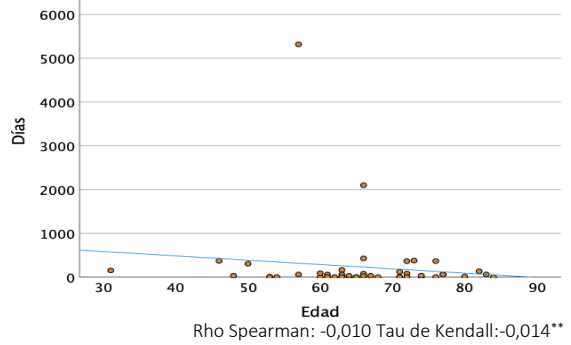


Figura 37. Correlación de la edad con días transcurridos entre signo o síntoma, toma de hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento. Chile 2022.

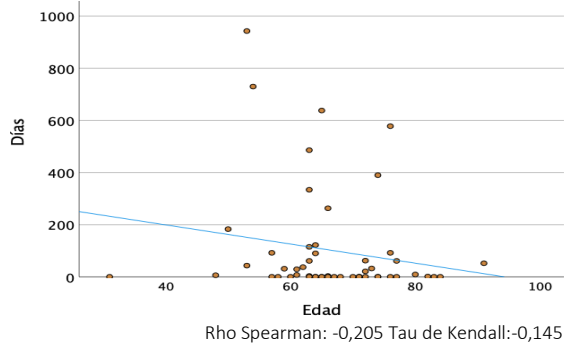
a. Signo, síntoma y tomar hora



b. Signo, síntoma y primera consulta



c. Primera consulta y diagnóstico del cáncer



d. Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento

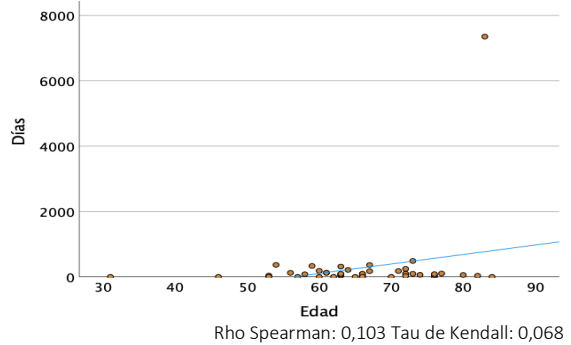


Tabla 36. Medianas y medias de días transcurridos entre etapas de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de pulmón según características demográficas. Chile, 2022.

|                             | Número de días entre:        |                                    |   |   |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|---|
|                             | Signo o síntoma y pedir hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
| <b>Sexo</b>                 |                              |                                    |   |   |
| Hombre                      | n=16                         | n=15                               | n=17                                      | n=14  |
| Media (de.)                 | 21,5 (36,1)                  | 78,1 (135,3)                       | 106,6 (227,9)                             | 168,3 (158,7)                                   |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 0 – 32,5                 | 0 – 1 – 88                         | 0 – 0 – 46,5                              | 47,5 – 94 – 341,3                               |
| Mujer                       | n=31                         | n=32                               | n=37                                      | n=30  |
| Media (de.)                 | 303,8 (1006,4)               | 307,1 (988,2)                      | 100,1 (200,3)                             | 314,6 (1331,6)                                  |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 8 – 120                  | 0,3 – 30,5 – 148                   | 0 – 9 – 92                                | 0 – 59 – 122,5                                  |
| <b>Estado civil</b>         |                              |                                    |   |   |
| Casados o convivientes      | n=27                         | n=26                               | n=29                                      | n=26  |
| Media (de.)                 | 140,0 (407,3)                | 184,8 (414,4)                      | 114,2 (224,0)                             | 103,3 (122,4)                                   |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 8 – 120                  | 0 – 59 – 198,5                     | 0 – 6 – 92                                | 19,8 – 70,5 – 122,5                             |
| Separado, viudo, divorciado | n=15                         | n=15                               | n=18                                      | n=12  |
| Media (de.)                 | 391,4 (1366,1)               | 395,3 (1364,9)                     | 43,1 (69,1)                               | 706,0 (2095,7)                                  |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 1 – 60                   | 0 – 7 – 60                         | 0 – 0 – 68,3                              | 10 – 89,5 – 227,3                               |
| Soltero                     | N=5                          | n=6                                | n=7                                       | n=6   |
| Media (de.)                 | 22,2 (34,8)                  | 44,0 (61,8)                        | 203,7 (229,5)                             | 106,2 (145,2)                                   |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 1 – 55                   | 0 – 15,5 – 98,3                    | 0 – 21 – 638                              | 0 – 49 – 221,3                                  |
| <b>Macrozona</b>            |                              |                                    |   |   |
| Norte                       | n=6                          | n=6                                | n=9                                       | n=7   |
| Media (de.)                 | 412,2 (839,0)                | 412,2 (839,0)                      | 18,9 (31,8)                               | 90,6 (91,0)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0,8 – 4 – 798,5              | 0,8 – 4 – 789,5                    | 0 – 0 – 40                                | 2 – 80 – 177                                    |
| Centro                      | n=36                         | n=35                               | n=37                                      | n=30  |
| Media (de.)                 | 200,8 (882,9)                | 236,6 (892,9)                      | 125,7 (238,9)                             | 346,9 (1327,8)                                  |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 4,5 – 61,8               | 0 – 59 – 120                       | 0 – 9 – 103,5                             | 19,8 – 87 – 139                                 |
| Sur                         | n=5                          | n=6                                | n=8                                       | n=7   |
| Media (de.)                 | 12 (16,4)                    | 40,7 (57,0)                        | 86,9 (135,7)                              | 107,9 (177,7)                                   |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 0 – 30                   | 0 – 30 – 61,5                      | 0 – 3 – 220,3                             | 0 – 41 – 173                                    |
| <b>Nacionalidad</b>         |                              |                                    |   |   |
| Chilena                     | n=44                         | n=43                               | n=48                                      | n=39  |
| Media (de.)                 | 221,9 (850,6)                | 252,2 (857,5)                      | 93,9 (199,0)                              | 283,9 (1166,7)                                  |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 7,5 – 61,8               | 0 – 31 – 120                       | 0 – 2 – 61                                | 4 – 80 – 124                                    |
| Chilena y otra              | n=2                          | n=2                                | n=3                                       | n=3   |
| Media (de.)                 | 0 (0)                        | 0 (0)                              | 274,3 (394,9)                             | 241,7 (188,3)                                   |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 0 – 0                    | 0 – 0 – 0                          | 31 – 62 – .                               | 25 – 334 – .                                    |
| Otra                        | n=1                          | n=2                                | n=3                                       | n=2   |
| Media (de.)                 | -                            | 76,5 (108,2)                       | 60,7 (52,5)                               | 0 (0)   |
| Q1 – Mediana – Q3           | -                            | 0 – 76,5 – .                       | 0 – 90 – .                                | 0 – 0 – 0                                       |
| <b>Pueblos originarios</b>  |                              |                                    |   |   |
| No pertenece                | n=43                         | n=43                               | n=47                                      | n=37  |
| Media (de.)                 | 226,8 (860,0)                | 255,5 (856,8)                      | 100,9 (199,3)                             | 282,8 (1198,8)                                  |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 7 – 62                   | 0 – 33 – 133                       | 0 – 6 – 92                                | 3 – 78 – 123                                    |
| Pertenece                   | n=3                          | n=3                                | n=3                                       | n=3   |
| Media (de.)                 | 2,7 (4,6)                    | 3,7 (6,4)                          | 246,3 (418,9)                             | 141,0 (196,9)                                   |
| Q1 – Mediana – Q3           | 0 – 0 – .                    | 0 – 0 – .                          | 0 – 9 – .                                 | 0 – 57 – .                                      |
| No sabe, no responde        | n=1                          | n=1                                | n=4                                       | n=4   |
| Media (de.)                 | -                            | -                                  | 7,8 (15,5)                                | 227,3 (165,0)                                   |
| Q1 – Mediana – Q3           | -                            | -                                  | 0 – 0 – 23,3                              | 53 – 273 – 355,8                                |

\* p-valor <0,05 \*\* p-valor<0,01 Prueba U de Mann-Whitney de desviación estándar

No hubo diferencias estadísticamente significativas por nivel educacional ni percepción financiera. Descriptivamente, para todos los lapsos de tiempo analizados la mediana fue mayor en el grupo de personas con educación básica que en los de educación media o superior. En los tres grupos de nivel educacional (básica, media, profesional) el lapso en días entre el diagnóstico e inicio de tratamiento presentó las medianas más altas, 212, 82 y 48 respectivamente.

Respecto a la percepción financiera, el grupo de personas que indicó que el ingreso del hogar les alcanzaba justo para llegar a fin de mes presentó las medianas más altas para el lapso en días entre el signo o síntoma y pedir hora (mediana=17,5 días), entre el signo o síntoma y la primera consulta (mediana 80 días), y entre la primera consulta y el diagnóstico (mediana=12 días). Para el lapso entre el diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento la mediana fue mayor en el grupo al que le resulta difícil llegar a fin de mes (mediana=85,5 días).

La situación de tenencia de la vivienda presentó diferencias significativas para el tiempo entre el signo o síntoma y pedir hora, donde las personas con vivienda propia tienen una mediana de 23 días versus las personas que arriendan con una mediana de 0 días, para los otros lapsos de tiempo analizados no hubo diferencias significativas (Tabla 37).

Tabla 37. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo o síntoma, pedir hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento, según características socioeconómicas. Chile 2022.

|                                 | Número de días entre:        |                                    |   |   |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|---|
|                                 | Signo o síntoma y pedir hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
| <b>Nivel educacional</b>        |                              |                                    |   |   |
| Básica                          | n=6                          | n=5                                | n=8                                       | N=5   |
| Media (de.)                     | 85,7 (108,8)                 | 108,4 (109,9)                      | 86,8 (136,8)                              | 1616,8 (3208,3)                                 |
| Q1 – Mediana – Q3               | 25,5 – 51 – 122              | 59 – 59 – 182,5                    | 0 – 30 – 152,5                            | 92,5 – 212 – 3843                               |
| Media                           | n=17                         | n=17                               | n=19                                      | N=15  |
| Media (de.)                     | 147,4 (504,5)                | 194,7 (507,3)                      | 176,3 (292,4)                             | 111,5 (128,4)                                   |
| Q1 – Mediana – Q3               | 0 – 1 – 47,5                 | 0 - 11 – 126,5                     | 0 – 1 – 334                               | 0 – 82 – 101                                    |
| Técnico sup. o profesional      | n=24                         | n=25                               | n=27                                      | N=24  |
| Media (de.)                     | 281,0 (1080,2)               | 285,9 (1055,3)                     | 54,5 (129,9)                              | 84,9 (111,0)                                    |
| Q1 – Mediana – Q3               | 0 – 0 – 67,5                 | 0 – 28 – 120,5                     | 0 – 3 – 52                                | 0,5 – 48 – 123,5                                |
| <b>Percepción financiera</b>    |                              |                                    |   |   |
| Les es difícil                  | n=21                         | n=20                               | n=24                                      | n=18  |
| Media (de.)                     | 148,7 (458,0)                | 163,9 (466,4)                      | 80,6 (203,5)                              | 515,5 (1711,6)                                  |
| Q1 – Mediana – Q3               | 0 – 1 – 61,5                 | 0 – 29,5 – 81,5                    | 0 – 0 – 61,8                              | 0 – 85,5 – 199                                  |
| Le alcanza justo                | n=12                         | n=13                               | n=14                                      | n=13  |
| Media (de.)                     | 496,9 (1522,1)               | 538,4 (1444,2)                     | 63,5 (151,9)                              | 87,3 (103,5)                                    |
| Q1 – Mediana – Q3               | 0 – 17,5 – 110               | 4 – 80 – 371,5                     | 0 – 12 – 54,8                             | 0 – 82 – 110                                    |
| Cómodo, le va bien              | n=13                         | n=13                               | n=15                                      | n=12  |
| Media (de.)                     | 52,1 (105,5)                 | 55,5 (104,6)                       | 130,7 (204,8)                             | 84,6 (86,7)                                     |
| Q1 – Mediana – Q3               | 0 – 8 – 37,5                 | 0 – 24 – 46                        | 0 – 9 – 263                               | 36,5 – 59 – 114,5                               |
| <b>Situación de la vivienda</b> | *                            |                                    |   |   |
| Propia                          | n=34                         | n=33                               | n=39                                      | N=30  |

|                   |                          |                  |               |                     |
|-------------------|--------------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Media (de.)       | 273,6 (962,8)            | 309,6 (973,0)    | 86,2 (165,5)  | 114,6 (112,7)       |
| Q1 – Mediana – Q3 | 0 – 23 – 90 <sup>a</sup> | 1 – 33 – 148     | 0 – 7 – 62    | 38,8 – 91,5 – 136,3 |
| Arrendada         | n=5                      | n=6              | n=7           | N=6                 |
| Media (de.)       | 0,0 (0,0)                | 53,3 (63,8)      | 26,4 (44,1)   | 43,7 (75,5)         |
| Q1 – Mediana – Q3 | 0 – 0 – 0 <sup>b</sup>   | 0 – 39,5 – 104,3 | 0 – 0 – 90    | 0 – 0 – 104,5       |
| Otra              | n=7                      | n=7              | n=7           | N=7                 |
| Media (de.)       | 65,9 (136,5)             | 65,9 (136,5)     | 176,7 (351,4) | 1104,0 (2758,3)     |
| Q1 – Mediana – Q3 | 0 – 0 – 60               | 0 – 0 – 60       | 0 – 0 – 263   | 0 – 0 – 334         |

\* p-valor <0,05 \*\* p-valor<0,001 Prueba Kruskal-Wallis para muestras independientes

a,b: las medianas difieren estadísticamente (p-valor<0,05)

de. desviación estándar

No hubo diferencias estadísticamente significativas por sistema previsional de salud en las medianas de los días transcurridos entre el signo o síntoma, pedir hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento. Descriptivamente, la mediana de los días transcurridos fue mayores en aquellos afiliados al sistema público (Tabla 38).

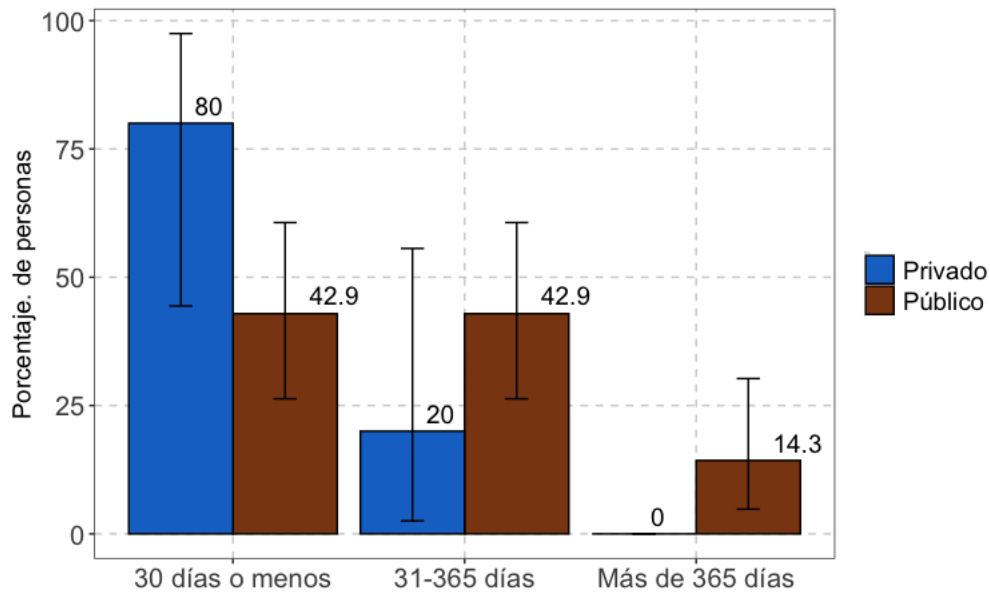
En aquellos afiliados al sistema privado, el 80%(n=8) tuvo 30 días o menos entre el primer signo o síntoma y la primera consulta (vs 42,9% sistema público), el 20,0% entre 31 y 365 días (vs 42,9% sistema público) (Figura 38). Para el tiempo entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de pulmón, el 58,3%(n=7) de los afiliados al sistema privado tuvo 30 días o menos entre el primer signo o síntoma y la primera consulta (vs 58,97% sistema público), el 25,0% entre 31 y 365 días (vs 30,8% sistema público) y el 16,7% restante más de un año (vs 10,3% sistema público) (Figura 39). Finalmente, para el tiempo entre el diagnóstico e inicio del tratamiento el 10%(n=1) de los afiliados al sistema privado tuvo 30 días o menos entre el primer signo o síntoma y la primera consulta (vs 31,3% sistema público), el 70% entre 31 y 365 días (vs 65,6% sistema público) y el 20% restante más de un año (vs 3,1% sistema público) (Figura 40).

Tabla 38. Días transcurridos medianos y medios entre detección del primer signo o síntoma, tomar hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento, según sistema previsional de la salud. Chile 2022.

|                         | Número de días entre:        |                                    |   |   |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|---|
|                         | Signo o síntoma y tomar hora | Signo o síntoma y primera consulta | Primera consulta y diagnóstico del cáncer | Diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento |
| <b>Sistema de salud</b> |                              |                                    |   |   |
| Público                 | n=35                         | N=35                               | n=39                                      | n=32  |
| Media (de.)             | 266,3 (950,8)                | 301,2 (945,6)                      | 93,8 (194,5)                              | 324,0 (1286,7)                                  |
| Q1 – Mediana – Q3       | 0 – 8 – 61                   | 0 – 59 – 153                       | 0 – 6 – 92                                | 0 – 86,5 – 163,8                                |
| Privado                 | n=10                         | N=10                               | n=12                                      | n=10  |
| Media (de.)             | 32,1 (59,3)                  | 33,4 (61,5)                        | 151,5 (266,6)                             | 142,4 (159,0)                                   |
| Q1 – Mediana – Q3       | 0 – 0,5 – 52,5               | 0 – 0,5 – 55,8                     | 0 – 5 – 266                               | 34,8 – 70,5 – 221,3                             |

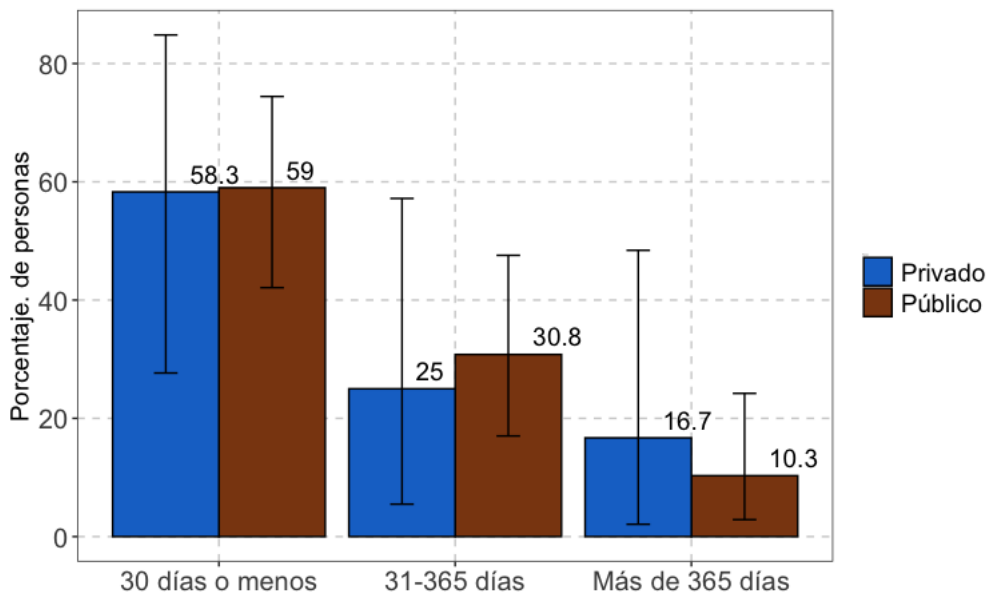
\*\* p-valor<0,01 Prueba U de Mann-Whitney

Figura 38. Distribución de días transcurridos entre detección del primer signo o síntoma, y la primera consulta según sistema previsional de salud. Muestra 60, Chile 2022.



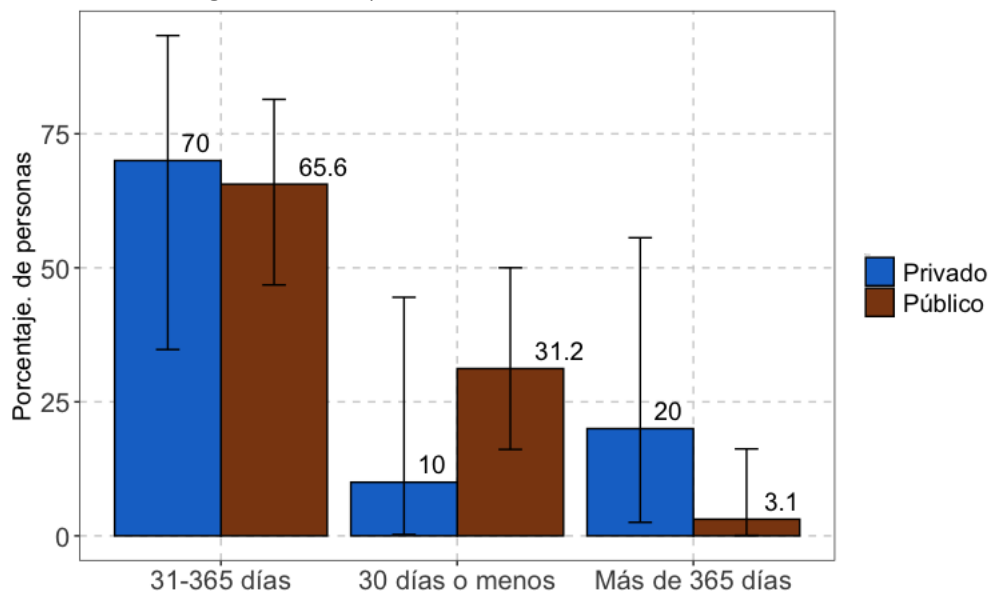
Test exacto de Fisher (p-valor: 0,152)

Figura 39. Distribución de días transcurridos entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de pulmón según sistema previsional la salud. Muestra 60, Chile 2022.



Test exacto de Fisher (p-valor: 0,794)

Figura 40. Distribución de días transcurridos entre el diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento de este según sistema previsional de salud. Muestra 60, Chile 2022.



Test exacto de Fisher (p-valor: 0,046)

Esquema 11: Resumen intervalos de tiempo en la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de mama y determinantes sociales

| Intervalos de la trayectoria terapéutica de pacientes con cáncer de pulmón |  |  |  |   |             |
|--|--|--|--|---|-------------|
|  | Identificación signo, síntoma o hallazgo secundario                                      | Decisión de consultar  | Primera consulta   | Diagnóstico   | Tratamiento |
|  | TRAYECTORIA TERAPÉUTICA  |  |  |   |             |
|  | <b><math>\bar{x}</math> 207 días</b><br><b>Mediana 1 día</b>                             | <b><math>\bar{x}</math> 234 días</b><br><b>Mediana 30 días</b>                           | <b><math>\bar{x}</math> 102 días</b><br><b>Mediana 4,5 días</b>                          | <b><math>\bar{x}</math> 268 días</b><br><b>Mediana 79 días</b>                            |             |
| <b>Sexo</b>  | $\bar{x}$ hombre 21 días<br>$\bar{x}$ mujer 303 días                                     | $\bar{x}$ hombre 78 días<br>$\bar{x}$ mujer 307 días                                     | $\bar{x}$ hombre 106 días<br>$\bar{x}$ mujer 100 días                                    | $\bar{x}$ hombre 168 días<br>$\bar{x}$ mujer 314 días                                     |             |
| <b>Estado civil</b>  | $\bar{x}$ casados 140 días<br>$\bar{x}$ separados 391 días<br>$\bar{x}$ solteros 22 días | $\bar{x}$ casados 184 días<br>$\bar{x}$ separados 395 días<br>$\bar{x}$ solteros 44 días | $\bar{x}$ casados 114 días<br>$\bar{x}$ separados 43 días<br>$\bar{x}$ solteros 203 días | $\bar{x}$ casados 103 días<br>$\bar{x}$ separados 706 días<br>$\bar{x}$ solteros 106 días |             |
| <b>Macrozona residencia</b>  | $\bar{x}$ norte 412 días<br>$\bar{x}$ centro 200 días<br>$\bar{x}$ sur 12 días           | $\bar{x}$ norte 412 días<br>$\bar{x}$ centro 236 días<br>$\bar{x}$ sur 40 días           | $\bar{x}$ norte 18 días<br>$\bar{x}$ centro 125 días<br>$\bar{x}$ sur 86 días            | $\bar{x}$ norte 90 días<br>$\bar{x}$ centro 346 días<br>$\bar{x}$ sur 107 días            |             |
| <b>Nivel educacional</b>   | $\bar{x}$ básico 85,7 días<br>$\bar{x}$ media 147 días<br>$\bar{x}$ superior 281 días    | $\bar{x}$ básico 108 días<br>$\bar{x}$ media 194 días<br>$\bar{x}$ superior 285 días     | $\bar{x}$ básico 86 días<br>$\bar{x}$ media 176 días<br>$\bar{x}$ superior 54 días       | $\bar{x}$ básico 1616 días<br>$\bar{x}$ media 111 días<br>$\bar{x}$ superior 84 días      |             |
| <b>Sistema de salud</b>  | $\bar{x}$ público 266 días<br>$\bar{x}$ privado 32 días                                  | $\bar{x}$ público 301 días<br>$\bar{x}$ privado 33 días                                  | $\bar{x}$ público 93 días<br>$\bar{x}$ privado 151 días                                  | $\bar{x}$ público 324 días<br>$\bar{x}$ privado 142 días                                  |             |
| <i>No hay Diferencias significativas</i>                                   |  |  |  |   |             |



## CONCLUSIONES

### Visión general de los resultados del estudio

El cáncer como grupo de enfermedades es una patología que genera un gran impacto en los dominios de la salud, de la economía y en los ámbitos sociales de una persona, afectando también a su núcleo cercano, a la comunidad, y al país. El cáncer de mama y de pulmón son un problema sociosanitario a nivel mundial y nacional, debido a sus altas incidencias, muertes asociadas y el impacto que tiene en distintas dimensiones de las personas, tanto a nivel biológico, como psicológico y social, generando un impacto negativo en la calidad de vida de quienes viven estos diagnósticos.

El presente reporte de fase cuantitativa del estudio “Identificando brechas en trayectorias terapéuticas de pacientes adultos con cáncer de mama y pulmón en Chile: Develando desigualdades en la atención de patologías priorizadas”. El propósito general de este estudio fue analizar las brechas existentes en diversas trayectorias terapéuticas de pacientes adultos con cáncer de mama y pulmón en Chile, según condiciones socioeconómicas y de tipo de sistema de salud, de acuerdo con pacientes y equipos tratantes de patologías priorizadas para este estudio. En específico, este reporte da cuenta de los primeros dos objetivos específicos de estudio: (i) Identificar brechas en trayectorias terapéuticas generales de pacientes adultos en Chile con dos tipos de cáncer priorizados (mama y pulmón), conforme a las etapas de identificación de síntomas, decisión de consultar, atención efectiva de salud, diagnóstico, inicio de tratamiento, efectos adversos, resultado terapéutico y calidad y satisfacción con la atención de salud; y (ii) Analizar brechas en trayectorias terapéuticas generales de pacientes adultos en Chile con dos tipos de cáncer priorizados (mama y pulmón), conforme a las etapas de previamente indicadas, según perfil demográfico general, condiciones socioeconómicas, tipo de previsión de salud y antecedentes clínicos.

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

## En cáncer de mama destacan los siguientes resultados principales...

La muestra se caracterizó por tener un 98,9% de mujeres chilenas (93,9%) y sin pertenencia a pueblos originarios (54%). El promedio de edad fue 51,7 años con una mediana de 51 años. La muestra tenía personas de las 16 regiones del país, un 71,9% residía en la macrozona central y un 60% estaba casado o convivía con pareja. Sobre las características socioeconómicas, el 58,9% de la muestra tenía educación técnica o superior, una mediana de ingresos de \$800.000 mil pesos y el 63,5% tenía vivienda propia. La caracterización del sistema de salud fue de un 71,7% de las personas pertenecían al sistema público (FONASA y FF.AA.) y un 28,9% al sistema privado. El análisis de percepción de retraso para las distintas etapas de la trayectoria terapéutica (primera consulta, diagnóstico, tratamiento) fue analizada según distintas variables demográficas y socioeconómicas. Los principales resultados fueron:

La **primera consulta** fue realizada el mismo día de la detección del signo o cambio mamario en el 12,17% de la muestra, el 63,11% de la muestra realizó la primera consulta dentro del primer mes, y el 36,89% restante luego del primer mes y en algunos casos fue después de un año. Sobre la **percepción de retraso** en la primera consulta, el 24,33% refirió haber percibido retraso en la primera consulta. Para un 26% los motivos de este retraso fueron motivos personales, principalmente por tener responsabilidades de cuidado de otros y no tener tiempo antes para ir, estar asustado/a, no querer ir. El 70% indicó que el motivo de su retraso fue por el sistema de salud, principalmente por haber sido la primera hora disponible, por llegar a la consulta, pero no ser atendido, no saber dónde ir y no tener dinero para llegar a la consulta. Las características demográficas para la percepción de retraso en la primera consulta estuvieron relacionadas significativamente a la edad, siendo 2-3 años menores las personas que refirieron retraso. El estado civil no presentó significación estadística para la percepción de retraso en la primera consulta, siendo los porcentajes entre solteros y casados o convivientes cercanos. La macrozona de residencia fue significativa para la percepción de retraso en la primera consulta siendo la macrozona norte la con mayor porcentaje de retraso. Sobre las características socioeconómicas no hubo asociación significativa entre el nivel educacional y la percepción de retraso para la primera consulta, descriptivamente, las personas con solo educación básica percibieron con mayor frecuencia retrasos en la primera consulta. El ingreso líquido del hogar no se asoció estadísticamente de forma significativa, sin embargo, las medias y medianas de los ingresos del hogar son menores en el grupo con percepción de retraso. El sistema de salud se asoció significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, siendo un 29,5% de las personas del sistema público que percibieron retraso en comparación a un 13,3% en el sistema privado. Para los modelos de regresión logística, el tipo de sistema de salud fue la única variable significativa asociada al retraso en la primera consulta, específicamente, las personas pertenecientes al sistema público tenían 3,72 (IC95% OR:2,20 – 6,28) veces más chance de percibir retraso en la primera consulta que los pertenecientes al sistema privado. Las otras variables fueron no significativas.

El **diagnóstico** fue logrado en el 54,38% de la muestra durante el primer mes luego de la detección del primer signo o síntoma, el 45,6% restante posterior al mes. Para el **retraso en el diagnóstico**, el 24,57% refirió haber percibido retraso en el diagnóstico. Para un 79% los motivos de este retraso fueron motivos personales, principalmente por tener otras responsabilidades y no haber podido asistir antes o por no querer ir. El 20,9% indicó que el motivo de su retraso fue por el sistema de salud, principalmente por no conseguir horas para un examen, no conseguir hora en el oncólogo, porque el lugar de consulta quedaba muy lejos, por no ser atendido en la consulta o porque no sabía dónde ir. Las características demográficas para la percepción de retraso en el diagnóstico estuvieron relacionadas no significativamente al estado civil soltero, quienes presentaron mayores porcentajes de retraso en el diagnóstico del cáncer (35,6% IC95%:22,8% - 50,1%). Sobre las características socioeconómicas no hubo asociación significativa entre el nivel educacional y la percepción de retraso en el diagnóstico, descriptivamente, las personas con solo educación básica percibieron con mayor frecuencia retrasos en el diagnóstico. El ingreso líquido del hogar no se asoció estadísticamente de forma significativa, sin embargo, las medias y medianas de los ingresos del hogar son menores en el grupo con percepción de retraso. El sistema de salud no se asoció significativamente con la percepción de retraso en el diagnóstico, descriptivamente un 26,7% de las personas del sistema público percibieron retraso en comparación a un 18,4% en el sistema privado. Para los modelos de regresión logística, la variable de estado civil fue significativa para el modelo crudo, siendo el grupo separado o viudo quienes presentaron menor chance de retraso en el diagnóstico. Las otras variables fueron no significativas.

El **inicio del tratamiento** después del diagnóstico fue realizado en un 59,7% de la muestra durante el primer mes, en un 25,1% durante los primeros 3 meses, y un 3,8% después de los 3 meses. Sobre el **retraso al inicio del tratamiento** por cáncer de mama, el 23,19% del total de muestra, afirmó haber tenido un retraso en el inicio del tratamiento de cáncer de mama, quienes en un 13,11% indicaron que su retraso fue por motivos personales, principalmente por tener responsabilidades de cuidado y no poder asistir, y el 86,89% indicó que el motivo de su retraso fue el sistema de salud, principalmente por no conseguir hora para iniciar el tratamiento, por no ser atendido al llegar a la consulta, por lejanía del lugar, por no tener dinero para llegar a la consulta o para pagar el tratamiento. Las características demográficas para la percepción de retraso en la primera consulta estuvieron relacionadas significativamente a la edad, siendo 2-3 años menores las personas que refirieron retraso. De forma no significativa, las personas solteras presentaron mayores porcentajes de retraso en el inicio del tratamiento de este (25,6% IC95%:14,4% - 39,9%). Sobre las características socioeconómicas no hubo asociación significativa entre el nivel educacional y la percepción de retraso en el inicio del tratamiento, descriptivamente, las personas con solo educación básica percibieron con mayor frecuencia retrasos en el inicio del tratamiento. Para la tenencia de vivienda se encontró una asociación leve, los propietarios tuvieron el menor porcentaje de retrasos en el inicio del tratamiento. El ingreso líquido del hogar no se asoció estadísticamente de forma significativa, sin embargo, las medias y medianas de los ingresos del hogar son menores en el grupo con percepción de retraso. El sistema de salud se asoció significativamente con la percepción de retraso en el inicio del tratamiento, siendo un 29,5%

de las personas del sistema público que percibieron retraso en comparación a un 13,2% en el sistema privado. Para los modelos de regresión logística, la variable tenencia de vivienda fue significativa para ambos modelos (crudo y ajustado), siendo las personas que arriendan quienes tenían 2,18(modelo crudo) y 2,61 (modelo ajustado) veces más chance de percibir retrasos en comparación a las personas propietarias de vivienda. Otra variable significativa en el modelo crudo fue el sistema de salud, siendo las personas del sistema público quienes tenían 2,75 veces más chance de percibir retrasos en el inicio del tratamiento en comparación a las personas del sistema privado.

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

Los **tiempos de la trayectoria terapéutica** de pacientes con cáncer de mama fueron de 82,4 días promedio entre la detección del signo, síntoma o cambio mamario (SSM) y la toma de la hora de la primera consulta, 107,2 días promedio entre la detección del primer signo o síntoma y la primera consulta, 85,1 días promedio entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de mama, y 62,2 días promedio entre el diagnóstico de cáncer de mama e inicio del tratamiento. No hubo diferencias significativas en el número de días de entre detección del primer signo, síntoma o cambio mamario (SSM) y tomar hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento por variables demográficas estado civil, macrozona de residencia, nacionalidad o pertenencia a pueblos originarios. Para las variables socioeconómicas, el nivel educacional presentó diferencias estadísticamente significativas en el tiempo transcurrido entre el signo, síntoma o cambio mamario y la primera consulta; y entre el diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento. La situación de tenencia de la vivienda presentó diferencias significativas en el caso del tiempo entre el diagnóstico del cáncer de mama y el tratamiento. Respecto al ingreso líquido mensual, la cantidad de días entre el diagnóstico del cáncer de mama e inicio del tratamiento; y entre el signo, síntoma o cambio mamario y la primera consulta se correlacionaron de manera estadísticamente significativa (rho Spearman: -0,334, y rho Spearman: -0,148, respectivamente). El sistema de salud fue significativo para los días

transcurridos entre la detección del SSM y la primera consulta y los días entre el diagnóstico del cáncer de mama y el inicio del tratamiento.

### **En cáncer de pulmón destacan como resultados principales fueron...**

La muestra de pacientes con cáncer de pulmón se caracterizó por tener un 65% de mujeres y un 35% de hombres, siendo un 90% de las personas chilenas y un 86,7% declara no pertenecer a pueblos originarios. El promedio de edad fue 65,9 años con una mediana de 65,5 años. La muestra tenía personas de las 12 regiones del país y un 70% residía en la macrozona central. Sobre el estado civil, el 58,4% estaba casado o convivía con pareja. Las características socioeconómicas de la muestra fueron que un 51,7% tenía educación técnica o superior, una mediana de ingresos de \$420.000 mil pesos y el 71,7% tenía vivienda propia. La caracterización del sistema de salud fue de un 73,3% de las personas pertenecían al sistema público (FONASA y FF.AA.) y un 21,7% al sistema privado.

El análisis de percepción de retraso para las distintas etapas de la trayectoria terapéutica (primera consulta, diagnóstico, tratamiento) fue analizada según distintas variables demográficas y socioeconómicas. Los principales resultados fueron:

**La primera consulta** fue realizada el mismo día de la detección del signo, síntoma o hallazgo secundario en el 6,7% de la muestra, el 61,7% de la muestra realizó la primera consulta dentro del primer mes, y el 41,6% restante luego del primer mes y en algunos casos fue después de un año. Sobre la **percepción de retraso en la primera consulta**, el 30% refirió haber percibido retraso en la primera consulta. El 77,78% indicó que el motivo de su retraso fue por el sistema de salud, principalmente porque fue la primera hora disponible, no sabían dónde ir o no tenían dinero para llegar a la consulta. El 22% indicó que la causa de su retraso fueron motivos personales, principalmente por no querer ir o estar asustados. Las características demográficas para la percepción de retraso en la primera consulta estuvieron relacionadas no significativamente al sexo, edad, estado civil (viudos presentaron mayor retraso), macrozona de residencia (mayor percepción de retraso en personas de la macrozona norte), pertenencia a pueblos originarios. Sobre las características socioeconómicas no hubo asociación significativa entre el nivel educacional y la percepción de retraso para la primera consulta, descriptivamente, las personas con solo educación básica percibieron con mayor frecuencia retrasos en la primera consulta. El tipo de tenencia de vivienda no fue estadísticamente significativo para el retraso en la primera consulta, reportando mayor retraso quienes arrendaban. El ingreso líquido del hogar no se asoció estadísticamente de forma significativa, sin embargo, las medianas de los ingresos son menores en el grupo con percepción de retraso. El sistema de salud no se asoció significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, descriptivamente el 36,4% de afiliados a FONASA y un 15,4% de afiliados a ISAPRES reportaron retraso. Para los modelos de regresión logística, el nivel de educación y la tenencia de vivienda fueron variables significativas, sin embargo, presentan intervalos de confianza que superan las 400 unidades. De forma específica, para el modelo ajustado, las personas con nivel educacional básico tenían 28,9 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las

personas profesionales, y las personas con educación media tenían 2,28 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas con educación superior. Sobre la tenencia de vivienda, las personas que indicaron ser arrendatarios tenían 22 veces más chance de percibir retrasos en la primera consulta que las personas que indicaron que tenían vivienda propia. Las otras variables fueron no significativas.

**El diagnóstico** fue logrado en el 43,3% de la muestra durante el primer mes luego de la detección del primer signo o síntoma, el 55% restante posterior al mes. Para el **retraso en el diagnóstico**, el 35% refirió haber percibido retraso en el diagnóstico. Para un 85,71% los motivos de este retraso fueron del sistema de salud, principalmente porque no consiguieron hora para el examen, no consiguieron hora al oncólogo o llegaron a la consulta y no fueron atendidos. El 14,29% los motivos de este retraso fueron motivos personales, principalmente por no querer ir. Las características demográficas para la percepción de retraso en el diagnóstico estuvieron relacionadas no significativamente al sexo, edad, estado civil (solteros presentaron mayor retraso), macrozona de residencia (mayor percepción de retraso en personas de la macrozona sur), pertenencia a pueblos originarios. Sobre las características socioeconómicas no hubo asociación significativa entre el nivel educacional y la percepción de retraso en el diagnóstico, descriptivamente, las personas con solo educación básica percibieron con mayor frecuencia retrasos en el diagnóstico. El tipo de tenencia de vivienda fue estadísticamente significativo para el retraso en la primera consulta, reportando mayor retraso quienes arrendaban. El ingreso líquido del hogar no se asoció estadísticamente de forma significativa, sin embargo, las medianas de los ingresos son menores en el grupo con percepción de retraso. El sistema de salud no se asoció significativamente con la percepción de retraso en el diagnóstico, descriptivamente un 40,9% de las personas del sistema público percibieron retraso en comparación a un 25% en el sistema privado. Para los modelos de regresión logística, ninguna variable fue significativas.

**El inicio del tratamiento** después del diagnóstico fue realizado en un 45% de la muestra durante el primer mes y el 34,9% después del primer mes. 7 personas indicaron que aún no comenzaban su tratamiento y 2 no tenían indicación de tratamiento. Sobre el **retraso al inicio del tratamiento** por cáncer de pulmón, el 31,67% del total de muestra, afirmó haber tenido un retraso en el inicio del tratamiento del cáncer, Para un 84,21% los motivos de este retraso fueron del sistema de salud, principalmente porque no conseguir hora para iniciar el tratamiento, el lugar de la consulta quedaba muy lejos o llegaron a la consulta y no los atendieron. El 15,79% indicó que el retraso fue por circunstancias personales, principalmente por estar asustado o no tener dinero para llegar a la consulta. Las características demográficas para la percepción de retraso en el inicio del tratamiento estuvieron relacionadas no significativamente al sexo, edad, estado civil (solteros presentaron mayor retraso), macrozona de residencia (mayor percepción de retraso en personas de la macrozona sur) y pertenencia a pueblos originarios. Sobre las características socioeconómicas no hubo asociación significativa entre el nivel educacional y la percepción de retraso en el inicio del tratamiento, descriptivamente, las personas con solo educación básica percibieron con mayor frecuencia retrasos en el inicio del tratamiento. El tipo de tenencia de vivienda no fue estadísticamente significativo para el retraso en la primera

consulta, reportando mayor retraso quienes arrendaban. El ingreso líquido del hogar no se asoció estadísticamente de forma significativa, sin embargo, las medianas de los ingresos son menores en el grupo con percepción de retraso. El sistema de salud se asoció significativamente con la percepción de retraso en el inicio del tratamiento, siendo un 44,7% de las personas del sistema público que percibieron retraso en comparación a un 8,3% en el sistema privado. Para los modelos de regresión logística, ninguna variable fue significativa.

La **evaluación de la calidad** de la atención fue asociada significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento, siendo menor la evaluación de calidad en las personas que reportaron retrasos. De forma específica, el 8,7% de la muestra calificó la atención como baja (entre nota 0 y 3), un 6,5% la calificó como media (nota entre 4 y 7), y un 84,8% la calificó como alta (entre 8 y 10). La **evaluación de satisfacción** general de la atención también fue asociada significativamente con la percepción de retraso en la primera consulta, diagnóstico e inicio de tratamiento, siendo menor la evaluación de satisfacción en las personas que reportaron retrasos. De forma específica, el 3% de la muestra calificó la satisfacción como baja (entre nota 0 y 3), un 20,5% la calificó como media (nota entre 4 y 7), y un 76,4% la calificó como alta (entre 8 y 10)

Los **tiempos de la trayectoria terapéutica** de pacientes con cáncer de pulmón fueron de 207,7 días promedio entre la detección del signo, síntoma o hallazgo secundario y la toma de la hora de la primera consulta, 234 días promedio entre la detección del primer signo o síntoma y la primera consulta, 102,1 días promedio entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer de pulmón, y 268,1 días promedio entre el diagnóstico de cáncer de pulmón e inicio del tratamiento. No hubo diferencias significativas en el número de días de entre detección del primer signo o síntoma y tomar hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer de pulmón e inicio del tratamiento por estado civil, macrozona de residencia, nacionalidad o pertenencia a pueblos originarios, a un nivel de significación de 0,05. La edad no se correlacionó de manera significativa con ninguno de los lapsos de tiempo analizados. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas por nivel educacional ni percepción financiera. No hubo diferencias estadísticamente significativas por sistema previsional de salud en las medianas de los días transcurridos entre el signo o síntoma, pedir hora, primera consulta, diagnóstico del cáncer e inicio del tratamiento. Descriptivamente, la mediana de los días transcurridos fue mayores en aquellos afiliados al sistema público que al sistema privado.

## Resultados integrados de ambos cánceres, visión global

La Tabla 39 que se presenta a continuación da cuenta de una mirada global de los resultados de este informe, de manera sintética. Permite revisar resultados principales, similitudes y diferencias entre ambos tipos de cáncer.

A partir de esta tabla se pueden extraer algunas conclusiones relevantes:

- La interpretación de resultados para ambos cánceres, pero especialmente para cáncer de pulmón por su limitado tamaño de muestra, deben ser realizados con cautela, sobre la base de que este es un estudio observacional transversal y esencialmente exploratorio y descriptivo, al ser el primero de su tipo en Chile.
- En general, se observa para ambos cánceres que al menos 1 de cada 4 personas en el caso de cáncer de mama y 1 de cada 3 en el caso de cáncer de pulmón reportan una percepción de demora en la atención entre síntomas/ hallazgos y la primera consulta. Estas proporciones se mantienen relativamente estables para los siguientes puntos de la trayectoria observados, entre primera consulta y diagnóstico y entre diagnóstico e inicio de tratamiento.
- Los tiempos de demora, medidos en este estudio como días, fueron sustancialmente más largos en personas del sistema público y de menor nivel socioeconómico y a mayor tiempo de demora menor fue la calidad de la atención y la satisfacción global de la atención reportada.
- En el caso de cáncer pulmonar, los tiempos (en días) de demora, así como la proporción de personas que perciben demora en la atención, son mayores que el de personas con cáncer de mama.
- En los análisis bivariados, en general, se observa que ser parte del sistema público de salud y el reportar menor nivel socioeconómico se asocian a mayor percepción de demora en la atención a lo largo de la trayectoria terapéutica para ambos tipos de cáncer. También se asocian a menor percepción de calidad de la atención y a menor satisfacción global con la atención recibida.
- La medición de inequidades según tipo de previsión de salud en este estudio permite observar diferencias gruesas entre público y privado, pero también por categorías más finas de tipo de FONASA y otras como FF.AA. Todas ellas son relevantes e informativas.
- En este estudio en nivel socioeconómico fue medido a través de diversas variables o indicadores relevantes: nivel educacional, ingreso del hogar, tipo de tenencia de la vivienda (con resultados variables de este indicador según tipo de cáncer) y capacidad de llegar a fin de mes con el ingreso que se percibe. Esto permite una visión más integral del constructo de nivel socioeconómico, complejo y variable entre países a lo largo del



tiempo. Las inequidades en demoras de la trayectoria terapéutica por nivel socioeconómico fueron presentadas de manera descriptiva por medio de la medición de brechas.

- Las brechas identificadas en este estudio en la trayectoria terapéutica de personas que han vivido con cáncer de mama y pulmón en Chile, desde una perspectiva de justicia social, son inequidades urgentes de reparar, prevenibles y de base estructural de la construcción de nuestro sistema de salud y que impactan profundamente en su desempeño.
- Los resultados de este estudio también nos informan de oportunidades de mejora necesarias en la experiencia de calidad de la atención y de satisfacción global con la atención recibida a lo largo del proceso de trayectoria terapéutica.

Tabla 39 Síntesis comparativa de resultados del estudio para ambos cánceres

| Categoría   | Ámbito  | Cáncer de mama   | Cáncer de pulmón                                       |
|---|---|--|--|
| Características muestra   | Tamaño muestral   | 263  | 60   |
|   | Cobertura nacional  | 16 regiones  | 12 regiones  |
|   | Cobertura según tipo de sistema de salud                                | FONASA 71,1%<br>ISAPRES 28,9%  | FONASA 73,3%<br>ISAPRES 21,7%                          |
| Percepción de retraso   | Percepción de retraso signos, síntomas y 1° consulta                    | 24,33%   | 30%  |
|   | Percepción retraso diagnóstico  | 24,57%   | 35%  |
|   | Percepción retraso tratamiento  | 23,19%   | 31,67%   |
| Variables significativas modelos de regresión según percepción de retraso y TTP | Variables significativas para percepción de retraso en primera consulta | Sistema de salud***<br>(Fonasa mayor riesgo)<br>Edad***  | Nivel educacional***<br>Tipo de tenencia de vivienda** |
|   | Variables significativas para percepción de retraso en diagnóstico      | Estado civil* (viudo o separado menor riesgo)  | Ninguna  |
|   | Variables significativas para percepción de retraso en tratamiento      | Tipo de tenencia de vivienda*** (mayor riesgo en arrendatarios)<br>Sistema de salud* (FONASA mayor riesgo) | Ninguna  |
| Calidad y satisfacción de la atención   | Calidad de la atención  | Baja: (nota 0-3) 3,4%<br>Media: (nota 4-7) 17,6%   | Baja: (nota 0-3) 8,7%<br>Media: (nota 4-7) 6,5%        |

|         |                                |   |   |
|---------|--------------------------------|---|---|
|         |                                | Alta: (nota 8-10)<br>78,9%  | Alta: (nota 8-10)<br>84,8%  |
|         | Satisfacción                   | Baja: (nota 0-3) 3%<br>Media: (nota 4-7)<br>20,5%<br>Alta: (nota 8-10)<br>76,4% | Baja: (nota 0-3) 11,7%<br>Media: (nota 4-7) 7,8%<br>Alta: (nota 8-10)<br>80,39% |
| Tiempos | Tiempo primera consulta (días) | Media=107,2<br>Desv. Estándar= 315,1<br>Mediana= 30                             | Media= 234<br>Desv. Estándar= 821,8<br>Mediana= 30                              |
|         | Tiempo diagnóstico (días)      | Media= 85,1<br>Desv. Estándar= 312<br>Mediana= 30                               | Media= 102,1<br>Desv. Estándar= 207,3<br>Mediana= 4,5                           |
|         | Tiempo tratamiento (días)      | Media= 62,2<br>Mediana= 45  | Media= 268,1<br>Mediana= 79   |

\*modelo crudo \*\* modelo ajustado \*\*\*modelo ajustado y crudo

## Implicancias generales de los resultados del estudio

Este estudio refuerza la importancia de los objetivos de atención integral presentes en el plan nacional del cáncer, atención que aún no se visualiza en las trayectorias de todos los pacientes del país, siendo un tema relevante para mejorar como país. Conocer en profundidad las trayectorias de los pacientes con cáncer de mama y pulmón en Chile desde la experiencia y el reporte de los mismos pacientes revela un conocimiento único para nuestro país y el mundo, el que puede ser de utilidad para mejorar el proceso de atención, disminuir brechas en el sistema y mejorar la calidad de la atención; permitiendo a los tomadores de decisiones contar con mayor información para este proceso.

La información presentada en este informe permite una mejor comprensión del funcionamiento del sistema de salud frente al cáncer de mama y pulmón, a través del reconocimiento de la voz de los pacientes, y de la información que pueden aportar a las mejoras en el sistema y en los procesos de toma de decisiones. Por ser el primero de su tipo, y por limitaciones de tamaño de muestra para diversos análisis estadísticos que se buscó realizar, también se considera un estudio en esencia exploratorio. En este sentido, es un estudio inédito que abre una línea de investigación relevante para Chile, con gran potencial de aporte a la realidad nacional del manejo del cáncer de mama y pulmón en nuestro país. Se reconocen a priori limitaciones y riesgos de sesgo de este estudio, que, al visibilizarlas como parte del aporte original del mismo, permitirán a futuro el desarrollo de más y mejores estudios de este tipo en Chile.

No obstante sus limitaciones y riesgos de sesgo, este análisis de datos cuantitativos de trayectorias terapéuticas de personas con cáncer de mama y pulmón en Chile permite reconocer y visibilizar importantes brechas en la atención a personas con cáncer de mama y pulmón en Chile, afectando de manera desigual y negativa a quienes lo viven desde el sistema público de salud comparado con el privado y a quienes viven en desventaja socioeconómica, medido a través de indicadores de nivel educacional, ingreso del hogar, tipo de tenencia de la vivienda (con resultados variables de este indicador según tipo de cáncer) y capacidad de llegar a fin de mes con el ingreso que se percibe.

Este estudio también nos habla de oportunidades de mejora necesarias en la experiencia de calidad de la atención y de satisfacción global con la atención recibida a lo largo del proceso de trayectoria terapéutica. Los tiempos de demora, de acuerdo con este estudio, fueron sustancialmente más largos en personas del sistema público y de menor nivel socioeconómico y a mayor tiempo de demora menor fue la calidad de la atención y la satisfacción global de la atención reportada.

Considerar los resultados de estudio en la práctica clínica también es importante. Este estudio invita a revisar guías clínicas y prácticas del sistema que hoy están generando diferencias en calidad y satisfacción global con la atención y que están dejando a quienes son parte del sistema público por detrás. Esto último conlleva a un llamado inevitable al sistema de salud y a la autoridad sanitaria, para buscar estrategias, modelos de atención y modelos

de gestión que ayuden a acortar estas brechas reportadas en la trayectoria terapéutica con urgencia.

Futuros análisis de estos datos explorarán variables adicionales que no fueron incluidas en este reporte, por la magnitud de información que dispone y por la complejidad de algunas variables que requieren de mayor revisión, por ejemplo, nacionalidad, pertenencia étnica, condiciones laborales, tener o no seguros complementarios, estilos de vida individuales como fumar o beber alcohol, presencia de co-morbilidades, tipos de exámenes realizados y tiempos de demora en ese proceso, entre otros.

Finalmente, se espera que este estudio aporte a la realidad nacional en materia de cáncer como estudio base que pueda ser replicado y mejorado a futuro. También se espera que estos resultados sean considerados en los procesos de mejoramiento del desempeño del sistema de salud chileno, la revisión profunda de sus inequidades estructurales y la necesidad de una propuesta de sistema de salud que sea verdaderamente inclusivo y universal.

## REFERENCIAS

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research, 9*(3), 208.
- Andersen, B. L., & Cacioppo, J. T. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: Delay stages and psychophysiological comparison processes. *British Journal of Social Psychology, 34*(1), 33–52. <https://doi.org/10.1111/J.2044-8309.1995.TB01047.X>
- Baik, S. H., Gallo, L. C., & Wells, K. J. (2016). Patient Navigation in Breast Cancer Treatment and Survivorship: A Systematic Review. *Journal of Clinical Oncology, 34*(30), 3686. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.67.5454>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology, 3*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S40359-015-0089-9/TABLES/5>
- Berglund, A., Holmberg, L., Tishelman, C., Wagenius, G., Eaker, S., & Lambe, M. (2010). Social inequalities in non-small cell lung cancer management and survival: a population-based study in central Sweden. *Thorax, 65*(4), 327–333. <https://doi.org/10.1136/THX.2009.125914>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, B. (n.d.). *Ley-19966 03-SEP-2004 MINISTERIO DE SALUD - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional*. 2004. Retrieved November 26, 2021, from <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>
- Brazda, A., Estroff, J., Euhus, D., Leitch, A. M., Huth, J., Andrews, V., Moldrem, A., & Rao, R. (2010). Delays in time to treatment and survival impact in breast cancer. *Annals of Surgical Oncology, 17*(SUPPL. 3), 291–296. <https://doi.org/10.1245/S10434-010-1250-6/FIGURES/4>
- Bryant, A. S., & Cerfolio, R. J. (2008). Differences in Outcomes Between Younger and Older Patients With Non-Small Cell Lung Cancer. *Annals of Thoracic Surgery, 85*(5), 1735–1739. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2008.01.031>
- Corbett, C. M., Somers, T. J., Nuñez, C. M., Majestic, C. M., Shelby, R. A., Worthy, V. C., Barrett, N. J., & Patierno, S. R. (2020). Evolution of a longitudinal, multidisciplinary, and scalable patient navigation matrix model. *Cancer Medicine, 9*(9), 3202–3210. <https://doi.org/10.1002/CAM4.2950>
- Desantis, C., Jemal, A., & Ward, E. (2010). Disparities in breast cancer prognostic factors by race, insurance status, and education. *Cancer Causes and Control, 21*(9), 1445–1450. <https://doi.org/10.1007/S10552-010-9572-Z/TABLES/2>
- Eaglehouse, Y. L., Georg, M. W., Shriver, C. D., & Zhu, K. (2019). Time-to-surgery and overall survival after breast cancer diagnosis in a universal health system. *Breast Cancer Research and Treatment, 178*(2), 441–450. <https://doi.org/10.1007/S10549-019-05404-8/TABLES/3>
- Emerson, M. A., Golightly, Y. M., Aiello, A. E., Reeder-Hayes, K. E., Tan, X., Maduekwe, U., Johnson-Thompson, M., Olshan, A. F., & Troester, M. A. (2020). Breast cancer treatment delays by socioeconomic and health care access latent classes in black and white women. *Cancer, 126*(22), 4957. <https://doi.org/10.1002/CNCR.33121>

- Facchinetti, G., D'Angelo, D., Piredda, M., Petitti, T., Matarese, M., Oliveti, A., & De Marinis, M. G. (2020). Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 101*. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2019.103396>
- Fischer, S. M., Cervantes, L., Fink, R. M., & Kutner, J. S. (2015). Apoyo con Cariño: a pilot randomized controlled trial of a patient navigator intervention to improve palliative care outcomes for Latinos with serious illness. *Journal of Pain and Symptom Management, 49*(4), 657–665. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2014.08.011>
- Freund, K. M. (2017). Implementation of evidence-based patient navigation programs. *Acta Oncologica, 56*(2), 123–127. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1266078>
- Freund, K. M., Battaglia, T. A., Calhoun, E., Darnell, J. S., Dudley, D. J., Fiscella, K., Hare, M. L., Laverda, N., Lee, J. H., Levine, P., Murray, D. M., Patierno, S. R., Raich, P. C., Roetzheim, R. G., Simon, M., Snyder, F. R., Warren-Mears, V., Whitley, E. M., Winters, P., ... Paskett, E. D. (2014). Impact of Patient Navigation on Timely Cancer Care: The Patient Navigation Research Program. *JNCI Journal of the National Cancer Institute, 106*(6). <https://doi.org/10.1093/JNCI/DJU115>
- Freund, K. M., Battaglia, T. A., Calhoun, E., Dudley, D. J., Fiscella, K., Paskett, E., Raich, P. C., Roetzheim, R. G., Bennett, C. L., Clark, J. A., Garcia, R., Greene, A., Patierno, S. R., & Warren-Mears, V. (2008). National Cancer Institute Patient Navigation Research Program: methods, protocol, and measures. *Cancer, 113*(12), 3391–3399. <https://doi.org/10.1002/CNCR.23960>
- Globocan. (2020). *Chile Globocan 2020*. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/152-chile-fact-sheets.pdf>
- Gomez, D. R., Liao, K. P., Swisher, S. G., Blumenschein, G. R., Erasmus, J. J., Buchholz, T. A., Giordano, S. H., & Smith, B. D. (2015). Time to treatment as a quality metric in lung cancer: Staging studies, time to treatment, and patient survival. *Radiotherapy and Oncology, 115*(2), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2015.04.010>
- Gualandi, R., Masella, C., Viglione, D., & Tartaglini, D. (2019). Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? *PLoS ONE, 14*(12). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0224899>
- Guthrie, B., Saultz, J. W., Freeman, G. K., & Haggerty, J. L. (2008). Continuity of care matters. *BMJ, 337*(7669), 548–549. <https://doi.org/10.1136/BMJ.A867>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ : British Medical Journal, 327*(7425), 1219. <https://doi.org/10.1136/BMJ.327.7425.1219>
- Hall, S. E., Holman, C. D. A. J., Threlfall, T., Sheiner, H., Phillips, M., Katriss, P., & Forbes, S. (2008). Lung cancer: An exploration of patient and general practitioner perspectives on the realities of care in rural Western Australia. *Australian Journal of Rural Health, 16*(6), 355–362. <https://doi.org/10.1111/J.1440-1584.2008.01016.X>
- Halsted, W. S. (1907). THE RESULTS OF RADICAL OPERATIONS FOR THE CURE OF CARCINOMA OF THE BREAST. *ANNALS OF SURGERY, XLVI*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414357/pdf/annsurg00915-0008.pdf>

- Hoffman, H. J., LaVerda, N. L., Young, H. A., Levine, P. H., Alexander, L. M., Brem, R., Caicedo, L., Eng-Wong, J., Frederick, W., Funderburk, W., Huerta, E., Swain, S., & Patierno, S. R. (2012). Patient navigation significantly reduces delays in breast cancer diagnosis in the District of Columbia. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention : A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 21(10), 1655–1663. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-0479>
- Hsieh, V. C. R., Wu, T. N., Liu, S. H., & Shieh, S. H. (2012). Referral-free Health Care and Delay in Diagnosis for Lung Cancer Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(10), 934–939. <https://doi.org/10.1093/JJCO/HYS113>
- INE. (2019). *Síntesis de resultados estadísticas vitales*. [https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/s%C3%ADntesis-anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2019-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=e5739195\\_4](https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/s%C3%ADntesis-anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2019-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=e5739195_4)
- Jacobsen, M. M., Silverstein, S. C., Quinn, M., Waterston, L. B., Thomas, C. A., Benneyan, J. C., & Han, P. K. J. (2017). Timeliness of access to lung cancer diagnosis and treatment: A scoping literature review. *Lung Cancer*, 112, 156–164. <https://doi.org/10.1016/J.LUNGCAN.2017.08.011>
- Jassem, J., Ozmen, V., Bacanu, F., Drobnienė, M., Eglitis, J., Lakshmaiah, K. C., Kahan, Z., Mardiak, J., Pieńkowski, T., Semiglazova, T., Stamatovic, L., Timcheva, C., Vasovic, S., Vrbanec, D., & Zaborek, P. (2014). Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. *European Journal of Public Health*, 24(5), 761–767. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKT131>
- Jessop, E. (2014). Rare diseases and orphan drugs. . *An International Journal of Public Health Page*, 1(4).
- Kanarek, N. F., Hooker, C. M., Mathieu, L., Tsai, H. L., Rudin, C. M., Herman, J. G., & Brock, M. v. (2014). Survival after community diagnosis of early-stage non-small cell lung cancer. *American Journal of Medicine*, 127(5), 443–449. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.12.023>
- Kaplan, G. S. (2015). Health care scheduling and access: A report from the IOM. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 314(14), 1449–1450. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2015.9431>
- Lung Cancer Clinical Expert Group. (2017). *National Optimal Clinical Pathway for suspected and confirmed lung cancer: Referral to treatment*. [https://wmcanceralliance.nhs.uk/images/optimal\\_lung\\_cancer\\_pathway.pdf](https://wmcanceralliance.nhs.uk/images/optimal_lung_cancer_pathway.pdf)
- Ministerio de Salud, C. (2018). *Plan Nacional de Cáncer 2018-2028*. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23\\_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER\\_web.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf)
- Ministerio de Salud, C. (2020, September 2). *Ley 21.258* . <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1149004&tipoVersion=0>
- Moodley, J., Cairncross, L., Naiker, T., & Constant, D. (2018). From symptom discovery to treatment - women's pathways to breast cancer care: A cross-sectional study. *BMC Cancer*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12885-018-4219-7/TABLES/4>

- O'dowd, E., Mackenzie, J., & Balata, H. (2021). Lung cancer for the non-respiratory physician. *Clinical Medicine*, 21(6), e578. <https://doi.org/10.7861/CLINMED.2021-0657>
- Pacho, C., Domingo, M., Núñez, R., Lupón, J., Moliner, P., de Antonio, M., González, B., Santemas, J., Vela, E., Tor, J., & Bayes-Genis, A. (2017). Early Postdischarge STOP-HF-Clinic Reduces 30-day Readmissions in Old and Frail Patients With Heart Failure. *Revista Espanola de Cardiologia (English Ed.)*, 70(8), 631–638. <https://doi.org/10.1016/J.REC.2017.01.003>
- Patierno, S. R., LaVerda, N. L., Alexander, L. M., Levine, P. H., Young, H. A., & Hoffman, H. J. (2010). Longitudinal Network Patient Navigation. *Oncology Issues*, 25(2), 28–35. <https://doi.org/10.1080/10463356.2010.11883497>
- Polverini, A. C., Nelson, R. A., Marcinkowski, E., Jones, V. C., Lai, L., Mortimer, J. E., Taylor, L., Vito, C., Yim, J., & Kruper, L. (2016). Time to Treatment: Measuring Quality Breast Cancer Care. *Annals of Surgical Oncology*, 23(10), 3392–3402. <https://doi.org/10.1245/S10434-016-5486-7/FIGURES/2>
- Prieto, M., & Torres, S. (2006). Situación epidemiológica del cáncer de mama en Chile 1994-2003. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 17, 142–148.
- Radzikowska, E., Roszkowski-Śliż, K., Głaz, P., & Roszkowski-Śliż, K. (2012). The Impact of Timeliness of Care on Survival in Non-small Cell Lung Cancer Patients. *Advances in Respiratory Medicine 2012, Vol. 80, Pages 422-429*, 80(5), 422–429. <https://doi.org/10.5603/ARM.27556>
- Ramachandran, A., Snyder, F. R., Katz, M. L., Darnell, J. S., Dudley, D. J., Patierno, S. R., Sanders, M. R., Valverde, P. A., Simon, M. A., Warren-Mears, V., & Battaglia, T. A. (2015). Barriers to health care contribute to delays in follow-up among women with abnormal cancer screening: Data from the Patient Navigation Research Program. *Cancer*, 121(22), 4016–4024. <https://doi.org/10.1002/CNCR.29607>
- Rodday, A. M., Parsons, S. K., Snyder, F., Simon, M. A., Llanos, A. A. M., Warren-Mears, V., Dudley, D., Lee, J. H., Patierno, S. R., Markossian, T. W., Sanders, M., Whitley, E. M., & Freund, K. M. (2015). Impact of patient navigation in eliminating economic disparities in cancer care. *Cancer*, 121(22), 4025–4034. <https://doi.org/10.1002/CNCR.29612>
- Safer, M. A., Tharps, Q. J., Jackson, T. C., & Leventhal, H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. *Medical Care*, 17(1), 11–29. <https://doi.org/10.1097/00005650-197901000-00002>
- Samson, P., Patel, A., Garrett, T., Crabtree, T., Kreisel, D., Krupnick, A. S., Patterson, G. A., Broderick, S., Meyers, B. F., & Puri, V. (2015). Effects of delayed surgical resection on short-term and long-term outcomes in clinical stage i non-small cell lung cancer. *Annals of Thoracic Surgery*, 99(6), 1906–1913. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2015.02.022>
- Savigny, D. de, Adam, T., Alliance for Health Policy and Systems Research, & World Health Organization. (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud / editado por Don de Savigny y Taghreed Adam*. Organización Mundial de La Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44222>
- Schabath, M. B., & Cote, M. L. (2019). Cancer Progress and Priorities: Lung Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention : A Publication of the American Association for*



- Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 28(10), 1563. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0221>
- Scott, S. E., Walter, F. M., Webster, A., Sutton, S., & Emery, J. (2013). The model of pathways to treatment: conceptualization and integration with existing theory. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 45–65. <https://doi.org/10.1111/J.2044-8287.2012.02077.X>
- UICC, & Novartis. (2021). *Cómo Enfrentar La Creciente Carga Del Cáncer En Chile: Desafíos Y Oportunidades | UICC*. <https://www.uicc.org/resources/c%C3%B3mo-enfrentar-la-creciente-carga-del-c%C3%A1ncer-en-chile-desaf%C3%ADos-y-oportunidades>
- Valencia, C. A., Husami, A., Holle, J., Johnson, J. A., Qian, Y., Mathur, A., Wei, C., Indugula, S. R., Zou, F., Meng, H., Wang, L., Li, X., Fisher, R., Tan, T., Hogart Begtrup, A., Collins, K., Wusik, K. A., Neilson, D., Burrow, T., ... Zhang, K. (2015). Clinical Impact and Cost-Effectiveness of Whole Exome Sequencing as a Diagnostic Tool: A Pediatric Center's Experience. *Frontiers in Pediatrics*, 3. <https://doi.org/10.3389/fped.2015.00067>
- Walter, F., Webster, A., Scott, S., & Emery, J. (2012). The Andersen Model of Total Patient Delay: A systematic review of its application in cancer diagnosis. *Journal of Health Services Research and Policy*, 17(2), 110–118. <https://doi.org/10.1258/JHSRP.2011.010113>
- Yurdakul, A. S., Kocatürk, C., Bayiz, H., Gürsoy, S., Bircan, A., Özcan, A., Akkoçlu, A., Uluorman, F., Çelik, P., Köksal, D., Ulubaş, B., Sercan, E., Özbudak, Ö., Göksel, T., Önalın, T., Yamansavcı, E., Türk, F., Yuncu, G., Çopuraslan, Ç., ... havlucu, Y. (2015). Patient and physician delay in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in Turkey. *Cancer Epidemiology*, 39(2), 216–221. <https://doi.org/10.1016/J.CANEP.2014.12.015>