



Trabajo de Final de Máster

Máster en Salud Pública
Universitat Pompeu Fabra - Universitat Autònoma de Barcelona

Barreras en el acceso al diagnóstico temprano del cáncer en redes públicas de salud de Chile, Colombia y Ecuador

Estudiante: Yiny Yiset Torres Valencia

Directoras: Ingrid Vargas Lorenzo, María Luisa Vásquez Navarrete

Institución: Serveis d'Estudis i Prospectives en Politiques de Salut (SEPPS).

Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)

Artículo

Barreras en el acceso al diagnóstico temprano del cáncer en redes públicas de servicios de salud de Chile, Colombia y Ecuador

Yiny Yiset Torres Valencia¹, Ingrid Vargas Lorenzo², María Luisa Vásquez²

¹Máster en Salud Pública· Universitat Pompeu Fabra – Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

²Serveis d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS). Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), Barcelona, España

Correspondencia al autor:

Yiny Yiset Torres Valencia
Av. Tibidabo, 21. 08022 Barcelona. España.
Yinyyiset.torres01@estudiant.upf.edu

Revista: Gaceta Sanitaria

Resumen: 250(250)

Manuscrito: 3650(3000)

Tablas y figuras: 3 tablas, 3 figuras

Referencias: 48

Resumen

Objetivo

Analizar las barreras de acceso durante el proceso diagnóstico del cáncer en redes de servicios de salud públicas de Chile, Colombia y Ecuador.

Método

Estudio de corte transversal basado en una encuesta mediante el cuestionario EquityCancer-LA® aplicado a pacientes diagnosticados con cáncer en Chile (n=351), Colombia (n= 287) y Ecuador (n=365). Los datos se recolectaron entre agosto de 2022 y octubre de 2024. Se analizaron las barreras de acceso al diagnóstico de cáncer, con un enfoque descriptivo estratificado por país y nivel de atención.

Resultados

Se identificaron importantes barreras de acceso en el intervalo del proveedor, con dificultades para acceder a exámenes, y demoras en tiempos de atención. En Colombia, esta situación se agrava por la necesidad de autorizaciones. En Chile y Ecuador destacan barreras asociadas a la escasez de recursos diagnósticos y tiempos de espera prolongados. Si bien algunas personas refieren retraso en consultar por factores individuales su proporción fue baja. También se identificaron barreras geográficas y económicas, con mayores tiempos de desplazamiento y copagos más frecuentes en Colombia.

Conclusiones

Persisten barreras estructurales como la fragmentación del sistema, la escasez de recursos diagnósticos y las dificultades económicas y geográficas, que contribuyen al retraso diagnóstico. El enfoque comparativo permitió identificar patrones comunes y específicos, destacando la necesidad de fortalecer la atención primaria, mejorar la coordinación entre niveles y garantizar un acceso equitativo en las redes públicas.

Palabras clave: Detección Precoz del Cáncer, Accesibilidad a los servicios de salud, Diagnostico tardío, Investigación en Sistemas de Salud Pública, América Latina.

Abstract

Objective

To analyze access barriers during the cancer diagnostic process within the public health service networks of Chile, Colombia, and Ecuador.

Method

Cross-sectional study based on a survey using the EquityCancer-LA® questionnaire, applied to patients diagnosed with cancer in Chile (n=351), Colombia (n=287), and Ecuador (n=365). Data were collected between August 2022 and October 2024. Diagnostic access barriers were analyzed using a descriptive approach, stratified by country and level of care.

Results

Access barriers were identified in the provider interval, particularly difficulties in obtaining diagnostic tests and delays in care timelines. In Colombia, this was further exacerbated by the need for service authorizations. In Chile and Ecuador, barriers were primarily linked to limited diagnostic resources and prolonged waiting times. Although some individuals reported delays in seeking care due to individual factors, their proportion was low. Geographical and economic barriers were also reported, with longer travel times and more frequent out-of-pocket payments in Colombia.

Conclusions

Structural barriers such as system fragmentation, scarcity of diagnostic resources, and economic and geographic limitations persist and contribute to diagnostic delays. The comparative approach allowed for the identification of both common and context-specific patterns, highlighting the need to strengthen primary care, improve coordination across levels, and ensure equitable access within public health systems.

Keywords: Early Cancer Detection, Accessibility to Health Services, Delayed Diagnosis, Public Health Systems Research, Latin America.

I. Introducción

Aunque en Latinoamérica la incidencia de cáncer es menor que en Europa y Estados Unidos, la mortalidad es más alta, debido, entre otros, a limitaciones en los sistemas de salud que dificultan el acceso oportuno al diagnóstico(1,2) y que afectan especialmente a las poblaciones vulnerables(1). Comprender las barreras y sus causas es fundamental para diseñar estrategias que faciliten el diagnóstico oportuno.

Aunque existen estudios en América Latina sobre este tema, la mayoría se concentra en Brasil, Colombia y México ^(3,4,5), y se enfocan en aspectos específicos del sistema de salud(3,4), de la población(5–7) o un tipo particular de cáncer, —principalmente cáncer de mama— (8–10). En general, analizan el *intervalo total* (desde los síntomas hasta el tratamiento)(11–13) y predominan los estudios cualitativos, mientras que los enfoques cuantitativos siguen siendo escasos (14–16), especialmente los que permiten comparaciones entre países. La mayoría de estudios describen barreras en el *intervalo del paciente* (7,10,17), pero también se han evidenciado obstáculos para la asignación de citas y pruebas (3,6,18) que afectan el *intervalo del proveedor*, resaltando la necesidad de analizar los factores del sistema de salud que contribuyen a estos retrasos.

Para el análisis de los retrasos diagnósticos y los factores relacionados, el proyecto EquityCancer-LA(19) ha desarrollado un marco teórico basado en el modelo de Walter et al(20), complementado con los factores propuestos por Aday y Andersen(21,22), para examinar los intervalos y las trayectorias diagnósticas. Este enfoque considera que tanto el intervalo del paciente (desde el descubrimiento de síntomas hasta la primera consulta), como el del proveedor (desde la primera consulta hasta la confirmación diagnóstica) están determinados por características poblacionales, de los servicios de salud, y por políticas de salud que pueden generar barreras, permitiendo explorar de manera integrada los elementos que influyen en el diagnóstico del cáncer y los obstáculos que enfrentan los pacientes dentro de los sistemas de salud.

Los sistemas de salud de Chile, Colombia y Ecuador difieren en su estructura, pero comparten el objetivo de alcanzar la cobertura universal. En los tres países, la población está segmentada según el estatus socioeconómico o laboral y en general, se distingue un subsistema de salud público y otro privado(19). El sector público se financia con contribuciones a la seguridad social y/o impuestos y cubre a la población de menores ingresos(23). Este estudio se centra en el sector público, en Chile, en el Fondo Nacional de Salud [FONASA] que cubre el 82% de la población(24); en Colombia, en el régimen subsidiado(25) y en Ecuador en el subsistema del Ministerio de Salud(26) donde ambos cubren al 51% de la población. En Chile y Ecuador la mayoría de los proveedores de servicios [son públicos, aunque se contemplan algunas modalidades de contratación de servicios privados](#)(27,28). En contraste, Colombia opera bajo un modelo de competencia gestionada(29), donde la mayoría de aseguradoras y proveedores de servicios son privados (Ver [anexo 4](#)).

Los tres sistemas se organizan en redes de servicios de salud, donde la atención primaria actúa como puerta de entrada y coordinadora del proceso asistencial(30). Sin embargo, los problemas de acceso pueden inducir a las personas a acudir directamente a urgencias o a atención especializada, o a combinar servicios públicos y privados, generando trayectorias asistenciales más largas y complicadas (31,32). Aunque el diagnóstico y tratamiento del cáncer están cubiertos por los sistemas públicos en los tres países y existen planes de control(33–35), el acceso efectivo sigue siendo limitado(36).

El objetivo de este estudio es analizar las barreras de acceso al diagnóstico del cáncer en servicios de salud públicos de Chile, Colombia y Ecuador.

II. Materiales y métodos

Diseño y áreas de estudio

Estudio transversal basado en una encuesta mediante la aplicación del cuestionario EquityCancer-LA®(19) a pacientes diagnosticados con cáncer en las redes de estudio en Chile, Colombia y Ecuador. El área de estudio incluyó dos redes de servicios de salud públicas por país, seleccionadas aplicando los siguientes criterios: i) Proveer un continuo de servicios incluyendo al menos atención primaria (AP), atención especializada (AE)//terciaria (AT) para el diagnóstico del cáncer; ii) Proveer atención a una población definida; iii) proveer servicios en áreas con nivel socioeconómico bajo y medio-bajo; iv) disposición para participar. Las áreas seleccionadas son en Chile, las redes metropolitanas norte y sur de Santiago; en Colombia, las regiones de salud del centro, norte y sur de Cundinamarca; en Ecuador, los distritos 17D06 y 17D03 en sur y norte de Quito. Más detalles sobre las redes y los criterios de selección, en(19).

Población de estudio y muestra

La población incluyó pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer en los 12 meses previos al estudio, residentes en las áreas de referencia de las redes estudiadas y que recibieron atención en dichas redes durante el proceso diagnóstico. Se excluyeron pacientes con tumores benignos, diagnóstico incierto, cánceres recurrentes o cánceres primarios sincrónicos.

Se estimó un tamaño de muestra de 174 pacientes por cada red para detectar una variación del 15%, sobre la base de una potencia del 80% ($\beta = 0,20$) y un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$) en contrastes bilaterales. La selección de la muestra fue adaptada según el contexto de cada país. En Chile se realizó mediante un muestreo estratificado aleatorio proporcional según el tipo de cáncer. Por la imposibilidad de construir el marco muestral, en Ecuador se realizó un muestreo por cuotas, según la incidencia esperada, de las bases de datos y directamente en el hospital y en Colombia, un muestreo consecutivo, a partir de los registros de los servicios de salud. [Los pacientes que fueron contactados y se negaron a participar oscilaron entre 3,4% en Ecuador, 7,3% en Colombia y 26% en Chile.](#)

Cuestionario

El cuestionario EquityCancer-LA(19) fue diseñado a partir del marco conceptual del estudio, la revisión de la literatura e instrumentos relevantes existentes (37), y los resultados preliminares del estudio cualitativo(38). A partir de estos se añadieron y/o eliminaron variables y se adaptó a cada contexto mediante pretest y prueba piloto. Contiene 7 secciones: (1) percepción del problema de salud y búsqueda de atención; (2) trayectorias en los servicios de salud; (3-6) Experiencia en los servicios de salud durante el diagnóstico (atención primaria (AP), secundaria (AE), hospitalización y urgencias); (7) características sociodemográficas, morbilidad y fuente regular de atención. Todas las secciones incluían preguntas que permitían identificar barreras de acceso ([Ver anexos, 1, 2 y 3](#)).

Recogida de datos y calidad

Los datos fueron recogidos por entrevistadores capacitados, mediante entrevistas presenciales, telefónicas o virtuales, de agosto 2022 hasta enero 2024 en Chile, hasta julio 2024 en Ecuador y en Colombia hasta octubre 2024. Las estrategias para asegurar la calidad y consistencia de los datos incluyeron la supervisión de los entrevistadores en campo o después de cada entrevista, la revisión de todos los cuestionarios, la re-entrevista del 10-20% de los participantes y doble entrada para controlar inconsistencias durante el ingreso de datos. El estudio se obtuvo de los registros hospitalarios, con el consentimiento de los pacientes.

Variables de estudio

Las variables de resultado fueron las barreras de acceso al diagnóstico del cáncer, **a) durante la búsqueda de atención:** tiempo desde la detección de los síntomas hasta la solicitud de la cita, percepción de este tiempo y motivos para no acudir antes a los servicios; **b) en la entrada a los servicios de salud,** motivos para no ser atendido cuando busco atención por los síntomas y para no ser derivado al servicio público tras el cribado oportunista o hallazgo casual; **c) en la utilización de los servicios de salud durante el diagnóstico** relacionadas con los pacientes (tener una cita y no acudir), relacionadas con los servicios, de tipo organizativo (tener una cita y no ser atendido), tiempo desde la solicitud de la primera consulta y el diagnóstico y percepción del tiempo transcurrido, dificultades para acceder a medicamentos y pruebas diagnósticas, barreras geográficas (tiempo de desplazamiento) y económicas, gastos de bolsillo y costes de la atención.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo y de frecuencias estratificado por país y nivel de atención. Para las preguntas abiertas que exploraban las barreras se realizó un análisis de contenido para crear los códigos, codificar las respuestas y analizar las frecuencias por país. Se utilizó, Python y Excel.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por los comités éticos de los países participantes. Los entrevistados firmaron un consentimiento informado, su participación fue voluntaria y podían retirarse del estudio en cualquier momento. Se garantizó el anonimato, la confidencialidad y protección de datos.

III. Resultados

Los nombres de los países se utilizan para describir los resultados; sin embargo, se refieren a las áreas de estudio y no deben extrapolarse a nivel nacional.

Características de la muestra

La muestra final incluyó pacientes diagnosticados con cáncer en Chile (n=351), Colombia (n=287) y Ecuador (n=365). Predominaron las mujeres en los tres países: Chile (58.7%), Colombia (66.2) y Ecuador (85.1%). En Chile, la mayoría tenían entre 60 a 79 años (58.1%), mientras en Colombia y Ecuador las mayores proporciones se concentraron en los grupos de 40 a 59 y 60 a 79 años. El nivel educativo predominante fue secundario en Chile (54.7%) y Ecuador (47%), mientras que en Colombia el 37.6% tenía primaria incompleta o ninguno. En cuanto a los ingresos del hogar, la mayoría refirió ingresos menores o iguales a un salario mínimo en Colombia (69%) y Ecuador (58.1%). En Chile la mayoría estuvo entre uno y dos salarios mínimos (52.1%). (Ver tabla 1).

El cáncer de mama fue el más frecuente en Chile (37.3%) y Ecuador (48.5%), mientras que en Colombia fueron el cáncer de mama y cérvix (17.1% cada uno). En Chile y Ecuador, el estadio más común fue el II (27.9%) y III (29.3%) respectivamente. No se dispuso de este dato en Colombia. (Ver tabla 1).

El 95% de los pacientes en Colombia y el 67% en Chile tenían una fuente regular de atención. La posesión de un seguro privado fue baja en los tres países, aunque mayor en Chile (11.1%). Las trayectorias que combinaban el uso de servicios públicos y privados fueron más frecuentes en Chile (76.6%) y Ecuador (59.2%), y menor en Colombia (33.1%). La mayoría de los diagnósticos fueron en pacientes sintomáticos (Chile: 60%, Ecuador: 84.3% y Colombia: 86%). (Ver tabla 1).

Insertar [Tabla 1](#)

1. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer

1.1. Barreras en la búsqueda de atención médica por síntomas

Se analizó la percepción del tiempo transcurrido desde la detección de síntomas hasta la solicitud de la cita (o acudir urgencias). La mediana de tiempo osciló entre 11 días en Chile y 151 días en Ecuador. Casi la mitad de los pacientes percibió este periodo como “corto” en Chile (46.9%) y Ecuador (44.4%), con medianas de 9 y 138 días respectivamente. En Colombia, el 46.6% percibió este tiempo como “normal” con una mediana de 20 días. (Ver figura 1).

Entre quienes percibieron este tiempo como “largo” (Chile 25.3% Colombia 29.5% Ecuador 14.05%), El motivo principal para no acudir antes a los servicios de salud en Colombia fue *pensar que el problema no era serio* (50%), mientras en Chile (23%) y Ecuador (40.7%) la principal barrera fue la *dificultad para obtener una cita*. (Ver figura 1).

[Insertar Figura 1](#)

1.2. Barreras en la entrada a los servicios de salud públicos

La proporción de pacientes que contactaron los servicios de salud por los síntomas, pero no fueron atendidos fue baja en los tres países: 5.8% Ecuador, 3.8% en Chile y 2.8% en Colombia. El principal motivo fue la *demora* en Chile (50%) y Ecuador (47.6%), mientras que en Colombia *no se consideró como una urgencia* (71.4%). Un porcentaje relevante de pacientes identificados por cribado oportunista/hallazgo casual en los servicios públicos no fue derivado para confirmación diagnóstica: Chile (35.4%), seguido de Ecuador (24.6%) y Colombia (18.4%) (Ver tabla 2) ([Ver anexo 5](#)).

1.3. Barreras durante el uso de servicios de salud hasta el diagnóstico del cáncer

En cuanto a la percepción del tiempo desde la solicitud de cita por síntomas o cribado/hallazgo casual hasta el diagnóstico, una proporción importante de pacientes lo considero “largo” en los tres países: Chile (45.6%), Colombia (69%) y Ecuador (42.9%). Los tiempos medianos globales oscilaron entre 92 días en Ecuador y 111 en Chile. Entre quienes tuvieron esta percepción, los tiempos medianos fueron de 143 días en Chile, 212 días en Colombia y 191 días en Ecuador. (Ver figura 1).

Respecto a las barreras en la utilización de servicios de salud relacionadas con los pacientes, el porcentaje que no acudió a una cita en AP fue bajo en los tres países: Colombia 2.1%, en Chile 2% y Ecuador 1%. En Colombia y Chile todos lo atribuyeron a *sentirse mal o presentar un problema de salud* (Ver tabla 2) ([Ver anexo 6](#)). En AE las proporciones también fueron bajas: 3.3% en Colombia, 2.7% en Chile y Ecuador 0.9%. El motivo principal en Colombia fueron *las barreras geográficas/ alteración del orden público*, mientras en Chile fue *sentirse mal o presentar un problema de salud* ([Ver anexo 7](#)).

En cuanto a las barreras relacionadas con los servicios, de tipo organizativo, no ser atendido pese a tener una cita fue más frecuente en Ecuador en AP (5.9%) (Ver tabla 2), siendo el motivo principal que *no le quisieron atender* (69.2%) ([Ver anexo 8](#)). En AE fue más frecuente en Chile (3.6%), el motivo principal fue la *no disponibilidad de médico* (66.7%) ([Ver anexo 9](#)).

Cuando se solicitaron pruebas diagnósticas para la evaluación del problema de salud, la prevalencia de dificultades fue mayor en Colombia, tanto en AP como AE, con el 27.7%. El motivo principal fueron las *demoras*, en un 38.1% y 35% respectivamente. (Ver tabla 2). En Ecuador (25.4%) y en Chile (15.6%), las dificultades se concentraron en AP, destacando como

motivo *el tener que pagar servicios privados* en un 42.5 y 60%, respectivamente (Ver figura 2). ([en Urgencias ver Anexo 10](#)).

Con relación a las derivaciones para la continuación de estudios y confirmación diagnóstica, la prevalencia de personas que no fueron derivadas desde AP al especialista, fue mayor en Colombia (27%). En cuanto a la falta de derivación desde los servicios de urgencias, esta fue más común en Chile (25%). (Ver tabla 2).

Solo en Colombia se necesitó de autorizaciones para acceder a servicios de salud. Esto incluyó pruebas diagnósticas, tanto en AP (75.4%) como AE (80.1%), para derivaciones a AE (73%) y para medicamentos, especialmente en AE (40.4%). (Ver tabla 2).

En el acceso a medicamentos prescritos durante el proceso diagnóstico, la prevalencia de barreras fue mayor en Colombia, tanto en AP (31.9%) como en AE (18%) (Ver tabla 2), siendo el principal motivo la *entrega incompleta de medicamentos* en un 47.1% y 41.2%, respectivamente. En Chile (11.4%) y Ecuador (5.4%) la prevalencia más alta ocurrió en atención primaria (Ver anexos [11](#) y [12](#)).

Insertar [tabla 2](#) y [figura 2](#).

1.4. Barreras geográficas

Respecto a las barreras geográficas, Colombia registró los mayores tiempos de desplazamiento con una media de 30 minutos en AP, 86 minutos en AE y 58 minutos en urgencias y Chile los menores en todos los niveles de atención: 14 minutos en AP, 35 minutos en AE, y 20 minutos en urgencias. (Ver figura 3).

Insertar [figura 3](#)

1.5. Barreras económicas. Gastos de bolsillo y costes de la atención en servicios de salud públicos

Colombia presentó los mayores costos asociados a copagos y gastos de bolsillo, con pagos referidos en casi todos los tipos de servicios, excepto urgencias. Fue el único país donde se reportaron pagos por consultas (14% tanto en AP como AE) y por hospitalización (15.2%, \$382.2). (Ver tabla 3).

Solo Colombia reportó pago por pruebas diagnósticas en los tres niveles de atención con los valores más elevados en AE (24.1%, \$219.4). En cuanto al pago por medicamentos, Chile presentó el mayor costo promedio en AP (31.4%, \$135.6) y Ecuador en AE (\$405.9). Colombia también lideró el gasto en transporte en AP (\$9.3), AE (\$28.7) y urgencias (\$24.4). Para el traslado a pruebas diagnósticas, Chile presentó el mayor costo en AE (\$74.9). (Ver tabla 3).

Insertar [tabla 3](#)

1.6. Consecuencia de las barreras: uso de servicios privados

Una de las consecuencias de las dificultades experimentadas por los pacientes en su trayectoria diagnóstica, fue el uso de servicios privados antes o durante la evaluación de sus síntomas. En cuanto a citas médicas, fue más frecuente en Chile (64.9%) (Ver tabla 2). en AP y en AE el uso fue menor: 12,5%. El principal motivo fue *agilizar el proceso diagnóstico* (72.3%) en AP y el *deseo de una segunda opinión* (41.7%) en AE (Ver anexos [13](#) y [14](#)).

En cuanto a pruebas diagnósticas, en AP fue más común en Chile (79,5%), seguido de Ecuador (48,8%) y Colombia (20.6%). En AE, osciló entre 32.3% en Ecuador y 13.02% en Colombia. (Ver

tabla 2). El principal motivo de pago privado fue *agilizar el proceso diagnóstico* en Chile tanto en AP (69,5%) como en AE (61%), los *equipos dañados* en Ecuador en AP (38.3%) y AE (50.8%), y en Colombia la *recomendación de un médico privado* (31.9%) en AP y los *problemas con autorizaciones* en AE (31.6%) (Ver anexos [15](#) y [16](#)).

IV. Discusión

Este estudio aporta evidencia sobre las barreras al diagnóstico del cáncer en Chile, Colombia y Ecuador, utilizando un marco teórico común e instrumentos que permiten comparar los resultados de forma sistemática. Su valor radica en el abordaje estructurado y comparativo de realidades nacionales diversas, perspectiva poco explorada en la región.

En términos comparativos, los hallazgos más relevantes por país reflejan distintas expresiones de las barreras de acceso. En Colombia, se evidenció una mayor fragmentación del cuidado, asociada a la necesidad de autorizaciones para acceder a servicios, así como en mayores pagos de bolsillo y tiempos de desplazamiento. En Chile, si bien el sistema presenta una provisión pública predominante, el uso del sector privado fue frecuente para agilizar procesos. En Ecuador, las barreras se concentraron en la escasa disponibilidad de recursos diagnósticos, las demoras y el pago por servicios privados.

Los hallazgos muestran que las principales barreras al diagnóstico temprano no se concentran en el comportamiento inicial de los pacientes, como suelen destacar estudios realizados en Latinoamérica(17,39). En nuestro estudio, algunas personas retrasaron la consulta inicial por subestimación de síntomas, barreras económicas y geográficas, así como por factores relacionados con la accesibilidad y la calidad percibida de los servicios. No obstante, las barreras más relevantes emergieron tras el primer contacto con los servicios públicos de salud, debido a obstáculos que contribuyen al retraso diagnóstico y fomentan el uso de servicios privados. En concordancia con estudios previos en Latinoamérica, que identifican mayores retrasos en servicios públicos(3), concentrados en el intervalo diagnóstico(40), identificamos que el mayor retraso ocurre en el intervalo del proveedor, incluyendo demoras en citas, exámenes, derivaciones y autorizaciones.

La fragmentación en la atención se observó en los tres países en la falta de derivación tras hallazgos casuales/cribado oportunista, como han señalado estudios que destacan circuitos ineficientes en los programas de screening oportunistas y escasa capacidad resolutoria en la atención primaria(41). En Colombia esta fragmentación se agrava por la necesidad de autorizaciones que interrumpen la continuidad asistencial, posiblemente asociada al modelo de competencia gestionada, que, utiliza este y otros mecanismos de control para limitar el acceso(42,43). En contraste, en Ecuador y Chile —donde predomina la provisión directa— las barreras se relacionan más con escasez de recursos diagnósticos y tiempos de espera prolongados. En este contexto el uso del sector privado para agilizar el diagnóstico fue frecuente, reflejando desigualdades de acceso y cuestionando la equidad del sistema público.

Si bien la mayoría percibió el tiempo de diagnóstico como *largo*, también se evidenció entre los pacientes una naturalización de la espera, ya que tiempos considerados como *normales*, pueden exceder los tres meses, sobrepasando plazos clínicamente aceptables, limitando la capacidad de exigencia de los usuarios y perpetuando inequidades. El marco analiza como características que limitan el acceso efectivo a servicios diagnósticos, moldea trayectorias complejas en los servicios de salud (38). A pesar de la relevancia del intervalo diagnóstico como indicador de oportunidad, la disponibilidad de datos oficiales en los países analizados es limitada. Aunque el intervalo diagnóstico es un indicador clave de oportunidad, su medición oficial es limitada. En Colombia existen pocos datos, provenientes de estudios sobre cáncer de mama^(44,45) y de la Cuenta de Alto Costo⁽⁴⁶⁾, cuya calidad ha sido cuestionada. En Chile y Ecuador no se identificaron fuentes oficiales.

Asimismo, se identificaron barreras económicas asociadas a copagos, gastos de bolsillo y transporte, especialmente en Colombia donde se paga por servicios que en Chile y Ecuador están cubiertos. No obstante, cuando se incurre en pagos en estos últimos —en particular en Chile— los montos tienden a ser elevados. Estos hallazgos son preocupantes dado que pueden llevar a la toxicidad financiera en poblaciones vulnerables(47), que en países de ingresos medios y bajos pueden ser una causa importante de empobrecimiento(48).

Por último, las barreras geográficas también fueron relevantes, especialmente en Colombia, donde se reportaron trayectos de 30 minutos o más para llegar a los servicios de salud, reflejando desigualdades territoriales que limitan el acceso a servicios especializados sobre todo en áreas rurales o periféricas.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el hecho de que los resultados se circunscriben a áreas específicas de cada país y no es posible la generalización de los datos, [Además es posible que se presenten sesgos de memoria, especialmente en los tiempos y motivos reportados](#). El sesgo de supervivencia es otra limitación que podría sub-representar a quienes enfrentaron barreras más severas o fallecieron antes del diagnóstico. Por otro lado, la mala calidad de los registros clínicos dificultó alcanzar un tamaño muestral suficiente que permitiera explorar diferencias en las barreras según el tipo de cáncer, el estadio o el tipo de trayectoria.

V. Conclusiones

Este estudio evidenció la persistencia de barreras que prolongan el tiempo diagnóstico del cáncer en los sistemas públicos de salud de Chile, Colombia y Ecuador, especialmente en el intervalo del proveedor. Las principales dificultades fueron las demoras en citas, pruebas diagnósticas y derivaciones, que explican la percepción generalizada de tiempos diagnósticos largos, particularmente en Colombia que supera considerablemente los reportados en Chile y Ecuador. Las barreras atribuibles al intervalo del paciente fueron menos frecuentes.

En Colombia, los procesos de autorización acentuaron la ruptura en la continuidad del cuidado. En Ecuador y Chile las barreras se asociaron principalmente a la limitada disponibilidad de recursos diagnósticos y la necesidad de recurrir a servicios privados. A ello se suman barreras económicas y geográficas que afectan el acceso en poblaciones más vulnerables. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar políticas públicas que fortalezcan la atención primaria, mejoren la coordinación entre niveles de atención y reduzcan barreras administrativas, económicas y territoriales. Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones profundicen en las diferencias según tipo de cáncer y trayectorias específicas de los pacientes, para diseñar intervenciones más efectivas.

VI. Financiación

Este estudio se enmarca en el proyecto EquityCancer-LA financiado por el programa Horizon 2020 (H2020), de la Comisión Europea (SC1-BHC-17-2020) bajo el convenio (GA) 965222. Fue realizado como Trabajo de Fin de Master por una estudiante beneficiaria de la beca otorgada por el Consorci de Salut y Social de Catalunya en el marco de su convenio de colaboración con la Universitat Pompeu Fabra.

¿Qué se sabe sobre el tema? Explicar en un máximo de 300 caracteres el estado del conocimiento científico sobre el tema abordado en el estudio, haciendo referencia a las revisiones disponibles.

La mayoría de estudios en América Latina sobre demoras diagnósticas, proceden de Brasil, se centran en cáncer de mama, y en el intervalo total, identifica barreras relacionadas con los pacientes y del sistema. Sin embargo, falta evidencia sobre otros países y tipos de cáncer.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura? Describir en una sola frase de 200 caracteres como máximo, qué aporta el estudio realizado a la evidencia existente.

El estudio aporta evidencia sobre barreras de acceso al diagnóstico del cáncer en tres países latinoamericanos, usando un marco común para analizar trayectorias y desigualdades en el acceso.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos? Añadir una frase de un máximo de 200 caracteres en la que se planteen las implicaciones para la práctica, la investigación, las políticas o la salud pública de los resultados obtenidos, en relación a la evidencia existente.

Los resultados subrayan la necesidad de fortalecer la atención primaria y la coordinación entre niveles para reducir barreras y mejorar el acceso equitativo al diagnóstico del cáncer.

VII. Bibliografía

1. Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, St Louis J, Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, et al. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. *The Lancet Oncol* [Internet]. 2013 [cited 2024 Oct 23];14:391–436. Available from: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/commissions/planning-cancer-control-latin-america-and-caribbean/tlo-commission-series-spanish-1418469557743.pdf>
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024 May 4;74(3):229–63.
3. de Melo Santos TT, dos Santos Andrade LS, Case de Oliveira ME, Lima Gomes KA, Almeida de Oliveira T, Weller M. Availability of Diagnostic Services and their Impact on Patient Flow in Two Brazilian Referral Centres of Breast Cancer Treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2020 Feb 1;21(2):317–24.
4. Munhoz BA, Paiva HS, Abdalla BMZ, Zaremba G, Rodrigues AMP, Carretti MR, et al. From one side to the other: what is essential? Perception of oncology patients and their caregivers in the beginning of oncology treatment and in palliative care. *Einstein (São Paulo)*. 2014 Dec 16;12(4):485–91.
5. Mattosinho C, Moura AT, Grigorovski N, Araújo LH, Ferman S, Ribeiro K. Socioeconomic status and retinoblastoma survival: Experience of a tertiary cancer center in Brazil. *Pediatr Blood Cancer*. 2021 Jan 22;68(1).
6. Campaña C, Cabieses B, Obach A, Vezzani F. “Healthcare should be the same for everyone”: perceived inequities in therapeutic trajectories of adult patients with lung cancer in Chile, a qualitative study. *Front Public Health*. 2023 Aug 16;11.
7. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología* [Internet]. 2007 [cited 2025 Apr 21];11(1):13–22. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-484494>
8. Sánchez-Vanegas G, Abadía-Barrero CE, De la Hoz F, Nova J, Lopez E. Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia colombiana. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2013 [cited 2025 Apr 21];15(5):671–83. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42230941002>
9. Medeiros GC, Thuler LCS, Bergmann A. Delay in breast cancer diagnosis: a Brazilian cohort study. *Public Health*. 2019 Feb;167:88–95.
10. Leon-Rodriguez E, Molina-Calzada C, Rivera-Franco MM, Campos-Castro A. Breast self-exam and patient interval associate with advanced breast cancer and treatment delay in Mexican women. *Clinical and Translational Oncology*. 2017 Oct 25;19(10):1276–82.
11. Medeiros GC, Bergmann A, Thuler LCS. Análise do intervalo de tempo entre o primeiro sintoma e o início do tratamento de mulheres com câncer de mama em um centro oncológico de referência no Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública de Mato Grosso*

- Do Sul [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 21];2(1–2):77. Available from: <https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/63>
12. Hernández Vargas JA, Ramírez Barbosa PX, Valbuena-García AM, Acuña-Merchán LA, González-Díaz JA, Lopes G. National Cancer Information System Within the Framework of Health Insurance in Colombia: A Real-World Data Approach to Evaluate Access to Cancer Care. *JCO Glob Oncol*. 2021 Dec;(7):1329–40.
 13. Tejada-Tayabas LM, Salcedo LA, Espino JM. Medical therapeutic itineraries of women with breast cancer diagnosis affiliated to the People's Health Insurance in San Luis Potosí, central Mexico. *Cad Saude Publica*. 2015 Jan;31(1):60–70.
 14. Sánchez V G, Laza V C, Estupiñán G C, Estupiñán G L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2014 [cited 2025 Apr 21];32(3):305–13. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en
 15. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2009 [cited 2025 Apr 21];51(2):s254–62. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800016&lng=es
 16. Costa de Souza M, Freitas Trindade K, Pereira Neves B, Costa dos Santos Borges J, Nascimento Souza J, Pereira de Souza Santos M. Itinerários terapêuticos produzidos por mulheres na busca pelo acesso ao diagnóstico e cuidado no câncer de mama. *Revista Saúde em Redes* [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 21];8(8):239–51. Available from: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n3p239-251>
 17. Barros ÂF, Murta-Nascimento C, Abdon CH de, Nogueira DN, Lopes ELC, Dias A. Factors associated with time interval between the onset of symptoms and first medical visit in women with breast cancer. *Cad Saude Publica*. 2020;36(2).
 18. Unger-Saldaña K, Infante-Castañeda CB. Breast cancer delay: A grounded model of help-seeking behaviour. *Soc Sci Med*. 2011 Apr;72(7):1096–104.
 19. Vázquez ML, Vargas I, Rubio-Valera M, Aznar-Lou I, Eguiguren P, Mogollón-Pérez AS, et al. Improving equity in access to early diagnosis of cancer in different healthcare systems of Latin America: protocol for the EquityCancer-LA implementation-effectiveness hybrid study. *BMJ Open*. 2022 Dec 13;12(12):e067439.
 20. Walter F, Webster A, Scott S, Emery J. The Andersen Model of Total Patient Delay: A Systematic Review of Its Application in Cancer Diagnosis. *J Health Serv Res Policy*. 2012 Apr 1;17(2):110–8.
 21. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
 22. Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care*. 1981 Dec;19(12):4–27.
 23. Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frensz P. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet* [Internet]. 2015 Mar 28 [cited 2025 Apr 21];385(9974):1230–47. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61646-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61646-9/abstract)
 24. Becerril-Montekio V, Reyes J de D, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Publica Mex*. 2011;53(2):s132–42.
 25. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex*. 2011;53(2):s144–55.
 26. Econ RL, Villacrés N, Rodrigo Henríquez. Sistema de salud de Ecuador. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011 [cited 2024 Oct 24];53(2):177–87. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/13.pdf>
 27. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica. Quito; 2013.
 28. Ministerio de Salud R de C. Decreto N° 72: Aprureba garantías explicitas de salud 08.09.2022. Santiago de Chile; 2022.

29. Enthoven A. Managed Competition of Alternative Delivery Systems. *J Health Polit Policy Law*. 1988 Apr 1;13(2):305–21.
30. PAHO. Renewing primary health care in the Americas. Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. 2010.
31. Campaña C, Cabieses B, Obach A, Vezzani F. “Healthcare should be the same for everyone”: perceived inequities in therapeutic trajectories of adult patients with lung cancer in Chile, a qualitative study. *Front Public Health*. 2023 Aug 16;11.
32. Uribe Pérez CJ, Amado Niño AM, Rueda Patiño AM, Mantilla Villabona LY. Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia. *Etapas exploratorias*. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2019 Apr 1;34(1):17.
33. Ministerio de Salud y Protección Social C. Resolución 3280 de 2018. Bogotá; 2018.
34. Ministerio de Salud Pública E. Estrategia nacional para la atención integral del cáncer en Ecuador. Quito; 2017.
35. Ministerio de Salud C. Plan nacional de cáncer Chile 2018-2028. Santiago de Chile; 2018.
36. CEPAL, OPS. La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2024.
37. Aznar I, Espinel V, Lucena Z, Oliver A, Rubio M, Vargas I, et al. Improving equity in access to early diagnosis of cancer: implementation research in different healthcare systems of Latin America. Barcelona; 2021 Oct.
38. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Eguiguren P, Torres AL, Peralta A, Rubio-Valera M, et al. Understanding the health system drivers of delayed cancer diagnosis in public healthcare networks of Chile, Colombia and Ecuador: a qualitative study with health professionals, managers and policymakers. *Soc Sci Med*. 2024 Nov;117499.
39. Foletto EF, Jackisch SE, Dotto ML, Severo C, Pappen E, Moura Valim AR de, et al. Therapeutic itinerary of colorectal cancer patients treated in the state of Rio Grande do Sul. *Journal of Coloproctology [Internet]*. 2016 Apr [cited 2025 Apr 30];36(2):091–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2016.03.008>
40. Unger-Saldaña K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, Mainero-Rachelous F, Bargalló-Rocha E, Miguel Lázaro-León J. Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study. *Cancer*. 2015 Jul 24;121(13):2198–206.
41. Molina Berrío DP, Ramos Jaraba SM, Garcés Palacio IC. Experiencias en la atención en salud de mujeres con anomalías citológicas o cáncer de cuello uterino en dos departamentos fronterizos: una lucha entre la vida y el sistema de salud colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2021 Mar 4;39(2):1–11.
42. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón-Pérez AS, Unger JP. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res*. 2010 Oct 29;10:297.
43. Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*. 2009 Mar;68(6):1153–60.
44. Martínez-Pérez DC, Luis Rodolfo Gómez-Wolff, Carlos Andrés Ossa-Gómez, Gilma Norela Hernández-Herrera, Yamile Rivas-Bedoya, Héctor Iván García-García. Asociación entre retraso en el diagnóstico y estadio clínico avanzado de cáncer de mama al momento de la consulta en cuatro centros oncológicos de Medellín, Colombia, 2017. Estudio de corte transversal. *Rev colomb obstet ginecol [Internet]*. 2020 May 20 [cited 2025 Apr 30];71(2):87–102. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3410>
45. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, Garcia OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública Mex*. 2011 Nov;53(6):478–85.
46. Fondo Colombiano de enfermedades de alto Costo C de AC (CAC). Situación del Cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia, 2023. Bogotá; 2024.

47. Sánchez-Román S, Chavarri-Guerra Y, Vargas-Huicochea I, Alvarez Del Río A, Bernal Pérez P, Morales Alfaro A, et al. Financial Toxicity Among Older Mexican Adults With Cancer and Their Families: A Mixed-Methods Study. *JCO Glob Oncol*. 2022 Mar;8:e2100324.
48. Donkor A, Atuwó-Ampoh V Della, Yakanu F, Torgbenu E, Ameyaw EK, Kitson-Mills D, et al. Financial toxicity of cancer care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2022 Sep;30(9):7159–90.

VIII. Tablas y figuras

Tabla 1. Características de la muestra de estudio en Chile, Colombia y Ecuador.

	Chile N= 351	Colombia N= 287	Ecuador N= 365
Características sociodemográficas	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Sexo			
Hombre	145(41.3)	97(33.8)	59(16.3)
Mujer	206(58.7)	190(66.2)	304(83.7)
Edad			
18 - 39	20(5.7)	28(10)	50(14.3)
40 - 59	109(31)	100(35)	161(46)
60 - 79	204(58.1)	132(46)	125(36)
>80	18(5.2)	27(9)	13(3.7)
Nivel de estudios			
Ninguno	6(1.7)	108(37.6)	11(3)
Primarios	124(35.3)	98(34.2)	125(34)
Secundarios	192(54.7)	61(21.3)	170(47)
Superiores	29(8.3)	15(5.2)	55(15)
Ingreso familiar			
< 1SMMLV	86(24.5)	198(69)	212(58.1)
1 - 2 SMMLV	183(52.1)	74(26)	103(28.2)
3 - 4 SMMLV	28(8)	3(1)	3(0.8)
> 4 SMMLV	21(6)	3(1)	2(0.5)
Tipo de cáncer y estadio			
Tipo de cáncer			
Mama	131(37.3)	49(17.1)	177(48.5)
Colorrectal	89(25.4)	44(15.3)	54(14.8)
Próstata	61(17.3)	26(9.1)	28(7.7)
Pulmón	23(6.6)	6(2.1)	NA
Riñón o vesical	21(6)	13(4.5)	NA
Gástrico	19(5.4)	39(13.6)	43(11.8)
Testículo	7(2)	3(1)	NA
Cérvix	NA	49(17.1)	63(17.2)
Melanoma	NA	3(1)	NA
Otros	NA	55(19.2)	NA
Estadio del cáncer en el momento diagnóstico			
I	105(29.9)	<i>n/a</i>	22(6)
II	98(27.9)	<i>n/a</i>	99(27.1)
III	80(22.8)	<i>n/a</i>	107(29.3)
IV	55(15.7)	<i>n/a</i>	58(15.9)
<i>missing</i>	13(3.7)	<i>n/a</i>	79(21.6)
Factores relacionados con el acceso			
Fuente regular de atención			
Si	235(67)	272(95)	177(49)
No	116(33)	15(5)	181(51)
Seguro privado			
Si	39(11.1)	4(1.4)	2(0.5)
No	311(88.9)	283(98.6)	357(99.2)
Tipo de servicio de salud utilizado			
Público	81(23.1)	192(66.9)	149(40.8)
Público y privado	270(76.9)	95(33.1)	216(59.2)
Identificación del problema			
Sintomáticos	209(59.5)	247(86.1)	308(84.4)
No sintomáticos	142(40.5)	40(13.9)	57(15.6)

Colombia: Tiroides, ovario, cerebro, vagina, páncreas, vejiga, anal, tejidos blandos, nasofaríngeo, tracto urinario, lengua, pene, laringe, ojo, glándula parótida, cerebelo, hígado, esófago, apéndice, vesícula.

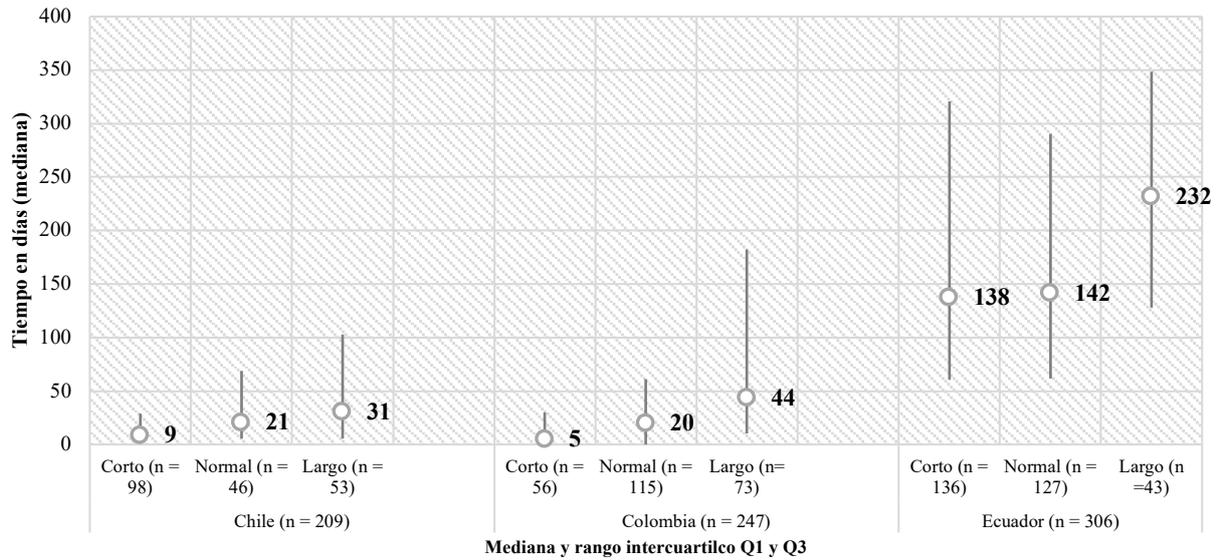
NA: No aplica, ya que los cánceres seleccionados fueron diferentes entre países.

n/a: No está disponible el dato del estadio del cáncer en Colombia.

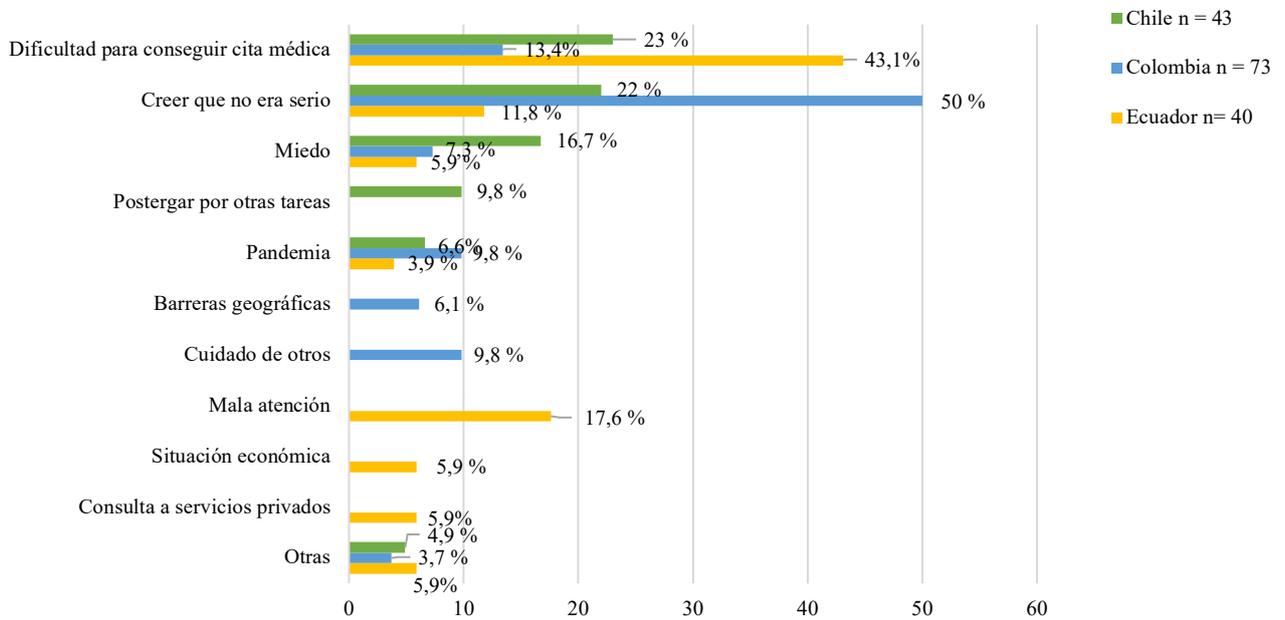
Fuente de dato de estadio de cáncer: Registros clínicos en Chile y Ecuador.

Missing mayor al 5%: Ingresos Chile (9.4%) y Ecuador (12.4%).

a) Percepción del tiempo esperado desde la detección de síntomas hasta la solicitud de la primera cita



b) Razones de demora en solicitar cita con el servicio de salud o para acudir a urgencias



c) Percepción del tiempo esperado desde la primera cita hasta el diagnóstico

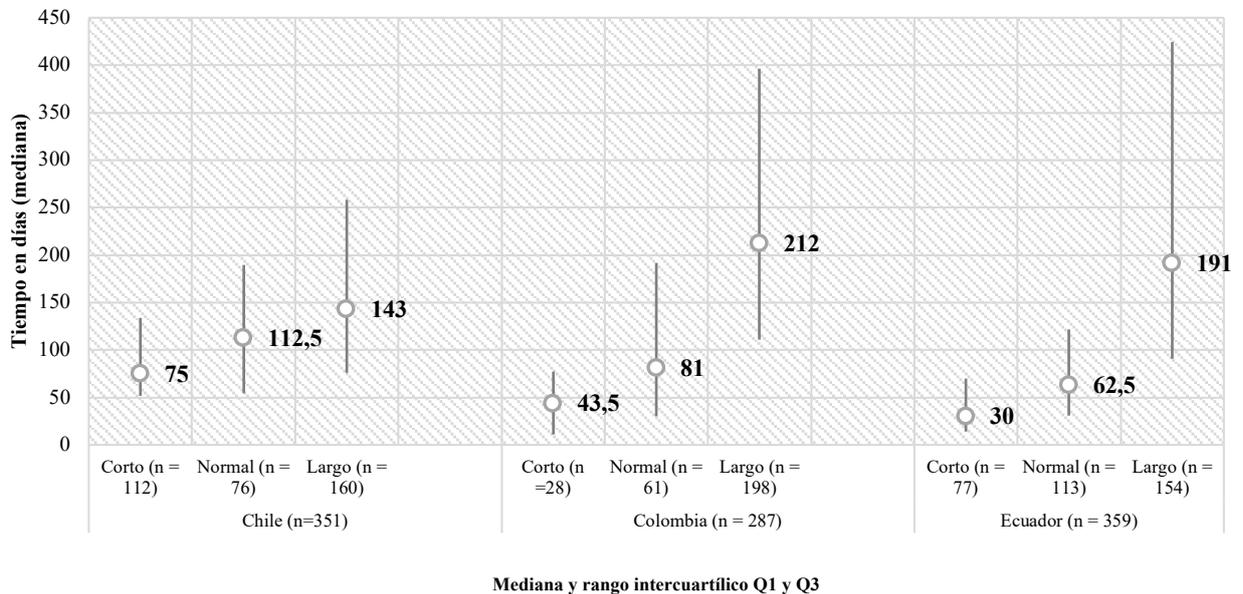
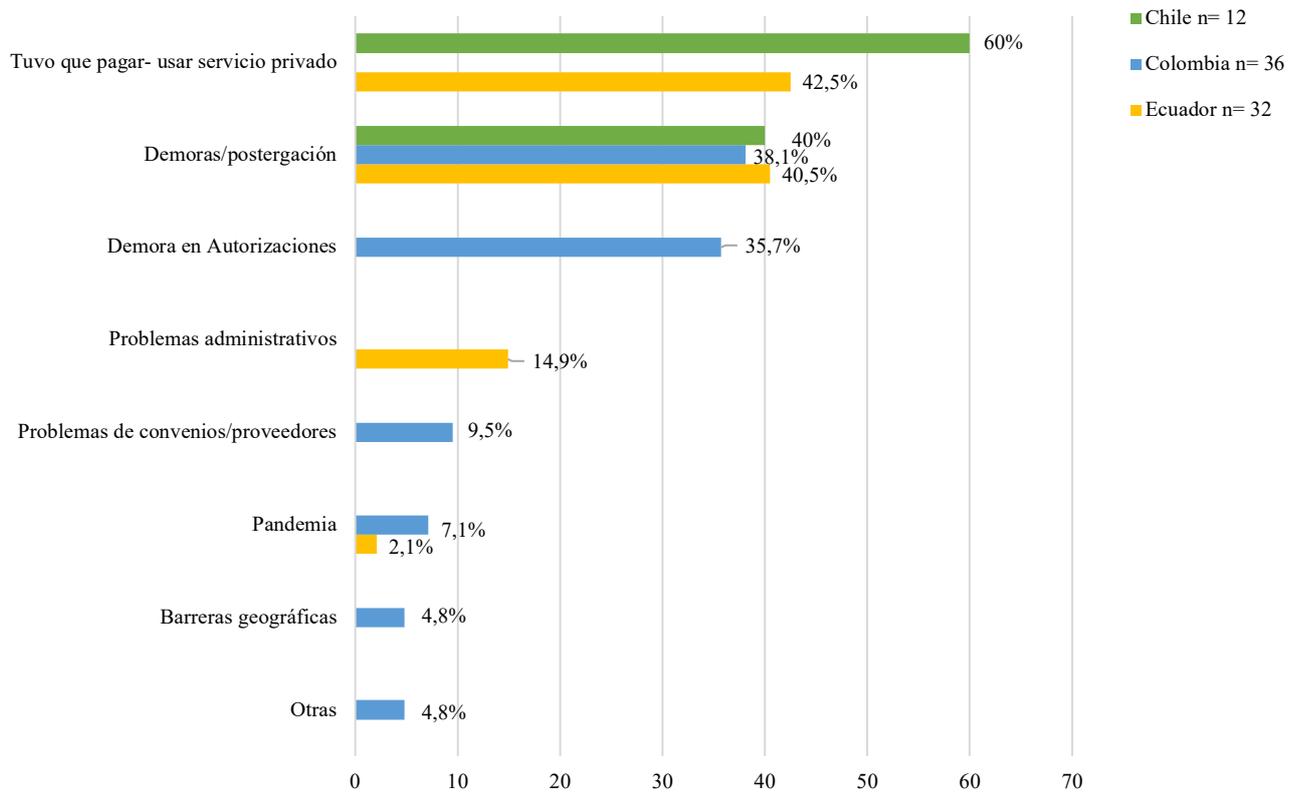


Figura 1. Percepción de los tiempos de espera y razones.

Tabla 2. Prevalencia de barreras de acceso en los servicios de salud públicos de Chile, Colombia y Ecuador.

	Chile N=351		Colombia N=287		Ecuador N=365	
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)
En la entrada a los servicios de salud						
Pacientes que buscaron atención por sus síntomas y no fueron atendidos	209	8(3.8)	247	7(2.8)	308	18(5.8)
Pacientes que no fueron derivados al médico del servicio público tras cribado oportunista o hallazgo casual en los servicios públicos	82	29(35.4)	38	7(18.4)	44	14(31.8)
En el uso de servicios de salud durante el diagnóstico						
Pacientes que no acudieron a una cita						
Medicina general	171	2(1.2)	189	4(2.1)	202	2(1)
Medicina especializada	335	9(2.7)	215	7(3.3)	319	3(0.9)
Pacientes que tenían cita y no fueron atendidos						
Medicina general	171	4(2.3)	189	3(1.6)	202	12(5.9)
Medicina especializada	335	12(3.6)	215	5(2.3)	319	2(0.6)
Dificultades para la realización de pruebas diagnósticas						
Medicina general	77	12(15.6)	130	36(27.7)	126	32(25.4)
Medicina especializada	299	35(11.7)	166	46(27.7)	283	42(14.8)
Urgencias	15	2(13.3)	22	2(9.1)	40	4(10)
Derivaciones						
Pacientes atendidos en AP que no fueron derivados al especialista para continuar con el estudio del problema	171	15(8.8)	189	51(27)	202	35(17.3)
Pacientes atendidos en urgencias que no fueron derivados al especialista para continuar con el estudio del problema	72	18(25)	162	10(6.2)	94	6(6.4)
Autorizaciones						
Autorizaciones para pruebas diagnósticas						
Medicina general			130	98(75.4)		
Medicina especializada			166	133(80.1)		
Urgencias			22	1(4.5)		
Autorizaciones para derivaciones						
Medicina especializada			222	162(73)		
Hospitalización			145	26(17.9)		
Autorizaciones para medicamentos						
Medicina general			89	30(33.7)		
Medicina especializada			47	19(40.4)		
Urgencias			21	6(28.6)		
Dificultades para acceder a medicamentos						
Medicina general	35	4(11.4)	89	16(18)	56	3(5.4)
Medicina especializada	74	6(8.1)	47	15(31.9)	57	2(3.5)
Urgencias	33	1(3)	21	2(9.5)	40	2(5)
Uso de servicios privados						
Pacientes que consultaron con médico privado						
Antes y durante la evaluación por medicina general	171	111(64.9)	189	42(22.2)	201	44(21.9)
Durante la evaluación por medicina especializada	335	42(12.5)	215	21(9.8)	319	36(11.3)
Pacientes que pagaron por pruebas diagnósticas en el sistema privado						
Medicina general	171	136(79.5)	189	39(20.6)	201	98(48.8)
Medicina especializada	335	68(20.3)	215	28(13)	319	103(32.3)

a) Dificultades para realización de pruebas diagnosticas en medicina general



b) Dificultades para realización de pruebas diagnosticas en medicina especializada

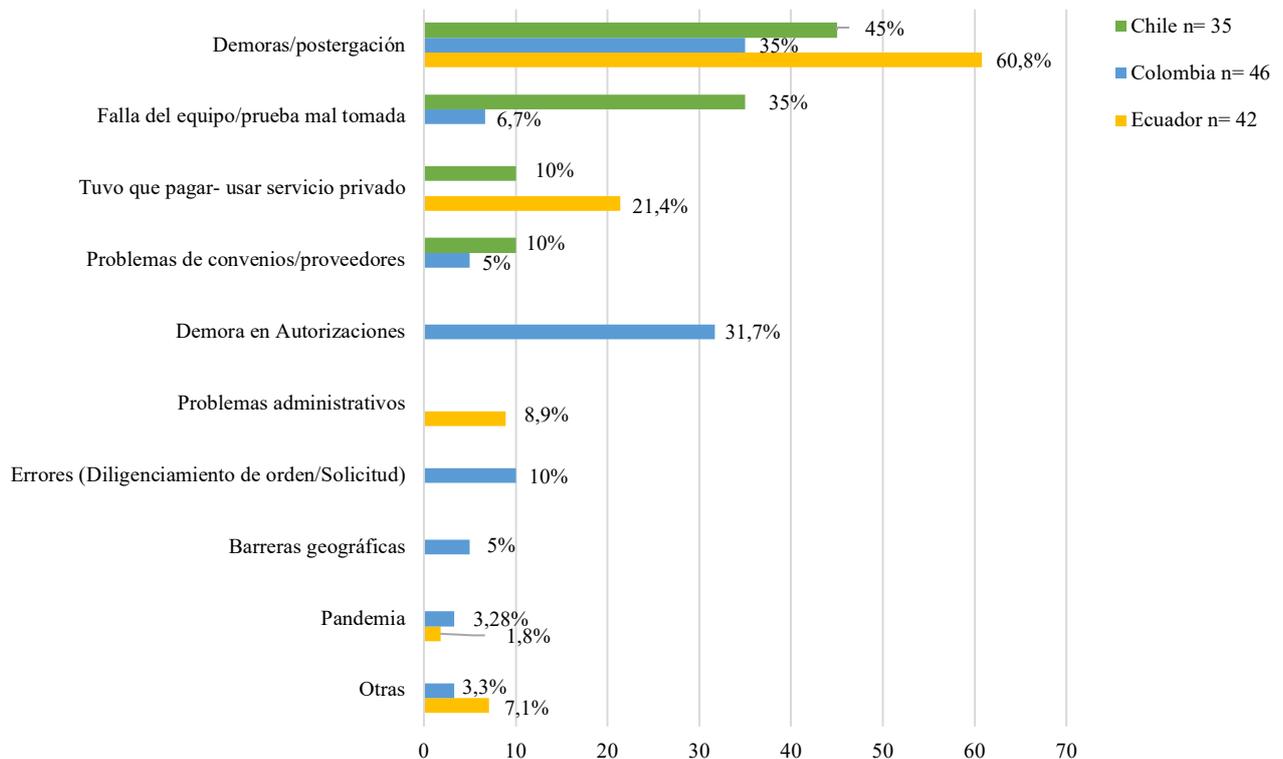


Figura 2. Dificultades para la realización de pruebas diagnósticas en medicina general y especializada.

Tiempo medio de desplazamiento a servicios de salud por país y nivel de atención

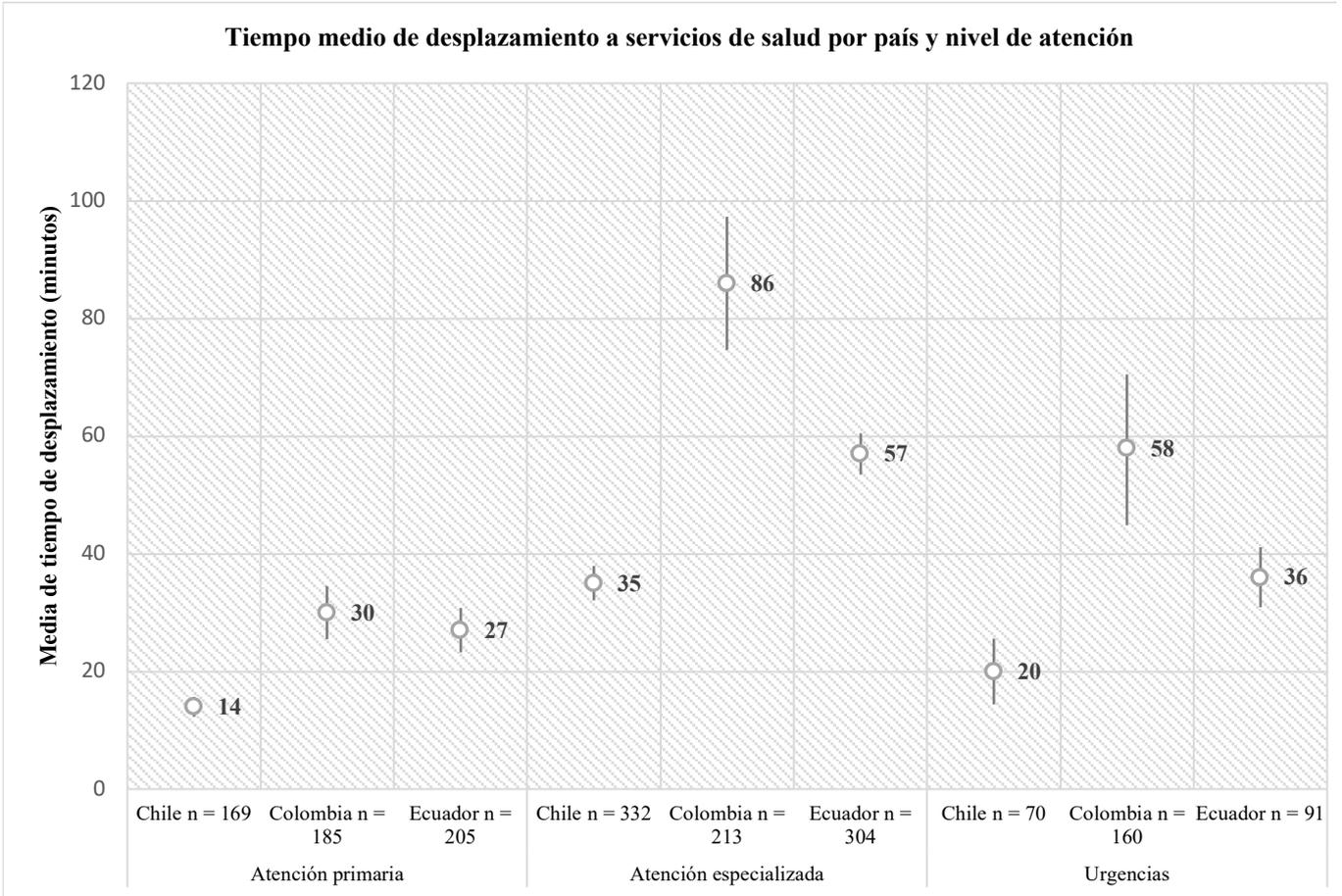


Figura 3. Promedio del tiempo de desplazamiento (minutos) al servicio de salud y su intervalo de confianza al 95% según nivel de atención y país

Tabla 3. Co-pagos y gastos por transporte de acuerdo al tipo de atención por país (Purchasing Power Parity, \$PPP).

		Chile					Colombia					Ecuador				
		N	n	%	Costo medio	CI 95%	N	n	%	Costo medio	CI 95%	N	n	%	Costo medio	CI 95%
Atención primaria	Consulta	306	-	-	-	-	202	30	14.9	5.8	4.2 - 7.4	237	-	-	-	-
	Pruebas	77	-	-	-	-	130	29	22.3	57.4	26 - 88.8	126	-	-	-	-
	Medicamentos	35	11	31.4	135.6	8.9 - 262.3	89	25	28.1	25.0	5.9 - 44.1	56	13	23.2	46	23 - 69
	Transporte	306	83	27.1	6.5	5.3 - 7.7	202	128	63.4	9.3	7.6 - 11	153	128	83.7	5.8	3.5 - 8.1
	Transporte pruebas	77	48	62.3	27.8	11.1 - 44.5	130	109	83.8	29.1	21.3 - 36.9	126	101	80.2	6.5	4 - 9
Atención especializada	Consulta	338	-	-	-	-	222	32	14.4	5.5	4.2 - 6.9	329	5	1.5	61	22.8 - 99.2
	Pruebas	299	-	-	-	-	166	40	24.1	219.4	43.8 - 395	283	-	-	-	-
	Medicamentos	74	11	14.9	83.4	37.8 - 129	47	21	44.7	45.9	10.4 - 81.4	57	21	36.8	405.9	14.5 - 797.3
	Transporte	338	297	87.9	17.8	15.2 - 20.4	222	185	83.3	28.7	24.2 - 33.2	329	284	86.3	7.4	6 - 8.8
	Transporte pruebas	299	275	92	74.9	57.6 - 92.2	166	157	94.6	56.3	45.2 - 67.4	283	262	92.6	7.6	6 - 9.2
Urgencias	Consulta	84	-	-	-	-	162	-	-	-	-	97	-	-	-	-
	Pruebas	15	-	-	-	-	22	2	9.1	90.5	49.8 - 230.8	40	-	-	-	-
	Medicamentos	33	8	24.2	59.8	35.3 - 84.3	21	6	28.6	17.9	2.8 - 38.6	40	1	2.5	75	75 - 75
	Transporte	84	51	60.7	18.9	11.2 - 26.6	162	140	86.4	24.4	19.4 - 29.4	97	79	81.4	12.3	9.3 - 15.3
Hospitalización	Ingreso	42	-	-	-	-	145	22	15.2	382.2	329.3 - 435.1	16	-	-	-	-

Purchasing Power Parity \$PPP

N: Número de usuarios

n: Número de usuarios que efectivamente pagaron

CI: Intervalo de confianza

IX. Especificación de tareas realizadas por la estudiante

Tarea	Tarea específica	Programado en el protocolo	Realizado en el Trabajo de Fin de Máster
Elaboración plan de análisis	Redacción de plan de análisis de variables	SI	SI
Preparación de base de datos	<p>Limpieza y validación de valores faltantes o inconsistentes</p> <p>Transformación de variables</p> <p>Agrupación de variables continuas en categóricas</p> <p>Unificación/consolidación de variables</p>	SI	SI
Análisis estadístico	<p>Análisis univariado</p> <p>- Cálculo de frecuencias y proporciones de variables categóricas</p> <p>- Determinación de medias, medianas, y desviaciones estándar para variables continuas</p> <p>- Detección de prevalencias de barreras reportadas por país</p>	SI	SI
Redacción del artículo científico	<p>- Comprensión del contexto del problema de estudio, identificación de brechas en el conocimiento</p> <p>- Definición de fundamentos de pertinencia del trabajo</p>	SI	SI
Redacción de la introducción	<p>- Revisión de literatura científica relevante</p> <p>- Definición del marco conceptual</p> <p>- Precisión de objetivos</p> <p>- Justificación del análisis realizado</p>	SI	SI
Entrega 1era revisión a tutoras		SI	SI
Incorporación de comentarios de tutoras		SI	SI
Redacción de los resultados	<p>- Descripción detallada de los hallazgos a partir del análisis de los datos</p> <p>- Organización de resultados en tablas y figuras, con énfasis en valores relevantes y patrones identificados</p> <p>- Redacción objetiva y precisa, evitando interpretaciones</p>	SI	SI
Redacción de la discusión	<p>- Interpretación crítica de los resultados en relación con la literatura existente</p> <p>- Identificación de coincidencias y discrepancias con estudios previos</p>	SI	SI

	- Análisis de posibles explicaciones Implicaciones - Reflexión sobre limitaciones		
Entrega 1era versión de artículo a tutoras		SI	SI
Entrega final a tutoras		SI	SI
Entrega del TFM al máster		SI	SI
Envío de comentarios de los evaluadores		En proceso	En proceso
2da entrega del TFM		En proceso	En proceso
Preparación defensa del TFM		En proceso	En proceso
Simulacro defensa TFM CSC		En proceso	En proceso
Defensa del TFM		En proceso	En proceso

X. Anexos

Tabla anexo 1. Barreras durante la búsqueda de atención y entrada a los servicios

Barrera	Variable	Valores de la variable	Preguntas
En la búsqueda	Percepción del tiempo desde que notó los síntomas hasta la solicitud de la cita	1. Corto 2. Normal 3. Largo 98. NS/NR	1.4
	Razones para no acudir a los servicios antes	Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Por qué demoró en solicitar la cita con el servicio de salud (o en acudir a urgencias)?</i>	1.4.1
En la entrada	Recibió atención por sus síntomas	1. Sí 2. No 3. NS/NR	1.3.1
	Razones para no ser atendida(o) cuando busco atención por sus síntomas	Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Por qué no le atendieron?</i>	1.3.1.1

Tabla anexo No 2. Barreras durante a utilización de los servicios de salud hasta el diagnóstico del cáncer

Barrera	Variable	Valores de la variable	Pregunta
En la utilización de los servicios Relacionadas con el paciente	Tenía una cita, pero no acudió	1. Sí 2. No 98. NS/NR	3.15 4.16
	Razones para no acudir	Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Por qué no acudió a un médico general de su centro de salud?</i>	3.15.1 4.16.1
	Razones para no acudir al MG antes de visitar urgencias	Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Por qué no acudió a un médico general de su centro de salud?</i>	5.3
Barrera Organizativa	Tenía una cita y el médico no le atendió (AP/AE)	1. Sí 2. No 98. NS/NR	3.16 4.17
	Razones por las que el médico no le atendió (AP/AE)	Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Por qué no le atendieron?</i>	3.16.1 4.17.1
	Percepción del tiempo desde la solicitud de la primera cita hasta la confirmación diagnóstica	1. Corto 2. Normal 3. Largo 98. No sabe, no responde	2.3.1
Dificultades para acceder a medicamentos y pruebas	Dificultades para acceder a medicamentos	1. Sí 2. No 98. NS/NR	3.8.4 4.95

	Tipo de dificultad	- Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Qué tipo de dificultad tuvo?</i>	3.8.4.1 4.9.5.1	
	Dificultades para realizarse pruebas	1. Sí 2. No 98. NS/NR	3.10 4.11	
	Tipo de dificultad	- Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Qué tipo de dificultad tuvo?</i>	3.10.1 4.11.1	
Geográficas	Tiempo que toma llegar hasta los servicios de salud	Tiempo total de desplazamiento	- Numérica - Minutos	3.5 4.7 5.6
Barreras económicas	Tuvo que pagar por la consulta/atención UR/hospitalización	1. Sí 2. No 98. NS/NR	3.3 4.5 5.4 6.4	
	Cuánto tuvo que pagar	- Numérica - Moneda	3.3.1 4.5.1 5.4.1 6.4.1	
	Motivos por los que pagó (Hospitalización)	Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Por qué tuvo que pagar?</i>	6.4.2	
	Gasto por transporte	Numérica Moneda	3.4.1 4.6.1 5.5.1	
	Tuvo que pagar por pruebas)	1. Sí 2. No 98. NS/NR	5.10.3	
	Cuánto tuvo que pagar	- Numérica - Moneda	5.10.3.1	
	Motivos por los que pagó	- Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Por qué tuvo que pagar?</i>	5.10.3.2	
	Gasto por transporte	- Numérica - Moneda	3.9.3.1 4.10.3.1 5.5.1	
	Tuvo que pagar medicamentos	1. Sí 2. No 98. NS/NR	3.8.2 4.9.2 5.9.2	
	Cuánto tuvo que pagar	- Numérica - Moneda	3.8.3 4.9.3 5.9.3	
Motivos por los que pagó	Categorías de la pregunta de respuesta abierta: <i>¿Por qué tuvo que pagar?</i>	3.8.3.1 4.9.4 5.9.3.1		

Tabla anexo No 3. Factores que influyen en la utilización de los servicios de salud

Variable		Valores de la variable	pregunta
Factores predisponentes	Edad	Numérica y categorizada: 1. 18-39 años 2. 40-59 años 3. 60-79 años 4. 80 años o más años	Ch, Co, Ec: 7.4
	Sexo	1. Mujer 2. Hombre	Ch, Ec:7.20; Co: 7.24
	Nivel de estudios (persona encuesta/jefe(a) del hogar)	1. Sin estudios o primaria incompleta 2. Educación primaria completa 3. Educación secundaria incompleta 4. Educación secundaria completa 5. Educación universitaria o postgrado	Ch, Co, Ec: 7.8 7.13
Factores capacitantes	Situación laboral (persona encuesta/jefe(a) del hogar)	1. Asalariado a tiempo completo (TC) 2. Asalariado a tiempo parcial (TP) 3. Trabajador por cuenta propia a TC 4. Trabajador por cuenta propia a TP 5. Sin trabajo 6. Estudiante o en formación 7. Jubilada/o, retirada/o, jubilada/o anticipada/o, ha cerrado negocio 8. Incapacitada/o permanente para trabajar 9. Dedicada/o a las labores del hogar o cuidados (remunerado) 10. Dedicada/o a las labores del hogar o cuidados (no remunerado) 11. Otra clase de inactividad económica	Ch, Co, Ec: 7.9 7.14
	Área	1. Rural 2. Urbano	-
	Ingreso	1. < 1 Salario mínimo (SM) 2. 1 – 2 SM 3. >2–3 SM 4. >3–4 SM 5. > 4 SM	Ch: 7.18, Co: 7.21 Ec: 7.17
	Afiliación a salud	1. Sí 2. No 98. NS/NR	- Ch, Co, 7.16
	Fuente regular de atención	1. Sí 2. No 98. NS/NR	- Ch, Co, Ec 7.2
	Seguro de salud privado	1. Sí 2. No 98. NS/NR	Ch:7.16.2 Co:7.19 Ec:7.16.1
Factores relacionados a de necesidad de atención	Número de comorbilidades severas auto reportadas	1. Ninguna 2. Al menos una 3. 2 – 3 4. 4 – 5 5. 6 o más	Sección 7 del cuestionario 7.1
	Tipo de cáncer	1. Mama 2. Cérvico - uterino 3. Colorrectal	Hoja del paciente

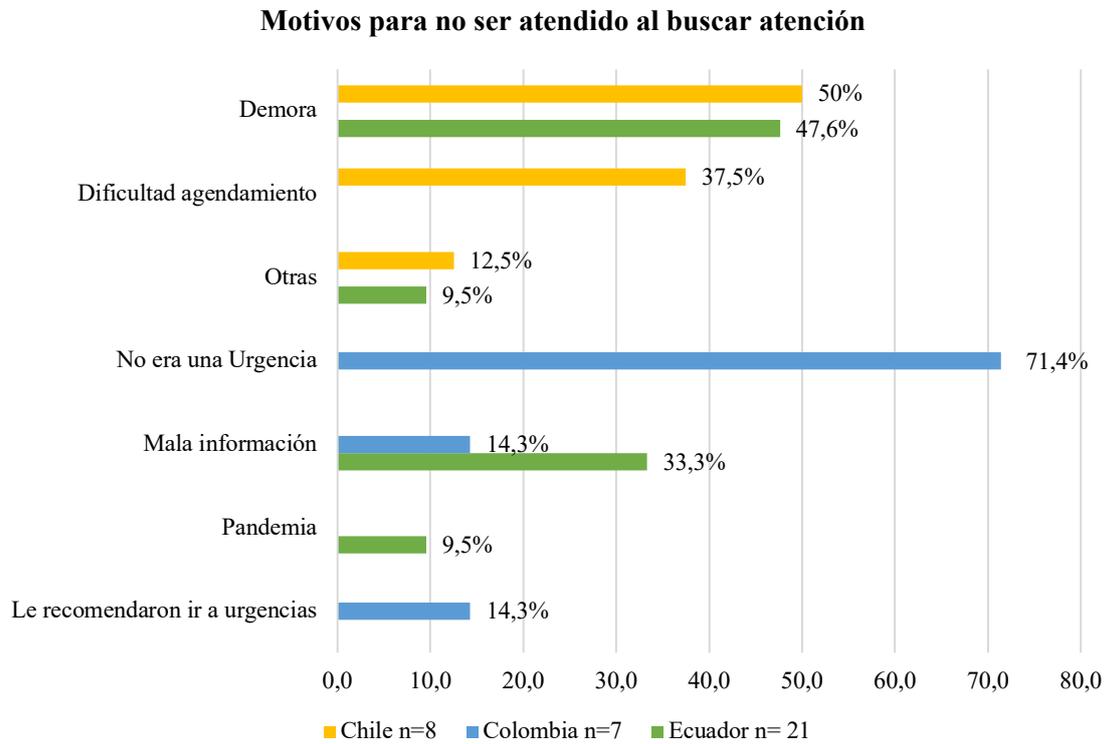
		4. Estómago 5. Próstata 6. Pulmón 7. Riñón 8. Piel	Primera parte del cuestionario (Colombia)
	Estadio	1. Estadio I 2. Estadio II 3. Estadio III 4. Estadio IV 5. No se registra; NS/NR 6. Pendiente	Hoja del paciente
	Identificación del problema de salud	1. Síntomas 2. Cribado oportunista 3. Hallazgo casual 4. Otros (Lista de códigos)	1.1
	Tipo de servicios utilizados hasta el diagnóstico	1. Público 2. Público y privado	2.1
	Niveles de atención utilizados hasta el diagnóstico	1. AP 2. AE 3. AE – hospitalización 4. Urgencias	2.1

Tabla anexo 4. Características del sector público de salud en Chile, Colombia y Ecuador

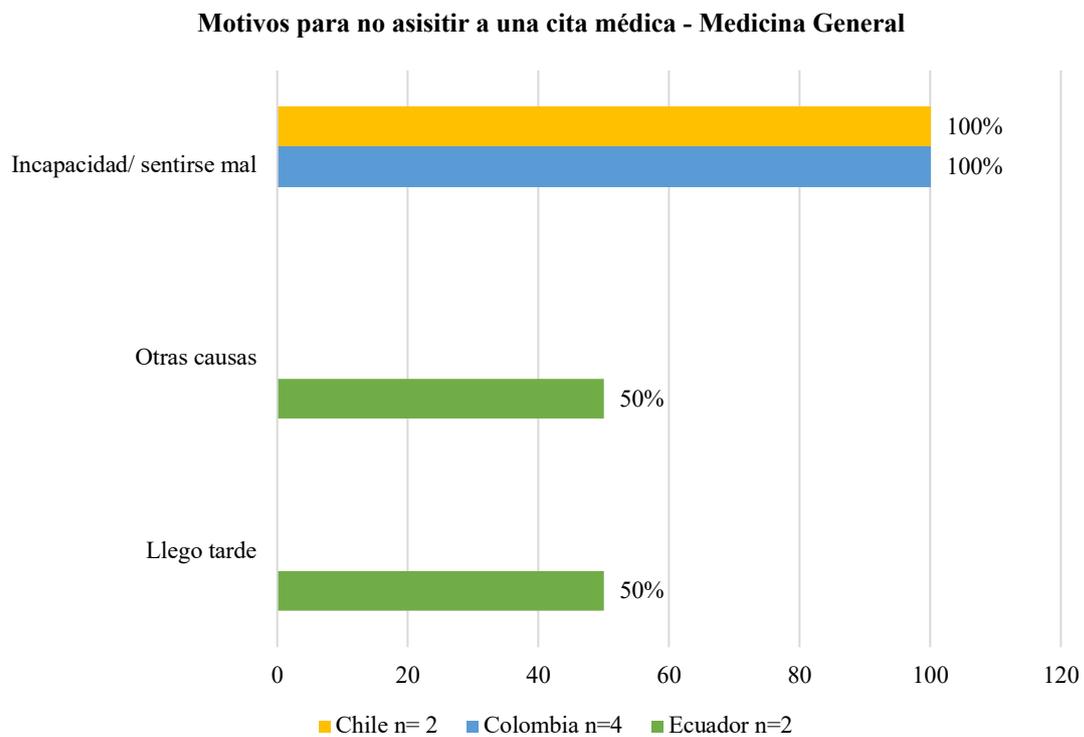
País	Cobertura del sector público	Entidad principal	Financiamiento	Provisión de servicios	Modelo organizativo
Chile	82% de la población	FONASA (Fondo Nacional de Salud)	Impuestos y contribuciones a la seguridad social	Mayoritariamente pública, con contratación ocasional de privados	Provisión directa, segmentado por ingresos
Colombia	51% de la población (régimen subsidiado)	EPS del régimen subsidiado	Impuestos y contribuciones	Predominio de proveedores privados	Modelo de competencia gestionada
Ecuador	51% de la población	Ministerio de Salud Pública	Impuestos	Mayoritariamente pública, con derivaciones a privados si es necesario	Provisión directa, segmentado por ingresos

Gráficos

Anexo 5.

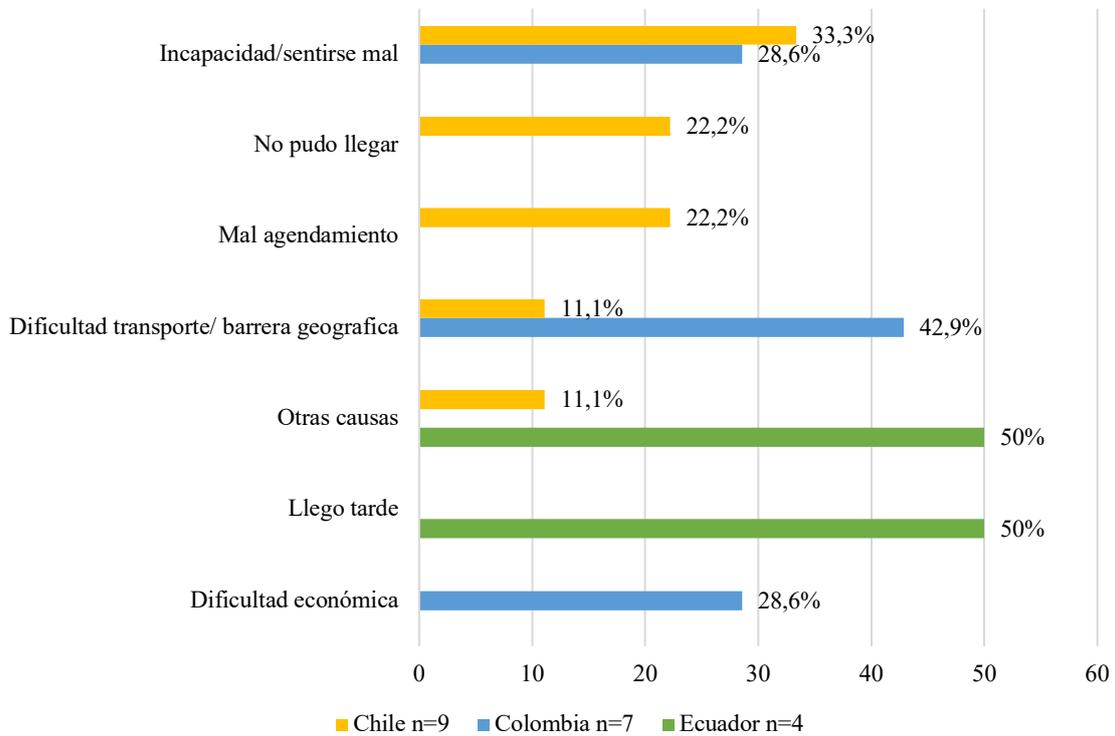


Anexo 6.



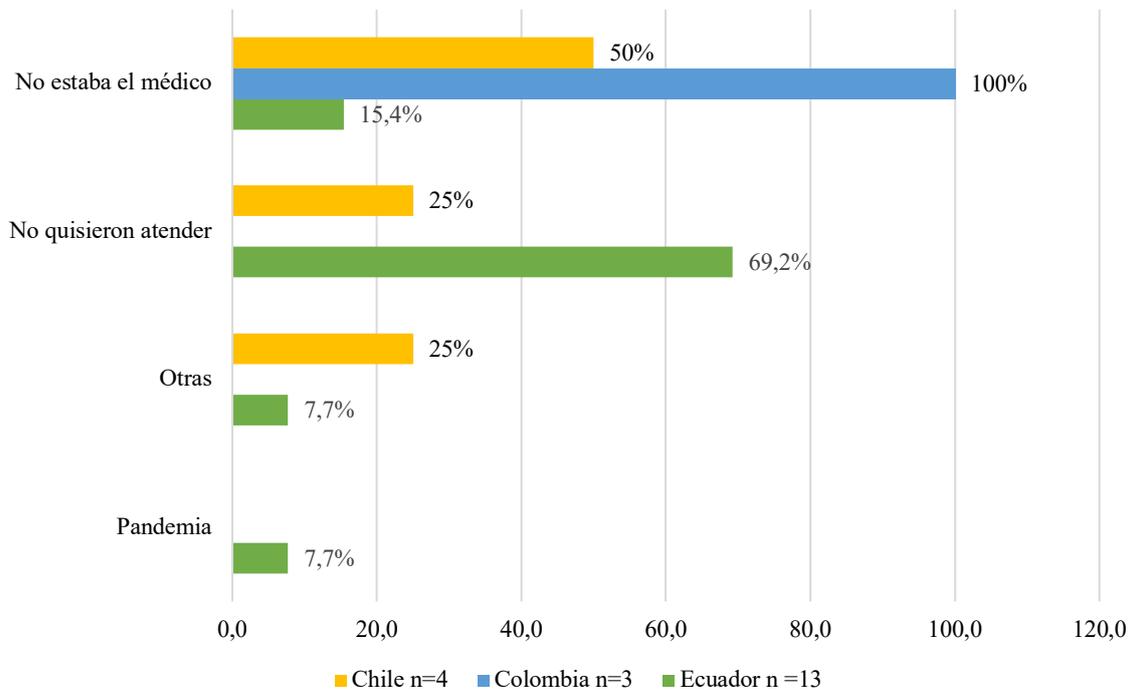
Anexo 7.

Motivos para no asistir a una cita médica - Medicina especializada



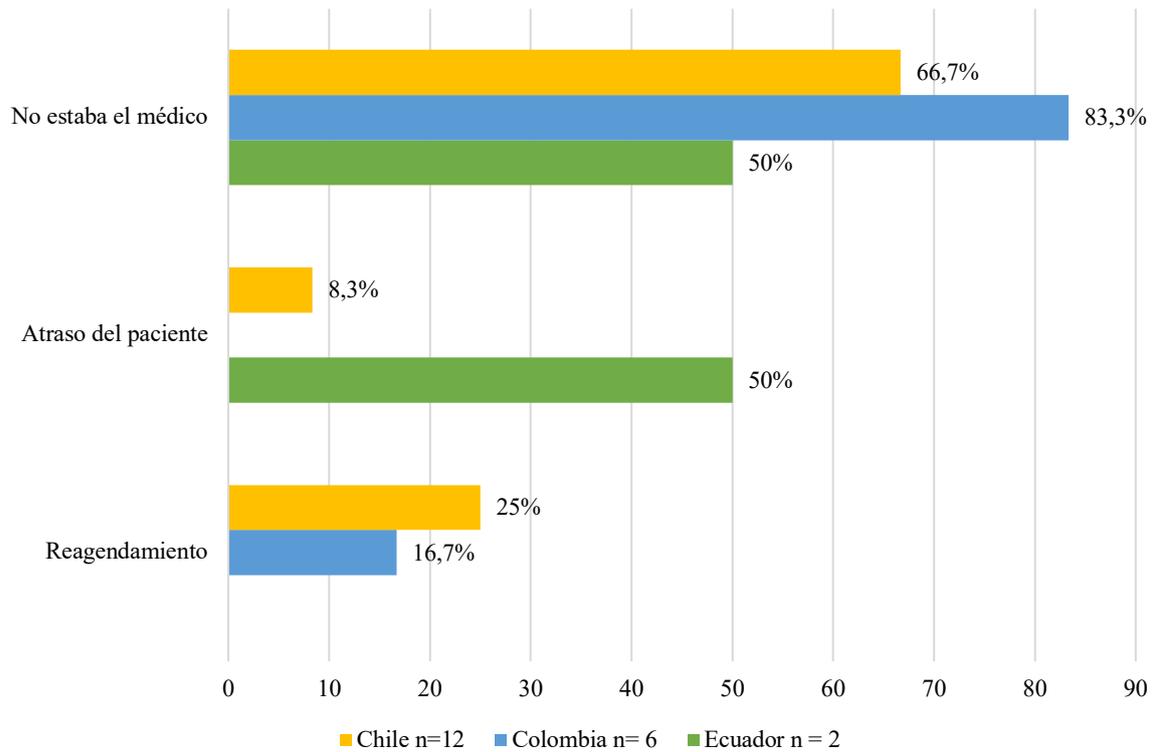
Anexo 8.

Motivos para tener una cita y no ser atendido- Medicina general



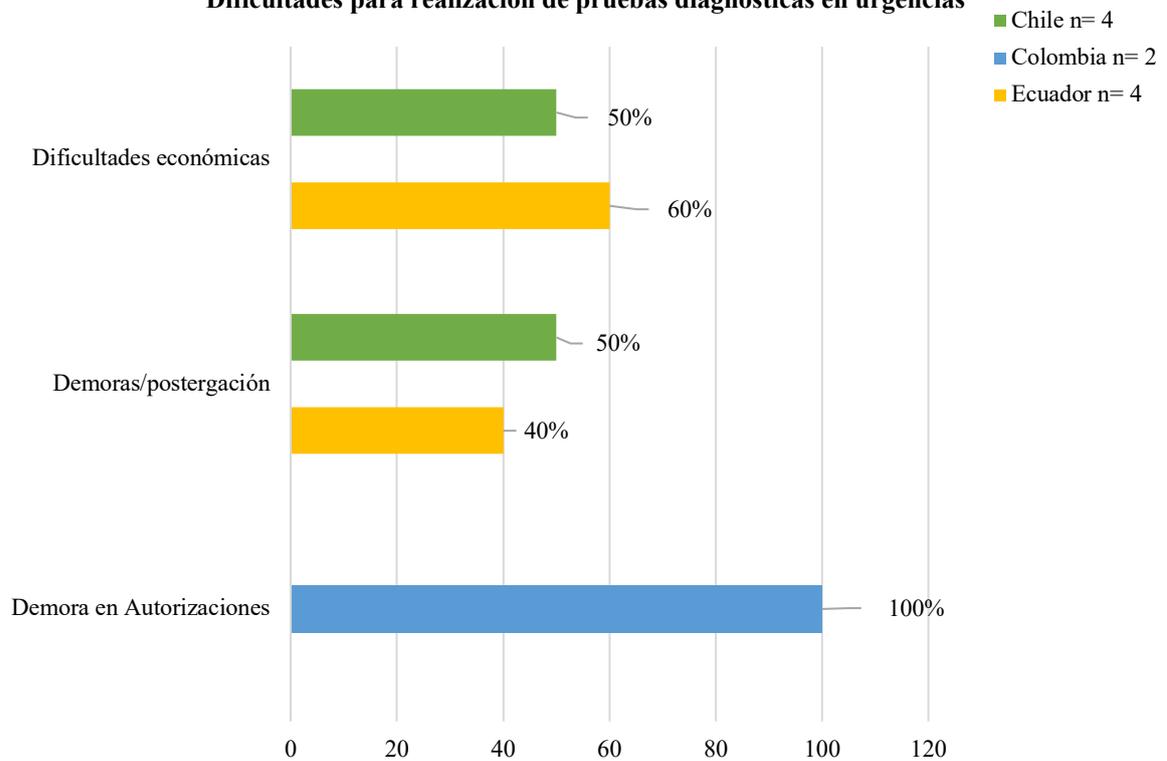
Anexo 9.

Motivos para tener una cita y no ser atendido - Medicina especializada

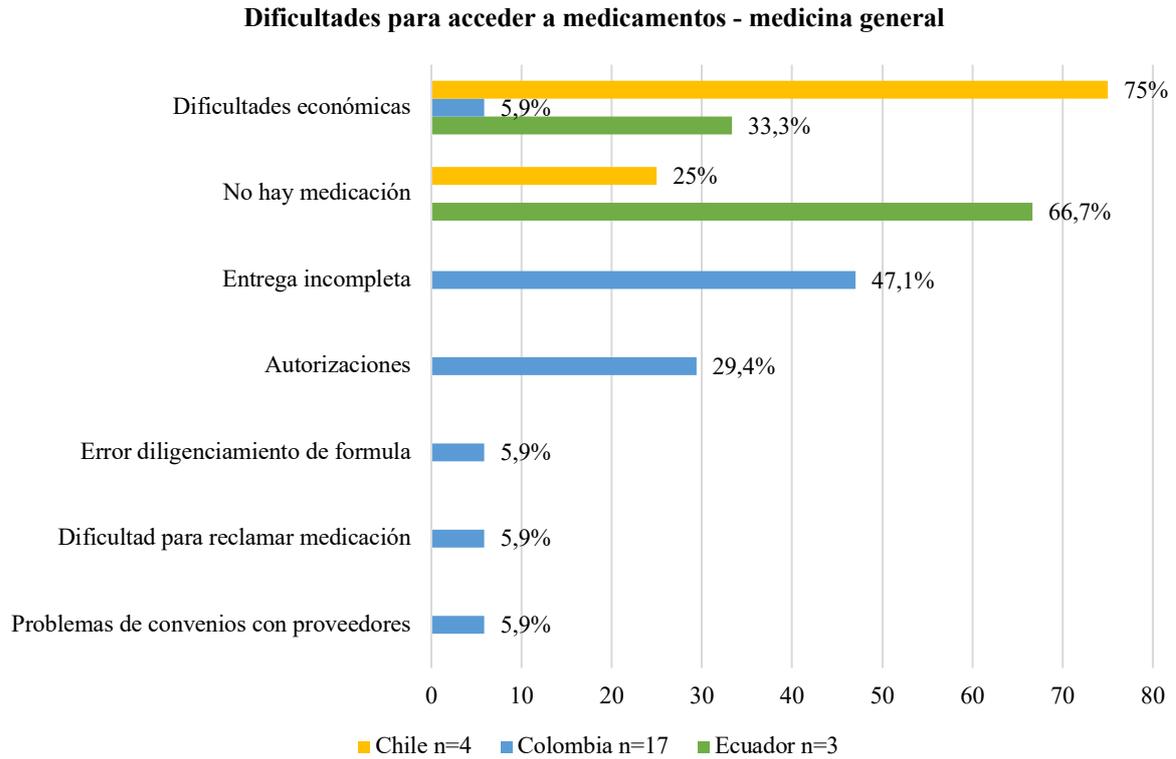


Anexo 10.

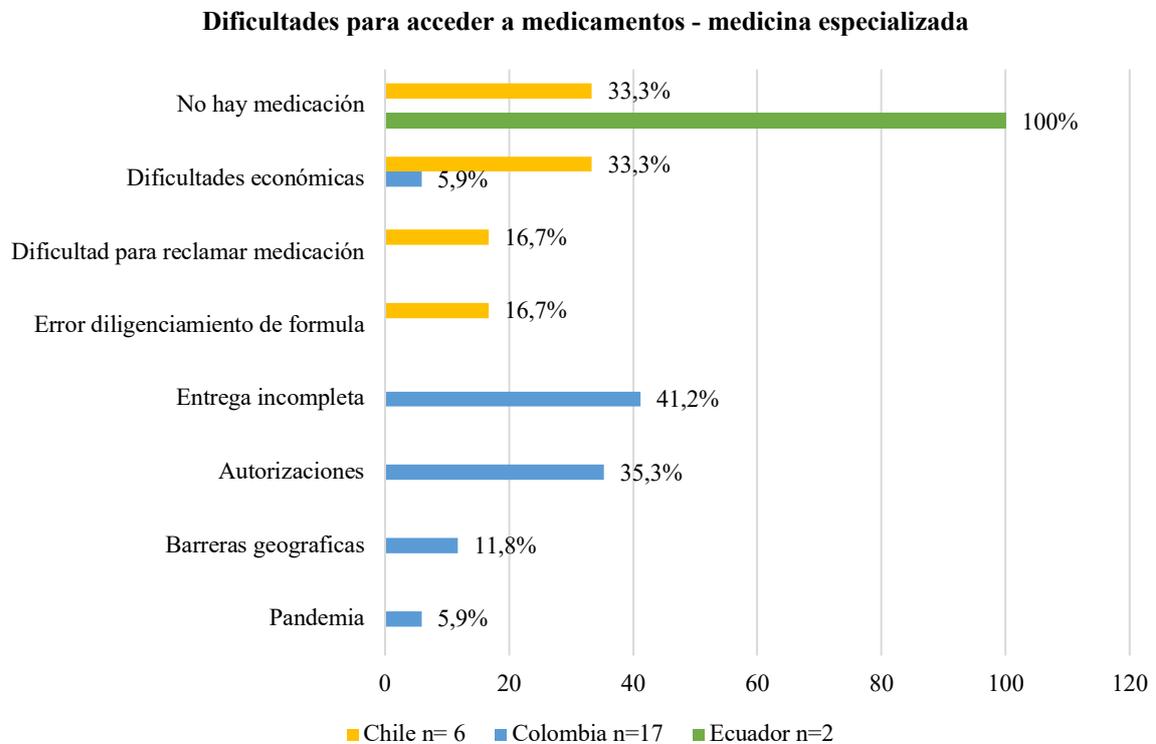
Dificultades para realización de pruebas diagnósticas en urgencias



Anexo 11.

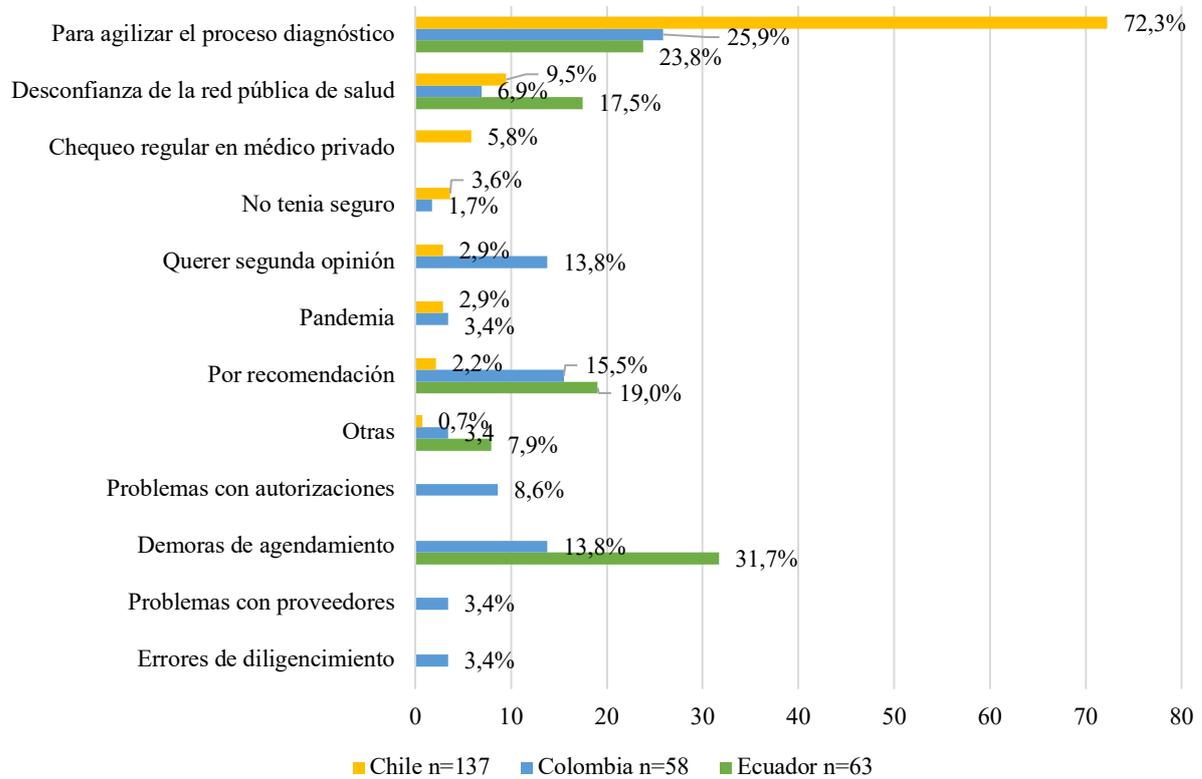


Anexo 12.



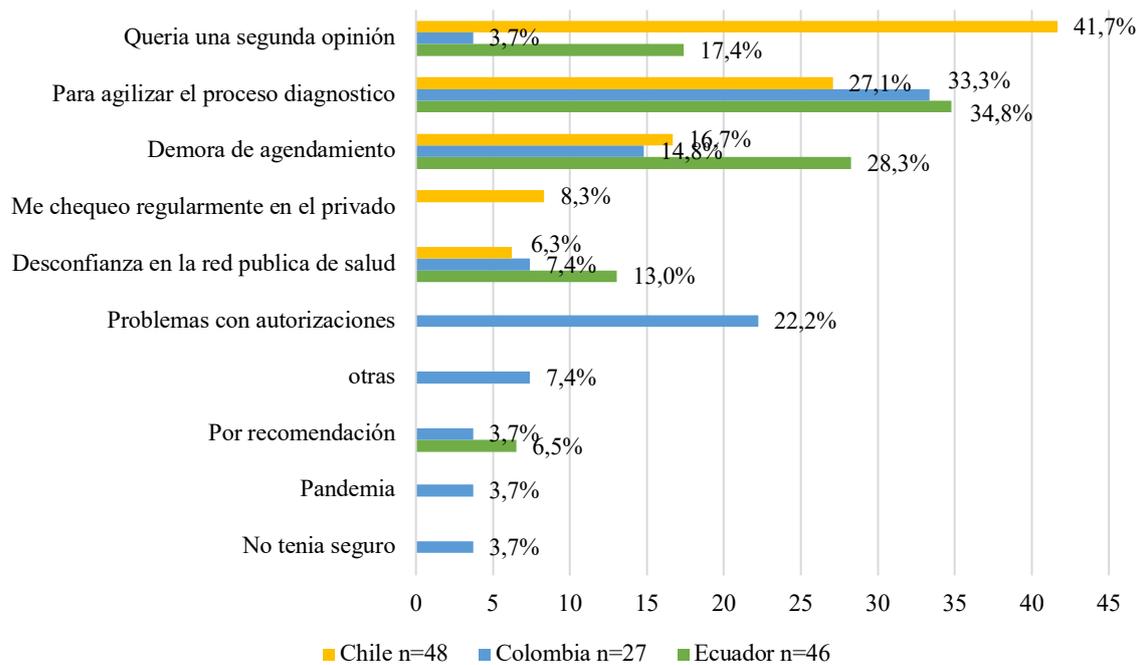
Anexo 13.

Uso de médico privado - medicina general



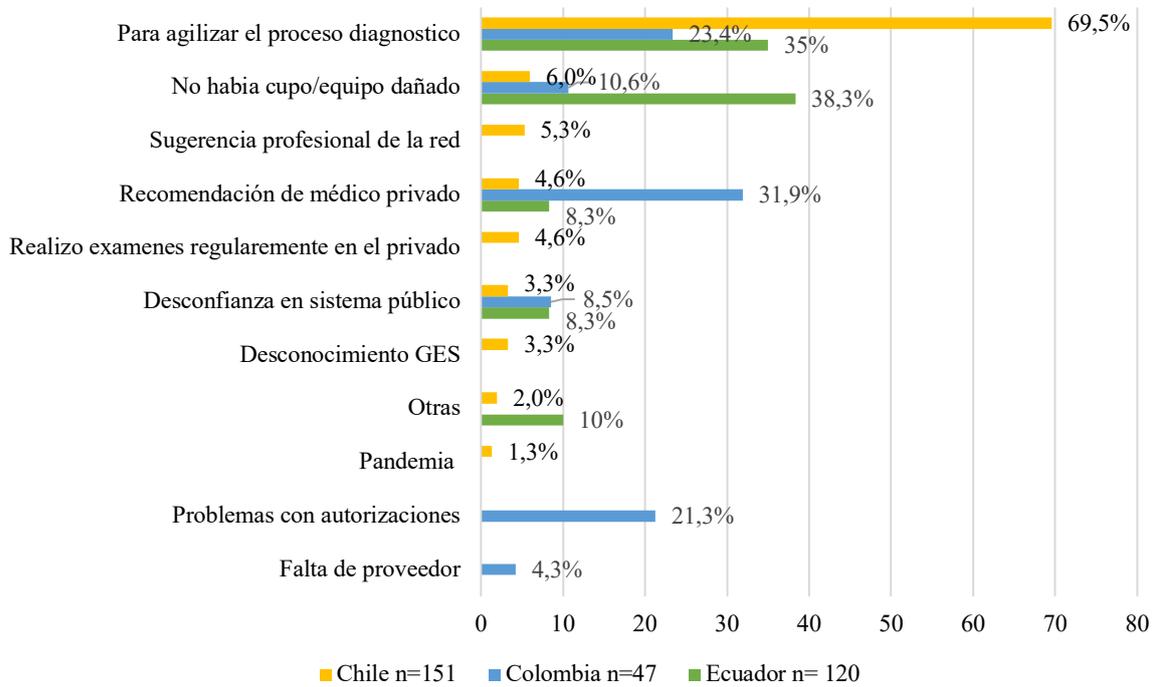
Anexo 14.

Uso de médico privado - medicina especializada



Anexo 15.

Pago por pruebas diagnosticas - Medicina general



Anexo 16.

Pago por pruebas diagnosticas - medicina especializada

