



BRECHAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN UN HOSPITAL DE SALUD DE REFERENCIA DEL SUR DE LIMA EN EL AÑO 2019

GAPS IN ACCESS TO ONCOLOGICAL TREATMENT IN A REFERENCE HEALTH HOSPITAL IN THE SOUTH OF LIMA IN THE YEAR 2019

Reina Bustamante-Coronado^{1,2a}, José M. Vela- Ruiz^{2b}, Omar Paredes-Olivares³, Ricardo A. Carreño-Escobedo^{1c}

RESUMEN

Introducción: El cáncer, enfermedad crónica que presenta alta incidencia con 14,1 millones de personas y más 8,1 millones de mortalidad, generando una gran brecha de acceso según la percepción del usuario. **Objetivos:** Determinar las brechas de acceso al tratamiento oncológico en un Hospital de Perú en el año 2019, por factores predisponentes, habilitantes y necesarios. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal con 185 pacientes con diagnóstico de cáncer que se atendieron en el departamento de oncología del Hospital María Auxiliadora entre marzo y diciembre 2019, aplicando una encuesta aleatoria. **Resultados:** Los factores predisponentes de brecha para acceso de atención oncológica fueron: escolaridad primaria o ninguna ($p<0,001$), sexo femenino ($p=0,043$), tener miedo al diagnóstico de cáncer ($p=0,000$), tener miedo a las intervenciones ($p=0,043$) y ser mayor de 65 años ($p=0,000$), tener sentimientos de impotencia ($p=0,000$). Dentro de los factores habilitantes como brecha: no tener trabajo ($p=0,011$), pago por exámenes en forma particular ($p=0,035$), dejar de trabajar ($p=0,039$), pago por medicamentos en forma particular ($p=0,000$), recurrir al préstamo ($p=0,009$), gasto en salud entre 501-1000 soles en salud ($p=0,048$). De los factores necesarios: tener anemia moderada a severa ($p=0,002$), haber requerido más de un tratamiento en combinación ($p=0,003$). **Conclusiones:** existe una brecha para la atención oncológica como aquellas concernientes al factor predisponente (miedo al diagnóstico y tratamiento oncológico); habilitantes (infraestructura y equipamiento, pago por medicamentos) y necesarios (anemia severa).

Palabras clave: Instituciones oncológicas; Disparidades en Atención de salud, Oncología Médica. (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Cancer, is a chronic disease that has a high incidence with 14.1 million people and more than 8.1 million deaths, generating a large access gap according to the user perception. **Objectives:** To determine the gaps in access to cancer treatment in a Hospital in Peru in 2019, due to predisposing, enabling, and necessary factors. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study with 185 patients diagnosed with cancer who were treated at the oncology department of the María Auxiliadora Hospital between March and December 2019, applying a random survey. **Results:** The predisposing factors for the gap in access to cancer care were: primary education or none ($p=0.000$), female sex ($p=0.043$), being afraid of a cancer diagnosis ($p=0.000$), being afraid of interventions ($p=0.043$), and being over 65 years old ($p=0.000$), having feelings of helplessness ($p=0.000$). The enabling factors as a gap: not having a job ($p=0.011$), payment for health exams in a private way ($p=0.035$), stopping working ($p=0.039$), payment for medicines in a private way ($p=0.000$), resort to the loan ($p=0.009$), health expenditure between 501-1000 soles in health ($p=0.048$). Of the necessary factors: having moderate to severe anemia ($p=0.002$), have required more than one treatment in combination ($p=0.003$). **Conclusions:** there is a gap in cancer care such as those concerning the predisposing factor (fear of cancer diagnosis and treatment); enabling (infrastructure and equipment, payment for medicines), and necessary (severe anemia).

Keywords: Cancer care facilities; Healthcare Disparities; Medical Oncology. (Source: MeSH NLM)

¹ Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

² Unidad de investigación Oncológica Hospital María Auxiliadora. Lima, Perú.

³ Liga Peruana Lucha contra el cáncer.

^a Especialista en Oncología Quirúrgica mamas, piel y tejidos blandos

^b Magister Gestión y Servicios en Salud.

^c Doctor en medicina

Citar como: Bustamante-Coronado R, Vela- Ruiz JM, Paredes-Olivares O, Carreño-Escobedo RA. Brechas de acceso al tratamiento oncológico en un hospital de salud de referencia del sur de lima en el año 2019. Rev Fac Med Hum. 2022;22(3):497-513. doi: 10.25176/RFMH.v22i3.4753

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe



INTRODUCCIÓN

EL cáncer , enfermedad crónica que presenta alta incidencia con más de 14.1 millones de personas que se diagnostican y más 8.1 millones que mueren anualmente a nivel global ⁽¹⁾, siendo los países con ingresos bajos y medios dentro de Latinoamérica y Perú dentro de ellos, afectados por la alta carga de enfermedad ocasionada, siendo la mortalidad reportada en Perú en los últimos años de 122 por 100,000 habitantes ^(2,3).

Una característica de las economías de bajos y medianos ingresos es la limitación existente al proceso diagnóstico y tratamiento del grupo heterogéneo de enfermedades agrupadas como cáncer, ocasionando desmedro en la oportunidad de curación o prolongación de la vida ⁽²⁾. Los países de ingresos altos tienen alta incidencia, pero su mortalidad es menor por el diagnóstico precoz y tratamientos actualizados. En países de ingresos medios y bajos, existe alta incidencia y alta mortalidad; por ejemplo, cáncer de cuello uterino o hígado que predominan en países con índice de desarrollo humano bajo, que están ligados a infecciones. Por ello, la implementación de estrategias de prevención primaria mediante la vacunación contra el virus del papiloma humano, hepatitis, es pieza clave para reducir los riesgos de contraerlos imitando a países desarrollados ⁽⁴⁾.

En el proceso de carcinogénesis y desarrollo de enfermedad, es imperativo tener los procesos de diagnóstico, los cuales dada la complejidad se realizan en hospitales que dispongan de toda la infraestructura, recurso humano especializado y garantía de que el financiamiento no sea una barrera para poder recibir el tratamiento que corresponda según estadio ^(5,6).

En relación al acceso a la atención en salud, capacidad que tiene un grupo de personas o una persona para buscar y obtener dicha atención ⁽⁷⁾ ; existe muchas brechas para la atención oncológica, las cuales pueden depender del propio individuo relacionado con sus miedos, creencias, tabúes que tienen sobre la enfermedad; al nivel educativo, brechas relacionadas a aspectos que involucran el financiamiento, referente a aspectos sociales, a la organización de los servicios, a los efectos de los tratamientos en el individuo ⁽⁸⁾.

Diversos estudios internacionales reportan brechas de acceso, agrupándolas en geográfica, administrativa, económica, socio-cultural ^(9,10,11,12,13). Estas brechas de acceso se hallan en todo el proceso de atención oncológica, desde el cribado o tamizaje, hasta el tratamiento y cuidado paliativo ⁽¹⁰⁾ lo cual ocasiona que los pacientes sean atendidos en estadios avanzados como en el Perú donde aproximadamente el 80% de pacientes llegan en estadio IV ⁽³⁾ ocasionando una alta mortalidad.

Las barreras de acceso a la atención de salud se han estudiado en varios contextos como América Latina, Asia, América del Norte, Europa, para comprender mejor el fenómeno ^(12,14,13,15), sin embargo, se sabe poco acerca de las barreras que enfrenta nuestros pacientes que acuden al hospital referencial del sur de Lima en Perú en busca de una atención oncológica.

Los resultados de este estudio pueden ayudar a los sistemas regulatorios y asistenciales a comprender los factores que dificultan la atención de la salud de los casos con cáncer, de tal manera que se puedan corregir. El objetivo del estudio fue determinar las brechas de acceso al tratamiento oncológico en el hospital María Auxiliadora (HMA), Lima, Perú.

MÉTODOS

Diseño y área de estudio

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en los ambientes de atención oncológica del Departamento de Oncología del Hospital María Auxiliadora, ubicado en la ciudad de Lima-Perú, de marzo a diciembre del 2019.

Población y muestra y procedimiento

El tamaño muestral se realizó en base a una población de 300 pacientes con diagnóstico de cáncer (promedio de pacientes nuevos por año según los datos de HIS-MINSA, atendidos en consulta externa del departamento según la oficina de Estadística). Para la selección de la muestra se realizó un muestreo probabilístico al azar (aleatorio simple), para lo cual se dio a elegir al paciente un papel extraído de un sobre cerrado donde estén incluidas 300 anotaciones. Participo en el estudio el que obtuvo la anotación

“INCLUIDO”, no considerándose cuota por sexo, obteniéndose una muestra 185 pacientes de ambos sexos, quienes firmaron consentimiento informado. Los pacientes seleccionados aleatoriamente todos contaban con Sistema Integral de salud (SIS).

Los criterios de inclusión del trabajo fueron pacientes de consulta externa con diagnóstico histopatológico dentro de los diez primeros cánceres más frecuentes (cáncer de próstata, mama, cuello uterino, gástrico, linfoma). Se excluyeron a los pacientes menores de 18 años y aquellos pacientes que no tenían la competencia psíquica para consentir su participación en el estudio, así como dificultad para comprender y contestar las preguntas de la encuesta para la recolección de datos. Para este tipo de estudio no se consideró en esta oportunidad el grado del cáncer o estadio porque no fue un estudio que evalúa sobrevida, sino percepción de atención, las cuales las consideramos como brecha o barrera de atención. Se aplicó el cuestionario a los pacientes en los ambientes de quimioterapia y en consultorios de medicina oncológica y cirugía oncológica.

Variables e instrumentos

Para realizar el estudio de brechas de acceso al tratamiento en el departamento de oncología hospital María Auxiliadora, utilizamos el modelo conductual de Ronald Andersen⁽⁸⁾ sobre el uso de servicios de salud, donde se consideran los siguientes factores: predisponentes, habilitantes y factores necesarios.

Los factores predisponentes están compuestos por los siguientes diez indicadores demográficos: edad; sexo; escolaridad; ocupación; composición familiar; mitos, creencias y tabúes en torno al cáncer; miedo al diagnóstico; miedo a las intervenciones quirúrgicas; sentimientos de impotencia y vergüenza a mostrar el cuerpo en el momento del examen clínico.

Dentro de los indicadores en los factores habilitantes tenemos a los relacionados con el financiamiento como condición económica, gasto y aseguramiento en salud, factores habilitantes relacionados con organización como: infraestructura en el área oncológica, número de camas en hospitalización, dimensión de los consultorios, distribución de hospitalización, recurso

humano especializado, equipamiento, horario de atención, tiempo de espera para la atención desde que presentó los síntomas, tiempo de espera para la atención en el servicio oncológico, tiempo que utiliza para llegar al servicio oncológico, tiempo para utilizar los diferentes servicios en su atención.

Entre los factores necesarios tenemos: aspectos relacionados a la persona en el aspecto psíquico como sentimientos sobre la enfermedad, conocimiento de la enfermedad, sentimientos sobre la atención recibida, aspecto físico como estado funcional del paciente, estado clínico, tipo de tratamiento, peso, talla, hemoglobina (factores relacionados a la condición física de la persona). Para considerar anemia se consideró según lo mencionado por Van Belle⁽¹⁶⁾, donde dichos valores se consideran pronóstico independientemente del tipo de neoplasia o sexo.

Se sometió el cuestionario realizado a juicio de expertos conformado por un ginecooncóloga, dos cirujanos oncólogos, un médico oncólogo y un médico oncólogo dedicado a la parte de cuidados paliativos aprobado en el proyecto de tesis presentado al comité de ética de la Universidad Científica del Sur con el código de registro 321-2018-POS15.

Análisis estadístico

El plan de análisis se realizó mediante el ingreso de la información en un programa Excel a partir del formulario original aprobado por el juicio de expertos. Luego se realizó el análisis de la información en el paquete estadístico SPSS versión 21.

Se realizó un análisis descriptivo de las brechas al acceso de los servicios oncológicos por factores habilitantes, predisponentes y necesarios. Las variables en escala de medición cualitativa se describieron con frecuencias absolutas y relativas. La relación entre variables categóricas se ha comparado mediante chi cuadrado considerando como valor significativo $p < 0.05$.

Para el análisis inferencial: el valor de Chi cuadrado de Pearson fue calculado utilizando el paquete estadístico SPSS 21, para matrices dos por dos (presencia / ausencia de factores limitantes), se consideró significativo



Aspectos éticos

Se obtuvo la autorización del jefe de departamento de oncología del Hospital María Auxiliadora y el comité de ética de la Universidad Científica del Sur con el código de registro 321-2018-POS15 para desarrollar el siguiente estudio, se garantizó la confidencialidad de la identidad de los participantes, así como se obtuvo el consentimiento informado de participación.

RESULTADOS

La muestra de 185 pacientes ha sido conformada por 136 mujeres 49 hombres de manera aleatorizada sin

tomar en cuenta proporción de muestras. Entre las mujeres el cáncer de mama ha sido el más frecuente (67 casos), seguido de cánceres ginecológicos (36 casos), cánceres digestivos (20 casos), neoplasias hematológicas (11 casos), cáncer de pulmón (un caso) y metástasis distante (un caso). Entre los hombres los cánceres digestivos ocuparon el primer lugar (18 casos), seguido de cánceres urológicos (17 casos), neoplasias hematológicas (seis casos), cáncer de pulmón (seis casos) y cáncer metastásico (dos casos) tabla N°1. Las características descriptivas de las variables se describen en la Tabla N°2.

Tabla 1. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de Acceso al tratamiento oncológico
Diagnóstico de cáncer y sexo.

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

Tabla 2. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2019
Brechas de acceso al tratamiento oncológico
Variables Descriptivas de la Muestra
N=185.

Hemoglobina	Frecuencia	Porcentaje
Normal (>11)	78	42%
Leve (9-11)	56	30%
Moderado (7-9)	38	21%
Severa (<7)	13	7%
Talla	Frecuencia	Porcentaje
1.5 metros o menos	36	19%
Entre 1.51 y 1.60 metros	139	75%
Mayor a 1.70 metros	10	5%





Peso	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 50 kilos	38	21%
Entre 50 a 69 kilos	107	58%
Mayor a 70 kilos	40	22%
Tipo de tratamiento que recibe	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	54	29%
Quimioterapia	80	43%
Radioterapia	29	16%
Más de un tratamiento	22	12%
Percepción sobre la calidad de atención en Medicina Oncológica	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena atención	91	49%
Buena atención	80	43%
Regular atención	13	7%
Deficiente atención	1	1%
Afrontamiento económico por enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Ahorros familiares	92	50%
Dos a más actividades*	42	23%
Actividades pro fondos	36	19%
Préstamo*	13	7%
Venta de bienes*	2	1%
Pago por medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Si pagó por medicamentos	113	61%
No pagó por medicamentos	72	39%
Pago por exámenes	Frecuencia	Porcentaje
No pagó por exámenes	130	70%
Si pagó por exámenes	55	30%
Dejó de trabajar	Frecuencia	Porcentaje
Si dejó de trabajar	126	68%
No dejó de trabajar	4	2%
No tenía trabajo	55	30%
Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 950 Soles	3	2%
De 951 - 1200 Soles	46	25%
De 1201 a 1400 Soles	83	45%
De 1401 a 1600 Soles	51	28%
De 1601 a 1800 Soles	2	1%



Tiene trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene trabajo	130	70%
No tiene trabajo	55	30%
Miedo al diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Si tiene miedo al diagnóstico	117	63%
No tiene miedo al diagnóstico	68	37%
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	12	6%
Primaria incompleta	29	16%
Primaria completa	21	11%
Secundaria incompleta	25	14%
Secundaria completa	65	35%
Técnico o profesional	33	18%
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
No declara una ocupación	82	44%
Técnico	79	43%
Profesional	24	13%
Raza	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	173	94%
Blanca	9	5%
Mulata	3	1%
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	136	74%
Masculino	49	26%
Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 40 años	37	20%
De 41 a 65 años	109	59%
Mayor de 65 años	39	21%

Las brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores predisponentes demográficos que afectan a más del 50% de los pacientes del Hospital María Auxiliadora para el año 2019 fueron: Ser de sexo

femenino, tener sentimientos de impotencia, tener miedo al diagnóstico y tener miedo a las intervenciones (grafico 1).



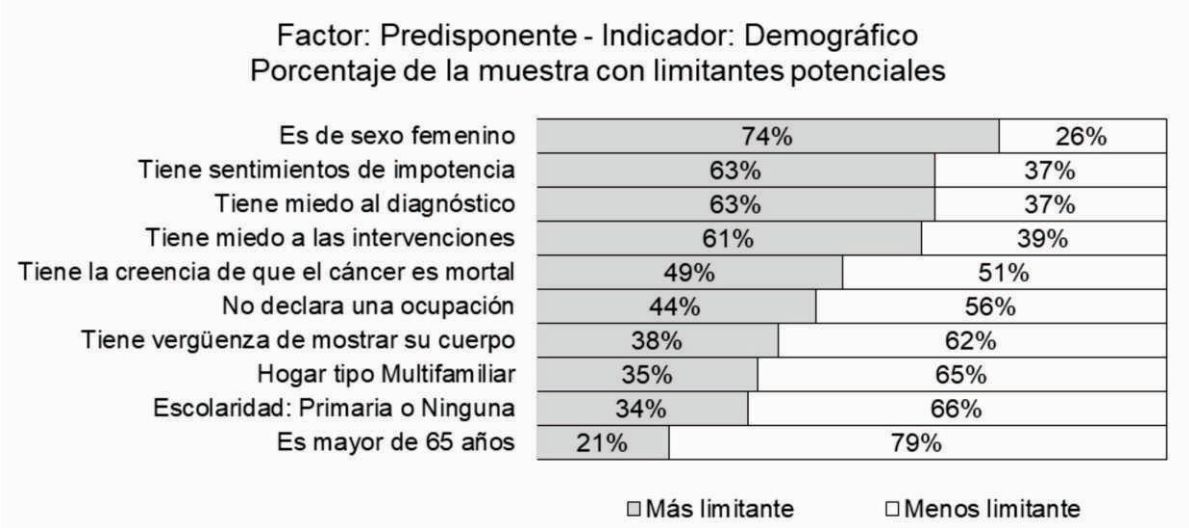


Gráfico 1. Factores Predisponentes / Demográficos

Las brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores habilitantes relacionados al financiamiento que afectan a más del 50% de los pacientes del

Hospital María Auxiliadora para el año 2019 fueron: Perder el empleo y tener que pagar por sus medicamentos en forma particular (gráfico 2).

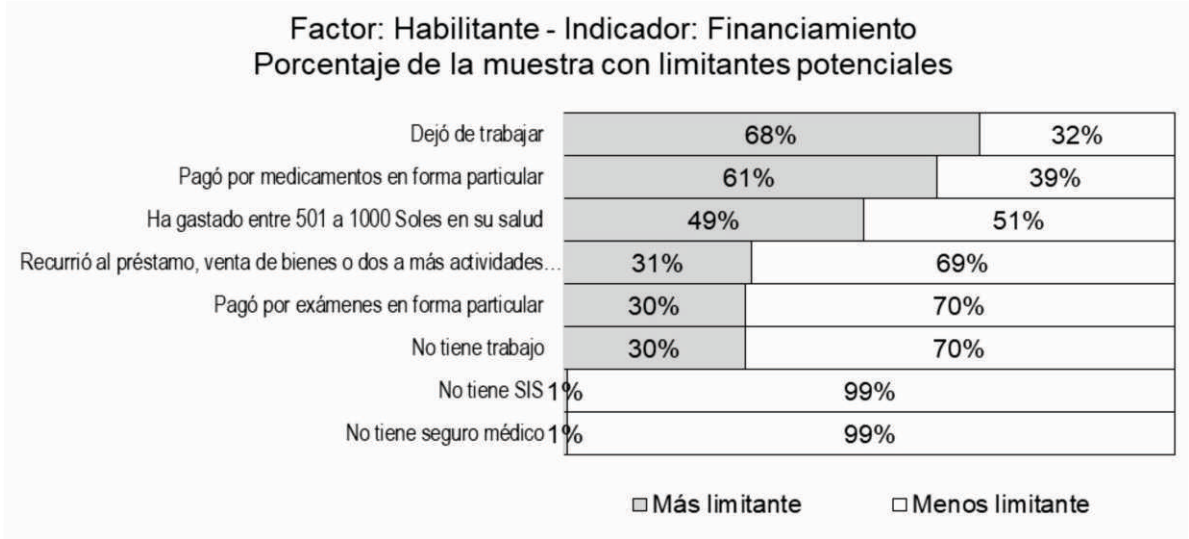


Gráfico 2. Proporción de la muestra que presenta brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores habilitantes (relacionados a la organización), asignación según el criterio de jueces

Las brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores habilitantes relacionados a la organización que afectan a más del 50% de los pacientes del Hospital María Auxiliadora para el año 2019 fueron: Tener un conocimiento pobre de los servicios de diagnóstico por imágenes disponibles en el HMA, esperar más

de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta atenderse en un establecimiento de salud, no encontrar medicamentos disponibles en la farmacia del HMA y haber atendido los síntomas de su enfermedad en un centro de salud (de menor capacidad de resolución que un hospital) (gráfico 3).

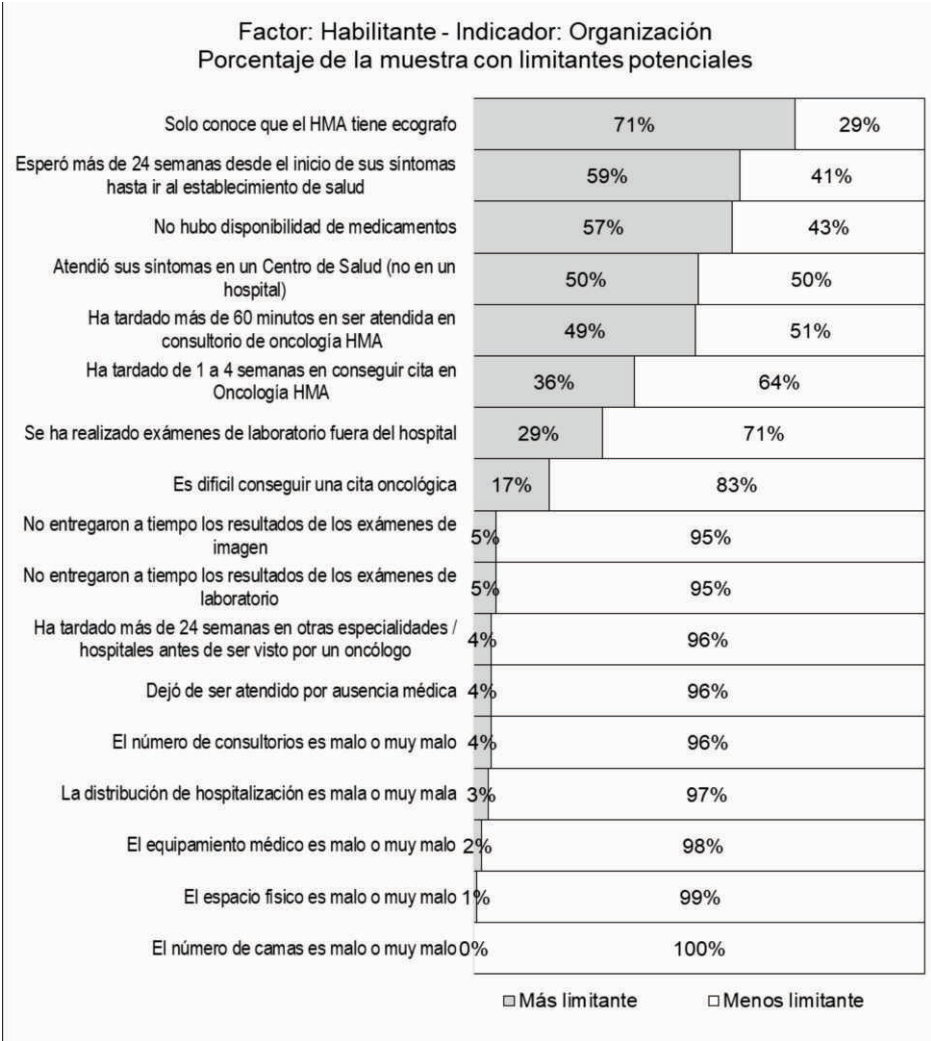


Gráfico 3. Proporción de la muestra que presenta brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores necesarios (relacionados a la percepción de sus propias necesidades), asignación según el criterio de jueces.

Las brechas de acceso al tratamiento oncológico por factores necesarios relacionados a la percepción de sus propias necesidades que afectan a más del 50% de los

pacientes del Hospital María Auxiliadora para el año 2019 fueron: Tener muchísimo / mucho miedo al cáncer (gráfico 4).

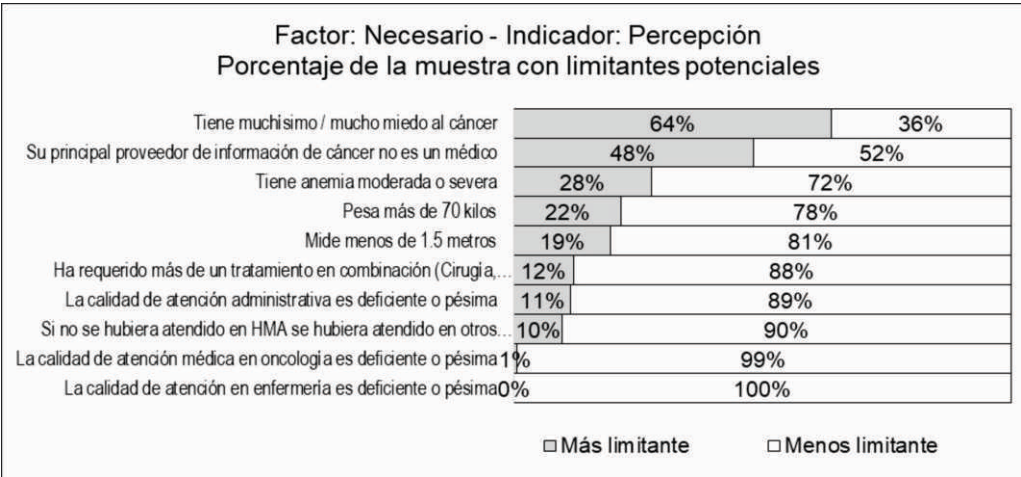


Gráfico 4. Brechas de acceso al tratamiento oncológico según factores Habilitantes / Organización



Para extender el análisis estadístico se realizó un análisis para matrices dos por dos empleando la presencia y ausencia de factores limitantes, cruzando los siguientes factores: predisponentes, habilitantes y factores necesarios considerándose significativo $p<0,005$. Los factores predisponentes que ocasionan brecha de atención oncológica se encontró principalmente: tener miedo al diagnóstico ($p=0,000$), tener sentimientos de impotencia ($p=0,000$), tener vergüenza de mostrar el cuerpo al momento del examen clínico ($p=0,003$), ser de sexo femenino ($p=0,043$), Ser mayor de 65 años ($p=0,000$), escolaridad primaria o ninguna ($p=0,000$). Los factores habilitantes que ocasionan brecha de atención oncológica se encontró principalmente: No hubo disponibilidad de medicamentos ($p=0,000$), pagó por exámenes en forma particular ($p=0,035$), ha tardado más de 60 minutos en ser atendido en consultorio de Oncología ($p=0,011$), esperó más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud ($p=0,031$), es difícil conseguir una cita oncológica ($p=0,039$), solo conoce que el HMA tiene ecógrafo ($p=0,048$), ha gastado entre 501 a 1000 soles en su salud

($p=0,048$), no tiene trabajo ($p=0,031$), no entregaron a tiempo los resultados de los exámenes de laboratorio ($p=0,023$), no tiene trabajo ($p=0,031$).

Dentro de los factores habilitantes, se comportan como brecha de acceso los siguientes indicadores: no tener trabajo ($p=0,011$), pagó por exámenes en forma particular ($p=0,035$), dejar de trabajar ($p=0,039$), pagó por medicamentos en forma particular ($p=0,000$), recurrir al préstamo ($p=0,009$), venta de bienes o realizar dos o mas actividades para financiar el tratamiento, gasto en salud entre 501-1000 soles en salud ($p=0,048$), recurrió al préstamo, venta de bienes, dos o más actividades para financiar su tratamiento ($p=0,045$). Dentro de los factores necesarios que se han comportado como brecha de acceso son principalmente: tener anemia moderada a severa ($p=0,002$), haber requerido más de un tratamiento en combinación (cirugía, radioterapia, quimioterapia) ($p=0,003$), su principal proveedor de información de cáncer no es un médico ($p=0,032$), mide menos de 1,5 metros ($p=0,020$) (tabla 3).

Tabla 3. Relación entre factores limitantes.

Indicador	Factores limitantes	Pacientes	%	$p<0,05$
Demográfico	Es mayor de 65 años	39	100%	
Demográfico	Escolaridad: Primaria o Ninguna	29	74%	37.001
Financiamiento	No tiene trabajo	21	54%	13.758
Demográfico	Es de sexo femenino	136	100%	
Percepción	Mide menos de 1.5 metros	32	24%	5.427
Financiamiento	No tiene trabajo	46	34%	4.119
Demográfico	Tiene miedo a las intervenciones	89	65%	4.016
Demográfico	No declara una ocupación	82	100%	
Demográfico	Escolaridad: Primaria o Ninguna	34	41%	4.178
Demográfico	Escolaridad: Primaria o Ninguna	62	100%	
Financiamiento	Es mayor de 65 años	29	47%	37.001
Percepción	No tiene trabajo	28	45%	10.63
Demográfico	Tiene anemia moderada o severa	26	42%	9.641
Demográfico	No declara una ocupación	34	55%	4.178
Percepción	Multifamiliar	65	100%	
	Ha requerido más de un tratamiento en combinación (Cirugía, Quimioterapia o Radioterapia)	12	18%	4.128



Indicador	Factores limitantes	Pacientes	%	Chi-cuadrado de Pearson
Demográfico	Tiene miedo al diagnóstico	117	100%	
Demográfico	Tiene miedo a las intervenciones	97	83%	63.78
Demográfico	Tiene sentimientos de impotencia	86	74%	14.417
Demográfico	Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo	53	45%	6.447
Financiamiento	Pagó por exámenes en forma particular	41	35%	4.301
Demográfico	Tiene miedo a las intervenciones	113	100%	
Demográfico	Tiene miedo al diagnóstico	97	86%	63.78
Demográfico	Tiene sentimientos de impotencia	85	75%	17.92
Demográfico	Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo	53	47%	8.921
Demográfico	Es de sexo femenino	89	79%	4.106
Demográfico	Tiene sentimientos de impotencia	117	100%	
Demográfico	Tiene miedo a las intervenciones	85	73%	17.92
Demográfico	Tiene miedo al diagnóstico	86	74%	14.417
Demográfico	Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo	55	47%	10.025
Demográfico	Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo	71	100%	
Demográfico	Tiene sentimientos de impotencia	55	77%	10.025
Demográfico	Tiene miedo a las intervenciones	53	75%	8.921
Financiamiento	Tiene miedo al diagnóstico	53	75%	6.447
Financiamiento	Recurrió al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para financiar su tratamiento	28	39%	4.021
Demográfico	No tiene trabajo	55	100%	
Demográfico	Es mayor de 65 años	21	38%	13.758
Organización	Escolaridad: Primaria o Ninguna	28	51%	10.63
Percepción	Ha tardado más de 60 minutos en ser atendido en consultorio de oncología HMA	35	64%	6.536
Demográfico	Esperó más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud	39	71%	4.649
Financiamiento	Su principal proveedor de información de cáncer no es un médico	33	60%	4.434
Organización	Es de sexo femenino	46	84%	4.119
Financiamiento	Ha gastado entre 501 a 1000 Soles en su salud	91	100%	
Percepción	Solo conoce que el HMA tiene ecografo	71	78%	3.899
Organización	Dejó de trabajar	126	100%	
Financiamiento	Ha requerido más de un tratamiento en combinación (Cirugía, Quimioterapia o Radioterapia)	21	17%	8.597
Organización	Es difícil conseguir una cita oncológica	26	21%	4.26
Organización	Pagó por exámenes en forma particular	55	100%	
Financiamiento	No hubo disponibilidad de medicamentos	40	73%	7.616
Demográfico	Se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital	23	42%	6.641
Organización	Pagó por medicamentos en forma particular	40	73%	4.466
Financiamiento	Tiene miedo al diagnóstico	41	75%	4.301
	Es difícil conseguir una cita oncológica	14	25%	4.245
	Pagó por medicamentos en forma particular	113	100%	





Indicador	Factores limitantes	Pacientes	%	Chi-cuadrado de Pearson
Organización	No hubo disponibilidad de medicamentos	90	80%	59.27
Financiamiento	Pagó por exámenes en forma particular	40	35%	4.466
Financiamiento	Recurrió al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para financiar su tratamiento	57	100%	
Percepción	Tiene anemia moderada o severa	23	40%	6.742
Demográfico	Tiene vergüenza de mostrar su cuerpo	28	49%	4.021
Organización	Es difícil conseguir una cita oncológica	31	100%	
Organización	No entregaron a tiempo los resultados de los exámenes de laboratorio	4	13%	5.199
Financiamiento	Dejó de trabajar	26	84%	4.26
Financiamiento	Pagó por exámenes en forma particular	14	45%	4.245
Organización	Solo conoce que el HMA tiene ecografo	132	100%	
Organización	Esperó más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud	87	66%	9.301
Financiamiento	Ha tardado más de 60 minutos en ser atendido en consultorio de oncología HMA	72	55%	5.289
Organización	Ha gastado entre 501 a 1000 Soles en su salud	71	54%	3.899
Organización	Esperó más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de salud	109	100%	
Financiamiento	Solo conoce que el HMA tiene ecografo	87	80%	9.301
Organización	No tiene trabajo	39	36%	4.649
Financiamiento	No hubo disponibilidad de medicamentos	106	100%	
Financiamiento	Pagó por medicamentos en forma particular	90	85%	59.27
Organización	Pagó por exámenes en forma particular	40	38%	7.616
Financiamiento	Se ha realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital	53	100%	
Organización	Pagó por exámenes en forma particular	23	43%	6.641
Financiamiento	Ha tardado más de 60 minutos en ser atendido en consultorio de oncología HMA	91	100%	
Organización	No tiene trabajo	35	38%	6.536
Percepción	Solo conoce que el HMA tiene ecografo	72	79%	5.289
Financiamiento	Ha requerido más de un tratamiento en combinación (Cirugía, Quimioterapia o Radioterapia)	22	100%	
Demográfico	Dejó de trabajar	21	95%	8.597
Percepción	Multifamiliar	12	55%	4.128
Demográfico	Tiene anemia moderada o severa	51	100%	
Financiamiento	Escolaridad: Primaria o Ninguna	26	51%	9.641
	Recurrió al préstamo, venta de bienes o dos a más actividades para financiar su tratamiento	23	45%	6.742

DISCUSIÓN

En el siguiente estudio se buscó determinar las brechas de acceso al tratamiento oncológico en el HMA en el año 2019 según los factores predisponentes, habilitantes y necesarios . Según los factores predisponentes: referente al tipo de cáncer más frecuente en la población estudiada se encontró a

la neoplasia de mama en las mujeres con 49%, y el cáncer del tubo digestivo en el sexo masculino con 37%, como los más prevalentes. Estos tumores se encuentran entre los cuatro tipos más frecuentes en Lima (Perú)⁽¹⁷⁾. Estos hallazgos generales podrían estar relacionado a los hábitos de occidentalización de nuestra población donde hay poco consumo de frutas



y verduras, realizar poco ejercicio; influencia de los determinantes sociales relacionados a la escasa calidad de servicios de saneamiento ambiental como agua segura, pobreza, con la consiguiente posibilidad disminuida de mejoras en las condiciones de vida y educación, como sabemos, en estas condiciones se encuentran una enorme población en el Perú, principalmente en el estrato económico medio-bajo⁽¹⁸⁾.

La población que acude a nuestra institución frecuentemente pertenece al grupo socioeconómico E donde ingreso económico mensual está en un promedio de 1300 nuevos soles, a pesar que el hospital es de referencia para toda población del Sur de Lima independientemente del estrato socioeconómico⁽¹⁹⁾.

Cabe resaltar que todos los pacientes que fueron escogidos de manera aleatoria contaron con SIS y no con otro tipo de seguro.

Cuando evaluamos los factores predisponentes como la edad, los que son mayor de 65 años sufren algún tipo de brecha de acceso, estos pacientes requieren mayormente acudir a los establecimientos con acompañamiento de algún familiar, por el alto grado de dependencia y si lo relacionamos al cáncer; se presenta con mayor frecuencia en edad adulta mayor, encontrando al 21% de los encuestados en dicha edad en nuestro estudio, siendo considerable y comparado con la estimación global donde se diagnosticaron más de dos millones de cánceres en adultos de 80 años o más en 2018, siendo los de mama, pulmón, colon y estómago los tipos más comunes en mujeres, y cáncer de próstata, pulmón y colon, los principales entre hombres a nivel mundial según lo estudiado por Pilleron⁽²⁰⁾. Debido al envejecimiento de la población, se espera que el número estimado de nuevos diagnósticos de cáncer se triplique para 2050 en todo el mundo.

El vínculo inextricable entre el envejecimiento y cáncer se destaca mediante una simple observación: las curvas de incidencia para la mayoría de los cánceres comunes son sorprendentemente similares, aumentando después de los 50 años, a pesar de la gran variación en el número de mutaciones impulsoras evidentes en estas neoplasias y el hecho de que se originan en diferentes grupos de células madre con grandes diferencias en

tamaño y organización. El modelo actual de carcinogénesis en etapas múltiples postula que el aumento exponencial en la incidencia de cáncer con la edad resulta de la acumulación secuencial de mutaciones oncogénicas en un solo clon. De hecho, el sitio web de Cancer Research UK afirma que "la edad avanzada es el principal factor de riesgo para el cáncer. Esto refleja en gran medida el daño del ADN celular que se acumula con el tiempo"⁽²¹⁻²³⁾.

En cuanto al sexo, el 74% de la población de estudio correspondió al grupo femenino, es un hallazgo esperado dado a que las mujeres son las que utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia⁽¹⁰⁾ también debemos relacionarlo con la prevalencia del tipo de cáncer que ellas padecen como cáncer de cuello uterino y mama⁽¹⁷⁾.

En lo referente a la escolaridad, los que tienen primaria o ninguna educación (tabla N°2,3), presentan limitaciones cuya relación es significativa, cuando se relaciona a ser mayor de 65 años ($p=0,000$), no tener trabajo ($p<0,001$); debemos entender que la población económicamente activa se encuentra entre 20 y 65 años, y cuando se diagnostican de cáncer, esta población se ve afectada porque la gran mayoría tienen que ausentarse del trabajo para recibir tratamiento, y entonces se vuelven más vulnerables por la posibilidad de perder el empleo, aunado a que más del 70% de la población pertenece al grupo de trabajo informal⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Si a esto le agregamos que las quimioterapias o los tratamientos oncológicos de alguna manera producen anemia moderada o severa ($P:0.002$) con desmedro en la fuerza física y que puede influir negativamente en la persona y su percepción respecto al trabajo, por ello se ve identificada como no tener una ocupación definida ($p:0.041$). El hallazgo de educación primaria o ninguna se comporta como brecha de acceso, debido a que las personas con esta condición tienen menos oportunidad de entendimiento sobre indicaciones de procedimientos para atención o de reclamo sobre su condición para una atención oportuna, contrario a los que tienen educación superior, quienes hacen prevalecer su derecho en cuanto a la oportunidad de inicio de tratamiento, al tipo de tratamiento a recibir, esto es corroborado por Riley⁽²⁷⁾ en su estudio sobre

disparidades de la atención de salud, donde al relacionarlo con la edad, encontramos que la edad avanzada, mayor de 65 años, y la condición socioeconómica baja o de escasos recursos influyen negativamente en la salud, aumentando las brechas al acceso, en este caso al acceso a la atención oncológica⁽¹⁵⁾.

Las mujeres presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Medir menos de 1.5 metros ($p=0,020$), no tener trabajo ($p=0,042$) y tener miedo a las intervenciones quirúrgicas ($p=0,043$). La talla baja puede ser una limitante al momento de estructurar los tipos de tratamiento donde las indicaciones se realizan utilizando la superficie corporal, los que generalmente se basan en esquemas terapéuticos que han sido diseñados en los estudios de investigación o de un protocolo basal, realizados en un prototipo de individuo, resultados que son extrapolados a nuestra población, lo que puede constituir una limitante o brecha en nuestros pacientes

(28).

Las personas que tienen miedo al diagnóstico de cáncer presentan limitaciones cuya relación es significativa, estas son: tener miedo a las intervenciones quirúrgicas ($p=0,000$), tener sentimientos de impotencia con relación al cáncer ($p=0,000$), sentir vergüenza a mostrar su cuerpo al momento del examen médico ($p=0,011$), y haber necesitado pagar por exámenes en forma particular ($p=0,038$). Existen miedos y mitos según cada contexto cultural como brechas que dificultan acceder a la atención oncológica^(29,30), en este sentido tratamientos psicológicos de integración mente y cuerpo para manejar incertidumbres y miedos facilitarían la superación durante el diagnóstico, tratamiento y en la supervivencia del paciente, asimismo con una información oportuna y certera para definir el tratamiento multidisciplinario. Todos estos procesos producen en el paciente oncológico miedo, estrés^(31,32), sin embargo en nuestros establecimientos no se manejan de esta manera, por lo cual se sugiere incorporar psicólogos, nutricionistas, rehabilitadores y profesionales que ayuden a mitigar dicho aspecto.

Sin embargo desde que se promulgo el DS 009-2012 donde se impulsa el acceso a los servicios oncológicos,

hay financiamiento del Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL) de los tipos de cáncer priorizados por su alta incidencia como leucemia, linfoma, cáncer de mama, cuello uterino, linfoma, cáncer de colon, estómago, y aquellos que no se encuentran en el Fondo Intangible Solidario en Salud⁽³³⁾ son cubiertos por el Sistema Integrado de Salud (SIS), cubriendo así todo el financiamiento de las neoplasias, todo ello es con la finalidad de mitigar las carga financiera, sin embargo si el establecimiento no cuenta con el adecuado equipamiento, el paciente sigue con el gasto autofinanciado por ellos.

Otro problema es que no se ha logrado expandir los servicios a nivel de establecimientos de salud público en tres rubros importantes como: personal especializado, equipamiento e infraestructura lo que significa que tenemos servicios con poca capacidad resolutive, a pesar que los establecimientos de salud en general tanto los de nivel de atención de primer nivel, como los de tipo II, III y especializados no se han expandido en estos componentes, por lo que los afiliados al SIS padecen para encontrar servicios en general y los oncológicos en particular; provocando una saturación del servicio, retrasos en diagnósticos temprano (estrategias de tamizaje o cribado, exámenes de detección imagenológica o histopatológicos) e inicios de tratamiento, con el alto riesgo de afectar la oportunidad y calidad de la atención de pacientes, a pesar de que la mayoría de la población tiene afiliación al seguro integral^(34,35) buscando una cobertura universal en salud.

Para cumplir lo establecido por la Organización Mundial Salud (OMS) sobre cobertura universal se tiene que brindar el acceso a los servicios de salud con calidad para ello deben tener oferta disponible en infraestructura, equipamiento, personal calificado y protección del riesgo financiero, y esto difícilmente se podría lograr en hospitales como HMA porque el déficit de equipamiento básico como tomografía e infraestructura física por los espacios físicos necesarios, principalmente, falta de equipo de radioterapia, pilar fundamental en el tratamiento oncológico, por lo cual se sugiere mejorar este tipo de falencias⁽³⁴⁾.

Las personas que proceden de hogares multifamiliares presentan limitación cuya relación estadísticamente

significativa, con: haber requerido más de un tratamiento en combinación para dar tratamiento al cáncer ($p=0,042$), esto tendría como explicación que los pacientes que acuden a una institución pública generalmente son de estrato económico medio-bajo donde las familias son numerosas, donde acuden a hospitales cuyos recursos necesarios como equipamiento de imágenes como tomografía, resonancia, necesarios para el estadiaje de las enfermedades malignas no se encuentran disponibles⁽³⁾.

Según los factores habilitantes: las personas que no tienen trabajo presentan las siguientes limitaciones como: ser mayores de 65 años ($p=0,000$), haber estudiado como máximo la primaria ($p=0,001$), haber tardado más de 60 minutos para ser atendido en el consultorio de Oncología del HMA ($p=0,011$), haber esperado más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta recibir atención ($p=0,031$), todos estos indicadores tienen que ver con el grado de instrucción donde tener instrucción básica como la primaria limita al momento de conseguir un trabajo, de poder interiorizar la importancia de buscar un servicio de salud para realizarse un tamizaje de los tipos de cáncer tamizables o cuando hay algún síntoma; asimismo estas personas pueden tener un limitado conocimiento o desconocer sobre sus derechos como persona y como hacer que los respeten en un estado indolente que apenas tiene condiciones para brindar una atención de salud de manera equitativa como lo mencionan los siguientes estudios⁽³⁶⁻³⁸⁾.

En el análisis situacional del cáncer en el Perú 2018⁽³⁾, podemos ver que muchos de estos indicadores encontrados en el presente estudio como una población con instrucción predominantemente básica como la primaria, la pobreza que si bien tiene una tendencia a ser disminuida en los años 2007 al 2017 de 42,4 a 21,7% de la población peruana, tienen efectos negativos sobre las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, ya que hay evidencias que los pacientes que viven en pobreza se realizan el diagnóstico de cáncer en estadio avanzados y están más expuestos a los factores de riesgo. Por eso, es importante preparar estrategias de intervención abordando determinantes sociales para reducir las disparidades en la salud y priorizar

estrategias comunicacionales para mitigar dichos determinantes⁽³⁹⁾.

Las personas que han tenido que pagar exámenes en forma particular presentan otras limitaciones, estas fueron: no encontrar disponibilidad de medicamentos ($p:0.006$), haberse realizado exámenes de laboratorio fuera del hospital ($p=0,010$), haber tenido que pagar medicamentos en forma particular ($p=0,035$), estas condiciones nos indican que los pacientes oncológicos se ven afectado según la condición socioeconómica, porque el sistema de salud no tiene disponibilidad de recursos de infraestructura y equipamiento que permitan brindar una atención de calidad y oportunidad.

Entre los pacientes que padecen cáncer y la población en general tener miedo al diagnóstico de cáncer ($p=0,038$), y presentar dificultades para obtener una cita en el consultorio de Oncología del HMA ($p=0,039$), se comportan como barrera para obtener la atención⁽¹⁰⁾. El tener miedo es un mito que dificulta que estas personas acudan a los establecimientos de salud y si esto se suma a la dificultad para encontrar una cita, ocasiona que los pacientes con cáncer pierdan la oportunidad de tratamiento, y sabemos que en cáncer es crucial brindar un tratamiento de forma oportuna^(29,30). Hay mejoras en el financiamiento de los pacientes con cáncer mediante el FISSAL y SIS; sin embargo, no se ha mejorado en la implementación de más y mejores servicios oncológicos desde que se ha implementado la cobertura universal de salud, por lo que estos pacientes siguen empobreciéndose con los gastos realizado y no tienen oportunidad de tratamiento por las carencias de infraestructura y equipamiento^(3,40).

Las personas que han tenido que dejar de trabajar como consecuencia del diagnóstico de cáncer presentan limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, con: Haber requerido más de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia) ($p=0,003$), argumentando que los tratamientos oncológicos son multidisciplinarios para lograr los objetivos terapéuticos contra la enfermedad, por lo que probablemente estos pacientes tengan dificultades en continuar trabajando, reconociendo que más del 70% de nuestra población

económicamente activa, tiene labores informales, lo cual les limita en tener descanso laboral con derecho a pago^(26,36,37). También presentan dificultades para conseguir una cita en el consultorio de Oncología del HMA ($p=0,039$), una de las probables causas puede ser la poca disponibilidad de especialistas, siendo un problema que hace que las brechas de diagnóstico y tratamiento se vean limitadas, las que se potencian porque los profesionales médicos y los administrativos no tienen la formación de los especialistas en las diferentes subespecialidades oncológicas, la formación de estos especialistas no son priorizados, a pesar de que en el país la tasa de mortalidad es muy alta según ASIS de cáncer, para el año 2016 es la segunda causa de muerte en el Perú con 122 por 100 000 habitantes⁽³⁾.

Las personas que han tenido dificultades para conseguir una cita en consultorio de Oncología del HMA presentan otras limitaciones: no recibir a tiempo los resultados de sus exámenes de laboratorio ($p=0,023$), haber dejado de trabajar ($p=0,039$) y verse obligados a pagar sus exámenes en forma particular ($p=0,039$), como vemos estas interacciones de factores de organización en la institución se comportan negativamente en el tratamiento requerido, ocasionando demoras en citas, acudir más veces al establecimiento generando inconvenientes en sus labores, en tener que disponer de algún acompañante^(7,15). Por lo que se sugiere que el establecimiento de salud debe mejorar la organización de sus procesos, de tal manera que se pueda brindar un servicio centrado en el paciente.

A esto debemos agregar que hay personas que han esperado más de 24 semanas (el máximo tiempo de espera observado en la muestra) desde el inicio de sus síntomas hasta acudir a un establecimiento de salud ($p=0,002$), lo que nos muestra la poca adherencia a la cultura preventiva de nuestra población y diagnóstico en estadios avanzados, donde las intervenciones terapéuticas tienen poca efectividad y la posibilidad de curación es mínima.

Según los factores necesarios, la anemia sobretodo de gravedad moderada severa se comporta como una brecha al acceso en paciente con cáncer, debido a que se comporta como una discapacidad porque imposibilita que el paciente se valga por sí mismo, esto

lo reporta Owusu⁽⁴¹⁾, donde encontró que una cohorte de personas mayores de 65 años con anemia se asociaba de forma independiente con la discapacidad funcional y que la asociación independiente entre anemia y discapacidad funcional no se explicaba por el sexo, el estadio del cáncer o la pérdida de peso involuntaria en los últimos seis meses. Los pacientes mayores con cáncer y anemia (en comparación con aquellos sin anemia) tenían más del doble de probabilidades de tener una discapacidad funcional debido a la anemia multifactorial presentada^(16,41).

Las personas que tuvieron la necesidad de requerir más de un tratamiento en combinación (cirugía, quimioterapia o radioterapia) presentan otras limitaciones cuya relación es estadísticamente significativa, estas son: Dejar de trabajar ($p=0,003$) y proceder de un hogar del tipo multifamiliar ($p=0,042$). Cuando el paciente deja de trabajar limita su condición económica, y si proviene de un hogar multifamiliar esta condición empeora ya que tendrá que repartir la precariedad económica entre varios componentes de la familia^(24,26,37).

Dentro de las limitaciones del estudio tenemos a que fue un estudio en base a la percepción de pacientes para medir las brechas de acceso, no se tomó en cuenta el estadiaje específico, ni la supervivencia de los pacientes. Por lo cual se sugiere estudios analíticos prospectivos que puedan medir otras variables como tipo de cáncer, estadiaje, factores asociados, supervivencia y con ello contrastar su relación con las brechas de acceso ya analizadas en este primer trabajo. Este trabajo fue el inicio a futuros trabajos en el hospital en específico según el tipo de neoplasia en nuestro contexto.

CONCLUSIONES

Existe una brecha significativa para la atención oncológica como aquellas concernientes a factores predisponentes (tener miedo al diagnóstico, tener sentimientos de impotencia, ser de sexo femenino, ser mayor de 65 años ($p=0,000$), y tener escolaridad primaria o no tener estudios); factores habilitantes (no disponibilidad de medicamentos, pagó por exámenes en forma particular, espera más de 24 semanas desde el inicio de sus síntomas hasta ir al establecimiento de

salud, dificultad para conseguir una cita oncológica, gasto entre 501 a 1000 soles, no tener trabajo, la no entrega oportuna de resultados de exámenes de laboratorio, no tener trabajo, pagó por exámenes en forma particular, dejar de trabajar, pago por

medicamentos en forma particular, dos o más actividades para financiar su tratamiento) y para los factores necesarios (tener anemia moderada a severa o haber requerido más de un tratamiento en combinación).

Contribuciones de autoría: Reina Bustamante-Coronado, José M. Vela- Ruiz, Ricardo A. Carreño-Escobedo han participado en la concepción del artículo, la recolección de datos, su redacción y aprobación de la versión final. Además, Omar Paredes-Olivares realizó el análisis de datos.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido: 06 de febrero, 2022

Aprobado: 15 de junio, 2022

Financiamiento: Autofinanciado.

Correspondencia: Reina Bustamante Coronado.

Dirección: Av. Miguel Iglesias 968, Hospital María Auxiliadora, Dpto. Oncología (5to piso).

Teléfono: +51 999916543

Email: r.bustamante312@gmail.com

REFERENCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-386. doi: [10.1002/ijc.29210](https://doi.org/10.1002/ijc.29210)
2. OPS OMS | Cancer en las Américas, Perfiles de país, 2013 [Internet]. [citado el 17 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9010:2013-cancer-americas-country-profiles-2013&Itemid=40084
3. Análisis de situación de salud del cáncer en el Perú, 2018 [Internet]. [citado el 2 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf
4. Fidler MM, Bray F. Global Cancer Inequalities. *Front Oncol* [Internet]. 2018 [citado el 1 de septiembre de 2018];8. doi: [10.3389/fonc.2018.00293](https://doi.org/10.3389/fonc.2018.00293)
5. Montagnana M, Lippi G. Cancer diagnostics: current concepts and future perspectives. *Ann Transl Med*. 2017;5(13):268. doi: [10.21037/atm.2017.06.20](https://doi.org/10.21037/atm.2017.06.20)
6. World Health Organization (WHO). Promoting Cancer Early Diagnosis [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/promoting-cancer-early-diagnosis#:~:text=When%20cancer%20care%20is%20delayed,health%20strategy%20in%20all%20settings>
7. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2014 [citado el 30 de marzo de 2018];13(27). doi: [10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa](https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa)
8. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *Psychosoc Med*. 2012;9:Doc11. doi: [10.3205/psm000089](https://doi.org/10.3205/psm000089)
9. Sotelo R, Czerniecki S, Solitario R, Stolkiner A, Vázquez A, Comes Y, et al. El Concepto De Accesibilidad: La Perspectiva Relacional Entre Población Y Servicios. *Anuario de Investigaciones*. 2007;XIV:201–9. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
10. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM de, Guimarães AMDN, Gois CFL. Barriers in health care to breast cancer: perception of women*. *Rev esc enferm USP*. 2014;48:394–400. doi: [10.1590/S0080-623420140000300002](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300002)
11. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6:35. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>
12. Sánchez VG, Laza VC, Estupiñán GC, Estupiñán GL. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2014;32(3):305–13. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2014000300005&script=sci_abstract&tlng=es
13. Irfan FB, Irfan BB, Spiegel DA. Barriers to accessing surgical care in Pakistan: healthcare barrier model and quantitative systematic review. *J Surg Res*. 2012;176(1):84–94. doi: [10.1016/j.jss.2011.07.046](https://doi.org/10.1016/j.jss.2011.07.046)
14. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1947–58. doi: [10.1590/1413-81232015206.12122014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014)
15. Prager GW, Braga S, Bystricky B, Qvortrup C, Criscitiello C, Esin E, et al. Global cancer control: responding to the growing burden, rising costs and inequalities in access. *ESMO Open*. 2018;3(2):e000285. doi: [10.1136/esmoopen-2017-000285](https://doi.org/10.1136/esmoopen-2017-000285)
16. Van Belle SJ-P. What is the value of hemoglobin as a prognostic and predictive factor in cancer? *European Journal of Cancer Supplements*. 2004;2(2):11–9. doi: [10.1016/S1359-6349\(03\)00103-4](https://doi.org/10.1016/S1359-6349(03)00103-4)
17. Ebert Poquioma Rojas EDN. Registro de Cáncer en Lima Metropolitana Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/registro-de-cancer-en-lima-metropolitana/>
18. Perú, Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Lima: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
19. Características de los niveles socioeconómicos en el Perú [Internet]. Ipsos. [citado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-pe/caracteristicas-de-los-niveles-socioeconomicos-en-el-peru>
20. Pilleron S, Soto-Perez-de-Celis E, Vignat J, Ferlay J, Soerjomataram I, Bray F, et al. Estimated global cancer incidence in the oldest adults in 2018 and projections to 2050. *International Journal of Cancer*. 2021;148(3):601–8. doi: [10.1002/ijc.33232](https://doi.org/10.1002/ijc.33232)
21. White MC, Holman DM, Boehm JE, Peipins LA, Grossman M, Henley SJ. Age and Cancer Risk. *Am J Prev Med*. 2014;46(3(1)):S7–15. doi: [10.1016/j.amepre.2013.10.029](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.029)

22. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*. 2021; [doi: 10.1002/ijc.33588](https://doi.org/10.1002/ijc.33588)
23. Laconi E, Marongiu F, DeGregori J. Cancer as a disease of old age: changing mutational and microenvironmental landscapes. *Br J Cancer*. 2020;122(7):943–52. [doi: 10.1038/s41416-019-0721-1](https://doi.org/10.1038/s41416-019-0721-1)
24. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;77(2):109–30. [doi: 10.1016/j.critrevonc.2010.01.004](https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.004)
25. Impact of Cancer on Employment | Journal of Clinical Oncology [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.19.01856>
26. Choi KS, Kim E-J, Lim J-H, Kim S-G, Lim MK, Park J-G, et al. Job loss and reemployment after a cancer diagnosis in Koreans - a prospective cohort study. *Psychooncology*. 2007;16(3):205–13. [doi: 10.1002/pon.1054](https://doi.org/10.1002/pon.1054)
27. Riley WJ. Health Disparities: Gaps in Access, Quality and Affordability of Medical Care. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2012;123:167–74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540621/>
28. Redlarski G, Palkowski A, Krawczuk M. Body surface area formulae: an alarming ambiguity. *Sci Rep*. 2016;6(1):27966. [doi: 10.1038/srep27966](https://doi.org/10.1038/srep27966)
29. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Dispar mitos puede prevenir y evitar muertes por cáncer [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9292:2014-dispar-mitos-prevenir-evitar-muertes-cancer&Itemid=135&lang=es
30. Cáncer: mitos relacionados con la enfermedad | Gaceta Mexicana de Oncología [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-cancer-mitos-relacionados-con-enfermedad-X1665920112839877>
31. Curran L, Sharpe L, Butow P. Anxiety in the context of cancer: A systematic review and development of an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2017;56:40–54. [doi: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.003)
32. Hall DL, Luberto CM, Philpotts LL, Song R, Park ER, Yeh GY. Mind-body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2018;27(11):2546–58. [doi: 10.1002/pon.4757](https://doi.org/10.1002/pon.4757)
33. Quiénes Somos | FISSAL [Internet]. [citado el 1 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.fissal.gob.pe/quienes-somos.aspx>
34. Gutiérrez C, Romani Romaní F, Wong P, Del Carmen Sara J. Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2018;79(1):65–70. [doi: 10.15381/anales.v79i1.14595](https://doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595)
35. Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud - Congreso- Diario El Peruano Ley Na 29344 [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
36. Heidary F, Rahimi A, Gharebaghi R. Poverty As A Risk Factor In Human Cancers. *Iran J Public Health*. 2013;42(3):341–3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633807/>
37. Murillo R. Social inequalities in cancer in Latin America. En: Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R, Conway DI, Straif K, Wild CP, editores. *Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research* [Internet]. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer; 2019 [citado el 21 de junio de 2022]. (IARC Scientific Publications). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566183/>
38. Nuche-Berenguer B, Sakellariou D. Socioeconomic determinants of cancer screening utilisation in Latin America: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225667. [doi: 10.1371/journal.pone.0225667](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225667)
39. Thornton RLJ, Glover CM, Cené CW, Glik DC, Henderson JA, Williams DR. Evaluating Strategies For Reducing Health Disparities By Addressing The Social Determinants Of Health. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(8):1416–23. [doi: 10.1377/hlthaff.2015.1357](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1357)
40. Gamboa Ó, Buitrago LA, Lozano T, Dieleman S, Gamboa C, León Guzmán É, et al. Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2016;20(2):52–60. [doi: 10.1016/j.rccan.2016.02.003](https://doi.org/10.1016/j.rccan.2016.02.003)
41. Owusu C, Cohen HJ, Feng T, Tew W, Mohile SG, Klepin HD, et al. Anemia and Functional Disability in Older Adults With Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2015;13(10):1233–9. [doi: 10.6004/jnccn.2015.0152](https://doi.org/10.6004/jnccn.2015.0152)