

Perspectivas Ruta del Paciente Oncológico-Cuenca



Con el apoyo de:



OBSERVATORIO
DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS



Autores

Consejo Cantonal de Protección de Derechos Cuenca

FUPEC - Familias Unidas por los Enfermos de Cáncer



Técnicos de estudio

Soc. David Castillo

Mgts. María Belén Pérez

Dr. Diego Jimbo



Revisado por:

Mgts. Fabián León Machuca

Psic. Cli. Lorena Carpio

Mgster. María Fernanda Jimbo



Diseño y diagramación

Comn. Darwin Peñaloza

Dñdor. Wilmer Quispe



Con el apoyo de:

Observatorio de Enfermedades Catastróficas



Agradecimientos

El siguiente documento está dedicado a las miles de familias que afrontan diariamente las enfermedades oncológicas en el Ecuador.



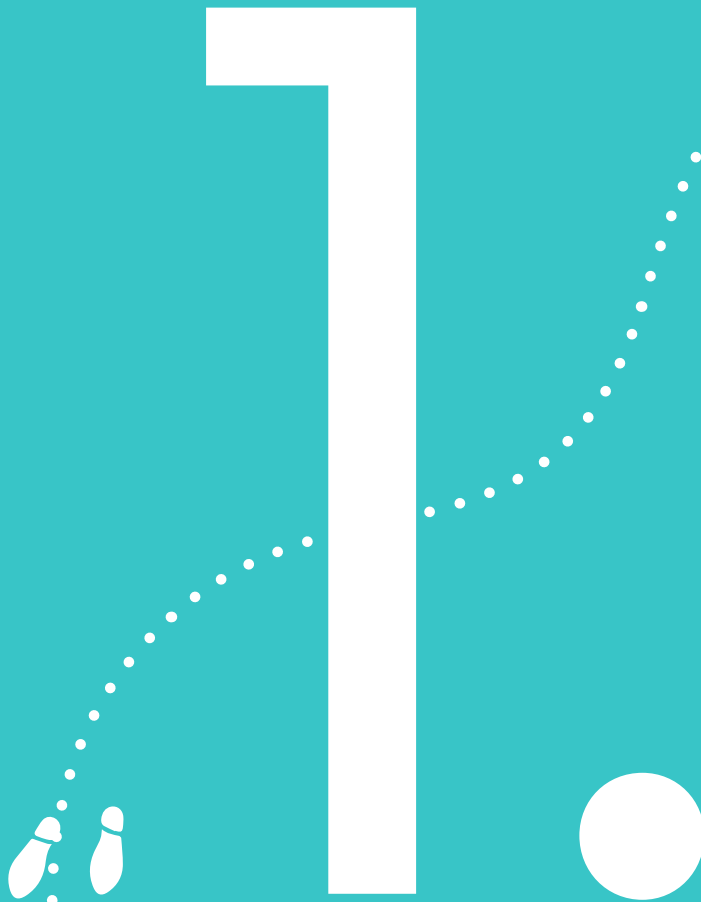


ÍNDICE

1. **Resumen** ¿De qué trata este estudio?
2. **Introducción** ¿Por qué se realiza este estudio?
3. **Justificación legal** ¿En qué nos amparamos legalmente para la realización del estudio?
4. **Objetivos y Preguntas de investigación**
 - 4.1 Objetivo general
 - 4.2 Objetivos específicos
 - 4.3 Preguntas de investigación
 - 4.4 Hipótesis
5. **Metodología** ¿De qué manera se realizó el estudio?

ÍNDICE

6. **Marco Teórico** ¿Qué se busca discutir?
 - EPIDEMIOLOGÍA**
 - ¿Qué es la epidemiología?
 - DATOS DEL CÁNCER EN CUENCA**
 - Incidencia
 - Mortalidad
 - Mortalidad según el sexo.
 - RUTA DEL PACIENTE**
 - Etapas de la ruta del paciente
 - DETERMINANTES SOCIALES**
 - Factores geográficos (acceso al tratamiento).
 - Factores administrativos.
 - RUTA DEL PACIENTE**
 - Etapas de la ruta del paciente
7. **Resultados** ¿Qué descubrimientos se encontraron?
8. **Conclusiones** ¿Qué se puede decir de la ruta del paciente oncológico en la ciudad de Cuenca?
9. **Recomendaciones** ¿Qué se puede recomendar?
10. **Bibliografía**



Resumen

¿De qué trata este estudio?



Resumen

La investigación Perspectivas Ruta del Paciente Oncológico Cuenca, es un análisis de las dificultades que viven los pacientes al momento de afrontar las enfermedades oncológicas en Cuenca. El proceso investigativo estudia variables de tiempo, socioeconómicas y normativas y cómo estas repercuten en la eficacia del proceso de atención al paciente. La metodología para el levantamiento de información consistió en la aplicación de 102 encuestas a pacientes y familiares durante 2 meses en diferentes espacios de contacto con el grupo objetivo. Los resultados encontrados establecen que el tiempo de ruta del paciente en la ciudad de Cuenca es un promedio de 8.9 meses y existen diferencias de hasta 6 meses de acuerdo a niveles socioeconómicos.

Palabras claves

Ruta del paciente, cáncer, socioeconómico, determinantes sociales, Cuenca.



2.

Introducción

¿Por qué se realiza este estudio?





En Ecuador el proceso de atención del Cáncer ha presentado múltiples dificultades y barreras que han provocado tener deficientes resultados frente a las enfermedades oncológicas. Esto se visibiliza en el número de casos que se presentan anualmente a nivel nacional y local, según datos de Globocan en el país existieron al menos 28,058 casos en el año 2018 con una proyección de incremento a 35.000 casos para el año 2025, y más de 55.000 personas con cáncer para el 2040 (GLOBOCAN, 2018). En el cantón Cuenca, de igual manera existe un incremento considerable de personas afectadas por la enfermedad, en el periodo 2005-2009 se registraron 3830 casos, para el periodo 2010-2014 existieron 5590 casos reportados (Registro de Tumores Solca-Cuenca, 2020). Además, en el 2020 en los primeros meses de la pandemia COVID-19, se realizó un acercamiento a las problemáticas que enfrentaron los pacientes y familiares, la organización Acuerdo Contra el Cáncer por medio de un estudio con pacientes oncológicos de 13 provincias del Ecuador, recabo información en cuanto a su acceso a atención en salud y conocimiento sobre derechos de los grupos prioritarios. Como

resultados se obtuvo que un 50,3% no pudieron continuar con su tratamiento oncológico y un 62,9% no tenía conocimiento alguno de la ayuda que el Estado ofrecía a los grupos de atención prioritaria (ACCE, 2019).

De igual manera, en el informe anual del Observatorio de Enfermedades Catastróficas del año 2021 se pudo conocer que las variables económicas, demográficas, geográficas y normativas complejizaron el acceso a la atención de salud y cómo estas repercutían en el tiempo que le toma a un paciente afrontar la enfermedad (OECE, 2021)

Lo descrito anteriormente nos permite observar el problema sanitario y epidemiológico que se presenta en el Ecuador, debido al incremento constante de personas con cáncer, pero además la complejidad social y económica que existe para afrontarla en miles de pacientes y familiares con enfermedades oncológicas. Estos determinantes sociales no han sido suficientemente tratados y analizados como indicadores que puedan repercutir en la eficacia del proceso de atención del paciente.



En este sentido, es necesario reconocer la necesidad de tratar la enfermedad de una manera integral, donde se aborden variables de alta repercusión en cada etapa que afronta el paciente desde una prevención, un oportuno diagnóstico, y un eficiente acceso a tratamiento especializado, lo cual es parte de la Ruta del Paciente Oncológico.

En este tema lamentablemente en el país y a nivel de Cuenca, no existe un considerable bagaje teórico, ni estadístico que permita conocer las repercusiones que tienen los determinantes sociales, variables geográficas y normativas en la eficacia del proceso de tratamiento y la calidad de atención a los pacientes y por lo tanto la garantía de la salud y vida. Igualmente, no existe política pública sustentada en datos e indicadores que logre garantizar el cumplimiento y la mejora constante de atención de salud integral, es así que se vuelve indispensable generar desde la sociedad civil y las instituciones locales y nacionales una base investigativa que observe los puntos donde se presentan dificultades en la ruta del paciente oncológico y cambios en el tiempo de las variables antes mencionadas, convirtiéndose en un sustento técnico de proyectos, gasto de recursos económicos y humanos, y cambios en general en el sistema de salud en beneficio de pacientes y familiares afectados por las enfermedades oncológicas.





3.

Justificación legal del estudio

¿En qué nos amparamos legalmente
para la realización del estudio?

El artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador, reconoce como grupos de atención prioritaria a las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

La Constitución de la República del Ecuador en su **artículo 32**, determina que la salud es un derecho garantizado por el Estado a través de políticas de índole económica, social, cultural, educativa y ambiental; así también garantiza el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva

Por su parte, el artículo 33 de la Ordenanza de Creación, Organización e Implementación del Sistema de Protección de Derechos en el Cantón Cuenca, dispone la creación de un Sistema de Gestión de Información de Derechos, el cual integrará los datos estadísticos de la situación de los grupos de atención prioritaria, personas en situación de vulnerabilidad y colectivos con derechos específicos, para identificar índices de vulnerabilidad que sirvan como ejes de desarrollo de programas, constituyendo un soporte para definición de políticas locales.

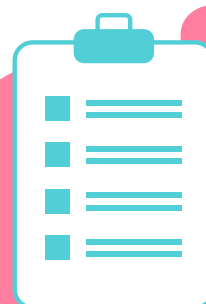
El Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Consejo Cantonal de Protección de Derechos Cuenca, **en su capítulo 2, artículo 10, plantea la estructura básica alineada a la misión del CCPD-C, la cual está conformada por procesos agregadores de valor, los cuales son:**

1. Observancia, Vigilancia y Exigibilidad
2. Formulación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas
3. Participación y Redes de Protección

Dentro de las atribuciones y responsabilidades del proceso de Observancia, Vigilancia y Exigibilidad, citadas en el **artículo 19** del mencionado instrumento, se encuentran los literales **j y k** que respectivamente disponen: "Generar y gestionar indicadores sobre el nivel de cumplimiento de los derechos y emitir informes respecto del seguimiento y monitoreo de los indicadores".

Con fecha 17 de noviembre de 2021, en sesión extraordinaria No.19/19-11-2021 del Consejo Cantonal de Protección de Derechos de Cuenca, como punto número 4, se da por conocido la línea base levantada para el Sistema de Gestión de Información del cumplimiento de derechos en el cantón Cuenca, en donde se destaca que para la población con enfermedades catastróficas, no existe información estadística suficiente a nivel del país que dé cuenta de la situación de los derechos de las personas que sufren estas enfermedades, considerando las especificidades en los tratamientos y las determinantes sociales que inciden en las personas en el acceso a la salud.

En este sentido, en el año en curso, el Consejo Cantonal de Protección de Derechos en el marco de sus atribuciones ha articulado con diferentes organizaciones con el interés de generar vínculos de cooperación interinstitucional para la atención a pacientes con estas enfermedades, a través de la formulación y desarrollo de actividades y proyectos conjuntos, enfocados en la protección integral de los derechos de este grupo de atención prioritaria, como es la producción de data estadística e investigaciones específicas y necesarias relacionadas con los derechos, garantías y deberes del Estado hacia esta población.


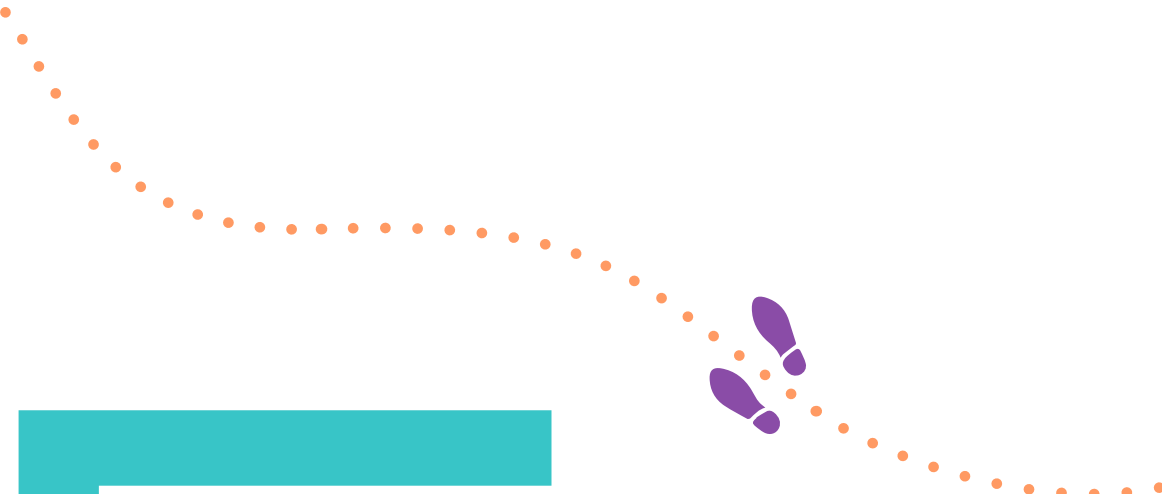




4



Objetivos y Preguntas de investigación



5

Metodología

¿De qué manera se realizó el estudio?



Diseño

El estudio presentado tiene un alcance descriptivo exploratorio, en temas relacionados con determinantes sociales en salud y Ruta del paciente oncológico.

Muestra

Del estudio participaron 102 personas de manera libre y voluntaria por medio de metodología de bola de nieve no probabilística, teniendo acercamiento a los pacientes por medios digitales y por medio de organizaciones de pacientes de la ciudad.

-53% Pacientes

-47% Familiares de pacientes

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- **N** = Total de la población
- **Z_α** = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- **p** = Proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- **q** = 1 - p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- **d** = Precisión (en su investigación use un 5%).

Muestra investigación Perspectivas Ruta del Paciente

$$n = \frac{5590(1.96)^2 * 0.05 * 0.95}{(0.05)^2 * (5590 - 1) + (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = 72.08$$

- **N** = 5590 -Total de la población de personas con cáncer-año 2020 (prevalencia)
- **Z_α** = 1.96 (seguridad es del 95%)
- **p** = (0.05) proporción esperada
- **q** = 1-0.05 = 0.95
- **d** = Precisión

Instrumento de investigación-Ruta del paciente Oncológico.

El diseño del instrumento de investigación fue realizado a partir de las participaciones investigativas previas en las que ha sido parte la fundación FUPEC además de la revisión de literatura e instrumentos internacionales como la EORTC (Organización Europea para la Investigación y Tratamientos del Cáncer), tomando en cuenta variables geográficas, normativas, necesidades y dificultades, además se incluye dimensión socioeconómica a partir de la encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC ECUADOR.

La validación del instrumento se realizó por medio de dos etapas:

-Validación técnica: Se realizó por medio de la revisión sistemática de expertos médicos de la academia, sector público y privado.

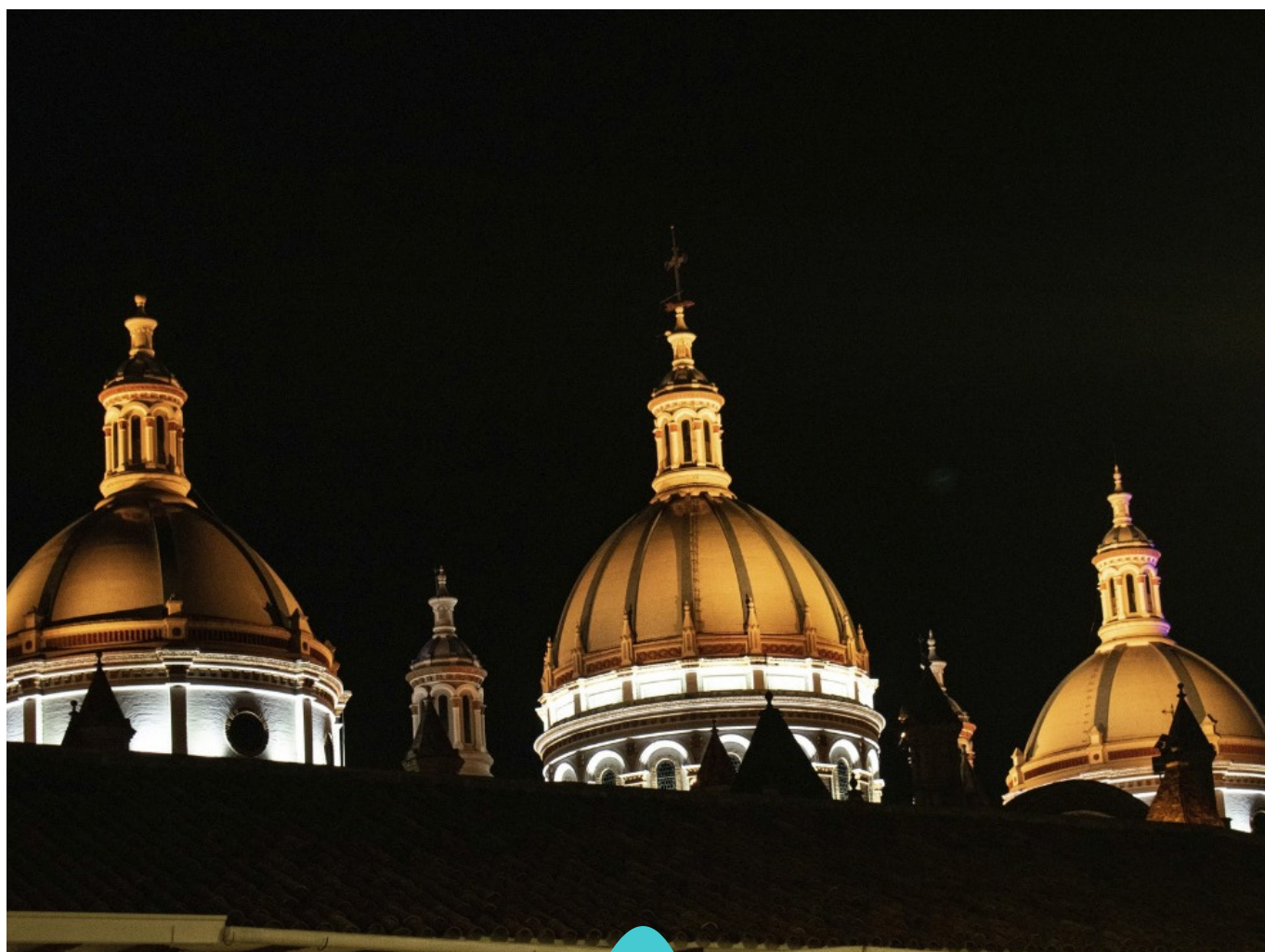
-Validación en campo: Se realiza aplicación de diez encuestas a un grupo de pacientes de

manera presencial

De esta manera se tomó e incluyó recomendaciones al instrumento tanto en contenido como en la forma de aplicación.

Dimensiones del instrumento de investigación:

1. Caracterización del paciente y preguntas generales.
2. Caracterización de la enfermedad, preguntas sobre la situación de morbilidad y comorbilidad.
3. Dimensión geográfica, situación de acuerdo al lugar de residencia en la ciudad de Cuenca.
4. Dimensión normativa, dificultades en procesos de referencia y derivación.
5. Dimensión derechos, preguntas relacionadas a la garantía de derechos.
6. Dimensión tiempo y dificultades, preguntas relacionadas a las etapas de la ruta del paciente.



Proceso de creación y aplicación de investigación

La metodología planteada para la recopilación y análisis del estudio de la ruta del paciente en



la ciudad de Cuenca, se establece a partir de cuatro etapas consecuentes, que permitirán lograr objetivos investigativos en función de la confiabilidad y objetividad de los datos y su posterior tratamiento.

1. Recopilación teórica

Se ha realizado una recopilación teórica en idioma inglés y español tomando en cuenta libros especializados, artículos científicos indexados, artículos de revistas especializadas, artículos de prensa y además reportajes audiovisuales. Mediante el filtro de palabras (ruta del paciente, PREMS, factores de riesgo, determinantes sociales) se ha logrado encontrar la información correspondiente en los motores de búsqueda de google Academics, YouTube, SciELO, Dialnet. Luego un paneo general en cuanto a la información recabada a nivel regional y mundial y bajo el criterio de investigación se obtienen artículos específicos para el sustento teórico de la investigación.

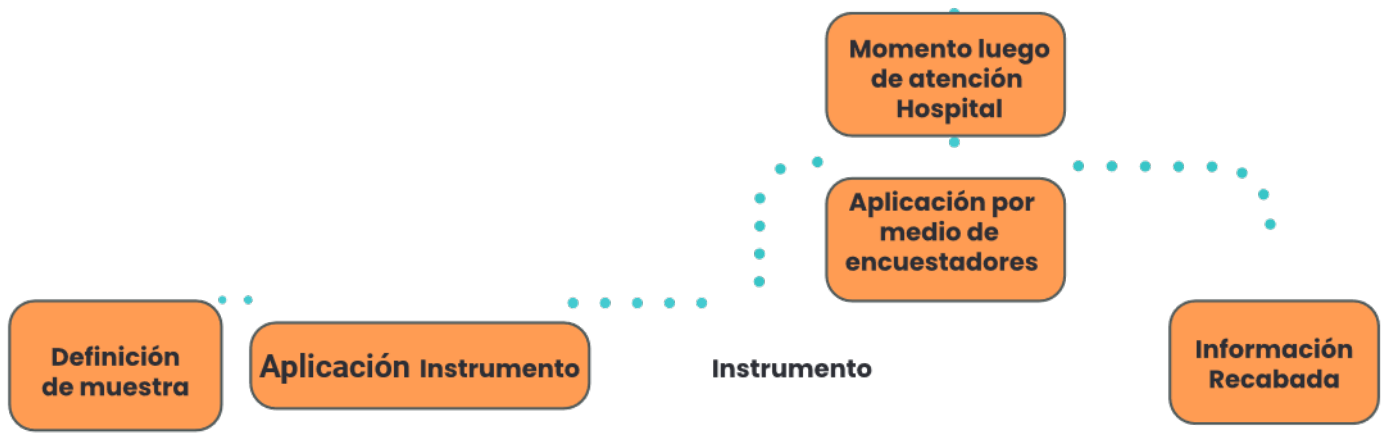
2. Aplicación

Una vez concluida la fase previa de recopilación de información se busca realizar la aplicación correspondiente para lograr obtener respuesta a las preguntas establecidas.

En este sentido se realiza:

1. Proceso de contacto de pacientes pertenecientes a organizaciones y pacientes por medio de redes sociales.
2. Aplicación por parte de encuestadores, mediante plataforma Kobo toolbox.
3. Todas las encuestas contaron con el consentimiento libre e informado aceptado por pacientes y familiares además de la correspondiente anonimización de datos sensibles.
4. El tiempo promedio de duración de la encuesta fue de 20 minutos por sesión ya sea de manera telefónica o presencial de acuerdo a eventos realizados.

Figura 2: Definición de la muestra



3. Procesamiento y Análisis

Una vez levantada la información necesaria se realiza el tratamiento correspondiente mediante software de Excel para la depuración y consolidación de información anonimizada, por otro lado, se utiliza la herramienta Tableau para la generación tablas y gráficos de la investigación.

4. Generación de informe final

Una vez generado todo el procesamiento y cruce de variables correspondientes a la información se procede a la creación del documento final de manera completa y resumen.



6.

Marco Teórico

¿Qué se busca discutir?

EPIDEMIOLOGÍA

¿Qué es la epidemiología?



Conocer los datos clínicos estadísticos de la enfermedad oncológica es prioritario para entender la dimensión del problema sanitario que provoca el cáncer, es por esto que por medio de la epidemiología que es una rama de la salud pública que permite “estudiar la distribución de las enfermedades en las poblaciones y los factores que determinan o influyen en esta distribución” (Celentano & Szklo, 2019, 2). Se basa en la premisa de que los problemas de salud, como enfermedades, trastornos, no se distribuyen de manera aleatoria en una población, sino que existen ciertas características que nos predisponen a diferentes enfermedades o nos protegen frente a ellas, que pueden ser de origen genético, a la exposición de ciertos riesgos ambientales o comportamientos.

De manera específica la epidemiología del cáncer que se ocupa del estudio de las neoplasias, desde los estados de salud, prevención de enfermedades hasta el diagnóstico, enfermedad, incapacidad y muerte. Su función básica es el estudio del cáncer humano, observando sus diferencias, ya sea de género, edad, país, ciudad, clase socioeconómica, personas con ocupaciones diferentes, siendo éstas el punto de partida para la investigación epidemiológica, con el objetivo de identificar los factores de riesgo que ayudan en la toma de medidas preventivas (Dos Santos, 1999).

DATOS DEL CÁNCER EN CUENCA

La escasa información acerca de esta enfermedad en la Ciudad de Cuenca y en el país en general nos ha llevado a manejar con cuidado las cifras que se muestran a continuación, de esta manera dejamos constancia de la dificultad de acceder a datos sobre esta enfermedad, por ello hemos decidido recurrir a información que



brindan informes como el del Registro de Tumores Cuenca, datos recogidos del INEC y del Ministerio de Salud, que si bien no son actualizados nos permiten una vista general del panorama en el que se desarrolla el Cáncer en Cuenca.

Incidencia

El acelerado crecimiento demográfico de los centros urbanos conlleva el incremento de registro de casos de los distintos tipos de cánceres que la población padece, en este sentido la ciudad de Cuenca no es la excepción, debido a ello empieza a ser necesario llevar un registro sistematizado de la información recopilada tan detalladamente como sea posible, para permitir un mejor control de la enfermedad.

Al aparecer en 1996 el Registro de Tumores Cuenca (RTC) "entidad encargada de recoger, almacenar, analizar e interpretar los datos sobre las personas con cáncer de la población residente en el cantón Cuenca "(Registro de Tumores Cuenca, 2020, 19). Se puede llevar a

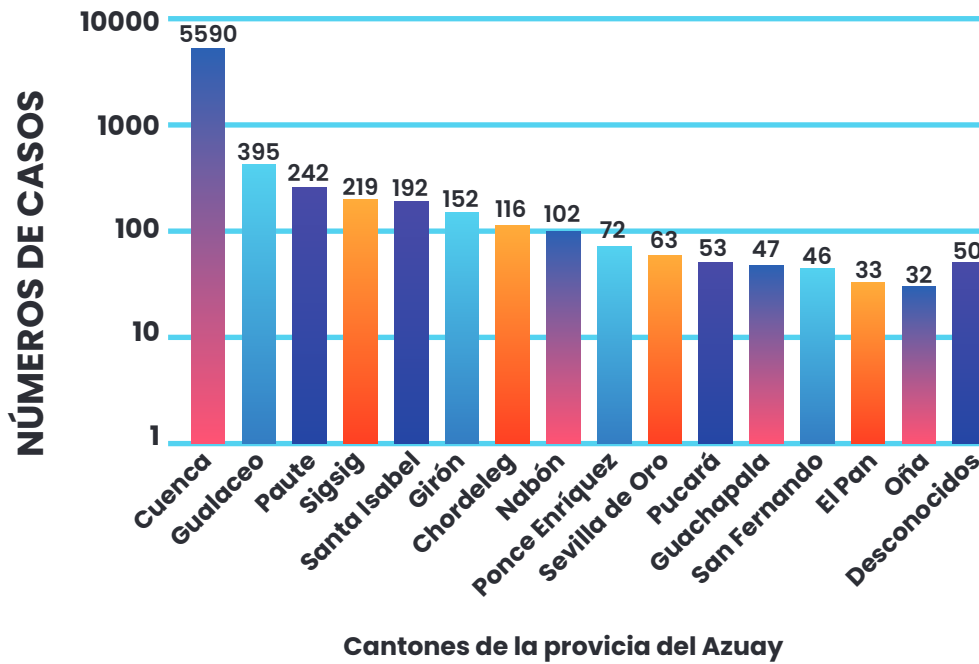
cabo un sondeo de la cantidad de personas que padecen la enfermedad, con el fin de generar datos base para realizar una serie de estudios que posibilite la profundización en los factores, y determinantes del desarrollo de la enfermedad, además de orientar las decisiones y generaciones de políticas públicas, asignación de recursos, generación de proyectos y búsqueda de soluciones; proporcionando al mismo tiempo una vigilancia epidemiológica constante.

En la provincia de Azuay, el cantón Cuenca presenta el mayor número de casos nuevos de cáncer registrados, debido a que al ser la capital cuenta con más números de centros de atención médica que concentra a pacientes de diferentes cantones que llegan para ser atendidos, esto implica que el registro de atención sea de 12205 personas de las cuales el 45.8% son personas residentes en Cuenca. El segundo cantón con mayor registro de casos es Gualaceo con 395 pacientes, seguido por Paute con 242 pacientes, lo que termina visibilizando la capacidad de atención que tiene los diferentes cantones. El nivel de concentración en el cantón Cuenca se plasma de manera visual en el siguiente gráfico:



Figura 3:

Distribución de los nuevos casos de cáncer para el periodo 2010-2014, por provincias de residencia



Fuente: Adaptado de Distribución de los nuevos casos de cáncer para el periodo 2010-2014, por provincias de residencia, por Registro de Tumores Cuenca, 2020.

En Cuenca, el séptimo informe del registro de tumores que comprende los años 2010-2014 muestra un incremento significativo en los niveles de incidencia en el Cantón. Al hacer una comparación con el periodo 2005-2014, el número de casos de residentes registrados en Cuenca aumentó de 3830 a 5590 personas, esta diferencia de 1760 personas nos muestra la necesidad de contar con una vigilancia epidemiológica constante. “Esta incidencia en el cantón Cuenca muestra el riesgo que tiene la población de área de cobertura de adquirir la enfermedad en un determinado periodo de tiempo, permitiendo hacer estimaciones a futuro y desarrollar acciones preventivas para controlar el cáncer” (Registro de Tumores Cuenca, 2020, 22).

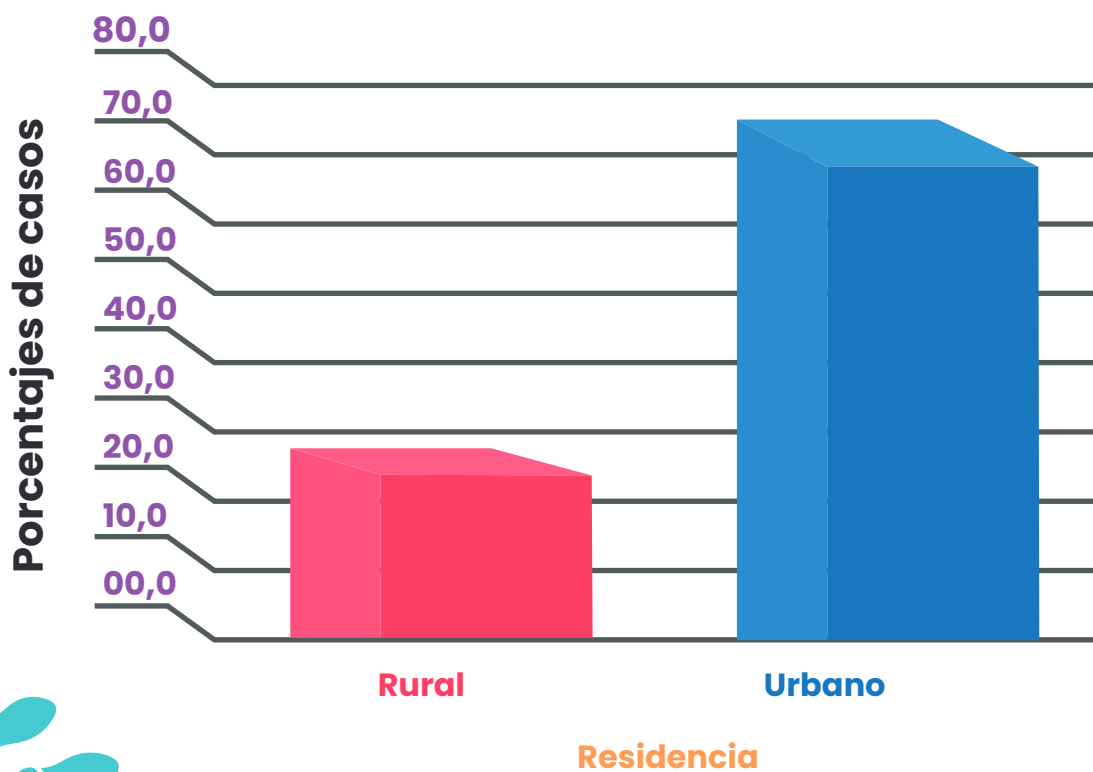
Dentro del cantón Cuenca se detectan más casos en el área urbana que en el área rural, 4155 pacientes corresponden al casco urbano del cantón, mientras que 1435 a la zona rural, presentando de esta manera que por cada nuevo caso registrado en el área rural se registra 2,9 casos en el área urbana. Sin embargo, es importante tener en cuenta que

factores sociales como la migración interna campo ciudad termina generando datos más concentrados en la zona urbana del cantón. Esta diferencia se plasma de manera visual en el siguiente gráfico:



Figura 4:

Distribución de los nuevos casos de cáncer para el periodo 2010-2014, por provincias de residencia.



Nota.

Adaptado de Epidemiología del Cáncer en el cantón Cuenca

(p.11), por Registro de Tumores Cuenca, 2020.

Los datos presentados por el RTC 2010-2014 permiten hacer una diferenciación entre los sexos de los pacientes registrados, de los, 5590 casos de pacientes con cáncer y que son residentes del cantón Cuenca, el 58.6% (3277 pacientes) son mujeres, mientras que el restante 41,4% (2313) fueron hombres.

En el cantón Cuenca la población femenina posee una tasa cruda de incidencia promedio anual de 216.7 por cada 100 000. Esta brecha entre pacientes mujeres y hombres es un problema que se ha venido arrastrando desde varios años atrás, en el RTC 2005-2009 se muestra una diferencia porcentual en el que las mujeres siguen predominando siendo el 60.3% mientras que los hombres el 39,7%. Estos resultados nos permiten identificar los estratos de la población que se ven más afectados, poniéndolos en situación de mayor vulnerabilidad.

Mortalidad

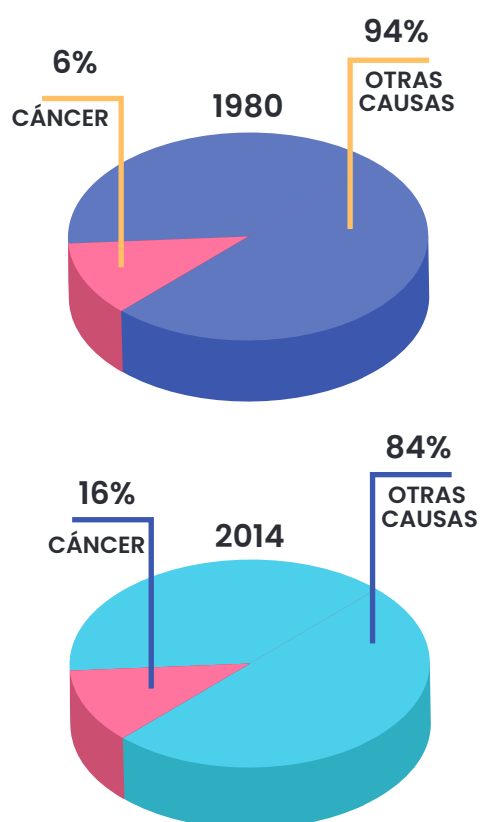
Los registros de la tasa de mortalidad son datos que deben ser tomados con precaución debido a que las causas de fallecimiento de pacientes diagnosticados con enfermedades oncológicas no siempre terminan siendo debido a la enfermedad, sino por distintas causas que difieren del cáncer. Además de ello, las actas de defunción, que son los registros que se utiliza para construir la tasa de mortalidad, pueden no ser llenados por los médicos tratantes, generando que los datos no se recolecten de manera completa (Registro de Tumores Cuenca, 2020).

En Ecuador el cáncer constituye un creciente problema de salud pública que lo lleva a posicionarse en la segunda causa de mortalidad general por detrás de las

enfermedades cardiovasculares. El peso relativo de las defunciones por cáncer durante los años 1980-2014 ha incrementado considerablemente de 6% al 16%, representando un aumento de un 8% (Figura 5). En el año 2015, a nivel nacional, el 47% de los fallecimientos se da por enfermedades crónicas no transmisibles, de este porcentaje el 14% se le atribuye al cáncer. El considerable aumento en la tasa de mortalidad del cáncer en el país visibiliza el déficit de la atención oportuna y tratamiento adecuado de la enfermedad que conducen al incremento del número de fallecidos. (Ministerio de salud pública, 2017).

Figura 5:

Peso de las defunciones por cáncer en la mortalidad del Ecuador 1.980 y 2.014.



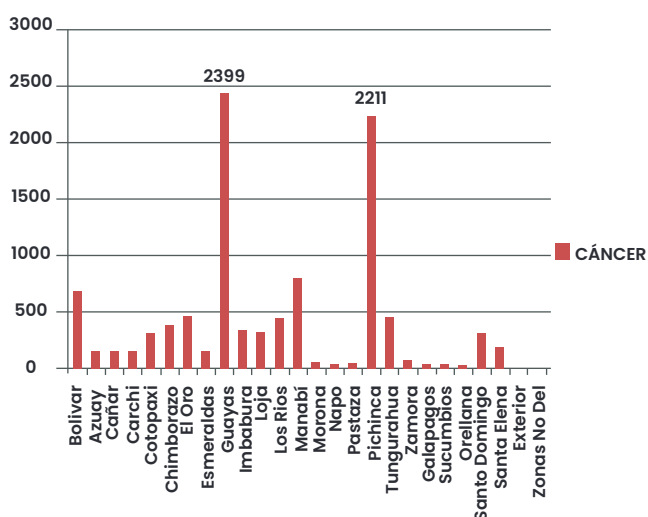
Nota.

Adaptado de Estrategia Nacional para el control para la atención integral del cáncer en el Ecuador (p.14), por Ministerio de salud pública, 2017.2020.

Es preciso señalar que como indicador de la mortalidad nos brinda un panorama de la gravedad de la enfermedad, además de reflejar cómo las distintas variables contribuyen a este resultado, entre ellas la capacidad de respuesta del sector salud y el déficit de un diagnóstico oportuno. En la provincia de Azuay en el año 2016 se registró una tasa de mortalidad de 18,23%. El incremento durante el periodo 2007-2016 es del 3.8%, implicando una tendencia sostenida del incremento de la mortalidad por cáncer en la provincia. (Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", 2020).

Figura 6:

Ecuador 2015. Número de defunciones por tumores malignos



Fuente: Adaptado de Estrategia Nacional para el control para la atención integral del cáncer en el Ecuador (p.15), por Ministerio de Salud Pública, 2017.

Como lo muestra el figura 6, la provincia de Azuay se posiciona en cuarta posición a nivel nacional en el número de defunciones por tumores malignos por provincia de residencia, detrás de las provincias de Guayas, Pichincha y Manabí. La concentración de casos en estas provincias se relaciona con que son territorios de mayor concentración de volumen poblacional y densidad demográfica.

MORTALIDAD SEGÚN EL SEXO

Es necesario hacer una diferencia de sexo en la tasa de mortalidad del cáncer, porque nos permite ver qué tipo de cáncer tiene

más incidencia en hombres y en mujeres, generando datos para producir estrategias para abordar estas diferencias.

El Ministerio de Salud Pública, en su estrategia nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador, muestra que en el año 2015 en el país se registraron un total de, 10230 defunciones por cáncer, 4938 corresponden a una población masculina y 5292 a una población femenina. Los 3 tipos de cáncer que lleva a la muerte a mayor cantidad de hombres son: el cáncer de próstata, que representa el 18,85%, seguido del cáncer de estómago con 16.63% y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón con 8.22%. En el caso de la población femenina, los 3 tipos de cáncer que lleva a la muerte a mayor cantidad de mujeres son: Cáncer de estómago que representa el 12,89%, el cáncer de mama con 10,41% y el cáncer de cuello uterino con 8.41%.

Las figuras 7 y 8 nos permiten una visualización de las defunciones por tipo de cáncer en la población masculina y femenina.

Figura 7:

Defunciones por cáncer en población masculina 2015

LOCALIZACIÓN	N°	%
Próstata	931	18,85
Estómago	821	16,63
Tráquea, bronquios y pulmón	406	8,22
Hígado	333	6,74
Colorrecto	260	5,27
Páncreas	181	3,67
Encéfalo	175	3,54
Linfoma no Hodgkin	172	3,48
Leucemia linfoide	154	3,12
Leucemia mieloide	116	2,35
Resto tumores malignos	1.389	28,13
TOTAL	4.938	100,0

Fuente: Adaptado de Epidemiología del Cáncer en el cantón Cuenca (p.19), por Registro de Tumores Cuenca, 2020.

Figura 8:

Defunciones por cáncer en población femenina 2015

LOCALIZACIÓN	Nº	%
Estómago	682	12,89
Mama	551	10,41
Cuello Uterino	445	8,41
Hígado	376	7,11
Colorrecto	376	7,03
Tráquea, bronquios y pulmón	301	5,69
Útero parte no especificada	262	4,95
Ovario	221	4,18
Páncreas	205	3,87
Encéfalo	146	2,76
Resto tumores malignos	1.731	32,71
TOTAL	5.292	100,0

Fuente: Adaptado de Epidemiología del Cáncer en el cantón Cuenca (p.19), por Registro de Tumores Cuenca, 2020.

En el cantón Cuenca, los tipos de cáncer que lleva a la muerte a mayor cantidad de hombres son: el cáncer de estómago que registra 142 defunciones, el cáncer de próstata que registra 113 defunciones y el cáncer de Sangre que registra 50 defunciones.

Figura 10:

Tasa de mortalidad de las principales localizaciones de cáncer en mujeres residentes en el cantón Cuenca en el periodo 2010-2014.

CIE - O - 3 ICD - O - 3	Localización Site	Total casos Total cases
C16	Estómago Stomach	142
C61	Glándula prostática Prostate gland	113
C42	Sist. Hematopoyético y Retic. Endot. Hematopoietic. Retic. Endothel. System	50
C34	Bronquios y pulmón Bronchus & lung	47
C18 - C20	Colon - Unión rectosigmoidea - Recto Colon - Rectosigmoid junction - Rectum	41
C22	Hígado y cond. Biliares intrahep. Liver & intrahepatic bile ducts	34
C77	Ganglios linfáticos Lymph nodes	26
C25	Páncreas Pancreas	24
C71	Encéfalo Brain	21
C24	Otras y no especific. Del tracto biliar Other & unspecified of biliary tract	17

Fuente: Adaptado de Epidemiología del Cáncer en el cantón Cuenca (p.17), por Registro de Tumores Cuenca, 2020.

Dentro del cantón, en cambio, en la población femenina, los tipos de cáncer que lleva a la muerte a mayor cantidad de mujeres son: el cáncer de estómago que registra 118 defunciones, el cáncer de colon que registra 72 defunciones y el cáncer de mama que registra 70 defunciones. **Ver gráfico 8.**

Figura 9:

Tasa de mortalidad de las principales localizaciones de cáncer en mujeres residentes en el cantón Cuenca en el periodo 2010 - 2014.

CIE - O - 3 ICD - O - 3	Localización Site	Total casos Total cases	Tasas por grupos de edad / Rates by age groups															Tasa cruda Crude rate		
			0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74		75+	
C16	Estómago Stomach	118	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,9	5,5	6,1	4,0	6,4	13,7	19,2	31,0	53,2	119,7	8,6
C18 - C20	Colon - Unión rectosigmoidea - Recto Colon - Rectosigmoid junction - Rectum	72	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	3,3	2,5	7,9	6,4	9,8	14,4	11,3	22,8	72,7	5,2	
C50	Mama Breast	70	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,8	4,4	7,4	7,9	6,4	11,7	14,4	25,4	22,8	40,6	5,1	
C42	Sist. Hematopoyético y Retic. Endot. Hematopoietic. Retic. Endothel. System	66	0,8	2,4	0,8	2,3	1,5	0,0	2,8	1,1	4,9	1,3	7,9	7,8	12,0	28,2	7,6	44,9	4,8	
C53	Cuello de útero Cervix uteri	65	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	3,8	6,6	6,1	5,3	11,1	13,7	12,0	11,3	15,2	38,5	4,7	
C56	Ovario Ovary	45	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,1	1,2	1,3	3,2	7,8	9,6	22,5	34,2	29,9	3,3	
C22	Hígado y cond. Biliares intrahep. Liver & intrahepatic bile ducts	45	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,1	0,0	0,0	4,8	0,0	7,2	33,8	11,4	47,0	3,3	
C34	Bronquios y pulmón Bronchus & lung	32	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	4,0	3,2	2,0	12,0	5,6	15,2	29,9	2,3	
C23	Vesícula biliar Gallbladder	31	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	2,5	0,0	1,6	5,9	4,8	14,1	11,4	29,9	2,2	
C25	Páncreas Pancreas	33	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	2,0	9,6	11,3	15,2	38,5	2,4	

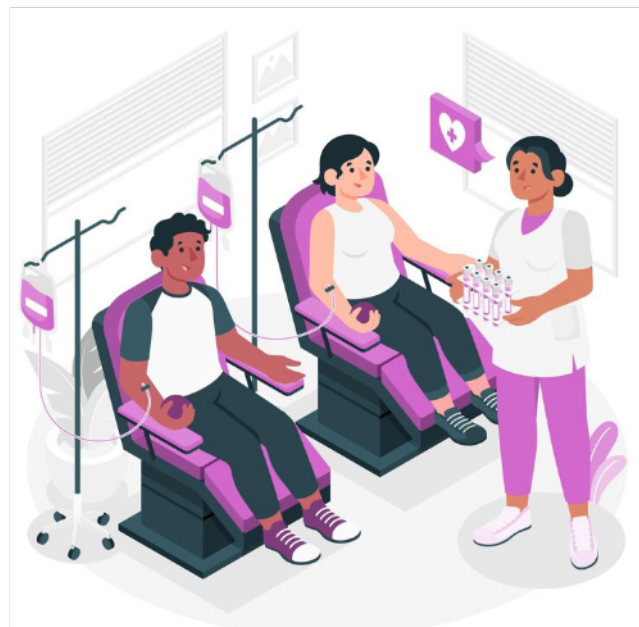
Fuente: Adaptado de Epidemiología del Cáncer en el cantón Cuenca (p.16), por Registro de Tumores Cuenca, 2020.

DETERMINANTES SOCIALES

Factores socioeconómicos

Las políticas públicas tomadas por los gobiernos, las condiciones sociales y económicas determinan el acceso a los bienes y servicios que satisfacen las necesidades de la población, definiendo condiciones en la que la gente vive y muere. El acceso a los servicios de salud ha implicado varias desigualdades socioeconómicas, que son sistemáticas y producidas socialmente. Estas desigualdades no se producen de manera aleatoria, ni de procesos biológicos, sino que son consecuencias de procesos sociales que en muchos casos son injustas, afectando la calidad de vida de las personas (Determinantes Sociales De La Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud, n.f.).

El tratamiento de las enfermedades como el cáncer, que es la segunda causa de muerte a nivel global, y se espera que para el año 2035 la cifra aumente un 60%, según la Organización Mundial de la Salud, se ven afectadas por estos factores sociales que dificultan la atención oportuna. Sobre todo, si el acceso y la calidad a ellos no es equitativo para toda la población (Borrell, 2015).



Algunos de los factores sociales son género y sexo, el primero refiere a las actitudes y relaciones entre hombre y mujer, que se produce y reproduce en las interacciones sociales, por lo que puede diferir según el contexto, en cambio, el sexo refiere a las diferencias físicas entre hombres y mujeres. La clase social también interviene en el acceso al tratamiento, ya que implica los recursos materiales y económicos, y su posición en el mercado laboral. También la pertenencia a grupos históricamente excluidos como afrodescendientes, comunidad LGTBIQ+, migrantes, desplazados y otros, ha significado un proceso de discriminación en donde son tratados de manera injusta y diferente, proceso que tiene un origen social con estructuras de dominación y opresión. Esto nos lleva a pensar en la existencia de una estratificación social que dirige la distribución del poder y de los recursos, los cuales tienen un impacto en la salud, influyendo en los procesos psicosociales y las conductas de los individuos (Borrell, 2015).

Sumado a estos factores socioeconómicos, existen factores de riesgo que ayudan a la prevalencia del cáncer. Según el informe de supervivientes del cáncer de España (GEPAC, 2019) depende de algunos factores propios de la persona como son la edad, obesidad y otros factores externos, como la exposición solar. Para la investigación de ruta del paciente se abordan tres dimensiones específicas que son determinantes para la realidad del país y de la ciudad de Cuenca.



Factores geográficos (acceso al tratamiento).

Mejía (2007) define al acceso a la salud como un proceso más allá del contacto inicial con el sistema de salud e incluye la continuidad del tratamiento y el deseo por la atención. La atención oportuna en temas de la salud se ve afectada por diferentes factores, entre ellos los factores geográficos, es decir, las distancias que debe recorrer un paciente hasta el centro de salud más cercano y el acceso a los lugares de atención. Existe diferencia en el acceso en tres tipos, el primero hace referencia al acceso financiero, es decir, la disponibilidad de recursos financieros para acceder a los servicios; el segundo es el acceso conductual, que implica el uso de los diversos servicios, y finalmente el tercer tipo de acceso refiere al espacial, que incluye la distancia geográfica, el transporte, el tiempo empleado en movilizarse entre el paciente y el proveedor de servicios.

Estos factores influyen en el nivel y calidad de atención de las enfermedades como el cáncer, que, en muchos de los casos por la falta de acceso, especialmente en las zonas rurales, genera una atención poco oportuna, complicando desde el diagnóstico, y posterior tratamiento. A pesar de que cerca de la mitad de la población vive en zonas rurales, la atención sanitaria se sigue concentrando en las zonas urbanas, haciendo que el acceso sea equitativo y que la población rural se enfrente a más desafíos en el acceso a la atención, pues los recursos públicos son mayormente asignados y presentan una concentración tanto de recursos financieros como de personal en los centros de atención de salud de las urbes (Mejía, 2007).

Esto, sumado a los escasos centros de atención oncológica y especializada en el país, afecta en mayor medida a quienes se encuentran en el sector rural. Así mismo, estos centros, al no contar con los recursos necesarios, no puede atender a los usuarios de manera efectiva, llevando a un incremento en la tasa de mortalidad del Ecuador, lo que significa que más de la mitad de quienes padecen la enfermedad llegan a fallecer (Observatorio de Lucha Contra el Cáncer & Acuerdo Contra el Cáncer, 2021).

Factores normativos.

El Ministerio de Salud del Ecuador es la institución encargada de regular el servicio de salud, teniendo como misión ejercer una planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública, garantizando el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad (Ministerio de Salud Pública). Esta es una premisa en donde el paciente tiene una intervención directa para su cumplimiento, lamentablemente existen diariamente casos en donde familiares y personas con la enfermedad recurren a acciones extra para lograr el objetivo de obtener citas, tratamientos etc. Estas personas que padecen enfermedades catastróficas ven vulnerados sus derechos, en muchos de los casos termina en un abandono de los tratamientos, por la falta de recursos.


Del mismo modo, en la planificación de los gobiernos, se incluyen políticas públicas destinadas a mejorar la salud, pero el problema se encuentra en el cumplimiento de dichas políticas, que se ve afectada por los trámites burocráticos por los que deben atravesar los pacientes, lo que dilata el tiempo, esto hace que los diagnósticos de primera mano no puedan ser corroborados y en algunos casos, la necesidad imperante de tratamiento no se puede realizar, generando que la enfermedad tenga una atención tardía y reduzca la posibilidad de supervivencia (Observatorio de Lucha Contra el Cáncer & Acuerdo Contra el Cáncer, 2021).

De la misma manera, la falta de una base de datos actualizada, de los pacientes oncológicos y sus respectivos seguimientos médicos, por lo que escasea la información referente al tratamiento oncológico en la red pública, esto afecta de manera directa en la toma de decisiones de los hospitales, generando ineficacia en el uso de recursos económicos y humanos (Observatorio de Lucha Contra el Cáncer & Acuerdo Contra el Cáncer, 2021).





RUTA DEL PACIENTE

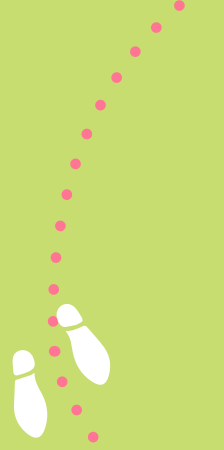


Castro et. al (2020) en su investigación “Propuesta de ruta integral de atención en salud de cuidados paliativos en Colombia” define a las Rutas Integrales de Atención en Salud como el conjunto de acciones secuenciales, que garantizan intervenciones universales y básicas en salud durante todas las etapas del ser humano, incluyendo el cierre del ciclo vital. El Ministerio de Salud de Colombia coincide con esta definición, y le suma el objetivo de dar a conocer las condiciones necesarias para garantizar una adecuada atención en salud (Minsalud, 2016 citado en Castro 2020). Establecer una ruta que facilite la atención a los pacientes ha sido una necesidad evidente en el tratamiento de las diversas patologías, especialmente en aquellas crónicas o catastróficas, en las cuales los cuidados paliativos juegan un papel fundamental al ser la rama de la medicina que busca prevenir y aliviar el sufrimiento del paciente y sus familiares, que afrontan una enfermedad potencialmente mortal, mediante la intervención de un equipo multidisciplinario, que pueda identificar de forma oportuna problemas físicos o psicosociales. (Minsalud, 2018). A partir de ello se han propuesto rutas del paciente en los cuidados paliativos.

En el mundo existen varios modelos de Atención integral, que incluyen los principios de participación en todos los niveles, de manera individual pero también comunitaria a través del aprendizaje y empoderamiento, integralidad en la asistencia en hospital y domicilio, basada en sus necesidades biológicas, espirituales, emocionales y sociales, con un enfoque interdisciplinario con intervención médica, psicológica, atención espiritual, al enfermo y a su familia, realizada por un equipo multidisciplinario conformado por médicos psiquiatras, psicólogos, oncólogo, geriatra, nutriólogo, trabajo social y enfermería (Castro et al., 2020).

Pero para tener éxito en la atención integral al paciente también es necesario incorporar el ámbito social, ejecutando un análisis del contexto de la población, con el objetivo de que los servicios ofertados respondan a las necesidades, brindando apoyo especializado a pacientes y cuidadores, en las distintas etapas de la enfermedad.

Etapas de la ruta del paciente



Es indispensable investigar sobre la ruta del paciente y cuáles son los principales momentos en los que se presentan dificultades que provocarían un alargamiento en el tiempo para obtener diagnósticos y posteriores tratamientos, sin este conocimiento esta situación complejiza el alcanzar la reducción de las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso y la cobertura universal en salud. La mayoría de los países de la región se caracterizan por tener sistemas de salud débiles y fragmentados; a pesar de que se han emprendido reformas para reducir esta fragmentación y expandir el acceso al sistema de salud, aún estos esfuerzos son insuficientes y se ha agudizado dificultades que se han presentado para garantizar el acceso universal a la salud y hacer frente a la crisis sanitaria generada por el COVID-19 (Oncomedic,2020).

La ruta del paciente se convierte en un principal indicativo del estado actual del sistema de salud al realizar una observación específica por cada una de las etapas y de manera conjunta en su total funcionamiento. La ruta en sí misma se establece como cada una de los momentos que tiene que atravesar el paciente desde síntomas primarios, pasando por un pre diagnóstico, diagnóstico, inicio del tratamiento. En la presente investigación se pretende realizar una observación en cada una de los momentos tomando como premisa la ruta ideal (Figura 11), establecida por diferentes espacios de profesionales expertos y así realizar una comparativa que establezca en qué medida se cumple y en donde existen deficiencias a partir de determinantes sociales en lo referente a lo socioeconómico, geográfico, trámites normativos.


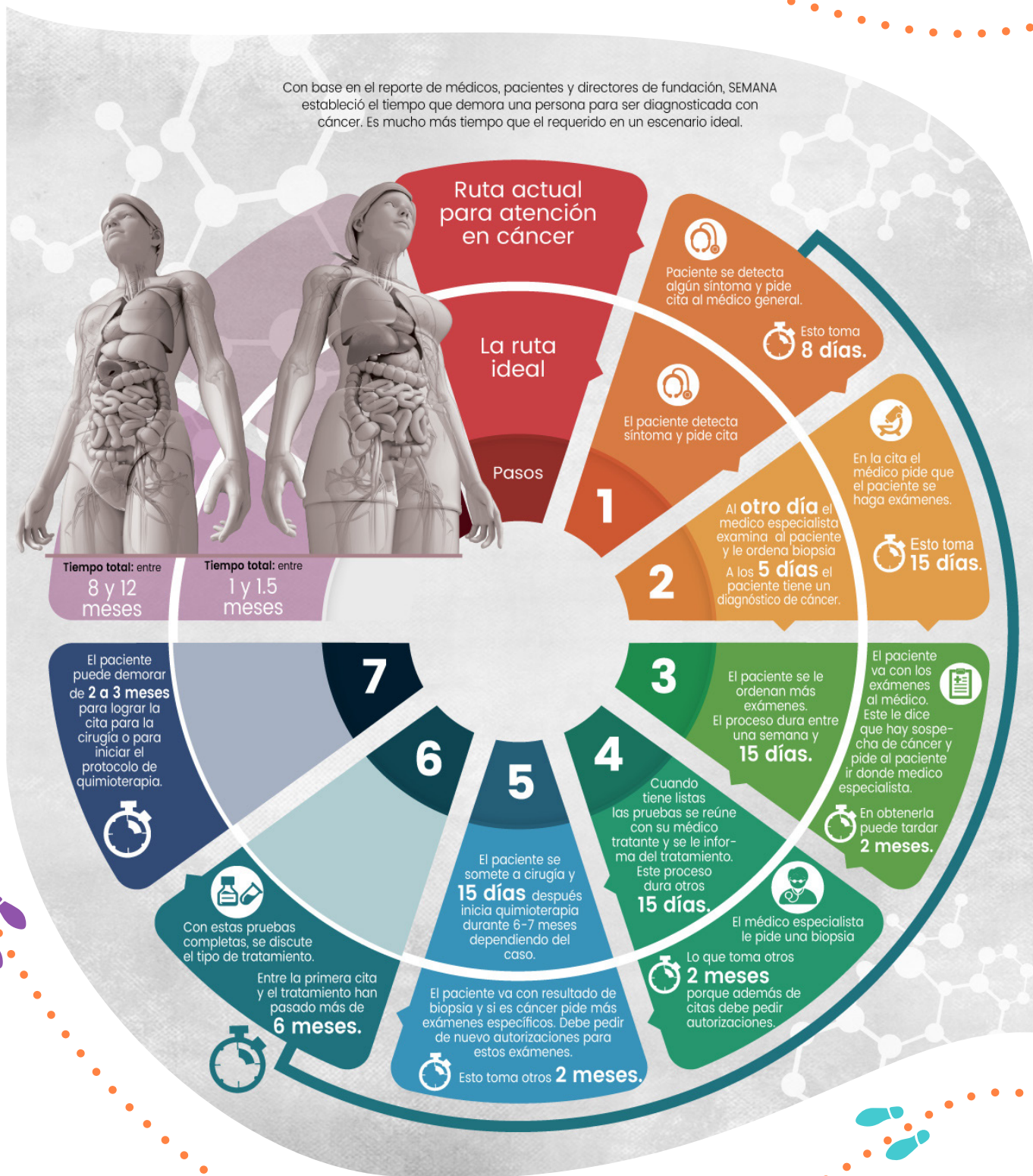


Figura 11:

Las etapas de la ruta del paciente.

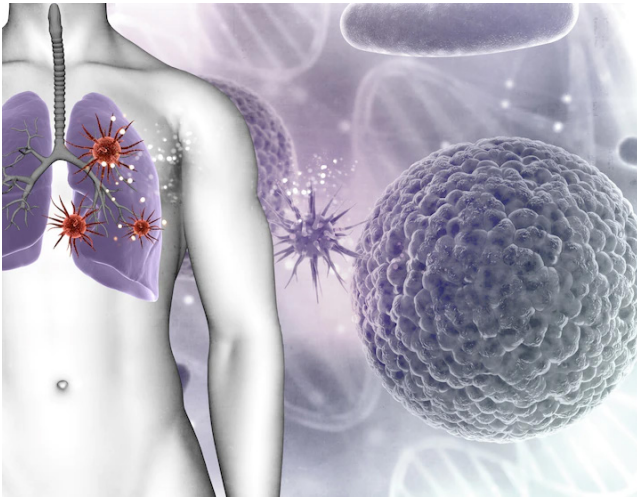


Fuente: Revista semana

Las etapas de la ruta del paciente pueden estar estructuradas a partir de la siguiente composición.

Prediagnóstico

La etapa del pre diagnóstico implica la fase donde el paciente empieza a sentir los primeros síntomas de la enfermedad se realiza una atención general en búsqueda de aliviar el dolor. Al inicio, no se le suele dar importancia y se ignora el dolor, hasta que se agrava y se acude a una consulta. (INSITUM y Roche, 2016). A este proceso se le debe sumar el tiempo que tarda el paciente en asistir al centro de salud sea público o privado, siendo una variable que se encuentra en gran proporción del lado del paciente y su capacidad de reacción de acuerdo a su conocimiento de autocuidado.



Diagnóstico

Es el momento en que la persona recibe un diagnóstico certero de acuerdo a sus síntomas, una vez recibida esta noticia inicia un proceso de duelo al relacionar la enfermedad con la muerte. (INSITUM y Roche, 2016). Además, inicia una etapa de búsqueda de exámenes y respuestas que indiquen todo el proceso que vivirá, y el tiempo que toma en la solicitud de exámenes, revisión médico especialista, diagnóstico final.



Tratamiento

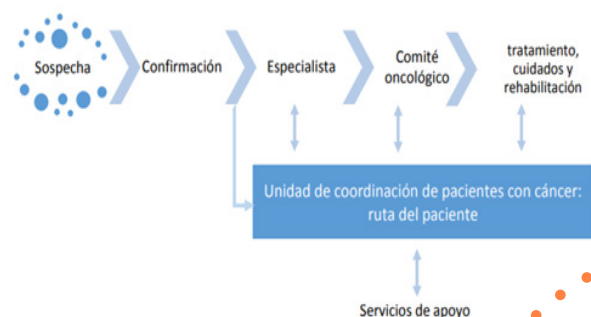
Esta etapa se establece en el momento que la persona está recibiendo bajo prescripción medicamentos y procedimiento (quirúrgicos, terapias) médicos con el objetivo de mejorar los síntomas. Esto conlleva egresos económicos y complejidades familiares y psicológicas debido a la frustración en tiempo y resultados.



En este sentido la ruta del paciente conlleva una serie de procesos tanto clínicos como psicológicos, sociales, administrativos que tiene que sobrellevar paciente y familiares que se pueden ver dilatados y complejizados por factores particulares a grupos sociales y condiciones económicas, uno de los procesos correctos es el establecido por el ENCC, 2016 que plantea una línea a seguir en cuanto a los procesos clínicos que deben estar acompañados a un tratamiento integral.

Figura 12

Unidad de coordinación de pacientes con cáncer.



Fuente: ENCC, 2016



Resultados

¿Qué descubrimientos se encontraron?

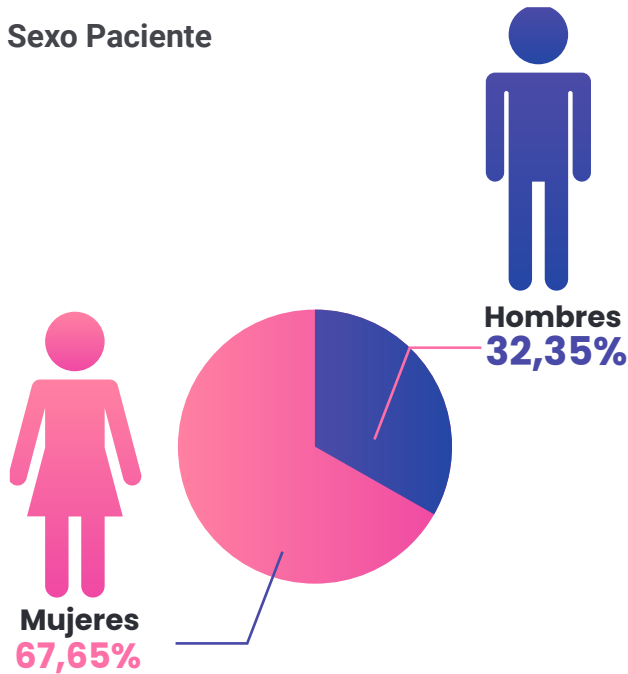
Características pacientes

En la sección caracterización del paciente se realiza una descripción general de la muestra encuestada en la ruta del paciente, con datos de edad, auto identificación, sexo.

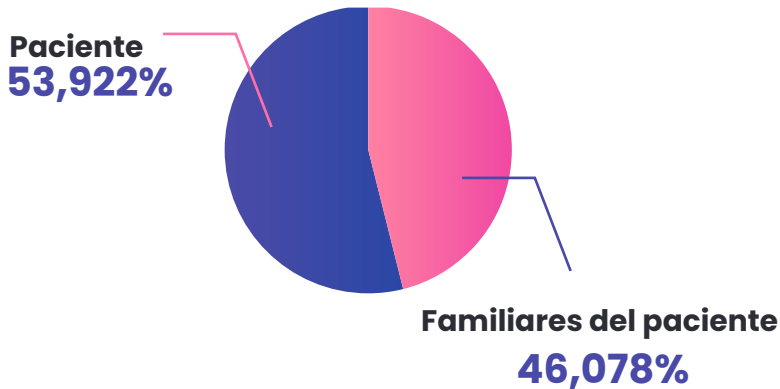
Figura 13:

Sexo paciente y persona que responde la encuesta.

Sexo Paciente



Personas que contestaron la encuesta

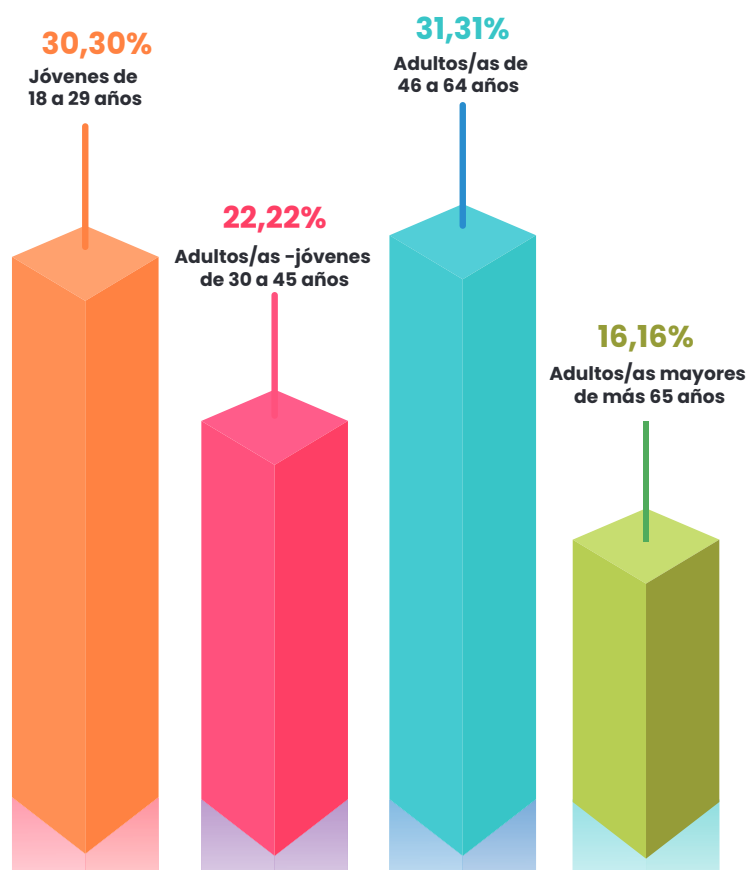


Nota. Características relevantes de los pacientes a quien se realiza la encuesta, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

La investigación Ruta del paciente-Cuenca tiene una muestra de 102 personas encuestadas de las cuales el 67.65% son mujeres y el 32.35% son hombres. De la misma manera de la muestra antes mencionada son 53.95% pacientes que contestan la investigación y el restante 46.07% fueron familiares de pacientes.



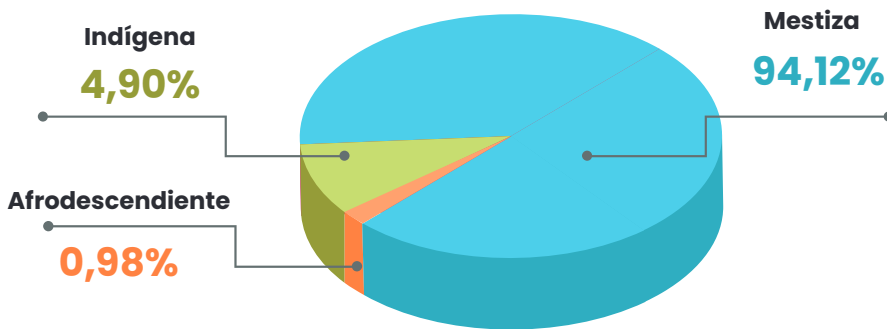
Figura 14:
Edad del paciente



Nota. Edad del paciente, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

El siguiente gráfico permite observar la distribución por edades de la muestra de pacientes, en donde el mayor porcentaje se encuentra en edades mayores a los 30 años con más del 69% acumulado en los tres grupos etarios de mayor edad.

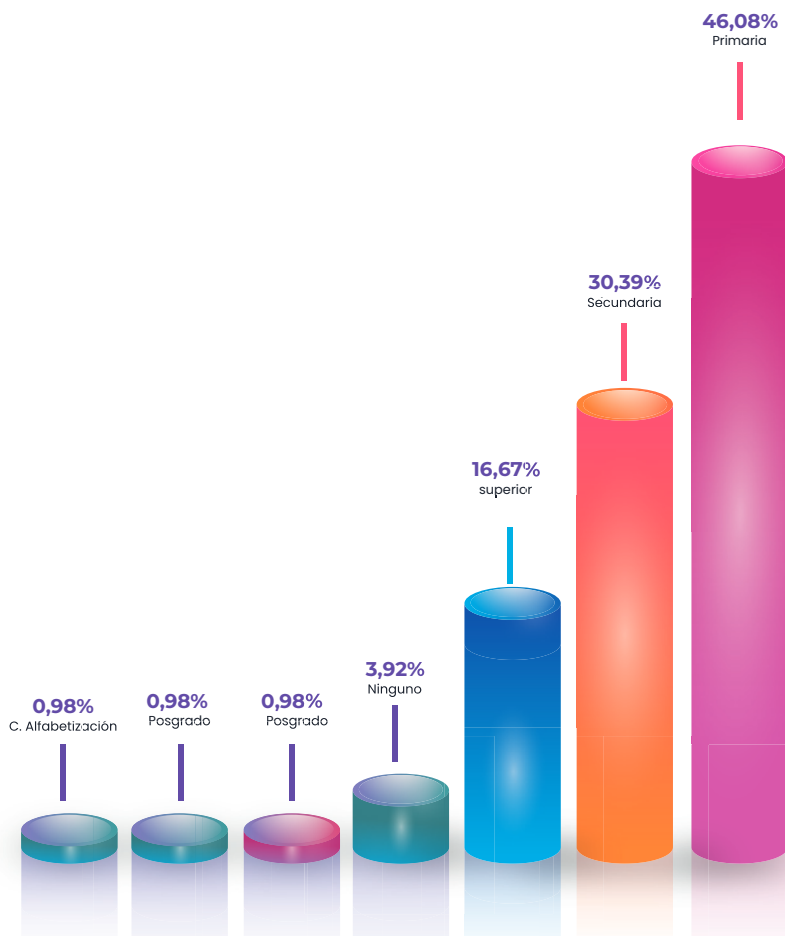
Figura 15:
Etnia del paciente



Nota. Etnia del paciente, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En cuanto a la etnia del paciente se observa que el mayor porcentaje se identifican como mestizos con el 94.12% seguido de indígenas con el 4.90% y afrodescendientes son el 0.98%, esto coincide con la autoidentificación general de la ciudad de Cuenca.

Figura 16:
Nivel de educación del paciente

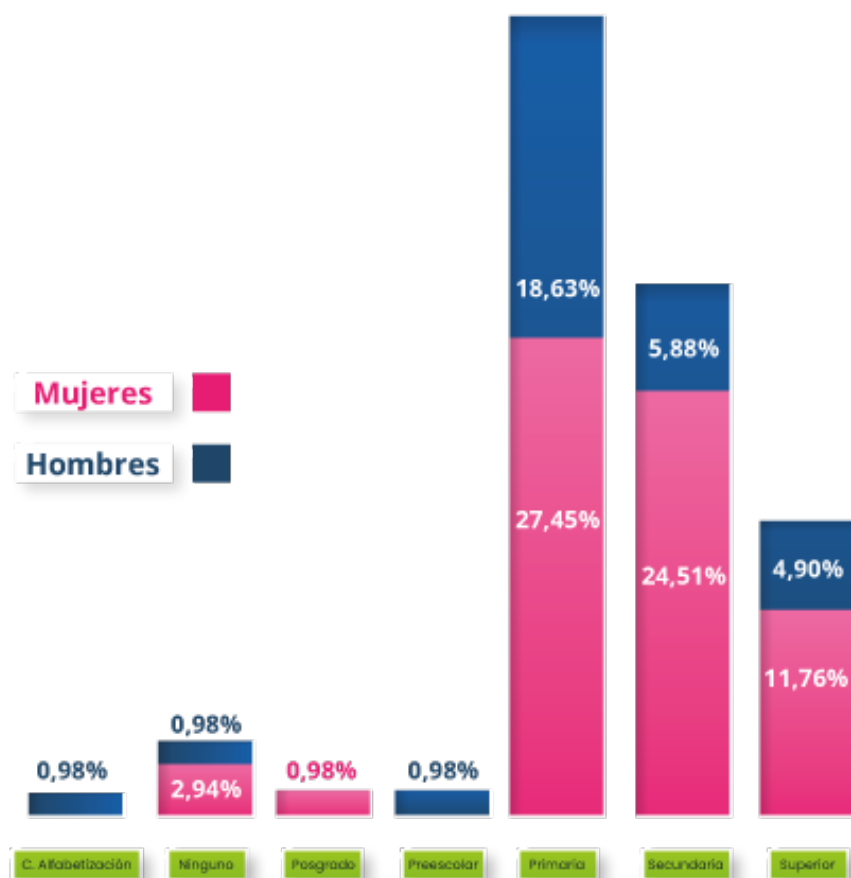


Nota. Nivel de instrucción máxima del paciente, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la encuesta realizada de la ruta del paciente Cuenca se encuentra que el nivel de instrucción de la mayoría de pacientes está en el nivel de primaria con el 46.08 % seguido de nivel secundario con 30.39%, continuando con pacientes de nivel académico superior con el 16.67%, ningún nivel de instrucción el 3.92% y por último centro de alfabetización, posgrado y preescolar con el 0.98% respectivamente.

Figura 17:

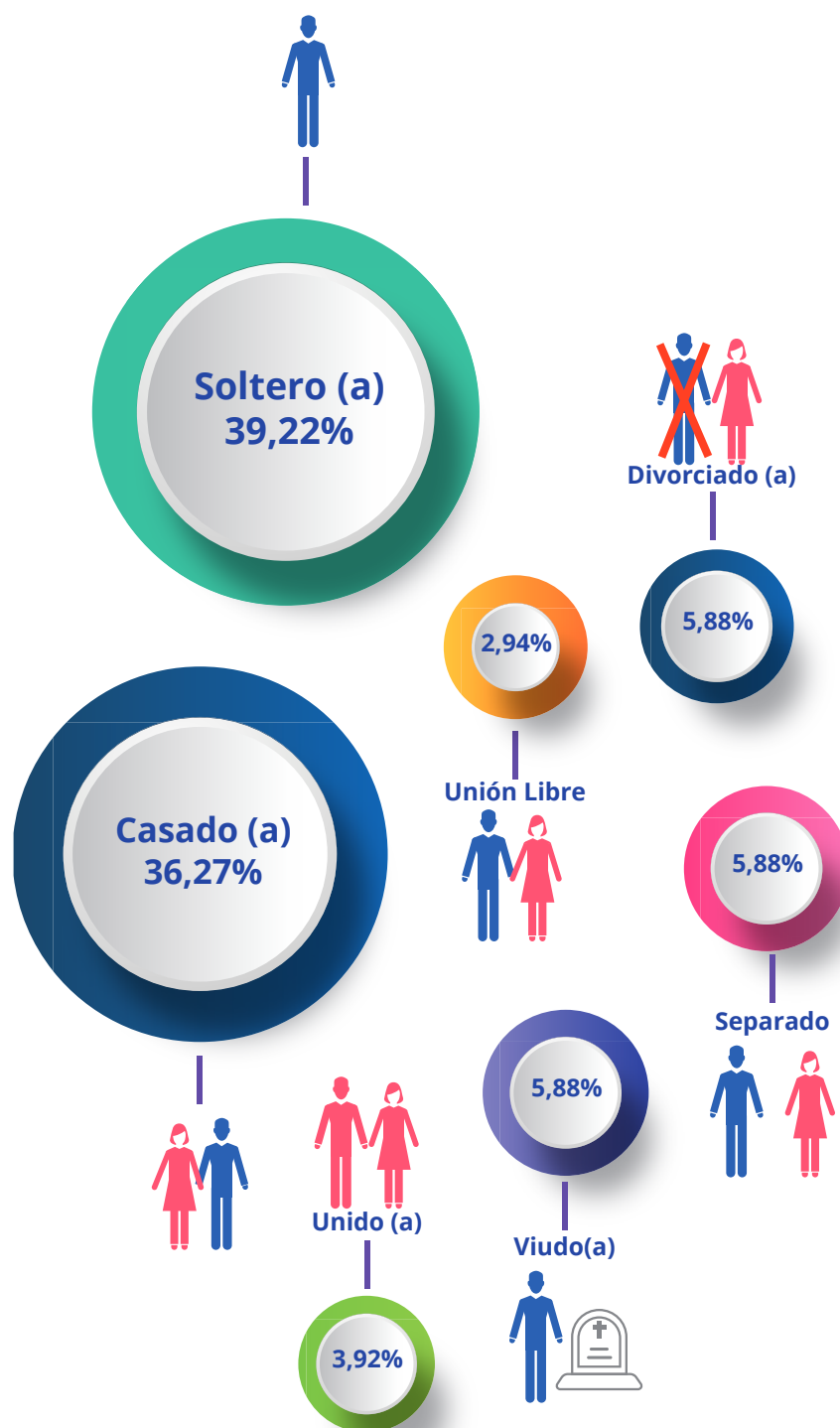
Nivel de instrucción del paciente por género



Nota. Nivel de instrucción del paciente por género, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la encuesta realizada de la ruta del paciente se encuentra que el nivel de instrucción de la mayoría de pacientes está en el nivel de primaria en donde el 18.63% son hombres y 27.45% son mujeres seguidas de nivel secundario con la mayor cantidad de mujeres con el 24.51% y hombres 5.88%, continuando con pacientes de nivel académico superior donde las mujeres cuentan con el 11.76% y hombres con el 4.90% ningún nivel de instrucción el 3.92% y por último centro de alfabetización, posgrado y preescolar con el 0.98% respectivamente.

Figura 18:
Estado civil del paciente



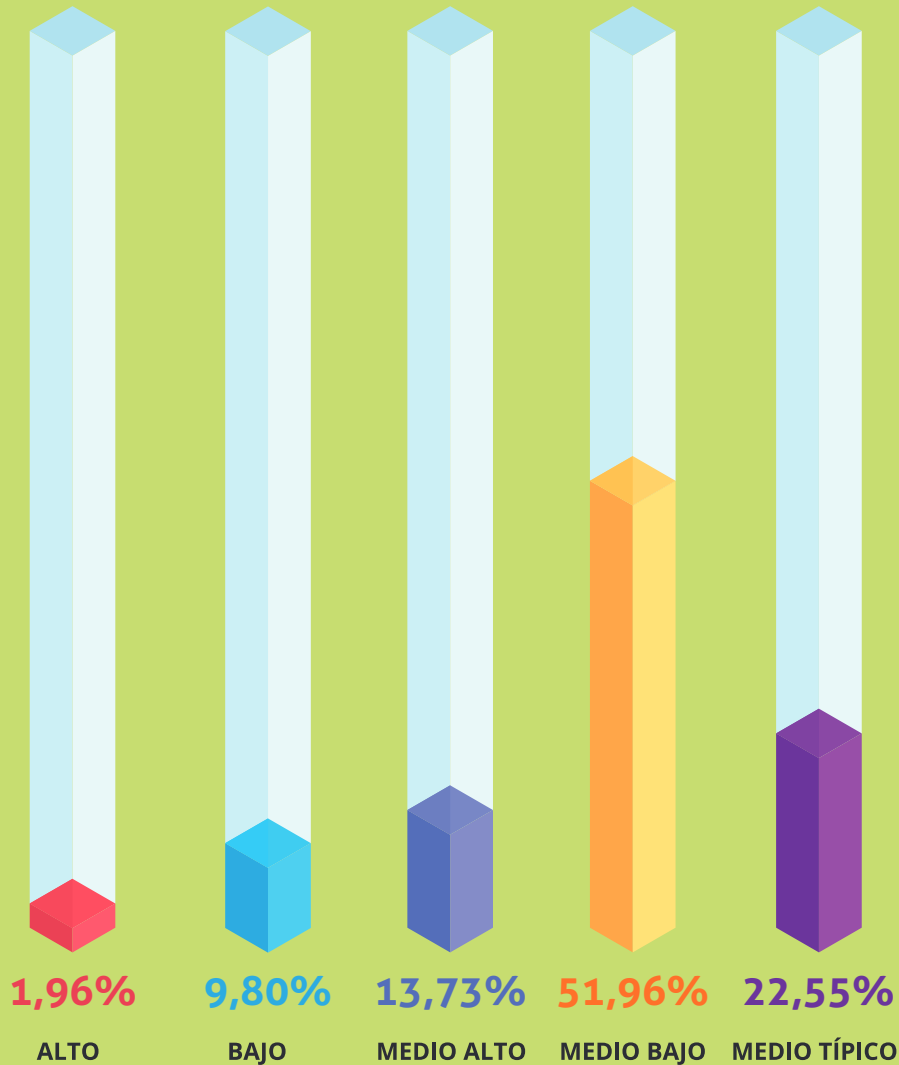
Nota. Estado civil del paciente, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

El estado civil del paciente se concentra en las categorías donde se mantiene o mantuvo algún tipo de relación, el mayor porcentaje se encuentra en la elección casado (a) con el 36.27% seguido de viudo (a), divorciado (a) y separado(a) con el 5.88% respectivamente, además la opción unido (a) con el 3.92% y unión libre con el 2.94%. Por último, la segunda opción donde se acumulan pacientes es la opción soltera con el 39.22%.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

En la variable socioeconómica se realiza una descripción de la familia del paciente por quintiles de dividida en 5 partes, nivel socioeconómico, bajo, medio bajo, medio típico, medio alto, alto.

Figura 19:
Nivel socioeconómico del paciente.



Nota. Nivel socioeconómico del paciente, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

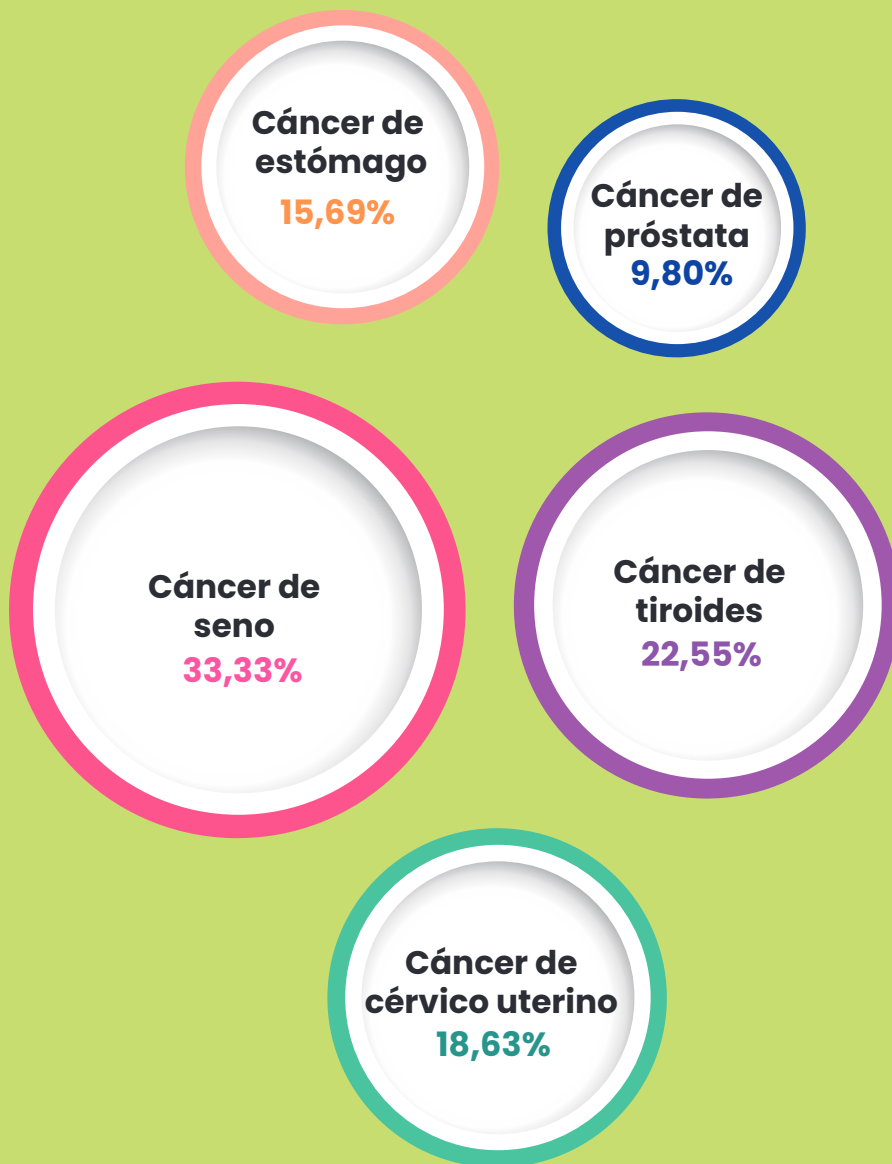
En esta gráfica se observa que el nivel socioeconómico de la familia del paciente se encuentra dividida en media baja con el 51.96% convirtiéndose en la mayoría de la muestra, seguido del quintil medio típico con el 22.55%, continua el quintil medio alto con el 13.73%, quintil bajo con 9.80% y por último el quintil alto con el 1.96%.

Características de la enfermedad

En la sección "Características de la enfermedad" se realiza una descripción de la enfermedad, con variables que abordan tipo de cáncer, estadio, nivel de afectación permitiendo tener claridad de acciones y eventos realizados de acuerdo al diagnóstico.

Figura 20:

Caracterización por el tipo de cáncer del paciente.



Nota. Caracterización por el tipo de cáncer del paciente, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

La población encuestada se encuentra distribuida en cinco tipos de cáncer y de acuerdo a la gráfica presentada se encuentra que el cáncer con mayor prevalencia es el de seno con el 33.33%, seguido del cáncer de tiroides con el 22.55%, continúa el cáncer cérvico uterino con el 18.63% y por último los tipos de cáncer de estómago con el 15.69% y cáncer próstata con el 9.80%.

Figura 21:

Momento de la enfermedad en la que se encuentra el paciente.

¿En la siguiente escala en que momento de la enfermedad se encuentra?

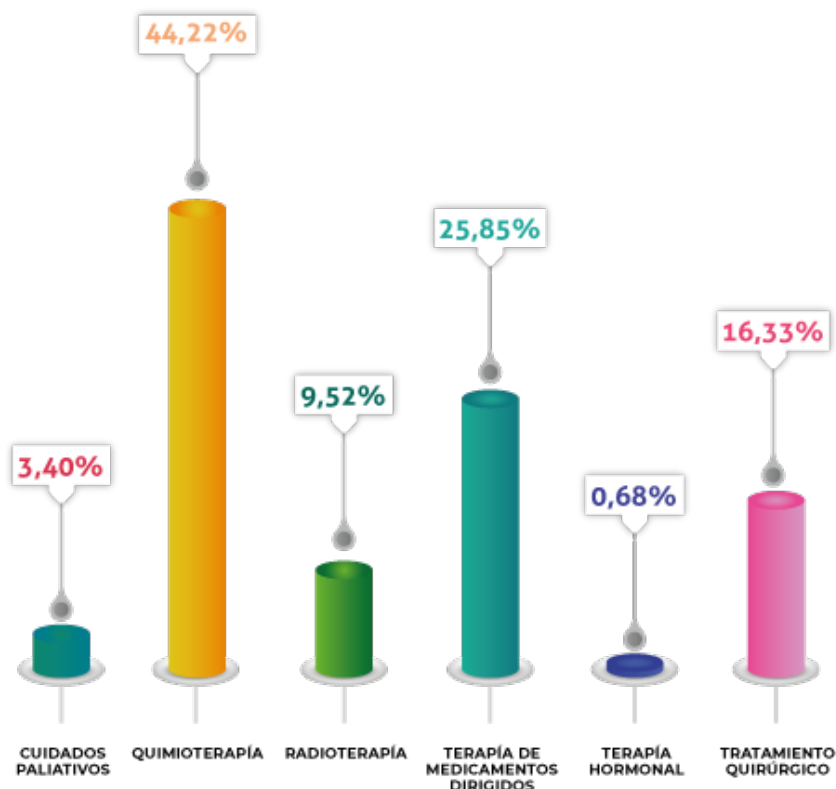
Diagnóstico definitivo.	7,14%	■
Diagnóstico presuntivo.	4,76%	■
En etapa de remisión.	21,43%	■
En proceso de tratamiento de la enfermedad.	66,67%	■

Nota. Momento de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, investigación ruta oncológica.

En la tabla se muestra que más de la mitad de la muestra con el 66.67.% se encuentra en un proceso del tratamiento de la enfermedad, seguido de etapa de remisión con el 21.43% y por último diagnóstico definitivo y diagnóstico presuntivo con 7.14% y 4.76% respectivamente de acuerdo a la percepción del paciente.

Figura 22:

Tratamiento realizado por los pacientes.

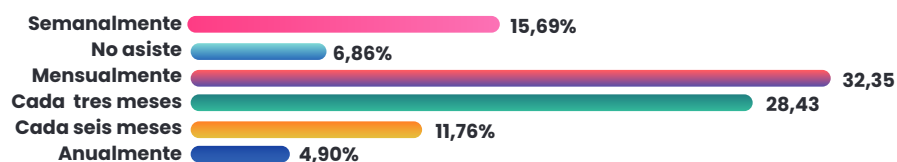


Nota. Momento de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, investigación ruta oncológica.

De acuerdo al gráfico se puede observar que la mayoría de la muestra a tenido que realizar tratamientos en quimioterapia con el 44,22%, además de terapia de medicamentos dirigidos con el 25.85% de manera seguida se ha realizado tratamientos quirúrgicos con el 16.33%, y en menor medida se encuentran tratamientos como radioterapia con el 9.52%, cuidados paliativos 3.40% y terapia hormonal con el 0.68%.

Figura 23

Frecuencia al asistir a una consulta oncológica

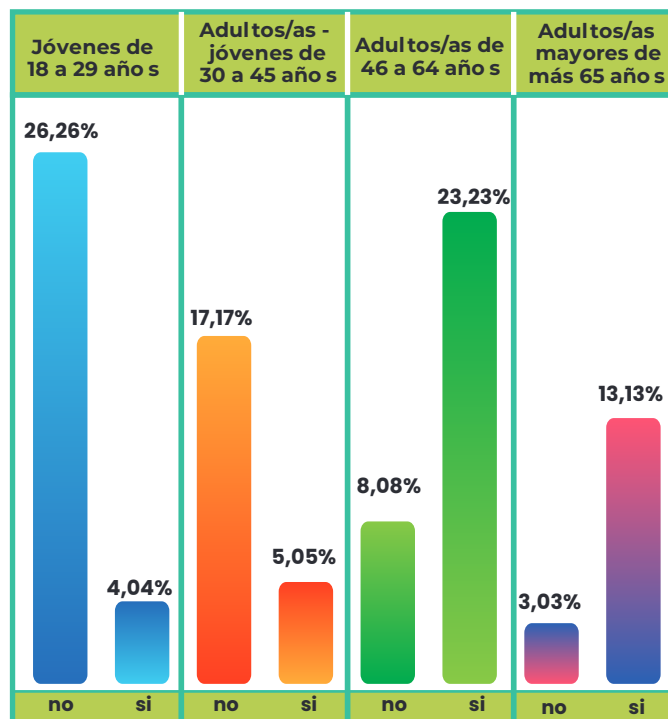


Nota. Frecuencia al asistir a una consulta oncológica, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica presentada se encuentra que el 32.35% de pacientes asisten mensualmente donde su médico tratante, seguido de la opción cada tres meses con el 28.43%, semanalmente son el 15.69% de pacientes que acuden a su médico. En menor porcentaje son los pacientes que asisten cada seis meses con el 11.76%, no asiste 6.86% y anualmente con el 4.90%.

Figura 24:

Otro tipo de enfermedad según la edad del paciente.

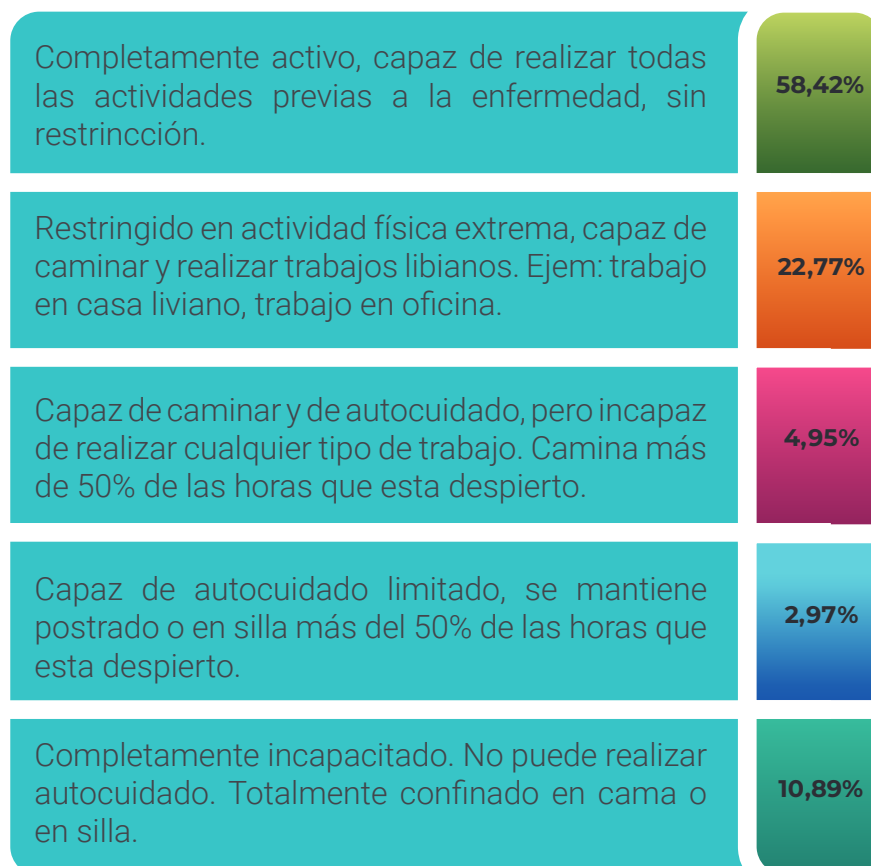


Nota. Frecuencia al asistir a una consulta oncológica, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la siguiente gráfica se puede observar que la mayor parte de pacientes que presentan comorbilidad u otro tipo de enfermedad además del cáncer son las edades adultas de 46 a 64 años con el 23.23%, además de adultos mayores de más de 65 años con 13.13% a diferencia de edades jóvenes de 18 a 29 años que gran parte con el 26.26% no presenta otro tipo de enfermedad.

Figura 25:

Capacidad de realizar actividades cotidianas.



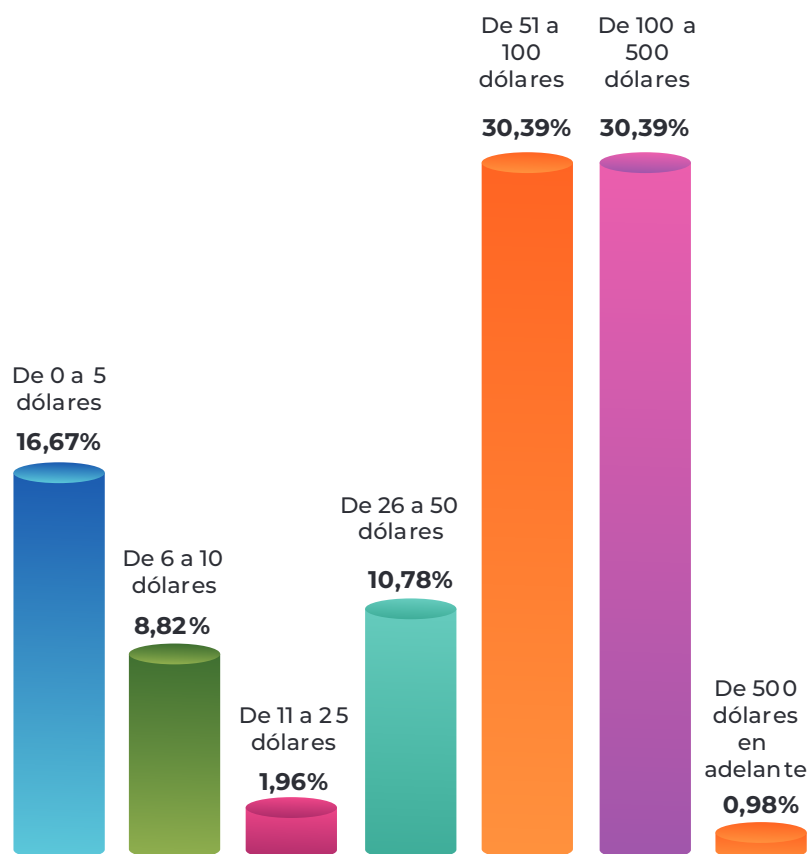
Nota. Capacidad de realizar actividades cotidianas, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica de la escala de karnofsky presentada sabemos que los pacientes en su gran mayoría con el 58.42% son completamente activos, sin restricción, seguido de quienes presentan restricción en actividad física extrema, pero capaz de caminar y realizar trabajos livianos son el 22.77%, continúa quienes son capaces de caminar y de realizar su autocuidado, pero incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo con el 4.95%, como cuarta opción con el 2.97% capaz de autocuidado limitado y se mantiene postrado en la silla más del 50%, por último quienes se encuentra completamente incapacitado, no puede realizar autocuidado, totalmente en cama con el 10.89%.

Figura 26:

Coste mensual de medicamentos.

Gasto de bolsillo. ¿Cuál sería el gasto de bolsillo que se realiza en la compra de medicamentos mensualmente?



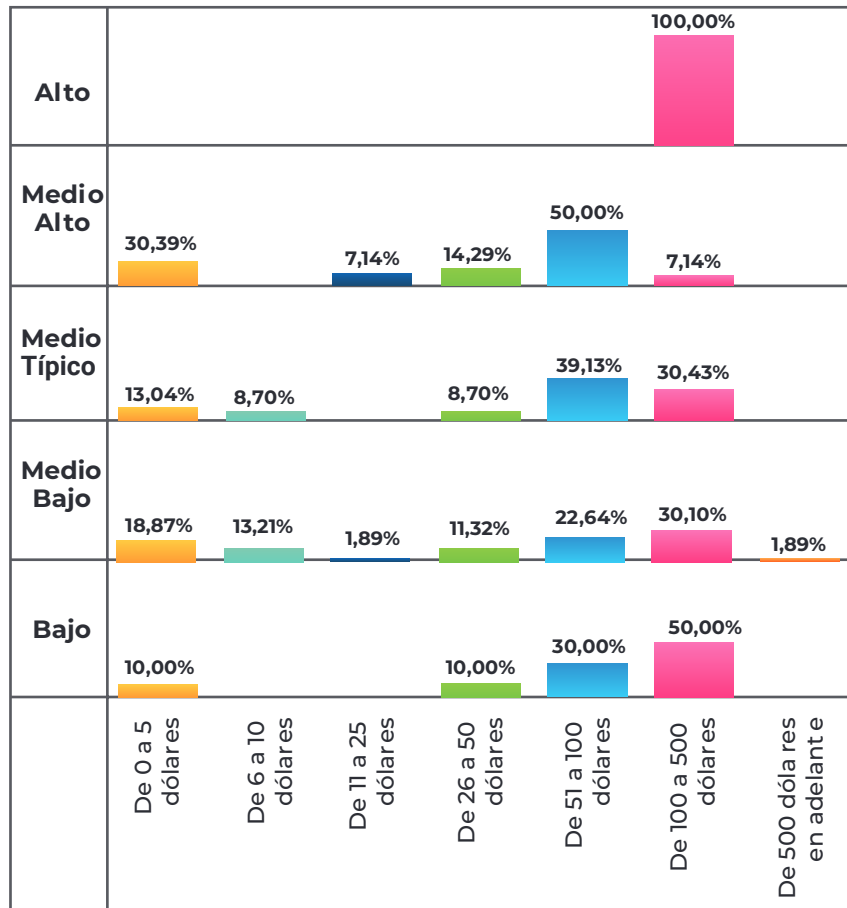
Nota. Coste mensual de medicamentos, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la gráfica se observa que gran parte de las personas encuestadas realizan un gasto de bolsillo para adquirir medicamentos, acumulándose el porcentaje en quienes gastan de 51 a 100 dólares con el 30.39% y de 100 a 500 dólares con el mismo porcentaje, le sigue pacientes que han realizado un gasto de 0 a 5 dólares con el 16.67%, de 6 a 10 dólares con 8.82% y por último quienes han gastado de 11 a 25 dólares y de 500 dólares en adelante con 1.96% y 0.98% respectivamente.

Figura 27:

Coste mensual de medicamentos.

Gasto de bolsillo medicina - nivel socioeconómico ¿Cuál sería el gasto de bolsillo que realiza en la compra de medicamentos mensualmente?



Nota. Coste de medicamentos por su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la gráfica se observa que gran parte de las personas encuestadas realizan un gasto de bolsillo para adquirir medicamentos, acumulándose el porcentaje en quienes gastan de 51 a 100 dólares con el 30.39% y de 100 a 500 dólares con el mismo porcentaje, le sigue pacientes que han realizado un gasto de 0 a 5 dólares con el 16.67%, de 6 a 10 dólares con 8.82% y por último quienes han gastado de 11 a 25 dólares y de 500 dólares en adelante con 1.96% y 0.98% respectivamente.



TIEMPO

RUTA DEL PACIENTE

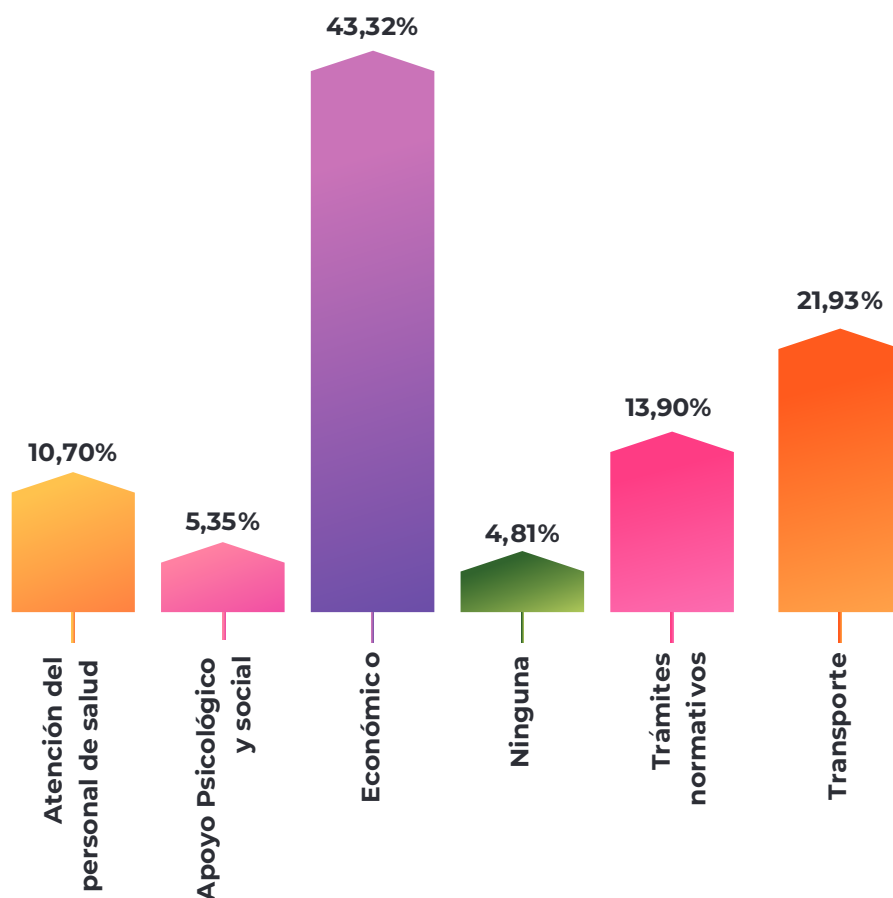
En la siguiente sección se encuentra el detalle de las dificultades y tiempos presentados en la ruta del paciente oncológico de la ciudad de Cuenca tomando en cuenta tres procesos, Pre Diagnóstico, Diagnóstico, e Inicio de Tratamiento, cada una de estas etapas medidas en tiempo de acuerdo a la percepción del paciente.



Figura 28:

Complicaciones generales de los pacientes

Variable ruta del paciente - complicaciones proceso general.



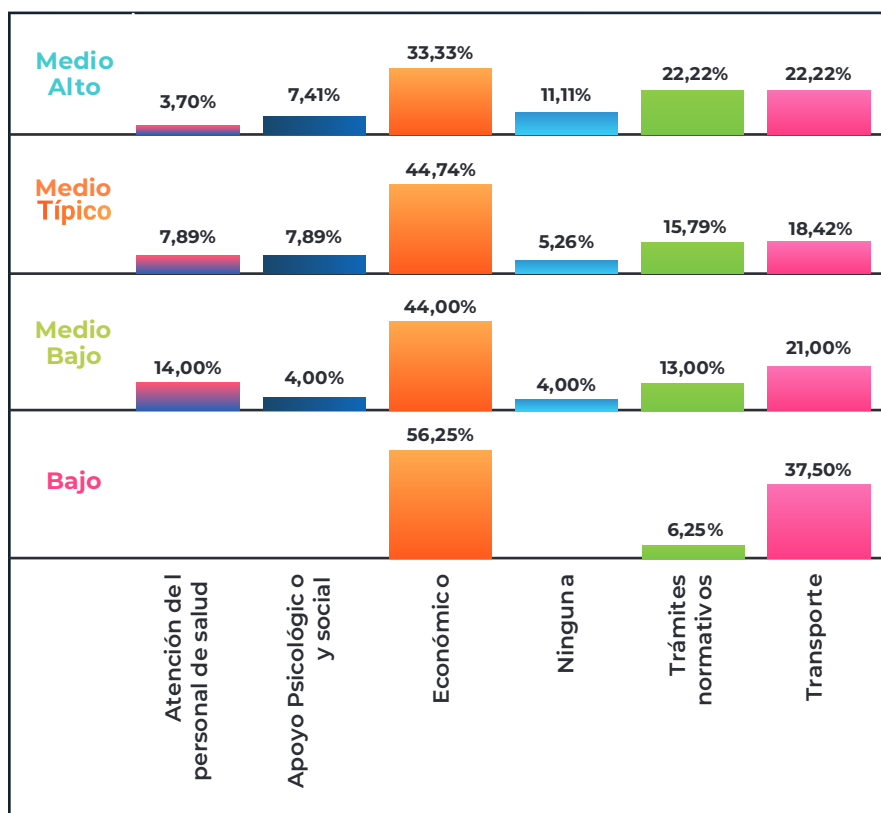
Nota. Complicaciones generales de los pacientes, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica de barras se puede conocer que las personas que atraviesan las enfermedades oncológicas tienen en su mayoría complicaciones económicas con el 43.32% seguido de transporte con el 21.93%, igualmente dicen tener complicaciones en trámites normativos el 13.90%, complicaciones de atención del personal de salud el 10.70%, apoyo psicológico y social 5.3% y ningún tipo de complicación el 4.81%.

Figura 29:

Complicaciones generales de los pacientes por su nivel socioeconómico

Variable ruta del paciente-complicaciones proceso general-quintil-socioeconómico.



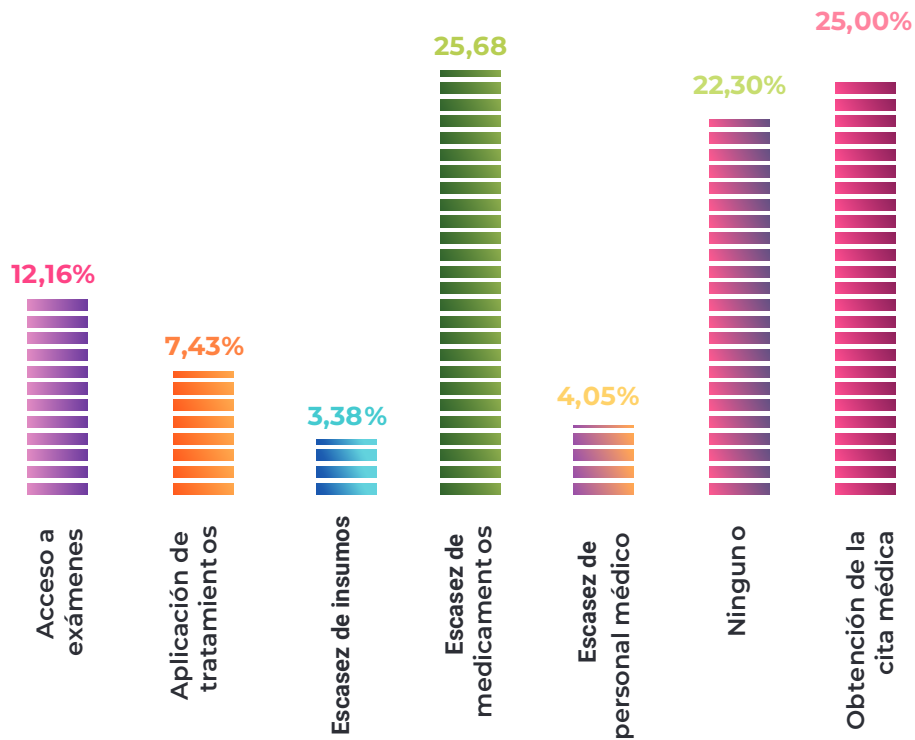
Nota. Complicaciones generales de los pacientes por su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

Según la gráfica presentada se puede observar las principales complicaciones que tuvieron pacientes oncológicos en su proceso de atención general de acuerdo a su quintil socioeconómico, teniendo como principal dato las complicaciones económicas, siendo el quintil bajo el que presenta el mayor porcentaje con el 56.25% seguido de los quintiles medio bajo y medio típico con 44% y 44.74% respectivamente. Además muchos de los pacientes mencionaron tener como segunda complicación el transporte, siendo nuevamente el quintil bajo el que tiene mayor porcentaje presenta con 37.50% seguido del quintil medio alto con 22.22%. Por último, otro dato relevante de las principales dificultades se concentra en los quintiles medio alto y medio típico con los trámites normativos presentando 22.22% y 15.79% respectivamente.

Figura 30:

Deficiencias percibidas dentro de los centros de salud

Variable ruta del paciente-complicaciones proceso general-quintil-socioeconómico.



Nota. Deficiencias percibidas dentro de los centros de salud, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la percepción de las personas sobre las deficiencias que presentan los centros de salud donde se atiende, se encuentra que las principales opciones han sido la deficiencia para obtener cita médica con el 25% y escases de medicamentos con el 25.68%, seguido del acceso a exámenes 12.16%, aplicación del tratamiento 7.43% y escases de insumos 3.38%, a diferencia de la opción de quienes no han visto ningún tipo de deficiencia con el 22%.

Figura 31:

Deficiencias percibidas dentro de los centros de salud.

Variable ruta del paciente - nivel de satisfacción de proceso y atención.



Nota. Nivel de satisfacción del proceso de atención, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo al cuestionamiento de qué tan satisfecho se siente en el proceso de atención en su ruta del paciente según su quintil económico, se encuentra que existe una tendencia hacia las opciones muy satisfecho y satisfecho en rangos por cada quintil medio típico y medio alto que van del 35% al 50%, como dato importante podemos ver que en el quintil bajo y medio bajo existe un menor grado de satisfacción con la opción poco satisfecho con el 50% y 26.42% respectivamente.

RUTA DEL PACIENTE- PREDIAGNÓSTICO

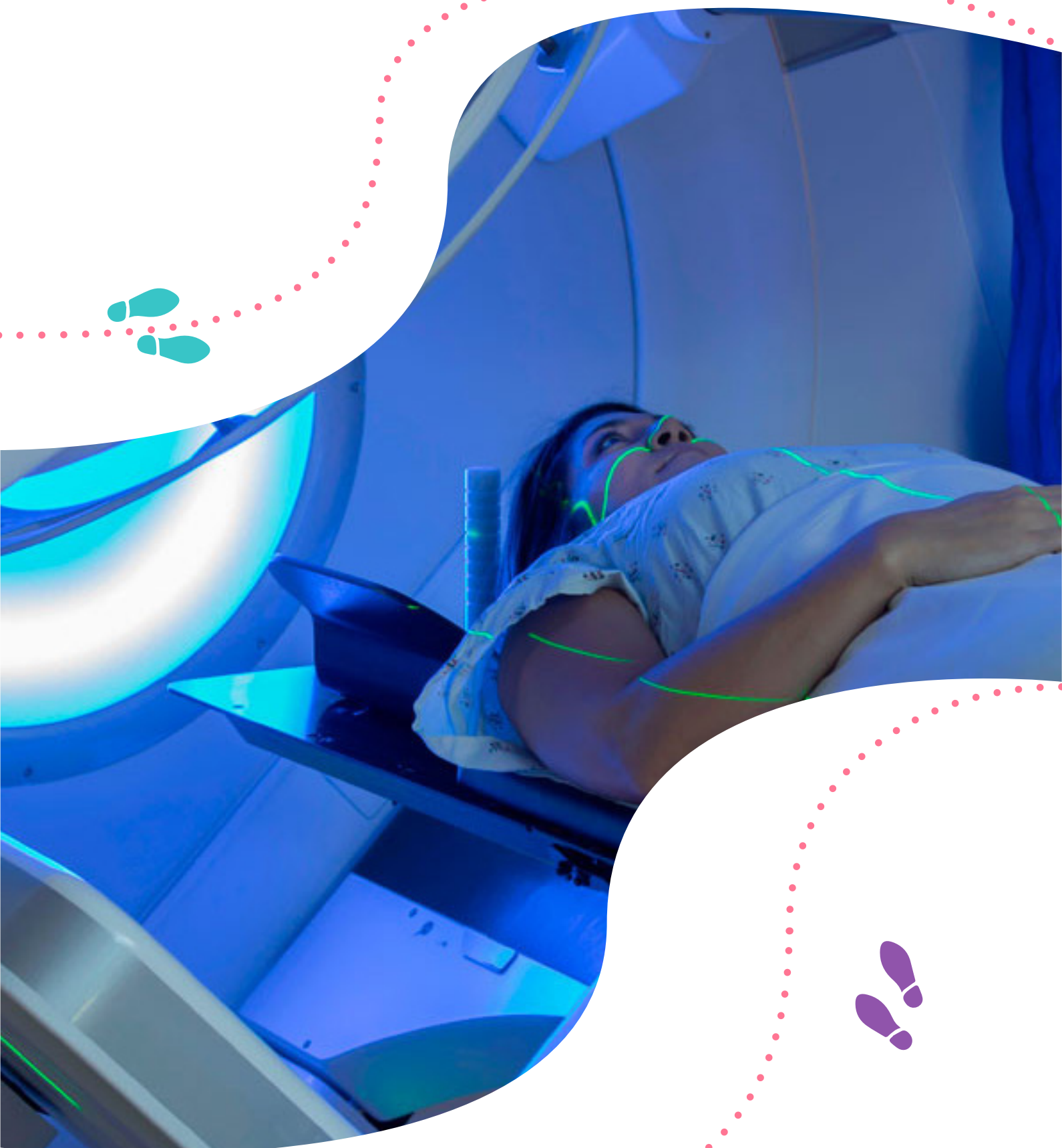
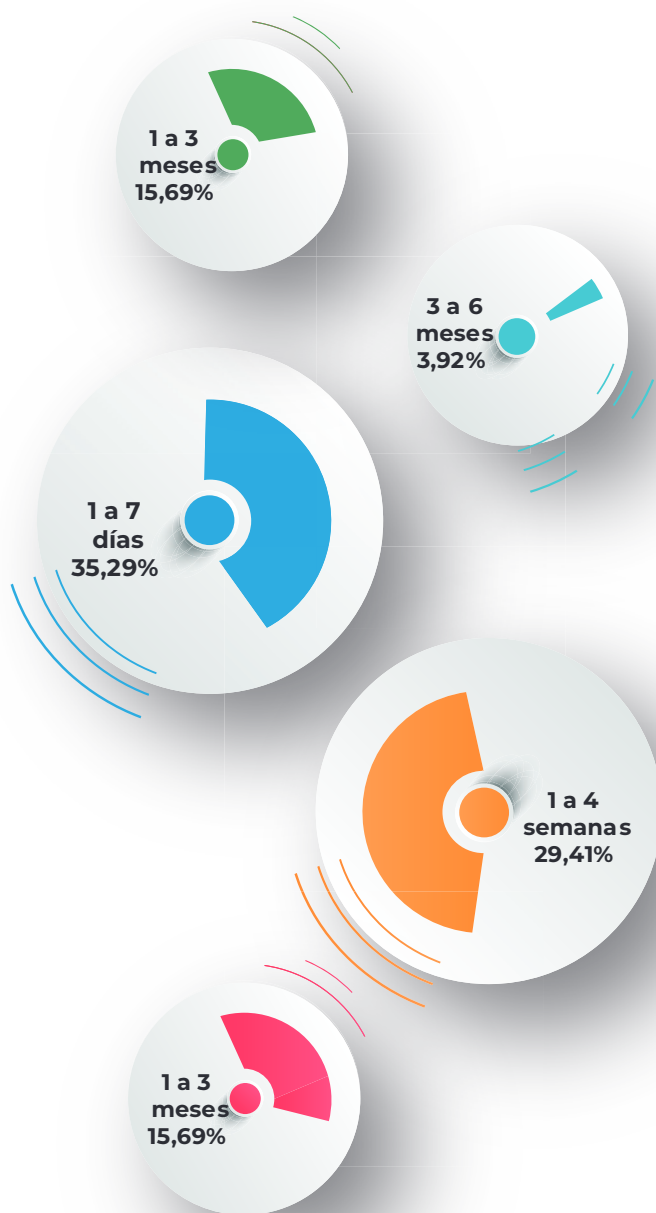


Figura 32:

Tiempo en asistir a un centro médico después de presentar síntomas.

Variable ruta del paciente - prediagnóstico - tiempo en solicitar cita médica.



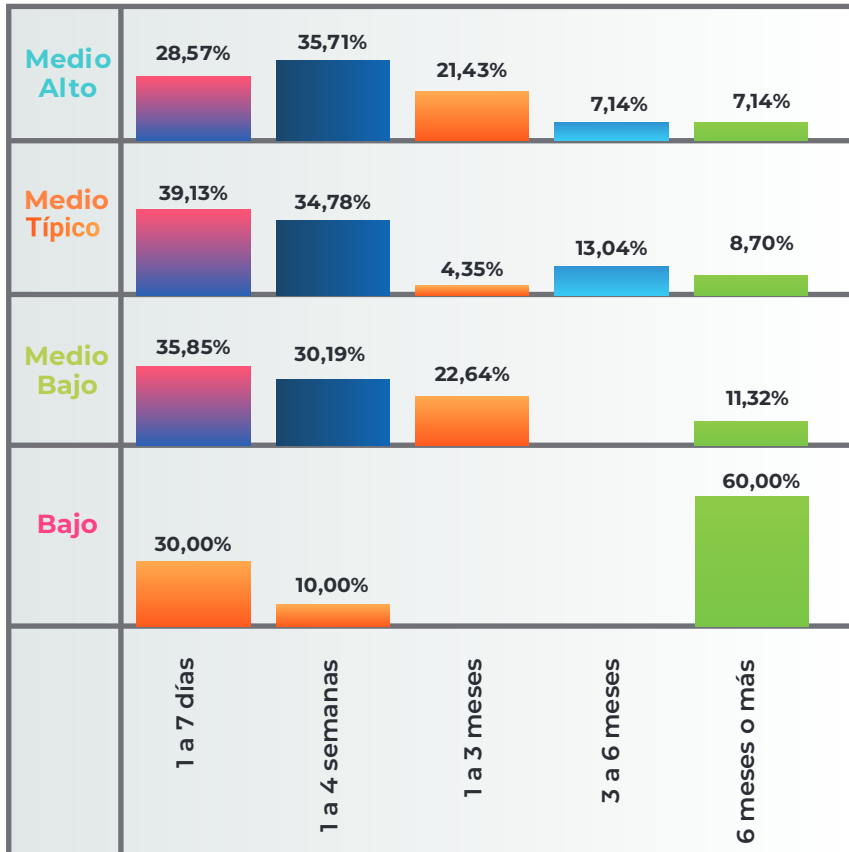
Nota. Tiempo en asistir a un centro médico después de presentar síntomas, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la siguiente gráfica se encuentra el inicio de la ruta del paciente con los primeros síntomas detectados por la persona y su capacidad de reacción y conocimiento para acudir a un centro de salud. Se observa en el gráfico de burbujas que el mayor número de personas recurren a un centro de salud entre 1 a 7 días con el 35.29% seguido de quienes lo hacen en promedio de 1 mes con el 29.41% sumado el 15.69% de 1 a 3 meses, de 4 a 6 meses 3.92% y más de 6 meses 15.69%.

Figura 33:

Tiempo en asistir a un centro médico después de presentar síntomas por su nivel socioeconómico.

Variable ruta del paciente - prediagnóstico - nivel socioeconómico - tiempo en solicitar cita médica.



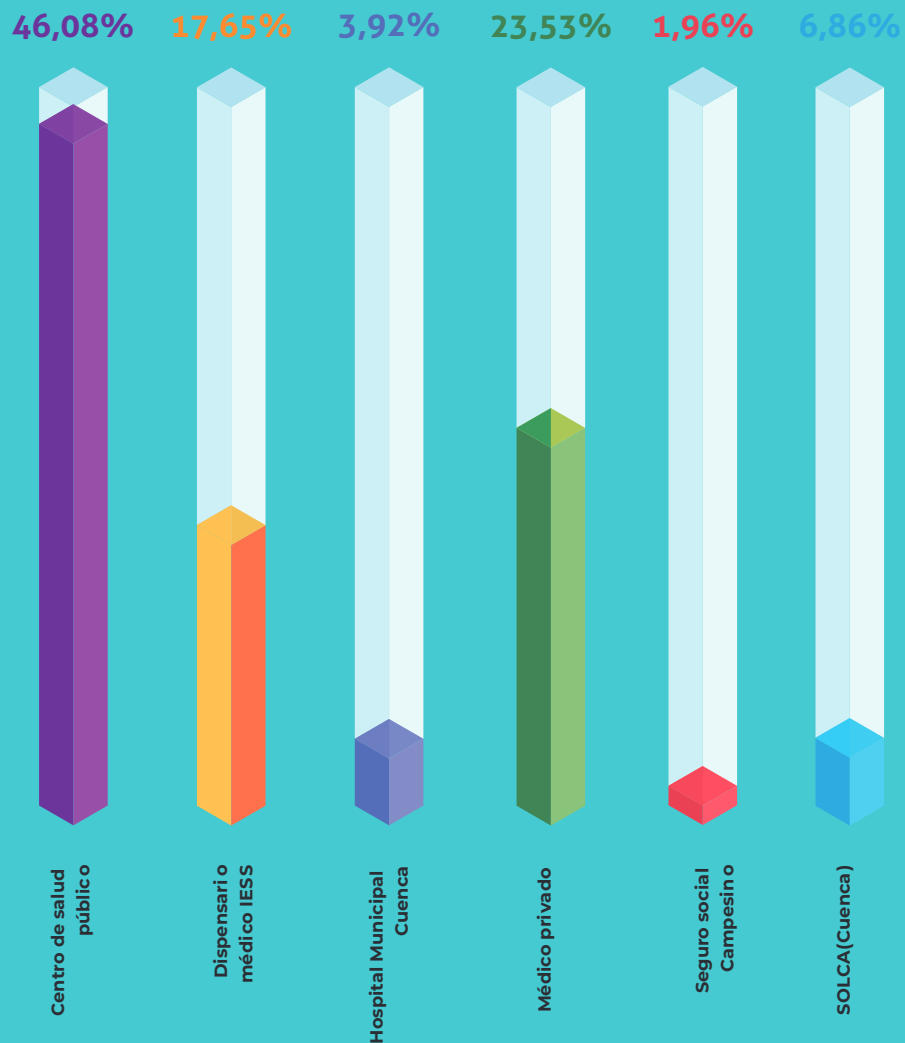
Nota. Tiempo en asistir a un centro médico después de presentar síntomas por su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica se puede observar el tiempo que le tomó a cada paciente según su quintil socioeconómico asistir a un centro médico luego de presentar primeros síntomas, leyendo de izquierda a derecha cada quintil se encuentra que el grupo bajo es el de mayor porcentaje de personas que tardaron en su grupo en ir a un centro médico, más de 6 meses representado con el 60%. Por otra parte, los porcentajes se acumulan en cada quintil en un mes y de 2 a 3 meses siendo el quintil medio alto con el mayor porcentaje en su grupo con el 35.1% en la opción de un mes.

Figura 34:

Primer centro médico al que acudió el paciente.

Variable ruta del paciente - prediagnóstico - primer centro médico que acudió.



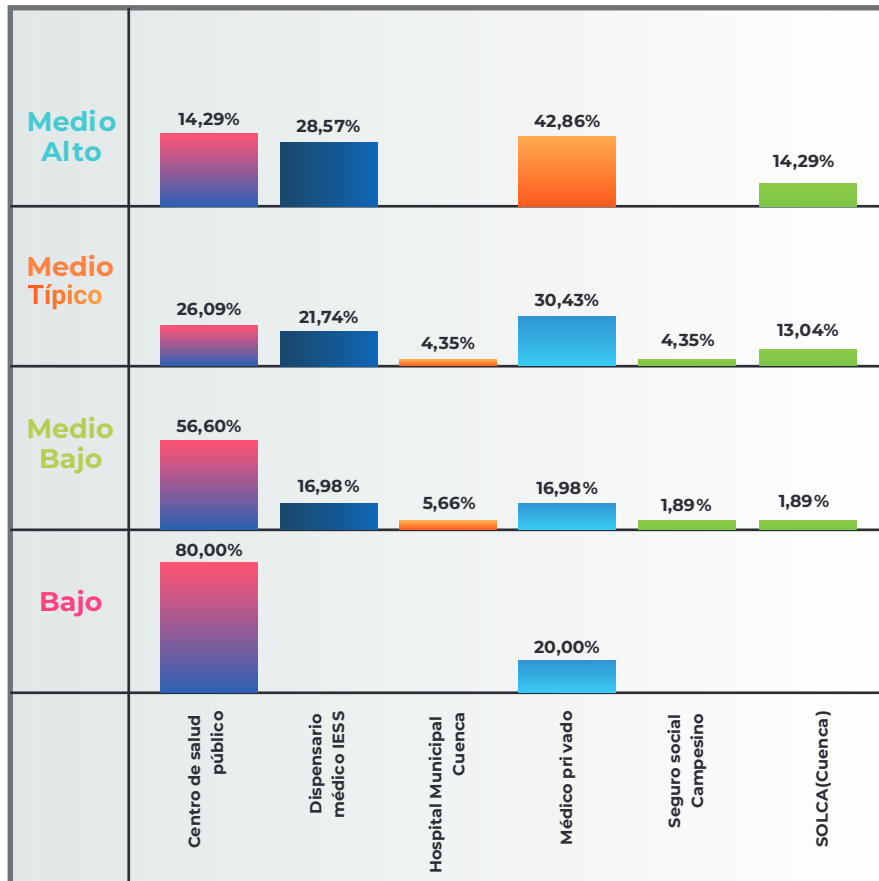
Nota. Primer centro médico al que acudió el paciente, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En cuanto al cuestionamiento del primer centro médico que asistió luego de presentar primeros síntomas se encuentra que la mayoría de la muestra de pacientes de la ciudad de Cuenca acudió a los centros de primer nivel del sistema público con el 46.08%, seguido del médico privado con el 23.53%, dispensario médico del IESS 17.65%, SOLCA Cuenca 6.86%, Hospital Municipal 3.92%, Seguro Social Campesino.

Figura 35:


Primer centro médico al que acudió el paciente según su nivel socioeconómico.

Variable ruta del paciente - prediagnóstico - quintil socioeconómico - primer centro médico.



Nota. Primer centro médico al que acudió el paciente según su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la gráfica se observa que son los quintiles bajo 80%, medio bajo 56.60% que acumulan la mayoría de la población de su grupo que acuden al centro de primer nivel, a segunda opción con mayor cantidad de personas que acuden por quintil es médico privado en donde el grupo medio alto es el que mayor uso le con el 42.86% seguido del 30.43% del quintil medio típico. Por último, la tercera opción más usada con los dispensarios médicos del IESS con los quintiles medio típico 21.74% y medio alto con 28.57%.

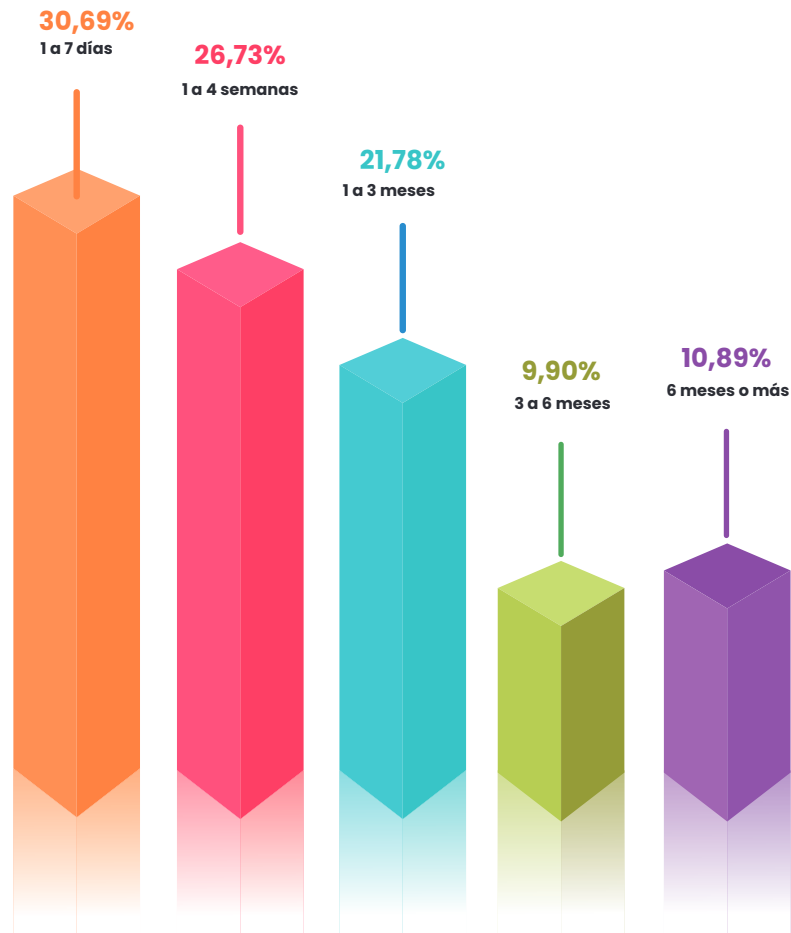
A hand is shown writing on a medical form with a pen. A dotted line starts from the footprint icon at the top and follows the path of the pen across the form. The background is a blurred image of a person's hands clasped together, overlaid with a pinkish-red tint.

**VARIABLE RUTA
DEL PACIENTE-
DIAGNÓSTICO**

Figura 36:

Variable del paciente- acceso a consulta médica especializada.

Variable del paciente- acceso a consulta médica especializada.



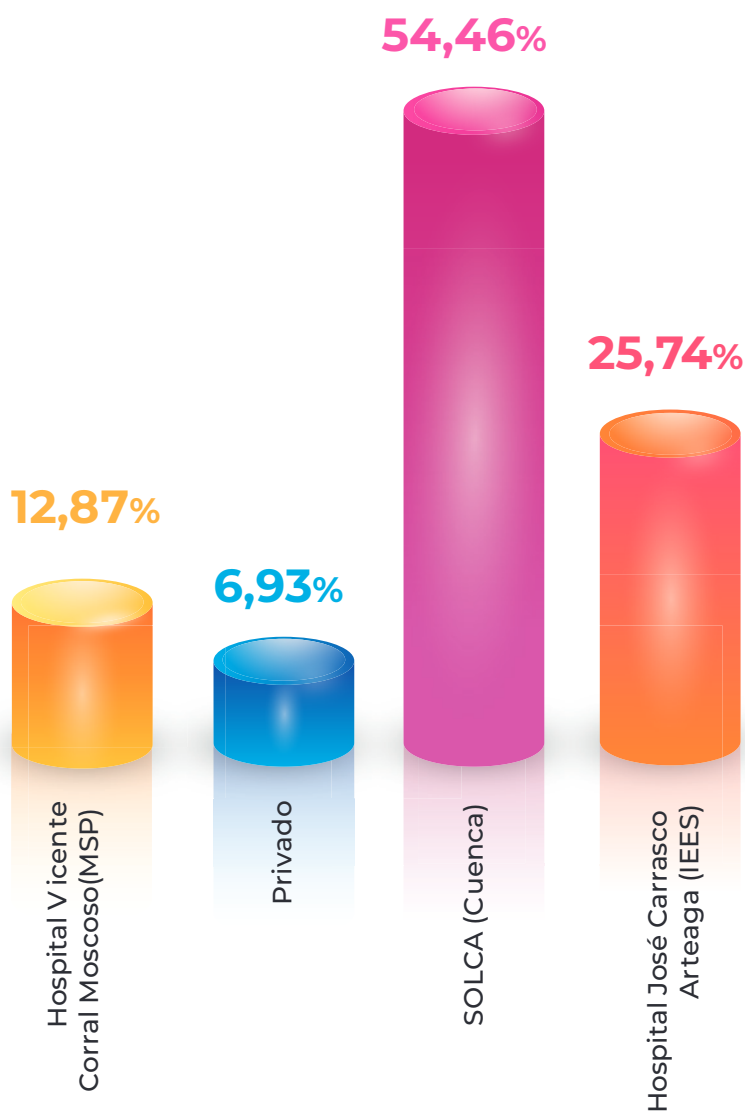
Nota. Acceso a la consulta médica especializada, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la gráfica de barras se observa que las personas con diagnóstico oncológico en la ciudad de Cuenca se demoran de 1 a 7 días representados con el 30.69% en acceder a una consulta médica especializada, a diferencia de la suma de los siguientes porcentajes que representan a los pacientes que se demoran de 1 a 4 semanas 26.73% de 2 a 3 meses 21.78% de 4 a 6 meses con el 9.90% y más de 6 meses 10.89%, sumados estos últimos datos corresponden a la mayoría de muestra.

Figura 37:

Principales centros de atención especializada acudidos por los pacientes oncológicos.

Variables ruta del paciente - Lugar de atención - diagnóstico especializado.



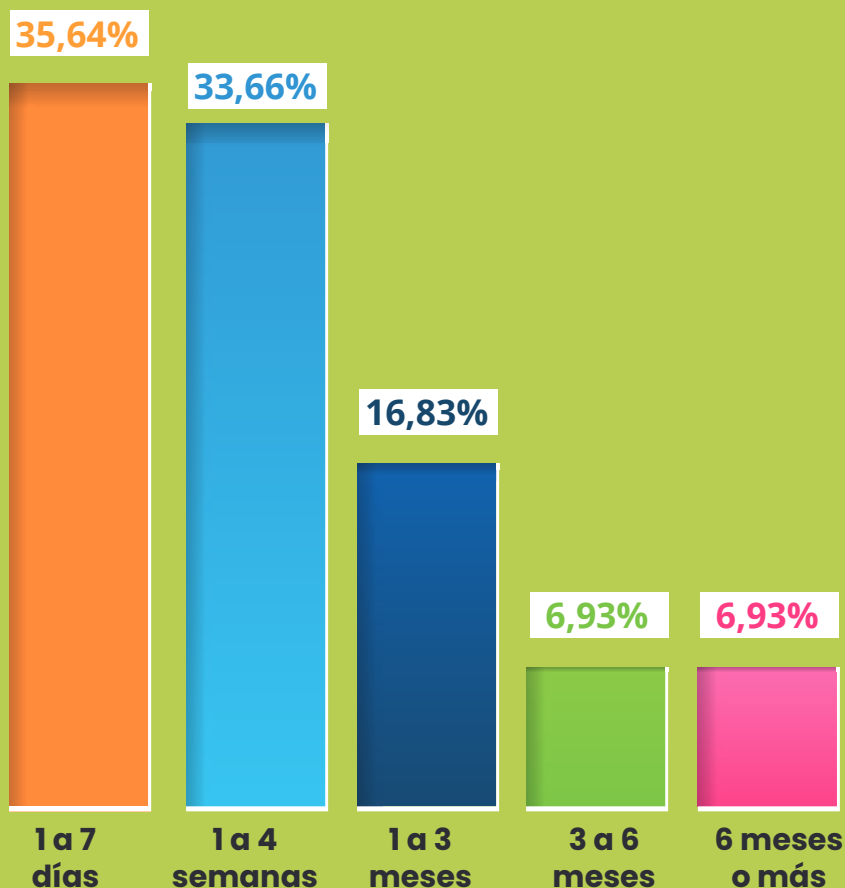
Nota. Principales centros de atención especializada acudidos por los pacientes oncológicos, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

Los principales centros de atención especializada a los que han acudido los pacientes oncológicos en la ciudad de Cuenca son SOLCA con el 54.46%, Hospital José Carrasco Arteaga IEES 25.74%, Hospital Vicente Corral Moscoso 12.87% y por último del sector privado 6.93%.

Figura 38:

Tiempo en obtener resultados para los pacientes.

Variable ruta del paciente - tiempo en obtener resultados de exámenes.



Nota. Tiempo en obtener resultados para los pacientes, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la gráfica presentada se observa el tiempo que le tomó a los pacientes oncológicos de la ciudad de Cuenca realizarse y obtener sus resultados de exámenes enviados por el médico, en este encontramos que existe un tiempo de 1 a 7 días con el 35.64% seguido de 1 a 4 semanas con 33.66% 2 a 3 meses 16.83% y por último de 4ª a 6 meses y más de 6 meses 6.93%.

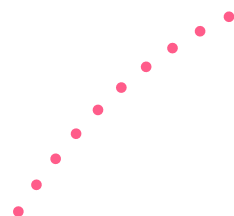
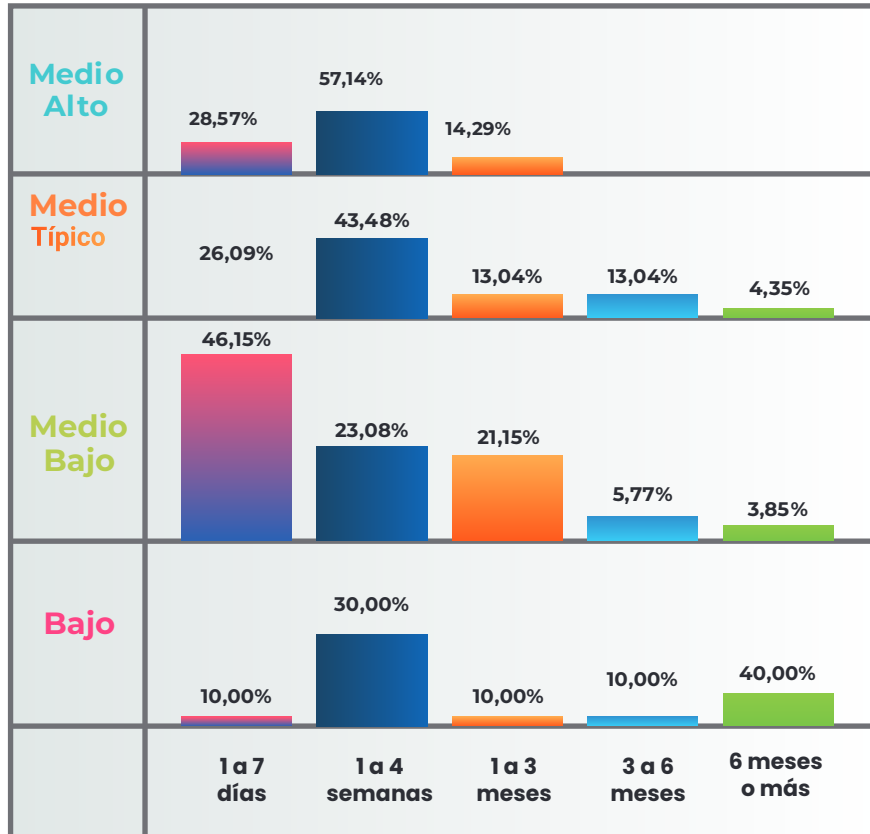


Figura 39:

Tiempo en obtener resultados de exámenes según el nivel socioeconómico.

Variable ruta del paciente - quintil socioeconómico - tiempo en obtener resultados de exámenes.



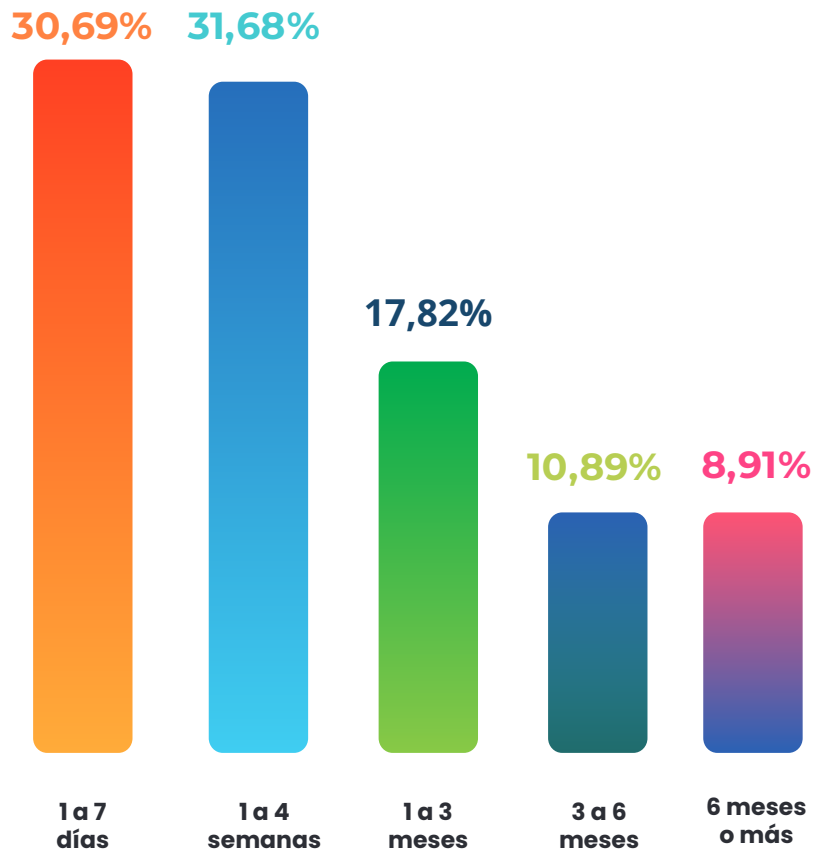
Nota. Tiempo en obtener resultados de exámenes según el nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

Se encuentra que el tiempo que le toma a los pacientes realizar y obtener sus exámenes especializados según su quintil socioeconómico en el grupo bajo es mayor a 6 meses con el 40%, en el quintil medio bajo se encuentra con el 46.15% la opción de 1 a 7 días, para el grupo medio típico la opción con mayor proporción es un mes con el 43.48%, por último, en el quintil medio alto se repite la opción de un mes con el 57.14%.

Figura 40:

Tiempo en que el paciente recibió el diagnóstico definitivo

Variable ruta del paciente - quintil socioeconómico - tiempo en obtener resultados de exámenes.



Nota. Tiempo en que el paciente recibió el diagnóstico definitivo, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

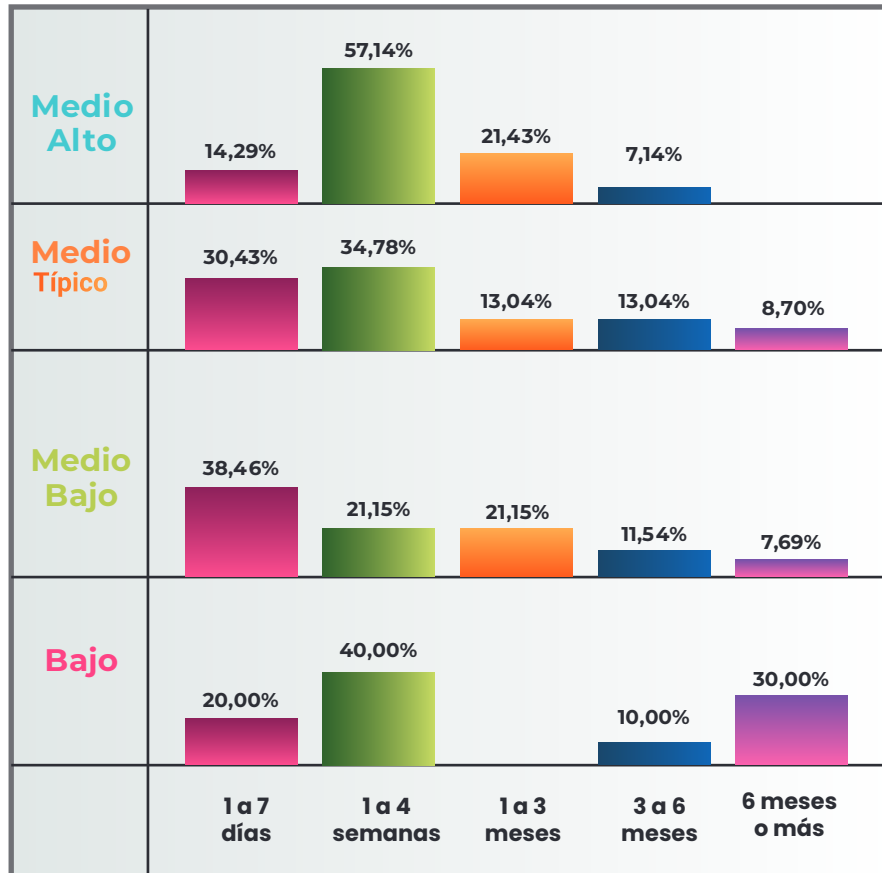
En cuanto a la pregunta que tiempo le tomó al paciente recibir su diagnóstico definitivo por parte del personal médico se encuentra que el 30.69% le tomó de 1 a 7 días, seguido de los pacientes que les tomó un mes con 31.68% sumado a esto se observa que el 17,82% que representa a las personas que se tardaron de 2 a 3 meses, seguido de 4 a 6 meses 10.89% y por último 8.91% más de 6 meses.



Figura 41:

Tiempo en que el paciente recibió el diagnóstico definitivo según su nivel socioeconómico.

Variable ruta del paciente - quintil socioeconómico - tiempo - diagnóstico definido.



Nota. Tiempo en que el paciente recibió el diagnóstico definitivo según su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la siguiente gráfica de barras múltiples se encuentra que el tiempo que le tomó a los pacientes saber su diagnóstico de acuerdo a su quintil, en este sentido el grupo perteneciente del quintil bajo tienen en mayor proporción la opción de un mes con el 40%, el quintil medio bajo le tomó en su mayoría de 1 a 7 días con el 38.48%, para el quintil medio típico fue un mes el tiempo que más le tomó con el 34.79%, finalmente el grupo medio alto le tomó en mayor proporción un mes con el 57.14%.



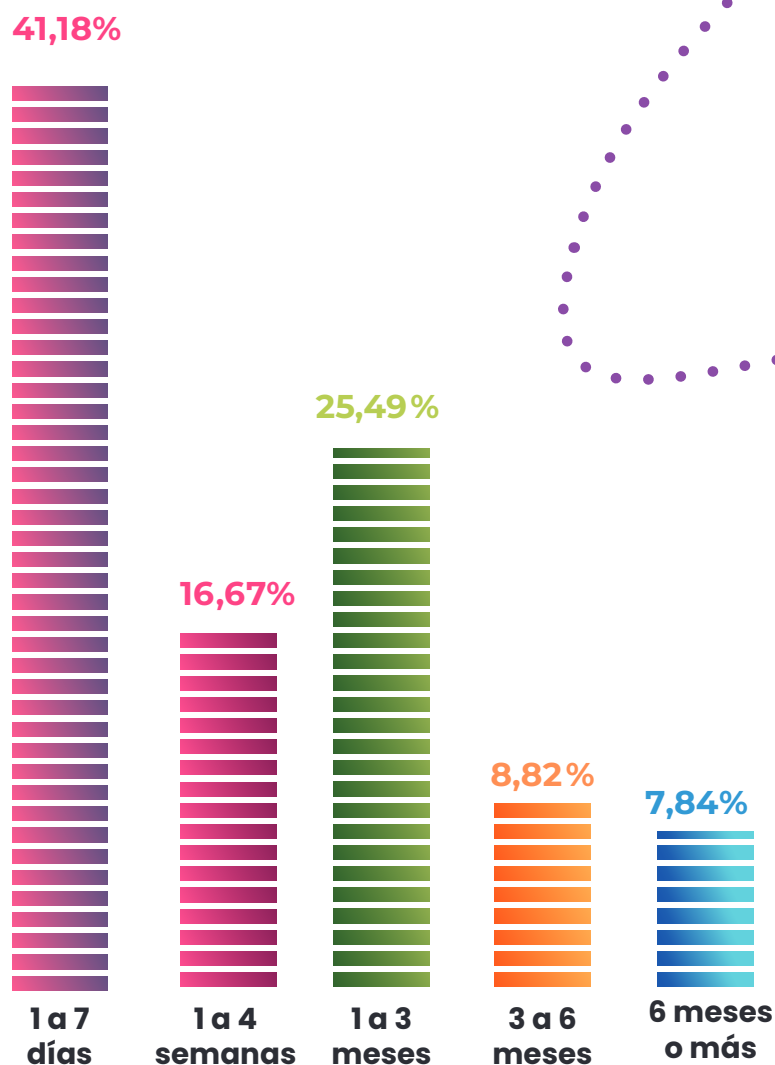
RUTA DEL PACIENTE- TRATAMIENTO



Figura 42:

Tiempo en el que el paciente le tomó iniciar con su tratamiento

Variable ruta del paciente - quintil socioeconómico - tiempo - diagnóstico definido.



Nota. Tiempo en el que el paciente le tomó iniciar con su tratamiento, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

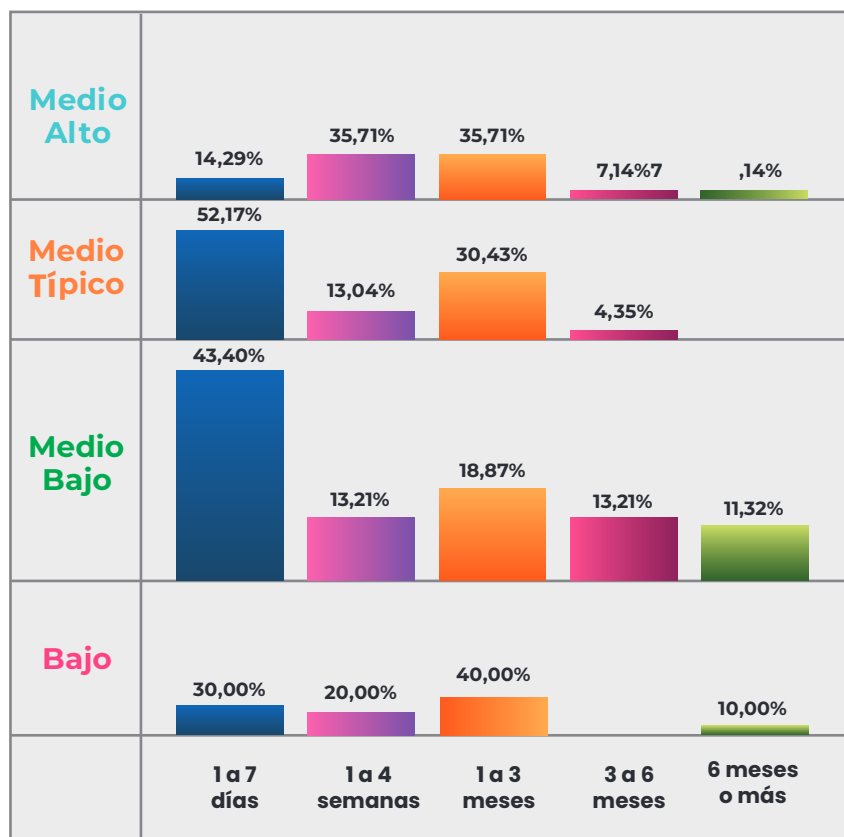
De acuerdo a la gráfica se observa que el inicio de tratamiento se encuentra distribuida en el 41.18% de la muestra que le tomó de 1 a 7 días, seguido de 2 a 3 meses con el 25.49%, un mes con el 16.67%, de 3 a 6 meses 8.82% y 6 meses o más 7.84%.

Figura 43:

Tiempo en el que el paciente le tomó iniciar con su tratamiento según su nivel socioeconómico.



Variable ruta del paciente - tiempo - inicio tratamiento



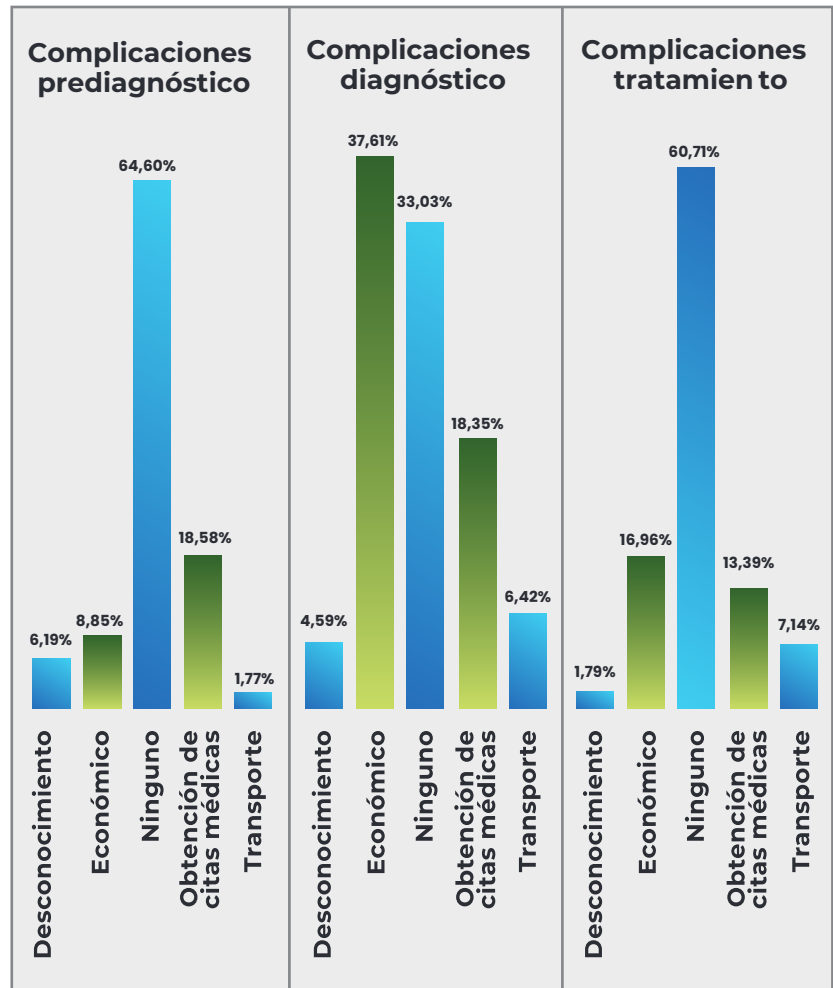
Nota. Tiempo en el que el paciente le tomó iniciar con su tratamiento según su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la gráfica presentada se observa el tiempo que le toma al paciente acceder a su tratamiento de acuerdo a su quintil socioeconómico siendo para el quintil bajo de 1 a 3 meses la opción con mayor proporción, seguido del grupo medio bajo con el 43.40% como la opción más repetida de 1 a 7 días, en el quintil medio típico es igualmente de 1 a 7 días con el 52.17 y el resto más de un mes, por último, medio alto que tiene las opciones de un mes y de 2 a 3 mes con el 35.71% cada una.



Figura 44:

Complicaciones presentadas por los pacientes



Nota. Complicaciones presentadas por los pacientes, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo al siguiente Dashboard, de las complicaciones presentadas por cada una de las tres etapas encontramos que la opción ninguna complicación es la más contestada por las personas afectadas por las enfermedades oncológicas en la etapa de prediagnóstico con el 64.60% igualmente en la etapa de inicio de tratamiento con el 60.71%, a diferencia de la etapa de diagnóstico definitivo y exámenes en donde el principal inconveniente es el tema económico con el 37.61%. Por otra parte, las complicaciones por temas de obtención de citas médicas se encuentran entre las segundas y terceras opciones, siendo la etapa en donde es el primer contacto con el médico de prediagnóstico donde se presenta mayor porcentaje con el 18.58%, a esto se le debe sumar el 6, 19% de las complicaciones presentadas por desconocimiento. Igualmente, entre las opciones más presentes en las tres etapas se encuentran la complicación económica.



VARIABLE TIEMPO

La variable tiempo describe el promedio de meses que le ha tomado a la persona afectada por la enfermedad oncológica atravesar la ruta del paciente, desde un pre diagnóstico, diagnóstico, e inicio del tratamiento, además la influencia que tienen variables geográficas, normativas, sexo, quintil socioeconómico en el tiempo que le toma al paciente pasar cada una de las etapas.

Variable tiempo - número de meses - proceso ruta del paciente

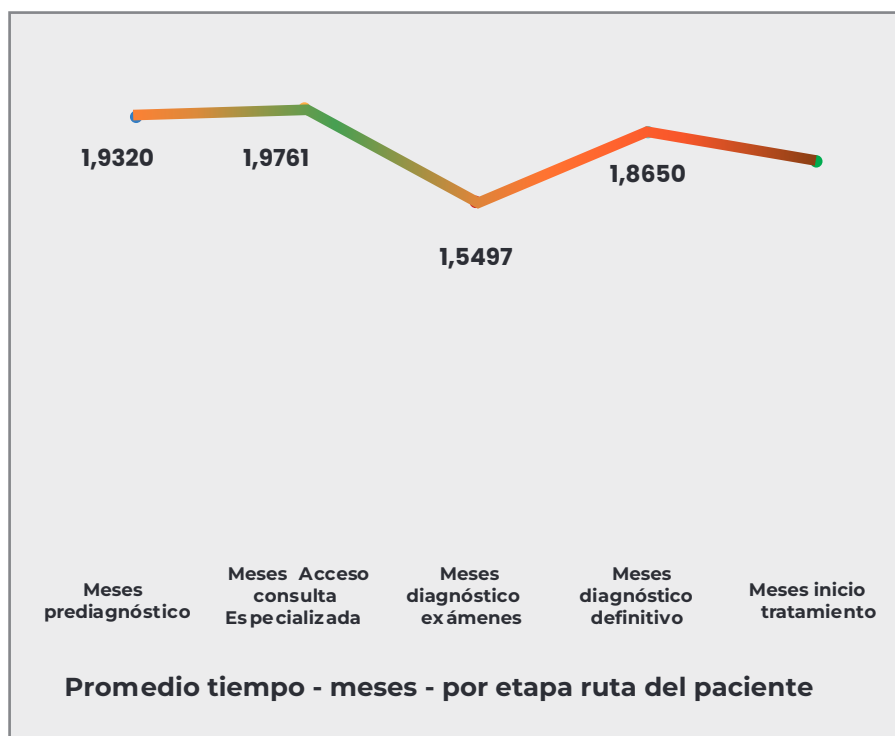
% VARIABLE TIEMPO	100,00%
Prom. Meses	8,990

De acuerdo a la tabla se conoce que el tiempo promedio en meses que le toma a las personas afectadas por las enfermedades oncológicas en la ciudad de Cuenca pasar cada una de las etapas de la Ruta del Paciente es 8.9 meses.

Figura 45:

Promedio de meses en base a la ruta del paciente por etapa de tratamiento

Variable ruta del paciente - tiempo - inicio tratamiento



Nota. Promedio de meses en base a la ruta del paciente por etapa de tratamiento, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica se conoce cuál es tiempo promedio en meses que toma cada una de las acciones una vez termina la anterior acción que realiza el paciente en su ruta de atención, comenzando con los 1.9 meses que le toma a la persona acudir a un médico presentados síntomas, seguido del tiempo que se ocupa en llegar a una consulta especializada con igualmente 1.9 meses. Acceder y obtener los resultados de los exámenes especializados le lleva en promedio 1.5 meses, posteriormente son 1.8 meses lo que se tarda en saber un diagnóstico definitivo, por último, el tiempo que se tarda en iniciar su tratamiento una vez conocido su diagnóstico es 1.7 meses.

Figura 46:

Promedio de meses en base a la ruta del paciente por etapa de tratamiento por su nivel socioeconómico

Promedio meses ruta del paciente - nivel socioeconómico.



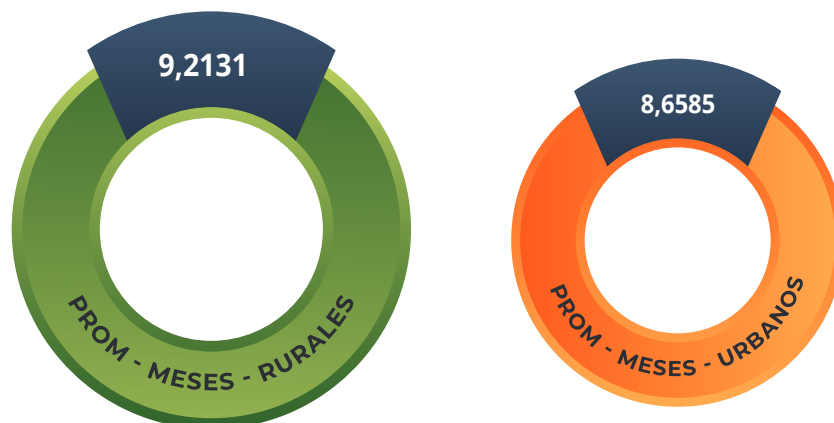
Nota. Promedio de meses en base a la ruta del paciente por etapa de tratamiento por su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica se conoce el tiempo que le toma a los pacientes pasar cada etapa de acuerdo a su quintil socioeconómico, siendo el quintil bajo el que más tiempo llega a tener con 16.80 meses, continua los quintiles medio bajo y medio típico que no tienen diferencia con 8.43 meses cada uno, por último, tenemos los grupos medio alto con 6.79 y alto con 6.50 meses en su ruta del paciente.

Figura 47:

Promedio de meses en base a la ruta del paciente por su lugar de residencia

Promedio meses ruta del paciente - lugar de residencia



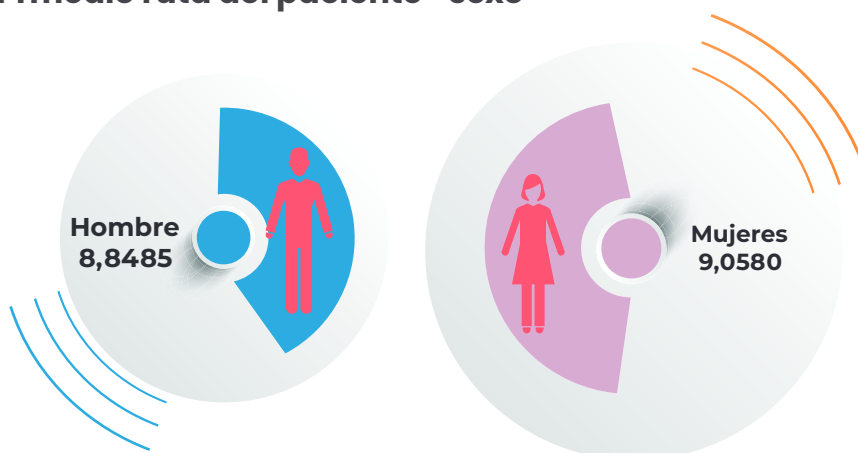
Nota. Promedio de meses en base a la ruta del paciente por su lugar de residencia, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo al gráfico de burbujas se puede saber que el tiempo en promedio de la ruta del paciente de acuerdo a su lugar de residencia es 9.2 meses en el sector de las parroquias rurales y 8.6 meses en las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca.

Figura 48:

Promedio de meses en base a la ruta del paciente por su lugar de residencia por su sexo.

Promedio ruta del paciente- sexo



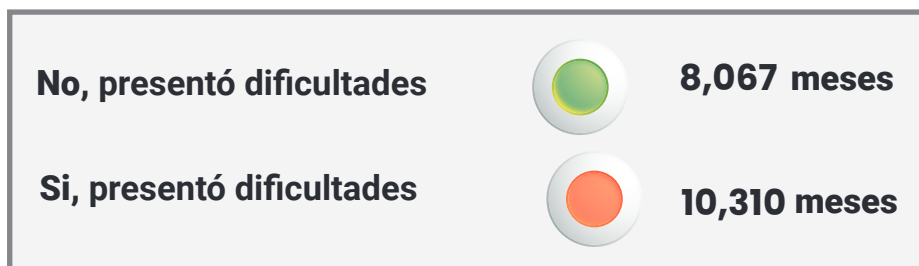
Nota. Promedio de meses en base a la ruta del paciente por su lugar de residencia por su sexo, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

El tiempo de la ruta del paciente de acuerdo al sexo del paciente es de 9.05 meses para el grupo de mujeres y 8.8 para el grupo de hombres.

Figura 49:

Dificultades en el proceso normativo por la referencia.

Promedio meses ruta del paciente - dificultad proceso normativo - referencia.



Nota. Dificultades en el proceso normativo por la referencia, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

Según el gráfico presentado se observa la influencia que tiene el proceso normativo de referencia, pasar de un centro público de un menor nivel a uno de mayor nivel en este caso, como resultado observamos que las personas que contestan no tener dificultad en este proceso le toman 8.06 meses a diferencia de los 10.3 meses que le tomó a quienes dijeron tener dificultad en este proceso.

Figura 50:

Dificultades en el proceso normativo por la derivación

Promedio meses ruta del paciente - dificultad proceso normativo - derivación.



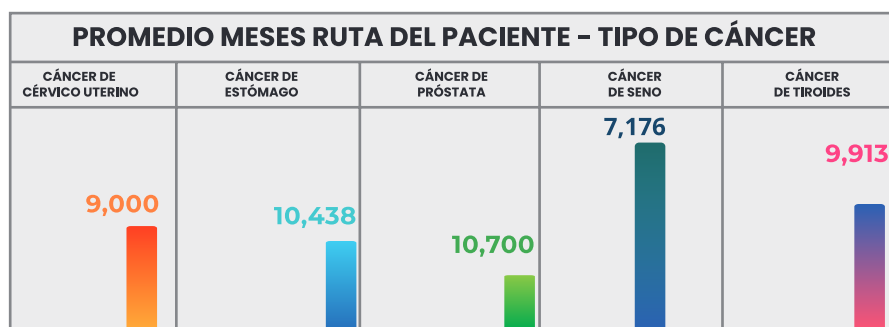
Nota. Dificultades en el proceso normativo por la referencia, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

Según el gráfico presentado se observa la influencia que tiene el proceso normativo de derivación de un hospital de la red pública a uno privado, en donde no existe mayor diferencia ya que quienes dicen tener dificultades les toma en promedio 8.9 meses pasar todo su proceso y quienes comentan no tener dificultades es el promedio de 8.7 meses.

Figura 51:

Promedio en meses en base a las etapas por el tipo de cáncer.

Promedio meses ruta del paciente - dificultad proceso normativo - derivación.



Nota. Promedio en meses en base a las etapas por el tipo de cáncer, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica presentada se puede observar el tiempo promedio en meses de acuerdo al tipo de cáncer presentado, siendo las personas con cáncer de seno las que menos tiempo les tomó pasar las etapas de la ruta del paciente con 7. 1 meses, seguido de cáncer cérvico uterino con 9 meses, cáncer de tiroides 9.9 meses y por último los tipos de cáncer con mayor cantidad de meses con 10. 4 meses cáncer de estómago y 10.7 meses cáncer de próstata.

Figura 52:

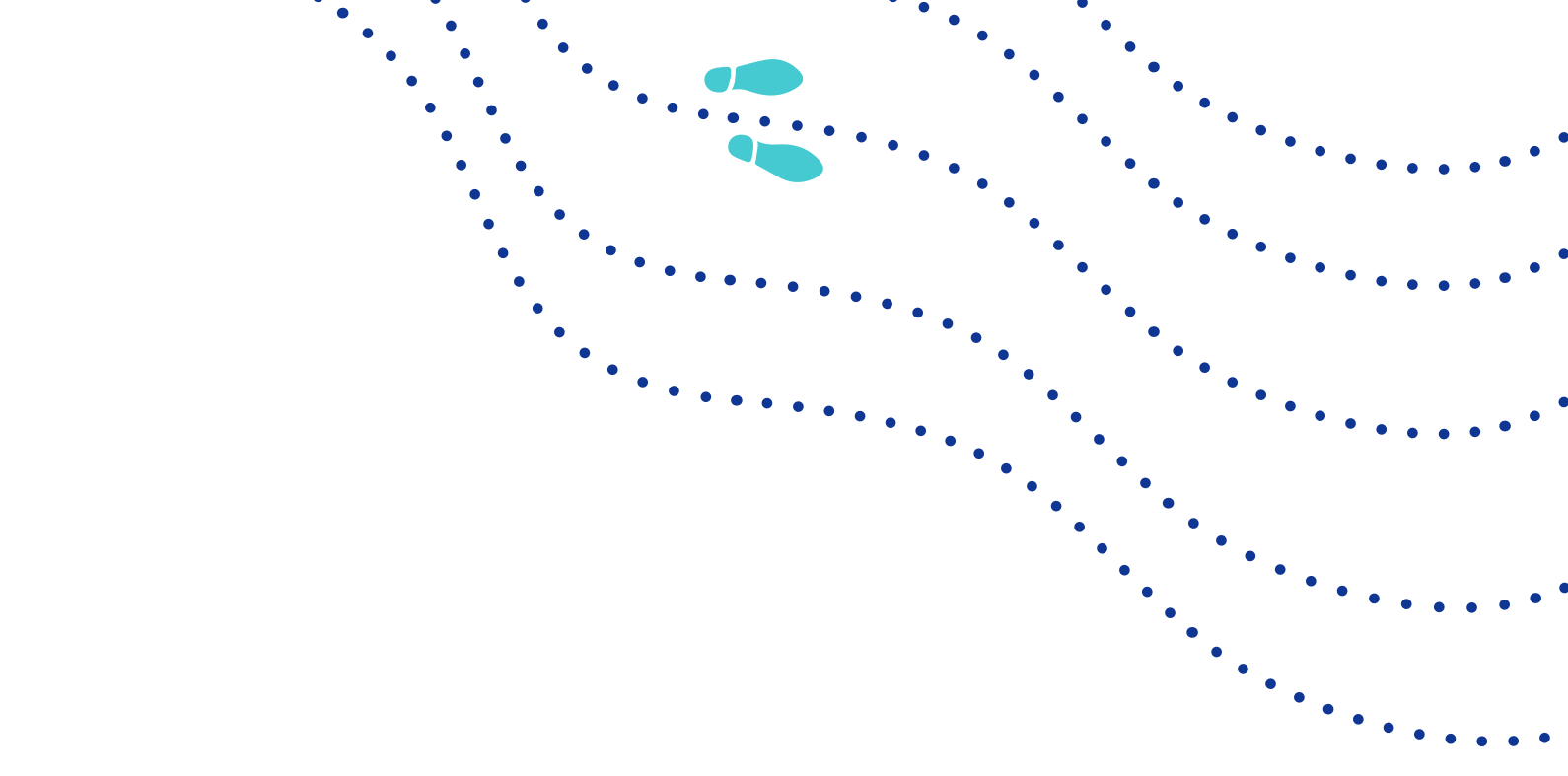
Promedio en base a los centros de atención donde los pacientes se atendieron.

Promedio meses ruta del paciente - centro de atención



Nota. Promedio en base a los centros de atención donde los pacientes se atendieron, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo al gráfico se barras se observa que los centros de salud donde los pacientes atendieron su enfermedad oncológica en la ciudad de Cuenca, como resultado tenemos que el Hospital Vicente Corral del MSP es el centro que en promedio mayor tiempo tomo con 10.2 meses, seguido de SOLCA y Hospital del IEES José Carrasco con 8.6 meses cada uno.



DIMENSIÓN GEOGRÁFICA

En la variable geográfica se describe la situación geográfica en donde reside el paciente y como esta variable incide en la capacidad que tiene para poder acceder a sus diferentes procesos de acuerdo a su lugar de residencia.

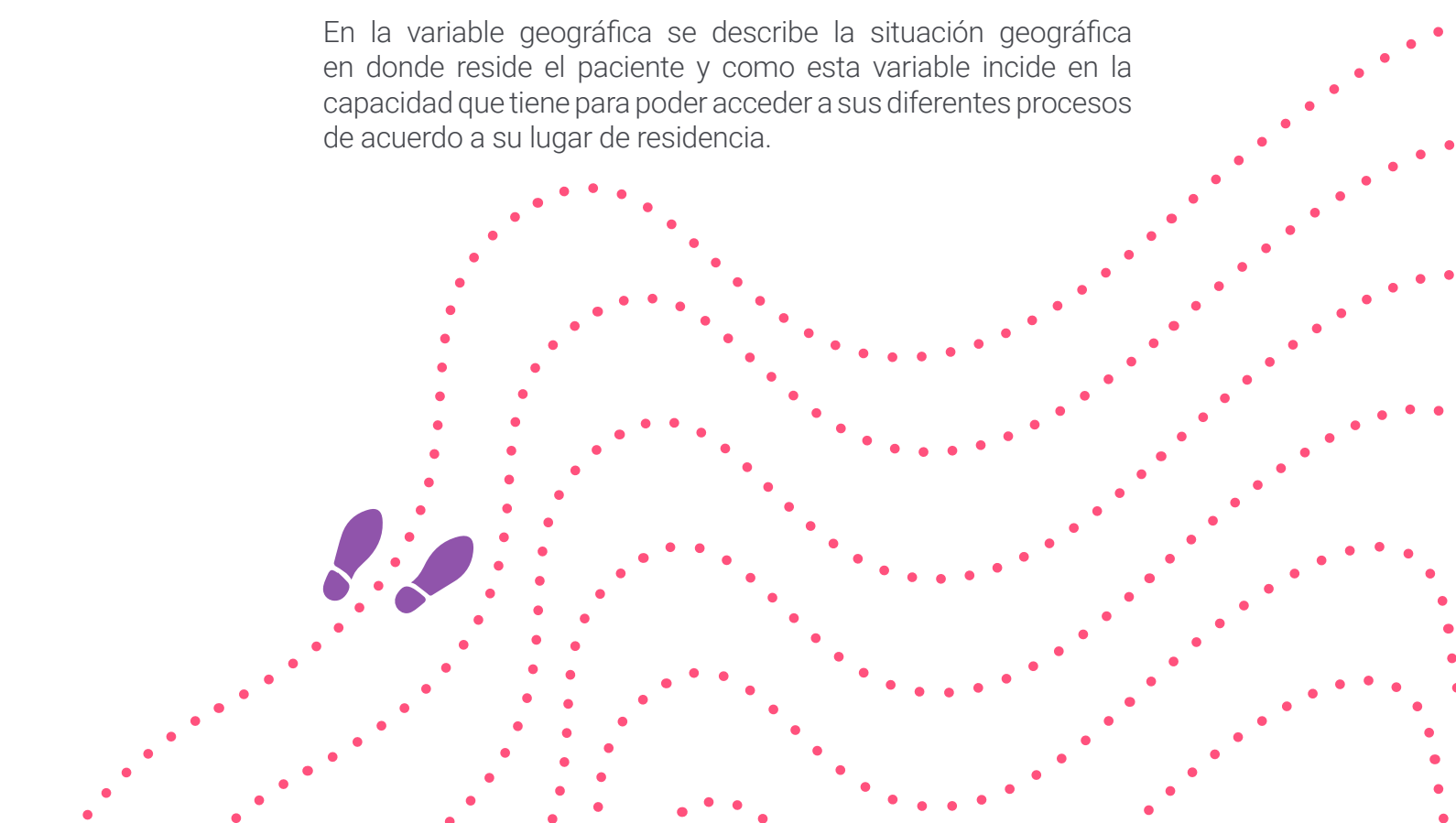
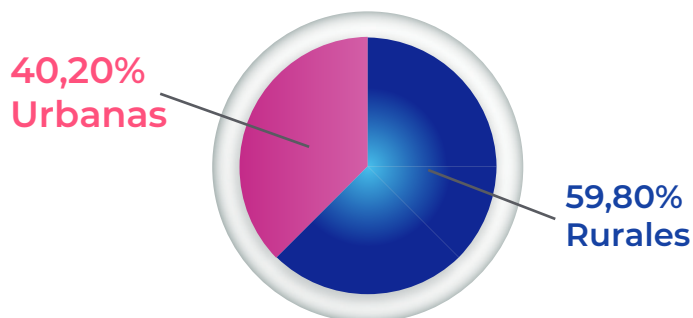


Figura 53:

Promedio del lugar de residencia de los pacientes.

Variable geográfica - lugar de residencia - urbano - rural



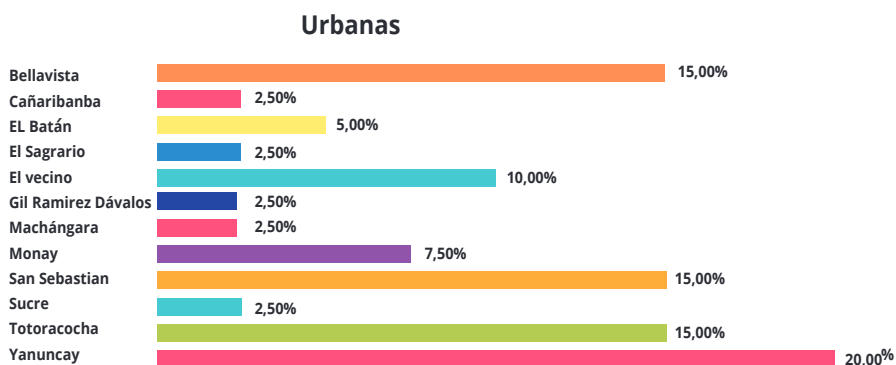
Nota. Promedio del lugar de residencia de los pacientes, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

La muestra se encuentra dividida en 40.20% de pacientes que residen en parroquias urbanas del cantón y el 59.80% residen en parroquias rurales de la ciudad de Cuenca.

Figura 54:

Distribución de pacientes por su residencia en el sector urbano

Variable geográfica - lugar de residencia - urbano



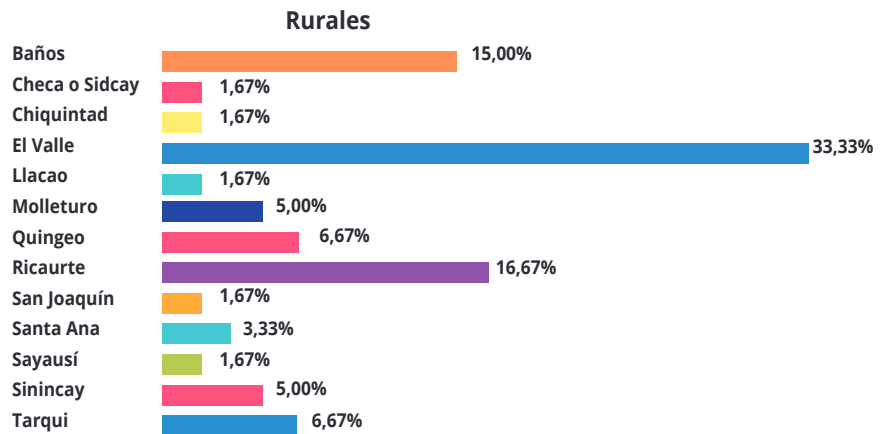
Nota. Distribución de pacientes por su residencia en el sector urbano, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la gráfica se encuentra la distribución de pacientes de acuerdo a las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, siendo Yanuncay la parroquia con mayor cantidad de pacientes con el 20%, seguido de Bellavista, San Sebastián, Totoracochoa con el 15% cada una, en menor proporción El Vecino con el 10%, Monay 7.5%. Por último y en menor proporción se encuentra Cañaribamba, El Sagrario, Gil Ramírez Dávalos, Machángara, Sucre con el 2.5% cada una de las mencionadas.

Figura 54:

Distribución de pacientes por su residencia en el sector rural

Variable geográfica - lugar de residencia - rural



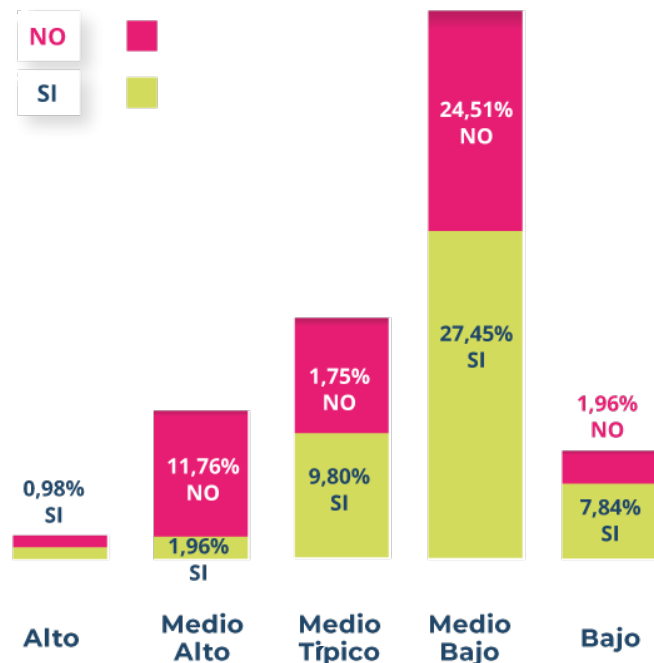
Nota. Distribución de pacientes por su residencia en el sector rural, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En cuanto a las parroquias rurales, se encuentra que la mayoría de pacientes se ubican en la parroquia El Valle con 33.33% seguido de Ricaurte con el 16.67% Baños 15%, Quingeo y Tarqui con el 6.67% respectivamente. Continúa Sinincay, Molleturo con 5%, Santa Ana con 3.33% por último Checa, Chiquintad, LLacao, San Joaquín, Sayausí con el 1.67% cada una de las parroquias.

Figura 55:

Dificultad por el acceso a un lugar de atención.

Variable geográfica -dificultad de acceso al lugar de atención.

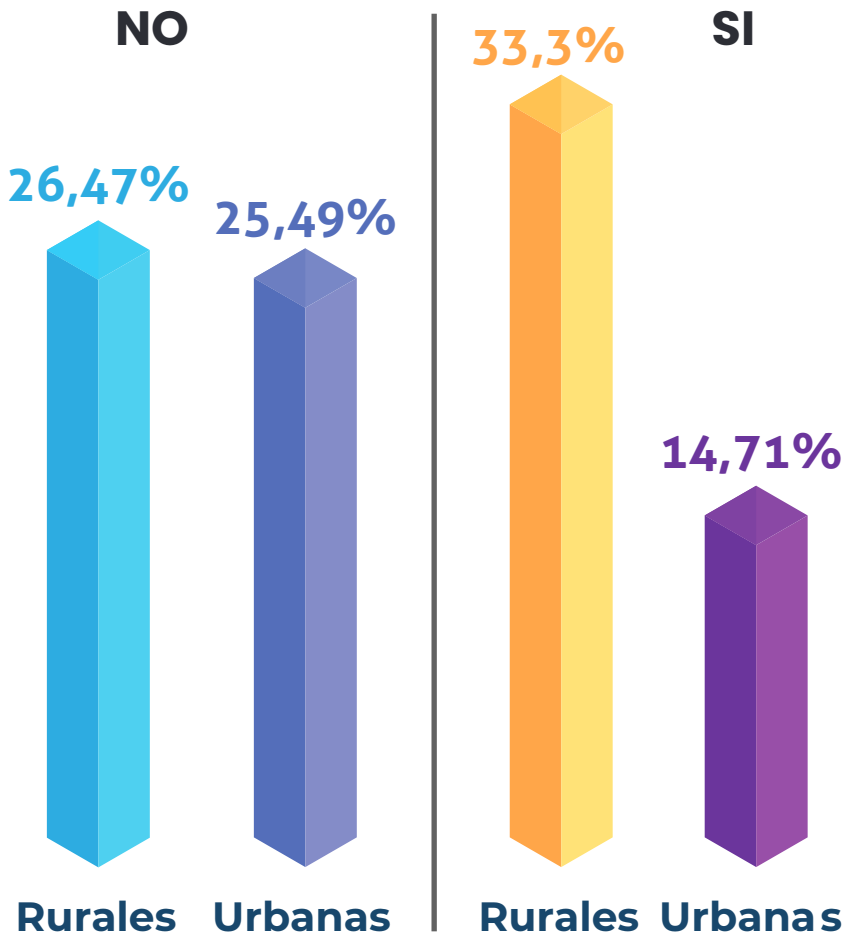


Nota. Dificultad por el acceso a un lugar de atención, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

Figura 56:

Distribución de pacientes por su residencia en el sector rural.

Variable geográfica - lugar de residencia - rural



Nota. Dificultad al acceso de un tratamiento por su situación geográfica, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la variable geográfica y respecto a la dificultad de acceso a tratamiento debido a su situación geográfica (rural o urbana), se encuentra que los pacientes que viven en las parroquias urbanas, no presentan dificultades el 25.49% igualmente quienes no lo hacen de las parroquias rurales son el 26.47%. Por otro lado, quienes han presentado algún tipo de dificultad de las parroquias rurales son el 33.33 % y de las parroquias urbanas el 14.71%.

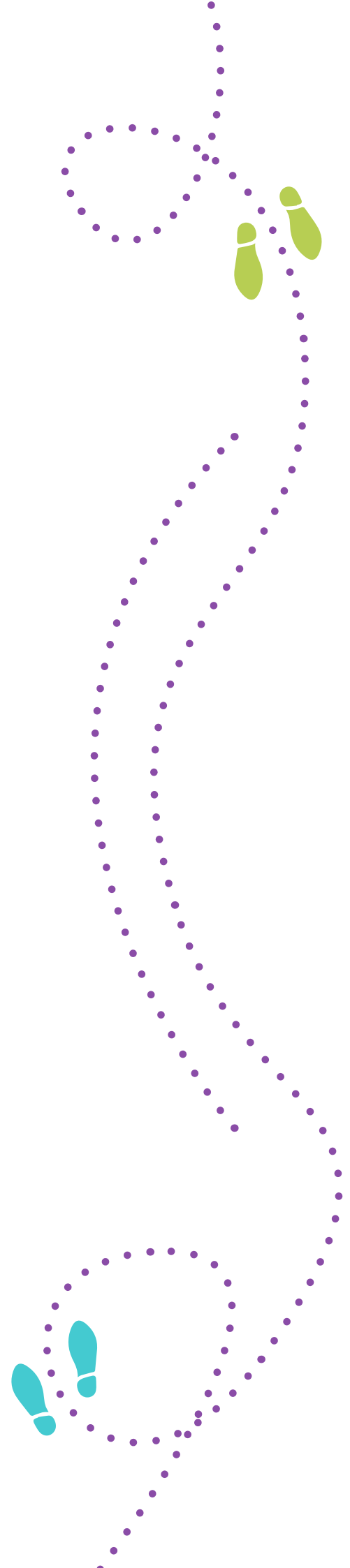
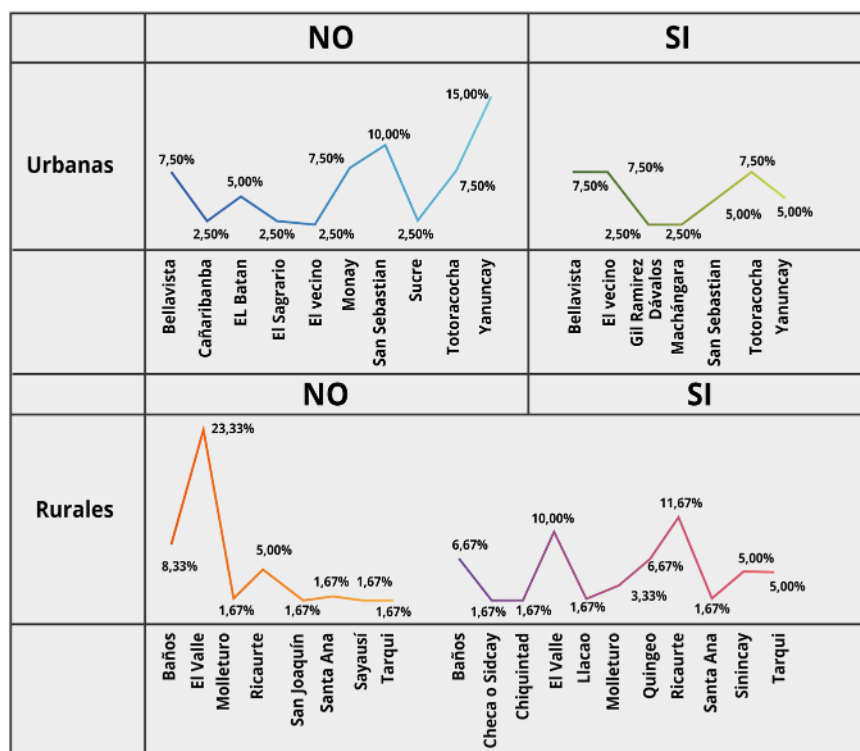


Figura 57:

Déficit de un tratamiento accesible por la residencia del paciente

Variable geográfica - lugar de residencia - rural



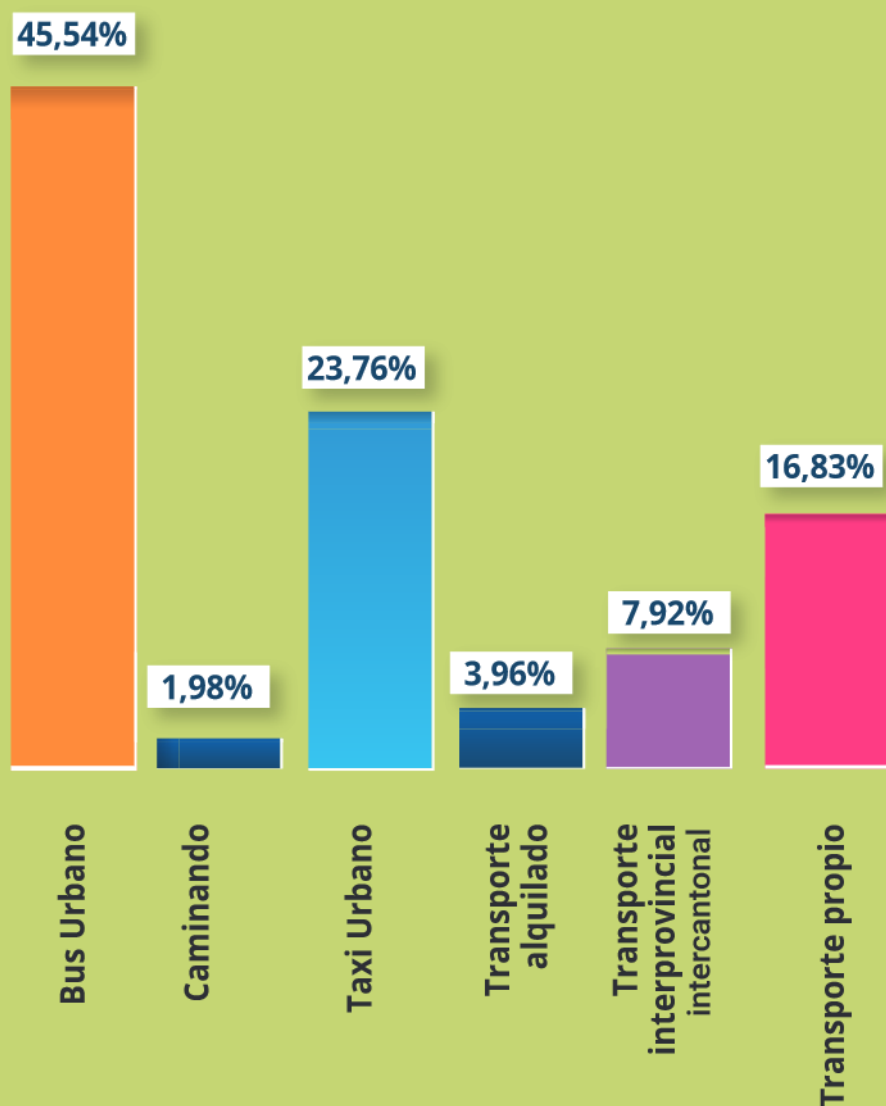
Nota. Déficit de un tratamiento accesible por la residencia del paciente, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la siguiente gráfica se observa que las personas con mayores dificultades en acceso por su lugar de residencia en las parroquias urbanas son los sectores de Bellavista, EL Vecino y Totoracocho con 7.5% cada uno, por otro lado, es la parroquia de Yanuncay y San Sebastián quienes enuncian que no presentan ningún problema con el 15% y 10% respectivamente. En cuanto a las parroquias rurales existe una diferencia, ya que el mayor número de personas con dificultades se acumulan del lado derecho, con picos en el sector de Ricaurte 11.67%, El Valle 10%, de manera complementaria son las parroquias El Valle 23.33% y Baños 8.33% las mismas que presentan mayor número de personas que enuncian no tener dificultades pero con un número menor en las otras parroquias.

Figura 58:

Medio de traslado hacia el centro de atención.

Variable geográfica - tipo de transporte- ¿ Qué medio de transporte utiliza para llegar al centro de atención de la enfermedad?



Nota. Medio de traslado hacia el centro de atención, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

Según la gráfica presentada se conoce que el 45.54% de la población tiene como principal medio de transporte el bus urbano seguido del taxi urbano con el 23.76%, quienes utilizan transporte propio representa el 16.83%, seguido del transporte interprovincial e Intercantonal con el 7.92%, transporte alquilado el 3.96% y por último las personas que llegan caminado el 1.98%.

Nota: En esta pregunta las personas pueden utilizar uno o varios medios de transporte.

Figura 59:

Medio de traslado hacia el centro de atención por su nivel socioeconómico

Variable geográfica - tipo de transporte-costo- ¿ Qué medio de transporte utiliza para llegar al centro de atención de la enfermedad?



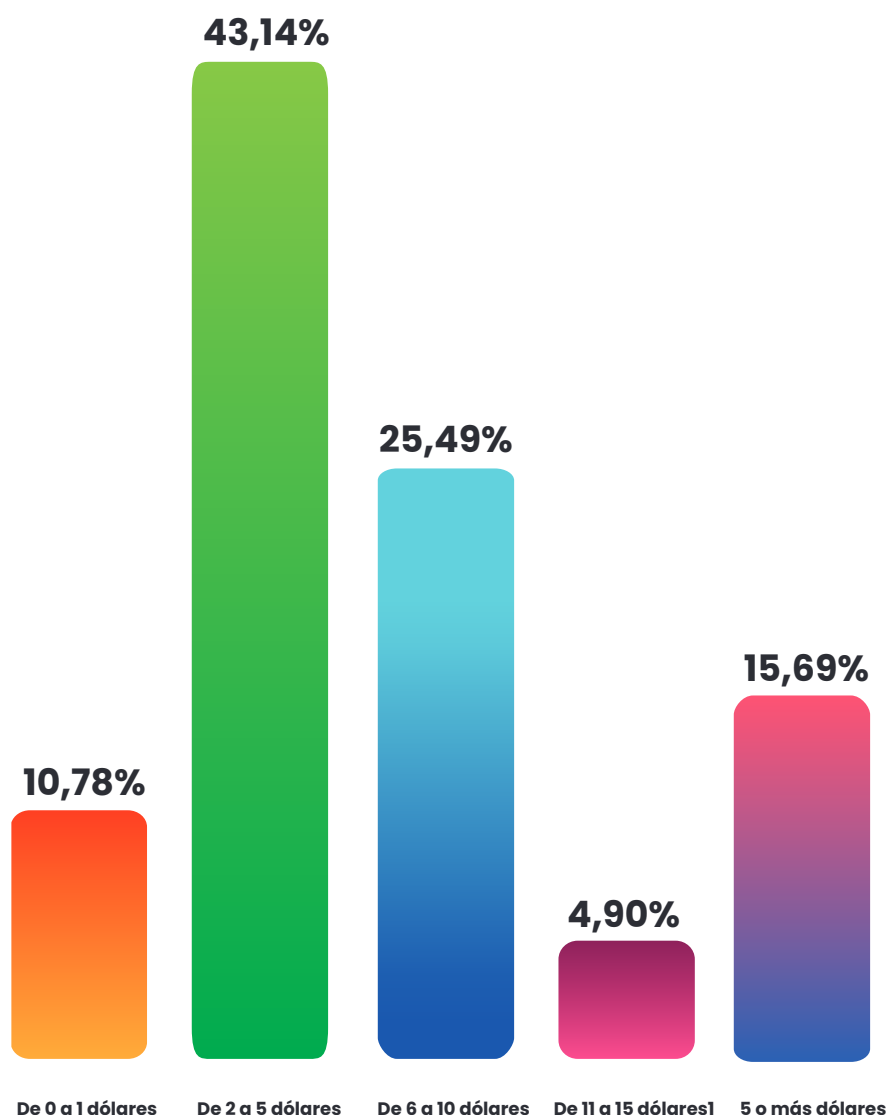
Nota. Medio de traslado hacia el centro de atención por su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la gráfica se observa que los pacientes mayoritariamente gastan en promedio de 2 a 5 dólares en transporte de bus urbano, en este mismo promedio de gasto se encuentra de manera seguida transporte en taxi urbano con el 9.90% y transporte propio con el 6.93%. El gasto en promedio de 6 a 10 dólares, se encuentra igualmente que los principales medios son el taxi con el 10.89%, bus urbano con el 7.92% y transporte propio con el 6.93% siendo los principales medios de transporte y gasto.

Figura 60:

Costo de transporte

Variable geográfica - tipo de transporte- ¿ Qué medio de transporte utiliza para llegar al centro de atención de la enfermedad?



Nota. Costo de transporte, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

La gráfica se muestra que el gasto realizado en transporte en la ciudad de Cuenca por pacientes oncológicos es mayoritariamente de 2 a 5 de dólares con el 43.14%, quienes gastan de 6 a 10 dólares son el 25.49%, 15.69% representan quienes gastan más de 15 dólares y por último el gasto de 0 a 1 dólares con el 10,78%, de 11 a 15 dólares 4.90%.

Figura 61:

Costo de transporte por su nivel socioeconómico.

Variable geográfica - costo de transporte - nivel- socioeconómico					
	ALTO	BAJO	MEDIO ALTO	MEDIO BAJO	MEDIO TIPICO
De 0 a 2 dólares		20,00%	7,14%	11,32%	8,70%
De 2 A 5 dólares		10,00%	71,43%	41,51%	47,83%
De 6 A 10 dólares	100,00%	20,00%	21,43%	28,30%	17,39%
De 11 A 15 dólares		20,00%		3,77%	4,35%
15 O más dólares		30,00%		15,09%	21,74%

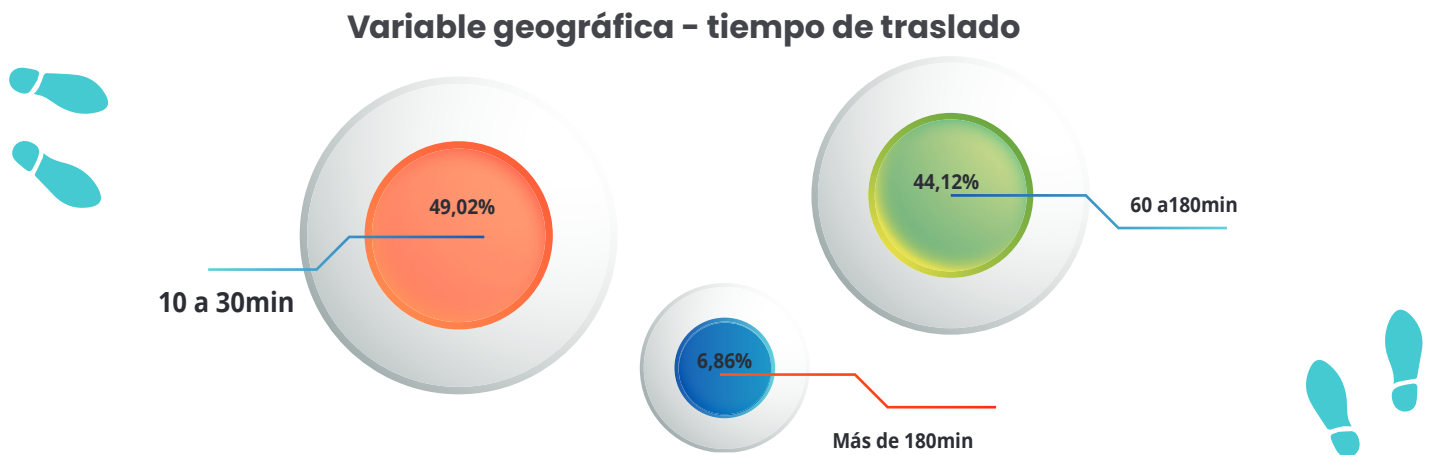
Nota. Costo de transporte por su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En la siguiente gráfica se observa que el quintil medio bajo tiene como mayor gasto de 2 a 5 dólares con el 41.51% seguido de 6 a 10 dólares con el 28.30%, para el quintil medio típico el gasto se acumula en el gasto de 2 a 5 dólares con el 47.38% y 15 dólares o más con el 21.74% para el quintil bajo el mayor porcentaje se encuentra en el más de 15 dólares con el 30%. Por último el quintil medio alto tiene como promedio de gasto de 2 a 5 dólares con el 71.14%.

Figura 62:

Tiempo de traslado de los pacientes a su lugar de atención especializada.

Variable geográfica - tipo de transporte- ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar al centro de atención de la enfermedad?



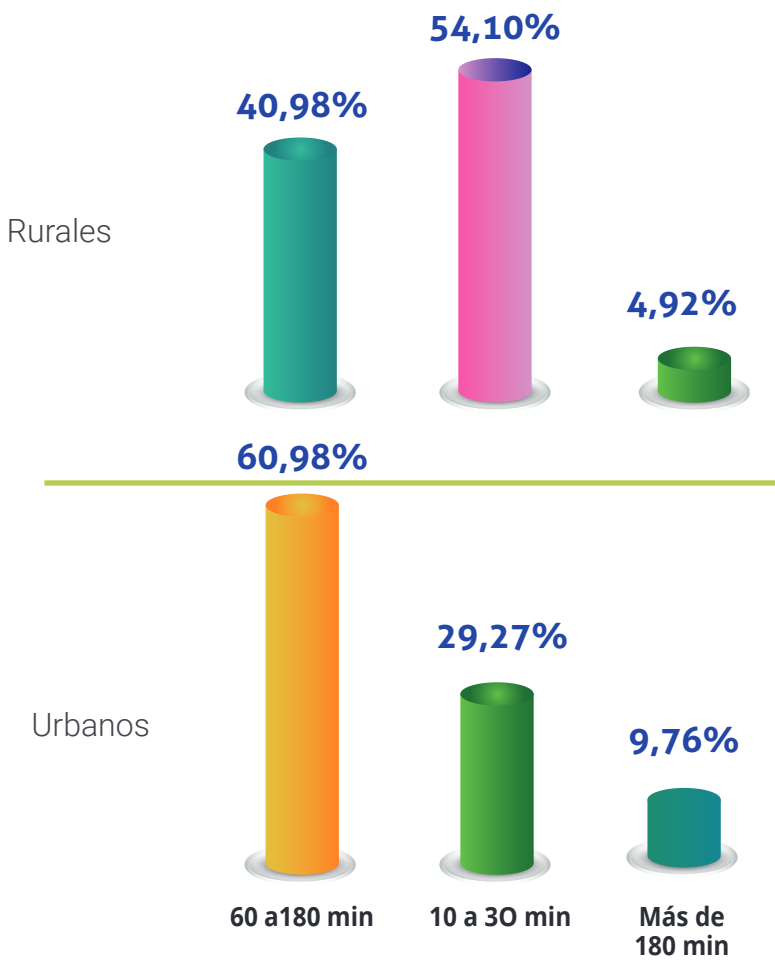
Nota. Tiempo de traslado de los pacientes a su lugar de atención especializada, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

Según el siguiente gráfico se conoce que el tiempo que le toma a pacientes trasladarse a su lugar de atención especializado está acumulado sobre todo en pacientes que se demoran de 10 a 30 min con el 49.02%, entre 60 a 180 min con el 44.12%, completándose con los pacientes que comentan que tardan más de 180 min representadas con el 6.86%.

Figura 63:

Tiempo de traslado de los pacientes de su centro de atención especializada a su residencia.

Variable geográfica - tiempo de traslado - lugar de residencia.



Nota. Tiempo de traslado de los pacientes de su centro de atención especializada a su residencia, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica presentada, se conoce el tiempo de traslado de los pacientes a su lugar de atención de acuerdo a su parroquia, rural o urbana, teniendo como resultado que quienes viven en parroquias urbanas se demoran en su mayoría de 10 a 30 min con el 60.98% en menor medida el promedio de 60 a 180 min con 29.27% y por último 9,76% más de 180 min. En cuanto a las parroquias rurales el mayor número de personas le toma en promedio de 60 a 180 min trasladarse a su lugar de atención con el 54.10% seguido del 40.98% que le toma de 10 a 30 min además a quienes les toma más de 180 min en las parroquias rurales representan el 4.92%



VARIABLE PROCESO NORMATIVOS

En la variable normativa se generan cuestionamientos sobre dos procesos que se dan dentro de la ruta del paciente, el primero proceso de referencia que tiene que pasar un paciente cuando es diagnosticado y es enviado a centros de salud de mayor nivel dentro de la red pública, por ejemplo, el subcentro de salud Baños hacia el hospital Vicente Corral Moscoso.

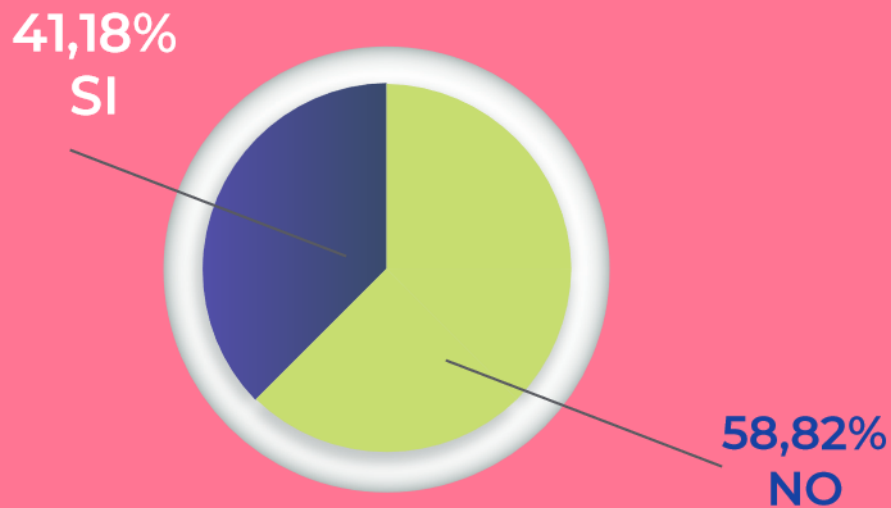
Por otra parte, el proceso de derivación es la acción que realiza el centro de salud cuando pasa de un sistema de salud público a uno privado, como ejemplo tenemos la derivación que se da del hospital del IESS José Carrasco Arteaga al centro de atención oncológica núcleo Cuenca.



Figura 64:

Dificultades frente al proceso administrativo.

Variable proceso normativo - dificultades referencia- en cuanto al proceso administrativo de referencia a un mayor nivel de atención en la misma red médica. ¿Considera que ha tenido dificultades para lograr este proceso administrativo?



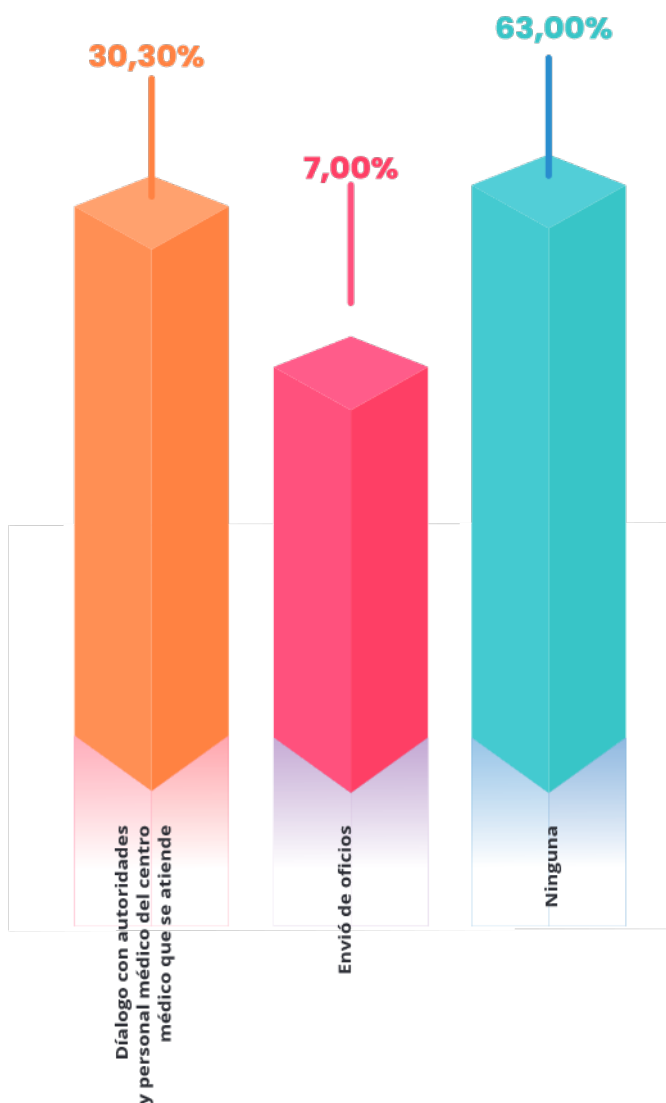
Nota: Dificultades frente al proceso administrativo, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica presentada se conoce que existe una distribución con tendencia a quienes no han presentado ningún tipo de dificultad en el proceso de referencia con el 58.82%, por otro lado, las personas que si han presentado algún tipo de dificultad en pasar este proceso es representado por el 41.18%.

Figura 65:

Acciones realizadas por los pacientes para la agilidad y cumplimiento de procesos.

Variable proceso normativo - referencia- acciones del paciente- ¿ Qué acciones ha tenido que realizar para lograr el cumplimiento y agilidad en el proceso de referencia?



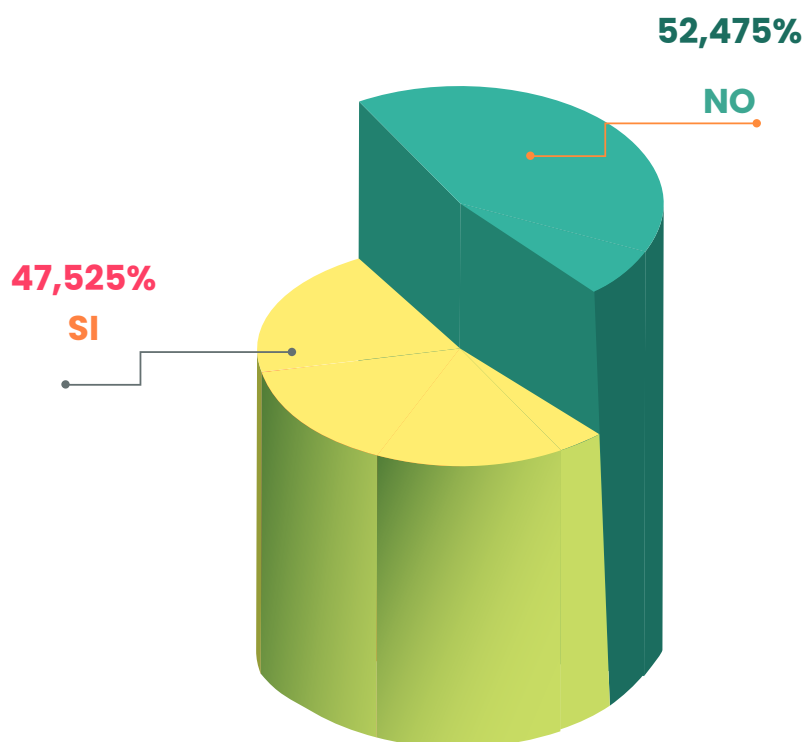
Nota. Acciones realizadas por los pacientes para la agilidad y cumplimiento de procesos, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a la gráfica presentada se observa que la mayor parte de la muestra no ha realizado ninguna acción para agilizar el proceso de referencia con el 63% seguido de quienes han dialogado con autoridades o médicos con el 30% y por último quienes han realizado el envío de oficios representados con el 7%

Figura 66:

Dificultades para obtener un convenio con instituciones especializadas.

Variable procesos normativos - dificultad - proceso derivación.- En cuanto al proceso de derivación. ¿Considera que ha tenido dificultades para lograr obtener el convenio entre las instituciones que atienden su enfermedad?



Nota. Dificultades para obtener un convenio con instituciones especializadas, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

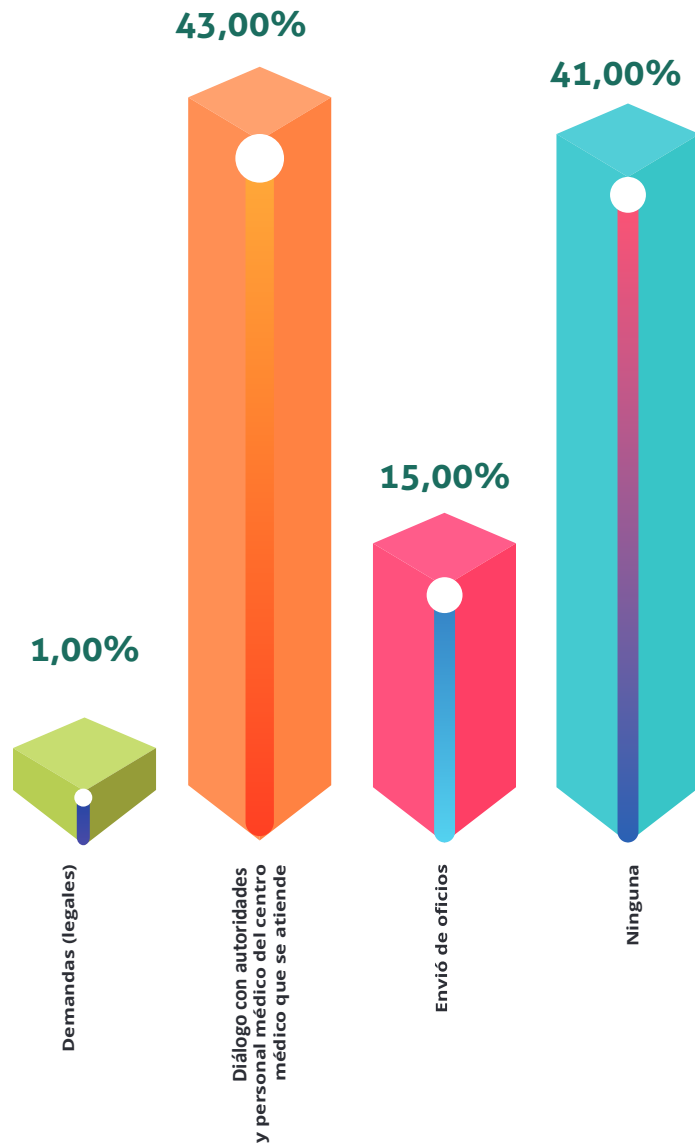
En el proceso de derivación se observa de acuerdo al gráfico que existe menor diferencia en cuanto a las dificultades, ya que quienes han presentado algún tipo de dificultad son el 47.52% y quienes no han padecido ningún tipo de dificultad es el 52.47% de pacientes.



Figura 67:

Acciones realizadas por los pacientes para la agilizar una derivación a un centro especializado.

Variable procesos normativos - referencia - Acciones del paciente - ¿ Qué acciones ha tenido que realizar para lograr el cumplimiento y agilidad en el proceso de referencia?



Nota. Acciones realizadas por los pacientes para la agilizar una derivación a un centro especializado, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

Para el proceso de derivación se observa que existe mayor proporción de pacientes que realizaron algún tipo acción para agilizar su derivación a un centro de salud especializado, en este caso 43% tuvieron algún tipo de diálogo con autoridades, 14% realizaron el envío de oficios y el 1% realizó un proceso de demanda legal, a diferencia del 41% de quienes no realizaron ninguna acción.



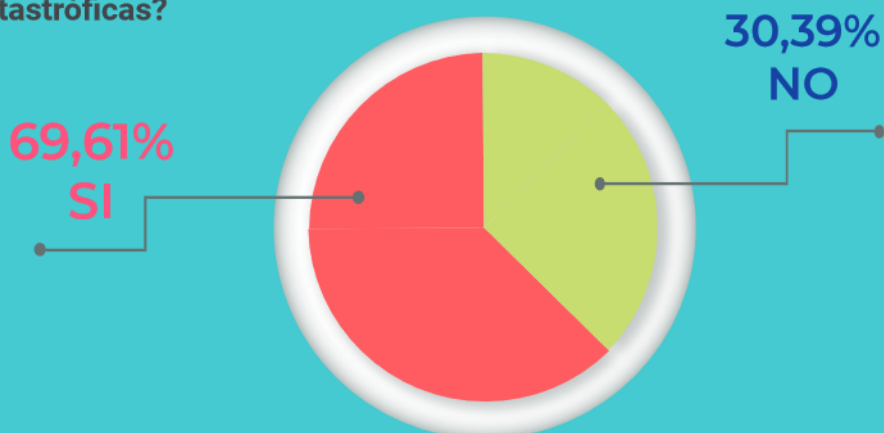
VARIABLE DERECHOS

La variable derechos describe el conocimiento que tiene cada paciente en la ciudad de Cuenca sobre sus derechos como persona con una enfermedad catastrófica, además de acciones que han afectado la garantía del acceso a una vida digna y salud de calidad.

Figura 68:

Conocimiento sobre las enfermedades oncológicas catalogadas como catastróficas.

Variable derechos - conocimiento del derecho de personas con enfermedades catastróficas - ¿Usted conoce que las enfermedades oncológicas (Cáncer) están catalogadas como enfermedades catastróficas?



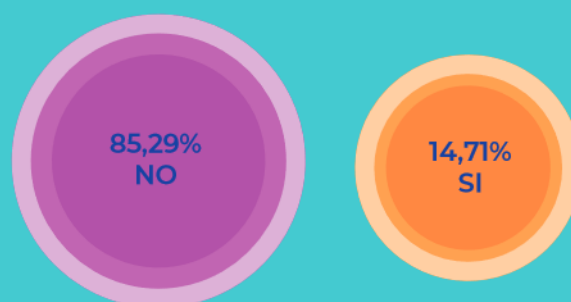
Nota: Conocimiento sobre las enfermedades oncológicas catalogadas como catastróficas, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

En el gráfico de pastel se observa que el 69.61% de la muestra encuesta conoce que el cáncer es catalogado como una enfermedad catastrófica, por otra parte, el 30.39% no conoce sobre esta misma premisa.

Figura 69:

Conocimiento de derechos hacia las personas con enfermedades catastróficas.

Variable derechos - conocimiento del derecho- ¿Conoce los derechos establecidos en la constitución del Ecuador para personas que padecen enfermedades catastróficas?



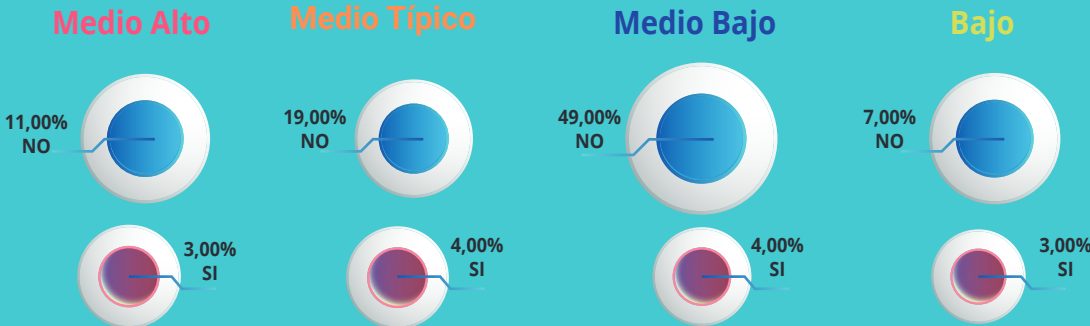
Nota. Conocimiento de derechos hacia las personas con enfermedades catastróficas, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo a al gráfica presentada se observa que el 85.29% de personas dicen no conocer los derechos establecidos para las personas con enfermedades catastróficas, complementando este dato es el 14.71% quienes dicen conocer los derechos que los amparan.

Figura 70:

Conocimiento de derechos hacia las personas con enfermedades catastróficas por su nivel socioeconómico.

Variable derechos - conocimiento del derecho- ¿Conoce los derechos establecidos en la constitución del Ecuador para personas que padecen enfermedades catastróficas?

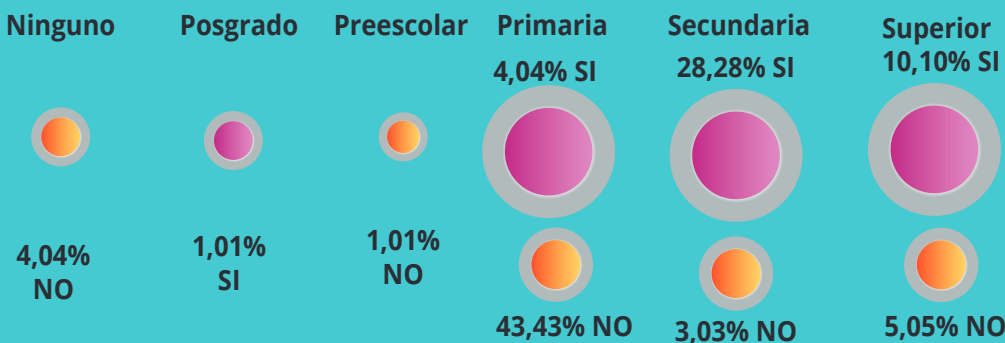


Nota. Conocimiento de derechos hacia las personas con enfermedades catastróficas por su nivel socioeconómico, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

La siguiente gráfica muestra el conocimiento que tienen pacientes sobre sus derechos de acuerdo a su quintil socioeconómico, siendo el quintil medio bajo el que menos conocimiento tiene con el 49% seguido del quintil medio típico con el 19%, por otra parte, existe una similitud de los quintiles entre el 3 % y 4% que dicen conocer su derecho.

Figura 71:

Variable derechos - conocimiento del derecho - nivel de instrucción - ¿Conoce los derechos establecidos en la constitución del Ecuador para personas que padecen enfermedades catastróficas?

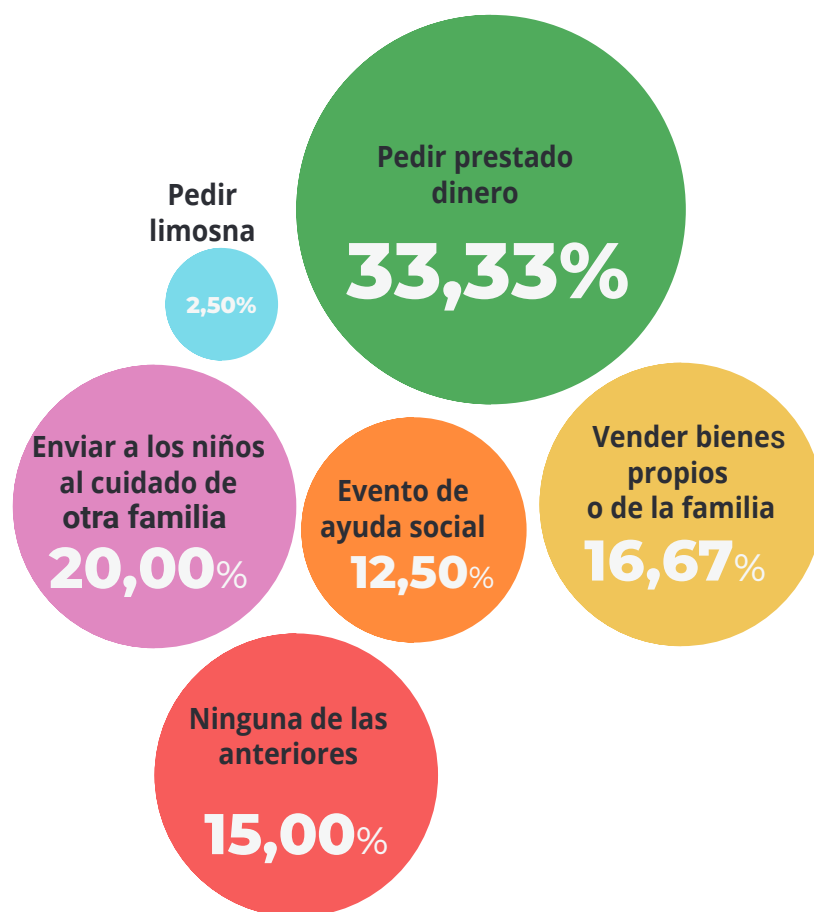


Nota. investigación ruta del paciente oncológico Cuenca

Figura 72:

Acciones realizadas para sobrellevar la enfermedad

Variable derecho - Vulneración de derechos - ¿Ha visto la necesidad de realizar alguna de estas acciones para afrontar la situación de su familia?



Nota. Acciones realizadas para sobrellevar la enfermedad, investigación ruta del paciente oncológico Cuenca.

De acuerdo al gráfico presentado se conoce que la gran parte de personas con enfermedades oncológicas han tenido que realizar algún tipo de acciones que permitan sobrellevar la enfermedad, la principal es pedir prestado dinero 33.33% seguido de enviar los niños al cuidado de familiares con el 20%, vender bienes propios de la familia 16.67%, eventos de ayuda social 12.50%, completa el porcentaje total las personas que no realizaron ninguna acción con el 15%.



8.

Conclusiones

¿Qué se puede decir de la ruta del paciente oncológico en la ciudad de Cuenca?



A partir de la investigación realizada se puede concluir lo siguiente:

Conclusiones de la característica del paciente

El nivel de instrucción de la muestra encuestada mayoritariamente se acumula en los escalafones de primaria y secundaria, igualmente es el grupo de mujeres el que tiene mayor número de pacientes en estos dos niveles, encontrando por lo tanto que los pacientes de Cuenca tienen en un menor porcentaje niveles de instrucción superior, siendo un factor que incide directamente en la forma de afrontar la enfermedad.

Los quintiles socioeconómicos de la muestra se encuentran acumulados en más de la mitad en el nivel medio bajo, y medio típico; es un dato importante que tiene una explicación a partir de que el medio de contacto con las y los pacientes fue gracias al acercamiento de organizaciones sociales de pacientes. Además de acuerdo los registros locales encontradas, son estas las poblaciones con mayor número de casos en Cuenca, permitiendo esto una descripción correcta de la muestra para el cantón.

Conclusiones de la caracterización de la enfermedad

La muestra encuestada tiene un mayor porcentaje de pacientes con cáncer de mama, tiroides y cérvico uterino, teniendo correspondencia con los tipos de cáncer más comunes en la ciudad de Cuenca de acuerdo a los registros locales. Estos pacientes asisten mayoritariamente de manera mensual a su médico, seguido de un periodo de visita entre 3 y 6 meses, teniendo así un contacto regular con el sistema de salud y con lo que implica el lograr obtener y asistir a su consulta.

Los pacientes oncológicos presentan en un gran porcentaje comorbilidad complejizando la atención que debe darse por cada caso, esto se ve sobre todo quienes superan los 46 años. Encontramos igualmente que al menos el 42% de la muestra tiene algún tipo de disminución en su capacidad de autocuidado, estos datos permiten tener una alerta en cuanto a la carga familiar y complejidad para realizar actividades cotidianas por parte de la persona afectada.

Igualmente, en temas de gastos relacionados a la salud los pacientes y su grupo familiar tienen egresos en su economía mayoritariamente en los rangos de 51 a 100 dólares y entre 100 a 500 dólares, lo cual complicaría satisfacer las necesidades básicas debido a que más de la mitad de la población se encuentra en un quintil socioeconómico medio bajo que no percibe en muchos de los casos más allá de los 600 dólares.

Conclusiones Ruta del paciente oncológico Cuenca

- El tiempo promedio de la ruta del paciente oncológico en la ciudad de Cuenca es de 8.9 meses, de acuerdo a la literatura revisada a nivel latino americana se encuentra en los márgenes de 6 a 10 meses que les toma a los sistemas de salud de países como Colombia y Perú. Por otro lado, se encuentra totalmente fuera del tiempo promedio que debería tomar una ruta del paciente ideal de 1 a 1,5 meses en promedio por pacientes.

-De igual manera son los factores geográficos y normativos que aumentan el promedio de meses de pacientes que habitan en zonas rurales y pacientes que han tenido dificultad en temas de referencia a centros médicos de mayor nivel, esto en promedio dos meses por cada caso.

- Si bien un promedio importante de pacientes se encuentra en el rango de 2 a 5 meses para atravesar los procesos de ruta del paciente, existe un grupo importante de pacientes que aumentan el promedio al tener hasta 33 meses de demora, por lo tanto, son los casos en los que el trabajo gubernamental debe intervenir con mayor probidad para garantizar el derecho a una atención de salud de calidad.

- De acuerdo a la hipótesis nula planteada en la investigación de percepción de Ruta del paciente oncológico Cuenca, se puede concluir que existe una influencia de las variables socioeconómicas, geográficas y normativas en el tiempo que le toma al paciente atravesar los procesos de prediagnóstico, diagnóstico e inicio de tratamiento. Siendo el factor socioeconómico el de mayor diferencia con al menos 5 meses de diferencia entre un quintil bajo y quintiles medio bajo y medio típico y más de 6 meses con quintiles medio alto y alto que significaría tiempo valioso en el afrontamiento de la enfermedad.

Conclusiones necesidades y dificultades.

-En Cuenca su sistema de atención de salud ha permitido afrontar de manera correcta procesos clínicos, sociales, psicológicos

y económicos a la mitad de la población oncológica, pero sin lugar a dudas por factores coyunturales como corrupción, ineficacia del sistema, pandemia, etc. Han provocado una desatención importante en la otra mitad de la población que ha visto su proceso de ruta del paciente complicado.

-El problema de la atención oncológica se ve complejizado debido a los diferentes subsistemas de salud en donde los pacientes han visto como mayores deficiencias la escasez de medicamentos y la dificultad para la obtención de citas médicas además de exámenes, en este sentido es importante el afrontamiento de la enfermedad en conjunto y como ciudad y no como lo es ahora con esfuerzos aislados y disminuidos que no contribuyan a la erradicación de todas las deficiencias.

-Los quintiles socioeconómico más bajos tiene mayores dificultades en su ruta del paciente desde el inicio con un prediagnóstico, debido a la poca información y acceso a sistema de salud que permita entender y detectar signos de riesgo. Pasando a un diagnóstico que depende sobre todo del sistema de salud pública que tiene una demora considerable en la derivación a centros de salud especializados, por último, el acceso a tratamiento se ve complejizado en todos los quintiles debido a centros de salud centralizados, siendo los únicos que atienden y muchas de las veces se ven copados.

-La ciudad de Cuenca y sus condiciones sociodemográficas, económicas y estructurales, permiten atender dificultades y necesidades a gran parte de los pacientes, aun así, no garantiza completamente a toda la población a estos derechos aumentando el tiempo promedio de la ruta debido a que los pacientes presentan necesidades económicas en todas etapas, obtención de citas médicas en un gran porcentaje y desconocimientos de procesos.

Conclusiones factores geográficos

-La mayoría de la población oncológica se traslada en bus urbano y taxi urbano por lo tanto se debe tomar especial atención

al servicio público masivo, el cuál debería tener las condiciones para una persona en condición de vulnerabilidad y adaptación a las necesidades propias de una persona que se traslada de manera recurrente a un centro de salud.

-El gasto de manera mayoritaria en temas transporte se da en el rango de 2 a 5 dólares y de 6 a 10 dólares, siendo en la suma mensual un gasto importante que debe realizar la persona para llegar a su lugar de atención. Además, el tiempo de traslado que le toma a la población oncológica llegar a su lugar de atención es entre a 10 a 30 minutos para quienes viven en la zona urbano y de 60 a 180 minutos con mayor proporción en las personas que habitan la zona rural.

Conclusiones factores normativos

Para la muestra encuestada conocemos que existe una paridad en cuanto a quienes han padecido dificultades en sus dos procesos tanto de referencia y derivación, dando a conocer que existen trabajo que realizar en al menos la mitad de la población para que logre realizar de manera eficaz su proceso de atención. Así mismo esta mitad de la población ha tenido que realizar acciones extra como el diálogo con personal médico o administrativo, y el envío de oficios para así acelerar su proceso de atención.

Conclusiones factores derechos

En el tema de derechos los pacientes conocen el significado de la implicación legal que se da al cáncer como una enfermedad catastrófica, pero por otro, lado la mayor proporción no conoce cuáles son sus derechos constitucionales. En este sentido, pacientes y familiares afectados por esta enfermedad han tenido que recurrir a acciones que pueden dejar en desprotección sus derechos, en mayor proporción el pedir prestado dinero, enviar a sus hijos a cuidado de familiares, vender bienes propios, etc. Todo esto pone en riesgo el bienestar personal y familiar de quienes afrontan esta enfermedad en la ciudad de Cuenca.



9.

Recomendaciones

¿Qué se puede recomendar?



- El promedio de tiempo de ruta de la paciente oncológico en Cuenca debe ser disminuido de manera general, planteando una meta de no más de 1 a 3 meses para hacer su ruta, por medio de acciones preventivas de capacitación a la ciudadanía en cuanto a la detección de signos de alerta y hábitos de autocuidado, logrando tener detecciones oportunas. Además, es indispensable contar con acciones particulares en casos extraordinarios en temas de deficiencia económica, situación geográfica rural, nivel instrucción bajo, que son factores que han provocado que las personas afectadas por la enfermedad tengan una demora de más de 2 años en ser totalmente atendida.

-Fortalecer la atención primaria en toda la ciudadanía enfocada en los tipos de cáncer mediante campañas dirigida y otras acciones que ayuden a concientizar sobre la necesidad de diagnóstico oportuno de estas enfermedades y las afectaciones a vida personal y familiar en caso de la postergación del diagnóstico y tratamiento.

-Generación de protocolos interinstitucionales e integrales de atención a los pacientes identificando necesidades sociales, psicológicas, niveles de complejidad que permitan atender de manera eficiente a las y los pacientes oncológicos y permita tener seguimiento constante del proceso a seguir.

-Construcción de material informativo digital y físico que permita tener información en general para pacientes que inician el proceso de atención del cáncer, además contactos oportunos de apoyo en el catón, líneas de ayuda, organizaciones de pacientes, sugerencias y recomendaciones que pueda seguir el paciente. Además, una guía de cuáles son los diferentes procesos que debe afrontar la persona y familia en la situación clínica y social.

- Activación de puntos de apoyo ciudadano en instituciones que atiendan la enfermedad que cuenten con información en temas de salud y que brinden información oportuna a pacientes y familiares afectados por el cáncer, además de apoyo psicológico, guía del espacio y seguimiento del proceso.

-Construcción de una agenda local el cáncer que permita el fortalecimiento de la participación ciudadana y organización social para la difusión de derechos de las personas con enfermedades catastróficas, contar con espacios de discusión académica y ciudadana, formando a pacientes a ciudadanía en general en temas de derecho y exigencias de la garantía de una calidad de vida.

- Generar espacios de observancia y veeduría ciudadana y desde la academia que permita conocer el estado actual de las instituciones que atiendan el Cáncer en el cantón, así como la propuesta fundamentada en variables medibles a largo plazo. Siendo el sustento de mesas de trabajo que respondan a cambios y mejoras necesarias en el sistema de salud.

-Propuesta de política pública local que permita tener ciudades que prevengay combatan el Cáncer, además de condiciones para personas que ven afectadas por enfermedades catastróficas, tanto en transporte, servicios públicos de atención, educación, seguridad.

-El trabajo como ciudad en la Ruta del paciente debe estar dirigido a tratar el cáncer como un todo y desde la integralidad, debido a que la mayoría de la población ha comentado que su mayor complejidad ha sido el tema socioeconómico no solo al tener que cubrir gastos propios de la enfermedad sino a gastos cotidianos, considerar esta situación permite generar redes apoyo complementarios en el momento que el paciente y su familia lo necesitan logran ser diagnosticados de manera oportuna por la falta de acceso al servicio de Salud.

- En el marco de sus atribuciones y competencia, el GAD del cantón Cuenca continúe desarrollando acciones para fortalecer la prevención y promoción la atención a personas con cáncer a través de instancias como Hospital de la mujer y del Niño, el Consejo de Salud, Farmasol entre otras.

-Considerar la realización de grupos focales con expertos para determinar las implicaciones reales en la vida de las y los pacientes y sus familias, con base en los nudos críticos identificados en la Ruta del paciente oncológico Cuenca, así como las implicaciones económicas en el Sistema de Salud Pública por las deficiencias en el diagnóstico oportuno.

-Generar posteriores investigaciones para indagar sobre la activación de garantías constitucionales ante la vulneración de los derechos de pacientes oncológicos y otras enfermedades catastróficas y de alta complejidad.



10

Bibliografía



- Borrell, C. (2015). Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud.
- Bonilla Sepúlveda, Óscar A. (2020). Inequidades en la atención del cáncer de mama en Colombia: revisión sistemática. *Medicina UPB*, 41(1), 29–37. <https://doi.org/10.8566/medupb.v41n1.a05>
- Campoverde, F., Campoverde, N., García, K. (2020, diciembre 31). La tasa de Mortalidad General del Ecuador del INEC subestima erróneamente al Cáncer. Artículo Original. *Oncología (Guayaquil)*, 30 (3), 178–191. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1145392/488-textos-fuente-1981-1-10-20210102.pdf> [2022, septiembre 5].
- Castro, G., Correa, A., Castro, G., Correa, A., y Estrada, SM. (2020). EPropuesta de ruta integral de atención en salud de cuidados paliativos en Colombia.
- Camargo Silvia, Santiesteban Ginna, (2022). Héroes del Cáncer. *Revista Semana*. <https://especiales.semana.com/cancer/index.html>
- Celentano, D., y Szklo, M. (2019). *Gordis. Epidemiología* (6a ed.). Elsevier. <https://books.google.es/books?id=38nSDwAA-QBAJ&lpg=PP1&ots=HKwI31SHFr&dq=que%20es%20la%20epidemiologia&hl=es&pg=PR4#v=onepage&q&f=true>
- Determinantes sociales de la salud.(s/f.). Paho.org. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> [2022, junio 27].
- Dos Santos, I. (1999). *Epidemiología del Cáncer: Principios y Métodos*. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer Organización Mundial de la Salud.
- El Universo, (2020). Pacientes con enfermedades catastróficas se complican sin sus tratamientos; organizaciones piden solución en hospitales del MSP y del IESS. *El Universo*. <https://www.eluniverso.com/guayaquil/comunidad/pacientes-con-enfermedades-catastroficas-se-complican-sin-sus-tratamientos-organizaciones-piden-solucion-en-hospitales-del-msp-y-del-ies-s-nota/>
- Estrategia Nacional Contra el Cáncer Cuba (2016). PROGRAMA INTEGRAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN CUBA. https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CUB_B5_CUB_Estrategia_cancer.pdf
- GEPAC. (2019). Informe Encuesta sobre el Cáncer en España. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/INFORME-SUPERVIVIENTES.pdf>
- Globocan 2020. (2021, Marzo 8). Number of new cases. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>.
- Martínez, F., Abril, L., y Pérez, M. (2015, Octubre 26). Epidemiología del cáncer en Cuenca 2005-2009. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA Núcleo de Cuenca. Recuperado de <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/PUBLICACION-CU-2005-2009.pdf>
- Mejía, A., Sánchez, A., y Tamayo, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a05.pdf>
- Ministerio de salud pública. (2017, Abril). ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER EN EL ECUADOR. aplicaciones.msp.gob.ec. Recuperado de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_0059_2017.pdf [2022, junio 13].
- Observatorio de Lucha Contra el Cáncer y Acuerdo Contra el Cáncer OECE. (2021). Observatorio Ciudadano para el cumplimiento de las políticas públicas de la lucha contra el cáncer y enfermedades catastróficas.
- Registro de Tumores Cuenca (Ed.). (2020). *Epidemiología del cáncer en Cuenca* (1st ed.). Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA Núcleo de Cuenca. <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/PUBLICACION-CU-2005-2009.pdf>
- INSITUM y Roche (2016). Proyecto Woman: Informe final. <https://diagnostics.roche.com/es/es/products/product-category/women-s-health.html>