



**Universidad Autónoma
de San Luis Potosí**



**Facultad de Enfermería y Nutrición
Maestría en Salud Pública**

**Las acciones de prevención y detección oportuna del cáncer de
mama: una evaluación cualitativa desde la perspectiva de las
mujeres en riesgo**

Tesis

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

PRESENTA:

LE. Griselda Puente Martínez

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Luz María Tejada Tayabas

RESUMEN

Objetivo: Examinar las características y funcionamiento de las acciones de prevención y detección oportuna del cáncer de mama implementadas en los centros de salud de la jurisdicción No.1 de los servicios públicos de San Luis Potosí, considerando la perspectiva de las mujeres en riesgo. **Metodología:** Se llevó a cabo una evaluación cualitativa con enfoque etnográfico en tres CS. Fueron incluidas 53 usuarias de los servicios sin patología cancerígena mamaria presente. Se realizaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas, se transcribieron las grabaciones y se efectuó análisis de contenido convencional con apoyo del programa ATLAS TI 5.2. **Resultados:** Se identificaron cuatro rutas de operación del programa: consulta general, servicio exclusivo o de apoyo, actividades conjuntas de los dos primeros y campañas de detección oportuna; siete categorías de evaluación de las acciones: a) accesibilidad a las acciones; b) acciones de consejería; c) acciones de detección; d) éxito de las acciones; e) resultados de las acciones; f) sugerencias y: g) opinión general de la atención. **Conclusiones:** El éxito de las acciones depende principalmente del programa PROSPERA que acerca a las mujeres a los servicios, de la atención a CaMa y de la regularidad de las consultas. El acceso a las acciones se ve limitado por la organización de las instituciones, la falta de recursos humanos y de infraestructura. El inicio y adherencia a estas acciones es diferente para las mujeres que tienen seguro popular, PROSPERA o no se encuentran afiliadas a ninguno de ellos.

Palabras clave: neoplasias de la mama, programas nacionales de salud, prevención primaria; calidad, acceso y evaluación de la atención de salud, investigación cualitativa

ABSTRACT

Aim: To examine the characteristics and performance of all prevention and early detection of breast cancer activities implemented in health centers of jurisdiction number one on Health Public Services of San Luis Potosi, considering the perspective of women at risk. **Method:** It carried out a qualitative evaluation with an ethnographic approach in three health centers of SLP, it was included 53 women who used the prevention and early detection of breast cancer without cancerous breast pathology present. Focus groups and individual semi-structured interviews were conducted, recordings were transcribed and information was analyzed in the ATLAS TI 5.2 program. It was processed by performing conventional content analysis. **Results:** Four routes of program operation were identified: general consultation, exclusive service or support, joint activities, and campaigns of early detection; seven categories of evaluation about the actions were identified a) accessibility to testing and counseling actions; b) elements related to the success of the actions; c) results of actions; d) suggestions and: e) general view about care. **Conclusions:** The success of the program depends primarily on actions PROSPERA that brings women toward services, breast cancer attention and the regularity of consultations. Access to shares is limited by the organization of institutions, lack of human resources and infrastructure. The start and adherence to these actions is different for women who have popular insurance, PROSPERA or that otherwise have no program affiliation.

Key words: breast neoplasms, national health programs, primary prevention; health care quality, access, and evaluation, qualitative research

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lourdes Martínez de la Vega y los servicios de salud de San Luis Potosí por la atención prestada para implementar el trabajo de campo.

Agradezco a mi directora de tesis la Dra. Luz María Tejada Tayabas por seguir en el camino conmigo hasta este trabajo final.

DEDICATORIAS

Le dedico este trabajo a Carlos, a mi familia: Ma. Francisca Martínez Ipiña, Flor Isabel Puente Martínez, a mis amigas Susana y Betsabé por ser mi apoyo.

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIAS	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
I.INTRODUCCIÓN	1
II.JUSTIFICACIÓN	4
III. MARCO TEÓRICO	8
3.1Tendencias del CaMa en el mundo	8
3.2 Historia del CaMa y su tratamiento	9
3.3 Prevención y detección oportuna del CaMa	11
3.4 Factores de riesgo para desarrollar CaMa	13
3.5 Repercusiones del CaMa en la mujer enferma y la familia	15
3.6 Políticas en México para la atención del CaMa	16
3.6.1 Programa de acción específico prevención y control de cáncer en la mujer: 2013-2018	16
3.6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama	17
3.7. Estado del conocimiento sobre prevención y detección del CaMa	19
3.7.1 Estudios sobre el impacto del cribado en el desarrollo del CaMa	19
3.7.2 Estudios sobre la relación de los costos de la detección con la atención del CaMa	20
3.7.3 Estudios sobre los facilitadores y barreras para la detección de CaMa	22
3.8 La evaluación cualitativa, sus fundamentos y utilidad para la mejora de los programas y servicios de salud	23
IV. OBJETIVOS	26
4.1 General	26

4.2	Específicos	26
V	METODOLOGÍA.....	27
5.1	Tipo de Estudio	27
5.2	Selección del área	27
5.3	Informantes	28
5.4	Criterios del estudio	30
5.6	Recolección de información.....	30
5.7	Técnicas.....	32
5.8	Procedimientos	35
5.9	Análisis de datos	36
V.	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES (ver Anexo 2)	38
VII.	RESULTADOS.....	40
7.1	Roles en las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa.	40
7.2	Las rutas de y funcionamiento de las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa.....	44
7.3	La información con la que cuentan las usuarias respecto a las acciones de prevención y detección del CaMa.....	52
7.4	Accesibilidad a las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa..	54
7.5	Percepciones sobre el diagnóstico oportuno.	64
7.6	Elementos relacionados con el éxito de las acciones	68
7.7	Resultados de las acciones.....	75
7.8	Opinión general de la atención.....	76
7.9	Sugerencias de las mujeres hacia el programa de CaMa.....	78
VIII	DISCUSIÓN.....	80
IX	CONCLUSIONES.....	93
X	RECOMENDACIONES	94
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipología de tres centros de salud según infraestructura y operación del PAEPCCM relatadas por las usuarias en riesgo, San Luis Potosí, 2015.	28
Tabla 2 Distribución de usuarias entrevistadas por unidad de estudio y tipo de informante, mayo-octubre 2016, San Luis Potosí.	29
Tabla 3 Entrevistas realizadas en los centros de salud pertenecientes a la jurisdicción sanitaria #1 de mayo a octubre del 2015.....	31
Tabla 4 Categorías obtenidas en el análisis	101

I.INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha suscitado un incremento considerable de la morbilidad crónico degenerativa que marcó a su vez una tendencia al cambio en las causas de mortalidad en México. Hace setenta años las causas de enfermedad transmisibles reportaban más muertes a nivel general y en el 2012 fueron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos los que tomaron los primeros lugares(1). Tal es la importancia que ha tenido la situación descrita que se diseñaron programas específicos para combatir las enfermedades que más afectan a la población(2).

La prioridad de los programas de salud y los estudios sobre la carga de la enfermedad están determinados por la incidencia y prevalencia de las patologías, en el caso específico del cáncer de mama (CaMa), la morbimortalidad en la mujer es de mayor impacto y trascendencia que en el hombre, así como por su impacto social. Por lo tanto, se requiere de un abordaje particular y enfocado para atender esta situación.

En México el CaMa es la principal causa de muerte por tumores malignos en las mujeres, consigo trae un impacto negativo en general en la vida de quien lo padece, es de difícil tratamiento y se han creado una serie de creencias en torno a la patología. Se le atribuye un significado negativo en la sociedad al unir los aspectos biológicos, sociales y psicológicos involucrados en su desarrollo, por lo que es importante impulsar las acciones que ayuden a la prevención y disminución de casos y secuelas de la misma. En México existe el *Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer en la mujer:2013-2018 (PAEPCCM)*, en el cual se establecen los lineamientos para su control (Prevención, detección oportuna, tratamiento)(2).

Tradicionalmente la evaluación de los programas de gobierno se basa en el cumplimiento de metas, las cuales se establecen desde el diseño del programa a fin de prever la evaluación del mismo en cuanto a cumplimiento y avance, no obstante, desde éste enfoque se excluye el proceso por el cual se obtuvieron esos resultados. Es decir que la forma en que se implementa el programa, cómo se coordinan los diferentes elementos dentro del sistema de salud para otorgar la atención y cómo la mujer percibe el funcionamiento del mismo esta fuera del enfoque tradicional de la evaluación.

Es de gran valor tener en cuenta la perspectiva de los actores implicados en los procesos de la atención, dado que son factores identificados en esta etapa los que pueden afectar o facilitar la disposición de los usuarios a integrarse a las actividades, ya que todos ellos son elementos asociados con la calidad del programa y con la participación de las personas. En ese sentido la evaluación cualitativa (EC) se interesa por el funcionamiento y la dinámica interna de los programas y acciones dirigidos a la atención, exponiendo sus fortalezas y debilidades, así como las alternativas de mejora, todo ello considerando la propia perspectiva de los actores implicados en el programa a evaluar(3).

En este caso serán las mujeres en riesgo usuarias de las acciones de prevención y detección oportuna de CaMa quiénes evalúen el programa. La EC se sustenta en los métodos de investigación cualitativa, pero se distingue por su interés particular en los problemas prácticos de la realidad y porque los resultados constituyen juicios de valor sobre el programa o acciones a evaluar. Así mismo, los resultados pueden ser de utilidad para modificar la agenda política y para influenciar posibles cambios en los programas o acciones(3).

En general los resultados de este tipo de estudios brindan información útil no solo para diseño y planeación de programas, sino para implementar acciones que ayuden a su efectividad, por lo que se usará para evaluar las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa en el presente proyecto, el cual se

deriva de uno mayor denominado *Evaluación cualitativa del programa específico de acción para cáncer de mama en San Luis Potosí*, desde la perspectiva de las mujeres y el personal de salud, sin embargo tiene sus propios objetivos y directrices de trabajo.

El presente informe incluye los apartados sobre la justificación del estudio en la que se mencionan los argumentos que sostienen la propuesta y desarrollo de la investigación. Se describe de manera sustancial el marco teórico para darle fundamento conceptual a la tesis. Así mismo se presentan los objetivos, la metodología con la que se desarrolló, en la que se incluyen la selección de informantes, técnicas e instrumentos utilizados. Se menciona también el enfoque que siguió el estudio.

Respecto a las consideraciones éticas y legales se incluyen la compatibilidad del estudio con la normativa de investigación. Contiene también las secciones de resultados y discusión donde se aborda a detalle los hallazgos de la investigación. Finalmente se mencionan las conclusiones y recomendaciones respecto al estudio y su avance.

II.JUSTIFICACIÓN

Según estimaciones de la OMS, en el mundo las tres principales causas de muerte por cáncer en las mujeres son: el cáncer de colon, de pulmón y el CaMa. Éste último con 1.67 millones de nuevos casos anuales es el más común, suma el 25.2% de todos los cánceres femeninos. En 2012 se registró una tasa de morbilidad mundial de 43.1/ 100,000 casos y una mortalidad de 12.9/ 100, 000 casos con 521, 917 muertes. Su desarrollo no es homogéneo, cambia de país a país y entre las distintas poblaciones, así como dentro de los diferentes grupos de edad, como lo muestra la tasa de 27/100,000 casos en la región de África Media y de 92/100,000 en la región de Norte América, menor en esta última región(4).

La incidencia anual de 882,949 casos en los países subdesarrollados (países de bajos y medianos ingresos) es ligeramente más elevada que en los desarrollados (regiones de altos ingresos) donde es de 788,200, ambas muy similares, sin embargo, al analizar por tasas 73.4/100,000 y 31.3/100,000 respectivamente, las cifras son muy diferentes. Estas cifras no reflejan el mismo impacto en las poblaciones, en el 2012 ambas presentan una mortalidad diferente con 324 mil 289 y 197 mil 618 decesos cada una (tasas de 15.4/100,000 y 11.5/100,000 en orden)(4). Los datos muestran un daño mayor en los países de bajos ingresos, probablemente debido a las dificultades en la disponibilidad, acceso a servicios de detección, diagnóstico oportuno y mejores tratamientos a diferencia de las facilidades en estos rubros en los países de mayor ingreso(5).

En México el CaMa presentó una tendencia al incremento, la tasa tuvo una transición de 11.7 / 100,000 fallecidas en 1980 a una tasa de 17/100, 000 en 2009(6), pasó de ser la causa número 15° de defunción en 1980 a ser la segunda causa en el 2012(7). La incidencia estimada de CaMa para México es de 20 mil 444 casos en el 2012(4) con 5 mil 680 muertes , es decir 9.7/100,000 decesos en el año(4) y se proyecta que para el 2025 habrá un incremento importante en la incidencia y mortalidad con 30,993 casos nuevos y 9,013 fallecidas (4).

En San Luis Potosí, durante el 2011, la principal causa de egreso hospitalario en las mujeres de 20 años en adelante se debió al CaMa. El 24.6% de los tumores malignos registrados fueron por este padecimiento, se posicionó como segunda causa de muerte con 12/100,000 fallecidas y como la primera causa de morbilidad hospitalaria al ocasionar 55/100 casos registrados en las mujeres de 40 a 59 años(8). Esta tendencia ascendente de la mortalidad por CaMa podría deberse entre otros factores, a las carencias de infraestructura para el tamizaje y tratamiento, y algunas limitaciones para que las mujeres acudan regularmente a los servicios de cribado, lo que da como resultado las dificultades en cuanto a detección y manejo oportuno de esta neoplasia en el país(9).

En respuesta a lo anterior se realizan y fortalecen programas de control del CaMa, sin embargo, su cobertura ha sido pobre hasta el momento. De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012* (ENSANUT) sólo un 36.31% de las mujeres de 20 años o más acudió a exploración clínica de mama (ECM). En el caso de la detección de CaMa a través de medios de diagnóstico, tan sólo un 15% de las mujeres de 40 a 49 años y un 26% de 50 a 69 años acudió a realizarse una mastografía (MG) en el año previo a la encuesta(10), porcentajes reducidos que muestran una baja asistencia a las acciones de prevención y detección oportuna.

Esta patología resulta muy relevante en las tendencias mundiales de morbimortalidad ya que afecta a millones de mujeres cada año, sin embargo, es preciso también mencionar que influye de manera directa en otros sentidos en la vida de la mujer que la padece y su familia. Es considerada una de las enfermedades crónico degenerativas que causa una cantidad importante de años ajustados por discapacidad en la mujer a nivel mundial (504.9/100,000)(11), entre otras repercusiones que hacen de esta patología un proceso extendido y de difícil afrontamiento.

Hasta ahora no ha sido posible cambiar o modificar algunos de los factores de riesgo, por ello a fin de disminuir las tasas de mortalidad y evitar un mayor impacto

en la vida de la afectada, lo único que puede hacerse es implementar un programa definido que integre intervenciones focalizadas, basado en la prevención primaria (consejería, fomento de estilos de vida saludables) y prevención secundaria a través de métodos de detección precoz (el diagnóstico precoz y el cribado) (2).

En México fue hasta el año de 1990 que este tipo de cáncer fue considerado un problema de salud prioritario y se emitió la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2- 1994, para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero(12). Los respaldos legales para el control del CaMa por sí mismos no garantizan aún que la mujer reciba las actividades necesarias. Para reducir la mortalidad e incrementar la supervivencia al CaMa el programa debe crearse con base en las necesidades de la población, tener recursos dedicados y garantizar la calidad de los servicios, que se establezcan protocolos y guías consensuados para las actividades de tamizaje.

Es necesaria una garantía en la calidad del programa para evitar el alejamiento de las mujeres en riesgo ya que sus conductas y reacciones ante la organización de los sistemas de salud dependen en cierta medida de las experiencias por las que hayan pasado en ellos, las percepciones y creencias que han desarrollado a lo largo del uso del sistema.

Se han descrito limitantes para acceder a los servicios de salud desde la perspectiva de las mujeres enfermas, sobre aspectos de la calidad que permean en la población y que no son evaluados. En la literatura revisada no se identificaron estudios específicos que evalúen las acciones de prevención y detección oportuna de CaMa en México desde la perspectiva de las mujeres en riesgo.

Por lo que en palabras de Julio Frenk:

“...debe haber miras hacia entender y actuar a la par de la cultura, donde las mujeres al verse disminuidas y afectadas por la posible aparición de la

enfermedad se ocultan, se niegan a ir al médico y realizarse las revisiones necesarias, temerosas de ser abandonadas por sus conyugues al saberse enfermas, lo que crea la necesidad en los países en desarrollo de combatir la ignorancia, hacer frente al estigma y luchar contra la discriminación y el machismo que influye en las conductas de la mujer.” (13)

En un estudio previo sobre el tema en San Luis Potosí se identificó que una de las principales debilidades del programa de acción para CaMa ocurre en el período de detección y diagnóstico oportunos, lo que pudiera explicar la identificación de la enfermedad en estadios avanzados y la alta mortalidad por ésta causa(14). Por lo cual se consideró necesario profundizar en ésta fase del proceso de atención para obtener evidencias y establecer alternativas para mejorar las acciones de control oportuno.

En este estudio se examinaron desde la perspectiva de las mujeres en riesgo las características y funcionamiento de las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa implementadas en los servicios públicos de primer nivel en S.L.P.

El trabajo estuvo orientado por las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles fueron las características y funcionamiento de las acciones de prevención y detección oportuna de CaMa en los servicios públicos de primer nivel en S.L.P., desde la perspectiva de las mujeres en riesgo?

¿Cuáles fueron las barreras y facilitadores institucionales para el acceso de las mujeres en riesgo a las acciones de prevención y detección oportuna de CaMa en los servicios públicos de primer nivel en S.L.P.?

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Tendencias del CaMa en el mundo.

Como se ha mencionado, el CaMa es la primera causa de muerte entre las mujeres en el mundo, en los cinco años previos al 2013 6.3 millones de mujeres fueron diagnosticadas y se estima que se ha incrementado un 20% la incidencia desde el 2008 y a la par la mortalidad ha incrementado un 14%, hasta el grado de llegar a padecerlo una de cada cuatro mujeres que tiene algún tipo de cáncer.

Es la causa de muerte más común en las mujeres y la primera causa de diagnóstico por cáncer en 140 de 184 países en el mundo. Tal es el impacto, que lidera las causas de muerte también en los países subdesarrollados, a pesar de ser una enfermedad considerada de primer mundo, debido a los contextos que favorecen su aparición(15). Se aprecia con lo anterior, que la mortalidad entre las regiones del mundo por esta causa es menor que la incidencia, condición más evidente en los países desarrollados, ello debido a la supervivencia más favorable para la población que cursa con CaMa en esas regiones, dado que los casos son diagnosticados oportunamente y el tratamiento es conservador y más efectivo en las primeras fases de la enfermedad.

Se observa que la mortalidad por esta causa es muy similar entre las regiones a pesar del mayor número de casos en algunas de ellas, tal es el caso de Europa Occidental con tasas de mortalidad de 16.2/ 100,000 en donde la incidencia de CaMa es de 156,045 a diferencia de África oriental en donde la cifra es de 15.1 /100,000 habitantes pero con una incidencia de 33,472, lo que corrobora el reflejo en las estadísticas sanitarias de mejores opciones de atención para este padecimiento en los países de ingresos altos(4).

Los 10 países desarrollados con la mayor incidencia de CaMa, en orden de importancia son: Bélgica, Dinamarca, Francia, Los países bajos, Bahamas, Islandia, el Reino Unido, Barbados, Estados Unidos de América e Irlanda. Siete de estos países están en la lista de las 10 naciones con mayor número de

sobrevivientes cinco años después de la fecha del diagnóstico. En Estados Unidos de Norteamérica hubo la mayor sobrevivencia y la menor fue en África y Asia, cuestiones que pueden relacionarse con lo dicho anteriormente: la atención y seguimiento de la patología en las diferentes áreas(16).

En general esta realidad indica que los países subdesarrollados se perfilan en estilos de vida similares a los países desarrollados, con avances económicos y sociales que dan como resultado un incremento en los cánceres asociados con factores alimenticios, reproductivos, y hormonales. Este incremento se ha dado en la mayoría de las regiones del mundo, pero hay una gran cantidad de inequidades entre los países de bajos y altos ingresos, lo que desencadena que la mortalidad cobre más vidas en estos últimos a pesar de tener incidencias similares a los países desarrollados(15).

3.2 Historia del CaMa y su tratamiento.

El CaMa es el “*crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse*”, es una enfermedad antigua ya conocida y descrita por los egipcios en el 300 a.C., en el papiro de Ebers encontrado por Edwin Smith, donde se describen ocho casos de tumores o úlceras en la mama. En el escrito se afirma que no existía tratamiento para estos signos, aunque en uno de los casos se habla de usar la cauterización. En otros vestigios acerca de este tema, en Asiria hacia el 2000 a.C. documentos solo señalan de la existencia de este padecimiento y en la India se mencionan los tratamientos usados como la escisión quirúrgica, la cauterización y el uso de compuestos de arsénico(17).

Los primeros romanos también incursionaron en el tratamiento al realizar una extensa labor de cirugía en este mal, incluyendo la eliminación de los músculos pectorales. Sin embargo, Galeno continuó con el trabajo de Hipócrates cambiando su teoría de los 4 humores, agregó que el CaMa era causado por un exceso de bilis negra; este concepto lidio bien con la idea de curar a las mujeres, él continuó

con la extirpación y extracción de los tumores con parte del tejido sano circundante a las heridas, Leonidus agregó la cauterización y éste método se continuo por aproximadamente 1000 años después de sus enseñanzas(17).

Hacia la edad media no hubo muchos avances, la iglesia rechazó la cirugía como tratamiento y dejó solo el uso de la cauterización mediante calos y cáusticos. Hubo una variedad de otros remedios tópicos y la compresión de la mama entre placas de plomo para su tratamiento, existía y era identificado el CaMa, sin embargo, con lo descrito anteriormente no había manera o estructuración en el Estado para orientar a la población y desmitificar la enfermedad como castigo divino.

En adelante se identificaron más casos de este tipo y John Haunter describe su inicio posiblemente de un sistema linfático defectuoso y coagulado. En Francia el cirujano Henry LeDran describe en 1757 la idea de que el cáncer tiene un inicio delimitado, local y que posteriormente entra a la circulación del cuerpo, esta teoría da la pauta para pensar que, si se trata a tiempo, el CaMa era curable(17).

Si bien no existían los medios ni el conocimiento para determinar que es una enfermedad recurrente y distinta a las demás, los avances desarrollados en conocimiento iban dirigidos a lo que se conoce actualmente, que una vez identificada la patología se trataba de retirar el tejido causante de su diseminación; hacia el siglo XIX los médicos comenzaron a cuestionarse acerca de las intervenciones, las secuelas relacionadas y la necesidad de tratamientos menos radicales.

Fue así que a finales del siglo XIX con los avances médicos se descubrió que este cáncer es dependiente de hormonas, determinación que fue confirmada con el pasar de los años, y abrió un nuevo paso a la restauración de la salud(17). Una vez en el siglo XX se confirmó el efecto de las radiaciones sobre los tumores, se organizaron estudios con la combinación de las técnicas y la definición de cual es mejor en cada caso y así se han implementado hasta la actualidad los tratamientos. No obstante, no hubo avances significativos para la prevención y

detección oportuna, la atención se limitó a tratar los signos y síntomas ya establecidos.

3.3 Prevención y detección oportuna del CaMa

En concordancia con la relativa nueva importancia en el del siglo XX, al inicio del nuevo siglo en el 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el documento *“Programas nacionales para el control del cáncer”* donde hace referencia a las estrategias que deben seguirse para tal tema en todos los países, da especificaciones propias para aquellos cánceres a los cuales ya se tienen establecidas medidas de identificación, diagnóstico y tratamiento, como lo son el CaMa y el cáncer cervicouterino (CaCu)(18).

La OMS detalla los cuatro enfoques básicos para la integración de los programas: la prevención, la detección temprana u oportuna, el diagnóstico/tratamiento y los cuidados paliativos, de los cuales para fines del presente escrito se detallarán más a fondo los primeros dos. La prevención del cáncer necesariamente se relaciona con disminuir la exposición a los agentes causantes de la patología, y reducir en el individuo la sensibilidad a estos agentes y reducir sus efectos, se debe centrar no solo en disminuir los factores de riesgo asociados a la enfermedad sino también en incrementar los factores protectores que pudiesen aumentar las probabilidades de éxito frente a este mal(18).

En cumplimiento de las acciones de prevención de cualquier tipo de cáncer se enfatiza controlar el uso del tabaco, fomentar y seguir una alimentación adecuada, realizar actividades físicas, evitar la obesidad, reducir la ingesta de alcohol, disminuir la exposición ambiental y ocupacional a sustancias carcinógenas, continuar la lucha contra la equistosomiasis, la vacunación contra el Hepatitis B, evitar exposiciones prolongadas al sol y finalmente la educación en relación a los factores sexuales y reproductivos vinculados al cáncer, a criterio de esta autora el principal tema a tratar cuando se habla de CaMa es la educación(18).

Resulta oportuno destacar que en la prevención del CaMa la enseñanza sobre la identificación de los principales signos y síntomas de la enfermedad se usan en algunos escenarios con insuficiencia de recursos debido a la búsqueda en la ampliación de la cobertura ya que es una alternativa de bajo costo, contribuye a que sea más fácil el diagnóstico oportuno y el tratamiento temprano.

Al igual que la prevención, la detección temprana es uno de los pilares en la búsqueda de reducir el avance del cáncer. Se fundamenta en identificar la enfermedad en etapas tempranas de su ciclo biológico y para su operación consiste en diagnosticar precozmente en las poblaciones sintomáticas y en las poblaciones en riesgo la realización de tamizaje(18).

El tamizaje o cribado incluye según la OMS el autoexamen de mamas (AE), ECM y la realización de procedimientos de imagen (ultrasonido US, MG, resonancia magnética y aún en investigación el ultrasonido tomográfico computarizado)(19). La ECM y AE se utilizan a menudo en la práctica debido a la carencia en la cobertura de otras pruebas, ambas tienen las indicaciones de búsqueda de signos y síntomas asociados a CaMa en las mujeres. Se espera que la mujer o el personal identifiquen precozmente anomalías que señalen el CaMa y puede ser una estrategia de ayuda en los contextos donde la población no tiene elementos para identificar estas alteraciones(18).

Después sigue la utilización de pruebas de imagen, estas son la mamografía, que puede usarse como tamizaje y como diagnóstico. La primera es aplicada a mujeres aparentemente sanas en búsqueda de indicios de cáncer y la segunda a mujeres con resultado sospechoso en la evaluación diagnóstica o que acudieron con síntomas clínicos de patología mamaria; la diferencia entre ellas radica en que la de tamizaje es dirigida en búsqueda de anomalías sin datos que lo indiquen(18).

Si bien no todas las acciones descritas son del todo confiables aumentan la probabilidad de identificar síntomas más que si no se utilizaran en lo absoluto. En general para las etapas de prevención y detección oportuna del CaMa se utilizan

los conceptos teóricos que se han desarrollado en este apartado y que tendrán su mención a lo largo del trabajo.

3.4 Factores de riesgo para desarrollar CaMa.

Gran parte de los casos que se diagnostican referentes a este cáncer no tienen un factor definido como causa, y llega a ser la combinación de varios factores lo que se relaciona con su aparición, tornándose multicausal su proceso. La relevancia de la prevención radica en modificar aquellos factores susceptibles de cambiarse. Se han señalado múltiples condiciones como precursores del CaMa, algunos relacionados con el ambiente, la herencia, el estado biológico de la mujer y otros más con la utilización de tratamientos hormonales, sin lograr dar una resolución satisfactoria al tema de la prevención basado en los factores de riesgo(19),(20).

- Género: por el hecho de ser mujer se considera que ya existe riesgo, ya que se ha demostrado que la incidencia en los hombres es menor.
- Edad: es considerado uno de los factores de mayor peso, debido a la distribución de la patología alrededor de ciertos grupos de edad, en general de 40 a 60 años.
- Raza: la incidencia del CaMa en las mujeres blancas ha sido mayor que la de las mujeres afroamericanas, y a pesar que las distribuciones en las demás razas ha sido diferente no ha superado las cifras de las primeras.
- Lugar de residencia: si bien puede ser relacionado con las condiciones de vida y el ambiente, se mencionó al inicio de este trabajo que ciertamente hay grandes diferencias entre regiones y también al interior de cada una de ellas, por diferentes circunstancias, este es un factor que marca el posible desarrollo de este mal.
- Historia personal de CaMa: una mujer que ha tenido previamente esta patología in situ o infiltrante tiene un riesgo mayor de padecerlo de nuevo en el tejido mamario circundante.

- Historia familiar de CaMa: si dentro de la familia hubo casos de la enfermedad hay un aumento en el riesgo de desarrollarlo.
- Lesiones benignas de mama (hiperplasia): las hiperplasias no proliferativas, proliferativas sin atipia y las benignas están relacionadas con incidencia del cáncer en años posteriores en las mujeres tratadas de estas lesiones.
- Reproducción y estado hormonal: se incrementa el riesgo al estar expuestas por largos períodos de tiempo a los estrógenos endógenos (estradiol, estriol, estrona) por distintas causas.
- Factores endocrinos exógenos: en este apartado se catalogan el uso de anticonceptivos orales y la terapia de remplazo hormonal, aunque en el primero no se ha cimentado evidencia que aporte información de que es un precursor significativo del CaMa, en el segundo se observó un ligero incremento de la enfermedad cuando se inició su uso en los noventas.
- Exposición a radiaciones ionizantes: el recibirlas especialmente en el área del tórax a una edad temprana suma un riesgo siete veces mayor en la persona que las recibió a diferencia de las que no estuvieron expuestas.
- Estilos de vida: los factores identificados como más importantes son la actividad física, ingerir bebidas alcohólicas, el tipo de dieta (alta en grasas) y el tabaquismo; también como resultado de un desequilibrio negativo de estos factores la obesidad que es de mayor relevancia si se presenta en mujeres postmenopáusicas.

Como resultado de éstos es que puede incrementar el riesgo de padecer CaMa, si bien algunos son modificables no hay seguridad de que tanto influirán en el riesgo final y los no modificables al ser de esta naturaleza no pueden cambiarse por lo que se usan principalmente para su enseñanza a las mujeres, que puedan identificarlos y más importante aún que conozcan que tienen un mayor riesgo a

desarrollar la enfermedad. Se espera que estén más pendientes de las revisiones y atentas a los cambios en sus cuerpos.

3.5 Repercusiones del CaMa en la mujer enferma y la familia.

El proceso social de la enfermedad involucra no solo la condición de la salud / no salud sino todo lo concerniente al tratado del cuerpo (diagnóstico, tratamiento y curación) pasa por el nivel individual, grupal, cultural y social, en conjunto los límites de espacios y roles para cada persona(21). En respuesta a la enfermedad se presentan dos cuestiones diferentes, una es la dolencia o padecimiento que presenta en enfermo, es esa sensación de no sentirse bien, caso muy diferente al diagnóstico que es la emisión de un juicio de que se tiene la enfermedad. De acuerdo a la revisión de la literatura, Vivar clasifica el impacto del CaMa a como se describe a continuación (22):

- Área Física: muchas de las mujeres que sobreviven han de adaptarse a las secuelas físicas de las diferentes alternativas de tratamiento, Otros aspectos importantes son el dolor asociado a la enfermedad y su tratamiento(23),
- Área psicológica: Las mujeres encuentran constantemente durante el proceso del CaMa pensamientos de miedo, temor, se genera un estado de angustia recurrente y un marcado estrés emocional.
- Área Social: La familia y en concreto la relación con el conyugue pueden presentar tensiones en la etapa de dependencia de la mujer, en ocasiones son abandonadas por la pareja(24)., la integridad familiar se vuelve vulnerable.
- En el área laboral pueden presentar dificultades para su reincorporación, se habla también de discriminación laboral lo que causa que se sientan infravaloradas y dejen la actividad laboral voluntaria y precozmente.
- Financieros: Al haber el cambio de roles, disminución del ingreso familiar y la incapacidad de regresar a la actividad laboral las familias se ven

obligadas a gastar los ahorros, pedir préstamos, y vender objetos de valor con el fin de cubrir las necesidades de los integrantes(25).

Claro está que las implicaciones del CaMa son diferentes en cada individuo, lo que influye en la percepción que puedan tener del proceso completo, el impacto de la enfermedad en la vida de la persona enferma estará presente. Iniciar precozmente con los tratamientos e intervenciones necesarias puede disminuir de manera global las repercusiones del CaMa en la vida de las mujeres, y sólo es posible si se detecta oportunamente esta enfermedad.

3.6 Políticas en México para la atención del CaMa.

3.6.1 Programa de acción específico prevención y control de cáncer en la mujer: 2013-2018.

En México el Plan Nacional de desarrollo establece de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto deben de *“Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”*, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente’. Se describe en la presentación del programa la importancia de la prevención primaria y las actividades de primer nivel como impulsoras del cambio en el panorama epidemiológico(2).

Para articular las actividades con el propósito descrito se desarrollan los programas rectores de las responsabilidades de cada institución, organización o sector, en pro de que se lleve a cabo una colaboración eficiente entre las diferentes instancias. Para el CaMa las actividades se guían actualmente por el PAEPCCM, en él se concentran las políticas, estrategias y actividades más efectivas y eficientes con respecto a la atención completa de este cáncer, todo ello con el propósito de disminuir en lo posible la mayoría las muertes por esta causa(2).

En el *PAEPCCM* se habla de tratar la prevención en tres niveles diferentes que se ejecuten en relación a quien van dirigidas, las primeras son educativas:

encaminadas a toda la población, las segundas dirigidas a las mujeres por grupo de edad y las terceras para mujeres que tienen alto riesgo, con resultados anormales o sospecha clínica. Para cumplir con las líneas de acción tienen varias actividades, sin embargo, las de prevención y educación son pocas, por el contrario las actividades de cribado son mayores en número y las estrategias para incrementar el número de mujeres que lo reciben parecen prioritarias(2).

En términos generales las fórmulas para cada una de las metas e indicadores del programa son operacionalizaciones numéricas de situaciones concretas, aisladas de la implementación del programa, por ser un programa estratégico. Se deja fuera la evaluación de las acciones de prevención primaria que mencionan en el documento. La única mención de evaluación es la que menciona 'Elaborar y difundir evaluaciones de desempeño de los Programas de tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama.'(2)

No obstante, con la organización del PAEPCCM las evaluaciones de otros temas referidos por la población no son incluidas y es de interés el conocer cómo funcionan internamente estos programas, para que así las herramientas de gestión y mejora continua tengan su razón de existir.

3.6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

A pesar del creciente impacto del CaMa en las estadísticas del país, al inicio de los 90's fue que se le dio la importancia necesaria como para el desarrollo de fundamento legal que amparara la atención de esta patología, mediante la emisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2- 1994, para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y de la Mama en la Atención Primaria. Habla de realizar una MG como método de diagnóstico cada dos años a mujeres de 40 años y más; escenario que no pudo darse debido a la falta de recursos aportados a su implementación(12).

Años después en septiembre de 2003 se publicó la NOM-041- SSA2-2011, para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama la cual indica la detección a través de la AE, la ECM y la MG. En ese mismo año se realiza la compra de equipo para tales actividades, lo que permitió un mayor avance en el programa(12). Posteriormente en el año 2011 se realizó una actualización de la norma, y es la que continúa vigente hasta la fecha.

Entre los apartados de la referida norma están: la consejería y acompañamiento emocional, prevención, diagnóstico, Imagenología, el tratamiento, procedimientos en CaMa durante el embarazo y la lactancia, CaMa en el hombre, la educación continua al personal de salud, el control y gestión de calidad, monitoreo y evaluación; en ella se atienden las recomendaciones de la OMS, ya que la NOM 041 establece como actividades de prevención la educación de la población acerca de los factores de riesgo y el fomento a la salud mediante el fomento de estilos de vida saludables y a su vez las actividades de detección temprana, el tamizaje (AE , ECM y MG), el diagnóstico (MG, ultrasonido, biopsia), tratamiento y control oportuno del CaMa (26).

Las acciones de prevención del CaMa se establecen en la sección de consejería y de prevención, en la primera menciona proporcionar información a la mujer y sus familiares sobre cualquier duda que pudieran tener sobre los conceptos de la anatomía de la glándula mamaria, los factores de riesgo para desarrollar CaMa, las manifestaciones clínicas y como realizar la AE, estos tres últimos fundamentales ya que brindan autonomía a la mujer en el conocimiento de su propio cuerpo(26).

Para las acciones de prevención secundaria que enmarcan la detección oportuna están las siguientes indicaciones:

- AE: se recomienda en forma mensual una vez pasada la menarca, de siete a diez días después del inicio de la hemorragia menstrual y en las mujeres postmenopáusicas un día fijo del mes a partir de los 20 años.

- ECM debe efectuarse al menos una vez al año a todas las mujeres mayores de 25 años (previa autorización de la usuaria) y ser realizada por un médico o enfermera capacitados.
- MG: su realización es cada dos años a las mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 y anualmente a mujeres de 70 años o más como parte del seguimiento personal de antecedentes de CaMa.

3.7. Estado del conocimiento sobre prevención y detección del CaMa.

3.7.1 Estudios sobre el impacto del cribado en el desarrollo del CaMa.

En las guías para el control del CaMa se menciona el tamizaje de la población femenina principalmente, para mejorar la calidad de vida y las posibilidades de sobrevivencia. El cribado basado en la MG es el que se usa principalmente para la detección de estadios tempranos del cáncer. Las diferencias de los métodos de cribado y las ventajas de cada uno de ellos han sido descritas en los últimos años con el avance de la investigación en el campo de la salud enfocada a resultados de los programas de acción en los distintos países. Se establecen diferencias respecto a los resultados obtenidos dependientes del tipo de cribado, ya sea organizado u oportunista, y están los más desalentadores en este último apartado.

Con respecto al cribado organizado se ha encontrado que los estadios identificados corresponden a las primeras etapas del CaMa, por lo tanto, el tratamiento ha iniciado más rápidamente que en el cribado oportunista. En este segundo se identifican los casos más severos que van de la III fase en adelante, en varias ocasiones con síntomas francos del cáncer y que tienen un tratamiento más difícil.

A largo plazo, la implementación de un programa de tamizaje poblacional ha demostrado influir positivamente en las cifras de mortalidad por CaMa. Solo en el lapso de tres décadas en la implementación del programa de cribado poblacional en los Estados Unidos de Norteamérica la mortalidad disminuyó un 28%, aunque deben tomarse en cuenta la combinación de los tratamientos en un estadio más temprano del cáncer(27).

En otras aportaciones se ratifica el efecto anterior con la realización de MG, el ejemplo de Europa donde una revisión sistemática indica que, como resultado del tamizaje como en el caso anterior, la mortalidad tuvo un deceso del 25-31% en las mujeres invitadas a realizarse el estudio y de un 38-48% en las mujeres ingresadas al programa y con suficiente tiempo de seguimiento(28).

Asimismo, en Suecia los porcentajes son similares, se obtuvo una reducción del 30% de la mortalidad posterior a tres décadas de trabajo del cribado en esa población, se identificaron en estadios sintomáticos el 35% de los canceres, los cuales estuvieron relacionados con la mayoría de las muertes (el 53%)(29).

Las diferencias también se establecen entre los métodos de diagnóstico, durante la ECM se observa que la mayoría de los estadios identificados en la consulta médica corresponden a etapas avanzadas de la enfermedad(30), las mujeres llegan a la consulta con considerables retrasos y eso coincide con la demora en el inicio del tratamiento(31).

Referente a la AE, las mujeres son quienes detectan signos avanzados de la enfermedad, cribado y derivadas de estos descubrimientos acuden a la atención médica por lo que no es considerado un método eficaz: Sin embargo debido a los estudios centrados en poblaciones diferentes y con múltiples variaciones en la medición no es posible dar información fija respecto a los beneficios del tamizaje, pero si se observa que su implementación ha llevado al descenso de la mortalidad y que esto puede continuar reproduciéndose en un futuro.

3.7.2 Estudios sobre la relación de los costos de la detección con la atención del CaMa

Cuando se cubre el proceso del CaMa desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento subsecuente el sistema de salud absorbe gastos importantes, que en el caso de los afiliados al Seguro Popular de no cubrirse por el fondo de protección contra gastos catastróficos para el CaMa estos deberían ser subsanados por las mujeres enfermas.

A diferencia de otros países como Estados Unidos de Norteamérica, donde la cobertura de este cáncer está condicionada a contratar y pagar un servicio privado de salud, en México es asegurada la atención del CaMa en todo lo que se requiera. Sin embargo, el beneficio que se brinda a las mujeres enfermas no se traduce en igual forma a las instituciones que las atienden, hay recursos que se ven destinados a ellas y que toman una parte importante del presupuesto.

En el caso del Instituto Nacional de Cáncer en México se calculó que en promedio el gasto por paciente era más alto mientras más avanzada estaba la enfermedad al momento del diagnóstico, el gasto que asumía la institución por paciente y globalmente por estadio del cáncer se incrementaba. Ello debido al mayor requerimiento de recursos para evaluar la extensión del cáncer, para tratar metástasis y fases recurrentes y para proveer una mejor calidad de vida.

Meneses y cols. mencionan que el gasto promedio en el Instituto Nacional de Cancerología fue de 1,000 Dls., en la fase de tratamiento 6,500 Dls. y en la fase de seguimiento 1,000 Dls., este último incluye los servicios médicos subsecuentes, consultas, pruebas de laboratorio y la hormonoterapia(32).

El mayor peso del gasto en todos los estadios se centró en el tratamiento por quimioterapia y cirugía, que son los métodos más utilizados para este mal. En otro estudio similar situado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) los gastos ascendían igualmente. Por ejemplo, en el 2002 el costo de paciente/año fue de 74, 522 pesos mexicanos a 199, 274 pesos en las mujeres que iniciaron su atención en el estadio IV.

En el mismo estudio se constató que al diagnosticar CaMa en la etapa I como fase inicial la probabilidad de pasar a la siguiente etapa fue de menos del 20%, caso contrario al iniciar en el estadio III que tuvo mayor probabilidad de continuar su avance a la siguiente etapa (33). Esta información resalta el beneficio económico

que tienen las instituciones al detectar precozmente el CaMa a diferencia que se identifique en estadios avanzados que implican un mayor gasto acumulado.

Por lo que respecta a la relación costo-beneficio del tamizaje con el proceso completo de atención se evidencia que las bases para lograr un impacto positivo, tanto en las pacientes como en los recursos invertidos, dependen en su mayoría de la inversión en el primer nivel de salud por el diagnóstico precoz.

Esta situación no es muy reproducida ya que la mayoría de los cánceres detectados se encuentran en fases avanzadas lo que merma las oportunidades de una mejor evolución de la enfermedad, un menor impacto social y un menor uso de recursos; de ello la importancia de mejorar la fase del cribado y la prevención primaria.

3.7.3 Estudios sobre los facilitadores y barreras para la detección de CaMa.

En el estudio sobre los determinantes para el acceso a los servicios de salud se han identificado “limitantes” o “barreras”, más comúnmente descritas como la dificultad en la utilización de los servicios. Estas condiciones que se dan diariamente en las instituciones de salud van desde los horarios de atención, la cercanía del lugar donde se recibe consulta, las cuotas que deban pagarse y la organización de las acciones institucionales entre otros factores involucrados en el tipo de acceso que se tiene en los servicios.

Se han descrito en varios estudios cuestiones que influyen en el acceso a los servicios de salud, en relación al programa de CaMa los resultados obtenidos provienen principalmente de las mujeres que lo han padecido, de sus familiares, parejas y el personal de salud encargado y en contacto con la implementación del programa(34). Los enfoques son diferentes, mientras que las mujeres hablan de cómo viven el proceso de atención a la par de afrontar la enfermedad el personal sanitario se centra en hablar de su lugar de trabajo y las carencias que hay en él (de capacitación, insumos, organización, etc.)(35).

Entre los principales resultados respecto a las barreras de acceso a los servicios de salud se encuentran las relacionadas con la institución y su organización (interna y externa), en coordinación con otras instancias que dan seguimiento durante el proceso del CaMa, los tipos de cribado existentes, la burocracia de las instituciones para realizar las solicitudes, el trato y comunicación con el personal de salud, entre otros(36).

Si bien existen otros tipos de barreras detallados en la bibliografía se trató de especificar aquellos que atañen directamente a la dimensión interpersonal de la atención, los que involucran la organización y el entorno en el que se desenvuelve el rol de las instituciones. La mayoría de los estudios realizados han sido tomados desde la perspectiva de las mujeres que han pasado por el proceso de CaMa, y respecto a los estudios que hablan desde la perspectiva de las mujeres en riesgo sobre las acciones de prevención y detección oportuna del este tipo de cáncer la literatura es escasa o nula, en lo que respecta al tema es a nuestra consideración uno de los puntos a fortalecer en la investigación en salud.

3.8 La evaluación cualitativa, sus fundamentos y utilidad para la mejora de los programas y servicios de salud.

La evaluación cualitativa (EC) se caracteriza por una construcción emergente de orientaciones teóricas, métodos, técnicas e instrumentos, que son incorporados al rompecabezas de la evaluación para la comprensión y el cambio en los programas y prácticas. En ese sentido la EC es particularmente reflexiva y estratégica porque involucra un proceso permanente de autorreflexión, introspección y toma de decisiones(37).

La EC tiene un carácter naturalista, porque permite estudiar cómo ocurren de manera natural las actividades y los procesos. Es abierta y sensible para dar cuenta de los procesos y sobre todo de las experiencias, conceptos, necesidades, significados, expectativas, sentimientos, vicisitudes, y problemas que viven cotidianamente los actores implicados. Ello es particularmente útil para el estudio de las variaciones de los programas en su proceso de implementación,

diferenciándose de un lugar a otro y desde la perspectiva individual de un actor a otro(37, 38).

La EC puede captar la naturaleza de esas variaciones, así como las modificaciones y contradicciones que se presentan al operar los programas, dada la idiosincrasia de los actores involucrados y la especificidad de cada experiencia, por lo que tales modificaciones difícilmente pueden medirse, predecirse o anticiparse. Según uno de sus principales representantes(37, 39), la EC es útil para hacer énfasis en el análisis de la perspectiva individual de los actores sobre el programa o acciones a evaluar, más aún cuando se involucran diferentes actores que son afectados de diversas formas, por lo que resulta necesario describir, analizar, interpretar y comparar las diversas perspectivas.

La EC permite aclarar y comprender la dinámica interna del programa, sus éxitos, debilidades y sus procesos globales. Así como hacer evidentes los detalles de la implementación del programa expresados desde la perspectiva de los actores. Está particularmente orientada hacia la exploración y el descubrimiento, mediante una lógica inductiva que se centra en la perspectiva de los actores y en los procesos particulares del contexto de operación del programa, de las acciones o los servicios a evaluar. Implica un contacto directo y personal con la gente involucrada en el desarrollo del programa, bajo el principio de que, para comprender la perspectiva del otro, es necesaria la empatía y la introspección sistemática derivada de los encuentros personales(37).

La EC incluye los rasgos de la investigación cualitativa, como son sus intereses por la calidad de los hechos sociales, por evidenciar su heterogeneidad y lógica relacional. Se fundamenta en los paradigmas alternativos y críticos a los enfoques positivistas, que proponen y argumentan formas distintas de concebir la realidad y la relación de conocimiento (componente epistemológico). Coincide también con la investigación cualitativa, en la flexibilidad en su diseño y el uso de una diversidad de métodos y técnicas para acercarse de manera natural a los procesos sociales

(componente metodológico). Sostienen la necesidad de una reflexión sobre el papel del conocimiento de lo social (componente teórico) y una toma de postura frente a los problemas humanos que se investigan (componente ideológico)(37).

La EC tiene un componente ideológico porque expone, cuestiona, critica y denuncia el status quo y las prácticas conservadoras de evaluación, que en la realidad no han podido resolver muchos de los problemas en su contenido social y cultural. Así mismo los evaluadores cualitativos asumen una postura política, entendida como generadora de cursos de acción que son capaces de generar reformas y cambios(37, 40). Por tanto, evaluar cualitativamente viene a ser un proceso necesario para la intervención social.

IV. OBJETIVOS

4.1 General

Examinar desde la perspectiva de las mujeres en riesgo las características y funcionamiento de las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa implementadas en los servicios públicos de primer nivel en S.L.P.

4.2 Específicos

- 4.2.1** Analizar las percepciones y experiencias de las mujeres en riesgo sobre las acciones de prevención y detección oportuna de CaMa implementadas en los servicios públicos de primer nivel en S.L.P.
- 4.2.2** Identificar las características y funcionamiento de las acciones de prevención y detección oportuna en las percepciones y experiencias de las mujeres participantes en el estudio.
- 4.2.3** Identificar las barreras institucionales para la prevención y detección oportuna del CaMa en los servicios de salud públicos de San Luis Potosí.

V METODOLOGÍA

5.1 Tipo de Estudio

El presente es un estudio de evaluación cualitativa con enfoque etnográfico. La evaluación es una comparación de un estándar contra lo existente, requiere de información para comparar. Con ese fin esta investigación usa métodos de la etnografía para obtener múltiples perspectivas de la realidad desde el punto de vista de los miembros de un grupo social para identificar la estructura y funciones de los que tienen los miembros del grupo sobre las acciones de prevención y detección oportuna(41), principalmente para conocer y describir el objeto de estudio y posteriormente realizar la evaluación, que es en esencia el diseño principal.

La etnografía, al tener como unidad de estudio a grupos de personas no solo estudia naciones o etnias sino cualquier grupo humano en la sociedad que esté asociado por rasgos y experiencias particulares. Las mujeres en riesgo de padecer CaMa se constituyen en un grupo para estudio desde la etnografía.

En éste estudio resulta relevante conocer desde una aproximación etnográfica los procesos de atención a mujeres usuarias del programa de CaMa, puesto que la etnografía es en sí misma denominada “teoría descriptiva” cumple con el papel de brindar información útil para el proceso de contraste y valoración de la evaluación cualitativa de este estudio.

5.2 Selección del área

El estudio se llevó a cabo en el período de Mayo – Octubre del 2015 en tres centros de salud de Secretaria de Salud adscritos a la jurisdicción sanitaria #1 de S.L.P., debido al funcionamiento específico de cada lugar se clasificaron de acuerdo a las características de operación del *PAEPCCM*, como se muestra a continuación:

Tabla 1 Tipología de tres centros de salud según infraestructura y operación del PAEPCCM relatadas por las usuarias en riesgo, San Luis Potosí, 2015.

Clasificación de la unidad	Servicio exclusivo	clínica especializada cerca	DOC en consulta general	DOC en servicio exclusivo o de apoyo
Tipo 1	No	No	Si	No
Tipo 2	Si	No	Si	Si
Tipo 3	No	si	Si	Si

5.3 Informantes

Las informantes fueron mujeres usuarias de las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa que estuvieron de acuerdo en colaborar con el estudio, clasificadas como se describe a continuación:

Usuarías activas: mujeres que acudieron a prevención y detección oportuna de CaMa en los servicios públicos de salud correspondientes en los dos años previos a la investigación.

Usuarías inactivas: Mujeres que tienen un periodo de dos años y más respecto a la última acción de prevención y detección oportuna de CaMa en los servicios públicos de salud.

Usuarías con proceso diagnóstico: Son aquellas que pasaron por la fase de prevención, detección oportuna, y diagnóstico oportuno con un resultado negativo al CaMa.

El proceso general para contactar con las mujeres fue el siguiente:

- Se contactó primero con las autoridades del CS para iniciar actividades en el área correspondiente.
- Posteriormente se contactó con las mujeres en los grupos de PROSPERA, en las unidades de atención, en las cercanías del centro de salud o en sus domicilios y se les solicito formar parte de la investigación.
- Se les entrego, leyó y explico el consentimiento informado, el cual firmaron o dieron verbalmente y se realizaron grupos focales que fueron audio grabados en su totalidad con el permiso de las usuarias para hacer uso de los datos.

Se trabajó con los datos de 53 mujeres a quiénes se contactó en los centros de salud o en sus domicilios y que aceptaron el consentimiento informado ya sea verbal o por escrito.

Tabla 2 Distribución de usuarias entrevistadas por unidad de estudio y tipo de informante, mayo-octubre 2016, San Luis Potosí.

Centro de salud	Activas	Inactivas	Con proceso diagnóstico	Total
Tipo 1	18	2	2	22
Tipo 2	15	2	1	18
Tipo 3	11	2	0	13
			Total	53

5.4 Criterios del estudio

a. De inclusión:

- a.1 Mujeres que tienen como fuente de seguridad en salud los servicios públicos de San Luis Potosí.
- a.2 En edad de 25 años en adelante, ya que a personas de esta edad en adelante se dirigen las acciones.
- a.3 Mujeres que hayan estado en contacto con las acciones de prevención y detección oportuna según su clasificación de informante.
- a.4 Mujeres sin patología mamaria cancerígena pre-existente o existente.
- a.5 Mujeres que acepten colaborar con la investigación.

b. De exclusión:

- b.1 Que no deseen participar.
- b.2 Que no den su consentimiento informado, ya sea verbal o por escrito, para hacer uso de la información.

c. De eliminación:

- c.1 Que no deseen continuar en el estudio.

5.5 Estrategia de Selección de informantes

Se realizó un muestreo intencional para incluir a los informantes en la investigación, El número de participantes en el estudio y el número de entrevistas realizadas se determinó considerando la saturación temática de los datos.

5.6 Recolección de información

5.6.1 Instrumentos

Se utilizó un formato para identificación y los datos sociodemográficos de las informantes, con 24 preguntas variadas, de opción múltiple y abierta (Ver Anexo 4). Para trabajar con las usuarias activas e inactivas se empleó una guía de entrevista diferenciada por informante (Ver Anexo 5 y 6)) que consta de 15 preguntas divididas en cinco secciones, la primera contiene preguntas de introducción sobre la prevención y detección oportuna del CaMa, seguida de

preguntas sobre el proceso de la prevención y detección oportuna del CaMa, en tercer lugar, Limitantes, después Facilitadores y por último el impacto de las acciones en la vida de la mujer.

Para las mujeres con proceso diagnóstico la guía de entrevista empleada (Ver Anexo 7) consta de 15 preguntas y explora las mismas secciones mencionadas anteriormente, además de incluir preguntas sobre el proceso de diagnóstico oportuno. Se utilizó también una guía de observación (Ver Anexo 8) para la elaboración de notas de campo en torno a la implementación del programa de CaMa.

Tabla 3 Entrevistas realizadas en los centros de salud pertenecientes a la jurisdicción sanitaria #1 de mayo a octubre del 2015

<i>Fecha</i>	<i>Centro de salud</i>	<i>Tipo de usuaria (s)</i>	<i>Técnica de entrevista</i>	<i>Edad o Rango de edad</i>
26.05.15	Unidad 1	activa	ESE	63
26.05.15	Unidad 1	activa	ESE	50
02.06.15	Unidad 1	en proceso diagnóstico	ESE	37
09.06.15	Unidad 1	activa	GF**	52-73
09.06.15	Unidad 1	activa	GF**	32-50
10.06.15	Unidad 1	inactiva	ESE	32
10.06.15	Unidad 1	inactiva	ESE	45
11.06.15	Unidad 1	en proceso diagnóstico	ESE	46
08.07.15	Unidad 2	activa	ESE	43
08.07.15	Unidad 2	activa	ESE	31
08.07.15	Unidad 2	activa	GF**	30-46
14.07.15	Unidad 2	activa	GF**	38-47

* Grupo Focal

** Entrevista semiestructurada

Continuación... **Entrevistas realizadas en los centros de salud pertenecientes a la jurisdicción sanitaria #1 de mayo a octubre del 2015**

<i>Fecha</i>	<i>Centro de salud</i>	<i>Tipo de usuaria (s)</i>	<i>Técnica de entrevista</i>	<i>Edad o Rango de edad</i>
23.07.15	Unidad 2	inactiva	ESE	42
23.07.15	Unidad 2	inactiva	ESE	52
27.07.15	Unidad 2	en proceso diagnóstico	ESE	42
10.08.15	Unidad 3	activa	GF**	32-42
20.08.15	Unidad 3	activa	GF**	28-47
01.09.15	Unidad 3	inactiva	ESE	60
02.09.15	Unidad 3	inactiva	ESE	34
09.09.15	Unidad 3	activa	ESE	53

* Grupo Focal

** Entrevista semiestructurada

Se realizaron entrevistas hasta estimar la saturación teórica (ver tabla 3), por lo que se finalizó el proceso de recolección de datos con el consenso entre los autores sobre el alcance de los objetivos de investigación.

5.7 Técnicas

5.7.1 Grupos Focales

El diseño etnográfico requiere estrategias de investigación que conduzcan a la reconstrucción cultural, en este caso con el fin de conocer la perspectiva de las mujeres en riesgo sobre las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa se realizaron grupos focales (GF). Los GF son una técnica de investigación que recoge información a lo largo de la discusión guiada de un grupo sobre un tema determinado por el investigador.

Este método tiene tres características esenciales, el primero es que el GF es un método dedicado a la recolección de información, el segundo localiza la interacción de un grupo de discusión como la fuente de información y el tercero es

que reconoce el rol activo del investigador en crear el grupo de discusión con el propósito de recolectar información, por lo que deben ser distinguidos de otros grupos creados con fines distintos a la investigación(42).

Los cuatro usos básicos de los GF para recolectar información relacionada con un proyecto o programa son en la etapa identificación de problemas, la planeación, implementación y la valoración; en la investigación evaluativa los GF son útiles para la evaluación del proceso en la etapa de implementación de un programa y con ellos se obtiene información que brinda profundidad y contexto para comprender la naturaleza de los programas y cómo son implementados en su curso actual; para tal propósito se usó una guía de preguntas referente a las acciones de prevención y detección oportuna del PAEPCCM.

Para la composición de los GF la clasificación de los participantes puede hacerse en base a usuarios y no usuarios de un servicio, en este caso fueron usuarias activas del *PAEPCCM*, con énfasis en las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa. En referencia al número de integrantes, fueron grupos conformado por cinco a diez personas, ya que en el uso de este tipo de grupo la meta es escuchar numerosas aportaciones, como en una lluvia de ideas en referencia al tema tratado(43).

En este estudio fueron seis grupos focales de usuarias activas, aportando dos GF por cada centro de salud conforme fue avanzando la recolección de datos hasta conocer las acciones de prevención y detección oportuna al interior de la unidad considerando la saturación.

5.7.2 Entrevista Semiestructurada

Para las usuarias inactivas y las usuarias con proceso diagnósticos se utilizó esta técnica, ya que tiene la ventaja de ser una conversación entre dos personas realizada por iniciativa del entrevistador, destinada a recolectar información

respecto a un tema determinado, al ser semiestructurada combina preguntas cerradas y abiertas donde el entrevistado tiene la facilidad de hablar sobre el tema en cuestión sin limitar la información que tenga que dar.

Por la flexibilidad de esta técnica y ser detalles concretos los que se buscan en el estudio sobre las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa se utilizará esta modalidad. Se realizaron en los hogares de las mujeres, en el centro de salud o en su defecto en un área pública cercana a las unidades, previo acuerdo con las mujeres. Previa autorización de la informante la entrevista fue audio grabada para su análisis posterior.

5.7.3 Observación participante

Se realizó la observación con la postura de ser un *observador participante*, en ella, el investigador es un observador que no es un miembro del grupo, y que está interesado en participar como un medio para ejecutar una mejor observación(44). Para la obtención de datos referentes a las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa: el medio físico, las instalaciones, procedimientos para obtener atención, organización de las acciones, coordinación entre áreas y personal de salud, además del diagrama de atención en las acciones de prevención y detección oportuno del CaMa, recolección de información institucional oficial y uso de diario de campo para el registro necesario.

La investigadora observó las actividades cotidianas de las unidades de atención incluidas en el estudio, tuvo atención específica hacia las relacionadas con la prevención y detección oportuna de CaMa en el turno matutino, en horarios variables de 8:00 am a 3:00 pm. En cada centro de salud se visitó y se realizó observación participante hasta el entendimiento de la operación general de las acciones del programa, se interactuó con las usuarias, el personal de las unidades y los registros de la institución, en general en la dinámica diaria del servicio (ver Anexo 8).

No se presencié el procedimiento de la ECM ya que no es recomendable tener una observación en una situación de competencia, es decir que el observado se sienta desafiado a hacer algo frente a otra persona, en este caso a conducirse de tal modo que proyecte una “buena atención” frente al observador(45). Al ser una investigación de corte evaluativo el personal debía ser notificado de las intenciones de presenciar el proceso de atención y pudo haber cambiado su forma de conducirse al estar presente el investigador, aunado a lo anterior no se realizó para salvaguardar la integridad de las posibles mujeres observadas ya que ellas no estarían involucradas en el estudio.

Enseguida se detallan las actividades concluidas:

- Seis grupos focales a usuarias activas
- Cinco entrevistas individuales a usuarias activas
- Tres entrevistas individuales a usuarias con diagnóstico negativo
- Seis entrevistas individuales a usuarias inactivas
- Tres notas de campo por centro de salud (CS) como mínimo para describir el proceso de atención observado.

5.8 Procedimientos

Se presentó el proyecto de investigación ante las autoridades académicas e institucionales necesarias para su aprobación, una vez aceptado se realizó un acercamiento al campo en una reunión con cuatro mujeres compatibles con los criterios del estudio para la revisión de las guías de preguntas y adecuación de los términos o preguntas que las informantes no comprendieron.

Posteriormente con el oficio de Secretaria de Salud se visitó cada unidad y se habló con el directivo para coordinar las actividades quien a su vez contacto con los responsables del programa PROSPERA y de los grupos de ayuda mutua en la

unidad, en consiguiente ellas acordaron con el investigador los días, horarios y dinámicas a emplear para la realización de los grupos focales.

Se presentó la investigación en una de las reuniones de los grupos mencionados a fin de acordar el día y la hora de realización, en los grupos de PROSPRA fue el mismo día de la reunión con mujeres que aceptaron colaborar y en los GAM se acordó previamente ya que ellas asisten regularmente al CS a diferencia de los grupos de PROSPERA que se reúnen más esporádicamente.

Para las entrevistas individuales de las usuarias activas y las usuarias inactivas se realizó un recorrido por las calles de la colonia donde se ubican las instituciones con el fin de identificar mujeres que aceptaran ser entrevistadas en sus hogares. Para las mujeres que pasaron por el proceso de detección y diagnóstico negativo se identificaron a través de los registros del CS, se les invito personalmente o por teléfono al estudio, una vez que aceptaron contribuir con el estudio se determinó el lugar y el tiempo para la realización de las entrevistas el cuál fue el domicilio de las usuarias. En total se aplicaron

Todas las técnicas de recolección de datos grupales e individuales fueron grabadas en audio con previo consentimiento de los informantes, se conservó el anonimato, fueron transcritas en su totalidad y resguardadas en formato Word electrónico.

5.9 Análisis de datos

Para la caracterización sociodemográfica se usó el programa PASW statistics, se excluyeron parte o la totalidad de los datos de siete mujeres, debido a que si bien aceptaron y firmaron la carta de consentimiento para el uso de los datos que ellas dieron, no reportaron algunos. Se preguntó por los mismos sin embargo se rehusaron a informarlos por lo que se respetó su decisión.

Uno de los datos relevantes es el ingreso por semana, sin embargo, aún con la ausencia de los mismos, en los cálculos se respetó su lugar en los porcentajes, pero quedan marcados como perdidos por el sistema. Los porcentajes usados en la descripción son en base a toda la muestra, no se excluyeron los casos no reportados.

Se realizó análisis de contenido de unidades temáticas según la propuesta de Hsieh y Shannon(46), las entrevistas fueron transcritas en su totalidad usando el procesador de textos de Word y se realizó el proceso de codificación con el apoyo del software Atlas Ti versión 5.2 (ver anexo 1). Los datos se trabajaron conforme avanzó el trabajo de campo, para el proceso de codificación primero se realizó una lectura flotante de cada una de las entrevistas después de transcribirlas y posteriormente se identificaron categorías que fueron categorizándose con códigos emergentes, conforme avanzó la lectura de cada una de las entrevistas se modificaron algunos y se incluyeron códigos provenientes de la teoría sobre el tema.

Con las primeras retroalimentaciones se realizó una segunda adaptación de las preguntas en la guía de entrevista para la mejor comprensión de las mujeres.

V. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES (ver Anexo 2)

En el presente estudio se aseguró el manejo confidencial de los datos entregados por las informantes quienes fueron las mujeres en riesgo, para ello se sustituyeron sus nombres originales con claves. La valoración del riesgo para la investigación correspondió a lo dispuesto en el reglamento de la Ley general de Salud en materia de investigación para la salud, clasificado con riesgo mínimo ya que las mujeres no fueron expuestas a riesgos físicos o a intervenciones sobre ellas o sus vidas, sin embargo, se trataron temas que pudieron haber sido ser sensibles para algunas(47). En el supuesto de que se hubiese dado una alteración psicológica en alguna mujer durante el estudio se le canalizaría con el respectivo personal médico de los servicios de salud.

Se acataron los lineamientos internacionales bajo la declaración de Helsinki como guía para cumplir con los principios éticos para la investigación en humanos, tomando en cuenta como fundamento principal que para ser parte del estudio los informantes deben hacerlo voluntariamente y con la información suficiente.(48) Asimismo se consideró el título quinto de la Ley General de Salud de México: “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, Artículo 100, que habla de la investigación en humanos.

En sus apartados III y IV donde señala que: “podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; y que se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud”(49).

Respecto al Estado de San Luis Potosí fue acorde con la Ley de Salud en su Título Quinto "Investigación para la Salud", Artículo 84, fracciones III y IV: "Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos, ni daños innecesarios al sujeto en experimentación". Igualmente se cumple con la fracción VI: "El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación"(50).

VII. RESULTADOS

7.1 Roles en las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa.

7.1.1 Las usuarias

Las mujeres entrevistadas tienen una media de edad de 47 años, de los casos que reportaron sus datos completos el promedio de años de estudio es de 7.56%. Sólo el 25.9% la tiene la primaria terminada, el 33.3% la secundaria y un 1.8% carrera universitaria. El 59.3% tiene como fuente de seguridad en salud el Seguro Popular (SP) y PROSPERA al mismo tiempo, en segundo lugar 25.9% tiene sólo seguro popular, el 9.3% únicamente tiene PROSPERA y el 5.6% no tiene ninguna afiliación. Esta atención en salud es brindada en los servicios públicos del estado de S.L.P pertenecientes a la jurisdicción sanitaria Núm. 1.

El ingreso del 63.7% de las familias oscila de 465 a 1395 pesos mexicanos por semana. El 66.7% de las mujeres que viven acompañadas tiene pareja sentimental, el 61.4% se dedica a actividades del hogar, 14.1% tiene empleo oficial, 10.8% empleo informal, el resto no está especificado. Respecto a la vivienda sólo un 1.8% reporta tener piso de tierra, y el mismo porcentaje fue encontrado para casas con techo o paredes de lámina u otro material.

Lo anterior hace referencia a una población con rezago social, carente de educación y con ingresos limitados en la que las mujeres son las gestoras del hogar y la educación de los hijos, aunque exentas de carencias de vivienda. Todas ellas coinciden en ser de escasos recursos, usuarias de los servicios públicos de salud en alguna vez en su vida según el tipo de informante. Específicamente las mujeres activas con al menos con una ECM o una MG en los dos últimos años en los servicios públicos de salud.

7.1.2 Las instituciones involucradas

De acuerdo a los recursos para el funcionamiento del programa de CaMa, las unidades visitadas responden a una clasificación con base en el área destinada

para la DOC y el flujo de las acciones al interior de los servicios. Son tres tipos de unidades las que se identificaron, nombradas como unidad tipo 1, 2 y 3 respectivamente.

Los edificios comparten características generales de operación de los servicios de salud. Están compuestos por unidades básicas de atención llamados núcleos básicos (NB). Cada NB se traduce en un consultorio, un médico y una enfermera como mínimo. Se atiende a la población abierta y a quienes cuentan con SP y PROSPERA, se estiman 500 familias por núcleo básico. Algunos de ellos tienen servicios más especializados que se describirán en cada uno de los apartados.

La primera unidad atiende a población urbana, tiene su origen en la intersección de las calles América del Sur Esquina con República de Bolivia, en la colonia Satélite, San Luis Potosí. Sin embargo, debido a una remodelación de las instalaciones originales, ésta se ha desplazado seis calles hacia el sur de la ciudad en Av. Constitución No. 3042 esquina con República de Chile, en la misma colonia.

Estuvo instalado provisionalmente en una bodega de grandes dimensiones, una vez dentro la perspectiva desde la sala de espera era poco alentadora, contaba con una sola entrada/salida y lo que hacía pensar que era un CS fue el personal que se observa con su uniforme en las actividades de atención. Las áreas de servicio que tuvo son consulta general, Estomatología, Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Medicina Preventiva y Farmacia. El edificio estuvo cercano a dos vías de tránsito de afluencia, la prolongación calzada de Guadalupe y la calle Constitución, a él llegaban dos rutas de camión que son el núm. 7 y el núm. 21 que cubren la mayoría de las 24 colonias que le corresponden al CS.

Posteriormente, al regresar el edificio a su lugar original se agrega la ruta número 8 y aunque las calles de la colonia están pavimentadas y el desplazamiento a ambos edificios es sencillo si se vive cerca de él, el traslado a la unidad de

referencia más cercana no lo es tanto. Para la toma de MG no existen rutas directas que lleven a las mujeres de las colonias correspondientes al CS hasta la unidad de referencia. La principal diferencia de este CS es que no cuenta con un servicio exclusivo de DOC en la mujer o personal específico, y conservó estas características al regresar al edificio remodelado, así como el mismo funcionamiento de las acciones, que se realizan sólo en el proceso de consulta general.

La infraestructura disponible en el edificio temporal era limitada, las áreas de revisión del personal de enfermería son consultorios compartidos, existen hasta dos enfermeras por consultorio de enfermería. Son 4 los consultorios médicos que cumplen con la privacidad de las puertas para poder hacer revisiones. No se dispone de un área fija para la realización de las acciones ni personal que se encargue sólo de esa actividad, las paredes de los consultorios existentes eran de triplay y carecían de techo.

Una vez instalados en el edificio nuevo las condiciones son similares, el consultorio de enfermería continúa siendo compartido, sin embargo, los consultorios médicos ya cuentan con la privacidad necesaria para descubrir a la mujer y realizar la ECM.

La segunda unidad se distingue por contar con un consultorio exclusivo y personal específico para la DOC en la mujer, las acciones tienen lugar tanto en este sitio como en la consulta general. Está ubicada en la calle Libertad Núm. 235 esquina con Ponciano Arriaga en la colonia Soledad, en Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí. Una enfermera es la responsable del área mencionada.

El edificio cuenta con los servicios de Planificación Familiar, Trabajo Social, Laboratorio, Psicología, Consulta General, Consulta de Especialidad (Ginecología), Dental, Medicina Preventiva, Farmacia, Servicio de Prevención y Detección oportuna para la mujer y el Módulo de Atención del Seguro Popular.

Cada uno de ellos con un área física designada, delimitada y un responsable a cargo.

El acceso geográfico es sencillo ya que la mayoría de las calles cercanas están pavimentadas, aunque aún hace falta el acondicionamiento de otras más. Si no se vive cerca de la unidad las rutas de camión que pasan por el edificio son 3, 16, 18 y 14 cubren la mayoría del área geográfica de Soledad de Graciano Sánchez y todas las rutas conectan en algún punto con el centro histórico de S.L.P. y S.D.G.S.

El consultorio exclusivo para las actividades del programa está separado del área de servicio, a primera vista el lugar no luce desde afuera como un área de atención y en la puerta de entrada al área aun figura una placa que dice “descanso de médicos” y en la puerta la información del responsable y el horario de servicio. El acceso a este lugar está separado de la sala de espera por una segunda puerta de servicio que en ocasiones está abierta y otras más está cerrada. Atiende una enfermera, el área está equipada con lo necesario para la exploración, se ve ordenada, aseada y cuenta con la privacidad necesaria.

La tercera unidad es un CS que carece de consultorio exclusivo para la DOC en la mujer, sin embargo, en la misma colonia a seis calles se ubica una clínica especializada para tal actividad, denominada *Unidad de especialidades médicas dedicada a la detección y diagnóstico del cáncer de mama* (UNEME-DEDICAM). Éste CS pasó por una fase de remodelación reciente y las percepciones recabadas son producto de la experiencia con la unidad temporal o con el mismo edificio aun sin remodelar. Aunque hubo una transición de edificios, la operación del CS para con las acciones del programa es la misma.

El lugar luce con pintura recién aplicada de colores claros y neutros en tonalidades beige, pisos limpios, puertas íntegras, no hay basura en el piso, hasta donde es posible la iluminación es natural por el uso de domos en el techo que dejan pasar la luz y las paredes no tienen esas manchas grises que hay en otros centros de

salud, producto de que las personas recarguen sus zapatos en la pared. El área de trabajo de enfermería es compartida como en la primera unidad y los consultorios cuentan con características similares, debido a que tienen la privacidad necesaria pero no son iguales entre los edificios.

7.2 Las rutas de y funcionamiento de las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa.

Las unidades de salud ofertan varios servicios, entre ellos la DOC. Las mujeres que requieren de esta atención pasan por una serie de pasos antes de ser acreedoras a las revisiones. Tanto las usuarias activas, inactivas y en proceso diagnóstico requirieron en determinado momento de los servicios para la DOC y a raíz de ello emergen una serie de situaciones que involucran a los servicios como a la propia organización de la comunidad.

La solicitud y recepción de las acciones toma una diferenciación debido a los esquemas de atención con los que operan las unidades a las que acuden y la regularidad con la que las mujeres visitan los centros de salud. Sin embargo, hay unanimidad entre las usuarias al describir cómo el proceso se lleva a cabo. Principalmente describen que dependen del personal disponible, el área designada para su ejecución y el tipo de protección en salud con la que cuentan.

Refieren que la ECM, dependiendo de la unidad a la que acuden, tiene como mínimo una ruta de funcionamiento y como máximo cuatro. Describen que en la unidad 1 se debe acudir a la consulta general (ya sea de PROSPERA o del SP) o solicitar DOC exclusiva con enfermería, en la unidad 2 se agrega el servicio exclusivo de DOC, y en la unidad tres coexisten las rutas anteriores (interna o externamente) y por último las campañas emergen en todas las unidades.

Cada una de estas opciones tiene su funcionamiento propio, ventajas y limitaciones para que la mujer cumpla con el objetivo de recibir las acciones del programa. En adelante la DOC exclusiva (consultorio de enfermería, medicina preventiva, consulta UNEME-DEDICAM) y las funciones del servicio exclusivo se

agruparán toda vez que cumplen con la misma actividad en orden similar y sólo se diferencian por la infraestructura disponible.

En la consulta general las mujeres que no tienen una cita programada deben “ganar” una ficha de atención, esto ocurre en las tres unidades, tanto para afiliadas al SP o a PROSPERA. La CG ocurre en dos fases, en la primera se llama personal de enfermería llama a la mujer, realiza una rutina de signos vitales, actividades de registro y otras propias del personal.

Enseguida envía a la mujer a la sala de espera a dar tiempo al inicio de la segunda fase que inicia en el consultorio médico y las actividades que ahí se desarrollan. La ECM puede ocurrir en el primer o segundo llamado, esto si el área está habilitada y tiene privacidad, lo que ocurre en su mayoría en el consultorio médico ya que los espacios de enfermería están compartidos y otros sin delimitación física que permita privacidad. Esta falta de espacio o privacidad condiciona dónde y en que tiempos se puede atender a la mujer en la consulta general, esta característica también se extiende a los servicios de apoyo para la DOC. La situación es similar para la consulta general de PROSPERA, la mujer debe llegar antes de que el personal inicie actividades y esperar por una ficha.

Otra opción mencionada y que requiere aparentemente de una inversión de tiempo menor es acudir al área de DOC exclusiva, en la unidad 2 esta actividad tiene lugar en el consultorio designado únicamente para DOC, en la unidad 3 la UNEME-DEDICAM (externa al CS) se realiza en las áreas que comparten otras actividades, como medicina preventiva o los consultorios de enfermería En todos ellos la responsable es una enfermera, ahí la mujer pide las revisiones para la DOC

Las actividades en el consultorio exclusivo de DOC de la unidad 2 inician a las 8:00 am. Para ser atendidas la mujer requiere de una cita, la cual se agenda con la encargada, por lo que sí es el primer contacto con ella se pide cita la atención será posteriormente. Para solicitar la cita basta con acercarse a la encargada y

solicitarla, se le puede pedir ya sea en el consultorio directamente o si se le encuentra en el CS según comentan las usuarias.

El día de la revisión las mujeres se quedan en la sala de espera aguardando a que el personal recoja las cartillas de salud y posteriormente se les llame del consultorio, o en algunos casos avisan a la enfermera que están en espera de que llegue su turno para la exploración. Los servicios de DOC exclusiva de las tres unidades dependen del personal encargado de otras actividades, y de la distribución de su tiempo. La tercera ruta incluye en primera instancia una visita con el médico en la CG y continuar con la exploración en cualquiera que sea el servicio de DOC presente en la unidad, un trabajo conjunto de las primeras dos.

La última vía para recibir las acciones son las campañas, que son descritas como una actividad emergente:

“Ósea nada más son los días del cáncer de mama y empiezan con las campañas, más no.” (Usuaría activa unidad 3, agosto 2015)

Es por ello que las mujeres no las pueden considerar como un respaldo fijo en su búsqueda de atención para el CaMa. Esta actividad es poco mencionada o referida por las usuarias.

En la práctica las campañas de detección oportuna son una actividad que se realiza un día específico en las unidades, personal externo realiza la DOC, las unidades brindan un área para tal proceso. Estas actividades se ofertan esencialmente en fechas cercanas al día mundial del CaMa, se pegan cartelones y folletos con información sobre el día, la hora de inicio y los requisitos para la exploración. Se recibe a las mujeres conforme van llegando y les realizan la DOC.

Cual sea que fuese el lugar donde la usuaria recibe las acciones del programa es casi unánime que sea una mujer, especialmente personal de enfermería, quién las ejerce. En seguida esta personal médico, pudiese ser debido al rol de cada uno dentro de las instituciones y a que el tiempo de los médicos dentro de las

consultas está destinado a la atención de otras necesidades de las personas que acuden.

En cierta medida así es como se presentan y desarrollan las actividades para ofrecer la ECM en el primer nivel. Por el tipo de recurso con el que se cuenta (habilidad técnica del personal y un área con privacidad) la ECM es la única prueba clínica que puede ofrecerse en las instalaciones de los centros de salud.

Respecto a la MG es usada para detección oportuna y diagnóstico precoz del CaMa. La diferencia entre una y otra descansa en la búsqueda de anomalías en el seno en población sana (MG de cribado) o la confirmación de un estado patológico (MG diagnóstica). La MG de cribado es la que se busca realizar para la detección oportuna y generalmente son realizadas en unidades de segundo nivel de atención, fuera de los centros de salud.

En consecuencia, las unidades de primer nivel tienen estrategias para enviar a las mujeres a la toma de MG y así favorecer el cumplimiento de las acciones. En las distintas unidades la forma en la que se envía a la mujer a la toma de MG es diferente, cada una con particularidades que ayudan o problematizan que la mujer se realice el estudio.

Para que una mujer sea enviada a la toma de MG (de cribado o diagnóstica), en casi todas las unidades de segundo nivel requiere de una orden médica por escrito, que obtiene casi siempre al finalizar cada una de las rutas de operación de la ECM, y para ello ya hemos revisado las diferentes rutas que recorren. De tal manera que es el primer paso para ser atendidas en el segundo nivel.

Para recibir la MG la mujer sigue dos vías, en una de ellas la mujer depende de las unidades y obtiene su pase en el eslabón final de la ECM. En la otra refieren las usuarias que tienen contacto directamente con el segundo nivel por sí mismas, sin pasar por la ECM.

En la unidad 1 se requiere de un pase que asegura la toma de MG en el Hospital del Niño y la Mujer. Es elaborado por trabajo social, pero debe ser indicado por alguien más dentro del CS. Al finalizar su ECM o consulta general la usuaria debe ir con la trabajadora y arreglar el siguiente paso de su atención. Obtiene un pase que le da un lugar asegurado en la toma de MG. Es decir que, si necesita de ECM y MG, después de la primera, aún le quedan pasos por realizar.

La particularidad de la unidad 1 y 2 es que la mujer solo debe dar sus datos en el momento y la trabajadora es quien se encarga de agendar fecha y hora de la MG, con ello la mujer sólo acude al hospital en el día y hora señalados. En la unidad 2 el procedimiento es similar, en cuanto a que la programación de MG depende de las indicaciones del personal de salud, sin embargo, se agrega la segunda opción.

En la primera la enfermera del consultorio de DOC es quien agenda las citas, es el último eslabón antes de las unidades de segundo nivel. En la segunda opción la que mujer se hace cargo de agendar la cita en la UNEME-DEDICAM, personalmente o vía telefónica, enviada por el médico o enfermera. Las mujeres refieren que deben llevar toda su papelería para hacer este trámite y al finalizar obtienen la programación de la MG.

La diferencia de acudir a la UNEME-DEDICAM es que en esta unidad es la mujer quien puede acudir libremente a solicitar el estudio cuando lo requiera. Lo único que la clínica pide es una identificación federal electoral (IFE) y un número de teléfono para contactarlas después. Sin embargo, en las unidades 2 y 3 prevalece que la promotora, médico o enfermera entregue a las mujeres una solicitud para pedir el estudio en la UNEME-DEDICAM, aunque no es estrictamente necesario que presenten dicho formato.

Las usuarias deben estar a las siete de la mañana en el HNM para la toma de MG; en la UNEME-DEDICAM el horario es más variado durante el día. En el horario de las siete refieren que hay varias mujeres formadas fuera de la sala del estudio,

esperando al mismo tiempo. Ellas esperan a que las llamen, toma un par de horas el procedimiento por el avance de las otras mujeres.

Al pasar dentro de la sala donde se realiza el estudio todas concuerdan con el desarrollo del procedimiento. Al llegar su turno se les llama, les piden su orden médica, su vale del SP (previamente obtenido) y su cartilla. Pasan a una pre-sala donde se les pide que retiren su ropa de la mitad superior del cuerpo, se coloquen una bata y esperen a pasar a la otra sección del cuarto. Posteriormente todas ellas son guiadas por una persona que les indica los movimientos que deben realizar para la toma de la MG.

“... unas señoritas... me dice haber “póntelo bien, con cuidado, mira, te lo voy a estirar, con cuidado y así.” (Usuaría unidad 3, agosto 2015)

Las usuarias expresan que al finalizar el estudio les indican que se cubran y esperen unos momentos en la ante sala, refieren que es para revisar los estudios, si llega a haber alguna falla en la toma o hay dudas de los hallazgos se les realiza una segunda placa o se procede a realizar un ultrasonido. La entrega de resultados es un proceso sencillo, pero de larga espera *si todo está bien*, generalmente la indicación es esperar uno a dos meses después de la toma de la placa. Refieren que si existe algún dato patológico son contactadas de una manera rápida por teléfono y en esa llamada se les indica cual es el siguiente paso de su atención.

La leyenda *Si todo está bien*, está bastante difundida entre las mujeres, quiere decir que si no reciben noticias en los días o semana posteriores al estudio no se identificaron datos clínicos de CaMa. Mientras más se alargue el tiempo mayor convencimiento tienen de que están libres de la enfermedad. Algunas de ellas no regresan por sus resultados y otras más esperan a que el médico les informe de su situación una vez que los resultados llegaron al CS. Empero esta situación es poco confiable, ya que el único medio de constatar su estado de salud es conociendo los resultados como tal.

“Lo mismo me dijeron a mí, “si tiene algo malo le hablamos por teléfono o vamos personalmente a buscarla a su casa” ...entonces no tengo nada porque ni me han hablado...al doctor me dijo” no..., no, si no te dieron nada es seña de que estas bien” (Usuaría activa unidad 2, julio 2015)

Una vez que se identificó una anomalía se inicia con el **proceso diagnóstico** en el cual algunas mujeres mencionan que se les pidió pasar con el médico correspondiente, ellos verificaron los hallazgos e iniciaron tratamiento hormonal o las enviaron a segundo nivel para la toma de *estudios complementarios*. La decisión de cada uno de ellos se basó en los descubrimientos del estudio, de esta manera hubo mujeres que continuaron su revisión en el CS y otras más fueron enviadas a segundo nivel de atención para una revisión más exhaustiva.

Sobre la consejería se identificó que las formas en que las mujeres reciben información sobre Cama son similares en las distintas unidades. La totalidad de usuarias refieren que es en el CS donde han recibido la mayor parte de la información con la que cuentan, y se les otorga ya sea en la consulta general, en la consulta de DOC o en los talleres de PROSPERA. Se les comunican datos sobre la técnica de AE, signos y síntomas de alarma, las pruebas para detectar el CaMa y orientación sobre a donde ir a la revisión.

Primordialmente esta información es brindada por los promotores, enseguida de enfermería y por último los médicos, aunque fue inespecífica la información sobre el material utilizado o los medios de comunicación con ellas. El personal de salud involucrado en las acciones puede estar en ese orden por las actividades propias de cada uno.

El promotor les imparte los temas designados para los talleres de PROSPERA, enfermería en la misma ocasión que realizó las exploraciones a las mujeres les informó sobre el CaMa. Según las historias el personal de medicina las revisó con menor frecuencia y en la misma medida les dio información. Cada uno con su

función dentro del CS, brinda información en la medida que la organización se lo permite.

En las unidades la difusión de información está altamente dirigida a las mujeres que están dentro del padrón de afiliados del programa PROSPERA y para quienes asisten regularmente al CS por alguna causa en particular (GAM, consulta de crónicos).

La manera en la que se abre el canal de comunicación sobre las acciones es expresada siempre desde el prestador de servicios hacia la mujer. La información más destacada es sobre las distintas pruebas que deben realizarse, cuándo y cómo hacerlas. Se invita a la usuaria a cumplir con las detecciones necesarias y casi ninguna de ellas menciona haber recibido información sobre aspectos que hagan referencia a la fisiología, anatomía, factores de riesgo o protectores del CaMa.

Las mujeres que acuden al CS por distintos motivos son invitadas a las acciones del programa en el transcurso de la atención con la enfermera, el médico o los promotores de salud. Se ofertan las acciones o le recuerdan a la mujer que tiene revisiones “pendientes”, si está en el programa de PROSPERA. La mujer que inicia el tema sobre las acciones del programa es porque previamente alguien ya le solicitó que cumpliera con ellas, le invitó pedir las pruebas (sea la ECM o la MG) o detectó en su cuerpo alguna “bolita”:

“ ... terminando la consulta este a mí me han preguntado "¿señora ya se hizo su detección de cáncer?", ...si no lo tengo este la doctora me dice como me puedo explorar... me da la orden para que me hagan una mastografía si tengo ya tanto tiempo de no habérmela hecho...” (Usuaria activa, agosto 2015, unidad tipo 3)

Las fuentes complementarias de información son en mayor medida la televisión y el internet, no obstante, por ser un medio de comunicación en salud impersonal el despeje de dudas y la integración de información puede verse mermada por la

falta de asesoría de personal capacitado. Las usuarias inactivas probablemente recurren más a estos medios ya que son de libre acceso y más disponibles que el tiempo y atención del personal de salud.

7.3 La información con la que cuentan las usuarias respecto a las acciones de prevención y detección del CaMa.

Al preguntar a las usuarias sobre la prevención y detección del CaMa emergen diferentes términos relacionados con la identificación de algo anormal en alguno de sus senos y se refieren a la técnica de la AE, a “tocarse bolitas”, a la importancia de acudir al médico para valoración de mama y a realizarse MG.

Se identifica que no hacen alusión alguna a las acciones educativas o de orientación acerca de lo que es el CaMa. Se puede notar que la información con que cuentan las mujeres participantes del estudio es limitada, ello se aprecia en el énfasis que hacen las mujeres en las acciones de detección sin explicitar con claridad el significado de los hallazgos, ni la relevancia de éstos para su salud.

Las usuarias expresan los datos de alarma del CaMa y cómo identificarlo, principalmente hablan de pruebas de detección, ya sea auto administradas o dependientes del personal médico, como mencionan algunas usuarias:

“...cada mes tenemos que hacernos una exploración manual, buscarnos alguna deformación, bolita o algún huequito que tuviéramos en los senos, o algún dolor o molestia que se tuviera y de ser así pues acudir al médico y también tener mucho cuidado de asistir cada año o según la edad cada dos años a que se nos haga una mastografía.” (Usuaría activa, junio 2015, unidad tipo 1)

“Hacerse el estudio, hacerse el estudio cuando nos toca...en círculo en el sentido del reloj, eh acostada y parada...puede ser bañándose también.” (Usuaría inactiva, junio 2015, unidad 1)

A comparación con los otros métodos de detección, la AEM es más identificada en las narraciones. Lo anterior puede deberse a que, al ser una actividad autónoma, que la mujer decide el tiempo y el lugar de realización es la más accesible para ellas. Describieron cómo realizarla, en qué condiciones y días favorables, sin embargo, no se detalla si la realizan como esta normado.

La mayoría identifica como detectar a tiempo, por el contrario, son escasas las referencias de cómo prevenir el CaMa. La información que reciben y reproducen las mujeres está saturada de hallazgos clínicos dónde ya habría un cambio anatómico en las mamas, con indicios francos de CaMa. Se denota que la *Consejería* está orientada hacia la detección oportuna y el posterior tratamiento de los hallazgos en caso de encontrar alguno.

Es débil y escasa la información que las mujeres tienen sobre cómo evitar el desarrollo del cáncer, aun cuando está estipulado sea entregada como parte de la estrategia de prevención primaria, como el cambio de estilos de vida. Al hacer una exploración un poco más dirigida no saben identificar cuáles son los factores de riesgo o los factores protectores frente al CaMa, incluso una de ellas expresa información confusa a pesar de ser una usuaria activa que está dentro de las actividades del GAM, que supone un contacto más estrecho con los servicios.

“Las actividades que tenemos [en el grupo de ayuda] son los ejercicios, pero no sé si nos sirve para eso del cáncer de mama, yo no he oído alguna información de eso, pero si me gustaría saber ¿verda?” (Usuaría activa, mayo 2015, unidad tipo 1)

Es impreciso establecer que lo anterior es causa sólo del personal de salud o de la mujer, sea cual fuere el motivo la educación para la salud no está llegando a su objetivo primordial de empoderar a la población para cuidar de su salud a través del conocimiento.

El hallazgo más sobresaliente sobre la consejería es que la totalidad de mujeres habla sobre la utilidad de la información que tienen referente a los signos y

síntomas de alarma del CaMa para la toma de decisiones. Saben que al encontrar algún "bultito", cambio de coloración o dolor en los senos deben acudir a revisión ya sea al médico o integrarse a alguna actividad de detección. Lo expresan como una situación de urgencia y que no debe retrasarse la atención:

"Pues de hecho nos han dicho que cuando notemos alguna bolita que luego vengamos con nuestro doctor para que nos cheque para poder prevenir si es un, una bolita peligrosa..." (Usuaría activa, mayo 2015, unidad tipo 1)

A pesar de esta actitud favorable, queda reducido el potencial de cambio en otras áreas de su vida debido a la forma en que reciben información, dirigida a detectar y no a prevenir. Así mismo esta situación podría significar un incremento en los casos que se identifican tardíamente debido a cultura de la detección donde hay una espera a que aparezcan datos clínicos para ir a examinarse.

En comparación con los lineamientos de la NOM, el trabajo que se refleja en las historias de las mujeres denota que hay todavía trabajo por hacer respecto a los estilos de vida y la identificación de factores de riesgo, como lo menciona una usuaria que pasó por el proceso de ser diagnosticada:

"para no desarrollarlo no [no le han explicado], nada más este como estar al pendiente para que si llegas a tener alguna de esas situaciones que te explique [datos de alarma] luego luego fueras con el doctor. (Usuaría con proceso diagnóstico, junio 2015, unidad tipo 1)

7.4 Accesibilidad a las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa.

La accesibilidad a los servicios es una de las dimensiones propuestas por Palmer H para evaluar la calidad asistencial, la define como "Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.",(51) a raíz de ello se describen los recursos que brinda la institución y las limitantes a las que se enfrenta el paciente para ser atendido. En esta sección se

describen las limitantes y barreras institucionales para que las mujeres accedan a las acciones.

Para una mujer que va a una ECM requiere de una ficha para tener un lugar en las CG del día, pero sólo se entregan alrededor de 20 según las narraciones. La usuaria, y en ocasiones familiares, deben madrugar entre las tres y cuatro de la mañana, para llegar a las seis a las afueras del CS, formarse en una fila y esperar a que las entreguen, dos horas antes de que abran el edificio. Empero esta acción no asegura un lugar, en ocasiones esta actividad debe realizarse por tres días seguidos para lograr su cometido.

En general, la razón del comportamiento de la comunidad de madrugar es el limitado número de fichas que se entregan en el día, lo que significa consultas escasas. Al ser un número tan limitado a sólo 20 turnos para todos aquellos que necesitan atención en el día, la respuesta para asegurar la atención es formarse lo más temprano posible en la fila. Lo anterior con la esperanza de estar dentro de esos 20 turnos que en ese mismo día serán atendidos. De esta situación se derivan las quejas sobre los múltiples intentos por recibir una consulta, tener que madrugar y también que describan como insegura esta acción por la ubicación de las unidades a horas tan tempranas.

En el punto en que la mujer ya tiene asegurada su entrada a la consulta general para la ECM, ya sea que obtuvo una ficha o tiene una consulta programada (con el médico o con la enfermera) el tiempo que deben esperar es diferente. Siguiendo la línea de quién recibió una ficha alrededor de las 8 de la mañana, la consulta no tiene horario fijo de atención y deben esperar a su revisión. Desde que recibe la ficha hasta el momento de ser atendida el tiempo que pasa es alrededor de 4 a 5 horas, dentro del edificio, solo esperando.

. Es tal la situación que otras más refieren que no se realizan las acciones, no notan qué se hace para prevenir el CaMa en las unidades o si tienen actividades como tal para la operación del programa. Entre éstas mujeres se puede encontrar

usuarias activas que solo tienen la cobertura del SP o que sólo acuden por otras causas al CS:

“La verdad no sabría decirte porque pues como te digo nosotros estamos aquí en el grupo y nunca nos han dado una plática ni nos han dicho como este, como checarnos tampoco... una pura vez nos hicieron aquí un chequeo en el CS, pero de eso ya hace muchos años.” (Usuaría activa, junio 2015, unidad tipo 1)

A diferencia de la ruta descrita para la consulta general sin cita, las mujeres afiliadas al SP o PROSPERA que acuden regularmente con una cita programada expresan menos dificultades en las tres unidades. Recibir varias consultas al año con tiempos establecidos, en sus propias palabras les permite “*aprovechar*” la visita al médico para solicitar las exploraciones y estudios necesarios. A quienes tienen citas programadas no les representa mayor problema el tiempo de espera, llegan de 20 a 30 minutos antes y esperan a que las llame la enfermera. En conjunto con las atenciones de enfermería y el médico se requieren de 1 a 2 horas dentro del CS.

Este tiempo podría extenderse si al momento de terminar la consulta el médico le indica a la usuaria acudir a otra área de servicio a recibir las exploraciones, práctica expresada para las consultas programadas de las unidades 2 y 3 donde existen servicios exclusivos o de apoyo para las acciones. Ellas conectan con el servicio correspondiente y pueden pasar minutos hasta días para ser exploradas.

Otra opción mencionada y que requiere aparentemente de una inversión de tiempo menor y requiere de menor tiempo es acudir al área de DOC exclusiva. Al acercarse a este servicio la mujer puede recibir un turno para el día en curso u obtener una cita para su revisión en otro día (no más de ocho días), es la versión de usuarias activas, inactivas y en proceso diagnóstico sin importar su afiliación.

En el consultorio de DOC exclusiva el día de una cita el tiempo de espera hasta el primer contacto con el personal es de alrededor de 20 min, y desde el primer

contacto hasta la atención en el consultorio es de 10 a 15 minutos, una persona pasa dentro del servicios alrededor de 30 a 40 minutos y al salir se retiran de la unidad. Incluyendo la espera desde que se agendó la revisión, son de 1 a 8 días los que pasan.

Para la DOC de los servicios de apoyo las usuarias refieren que deben agendar una cita y se les atiende posteriormente, no hay necesidad de pasar a la consulta médica. El personal de enfermería les asigna un día y hora específicos en el que se les realiza la ECM y el PAP. El tiempo de espera es similar al consultorio exclusivo de DOC, con la amenidad que tienen la probabilidad de ser atendidas al momento si la demanda de trabajo lo permite.

La atención al momento sin necesidad de pasar a la consulta médica es una las razones que las mujeres en general refieren para ir directamente a estos servicios, especialmente a la UNEME-DEDICAM. Una de ellas menciona que después de haber experimentado la atención en el CS y la de la UNEME-DEDICAM ya no volvió al primero, puesto que los trámites y requisitos son menores en la UNEME-DEDICAM, además de mencionar que son más atentos y enfocados en el tema del CaMa.

En torno a las campañas de detección oportuna es difícil que las mujeres las puedan considerar como un respaldo fijo en su búsqueda de atención para el CaMa debido a su baja implementación y tiempo de duración. Esta actividad es poco mencionada o referida por las usuarias. Además, por el corto tiempo de ejercicio la población beneficiada es limitada.

El tiempo y desgaste de la mujer al ser atendida el mismo día, si no pasó a consulta general, es relativamente menor en la DOC exclusiva, algunas refieren que llegan y se retiran en no más de 20 o 30 minutos sin mayor preocupación. No obstante, si la revisión en este servicio fue posterior a la consulta general, el deterioro es mayor por las circunstancias descritas en antelación. Como describe una mujer la DOC exclusiva en medicina preventiva:

“le digo pues que me mandaron del consultorio si es que me mandaron... que, si puede hacerme el favor de checarme, ya nada más le entrega uno la tarjeta... y nos atiende... ya me dirá ella si me puede atender o si tiene mucha gente y ya me da una cita.” (Usuaría activa unidad 3, septiembre 2015)

Por los prolongados tiempos de espera algunas mujeres refieren que ir a la DOC es olvidarse de todas sus actividades del día, por ello algunas otras prefieren no ir a la atención. Y es razonable esta reacción, el proceso completo para quienes no tienen cita se lleva de 5 a 8 horas desde que se levantan hasta que regresan a sus domicilios, o más si son enviadas a otro servicio para la DOC.

La situación es menos agradable todavía al incluir los rígidos horarios de atención, algunas mencionan que sólo en el turno matutino funciona el consultorio exclusivo y medicina preventiva en la unidad 2 y 3 respectivamente. Se agrega la organización de la consulta con fichas que únicamente se entregan a las 8 de la mañana, lo que aumenta la dificultad para acceder a una detección. Para las mujeres la forma en que funcionan los servicios no responde a sus necesidades:

“Pues hay que madrugar a sacar ficha si no es campaña... salí ya bien tarde, a las doce y media [llegó a las seis de la mañana] eso es lo único que no me gusto verda’, porque me atendieron ya bien tarde” (Usuaría activa unidad 1, junio 2015.)

En estos últimos años la tendencia de las mujeres ha sido la de trabajar y cuidar del hogar. La mayoría de las mujeres entrevistadas son responsables del hogar y mencionan que la dinámica de las unidades y el tiempo que hay que pasar en ellas es algo que no les agrada, y ésta condición es más grave para aquellas mujeres que cumplen con la doble jornada y deben responder también a un trabajo con horarios fijos, es difícil que acudan a los servicios:

“...me voy a trabajar como a las ocho, a las ocho de la mañana y llego a las seis, seis cinco de la tarde, ya no hay nada ya, ya no alcanzo nada ya [servicio en el centro de salud...” (Usuaría activa unidad 1, mayo 2015)

Otra de las constantes en la atención es que la mayoría de las mujeres refieren que la ECM está condicionada a la toma del Papanicolaou, expresan que la ECM es algo similar a una prueba oportunista que se realiza al final del PAP. Ambas acciones se realizan el mismo día, y algunas de ellas refieren que no les realizan ECM sin agendar también el PAP. Esta situación desagrada bastante a las usuarias de la unidad 3 ya que mencionan que en ocasiones no hay material para el PAP y al no realizar sólo la ECM les van aplazando la exploración, para que sean las dos al mismo tiempo.

Una de las demandas por parte de algunas usuarias en las unidades de primer nivel sin servicio exclusivo, que a la vez que no son integrantes de programas es que la información que se da es escasa, incompleta o no se imparte.

“información aquí no dan [en el edificio temporal], porque allá sí [edificio original], allá te ponían tus cartelones o andaban muchachas diciéndote del sida, del cáncer, de embarazos no deseados y todo eso, y aquí no, aquí es muy difícil que se vea así la verdad [educación para la salud fuera de consulta]. “(Usuaría inactiva, unidad tipo 1, junio 2015.)

Gran parte de todas las usuarias habla de elementos propios de la organización de las instituciones como una limitante para recibir las atenciones como ya se ha revisado. Otro aspecto del que se habla es del desconocimiento de los servicios, algunas mujeres refieren que en ocasiones no saben cómo se organizan o si brindan este tipo de atención en las unidades. Algunas de ellas se contradicen en la forma en cómo describen la organización para ser atendidas o dudan si existen otras alternativas para recibir las acciones del programa diferentes a las que ya conocen.

Para la MG mencionan las usuarias que deben asegurarse de llegar a tiempo, pasar previamente a las oficinas del SP por un vale que les acredita el costo del

estudio, llevar consigo la cartilla nacional de salud, su orden de estudios y la póliza del seguro popular, de lo contrario podrían perder su cita.

Los trámites y requisitos administrativos son mínimos en la UNEME-DEDICAM, por lo tanto, es frecuente que las mujeres se expresen favorablemente sobre la UNEME-DEDICAM respecto a los trámites mínimos para la toma del estudio. Pueden ir sin una solicitud y aun así recibir una cita para MG. Es tal el alcance y enlace de la unidad con la población que hay representantes civiles que gestionan varias citas y las reparten entre las mujeres que lo requieren.

Esta ventaja es conocida por los servicios, en el libro de referencias en la unidad 1 se registró el envío de una mujer de 32 años que requería de atención y al parecer no contaba con protección en salud, por lo que en las especificaciones del registro de envíos figura la leyenda "no cuenta con seguro popular es enviada a UNEME-DEDICAM", y es algo que las mujeres aprecian.

A pesar de que el trámite sólo de la MG es más corto que el de la ECM el cúmulo de indicaciones y actividades que la mujer debe cumplir para recibirlas consecutivamente son tediosas. Asimismo, mencionan que ir a algunos de los sitios de referencia es un largo camino, ya que no hay transporte público que conecte directamente su lugar de residencia con las instalaciones de los hospitales. Al recibir este estudio deben hacer frente a esta dificultad por duplicado, la primera para recibir el estudio y la segunda para ir por los resultados si éstos no son enviados a la unidad de primer nivel a la que acuden.

Cabe agregar que a pesar de tener que desplazarse lejos de su colonia algunas usuarias reconocen que ser enviadas a segundo nivel es una ventaja que ofrecen los centros de salud. Si ellas no pueden completar los estudios necesarios en la unidad de primer nivel ser referidas a segundo nivel con el respaldo de la unidad les abre nuevas opciones y posibilidades de atención.

“Pues muy bien, ósea porque es para nuestra misma salud...si hay algo anormal, nos envían a donde tienen que enviarnos para darnos el seguimiento que debe de ser.” (Usuaría unidad 1, agosto 2015)

El proceso de recibir una MG varía de lugar a lugar, en la UNEME-DEDICAM puede realizarse al momento que la mujer lo solicita o hasta tener una espera de ocho días después de obtener la cita. En las otras unidades de referencia la espera mínima después de agendar es de cuatro hasta quince días. Narran las usuarias que depende de la carga de trabajo de las instituciones, y según sus opiniones la más accesible es la clínica especializada por tener la facilidad de agendar y más horarios durante el día que en el HNM. ninguna expresa que sea una experiencia incomoda o desgastante.

Por el contrario, todas refieren que sin importar a donde acudan al estudio una vez que entran a la sala de exploración, así como llegan salen, que no es tardado el estudio, empero esta afirmación se limita tiempo dedicado al estudio.

Respecto a la ubicación de las unidades, algunas mujeres enfatizan que llegar a las siete de la mañana al HNM desde el lugar donde viven es algo arriesgado y varias concuerdan con esa idea, significa un traslado que requiere de planeación, por la lejanía de las instituciones, el tiempo y las actividades a las que responden durante el día. Tanto el horario como la ubicación no les son favorables al momento de ir a la MG.

Por otro lado, aun cuando son escasas, hubo versiones de anomalías asociadas al estudio que involucran a recursos en capacitación y profesionales del género masculino:

“...a mí me tocó [ser atendida por un hombre] ...y ¡hay, como me duró doliendo!, como no se exagerar, de ambos lados porque me estiró bien feo... bueno no se portó grosero ni nada, muy amable, pero será por su condición de hombre, ¡hay, no! ...pero bueno yo creo por su condición de hombre que tienen más fuerza, sí...” (Usuaría unidad 3, agosto 2015)

. “...ese día [el día de la MG] me hicieron el estudio dos practicantes...yo tenía miedo, porque cuando ya la doctora les dijo que hicieran de cuenta que ella no estaba ahí, porque una de las chavas se puso nerviosa y yo dije “chin pues dicen que duele, la chavilla es principiante pues como me va hacer”, pero no, ya cuando vi ...como me tomó el seno como me acomodó y todo o dije “no pues no pasa nada” ...” (Usuaría en proceso diagnóstico en unidad 3, julio 2015)

Aun cuando las situaciones se resolvieron favorablemente a las usuarias les causó impresiones de miedo y sensaciones de dolor, las cuales posteriormente pueden ser asociadas con el procedimiento y no con las circunstancias del contexto. Además de que los trámites y hojas que deben recolectar antes del estudio es una actividad que en cierto modo les desagrada por la cantidad de lugares a los que pasan antes de la MG, desde el CS hasta el inicio del estudio.

Respecto a la entrega de resultados los lapsos de tiempo encontrados van de 15 días a dos meses, más corto para quienes fueron informadas por teléfono y más largo para quienes su estudio fue enviado al CS con su médico. Si no llegan al CS la interesada debe desplazarse nuevamente a la clínica donde se realizó el examen, situación más común en la UNEME-DEDICAM, aunque esta situación no es referida como desagradable.

Este último paso de entrega de resultados mostro escasos datos de inconformidad por parte de las mujeres, para la mayoría el dato más relevante a tomar en cuenta es el tiempo de espera para recibir los resultados. Aun cuando el largo tiempo de espera se traduzca en estar exentas de enfermedad conocer su estado de salud es lo que buscan, y es algo que no consiguen sino hasta dos meses después.

A pesar de la descripción de las acciones realizadas, tanto para ECM y MG, algunas mujeres hablan sobre la *ausencia de las acciones*, que no perciben las actividades para la prevención y detección del CaMa. Entre usuarias de las unidades 1 y 3 se emite el comentario de no ser invitadas a las exploraciones por el personal de salud, que son ellas quienes deben pedir las si es que las requieren.

Opinan que, si van a una consulta, comúnmente el personal que las recibe se limita a las actividades propias de la consulta y no emerge el tema del CaMa.

“Pues ahí cuando yo fui [a CG en el centro de salud] yo no recuerdo que me hayan revisado [ECM]. Solamente cuando me salió la bolita, ahí si me revisaron.”
(No usuaria unidad 1, junio 2015)

“Se hizo casi, ósea ya llega uno aquí y pues a uno, ósea nada más porque uno dice, “voy a hacerme esto”, pero uno, pero no todos lo hacen y no todos lo dicen, todos los enfermeros, los doctores nunca no lo piden.” (Usuaría unidad 3, agosto 2015)

Estas afirmaciones se contraponen a lo referido en la consejería, donde se señala que es el personal de salud quién inicia el dialogo sobre las acciones. Aunque existan ambas opiniones, ambas son válidas. Que la mayoría de las veces sea el personal de salud quien invite a la mujer a las acciones no quiere decir que todos realicen esta actividad.

Asimismo, que la mujer sea quien solicite las acciones habitualmente está más ligado a otras necesidades que se revisaran en otro apartado. En general que el personal de salud oferte las revisiones depende del actuar de cada persona y en ocasiones de las responsabilidades del personal para con el CS.

Se identificó que el envío de mujeres a la MG también está relacionado con algún tipo de evaluación de las unidades. Un reducido número de usuarias activas mencionan que se les ofertó la MG como un medio para que el CS cumpliera con una cuota de mujeres para el estudio.

“... me hablaron a la casa que, si podía (ir a la MG), porque tenían que mandar ciertas personas ...si acepte ir y si fui...entonces tenían que mandar cierto número, como no sé si cuatro o tres por, por semana o por no ser porque tiempo, por eso yo fui.” (Usuaría activa de unidad 1, mayo 2015)

De acuerdo con lo anterior, es una forma rápida, sencilla y práctica de recibir la MG. Es de esta manera porque a las unidades probablemente les interese cumplir con una cobertura más extensa a la luz de alguna evaluación. Ciertamente no hay más elementos para desarrollar esta afirmación, pero si para concluir que es una forma en que la mujer puede adquirir la MG con el mínimo desgaste en las instituciones e ir directamente al segundo nivel, sólo al estudio, con todos los preparativos previos resueltos. A pesar de ello no es una situación común.

7.5 Percepciones sobre el diagnóstico oportuno.

Las actividades de detección involucran el cribado poblacional y el diagnóstico oportuno de la enfermedad. Las acciones encaminadas al diagnóstico oportuno inician ante la sospecha de datos de alarma relacionados con el CaMa en la mujer. El inicio en el proceso diagnóstico puede ser por que la usuaria identificó en sus senos una anormalidad o porque las MG de cribado arrojaron datos sugestivos de esta patología. algunas mujeres fueron identificadas mediante el cribado y otras más acudieron por si mismas ante un cambio en los senos sugestivo de CaMa.

Las informantes que pasaron por esta experiencia, la mayoría, en algún momento ya habían identificado que algo estaba mal en sus cuerpos. Lo siguiente fue confirmar sus sospechas al acudir a consulta médica. El trámite que debieron hacer es el mismo para una consulta general, como ya se explicó en secciones anteriores, con sus pros y contras en cada unidad. El médico fue el primer enlace en el inicio del proceso diagnóstico.

Al tener la sospecha de un CaMa, según relatan las usuarias, se les realizó una ECM y fueron enviadas al segundo nivel de atención a realizarse estudios complementarios (MG diagnóstica para mayores de 40 y ultrasonido para menores de 40). Con el mismo proceso del uso de referencia y contra referencia tratado en la sección de organización de la MG. Una vez que obtienen los resultados de los

estudios complementarios deben regresar a consulta con el médico de primer nivel.

Contrariamente a lo que se ha mencionado, lo anterior es la situación ideal, pero hubo un caso en la unidad 2 donde la mujer al depositar su confianza en el médico tratante esperó alrededor de dos años para iniciar su proceso diagnóstico. Fernanda hizo referencia varias veces al médico que sentía algo mal en sus senos, y el médico al no identificar nada relevante en la ECM pospuso su envío al estudio hasta que la mujer cumpliera los 40 años, desestimando su sentir.

“Fue como dos años antes que yo empecé a sentir dolores y yo le comentaba a la doctora [que la enviara a la MG], pero las revisiones que ella me hacía me decía que todo estaba bien, que nada más no me estresara y de hecho nunca me dió medicamento para eso...así se quedó todo, hasta que cumplí la edad [para enviarla a mastografía].” (Usuaría en proceso diagnóstico de la unidad 2, julio 2015.)

La toma del estudio y seguimiento de la enfermedad sentida de la mujer se atendió en el tiempo que ella cumplió 40 años. Las promotoras de PROSPERA, y no su médico tratante, “oportunamente” la enviaron con la enfermera del consultorio de detección a la prueba por haber cumplido ya la edad requerida para el estudio:

“...en un taller nos dijeron que pasáramos con la enfermera pues, que por que ya teníamos la edad, ya nos podían hacer la mastografía por parte del seguro popular y entonces la enfermera se encargó de sacarnos la cita allá en el en el Hospital del Niño y la Mujer, nos sacó la fecha...” (Usuaría en proceso diagnóstico de la unidad 2, julio 2015)

En los resultados se confirmó la formación de quistes en sus senos. Puede verse la importancia del rol del médico como unidad de enlace entre primer y segundo nivel, para obtener los primeros indicios de la enfermedad. Ahora bien, si no cumple esta función y la mujer opta por aceptar el criterio del médico, ¿cómo

puede ser el diagnóstico algo oportuno?, pues no puede serlo si se retrasa la confirmación de una patología ante los datos de alarma.

La NOM establece que, ante indicios de CaMa, según la edad, hay que hacer estudios complementarios. En las otras mujeres se siguió esa línea y a partir de ello continua la verificación y/o inicio del tratamiento necesario, cuestión que se vio retrasada en el caso de esta usuaria. Al no tener contacto con los médicos se desconoce la razón del actuar del personal.

Durante el procedimiento de MG de cribado y de diagnóstico algunas de las mujeres atendidas en el HNM y en la UNEME-DEDICAM coinciden en que al terminar el estudio se les pidió esperar un poco, para la confirmación de los datos mediante un ultrasonido. El US se realizó posterior a la MG para cada mujer que tuvo hallazgos anormales en la primera toma de la MG. Esta acción reduce tramites y lugares a dónde acudir para determinar el estado de salud de las mujeres. Al tener los informes de los estudios necesarios, cada una de ellas volvió al CS, nuevamente a sacar cita y de ahí fueron enviadas al segundo nivel de atención, todas al HNM al servicio de Oncología.

Los resultados de la mujer mencionada fueron enviados al CS con su médico tratante como el caso de otra de las usuarias. Posteriormente recibió un pase nuevamente a segundo nivel, ahora a consulta de especialidad con Oncología. Empero en el inter que los datos llegaron a sus manos, ya estaban incompletos, lo que más adelante la llevo a mermar su atención por falta del disco de imagen, ya que para ir a Oncología requiere del pase, la aprobación del SP y los resultados de MG:

“En el centro de salud ... me entregaron la hoja de dónde venían los resultados de la mastografía, me la dieron, pero resulta que cuando llego a Oncología me dice que esos estudios van incompletos ...según esto me tuvieron que haber entregado un disco, el disco me lo acaban de entregar hace apenas un mes, que resulta que

apareció en el centro de salud entre papeles...” (Usuaría en proceso diagnóstico de la unidad 2, julio 2015)

Aun cuando se realizó la consulta como estaba pactado, se le pidió nuevamente el estudio de MG. En ese sentido el servicio de Oncología puede describirse como flexible y cercano a las mujeres, a otra mujer que requería consulta en el mismo servicio el día que fue enviada al servicio se le atendió. Así como a otra mujer no se le negó la atención, y a todas al estimar el estado de salud e iniciar un tratamiento se les dejó una cita abierta, por cualquier percance que necesitasen atender respecto al tema.

A la mujer más joven en proceso diagnóstico después de la ECM en el CS la enviaron a un ultrasonido al Hospital Central. Para la cita llevó consigo una referencia que le entregó el médico del CS y le dieron fecha alrededor de dos meses después de su primer contacto. Comenta que hubo varias situaciones que la hicieron molestar con el servicio, pero al ser el único con el que podía contar continuo en el mismo camino.

Enfatiza el tiempo que le hicieron esperar para el ultrasonido, ella y el médico consideraron que era algo que debía atenderse y la espera le pareció muy larga. Fue un periodo en el que estuvo con la duda, preocupación y desaliento de no saber qué era lo que le sucedía. Sin embargo, con acuerdo que el día del procedimiento tanto el personal como los recursos utilizados le permitieron sosegar ya que el encargado de realizarle el ultrasonido la trato amablemente y le dio resultados “preliminares” al momento del estudio, sólo por la imagen diagnóstica que el observó.

No obstante, las *fallas en la atención* se hicieron presentes, se quejó del manejo y administración dentro del servicio. El día que fue a recoger sus resultados, no los encontraron y tuvieron que repetir en ese mismo momento el estudio:

“Acá en el Niño y la Mujer muy bien [la atención recibida] y si acá donde fue más relajo fue en el hospital central...porque perdieron mi nombre, cuando hicieron mis

estudios los perdieron, cuando fui a recogerlos que no estaban, que no estaban y lo volvieron a repetir” (Usuaría en proceso diagnóstico de la unidad 1, junio 2015)

Refiere que la atención sería mejor para la atención si donde realizan la ECM hubiese un ultrasonido para confirmar los datos clínicos, sin embargo, esta estructura ya existe, pero solo para los sitios de la toma de MG. Por otro lado, tanto para ECM, MG y estudios complementarios la ventaja más referida para poder recibir las atenciones necesarias es la *gratuidad del servicio*, las usuarias hablan que les quita una preocupación más al no tener que pensar en si tienen dinero o no para atenderse ya que el SP cubre con el pago de los exámenes y pruebas necesarias.

“pues me ha ayudado en todo [la gratuidad del servicio]...ahora si no tuviera yo el seguro popular pues yo tampoco me hubiera podido atender, pues económicamente pues si este no tengo la posibilidad y si te ayuda mucho en esa cuestión, porque yo sé que son estudios costosos.” (Usuaría en proceso diagnóstico en unidad 1, junio 2015)

Una vez iniciado el control con el Oncólogo es él quien se encargó de darles tratamiento y continuar con su revisión. En el momento de la entrevista todas ya tenían establecido un diagnóstico establecido, no definido como CaMa, tratamiento e indicaciones para el seguimiento en los servicios de salud. A grandes rasgos la respuesta y el acompañamiento que se refleja para las mujeres que pudiesen tener datos de CaMa es rápida, continua y estrecha, sin embargo, es sólo a partir del seguimiento con el Oncólogo, todos los pasos previos se relacionan con las limitantes mencionadas en cada apartado.

7.6 Elementos relacionados con el éxito de las acciones

Las actividades descritas, *consejería, ECM y MG* como actividades de cribado se orientan a las mujeres con características que las sitúan en una situación de riesgo específica frente al CaMa. Como se mencionó anteriormente que las mujeres tengan una atención más continua en las unidades les permite tener un

mejor acceso a las acciones, por el simple hecho de acudir más frecuentemente a los servicios.

El escenario descrito es tal que esta condición ha llegado a ser reconocida por las mujeres. La diferencia en la atención frente a las acciones según sus observaciones las sitúa en una posición de ventaja frente a las otras usuarias de los servicios:

“¡Estar en el programa de PROSPERA, ...por que con ese luego ya venemos, y ¡Ah, son de PROSPERA!” [que exclama el personal de salud], y casi ahorita le están dando más oportunidad [acceso al DOC] a las de PROSPERA que a las que no están en ese este apoyo, en este programa.” (Usuaría activa unidad 2, agosto 2015)

Se analiza en algunas entrevistas que el inicio de las acciones de prevención y detección del CaMa necesariamente requiere del contacto de las mujeres con algún servicio o actividad derivada de las unidades de salud en el estado. Una mujer que no está al tanto de las actividades de atención médica difícilmente tendrá un seguimiento en las medidas preventivas de acuerdo a su edad, como lo mencionan algunas mujeres no usuarias del programa de CaMa, ellas desconocen cómo trabaja el CS para brindar las acciones del programa a la par de que acuden esporádicamente a la unidad.

Una vez iniciadas las acciones hasta ahora varias mujeres refieren que la constante para estar al día en el cumplimiento de las acciones del PAEPCCM ha sido que necesariamente están enroladas en alguna actividad, programa o seguimiento continuo en el centro de que les permite *atención periódica*. Esto a su vez se contrapone con lo encontrado en las mujeres no usuarias, que a diferencia de las anteriores acuden al CS por razón necesaria siendo en ocasiones de enfermedades de ellas mismas o de sus hijos.

Se percibe que a pesar de los esfuerzos del personal y de la secretaria de salud en si misma por implantar un programa de cribado organizado éste aun no es aplicable. Lo encontrado en la investigación señala que se implementan los dos tipos de cribados. El oportunista es más prevalente en las no usuarias que acuden esporádicamente a las consultas y es ahí donde son invitadas a las pruebas.

Sin la garantía de un seguimiento posterior, el personal de salud queda en espera de la llegada de los resultados, sin saber si la mujer fue o no a la toma de la MG, caso contrario de la ECM que se realiza al momento y los resultados se obtienen al finalizar la revisión.

Y el cribado organizado surge con las mujeres que acuden regularmente al CS, todas ellas usuarias de las acciones, Este caso significaría un mejor seguimiento porque el personal de salud tiene más oportunidades y tiempo de trabajar con ellas, convencerlas para que decidan hacerse las pruebas y prestar atención a que continúe con ellas en el tiempo correspondiente.

Sin embargo, esta última opción es la menos viable para la mayoría de la población. Quienes tienen citas programadas son las mujeres que necesitan un control del embarazo, control del niño sano, atención por enfermedades crónicas degenerativas, psiquiátricas o infecciosas (como la tuberculosis) y hasta hace poco los beneficiarios del programa PROESPERA (ahora solo se da cita al titular), lo que a la par del recurso disponible para la atención, satura los servicios.

La logística de los centros de salud no les permite orientarse del todo a conservar la salud, sino a atender la enfermedad, que es para lo que pueden funcionar en vista de las necesidades de la población. Es desconocido si hay consultas de control para revisión general anual de los adultos por parte del SP, como corresponde por grupo de edad, es decir atención de las personas en su estado sano.

El estar al día en las acciones también está condicionado por el cese de las actividades del programa de PROSPERA, una vez que las mujeres ya no son beneficiarias de este programa dejan de lado las actividades de prevención ya que su salida del programa significa que no tienen derecho a las consultas programadas, ya no se les exigen estas revisiones, y por consiguiente pasan a ser no usuarias del PAEPCCM.

Entran en juego otros intereses que no son la propia salud y que a su vez son elementos que influyen en el éxito de las acciones. Las mujeres que tienen el programa de PROSPERA se ven en sus propias palabras "obligadas" a tener al día sus pruebas de detección, por lo tanto, no importa el medio o la estructura del servicio, ellas deben cumplir con estas exigencias, aun cuando hayan pasado por experiencias dolorosas o limitaciones, cumplen con lo pactado con el programa.

“Osea nos obligan tenemos que tener una regla en PROSPERA de todo lo que tenemos que tener en salud, Papanicolaou, papiloma, la mastografía.” (Usuaría unidad 3, agosto 2015)

“...cada vez que tenemos que venir a cita como dentro de talleres, tenemos que venir para mostrarle [al promotor de PROSPERA], porque nos esta cheque y cheque [el promotor] “¿Cuándo te toca?, ya te va a tocar, vete a hacértelo, este va atrasado” [ECM, PAP o MG], tenemos que estar en regla, al pie de la letra [con las detecciones].” (Usuaría unidad 2, agosto 2015)

Por el contrario, las no usuarias, que no tienen responsabilidad alguna más allá de su propia salud no sienten esta presión, está ausente el motivador del programa. Por lo tanto, es difícil que pasen por todas las circunstancias ya descritas para obtener una revisión y esto se evidencia también para las mujeres que salieron del programa de PROSPERA.

Una de ellas aun cuando tuvo un proceso patológico en el cérvix salió de la lista del programa y refiere que desde entonces cesó de acudir a revisión, aun cuando

presentó una patología identificada por el tamizaje exigido por el programa, su motivación se fue, y con ella el interés por asistir al CS. Si bien no es un dato que hable de CaMa si habla del interés por la gestión de la propia salud frente a los motivadores externos.

Algo similar se identifica con los integrantes del grupo GAM, hay cierta cohesión para que acudan a las actividades del grupo, éstas se diversifican en pro de mejorar su salud en relación con la Diabetes, y en ocasiones cubren otros tópicos como CaMa, de próstata, recreación entre otras. Estas personas acuden regularmente al CS y aunque no es mencionado por los entrevistados, el acudir regularmente a consulta y atender las indicaciones del médico (entre ellas realizarse las pruebas de cribado) podría estar respondiendo a la necesidad de continuar dentro del grupo, ya que, aunque no es obligatorio el personal continúa recordándoles las pruebas de detección que tienen pendientes.

La razón que podría tener mayor peso para acudir a las acciones es que la mujer identifique en su cuerpo signos y síntomas de alarma del CaMa. Como se mencionó en un principio esta práctica está muy afincada entre todas las mujeres si identifican datos de alarma, y así es cómo se identificó en el análisis. Las mujeres en proceso diagnóstico tuvieron aumentaron su acercamiento a los servicios e incrementaron el tiempo y esfuerzo dedicado a recibir las acciones del programa.

Su principal motivación fue identificar la enfermedad y esperar a que hubiese cura para el padecimiento por el que aún están pasando. Ellas estaban informadas, fueron conscientes del peligro que se cernía sobre ellas, suerte que no tuvieron dos mujeres familiares de usuarias activas. Una vez que éstas mujeres fueron invitadas y casi obligadas por sus familiares a recibir una revisión la patología que presentaban ya había avanzado.

En acuerdo a lo anterior el *miedo* y el *desconocimiento de los servicios* frenan la motivación de la mujer para acercarse a ellos. El miedo que causa que eviten las

acciones es que ellas tienen *miedo a la acción* como tal, la relacionan con una probable agresión hacia ellas. Existe también un *miedo a identificar*, temen que realizando las detecciones tengan un diagnóstico positivo y prefieren evitar establecer un diagnóstico de CaMa, si es que lo tienen, lo que condiciona que su estado de salud vaya en declive si la situación es como las dos mujeres que mencionamos en párrafos anteriores.

Por último, *la vergüenza* que surge también es uno de las categorías más referidas en todo el texto, temen a ser expuestas, que vean su cuerpo desnudo, es tal el concepto de los senos y la sexualidad que es un obstáculo para el éxito de las acciones. Esta condición se potencializa al prever que *personal masculino* las va a revisar, por ello prefieren que sean mujeres las que realicen los estudios. Esta tan internalizado este prejuicio sobre los sexos que a pesar de haberse realizado la prueba con mujeres aún continúan deseando que no se involucren los hombres en el tema.

Sin embargo, otra razón de peso que influye en las usuarias para no acercarse a las acciones o a cualquier servicio de las unidades de salud es la *falta de susceptibilidad* de ellas frente a la enfermedad. No se sienten en riesgo, probablemente debido a que no reconocen los factores predisponentes del CaMa relacionados con su persona.

“Porque muchas no se paran [a la DOC CaMa] porque ahora si como dicen por miedo, porque no quieren o por que dicen “paz que” al cabo nunca me ha dado y” (Usuaría activa unidad 2, julio 2015)

Aunado a lo ya dicho, algunas de ellas conocen los servicios, la atención que brindan y lo que deben hacer para recibir las acciones por lo que optan por no ir a los servicios.

“...entonces pues no sé si si da impaciencia...le digo a mi la señora Socorro me dio varias varios volantitos ya con fecha y pues yo les decía “vete a hacer el

examen” y me decían “! hay yo que voy hacer ahí! [en la UNEME-DEDICAM] ¡hay es pura perdedera de tiempo!”.” (Usuaría activa unidad 3, septiembre 2015)

También hay quienes culpan a la mujer de su situación, descartan la influencia de la información disponible, el funcionamiento de los servicios y otras variables que pudiesen tener un papel importante en el acercamiento de la mujer. Responsabilizan a las usuarias de las deficiencias en la atención que tienen para con su cuerpo, para ellas es la mujer quien no se quiere y por eso no va a revisarse.

“Pues lo único que les sugeriría a las personas a las mujeres más que nada que se quisieran, que se quisieran que se exploraran su cuerpo...porque a veces no detectamos lo que sentimos por andar ocupadas en otras cosas.” (Usuaría activa unidad 3, septiembre 2015)

Por otro lado, lo que las lleva a acercarse a las acciones es que tienen *miedo a no identificar*, algunas mujeres refieren que el pensamiento de poder identificar con las exploraciones alguna anomalía es lo que las lleva a buscar las detecciones necesarias, no quieren perderse de saber si tienen alguna patología y que eso interfiera en su seguimiento posterior.

En complemento a lo anterior la *percepción sobre el CaMa* que tienen las mujeres les lleva a quitarse de dudas y realizarse las exploraciones. Lo anterior debido a que lo perciben como una entidad amenazante, degenerativa y que no tiene vuelta atrás, que es mortal. Por ende, prefieren encarar los estudios necesarios para determinar su estado de salud. Sin embargo, tras de este pensamiento se encuentran las responsabilidades de su vida, el papel que tienen en la familia y la necesidad de seguir al frente de sus hijos, asegurarles un futuro.

Otro de los datos más relevantes es el conocimiento del *dolor relacionado*, aquel que se adhiere a la experiencia del CaMa sin originarse en las acciones, el dolor las hace pensar y detenerse, puede alejarlas. Usuarías activas que pasaron por la experiencia de recibir la ECM y el PAP al mismo tiempo emiten un juicio muy

desfavorecedor para el personal, lo que provoca que la mujer no quiera regresar, situación que puede perjudicar el ejercicio de las acciones del CaMa.

“Pues bien [la atención del CaMa], pero lo eso del papiloma, si a mí sí me sangro, me molestó, porque ella [la enfermera] me dijo “mira”, me enseñó el espejo, le hace “está sangrando...no debería”, hasta me dijo “si no me lo quieren [el PAP] te lo voy a volver hacer”, no yo ya no vengo, no la verda´ yo ya no vengo.” (Usuaría activa de unidad 3, agosto del 2015).

Al causarles dolor con el PAP, es posible que en próximas ocasiones que requieran cualquiera de las dos pruebas ellas se vean renuentes a solicitarlas. La mujer puede no regresar a las detecciones de CaMa, ya que son al mismo tiempo y con el mismo personal.

7.7 Resultados de las acciones

Aun con las debilidades y fortalezas expresadas para las acciones de prevención y detección del CaMa se han presentado situaciones favorables de su implementación. Algunas relacionadas directamente con los estándares de evaluación del programa y otros más con las aportaciones a la vida de las usuarias involucradas.

Durante el desarrollo de las actividades del programa en la toma de MG por cribado en algunas mujeres se identificaron anomalías que por sí mismas no fueron capaces de detectar. Este es uno de los objetivos del programa, identificar precozmente para dar un tratamiento oportuno, y en ellas se consiguió. Además de que la línea de seguimiento para quienes identificaron por si mismas las anomalías les permitió continuar en la atención.

En acuerdo con lo anterior, por ser un programa prioritario financiado tanto el tratamiento, estudios complementarios, así como las consultas con personal de especialidad también están disponibles para ellas, si es que lo requieren. Este es un resultado positivo que apoya la salud de las mujeres y permite ver que el cribado, a pesar del costo de los estudios, es de valor para tratar el CaMa.

En ese mismo sentido, las mujeres reconocen que la información con la que cuentan aun cuando tengan algunas dudas, les permite conocer lo básico sobre el CaMa y así mismo *compartir información* con las personas cercanas a ellas y gestionar su *autocuidado*. Este tipo de dimensiones y alcance de las acciones no son valoradas en las evaluaciones convencionales; hablan de la penetración del programa en la vida diaria de las usuarias y el valor que le dan a la información que reciben, así como su uso.

Asimismo, al reconocer los beneficios que ofrecen las acciones del CaMa tienen la firme idea de que con las exploraciones periódicas se puede *diagnosticar precozmente* y a partir de ello tienen una *percepción de sobrevida* que les permite estar más tranquilas respecto al tema de CaMa. El impacto en la vida de las mujeres es tal que puede fortalecer su autoestima y motivarlas a gestionar su propia salud a partir del conocimiento que tienen.

Sin embargo, los resultados de las acciones no pueden limitarse a los aquí descritos, existen otros más que pueden no ser identificados en la presente investigación. Empero los mencionados son los que las usuarias extrapolan a su vida diaria y que identifican como prioritarios al ser receptoras de las acciones del programa de CaMa.

7.8 Opinión general de la atención.

Las opiniones de las mujeres expresan que la ECM se realiza en un ambiente de completo respeto, sin negligencias o situaciones incómodas con el personal, que el personal cuenta con la habilidad suficiente para tratar con ellas y hacerlas sentir en confianza, además de que la describen como una prueba rápida, libre de dolor y con resultados rápidos, aunque pocas de ellas hacen referencia a los resultados encontrados.

Esta idea es generalizada entre las mujeres entrevistadas, sin distinción por informante o por unidad, es una característica que denota los esfuerzos de la fuerza de trabajo de la SSA por hacer de este aspecto algo de valor, para que la

mujer continúe con su atención. Este es uno de los pocos puntos positivos que se identifican respecto a la forma de implementar el programa de CaMa, podría considerarse uno de los pilares para que el programa se sostenga, debido a que se transmite seguridad a la mujer.

Respecto a la MG el procedimiento por completo se describe como una actividad profesional, las mujeres no expresan dudas al decir que el trato desde que llegan al segundo nivel hasta que salen del estudio es “bueno”. Hablan de que la amabilidad del personal que las recibe en las instituciones (vigilantes, recepcionistas aun sin ser parte del personal de salud) les ayudo a seguir su objetivo y fortalecer el valor que ellas tenían para enfrentarse a lo desconocido.

“Ah, muy bien mire, la señorita que me atendió la que será de archivo ...es, pero bien bien amable la señorita, este le da a uno bien harta confianza, porque yo iba con mucho miedo y la señorita así bien amable “no señora no se preocupe, por su bien, este no duele nada” ...las enfermeras también, nos trataron muy bien.”
(Usuaría activa unidad 2, julio 2015)

Este acompañamiento descrito durante la toma de las placas es un apoyo importante para ellas por el desconocimiento previo que algunas tienen o la exposición a comentarios que califican la MG como un estudio doloroso y no deseable. A su vez no hay evidencia de falta de material o recursos que pongan en riesgo el procedimiento o que lleven a su cancelación.

En adición a lo anterior para ellas la verificación de resultados con el US después del a MG es una señal de compromiso de las instituciones para con su salud ya que refieren que esta actividad les da más seguridad sobre los resultados y las deja más tranquilas con el dictamen.

En cuanto al proceso diagnóstico refieren que las instituciones actuaron de una forma rápida y atenta desde del conocimiento de su estado de salud. Las mujeres que pasaron por esta experiencia refieren una secuencia de eventos que denota el

compromiso de las instituciones por resolver el estado de salud de las mujeres, con menos tiempo de espera y un contacto más cercano.

Sin embargo, se hace referencia a que las múltiples fallas en la atención durante el proceso diagnóstico les causaron descontento y en ocasiones el personal de salud a cargo de los estudios complementarios mostró una actitud hostil hacia ellas por preguntar sobre las imágenes que observaron al momento de los estudios de US.

A grandes rasgos sobresale una actitud de calidez hacia las mujeres desde el personal de salud. Aun con ello no se puede omitir que a lo largo de los resultados descritos hubo situaciones que, aunque inherentes al personal, causan un decremento la calidad de la atención. El personal de salud y su actitud es lo más agradecido por las mujeres, por el contrario, el lugar donde ellos trabajan y las reglas a las que se apegan son lo que más les causa dificultades.

7.9 Sugerencias de las mujeres hacia el programa de CaMa

La sugerencia que las mujeres dan para la falta de información que perciben es que se incrementen las actividades destinadas a enseñar y explicar lo relacionado con el CaMa y sobre todo cómo operan los servicios para cumplir con las acciones. Esto con el fin de fortalecen la información que tienen y conducirse fácilmente en los servicios al momento de requerir una acción del programa.

Por todo lo descrito en la ECM las peticiones de las mujeres se centran en organizar de una manera diferente la consulta, de una forma que permita que busquen el lugar de su atención en un horario diferente. Este cambio significaría dejar de asistir en la madrugada a las unidades por la búsqueda de una ficha.

También hablan de habilitar un lugar que se dedique exclusivamente a la DOC sin necesidad de pasar a la consulta general y buscar la manera de disminuir los tiempos de espera dentro de las instalaciones además de reducir los trámites que deben hacer para ser revisadas. Lo anterior probablemente responda a la

búsqueda de disminuir los perjuicios en otras actividades ya programadas, como su trabajo o el cuidado de los hijos.

VIII DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo fue examinar, desde la perspectiva de las mujeres en riesgo, las características y funcionamiento de las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa implementadas en los servicios públicos de primer nivel en S.L.P. Tales acciones se dirigen por una parte, a la educación de las mujeres sobre los factores de riesgo y la auto exploración mamaria (AE) como estrategia de tamizaje para una auto detección oportuna (consejería), y por otra a las acciones de detección en la consulta de atención primaria (Examen clínico de Mama ECM), mediante estudios de diagnóstico (Ultrasonido US y MG).

En este apartado se discuten los hallazgos referentes a las percepciones de las mujeres sobre la consejería que reciben en los centros de salud de primer nivel, la cual corresponde a las acciones de prevención. Así como al papel del personal de salud en tales acciones. Un tercer hallazgo objeto de discusión, es la accesibilidad a las principales acciones del programa de atención al CaMa en el primer nivel.

8.1 La consejería como elemento central de la prevención del CaMa.

En países de ingresos altos como Suecia se ha logrado reducir un 30% la mortalidad debida a CaMa después de tres décadas de trabajo del cribado en la población femenina. Por ello, solo un 35% de los casos se detectaron en estadios sintomáticos, de los cuales, el 53% estuvieron relacionados con la mayoría de las muertes(29), ello muestra la relevancia de las acciones de prevención y principalmente de detección oportuna.

Según lo referido por las mujeres participantes, las acciones específicas de prevención muestran debilidades importantes, las cuales se suman a las condiciones sociales particulares de las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud. Tales características se constituyen como serias limitantes para evitar el desarrollo del CaMa o realizar una detección precoz e incrementar el índice de sobrevivencia de las mujeres afectadas.

Los rasgos de las usuarias participantes en el estudio muestran que pertenecen a una población de bajos recursos. Se caracterizan por el rezago educativo, limitado acceso a los servicios de salud de la seguridad social y el bajo ingreso mensual por familia que va de 1,460 a 3,720 pesos mensuales (uno a dos salarios mínimos por día⁽⁵²⁾). El ingreso per cápita del 83% de los hogares (conformados por un promedio de tres integrantes) los ubicó por debajo de la línea de bienestar⁽⁵³⁾ establecida para julio del 2015 por el *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)*.

En lo general, la población adscrita a los servicios de la Secretaría de Salud tiene características similares ya que son servicios destinados para la población no asegurada (casi el 50% de la población de México), que recibe protección en salud ya sea a través del acceso a servicios de atención gratuita o financiados por el Seguro Popular de Salud⁽⁵⁴⁾.

La escolaridad y protección en salud que tienen las mujeres suele ser determinante en el acceso a los servicios de salud como en la práctica de acciones de prevención y detección oportuna. Algunos estudios como los de López-Carrillo^(55, 56) y Manrique-Abril ⁽⁵⁷⁾ muestran que la práctica de AE mamaria y el examen clínico mamario es más frecuente en mujeres con nivel escolar superior al básico y afiliadas a la seguridad social, que en aquellas que no los tenían.

Sin duda, el nivel de escolaridad influye en el manejo que las personas hacen de la información y en cómo la aplican. Otros estudios muestran que la escolaridad se asocia directamente a una alta capacidad para el autocuidado ⁽⁵⁸⁾, cabe señalar que no es una relación directa, porque tal capacidad puede potenciarse con una educación para el cuidado de la salud oportuna y pertinente a los rasgos socioeconómicos y culturales de la población.

En este estudio, es relevante identificar que gran parte de las mujeres (86.7%) contaba al menos con una acción de detección en los últimos dos años previos a la investigación, este dato se contrapone a lo expuesto anteriormente sobre la

asociación entre las acciones y el tipo de afiliación, no obstante, es importante tener en cuenta que la mayoría de las mujeres del presente estudio pertenecen al programa PROSPERA. Este programa otorga apoyos monetarios a las familias, los cuales están sujetos a que los integrantes asistan a citas programadas y cumplan con ciertas acciones, entre ellas, la participación de las mujeres en el cribado para CaMa y cáncer cervicouterino (59) .

Si bien el programa PROSPERA aumenta el alcance de las acciones de prevención y detección de CaMa, en tal caso, la realización del tamizaje responde más a una acción condicionada que por la conciencia del riesgo que tienen las mujeres. Lo que es claro, es que el nivel de escolaridad o los ingresos familiares no son el único determinante del actuar de la mujer en torno al tamizaje ni del nivel de conciencia que puede desarrollar respecto al riesgo de presentar CaMa. Resulta muy relevante en tal caso, las actividades de consejería y educación para la salud que reciben esas mujeres.

Al respecto, este estudio muestra que la mayoría de las mujeres recibió información aislada sobre el CaMa y su detección oportuna; recibida mediante pláticas e información impresa. Ello refleja que las acciones de educación y promoción durante la consejería se limitan a sesiones informativas grupales o individuales y a la distribución de folletos, lo cual parece resultar insuficiente para desarrollar conciencia real del riesgo.

Uno de los retos del Programa de *Acción Específico de Prevención y Control de Cáncer en la Mujer (PAEPCCM)* es favorecer prácticas integrales de salud para la información y sensibilización de la población (especialmente femenina) que debe demandar la detección de manera regular y desarrollar hábitos saludables. Además, dentro de sus líneas de acción, menciona Impulsar actividades de información, educación y comunicación de riesgos para la prevención de cáncer en la mujer (2).

Sin embargo, a pesar de la difusión de información para crear conciencia sobre el CaMa, como son la consejería por parte del personal de salud, los medios de

comunicación públicos, privados y el Internet, el CaMa sigue siendo un problema de salud importante que ejerce una enorme carga económica para el sistema sanitario ya que la enfermedad aún se detecta en etapas avanzadas(30, 60).

En este estudio, la mayoría de mujeres participantes negaron haber recibido información clara y directa sobre la enfermedad, las medidas de prevención y los exámenes para una detección oportuna. Dadas las elevadas tasas de incidencia de la enfermedad y el incremento en la tasa de la mortalidad, es evidente que las acciones de prevención y detección oportuna han sido inefectivas.

Los resultados de este estudio se suman a la evidencia(61-64) de que sigue existiendo gran ignorancia sobre la enfermedad, ello confirma la necesidad de difundir información que se adapte a las condiciones económicas y educativas de las mujeres a fin de que no solo las informen, sino que sean una fuente de comprensión y construcción del riesgo frente a la enfermedad.

Los programas de acción específicos para CaMa de las pasadas administraciones de gobierno (65, 66) y la actual NOM 041(26) contemplan que las actividades de educación efectiva dirigidas a la población retomen elementos propios del contexto que les permita a las mujeres recibir una educación en salud más cercana. No obstante el PAECCM en su discurso sólo revalida la importancia de impulsar acciones de información, educación y comunicación de riesgos para la prevención de cáncer en la mujer, sin detallar la necesidad de adaptar los contenidos y formas de difusión de la información a las características de las mujeres (2).

Por su parte, la NOM 041 refiere la importancia de validar que la mujer comprende la información recibida(26), acción que en el presente trabajo se evidencia como una debilidad. Las usuarias participantes del estudio no fueron capaces de integrar adecuadamente la información sobre el CaMa y su prevención cuando se indagó sobre sus conocimientos, tal como se mencionó en párrafos anteriores.

Sin duda los programas y normas en el nivel formal (discursivo) son en su mayoría congruentes con las necesidades de las mujeres, no obstante, en su nivel

operativo no se ejercen tal como están planteadas, principalmente porque prevalece en todo el sistema de salud en México un enfoque curativo a la enfermedad y no el cuidado de la salud. A ello se suma la demanda excesiva de atención y los limitados recursos asignados al primer nivel de atención, lo que dificulta que lo propuesto en los discursos oficiales se lleve a la práctica.

Es evidente, en lo referido por las mujeres participantes del estudio, que la consejería que ejerce el personal de salud y las campañas informativas no son suficientes. Se reconoce que la NOM 041(26), así como otras políticas públicas bien planteadas, no están respaldadas por el enfoque preventivo de atención a la salud ni por los recursos requeridos para que puedan aplicarse en las prácticas habituales (consejería y detección precoz) de la atención a la población.

Un ejemplo de ello es que la mayoría de los estadios identificados en la consulta médica corresponden a etapas avanzadas de la enfermedad debido a que las mujeres llegan a la consulta con considerables retrasos(31). Ello es por demás relevante si se tiene en cuenta que la AE mamaria y la demanda oportuna de valoración clínica son fundamentales para una detección precoz, principalmente en mujeres con dificultades de acceso a servicios de salud y estudios diagnósticos oportunos.

8.2 El papel del personal de salud en las acciones de prevención.

Respecto al desempeño del personal de salud en la consejería, se identifica en la perspectiva de las mujeres el papel relevante del personal de salud (médicos y enfermeras) durante la consulta, para incentivarlas a realizarse el autoexamen mamario y acudir regularmente al cribado. El desempeño del personal de salud y la relación interpersonal que establece con las mujeres puede constituirse en una barrera o un facilitador para que la mujer se acerque y tenga acceso a los servicios de detección oportuna.

Las participantes del estudio refieren recibir orientación específica principalmente por parte del promotor de salud y establecer una relación de mayor confianza con las enfermeras. A diferencia de ello, los médicos tienen un papel limitado en ambas actividades. En los CS incluidos en este estudio es frecuente que una enfermera esté al frente de la detección del cáncer en la mujer tal como lo refieren otros autores(55, 56), aunque de manera limitada ejerce la consejería. Lo anterior es resultado de la necesidad de las mujeres por conservar su privacidad frente a otros. Si las mujeres tienen la opción de elegir a quien deben exponer su cuerpo, ellas prefieren con mayor frecuencia que sea a una mujer.

En los CS objeto de este estudio se concentran las actividades informativas en el promotor, quien informa a la población en diferentes temas, entre ellos el CaMa, constituyéndose en la principal fuente de información. No obstante, es importante tener en cuenta que los promotores regularmente son profesionales de la salud preparados en áreas poco relacionadas con la medicina y la calidad de la información que brindan no es monitoreada, por lo que queda en duda si la función que cumplen es satisfactoria para la educación de la mujer. Además, es importante tener en cuenta que los promotores únicamente tienen contacto con mujeres beneficiarias del programa PROSPERA.

Desde el punto de vista de las mujeres, el médico es quien menos se involucra en la consejería y exploración, a pesar de que las políticas de atención del CaMa(2, 26, 67) lo designen también como un actor de cambio, por lo que hace falta una participación más activa de su parte en esos rubros. El papel limitado del médico en la consejería, es una debilidad de los servicios para la prevención y detección oportuna. Algunos estudios refieren como las recomendaciones del médico son de ayuda para que la mujer se realice la mamografía, en ocasiones como alentador(68-70) y otras más como barrera. Identificar una actitud desdeñosa o que el médico no realiza la ECM desalienta a las mujeres a continuar en revisión(71). Por ello la importancia de que el médico se integre a las actividades de consejería; por lo general, la mujer confía en él y en sus indicaciones.

El estudio de Tejada, et al muestra como las mujeres manifiestan una confianza absoluta en sus médicos cuando éstos expresan su impresión diagnóstica del ECM(14). Lo anterior debe considerarse como una oportunidad para que el médico y la enfermera brinden una educación para concientizar a las mujeres a que realicen su AE y sigan un estilo de vida saludable, reduzcan los factores de riesgo para CaMa, identifiquen sus antecedentes y acudan de inmediato a los servicios cuando sea necesario.

A pesar de las actividades que ya se realizan es claro que la orientación y recomendaciones del personal de salud a la mujer no son suficientes, se requiere una educación para crear conciencia del autocuidado para incrementar el número de mujeres en el cribado sin necesidad de ejercer presión. Torres muestra en su estudio como el 20% de un grupo base de mujeres no usuarias de las acciones de prevención acudieron al tamizaje después de una intervención educativa (69).

Como se ha descrito previamente sobre la consejería, las fuentes de información, las técnicas utilizadas o el personal involucrado en el educación a las mujeres, es comprensible que ellas no sean capaces de expresar acciones para evitar el desarrollo del cáncer. Las usuarias se limitan a describir información fragmentada sobre los datos clínicos del CaMa, situación que Nigenda identificó en las mujeres incluidas en su estudio respecto a la información que poseían antes de un diagnóstico de CaMa(34). Ello muestra que las mujeres cuentan con información pero no logran integrarla a su contexto particular para construir una visión clara de su propio riesgo y usar las alternativas que tienen para reducirlo.

Es común que las mujeres prefieran que se establezca una línea clara entre “vida o muerte” en la información que se les brinda, con el conocimiento del peor escenario y lo importante que es, evitar que suceda(72). No obstante, la información referente a cómo evitar el desarrollo del cáncer también es relevante, no solo identificarlo a tiempo. Ello muestra la tendencia curativa que impera en el primer nivel de atención y a largo plazo este enfoque curativo de la atención no tendrá impacto en la reducción del número de casos de CaMa. Así mismo, si se

mantiene la respuesta reactiva frente a la detección del cáncer y esta además no es oportuna, difícilmente se logrará disminuir la tasa de mortalidad.

8.3 La accesibilidad a las acciones de prevención y detección oportuna.

La accesibilidad a los servicios es un determinante importante para una detección precoz; la excesiva demanda de atención, las limitaciones de recursos humanos y materiales en los servicios públicos incrementan los tiempos de espera y pueden desmotivar a las mujeres para acudir a realizarse el tamizaje o una valoración clínica. Según lo han mostrado otros estudios las limitaciones institucionales pueden constituirse en barreras de acceso para que las mujeres se acerquen y hagan uso de los servicios de detección oportuna de manera regular y no condicionada(14, 73-75) (Por ejemplo, Programa PROSPERA).

Otros trabajos publicados plantean los factores que influyen en el acceso a los servicios de salud, en relación al programa de CaMa los resultados obtenidos provienen principalmente de las mujeres que lo han padecido, de sus familiares, parejas y el personal de salud encargado y en contacto con la implementación del programa (34). Los enfoques son diferentes, mientras que las mujeres hablan de cómo viven el proceso de atención a la par de afrontar la enfermedad, el personal sanitario se centra en hablar de su lugar de trabajo y las carencias que hay en él (de capacitación, insumos, organización, etc.(35).

Respecto a las barreras de acceso a los servicios de salud, entre los principales resultados del estudio que se presenta, se encuentran las relacionadas con la institución y su organización (interna y externa), la coordinación con otras instancias que dan seguimiento durante el proceso del CaMa, los tipos de cribado existentes y el equipo disponible para realizarlos, la burocracia para realizar las solicitudes, el trato y comunicación con el personal de salud y la coordinación entre niveles de atención.

La organización de cada unidad para asignar y efectuar las consultas origina una multiplicidad de rutas que la mujer puede seguir para recibir las acciones del programa de detección. Ello crea una disparidad en la calidad de la atención: mientras algunas de ellas pasan por un largo y tedioso proceso, algunas otras tienen más facilidades para continuar en las acciones para la detección.

Se identifican mayores dificultades en los CS que no cuentan con un consultorio específico para la detección de cáncer en la mujer. Ello se contrapone al derecho fundamental de la salud y denota la ineficiencia del sistema de salud para brindar acceso equitativo a las mujeres como lo propone el PDCM 2013-2018(2), esto lleva a otorgar atención diferenciada en los CS, lo cual significa resultados diferentes para cada individuo (76).

Respecto a la vinculación primer-segundo nivel, las distancias de una unidad a otra impiden a la mujer realizarse una MG sin largos tiempos de espera, ello denota la falta de infraestructura para la detección del CaMa. La SS cuenta únicamente con tres equipos para MG registrados en el estado: uno en la capital potosina (*Hospital del Niño y la Mujer*) y dos en el municipio aledaño de Soledad de Graciano Sánchez (Hospital General de Soledad y UNEME-DEDICAM)(77), los cuales son insuficientes para cubrir la demanda de mujeres usuarias del servicio de manera periódica con la celeridad que se requiere.

Adicionalmente, el uso de referencias y contra referencias para un estudio de detección (como parte de tamizaje) parece constituirse como una barrera. A miras de mejorar la integración de la mujer a las acciones, ella debería ser libre de acudir al segundo nivel de atención para una MG sin ir derivada de la atención en el primer nivel, como algunas de ellas lo vivieron. En consecuencia, es frecuente que las mujeres con sospecha de CaMa acudan a la medicina privada a realizarse los estudios correspondientes según lo refieren Tejada(14) y Nigenda(34).

A la falta de recursos suficientes en los servicios de atención, se agrega que la mujer tiene una limitada información sobre dónde y cuándo puede recibir las acciones del programa, ello se perfila como una de las barreras para que acceda

fácilmente a los recursos que ofrecen de manera gratuita los servicios públicos de salud. Esta investigación no ha sido la única en dilucidar este hecho, otros autores también mencionan como la utilización óptima de los recursos de salud requiere información precisa sobre los servicios que ofertan los centros de atención y los requerimientos para obtener asistencia(72, 74, 78, 79).

De manera que capacitar a la mujer sobre el uso del sistema de salud y el ejercicio de sus derechos es una prioridad, lo cual requiere impulsar más estrategias para fomentar el uso de los servicios y no limitarse a actividades intramuros o eventuales como las campañas de salud. Por ejemplo, en otros países existen políticas externas a las unidades de salud que han demostrado un porcentaje de mujeres tamizadas mayor que el reportado por la ENSANUT para México (80). Como parte de la operación de estos programas se informa a la mujer mediante una carta personalizada sobre las acciones de detección que debe realizarse y a dónde puede acudir(79), algo similar a los recordatorios de los promotores de PROSPERA, pero considerando a todas las mujeres en riesgo.

En Francia y Canadá se invita a la mujer a acudir directamente al estudio radiológico, se evita que realice un paso extra al pasar con el médico general y a la par, puede acudir a cualquier centro acreditado con la carta de invitación para agendar una cita(79, 81). Solo algunas de las mujeres en el presente estudio aluden a una oportunidad similar con la UNEME-DEDICAM (a dónde pueden acudir sin referencia), sin embargo, la mayoría de ellas no contaban con información precisa respecto a ese centro de diagnóstico y ello limitó su acercamiento para obtener el servicio.

Ciertamente, varias son las barreras institucionales que limitan el acceso de la mujer a la detección, queda por agregar algunas otras relacionadas con las mujeres y su contexto. Tales como las barreras culturales referidas por otros autores(34, 74, 78, 82), al respecto las participantes de este estudio refieren principalmente el miedo como un obstáculo para acercarse al cribado. En concordancia con autores que identificaron como las mujeres pueden evitar las

acciones de tamizaje para no ser diagnosticadas con la enfermedad. El miedo de que el resultado de las pruebas sea positivo fue una barrera para la detección(74) y en consecuencia ellas pueden responder a su deseo de no conocer si tienen la enfermedad,(74) razón por la cual es común que las mujeres retrasen la realización de estudios de diagnóstico (14).

En otra postura, para algunas mujeres el miedo a no identificar la enfermedad oportunamente las lleva a procurar las acciones inmediatas para reducir la incertidumbre acerca del diagnóstico. En tal caso, de acuerdo con Thomas, los exámenes de rutina son de utilidad para disminuir el miedo y tomar un rol activo en el control del CaMa, actividades que a su vez significan una nueva oportunidad de vida(68). Esta última postura puede tener origen en una alta percepción del riesgo de desarrollar la enfermedad, ya sea derivada del conocimiento que la mujer tiene sobre el CaMa, de experiencias indirectas con el cáncer, así como de la información que posee sobre la utilización de los servicios de salud.

Otra barrera cultural fue no sentirse en riesgo de desarrollar la enfermedad, como detallan Jones, Hassoun y Tejada (71, 82). Esta falta de conciencia puede aludir a múltiples factores, como el limitado conocimiento de la mujer respecto al tema, la mínima difusión de información o el diseño de las actividades que se desarrollan para la capacitación sobre el CaMa, por ello la importancia de potenciar la educación para la salud y la organización de los servicios.

8.4 Las limitaciones del estudio

Si bien lo mencionado hasta este punto son cuestiones relevantes de los resultados, quedan otros temas que no es posible abordar extensamente como la falta de equidad en el acceso a las acciones para las usuarias de los centros de salud no afiliadas al programa de PROSPERA, las razones del médico para involucrarse poco en la consejería, las oportunidades que tiene la comunidad para organizarse y exigir su acceso a las acciones y por último, el punto más relevante, como conciben las mujeres sus derechos como usuarias, son temas que dejan pauta para otras investigaciones más detalladas.

Para algunos interesados en el tema, los datos del presente estudio podrían no representar la realidad, sin embargo, los resultados de este estudio evidencian información importante sobre el funcionamiento de los CS incluidos en la investigación y le da voz a las mujeres que han vivido directamente la experiencia de la atención primaria al CaMa

Las usuarias se mostraron más cómodas hablando fuera de las unidades de salud a diferencia de quiénes fueron entrevistados en los CS, por ello se recomienda el uso de entrevistas individuales, ya que se reconoce la influencia del ambiente institucional en la profundidad de las entrevistas y en la calidad de la información que se obtiene.

No fue posible contactar más informantes para entrevista individual, al parecer existe resistencia por parte de las mujeres para hablar sobre asuntos relacionados con los centros de salud. Por lo que se continuó explorando las perspectivas en grupos focales, que si bien cumplieron con el objetivo de esclarecer colectivamente los procesos internos de los centros de salud pudieron dejar de lado experiencias personales que podrían haber proporcionado información valiosa respecto a la operatividad de las acciones objeto de evaluación.

En el estudio se incluyeron en su mayoría mujeres afiliadas en el programa PROSPERA, haría falta indagar con mujeres que acuden a los servicios y que no están en el padrón de este programa a fin de valorar si cambia algo en su perspectiva.

Finalmente, lo descrito en este estudio parte de los resultados obtenidos y no se descarta la posibilidad de que otros factores, influencias o elementos pueden cambiar el funcionamiento de las acciones de prevención y detección oportuna del CaMa, por lo tanto, pueden no estar descritas en este informe debido a que el contexto de cada persona es diferente y por ende su punto de vista también lo es, lo cierto es que la perspectiva de las mujeres participantes de este estudio ofreció una mirada al proceso de atención al CaMa en el primer nivel y evidencia condiciones que requieren mayor atención por parte de las autoridades si se

pretende actuar para fortalecer la prevención, detección oportuna y control de una enfermedad tan devastadora como el CaMa.

IX CONCLUSIONES

El programa PROSPERA constituye un facilitador para el acceso de las mujeres a las acciones de prevención y detección oportuna, ofrece información sobre el CaMa y su atención en los centros de salud y se convierte en un proveedor de usuarias para el *PAEPCCM*. No obstante, puede cuestionarse su relevancia dado que la disposición de las mujeres para acercarse al tamizaje es condicionada y no por decisión libre.

Las prácticas de consejería en los CS objeto de estudio son débiles, favorecen que la información que la mujer tiene respecto al CaMa sea fragmentada y parece que no le permiten desarrollar una conciencia de riesgo frente a la enfermedad.

El personal de salud constituye una pieza clave para la consejería de la mujer y un trabajo coordinado entre los integrantes del equipo de salud favorecería la demanda de las mujeres de la revisión clínica y el cribado, además de alentarla para la AE y para evitar los factores de riesgo para CaMa.

La existencia de consultorios específicos para la detección de cáncer en la mujer bajo la responsabilidad de personal de enfermería son una fortaleza en los CS que lo integran a la organización de sus servicios, por lo que podría unificarse esa forma de trabajo en todos los CS.

En los CS incluidos en el estudio prevalecen las barreras institucionales para el acceso a las acciones de prevención y detección oportuna de CaMa, delimitándose principalmente a: cuestiones de recursos humanos y materiales, tiempos de espera, organización y coordinación con otros centros asistenciales.

Algunas de las barreras culturales que emergieron en los hallazgos del estudio son el miedo al diagnóstico, la vergüenza por exponer el cuerpo y una falsa percepción de riesgo para desarrollar la enfermedad, las cuales limitan el acercamiento de las mujeres al cribado.

X RECOMENDACIONES

Mejorar la capacitación del personal de unidades de primer nivel para fortalecer la consejería, la referencia oportuna de probables casos de CaMa. Sugerir el uso del ultrasonido para detección de cambios en la mama en mujeres con urgencia sentida de cambios en el seno que no cumplen con la edad para el estudio de MG y en los cuales el personal de salud no identifica datos clínicos. Lo anterior por los retrasos en la atención a una mujer identificados en el presente estudio, donde se postergó su inicio en el proceso diagnóstico.

Diseñar actividades de educación para expandir la promoción de la salud a las mujeres no afiliadas al programa PROSPERA. Resulta relevante el desarrollo de un programa permanente de educación para la salud que considere los diversos factores sociales y culturales que influyen en la mínima y tardía demanda del cribado por parte de las mujeres. Tales factores se constituyen también en barreras. De ahí la relevancia, de involucrar metodologías participativas para la promoción del uso oportuno de los servicios de detección y control del CaMa.

Coordinar con las comunidades espacios para realizar actividades de educación para la salud sobre el CaMa, y otros temas, fuera de las unidades, acciones que permitan a la población sentirse cercana a los servicios.

Establecer estrategias para mejorar la infraestructura de los centros de salud al organizar un servicio para prevención y detección de cáncer en la mujer, con el fin de alcanzar mayores coberturas de la población. Ya sea que por un tiempo establecido un área de apoyo se dedique solo a esa actividad o que se utilice el modelo de la unidad 2. Por ejemplo, incluir más promotores y capacitarlos apropiadamente. También establecer acciones educativas entre mujeres para alentar la participación.

Se reconoce que la información sobre cómo operan los servicios de salud es un factor para mejorar la adherencia de las mujeres a las acciones, sin embargo no

debería ser así ya que la política en materia de atención del CaMa en México estipula que se oriente a la mujer sobre los servicios de detección, por lo tanto además de lo referido en el principio sobre la consejería hace falta promoción externa a las unidades sobre cómo operan, debido a que las personas que no acuden no se enteran de cómo funcionan los servicios.

Ofertar las actividades propias de cada CS en lugares céntricos de las áreas geográficas correspondientes mediante oficios impresos donde se enliste las actividades del CS para la prevención y detección del cáncer en la mujer.

Puede ser de utilidad implementar un sistema donde sean las usuarias quienes evalúen el servicio con respecto a la atención que reciben y a su vez que los profesionales tengan una forma de hacer llegar sugerencias con respecto a la mejora del programa, y se disminuyan las mujeres fuera de seguimiento.

XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mortalidad ¿de que mueren los mexicanos? México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; [cited 2016 ago 26]. Available from: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>.
2. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 - 2018 México: Secretaría de Salud; 2015 [cited 2016 ago 26]. Available from: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10046/PrevencionyControldelCancerdeLaMujer_2013_2018.pdf.
3. Tejada Tayabas LM, León TC, Espino JM. Qualitative evaluation: A critical and interpretative complementary approach to improve health programs and services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2014 08/22 07/29/accepted;9:10.3402/qhw.v9.24417. PubMed PMID: PMC4142224.
4. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. International Agency for Research on Cancer. 2013 [cited 2016 ago 27]. Available from: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud. Salud de la Mujer: OMS; [cited 2016 ago 27]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>.
6. Vara Salazar Edl, Suárez López L, Ángeles Llerenas A, Torres Mejía G, Lazcano Ponce E. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud Pública de México*. 2011;53:385-93.
7. Knaul FM, Arreola Ornelas H. Numeralia sobre cáncer de cérvix y mama en México México, D.F.: Tomatelo apecho; 2014 [cited 2016 ago 27]. Available from: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Pdfs/Numeralias/2014/CAMA-CACU2014.pdf>.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito de Día mundial contra el cáncer (4 de febrero): INEGI; 2014 [cited 2016 ago 29]. Available from: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/cancer24.pdf>.
9. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*. 2009;51:s335-s44.
10. Pablo GJ, Juan R-D, Teresa S-L, Salvador V-H, Aurora F, Lucía C-N, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012 [Available from: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>].
11. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. WHO. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.DALYRATEWORLDV>.
12. Martínez Montañez OG, Uribe Zúñiga P, Hernández Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública de México*. 2009;51:s350-s60.
13. Frenk J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios: claves en la lucha contra el cáncer de mama. *Salud Pública de México*. 2009;51:s135-s7.
14. Tejada Tayabas LM, Salcedo LA, Espino JM. Medical therapeutic itineraries of women with breast cancer diagnosis affiliated to the People's Health Insurance in San Luis Potosí, central Mexico. *Cad Saude Publica*. 2015 Jan;31(1):60-70. PubMed PMID: 25715292. eng.
15. World Health Organization. Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed: International Agency for Research on Cancer; 2013 [Available from: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf].
16. World Cancer Research Fund International. Breast Cancer statistics [Available from: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>].
17. Zenon R. History of breast cancer therapy. Rayter Zenon ed: Cambridge University Press.

18. Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. Washington, D.C.: OPS; 2004. Available from: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download.
19. Beltrán Ortega A, Aiello Crocifoglio V, Castorena Rojí G. Cáncer de mama: el gran reto de la medicina de primer contacto. México: Editorial Trillas; 2014. p. 40-52.
20. Cantú de León DF, Villegas Cruz C, Jiménez López J. Cáncer de mama. México: Editorial Trillas; 2013. p. 57-8.
21. Mercado F. Reflexiones sobre el análisis cualitativo de los datos: El caso de los servicios de salud. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A.; 2007.
22. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. Atención Primaria. 2012;44(5):288-92.
23. Satija A, Ahmed SM, Gupta R, Ahmed A, Rana SPS, Singh SP, et al. Breast cancer pain management - A review of current & novel therapies. The Indian Journal of Medical Research. 2014 11/02/received;139(2):216-25. PubMed PMID: PMC4001332.
24. Sawin EM. 'My husband would not help me, so I was driving over there': older rural women experiencing breast cancer with a non-supportive intimate partner. Rural and remote health. 2010 Oct-Dec 11/19;10(4):1536-. PubMed PMID: PMC3107190.
25. Timmons A, Gooberman-Hill R, Sharp L. "It's at a Time in Your Life When You Are Most Vulnerable": A Qualitative Exploration of the Financial Impact of a Cancer Diagnosis and Implications for Financial Protection in Health. PLoS ONE. 2013 11/11 05/08/received 09/10/accepted;8(11):e77549. PubMed PMID: PMC3823871.
26. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama México, D.F.2011 [cited 2016 ago 28]. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011.
27. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. N Engl J Med. 2012 Nov;367(21):1998-2005. PubMed PMID: 23171096. eng.
28. Broeders M, Moss S, Nyström L, Njor S, Jonsson H, Paap E, et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. J Med Screen. 2012;19 Suppl 1:14-25. PubMed PMID: 22972807. eng.
29. Tabár L, Vitak B, Chen TH, Yen AM, Cohen A, Tot T, et al. Swedish two-county trial: impact of mammographic screening on breast cancer mortality during 3 decades. Radiology. 2011 Sep;260(3):658-63. PubMed PMID: 21712474. eng.
30. Gómez Calvo AI, Verdú LI, García Lopez G, Miranda P, García de Miguel J, Santamaría R. El cáncer de mama diagnosticado mediante un programa de detección precoz difiere del diagnosticado en el marco clínico asistencial habitual. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2012;39(4):149-52.
31. Caplan L. Delay in breast cancer: implications for stage at diagnosis and survival. Front Public Health. 2014;2:87. PubMed PMID: 25121080. PMCID: PMC4114209. eng.
32. Meneses García A, Ramírez T, Ruiz-Godoy L, Chiquete E, Mohar A. Costs of breast cancer treatment prior to the introduction of immune-based therapy in Mexico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012 2012 Jan-Feb;50(1):19-24. PubMed PMID: 22768813. eng.
33. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez Ó, Ávila-Burgos L. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México. 2009;51:s286-s95.
34. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. Salud Pública de México. 2009;51:s254-s62.
35. Vithana PV, Hemachandra NN, Ariyaratne Y, Jayawardana PL. Qualitative assessment of breast cancer early detection services provided through well woman clinics in the district of Gampaha in Sri Lanka. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(12):7639-44. PubMed PMID: 24460346. eng.

36. Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AMd, Guimarães AMDÁN, Gois CFL. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; v 48, n 3 (2014)DO - 101590/S0080-623420140000300002. 2014 06/01/.
37. Tejada Tayabas LM. Desafios teóricos, conceptuales y prácticos de la evaluación cualitativa en América Latina. *Evaluación emergente de políticas y programas de salud Avances y desafíos en América Latina*. México.: UADY CUMEX; 2010. p. 79-106.
38. Kerber NPdC, Kirchof ALC, Cezar-Vaz MR, Silveira RSd. Right of the Citizen and Evaluation of Health Services: theoretical-Practical Approaches. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18:1013-9.
39. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and research methods*. Newbury Park, Ca,1990.
40. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes á natureza dos programas de saúde; implicações para a avaliação. *Avaliação Qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vocés; 2006. p. 65-86.
41. Fetterman DM. *Ethnography step by step*: SAGE Publications Ltd.; 1989.
42. Morgan DL, Krueger RA. *The focus group a guidebook*. Focus group Kit 1. United States Of America: SAGE Publications India Pvt. Ltd.; 1998.
43. Morgan DL, Krueger RA. *The focus group a guidebook*. Focus group Kit 2. United States Of America: SAGE publications India Pvt. Ltd; 1998.
44. Kawulich BB. Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*; Vol 6, No 2 (2005): Qualitative Inquiry: Research, Archiving, and Reuse. 2005 05/31/.
45. Flores Guerrero R. *Observando observadores: Una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Santiago, Chile: Salesianos impresores S. A. ; 2009.
46. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-88.
47. Presidencia de la República. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud México, D.F.1986 [cited 2016 ago 28]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>.
48. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Seúl, Corea2008 [cited 2016 ago 28]. Available from: http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/17c_es.pdf.
49. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación iya. *Ley General de Salud 20082008* [updated 2008 jul 14; cited 2016 ago 28]. Available from: http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/LGS_14072008.pdf.
50. H. Congreso del estado de San Luis Potosí, Instituto de investigaciones legislativas. *Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí: H. Congreso del estado de San Luis Potosí; 2015* [updated 2015 dic 19; cited 2016 ago 28]. Available from: <http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estatales/san-luis-potosi/ley-de-salud-del-estado-de-san-luis-potosi.pdf>.
51. Net Á, Suñol R. *La calidad de la atención* [Available from: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf].
52. Cuadro histórico de los salarios mínimos (1982-2016) [Internet]. Servicio de administración tributaria. 2016. Available from: http://www.sat.gob.mx/informacion_fiscal/tablas_indicadores/Paginas/salarios_minimos.aspx.
53. Evolución de las líneas de bienestar y de la canasta alimentaria [Internet]. 2016. Available from: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>.
54. Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. [The health system of Mexico]. *Salud Publica Mex*. 2011;53 Suppl 2:s220-32. PubMed PMID: 21877087. spa.
55. López-Carrillo L, Suárez-López L, Torres-Sánchez L. [Breast cancer examination in Mexico: summary of the results from the National Survey of Reproductive Health]. *Salud Publica Mex*. 2009;51 Suppl 2:s345-9. PubMed PMID: 19967292. spa.

56. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, Blanco-Muñoz J, Hernández-Ramírez RU, Knaul FM. [Correct utilization of breast cancer detection techniques in Mexican women]. *Salud Publica Mex.* 2014 Sep-Oct;56(5):538-64. PubMed PMID: 25604299. spa.
57. Abril FGM, Díaz JMO, Fuentes NAV, Pacheco ALM. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). *Invest educ enferm.* 2012;30(1):18-27.
58. Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM, Vega Fuentes NA, Morales Pacheco AL. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). *Invest educ enferm.* 2012;30(1):18-27.
59. Acuerdo por el que se emiten las reglas de operación de PROSPERA programa de inclusión social, para el ejercicio fiscal 2016 Ciudad de México, México2015 [cited 2016 ago 28]. Available from: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421756&fecha=30/12/2015.
60. Naveiro Rilo JC, Peral Casado A, Flores Zurutuza L, Burón Llamazares JL. Cáncer de mama diagnosticado mediante un programa de detección precoz. ¿Difiere del diagnosticado en el marco asistencial habitual? *Medicina Clínica.* 2007;128(1):18-20.
61. Farooqui M, Hassali MA, Knight A, Shafie AA, Farooqui MA, Saleem F, et al. A qualitative exploration of Malaysian cancer patients' perceptions of cancer screening. *BMC Public Health.* 2013;13:48. PubMed PMID: 23331785. PMCID: PMC3564681. eng.
62. Mafuvadze B, Manguvo A, He J, Whitney SD, Hyder SM. Abstract 4460: Breast cancer knowledge and awareness among high school and college students in mid-Western USA. *Cancer Research.* 2014;72(8 Supplement):4460.
63. Filippi MK, Ndikum-Moffor F, Braiuca SL, Goodman T, Hammer TL, James AS, et al. Breast cancer screening perceptions among American Indian women under age 40. *J Cancer Educ.* 2013 Sep;28(3):535-40. PubMed PMID: 23813490. PMCID: PMC3780408. eng.
64. Tuzcu A, Bahar Z. Barriers and facilitators to breast cancer screening among migrant women within Turkey. *J Transcult Nurs.* 2015 Jan;26(1):47-56. PubMed PMID: 24692336. eng.
65. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Cáncer de Mama México, D.F.: Secretaría de Salud; 2002 [cited 2016 ago 28]. 61]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7105.pdf>.
66. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012: Cáncer de Mama México, D.F.: Secretaría de Salud; 2008 [cited 2016 Ago 28]. 58]. Available from: <http://es.calameo.com/read/0009477201394124b17b0>.
67. Secretaría de Salud. Prevención, Tamizaje y Referencia Oportuna de Casos Sospechosos de Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2011 [cited 2016 ago 28]. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/001_GPC_CadeMama/SS_001_08_EyR.pdf.
68. Thomas E, Escandon S, Lamyian M, Ahmadi F, Setoode SM, Golkho S. Exploring Iranian Women's Perceptions Regarding Control and Prevention of Breast Cancer. *The Qualitative Report.* 2011;16(5):1214-29.
69. Torres E, Erwin DO, Treviño M, Jandorf L. Understanding factors influencing Latina women's screening behavior: a qualitative approach. *Health Education Research.* 2013 11/05 10/13/received 09/26/accepted;28(5):772-83. PubMed PMID: PMC3772327.
70. Püschel K, Thompson B, Coronado G, Gonzalez K, Rain C, Rivera S. 'If I feel something wrong, then I will get a mammogram': understanding barriers and facilitators for mammography screening among Chilean women. *Family Practice.* 2010 11/06 04/09/received 10/01/revised 10/07/accepted;27(1):85-92. PubMed PMID: PMC2860714.
71. Jones CEL, Maben J, Lucas G, Davies EA, Jack RH, Ream E. Barriers to early diagnosis of symptomatic breast cancer: a qualitative study of Black African, Black Caribbean and White British women living in the UK. *BMJ Open.* 2015;5(3).

72. Ragas DM, Nonzee NJ, Tom LS, Phisuthikul AM, Luu TH, Dong X, et al. What women want: patient recommendations for improving access to breast and cervical cancer screening and follow-up. *Womens Health Issues*. 2014 Sep-Oct;24(5):511-8. PubMed PMID: 25213744. PMCID: PMC4840460. eng.
73. Tejada Tayabas LM, Hernández Ibarra LE, Pastor Durango MeP. [Strengths and weaknesses of a cervical cancer detection and control program: a qualitative evaluation in San Luis Potosi, Mexico]. *Gac Sanit*. 2012 Jul-Aug;26(4):311-6. PubMed PMID: 22421214. spa.
74. Azami Aghdash S, Ghojzadeh M, Sheyklo S, Daemi A, Kolahdouzan K, Mohseni M, et al. Breast Cancer Screening Barriers from the Womans Perspective: a Meta-synthesis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(8):3463-71. PubMed PMID: 25921163. eng.
75. Peters K. Politics and patriarchy: barriers to health screening for socially disadvantaged women. *Contemp Nurse*. 2012 Oct;42(2):190-7. PubMed PMID: 23181371. eng.
76. OECD. OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016: OECD Publishing.
77. Búsqueda de Unidades con servicio de mastografía [Internet]. 2016. Available from: http://cnegrs_sitioscancer.salud.gob.mx/index.php.
78. Ferrat E, Le Breton J, Djassibel M, Veerabudun K, Brix Z, Attali C, et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. *Fam Pract*. 2013 Aug;30(4):445-51. PubMed PMID: 23478254. eng.
79. Doré C, Gallagher F, Saintonge L, Hébert M. Breast cancer screening program: experiences of Canadian women and their unmet needs. *Health Care Women Int*. 2013;34(1):34-49. PubMed PMID: 23216095. eng.
80. Pivot X, Rixe O, Morere J, Coscas Y, Cals L, Namer M, et al. Breast cancer screening in France: results of the EDIFICE survey. *Int J Med Sci*. 2008;5(3):106-12. PubMed PMID: 18566655. PMCID: PMC2407526. eng.
81. Moutel G, Duchange N, Darquy S, de Montgolfier S, Papin-Lefebvre F, Jullian O, et al. Women's participation in breast cancer screening in France--an ethical approach. *BMC Med Ethics*. 2014;15:64. PubMed PMID: 25127662. PMCID: PMC4151080. eng.
82. Hassoun Y, Dbouk H, Saad Aldin E, Nasser Z, Abou abbas L, Nahleh Z, et al. Barriers to Mammography Screening: How to Overcome Them. *Middle East Journal of Cancer*; Vol 6, No 4 (2015): October. 2015 10/01/.

ANEXOS
ANEXO 1

Tabla 4 Categorías obtenidas en el análisis

Categorías	Subcategorías	Códigos
Prevención del cáncer de mama	Quien informa	La enfermera La promotora del programa PROSPERA El médico Folletos Televisión Internet
	Información: Promoción de estilos de vida saludables	Alimentación sana Actividad física
	Información: ausencia de orientación	No haber recibido orientación No saber distinguir la información
	Factores de riesgo del cáncer mamario	Informada: Carga genética Sin conocimiento
	Manifestaciones clínicas	Signos de alarma Síntomas del cáncer de mama Como se identifican los cambios clínicos
	Exploración clínica y autoexploración	Técnicas de autoexploración Como realizar la exploración Estudios para detectar cáncer de mama A donde ir a revisión Medios de enseñanza

Continuación... **Tabla 4 Categorías obtenidas en el análisis**

Categorías	Subcategorías	Códigos
Exploración clínica de mamas Mastografía	Trámite	Sacar cita Consulta con médico familiar Horarios de atención
	Motivo de consulta	Enviadas por la enfermera Acuden regularmente por otras cuestiones Signos de cáncer de mama
	Revisión	Hallazgos de la exploración Uso de bata Envío a segundo nivel Sin dolor responsable de la revisión
	Cambios en el servicio	Sistema de atención diferente
	Trámite	Referencias a segundo nivel Sacar cita Tiempos de espera prolongados Tramite a cargo de trabajo social Citas acordes a la NOM Contacto a domicilio
	Televisión	Condiciones para la revisión Desconocimiento del área Rapidez Dolorosa
	Resultados	Ausencia en la entrega Las recibe el centro de salud Entrega con el médico de cabecera Contacto telefónico

Continuación... **Tabla 4 Categorías obtenidas en el análisis**

categorias	subcategorias	Códigos
Mastografía	Trámite	Referencias a segundo nivel Sacar cita Tiempos de espera prolongados Trámite a cargo de trabajo social Citas acordes a la NOM Contacto a domicilio
	Revisión	Condiciones para la revisión Desconocimiento del área Rapidez Dolorosa
	Resultados	Ausencia en la entrega Las recibe el centro de salud Entrega con el médico de cabecera Contacto telefónico
Ultrasonido	Trámite	Uso de orden medica Sacar cita Revisiones en diferentes instancias
	Revisión	Anticipación de resultados Angustia Trato amable Explicación de los procedimientos
Consulta de especialidad	Trámite	Uso de orden medica Sacar cita Revisiones en diferentes instancias Consultas de especialidad

Continuación... **Tabla 4 Categorías obtenidas en el análisis**

categorias	subcategorias	Códigos
Limitantes	Causa de no acudir	Pena Vergüenza Gasto de tiempo Retraso en la atención Tiempos de espera Trámites para atención Decisión propia Problemas con los servicios Lejanía de las instituciones ocupación
Ventajas	Programación	Citas agendadas
	Atención	Preocupación del personal Rapidez
	Costo	Gratuidad Afiliación al SP
	Servicios	Información de talleres
Influencia en la vida	Autocuidado	Autoexploración Estar informadas
	Información	Compartir conocimiento Tranquilidad seguridad
	Ideas sobre el Cáncer de mama	Peligrosidad Descontento con los tratamientos

ANEXO 2

Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUÍS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Las acciones de prevención y detección oportuna de cáncer de mama: una evaluación cualitativa desde la perspectiva de las mujeres en riesgo

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La estudiante de la Maestría en Salud Pública, quien realizará el estudio *“Las acciones de prevención y detección oportuna de cáncer de mama: una evaluación cualitativa desde la perspectiva de las mujeres en riesgo”*, me informó sobre la necesidad de realizar su investigación con mi colaboración, la cual será voluntaria e informada y terminará en el momento que yo lo decida, sin tener alguna represalia sobre mi persona o en las atenciones que recibo en el centro de salud.

Me solicita autorización para realizar una entrevista que será audio grabada contestando preguntas como: datos personales, información sobre la atención médica que he recibido en el centro de salud “_____” sobre la prevención y detección del cáncer de mama, así como preguntas sobre el seguro médico al que estoy afiliada y de las instituciones a las que he tenido que acudir para recibir atención respecto al tema de la investigación aquí planteada, por lo tanto me ha explicado que es una investigación de riesgo mínimo ya que no habrá intervenciones que puedan afectar la integridad física de mi persona, sin embargo podríamos hablar de temas sensibles relacionados con la prevención y detección del cáncer de mama. Me ha informado que los datos que yo proporcione serán confidenciales y anónimos lo que quiere decir que nadie podrá identificar mi participación y lo que he dicho.

De igual manera me ha explicado que los resultados que se obtengan de la investigación serán dados a conocer, protegiendo la individualidad y anonimato de mí persona, con la finalidad de conocer algunas de las percepciones que tenemos las mujeres sobre las acciones para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en San Luis Potosí, teniendo como beneficio datos que pueden ayudar a la formulación de estrategias más acordes con las necesidades y contexto de quienes reciben los servicios del programa de acción específico para el cáncer de mama.

Ahora que la enfermera Griselda Puente Martínez me ha explicado y aclarado dudas con relación al estudio, como va a realizarse, así como la información que busca y como va ser usada, estoy de acuerdo en ser parte de la investigación con los aportes que se me han solicitado, por lo que expreso mi consentimiento informado firmando la presente carta.

Nombre y firma de la participante

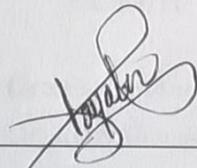
Responsable del estudio

ANEXO 3
Carta de no conflicto de intereses.

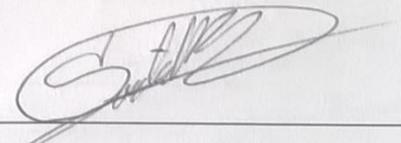
Carta de no conflicto de intereses.

La propiedad intelectual y la autoría, desde la elaboración del proyecto, identifican tanto a la investigadora estudiante como a la Directora de tesis, como autores principales. Considerándose como primera autora en al menos el primer producto para la difusión a la tesista, siempre y cuando ésta cumpla con el criterio de la responsabilidad en el análisis de los datos y la redacción del manuscrito. Dejando la opción de cambiar el orden de autoría, previo convenio de los involucrados. La presente investigación tiene como propósito final el ser difundida tanto en eventos científicos como congresos en la modalidad de conferencia o poster, pero la principal fuente será la de artículos científicos.

La investigadora da fe de la originalidad de este trabajo, y tener los derechos de autoría del mismo para ser presentada ante el comité académico y de ética en investigación, así como a la Secretaría de Salud. Quedo de conformidad con ceder los derechos de reproducción y circulación de esta obra, en forma no exclusiva, a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, quien podrá o no ejercer los derechos cedidos. Declaro que no existe relación alguna con terceras personas que pueda tener un interés en la información obtenida en esta investigación así como no tengo ninguna situación que pueda crear un conflicto de intereses real, potencial o futuro, incluyendo ningún interés financiero u otro tipo sobre los resultados de esta investigación o su desarrollo.



Dra. Luz María Tejada Tayabas
Directora de Tesis



LE Griselda Puente Martínez
Estudiante de la Maestría en SP

ANEXO 4
Formato para los datos sociodemográficos

1. Tipo de informante A llenar por el entrevistador.			
Usuaría	No Usuaría	Recibí Diagnóstico negativo.	
2. Fecha		3. Nombre	
4. Edad en años	5. Lugar de origen	6. Teléfono	
7. Dirección: Calle _____ Núm. _____ Colonia _____			
7. Conteste sí o no según corresponda con su situación personal.			
<p>1. Tengo más de 40 años. (si) (no)</p> <p>2. Inicie la menstruación antes de los 12 años. (si) (no)</p> <p>3. (Si usted tiene más de 50 años) Deje de menstruar después de los 52 años. (si) (no)</p> <p>4. Tengo o tuve sobrepeso u obesidad (si) (no)</p> <p>3. En mi familia ha habido casos de cáncer de mama (si) (no)</p> <p>4. Ya tuve hijos. (si) (no)</p> <p>5. (si usted tiene más de 30 años) Tuve mi primer hijo después de los 30 años. (si) (no)</p>			
8. Centro de salud al que acude a consulta		9. Tiene Seguro popular (marque con una X)	10. Pertenece al programa PROSPERA (antes oportunidades)
		1. Si () 2. no ()	1. Si () 2. No ()
11. Subrayar el Ingreso familiar por semana en pesos	12. Estado civil (marque con una X)	13. Escolaridad y año de estudio (marque los años de cada nivel)	14. Integrantes de la familia (marque con una X quien vive en su casa)
<p>1. 0 a 465</p> <p>2. 465 a 930</p> <p>3. 930 a 1395</p> <p>4. Más de 1935</p>	<p>1. Casada ()</p> <p>2. Viuda ()</p> <p>3. Divorciada()</p> <p>4. Unión Libre ()</p>	<p>1. Primaria () Año ____</p> <p>2. Secundaria() Año ____</p> <p>3. Preparatoria() Año ____</p> <p>4. Universidad () Año ____</p>	<p>1. Pareja () 2. Hijas(os) ()</p> <p>3. Nietas(os) () 4. Padres ()</p> <p>5. Hermanas(os) ()</p> <p>6. Nuera/yerno ()</p> <p>7. Sola ()</p> <p>7. Otros _____</p>

15. Ocupación		16. Actividad que realiza para obtener ingresos extra (si no realiza ninguna dejar en blanco)	
17. Ocupación de la pareja			
18. Marque con una X el material del piso de su casa 1. Cemento, firme, etc. 2. mosaico 3. Tierra 4. Otro _____	19. marque con una X el material de las paredes de su casa 1.- Ladrillo 2. adobe, block, etc. 3. madera 4. otro _____	10. Marque con una X el material del techo de su casa 1.- Loza o cemento, 2.- lamina 3.- otro _____	
11. Numero de cuartos en su casa, sin contar la cocina y los baños.		12. ¿El baño está separado de la casa? Si () No ()	
13. Si usted es entrevistada en el centro de salud, conteste esta pregunta ¿Por qué acudió el día de hoy al centro de salud?			

Gracias por su colaboración.

ANEXO 5

Guía de entrevista para las usuarias activas (grupos focales y entrevistas individuales):

Preguntas de introducción sobre la prevención y detección oportuna del CaMa:

- 1.- ¿Podrían contarnos lo que han escuchado acerca del cáncer de mama? (signos y síntomas, factores de riesgo, técnica de autoexploración)
- 2.- ¿pueden compartir lo que saben sobre cómo evitar el desarrollo del cáncer de mama? (estilos de vida saludables)
- 3.- ¿Qué conocen para detectar el cáncer de mama a tiempo? (exploración clínica de mamas, mastografía, autoexamen mamario)
4. - ¿dónde y cómo se enteran de la información antes mencionada?

Preguntas sobre el proceso de la prevención y detección oportuna del CaMa:

- 1.- De ustedes a quienes les han realizado una exploración clínica de mamas aquí en el centro de salud podrían contarnos por favor ¿Cuáles son los pasos para pedir la revisión?
- 2.- ¿Cómo fue su la experiencia en el CS el día que le hicieron la exploración clínica de mamas? (trámite para revisión, material disponible, procedimiento, trato del personal, área física del lugar)
3. ¿Cuál fue el motivo de su consulta el día que recibió la revisión en el centro de salud?
- 4.-Si ustedes se han realizado una mastografía o mamografía podrían contarnos ¿Cuáles son los pasos para pedir la revisión?
- 5.- ¿Cómo las revisan? (material disponible, trato del personal, área física del lugar, coordinación de las diferentes áreas de referencia)
- 6.- desde que conocen el centro de salud ¿ha habido algún cambio en cómo se hacen las revisiones para la detección del cáncer de mama en el centro de salud?

Limitantes:

- 1.- ¿qué dificultades tuvo para recibir información y las revisiones para la prevención y detección oportuna del CaMa en el centro de salud o en las instituciones que la enviaron?

2.- Si pudiera cambiar algo de lo que se hace actualmente para la prevención y detección oportuna del CaMa ¿Qué cambiaría?

Facilitadores:

1.- ¿Qué ventajas tiene el centro de salud para que usted reciba la prevención y detección del CaMa?

2.- ¿Qué propondría como nuevo aporte para que los servicios de salud alcancen a todas las mujeres para recibir la información y revisiones necesarias para el cáncer de mama?

Impacto en la vida de la mujer:

1.- ¿Cómo piensa que influye la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en su vida?

ANEXO 6

Guía de entrevista para usuarias inactivas:

Preguntas de introducción sobre la prevención y detección oportuna del CaMa:

- 1.- ¿Podrían contarnos lo que han escuchado acerca del cáncer de mama? (signos y síntomas, factores de riesgo, técnica de autoexploración)
- 2.- ¿pueden compartir lo que saben sobre cómo evitar el desarrollo del cáncer de mama? (estilos de vida saludables)
- 3.- ¿Qué conocen para detectar el cáncer de mama a tiempo? (exploración clínica de mamas, mastografía, autoexamen mamario)
4. - ¿dónde y cómo se enteran de la información antes mencionada?

Preguntas sobre el proceso de la prevención y detección oportuna del CaMa:

- 1*. - si ya le han realizado una exploración clínica de mamas aquí en el centro de salud podrían contarnos por favor ¿Cuáles son los pasos para pedir la revisión?
- 2*. - ¿Cómo fue la experiencia en el CS el día que le hicieron la exploración clínica de mamas? (trámite para revisión, material disponible, procedimiento, trato del personal, área física del lugar)
- 3*. ¿Cuál fue el motivo de su consulta el día que recibió la revisión en el centro de salud?
- 4*. -Si ustedes se han realizado una mastografía o mamografía podrían contarnos ¿Cuáles son los pasos para pedir la revisión?
- 5*. - ¿Cómo las revisan? (material disponible, trato del personal, área física del lugar, coordinación de las diferentes áreas de referencia)
- 6.- si no la han revisado ¿Cuál es el motivo de sus visitas al centro de salud?
- 7.- ¿a qué cree que se deba que no ha sido revisada o informada sobre la prevención y detección del cáncer de mama?
- 8.- desde que conocen el centro de salud ¿ha habido algún cambio en cómo se hacen las revisiones para la detección del cáncer de mama en el centro de salud?

Limitantes:

1.- ¿qué dificultades tuvo para recibir información y las revisiones para la prevención y detección oportuna del CaMa en el centro de salud o en las instituciones que la enviaron?

2.- Si pudiera cambiar algo de lo que se hace actualmente para la prevención y detección oportuna del CaMa ¿Qué cambiaría?

Facilitadores:

1.- ¿Qué ventajas tiene el centro de salud para que usted reciba la prevención y detección del CaMa?

2.- ¿Qué propondría como nuevo aporte para que los servicios de salud alcancen a todas las mujeres para recibir la información y revisiones necesarias para el cáncer de mama?

Impacto en la vida de la mujer:

1.- ¿Cómo piensa que influye la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en su vida?

ANEXO 7

Guía de entrevista para las usuarias con proceso diagnóstico:

Preguntas de introducción sobre la prevención y detección oportuna del CaMa:

1. ¿Podrían contarnos lo que han escuchado acerca del cáncer de mama? (signos y síntomas, factores de riesgo, técnica de autoexploración)
- 2.- ¿pueden compartir lo que saben sobre cómo evitar el desarrollo del cáncer de mama? (estilos de vida saludables)
- 3.- ¿Qué conocen para detectar el cáncer de mama a tiempo? (exploración clínica de mamas, mastografía, autoexamen mamario)
- 4.- ¿dónde y cómo se enteran de la información antes mencionada?

Preguntas sobre el proceso de la prevención y detección oportuna del CaMa:

- 1.- ¿Cómo fue su la experiencia en el CS el día que le hicieron la exploración clínica de mamas? (trámite para revisión, material disponible, procedimiento, trato del personal, área física del lugar)
2. ¿Cuál fue el motivo de su consulta el día que recibió la revisión en el centro de salud?
- 3.- posteriormente, ¿Qué paso para seguir atendiéndola? (referencias, pruebas complementarias, instituciones de referencia, mastografía, ultrasonido, tramites, consultas de especialidad)

Preguntas sobre el proceso de diagnóstico oportuno:

- 1.- ¿Cómo son las revisiones posteriores? (material disponible, trato del personal, área física del lugar, coordinación de las diferentes áreas de referencia)
- 2.- desde que conoce el centro de salud ¿ha habido algún cambio en cómo se hacen las revisiones para la detección del cáncer de mama en el centro de salud?
- 3.- ¿Puede contarnos como se sintió con las pruebas de diagnóstico que le realizaron?

Limitantes:

- 1.- ¿qué dificultades tuvo para recibir información y las revisiones para la prevención y detección oportuna del CaMa en el centro de salud o en las instituciones que la enviaron?
- 2.- Si pudiera cambiar algo de lo que se hace actualmente para la prevención y detección oportuna del CaMa ¿Qué cambiaría?

Facilitadores:

- 1.- ¿Qué ventajas tiene el centro de salud para que usted reciba la prevención y detección del CaMa?
- 2.- ¿Qué propondría como nuevo aporte para que los servicios de salud alcancen a todas las mujeres para recibir la información y revisiones necesarias para el cáncer de mama?

Impacto en la vida de la mujer:

- 1.- ¿Cómo piensa que influye la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en su vida?

ANEXO 8
Guía de observación

Fecha: _____

Numero de visita: _____

Centro de salud:

1. Señalética destinada al uso de los servicios de CaMa.

2. Áreas designadas para brindar los servicios de CaMa.

3. Disposición física de las áreas de atención.
 - a. Infraestructura

 - b. Equipamiento

 - c. Limpieza

 - d. Ubicación en el centro de salud

4. Organización para brindar atención para la prevención y detección oportuna del CaMa.
 - a. Personal involucrado en las actividades.

 - b. Tiempos de atención.

5. Afluencia del servicio.
 - a. Características de las mujeres que acuden.

Datos

destacados: _____

ANEXO 9

Carta de aceptación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP



EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Título del proyecto: Las acciones de prevención y detección oportuna del cáncer de mama: Una evaluación cualitativa desde la perspectiva de las mujeres en riesgo

Responsable: Griselda Puente Martínez

Fecha: 30 de abril de 2015

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el título del proyecto	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. Anexa la autorización de la instancia correspondiente.		X		
4. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
5. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
6. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			Aclarar que se trata de una investigación de riesgo mínimo.
7. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
8. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
9. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X*			Aclarar que la investigación es de riesgo mínimo según la Ley General de Salud por tratar temas sensibles en una entrevista.
10. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
11. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
12. Aclara los mecanismos de transferencia de	X			



90 AÑOS DE AUTONOMÍA UASLP
Primera Universidad Autónoma en México



FACULTAD DE ENFERMERÍA
Car. Niño Artillero 130
Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
Tel: (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
enfermeria@uaslp.mx
www.uaslp.mx

Página 1 de 2

NOMA
OSI

los productos de la investigación. (patente)				
13. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			

Dictamen: Se otorga registro CEIE-2015-125 y se solicita envíe las correcciones a la carta de consentimiento informado en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha de este dictamen al correo de este comité ceife.uaslp@gmail.com

ATENTAMENTE


Comité de Ética en Investigación
Facultad de Enfermería

UNIVERSIDAD
NORIA
idad
léxico

AD
MERÍA
ino 130
+ C.P. 78240
I.P. México
2324 al 27 y
al 47
eria.uaslp.mx
p.mx

ANEXO 10

Carta de aceptación de la Jurisdicción Sanitaria 1 de los Servicios de Salud de San Luis Potosí


SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO
SAN LUIS POTOSÍ


San Luis Potosí
Un Gobierno para Todos

Servicios de Salud

UNIDAD: JURISDICCION SANITARIA No. 1
SECCION: COORD. ENSEÑANZA E INVESTIGACION S.
DOMICILIO: CALZADA DE GUADALUPE No. 530 ALTOS
NUMERO DE OFICIO No 03775
EXPEDIENTE 24.1

ASUNTO: Se solicita facilidades para implementación de protocolo

San Luis Potosí, S.L.P., **07 MAY 2015**

MEMORANDUM CIRCULAR
A C.S. LA PILA, ESCALERILLAS, SIMON DIAZ,
UMF SOLEDAD, MA. CECILIA Y SAN ANTONIO
P R E S E N T E

En base a solicitud de implementación del Protocolo "Las Acciones de detección oportuna de cáncer de mama, una evaluación cualitativa desde la perspectiva de las mujeres en riesgo", del cual se autorizo y se realizo prueba piloto en el Centro de Salud Juan H. Sánchez y que el protocolo ya esta dictaminado por el Comité de Ética e Investigación de esta Jurisdicción y registrado a nivel estatal, con el número de registro SLP/008-2014, se llevara a cabo el estudio en seis unidades de salud, dos rurales, dos urbanas y dos semi urbanas.

Por lo anterior solicito se le den facilidades a la L. E. Griselda Puente Martínez y/o personal que la acompaña para realizar el estudio que consiste en la aplicación de cuestionarios para la mujer y el familiar (25 preguntas) y para el personal de salud (16 preguntas).

ATENTAMENTE
EL JEFE DE LA JURISDICCION


DR. JUAN PABLO CASTILLO PALENCIA

SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
JURISDICCION SANITARIA 1
DI 07 MAYO 2015 TO
SECCION DE CORRESPONDENCIA
ARCHIVO

c.c.p. Mtro. Guillermo Ortiz Villalobos.-Coordinador de Ética y Bioética Estatal.-Calz. De Guadalupe No. 5850, Col. Lomas de la virgen.-Cd
c.c.p. C. P. Virginia Almaguer Hernández.-Administradora Jurisdiccional.-Edificio
c.c.p. Dra. Patricia Eugenia González Posadas.-Coordinadora de Salud Reproductiva.-Edificio
c.c.p. Dr. Víctor Alejandro Alba Torres.-Coordinador de Primer Nivel de Atención.-Edificio
c.c.p. L. E. Griselda Puente Martínez.-Investigadora principal del estudio.-Presente.

"2015, Año de Julián Carrillo Trujillo"

MLM/wh

ANEXO 11
Carta de aceptación del Comité Académico de Salud Pública

Marzo 24, 2015

GRISELDA PUENTE MARTÍNEZ
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
GENERACIÓN 2014-2016
P R E S E N T E.-

Por este conducto le informamos que en sesión del Comité Académico de Salud Pública, celebrada el 18 de marzo del año en curso, se registró su protocolo de investigación denominado "Las acciones de prevención y detección oportuna de cáncer de mama: una evaluación cualitativa desde la perspectiva de las mujeres en riesgo " con la clave GVIII 06 -2015.

No obstante se realizaron observaciones que deberá atender y reflejarse las modificaciones en el Seminario de Tesis II, por lo que se le solicita acudir con la Dra. Yesica Rangel Flores y con la M.S.P. MA. Guadalupe Guerrero Rosales.

Sin otro particular, reiteramos la seguridad de nuestra atenta y distinguida consideración.

"SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ"

COMITÉ ACADÉMICO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Dra. Luz María Tejada Tayabas
Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra
M.P.S. Darío Gaytán Hernández
Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez
M.S.P. Ma. Guadalupe Guerrero Rosales
Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores


The block contains five horizontal lines, each with a handwritten signature written over it. The signatures are in black ink and appear to be those of the committee members listed to the left.

