



DIAGNÓSTICO

DE LA CALIDAD, INFRAESTRUCTURA Y BARRERAS
DE LOS PROGRAMAS DE ACCIÓN DE CÁNCER DE MAMA
EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA

• Informe de resultados de la investigación •

CRÉDITOS

Secretaría de Salud Jalisco

Dra. Martha Arias Novoa

Dr. Gilberto Rodríguez

Dra. Amelia Lizárraga

Dr. Nahúm Flores

Mtro. Jorge Laureano

Mtro. Dionisio Esparza

Responsables de las Regiones
Sanitarias X, XI, XII y XIII

Coordinadora estatal del programa de cáncer de la mujer

Jefe del Departamento de Investigación

Departamento de Salud Reproductiva

Departamento de Investigación

Mexfam Guadalajara

Ricardo Espinoza Hinojosa

Ana Cristina Magallanes Díaz
Rita Angélica Sequeira Medina
Sergio Daniel Núñez Rivera

Karla Castañeda Núñez

Isabel Pérez Valdés
Tatiana Eguiarte Arias

Tania Itzel Cisneros
Cristina García Ambriz
Sonia Bañuelos Cervantes
Fanny Rivera Moya
Cristina Aguas
Araceli Prieto Ortega
Fernando Luna Flores
José Santos Urbina Gutiérrez
Alejandro Becerril Valerio

Sergio Daniel Núñez Rivera
Ana Cristina Magallanes Díaz
Rita Angélica Sequeira Medina

Karla Castañeda Núñez

Isabel Pérez Valdés
José Santos Urbina Gutiérrez

Coordinación operativa del proyecto en Guadalajara

Equipo de entrevistas en el Instituto Jalisciense de Cancerología

Entrevistadora en el Centro de Salud Yugoslavia

Equipo de entrevistas a proveedores de salud

Equipo de entrevistas cuantitativas en centros de salud

Análisis cualitativo y cuantitativo de la información

Mexfam Oficinas de Apoyo

Ana Gabriela Torres Canseco

Doroteo Mendoza Victorino

María Luisa Ledesma Ibarra

Coordinación general del proyecto y análisis cuantitativo de la información

Diseño metodológico y análisis cualitativo de la información

Diseño de base de datos



AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Susan G. Komen por el interés de acercarse a las necesidades de las mujeres que padecen cáncer de mama y coadyuvar a mejorar los servicios de salud en este tema; por financiar este diagnóstico de los programas de cáncer de mama en la Zona Metropolitana de Guadalajara, por su presencia constante y por los proyectos de mejora de la calidad de los servicios de atención al cáncer de mama que de este reporte se deriven.

A todas las personas que brindaron su apoyo institucional en la Secretaría de Salud de Jalisco a través de la Coordinación Estatal del Programa de Cáncer de la Mujer y el Departamento de Salud Reproductiva: su gestión para el trabajo de campo fue de suma importancia así como el tiempo de entrevista que nos permitió un primer acercamiento al continuo de atención al cáncer de mama en la Zona Metropolitana de Guadalajara.

Al Departamento de Investigación por sus comentarios al protocolo, que ayudaron a nutrir el estudio y mejorar el marco de referencia.

A los médicos responsables de las Regiones Sanitarias X, XI, XII y XIII; a los directores y a los prestadores de servicios de salud en las unidades médicas en muestra por su disposición para la realización del trabajo de campo.

Al coordinador operativo del proyecto en Mexfam Guadalajara. Al equipo de investigación quienes trabajaron arduamente para la consecución del tamaño de muestra y dieron prueba de su profesionalismo y compromiso con el trabajo de campo y con el tema de la prevención del cáncer de mama.

Un agradecimiento especial a las usuarias de los servicios de salud de los distintos niveles de atención por permitir adentrarnos en sus vidas, por su tiempo y por sus sugerencias de mejora en la calidad y la infraestructura.

Finalmente, al equipo coordinador de oficinas de apoyo de Mexfam en Ciudad de México.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
M MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	7
D DISEÑO METODOLÓGICO	12
2.1 OBJETIVOS	13
2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	13
2.3 TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA	14
2.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	15
A ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	20
3.1 RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO	21
3.2 PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE LA PROMOCIÓN Y DETECCIÓN	21
3.3 OFERTA DE SERVICIOS EN RESPUESTA DE LOS PROVEEDORES: PROMOCIÓN Y DETECCIÓN	47
3.4 PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LAS PACIENTES	56
3.5 OFERTA DE SERVICIOS EN RESPUESTA DE LOS PROVEEDORES: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LAS PACIENTES	61
C CONSIDERACIONES FINALES	65
B BIBLIOGRAFÍA	68
A ANEXOS	70
A. ANEXO DE CUADROS METODOLÓGICOS	71
B. MAPA DE JALISCO Y LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA	73



INTRODUCCIÓN

En México el cáncer de mama es la segunda causa de muerte femenina por cáncer (15.4 por ciento). Según la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y la Secretaría de Salud, cuyos datos incluyen la confronta de rectificación y ratificación de causas, en el país se observa un aumento en la tasa de defunción por tumores malignos de la mama entre 1990 y 2012, al pasar de 5.23 a 10 defunciones por 100 mil mujeres; seguido de una posible disminución en 2013 con una tasa de 8.8. Y en Jalisco, se nota un mayor nivel de mortalidad por esta causa que en el promedio del país, del orden de 7.08 en 1990, 12.96 en 2012 y de 12.02 en 2013.

Según la Secretaría de Salud (2012) se registraron en México 1,029,204 casos por cáncer de mama en las instituciones públicas de salud del país. Es importante considerar que a mayor edad, la afectación de esta enfermedad es mayor. Tal como lo indican las cifras, en México para la población femenina de 40 a 49 años la tasa de mortalidad por cáncer de mama es de 14.36 mostrando un incremento de 15.14 para las mujeres de 50 a 59 años (29.50) y para el grupo de edad 75 a 79 es de 47.27 siendo la más alta para las mujeres de 80 años a más con una tasa de 64 muertes por cada 100 mil mujeres de este grupo de edad (INEGI 2012).

Es importante puntualizar que esta es una enfermedad asociada al desarrollo de las ciudades, ya que en los países con mayores índices de desarrollo es donde se observa una mayor incidencia de esta enfermedad. Como consecuencia, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores malignos de las mujeres mexicanas, desde 2006. De 2007 a 2013 la tasa de mortalidad causada por esta enfermedad se había mantenido estable, mostrando un ligero incremento.

Jalisco se ubica entre las entidades federativas con mayores tasas de cáncer de mama en el país, ocupando el sexto lugar en el ranking estatal de mayor a menor nivel de mortalidad por esa causa. El cáncer de mama en el estado de Jalisco, al igual que en toda la República Mexicana, es la segunda causa de mortalidad femenina para el grupo de mujeres de entre 20 a 59 años, luego de la diabetes mellitus.



Las causas del cáncer de mama no son conocidas con exactitud. Sin embargo, los investigadores han encontrado factores que aumentan (o disminuyen) la probabilidad de tener cáncer de mama. Estos se llaman factores de riesgo.

El cáncer de mama es complejo y probablemente lo causa una combinación de factores de riesgo. Algunos de ellos pueden controlarse, como el ejercicio físico. Otros están fuera de su control. Por ejemplo, los dos factores de riesgo más comunes del cáncer de mama son ser mujer y envejecer. Y otros factores aún se desconocen. Debido a que sólo se pueden controlar algunos factores, no se puede evitar correr cierto riesgo. Algunos factores vinculados a un mayor riesgo de cáncer de mama:

- Antecedentes familiares de cáncer de mama, cáncer de ovario o cáncer de próstata
- Antecedentes personales de cáncer de mama, incluyendo carcinoma ductal in situ (DCIS en inglés)
- Consumo de alcohol
- Ser de descendencia judía Ashkenazi
- Tener una mutación genética heredada BRCA1 o BRCA2
- Ser mujer
- Tener sobrepeso (especialmente después de la menopausia)
- Tomar píldoras anticonceptivas actualmente o haberlas tomado recientemente
- Uso actual o reciente (más de 5 años) de terapia de hormonas menopáusicas (uso de hormonas posmenopáusicas) que contengan estrógeno más progestina
- Exposición a grandes cantidades de radiación (rayos X) en la juventud
- Envejecer
- Hallar aumento de densidad de la mama en la mamografía
- Hiperplasia o carcinoma lobulillar in situ (LCIS)
- Falta de ejercicio
- No haber tenido hijos o haber tenido el primer hijo después de los 35 años
- No amamantar a su bebé
- Llegar a la menopausia a mayor edad
- Subir de peso
- Haber tenido la primera regla a corta edad

Se recomienda, entonces, llevar un estilo de vida saludable:

- Mantener un peso saludable
- Incorporar ejercicio a su rutina
- Limitar el consumo de bebidas alcohólicas
- Limitar el uso de hormonas menopáusicas
- Amamantar a su bebé, de ser posible



Sin embargo, la mayoría de los factores de riesgo sobre los que se tiene algún control sólo tienen un pequeño efecto. Eso significa que ningún comportamiento en particular puede prevenir el cáncer de mama. También significa que no hay ningún factor conocido en particular que lo cause. Las tasas de sobrevivencia de esta enfermedad son determinadas por un lado por la temprana detección así como por el acceso a servicios de tratamiento y diagnóstico apropiados.

En seguimiento a lo anterior, la Fundación Susan G. Komen ha encomendado a Mexfam la realización de un diagnóstico de la calidad, infraestructura y barreras de los Programas de Acción de cáncer de mama en la Zona Metropolitana de Guadalajara con el objetivo de tener claridad de las áreas de oportunidad susceptibles de apoyar y mejorar. El presente documento es un informe de resultados de la investigación que abarca los espacios de prevención, detección, tratamiento y seguimiento en el continuo de la atención de esta enfermedad tanto desde la visión de las usuarias como de los prestadores de servicios y directores en las unidades médicas.

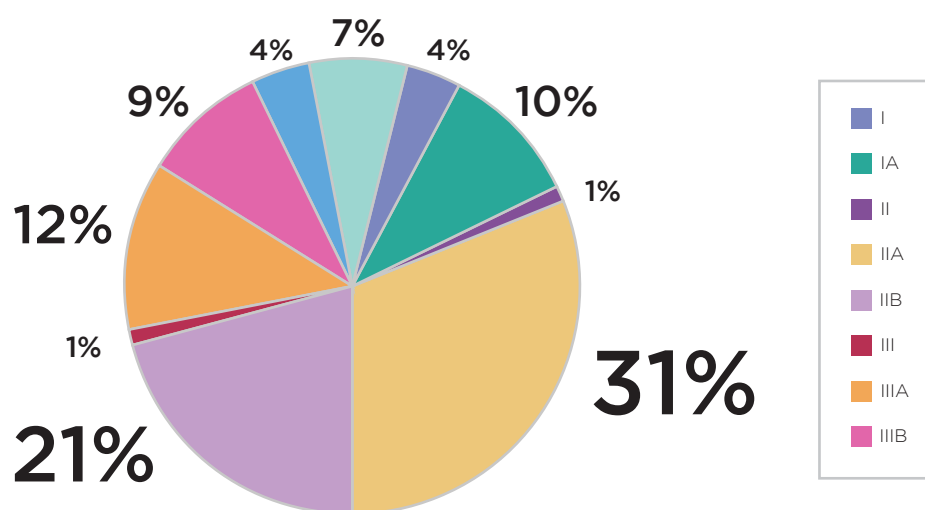




MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

El pronóstico del cáncer de mama está asociado a la detección precoz. En el estado de Jalisco dicha detección se hace mayoritariamente en una etapa intermedia de evolución de la enfermedad, con un 53% de los casos, mientras que un 14% se hace en la etapa temprana, y el complemento, es decir, la tercera parte (33%) se detecta en una fase tardía (ver gráfica de la SSA).

ESTADIO CLÍNICO EVOLUTIVO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE MAMA, JALISCO 2014



Fuente: Registros de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco, 2014.

Por lo que, hacer una evaluación de las condiciones del servicio en la entidad, considerando las diferentes etapas de evolución de la enfermedad así como el abastecimiento de insumos para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama es un trabajo necesario y urgente¹.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) 36.3 por ciento mujeres de 20 años a más se realizaron una exploración clínica y 41 por ciento de mujeres entre 40 y 69 años se hicieron una mastografía. El 60 por ciento de mujeres que han muerto a causa del cáncer de mama tenían entre 30 a 59 años, por lo que el cáncer de mama representa un riesgo de muerte prematura considerablemente alto. Según la OMS (2015) en México el primer método de detección de esta enfermedad es la autoexploración, mientras que en otros países es la mastografía.

¹ Si bien, la conceptualización de la Fundación Susan G. Komen privilegia la detección temprana y el autoconocimiento, esta sección está basada en la conceptualización plasmada en el Programa de Acción Específico: Prevención y control del cáncer de mujer, 2013-2018 (Secretaría de Salud), así como en la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama; y en el Modelo para la detección, diagnóstico y referencia del cáncer de mama. Con base en estos documentos se identificaron una serie de elementos vinculados con la promoción/difusión, diagnóstico y atención y seguimiento de los servicios relacionados con el cáncer de mama.

La atención de esta enfermedad debe ser integral, por lo que se requiere de la participación de diversas áreas: oncólogos, enfermeras, psicólogos. Ya que desde la recepción del diagnóstico hasta el tratamiento y posible cura, los procesos personales y familiares afectan al paciente. Por lo que es necesario contar con una red de apoyo hospitalaria y familiar (social) ya que el padecimiento de esta enfermedad está acompañado de cuadros de depresión y estrés crónicos que pueden afectar el desarrollo y la culminación del tratamiento y causar una muerte más, por no contar con las condiciones necesarias. Los programas de detección temprana deben estar dirigidos a toda la población pero en especial a la población en de riesgo, así como a la población perteneciente a los grupos de estratos sociales más expuestos, es decir a las mujeres mayores de 20 años e ir intensificando las estrategias de prevención en mujeres de mayor edad, así como contar con programas focalizados para mujeres con signos de obesidad y sedentarismo.

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM) para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, contempla autoexploración, examen clínico y mastografía como las mínimas medidas preventivas. Y siguiendo las recomendaciones de la OMS (2015) que dice que el control integral del cáncer de mama abarca la prevención, la detección precoz², el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Asimismo recomienda la OMS que el servicio sea focalizado a las mujeres mayormente expuestas, ya que el otorgar servicios de salud a mujeres no expuestas provocaría una innecesaria sobrecarga de servicios de salud.

Respecto a las condiciones de los servicios de salud disponibles en México, la cobertura sobre la atención del cribado no es la esperada, ya que solo el 10 por ciento de las mujeres diagnosticadas se encuentran en la primera etapa de la enfermedad. Y se registra que sólo el 30 por ciento de las mujeres se autoexploran suponiendo que su autoexploración sea correcta la cifra sigue siendo baja. (Knaul et al, 2009). No obstante, en Jalisco, las cifras son mayores, del orden de 40% al considerar los estadios 0 a IIA.

El método más efectivo de detección es el “screening” mediante una mastografía realizada de forma periódica, necesitando una implementación a gran escala dirigido a las mujeres de grupos de edad específicos, es decir con mayor intensidad en mujeres mayores de 40 años y con una periodicidad de al menos cada dos años. Según datos de la Secretaría de Salud estatal, Jalisco cuenta con 17 mastógrafos: 7 fijos y 10 móviles, cuya distribución aparece en el cuadro. Adicionalmente, los servicios se apoyan en un mastógrafo del Instituto Jalisciense de Cancerología y otros tantos ubicados en los hospitales civiles y los servicios municipales.

² Detección precoz; hay dos tipos: i.- el diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y ii.- el cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer.

TIPO DE MASTÓGRAFO	FIJO	MÓVIL
DIGITAL CON ESTEROTAXIA	Hospital Regional Jocotepec	
DIGITAL	Hospital de la Mujer Hospital General de Occidente Centro de Salud N°4	5 a cargo del Estado
	San Juan de los Lagos	Colotlán
	Puerto Vallarta	Tepetitlán
	La Barca (por digitalizarse)	Tamazula Ciudad Guzmán Autlán

Una de las áreas de oportunidad para fortalecer los servicios relacionados con el cáncer de mama es identificar aspectos críticos en los procesos de detección temprana y atención. En este sentido, es de interés particular conocer la percepción que tienen las mujeres que acuden a los servicios correspondientes en las diferentes etapas de atención; a fin de proponer acciones o estrategias de intervención a partir de los resultados encontrados. Estudios referidos a las representaciones y opiniones de las mujeres usuarias indican que existe una correlación positiva entre las mujeres de mayores niveles educativos, así como de su estado civil (mujeres casadas), son estas las que presentan mayores prácticas de salud preventiva, siendo una gran proporción de las mujeres demandantes de servicios de diagnóstico temprano del cáncer de mama.

Ahora bien, como parte del marco conceptual de referencia del estudio, en relación con los servicios el Sector Salud divide a Jalisco en 13 Regiones Sanitarias las cuales son coordinadas por el encargado de programa estatal y su equipo dentro de Oficinas Centrales. En cada Región Sanitaria se cuenta con:

- **Responsable del Programa**, quien transmite los lineamientos, forma de trabajo y manejo del programa, supervisa que el programa funcione adecuadamente y crea estrategias de mejora;
- **Una trabajadora social** que da seguimiento a todas las pacientes en su atención médica especializada;
- **Capturistas** para alimentar la plataforma federal de cáncer;
- **Técnicos radiólogos** que realizan la toma de estudios en los hospitales que cuentan con mastógrafo fijo.

Por otra parte, dentro de las oficinas centrales, el equipo de cáncer está conformado por: un coordinador estatal de cáncer, médicos supervisores y una secretaria general.



En vinculación con estas oficinas, hay un Centro de Información Organizada que da seguimiento a pacientes y un equipo de acompañamiento emocional, conformado por 2 trabajadoras sociales (una para cada turno), dos capturistas, una psicóloga y una enfermera.

Todas las unidades con servicio de mastografía realizan tamizaje. En el estado no existen unidades médicas de segundo nivel para toma de mastografía, el Centro de Salud Yugoslavia es una unidad de primer contacto, que por estrategia cuenta con un mastógrafo para tamizaje.

Una usuaria que desea realizarse una mastografía de tamizaje, sin datos previos de alteración o patología, debe tener entre 40 y 69 años de edad y acudir a cualquier unidad donde haya un mastógrafo de la Secretaría de Salud. Posterior a la toma de mastografía se le informa a las pacientes del lugar en que deben recoger sus estudios y cuándo hacerlo. Para la interpretación de los estudios radiológicos se cuenta con 6 médicos radiólogos especializados en mama, los cuales realizan su trabajo en un centro de lectura ubicado en el Estado de México quienes tardan un máximo de 21 días en la interpretación.

Actualmente la empresa con la que se subroga el servicio de mastografía, entrega los resultados a las regiones sanitarias y estas a su vez las distribuyen a las diferentes unidades de salud. Si el resultado de la paciente es BIRAD 0, 3, 4 o 5, se le realiza un ultrasonido complementario para reevaluación a cargo también de la empresa subrogada. Las pacientes con estudios de BIRAD 4 y 5, después del ultrasonido complementario son canalizadas a los encargados del programa de las Regiones Sanitarias en conjunto con el centro oncológico que le corresponda según su condición de afiliación a los servicios públicos de salud. El estado de Jalisco cuenta con 4 centros oncológicos acreditados por el Seguro Popular para tratamiento de cáncer de mama: Instituto Jalisciense de Cancerología, Hospital General de Occidente, Hospital Santa Catalina, Centro Oncológico Internacional.

Con este marco de referencia, el abordaje de la presente investigación tomó como base las siguientes preguntas:



¿Cuáles son las percepciones que tienen las mujeres usuarias de los servicios en relación con la promoción, diagnóstico y atención del cáncer de mama? ¿Qué áreas de oportunidad para mejorar la calidad de los servicios relacionadas con el cáncer de mama identifican los proveedores de salud?



DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es una combinación de un estudio cuantitativo a través de un cuestionario precodificado mediante una encuesta a usuarias de servicios y a proveedores de salud y entrevistas cualitativas a directivos de unidades de salud y a mujeres asistentes a los servicios del Instituto Jalisciense de Cancerología. Es un estudio descriptivo transversal con una sola medición.

2.1 OBJETIVOS

GENERAL

Disponer de información estratégica y confiable sobre la disponibilidad y acceso a los servicios preventivos y de atención en relación con el cáncer de mama en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), que constituya un insumo básico para la toma de decisiones relacionadas con la definición y/o reorientación de estrategias preventivas eficientes y de mejoramiento en la calidad de los servicios relacionados con esa enfermedad.

ESPECÍFICOS

- **Identificar** áreas de oportunidad factibles para hacer eficientes los procesos de detección temprana y atención en relación con el cáncer de mama en la ZMG, mediante la documentación de barreras o dificultades desde el ámbito personal de la mujer usuaria de los servicios y los proveedores de salud.
- **Aportar** elementos de análisis que coadyuven al diseño y construcción de un esquema integral de prevención y atención sobre el cáncer de mama en la ZMG.

2.2 CRITERIOS

DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

DE INCLUSIÓN

Mujeres de 25 a 69 años de edad.



Asistentes a los servicios por un motivo de consulta relacionado con su propia salud.



DE EXCLUSIÓN

Mujeres menores de 25 años de edad y de 70 y más.

Mujeres que asistan por motivo de consulta para sus hijos o acompañando a otras personas.



2.3 TAMAÑO Y DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

Se estimó una muestra estadística de 450 mujeres asistentes a los servicios en los centros de salud que cumplan con los criterios para obtener estimaciones de proporciones de diferente magnitud por medio de un muestreo aleatorio simple; esto es $p=0.50$ ($1-p=0.50$), con un nivel de confianza de 95% ($z=1.96$) y un error permisible de 5%. Con una no respuesta aproximada de 12%.

En vista de que no se conocía el número de usuarias que se pudiera esperar en la consulta en los diferentes centros de salud, la selección de la muestra estuvo basada en una semana típica de consulta en cada centro de salud hasta completar el tamaño de muestra deseado.

La Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG) está integrada por los municipios de Guadalajara, San Pedro Tlaquepaque, Tonalá, Zapopan, Tlajomulco de Zúñiga, El Salto, Juanacatlán e Ixtlahuacán de los Membrillos que en conjunto comparten una constante conurbación. Los cuatro primeros que se mencionan son los más poblados y en ellos residen más de cuatro quintas partes de los habitantes totales de la ZMG.

Para la selección de los centros de salud que forman parte del estudio, se contó con el listado de las unidades médicas de los 4 municipios más poblados de la ZMG³ que corresponden a las regiones sanitarias: XIII. Guadalajara, X. Zapopan, XII. Tlaquepaque y XI. Tonalá. Dicho listado clasifica a las unidades médicas en rural y urbana; más aún, las distingue por número de núcleos básicos de atención. La tabla con la distribución así como el mapa de las regiones sanitarias consideradas se muestran en el Anexo (Cuadro A1).

Para seleccionar la muestra, se decidió descartar los centros de salud rurales debido a que el peso relativo que aportaban al estudio era mínimo y resultaba posible que el volumen de población atendida no fuera representativo.

De los centros de salud urbanos la gran mayoría tienen menos de 4 núcleos básicos de atención siendo la media de 3 núcleos. Con la finalidad de considerar el tamaño de las unidades médicas en función del número de consultorios, los once tipos de centros de salud urbano se reagruparon en dos categorías: aquellos con 3 núcleos o menos y aquellos con 4 o más núcleos básicos. El primer grupo consta de 45 unidades mientras que el segundo de 40.

³ Debido a que en Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque y Tonalá vive el 86% de los residentes de la ZMG, se decidió focalizar el diseño muestral en esos 4 municipios con el fin de lograr representatividad y agilizar el trabajo de campo bajo el supuesto de que los centros de salud de los municipios que quedaron fuera de la selección son similares tanto en modo de operar como en afluencia de mujeres usuarias de los servicios.



Toda vez que se asignaron pesos relativos a cada uno de los conjuntos de centros de salud agrupados por municipio y tipología, se procedió a hacer un muestreo aleatorio simple para tener 6 unidades médicas en total en donde se apliquen las encuestas a las usuarias del servicio de salud del primer nivel de atención. De manera adicional, se seleccionó una unidad médica extra para cada centro de salud previendo que pudieran existir problemas en alcanzar el tamaño de muestra o relativas al adecuado funcionamiento de los mismos. El cuadro A3 muestra en gris las unidades médicas elegidas con su posible reemplazo.

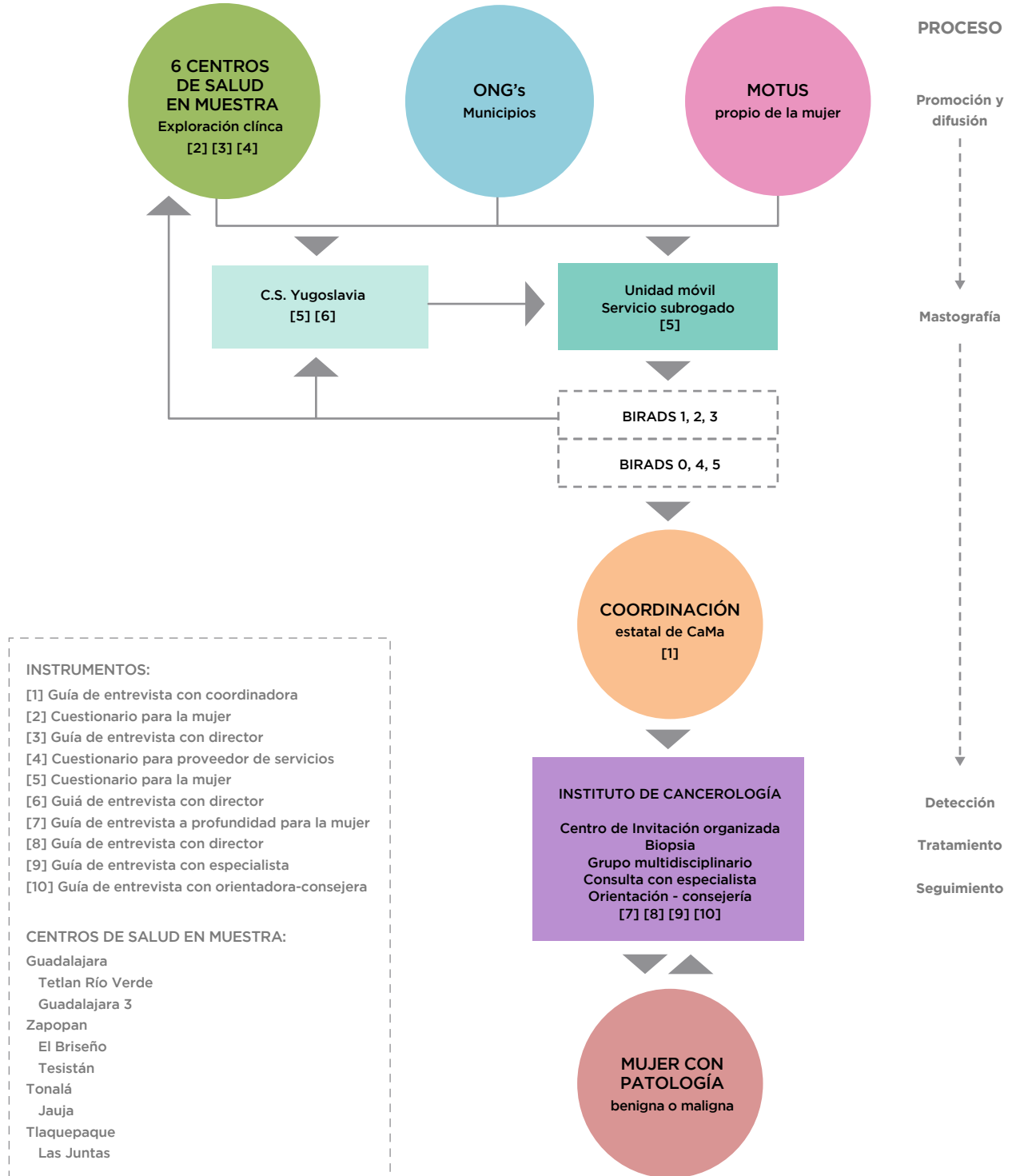
2.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

AJUSTE DE LA METODOLOGÍA

Después de la entrevista con el equipo responsable del programa de cáncer de mama en el estado de Jalisco y de una conversación con integrantes del equipo que conforma el Centro de Invitación Organizada que opera en el Instituto de Cancerología, se ajustaron la metodología y los instrumentos para la captación de los datos conforme a la operación del Programa de Cáncer de Mama en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG). El esquema que aparece enseguida muestra el flujograma de los procesos que se incorporaron en la investigación, haciendo notar los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos.

Vale decir entonces que lo expresado en el flujograma refleja los procesos que el sistema de salud en Jalisco lleva a cabo e identifica cada uno de los puntos de servicio en función de los niveles de atención. Esto es: la promoción, la difusión, la detección, el tratamiento y el seguimiento en relación con el cáncer de mama. Esta fue la referencia que sustenta la logística para la recolección de los datos.

Unidades de la ZMG en muestra conforme al programa de Cáncer de Mama en Jalisco e instrumentos para el estudio.



Las dos herramientas para la recolección de los datos que se utilizaron son: el cuestionario precodificado para la encuesta con mujeres usuarias de los servicios en centros de salud y el cuestionario para prestadores de servicios. La otra herramienta se refiere a una guía de entrevista con directivos de unidades de salud y con mujeres que asisten a los servicios en el Instituto Jalisciense de Cancerología.

En esos términos, la indagación en relación con la promoción y difusión así como de la exploración clínica, se hizo con las mujeres asistentes a la consulta en los centros de salud seleccionados (Cuestionario 2) y con los directores (Guía de entrevista 3) y prestadores de servicios de salud (Cuestionario 4); las cuestiones asociadas con la percepción de la mujer sobre la calidad del servicio de mastografía se indagó en el Centro de Salud Yugoslavia⁴ (Cuestionario 5). En este mismo CS se entrevistó al director (Guía 6). Este centro de salud en teoría debe satisfacer la demanda de mastografías de un área importante de la ZMG en función de un conjunto de CS de prevención primaria, aproximadamente 100 mastografías por día y trabaja los 365 días del año; por ello fue fundamental incorporarlo en la investigación.

La exploración sobre los procesos de detección del cáncer de mama así como del tratamiento y seguimiento, se hizo mediante entrevistas a profundidad con las mujeres asistentes al Instituto de Cancerología por biopsia, consulta con el especialista u orientación-consejería (Guía 7), y se entrevistó también al director del Instituto (Guía 8) y a los proveedores de esos servicios (Guías 9 y 10).

OBJETIVO DE LOS INSTRUMENTOS

[1] Guía de entrevista con responsable del programa estatal de cáncer de mama, cuyo objetivo principal es conocer las particularidades en la adaptación del *Modelo para la Detección, Diagnóstico y Referencia del Cáncer de Mama* así como del *Programa Específico: Prevención y control del cáncer de la mujer 2013-2018*, con el objeto de ajustar la metodología y los instrumentos para la investigación a fin de hacerlos funcionales.

[2] Cuestionario para la mujer que asiste a la consulta en centro de salud. El objetivo es conocer el perfil sociodemográfico y acerca de los factores asociados al cáncer de mama así como indagar sobre las percepciones en relación con la promoción y difusión, y sobre los conocimientos y prácticas de la mujer, incluida la exploración clínica.

⁴ A partir de la entrevista con los responsables del programa en Jalisco, sabemos que no existe un segundo nivel de atención como se pensaba. Sin embargo, las funciones asignadas son desarrolladas por los servicios subrogados que llevan el servicio de mastografía, a través de unidades móviles, a los municipios en donde son solicitados así como por el Centro de Salud Yugoslavia que se encuentra en el municipio de Guadalajara. Es por ello que en este centro de salud se decidió aplicar instrumentos distintos para la recolección de datos que se enfocaran en la detección a través de la mastografía.

[3] Guía de entrevista con el coordinador del centro de salud, con el propósito de indagar sobre las áreas de oportunidad para la prevención del cáncer de mama, con base en un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA).

[4] Cuestionario para prestador de servicios en centro de salud. El objetivo es recolectar información sobre las necesidades identificadas en la búsqueda de una mejor oferta de servicios vinculada con la exploración clínica así como con la promoción y difusión que debe hacer el centro de salud a fin de generar la demanda por la mastografía.

[5] Cuestionario para la mujer que asiste a realizarse una mastografía al centro de salud Yugoslavia o a la Unidad Móvil del Servicio Subrogado. El objetivo es conocer acerca del perfil sociodemográfico de las mujeres y sobre las percepciones que tienen sobre la calidad del servicio de mastografía.

[6] Guía de entrevista con el coordinador del centro de salud Yugoslavia, cuyo objetivo es conocer sobre la demanda del servicio y sobre las áreas de oportunidad aún no cubiertas.

[7] Guía de entrevista a profundidad para la mujer que asiste al Instituto de Cancerología. El objetivo es conocer aspectos cualitativos de la atención recibida según la percepción de la mujer, tanto en la realización de la biopsia como de la consulta con el especialista y con la orientadora-consejera.

[8] Guía de entrevista con el coordinador del IC. Para conocer sobre las características de la demanda y acerca de las áreas de oportunidad factibles para mejorar la calidad de los servicios.

[9] Guía de entrevista con especialistas del IC. El objetivo es identificar necesidades de mejora de los servicios según tipo específico, vinculado con la detección, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer de mama.

[10] Guía de entrevista con orientadora-consejera en el IC, cuyo objetivo es conocer sobre las características de la oferta de este servicio y acerca de qué necesidades se tienen para mejorar este proceso de atención.



Una característica común de los instrumentos es recopilar información sobre las sugerencias para mejorar los servicios, tanto desde la postura de la percepción de la mujer que demanda los servicios como desde la oferta de los mismos por los proveedores y personal directivo.

Para la aplicación de las encuestas y entrevistas con las mujeres usuarias de los servicios de salud se utilizó un formato de consentimiento voluntario para participar en el estudio así como listados de asistencia de las usuarias en los centros de salud con mayor afluencia a partir de los cuales se seleccionó de manera aleatoria a las participantes en el estudio.



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Se contó con un equipo de 15 entrevistadores quienes recibieron capacitación el 15 y 16 de febrero. El trabajo de campo comenzó el miércoles 17 de febrero con la presentación de los equipos en las unidades médicas y la observación de factores importantes para el desarrollo de sus actividades (por ejemplo: logística de atención, afluencia, confirmación de los núcleos reportados, etcétera).

El levantamiento de la información comenzó formalmente el 18 de febrero y terminó el lunes 29 del mismo mes. Se respetó la idea de tener una semana típica. En el caso de los centros de salud que fueron cambiados dentro de la muestra por no ser viables, se trabajó también la semana típica en los recién incluidos y es por ello que el periodo de levantamiento se alargó más de lo esperado.

En el Cuadro A4 se puede observar la distribución de la muestra. Al final del periodo antes mencionado, se tuvieron 595 testimonios de diversos actores involucrados:

2 de personas de la Coordinación Estatal de Cáncer de la Mujer quienes fueron entrevistados meses antes de que iniciara el trabajo de campo y cuya aportación sirvió para redefinir algunos detalles de la investigación.

522 usuarias de servicios de atención primaria, del servicio de mastografía o de pacientes del ICJ y

71 entrevistas a prestadores de servicios.

3.2 PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE LA PROMOCIÓN Y DETECCIÓN

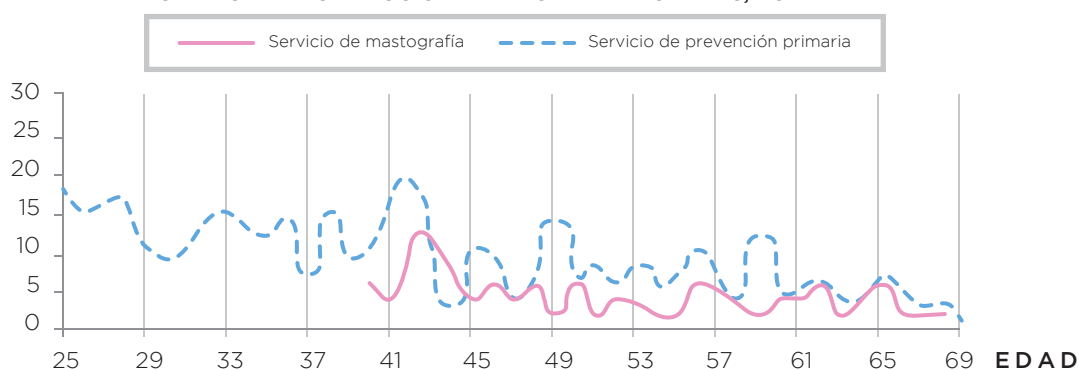
El cuestionario utilizado con las usuarias de centros de salud, que en adelante nos referiremos a ellas como usuarias de servicios de "prevención primaria", fue prácticamente el mismo que se aplicó a las usuarias del Centro de Salud Yugoslavia, a quienes nos referiremos como usuarias de servicios de "mastografía", excepto para algunas baterías de preguntas relacionadas con la calidad del servicio de la mastografía reciente.



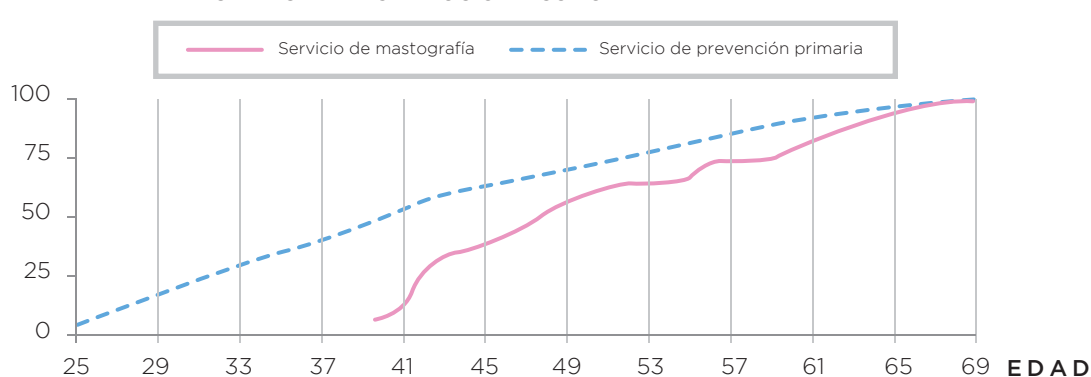
Sin embargo, los datos se presentan de forma separada en los cuadros y gráficas para identificar ciertas diferencias en cuanto a percepciones, creencias y prácticas relacionadas con el cáncer de mama, que se supone existen entre ambos grupos. El supuesto implícito es que las usuarias de mastografía, teóricamente han estado expuestas por mayor tiempo a las acciones del programa que las de prevención primaria, cuyo inicio pudiera ser más reciente, además de que aquéllas, son de mayor edad. No obstante, debe quedar claro que no se pretende hacer comparaciones estadísticas entre ambos grupos, el estudio no se diseñó para tal fin.

Por las propias características del servicio solicitado en la consulta así como de los criterios de inclusión, las usuarias de servicios de prevención primaria son menores, con una edad mediana de 41 años, un límite inferior de 25 y mayor de 69; mientras que las usuarias de mastografía presentan una edad mediana de 50 años, con límites de 40 y 69 (véase gráficas 1 y 2). El perfil restante es muy parecido entre ambos grupos de usuarias, la mayoría están casadas o unidas, alcanzaron 9 grados aprobados de escolaridad, nivel de secundaria (gráficas 3 y 4); disponen también de los beneficios del seguro popular, se dedican mayormente a los quehaceres del hogar y se sitúan en una clara dependencia económica.

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS ENTREVISTADAS, POR EDAD



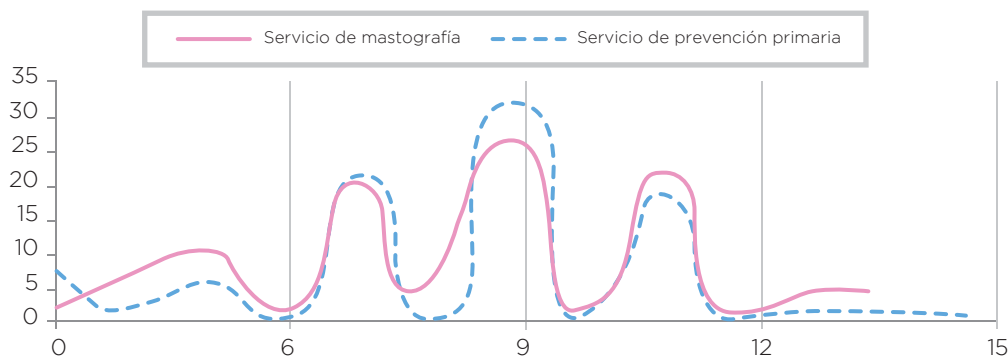
GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LA EDAD



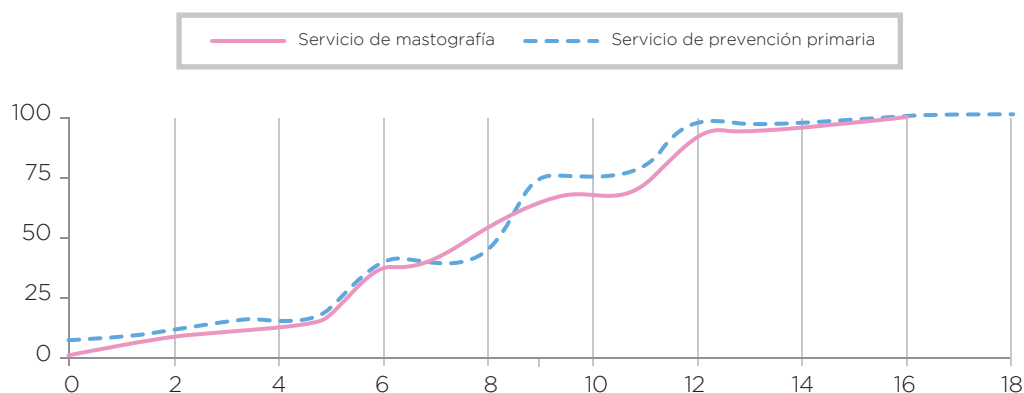
CUADRO B1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CATEGORÍAS	USUARIAS DE SERVICIOS	
	PREVENCIÓN PRIMARIA	MASTOGRAFÍA
Edad mediana a la entrevista	41.0	50.0
ESTADO CIVIL		
Unidas	75.4	64.2
No Unidas	24.6	35.8
Total (n)	100.0 (414)	100.0 (53)
Años o grados de escolaridad aprobados (valor mediano)	9.0	9.0
DERECHOHABIENTIA		
IMSS, ISSSTE, PEMEX, Otro	5.1	22.6
Seguro Popular	92.5	69.8
Ninguno	2.4	7.5
Total	100.0	100.0
ACTIVIDAD PRINCIPAL EN SEMANA PREVIA		
Quehaceres del hogar	64.0	69.8
Trabajo (salario, cuenta propia)	36.0	30.2
Total	100.0	100.0
TRABAJO DE OFICINA		
Sí	10.1	20.0
No	89.9	80.0
Total (n)	100.0 (148)	100.0 (25)
PERMANECE SENTADA MAYOR TIEMPO		
Sí	23.0	32.0
No	77.0	68.0
Total (n)	100.0 (148)	100.0 (25)
DEPENDENCIA ECONÓMICA		
Sí	66.5	89.3
No	33.5	10.7
Total (n)	100.0 (409)	100.0 (28)

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE GRADOS APROBADOS SEGÚN SERVICIO



GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DEL NÚMERO DE GRADOS APROBADOS



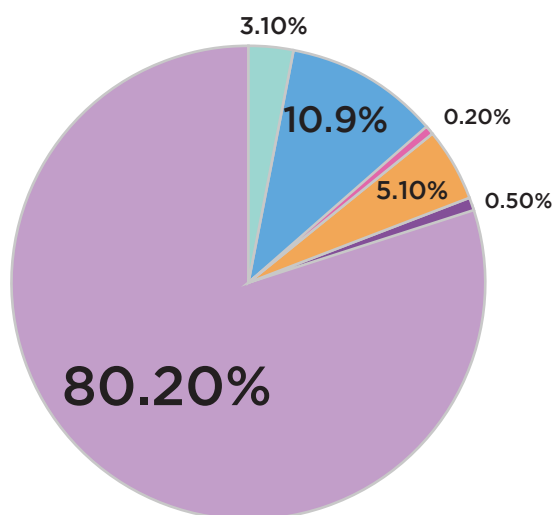
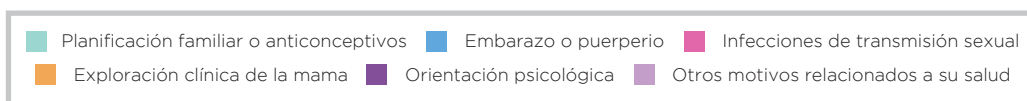
Respecto a características que según el marco de referencia citado en este documento, se asocian de alguna forma con mayor o menor propensión al cáncer de mama, resultan perfiles también muy parecidos (véase cuadro B2). Así, ambos grupos tuvieron su primera menstruación a una edad mediana equivalente (entre 12 y 13 años); prácticamente la totalidad ha tenido al menos un embarazo, con una edad mediana al primer hijo, de 20 años y han tenido casi 4 hijos nacidos vivos en promedio. La mayoría también lactaron a sus hijos, con duraciones considerables; y en el caso de las usuarias de servicios de prevención primaria de 40 años y más, su experiencia pos reproductiva se ha manifestado de forma parecida a las usuarias de mastografía, con una edad mediana asociada con el abandono de la menstruación, de 49 años.

El motivo de consulta en servicios de prevención primaria se relaciona fundamentalmente con la ocurrencia de infecciones respiratorias (80.2%) que durante el trabajo de campo se agudizó en Guadalajara (véase gráfica 5), en segundo lugar la consulta por embarazo o puerperio (10.9%) y en tercer lugar la exploración clínica de las mamas (5.1%).

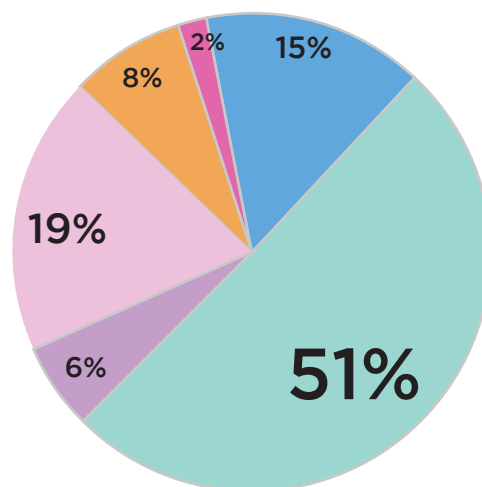
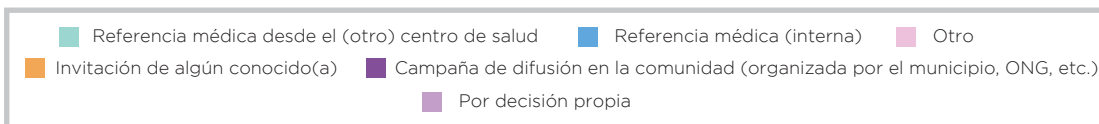
CUADRO B2. FECUNDIDAD Y VIDA REPRODUCTIVA

CATEGORÍAS	USUARIAS DE SERVICIOS	
	PREVENCIÓN PRIMARIA	MASTOGRAFÍA
Edad mediana a la primera menstruación	13.0	12.0
n	414.0	53.0
CONDICIÓN DE EMBARAZO ALGUNA VEZ		
Sí	94.7	92.5
No	5.3	7.5
Total (n)	100.0 (414)	100.0 (53)
Edad mediana al primer hijo	20.0	20.0
n	392.0	49.0
Promedio de hijos nacidos vivos	3.5	3.6
n	392.0	49.0
CONDICIÓN DE LACTANCIA A SUS HIJOS		
Sí	82.8	77.1
Unos sí, otros no	7.2	0
No	10.0	22.9
Total (n)	100.0 (377)	100.0 (48)
Meses medianos de lactancia	12.0	8.0
n	339.0	37.0
RAZÓN DE NO LACTANCIA		
No le gusta	10.5	9.1
No le dijeron, no sabía	2.6	0
No tenía leche	52.2	27.3
Enfermedad	15.8	36.4
Otro	18.4	27.3
Total (n)	100.0 (38)	100.0 (38)
MUJERES DE 40 Y MÁS AÑOS CONTINÚA MENSTRUANDO		
Sí	44.7	50.9
No	54.8	49.1
Total (n)	100.0 (219)	100.0 (53)
Edad mediana en que dejó de menstruar	49.0	49.0
n	102.0	26.0
USO DE THR		
Sí	14.1	7.7
No	85.9	92.3
Total (n)	100.0 (128)	100.0 (26)
Meses medianos de uso de THR	12.0	*casos insuficientes

GRÁFICA 5. MOTIVO DE CONSULTA EN SERVICIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA



GRÁFICA 6. MEDIO O REFERENCIA PARA EL SERVICIO DE MASTOGRAFÍA



En el caso de las usuarias de mastografía del centro de salud Yugoslavia, el 51% fueron referidas por los centros de salud, el 19% por campañas de difusión en la comunidad, el 15% por referencia médica interna, el 7% por invitación de algún conocido y el 6% por decisión propia (gráfica 6).



CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LA REVISIÓN DE LAS MAMAS

Prácticamente la totalidad de las mujeres entrevistadas han oído hablar del cáncer de mama, independientemente de la edad y el tipo de servicios al que acudieron a las unidades médicas, y la gran mayoría tiene la creencia que esta enfermedad es curable. En este sentido, se nota cierta tendencia a aumentar esta creencia conforme disminuye la edad (véase cuadro B3). Bien pudiera estarse reflejando quizá una mayor información en las mujeres más jóvenes entre los 25 y 39 años respecto de las de mayor edad.

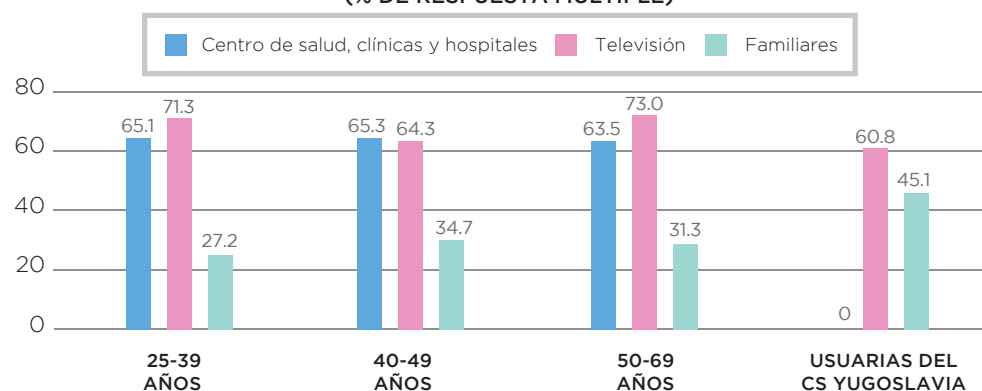
CUADRO B3. CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LA REVISIÓN MENSUAL DE LAS MAMAS

CATEGORÍAS	USUARIAS DE SERVICIOS			
	PREVENCIÓN PRIMARIA			MASTOGRAFÍA
	25-39 años	40-49 años	50-69 años	
% que ha oído hablar del cáncer de mama	100.0	97.0	97.5	96.2
% que cree que el cáncer de mama es curable	92.3	89.8	87.8	82.4
MEDIOS DE INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER DE MAMA (% RESPUESTA MÚLTIPLE)				
Centro de salud, clínicas y hospitales	65.1	65.3	63.5	11.3
Televisión	71.3	64.3	73.0	60.8
Radio	9.7	15.3	11.3	11.8
Familiares	27.2	34.7	31.3	45.1
Campañas informativas en comunidad	11.8	12.2	7.8	5.9
% que ha oído hablar del autoexamen	95.9	94.1	90.7	98.1
% que revisa mensualmente sus mamas	76.9	77.2	73.7	79.2
FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE CÓMO EXPLORARSE LAS MAMAS (% RESPUESTA MÚLTIPLE):				
Centros de salud	64.8	75.6	63.7	59.5
Unidad Médica del IMSS	11.7	8.1	13.7	29.2
Unidad Médica del ISSSTE	0	0	11.3	0
Unidad Médica Privada	6.2	3.5	9.8	7.1
PERSONA QUE LE INFORMÓ SOBRE LA REVISIÓN DE SUS MAMAS (% RESPUESTA MÚLTIPLE):				
Médico	40.1	45.3	40.2	45.2
Enfermera	56.2	66.3	46.1	45.2
Trabajadora Social	6.2	4.7	12.7	11.9
Familiares	2.3	34.7	1.0	2.4
Amiga	0.6	3.5	0	0
RAZÓN PRINCIPAL DE LA NO REVISIÓN MENSUAL DE MAMAS (%):				
No sabe cómo hacerlo	29.0	30.8	6.3	36.4
No le interesa	3.2	0	0	0
Trabajadora Social	35.5	30.8	31.3	0
Familiares	3.2	0	6.3	9.1
Amiga	12.9	15.4	12.5	18.2



Los principales medios de información sobre el cáncer de mama que expresaron las entrevistadas fue la televisión, seguida de las unidades médicas y los familiares (gráfica 7). La radio y las campañas informativas en comunidad se ubicaron en cuarto y quinto sitios. Resulta interesante saber que la propia familia puede jugar un rol estratégico en la información y comunicación acerca de un tema vital para las mujeres.

GRÁFICA 7. PRINCIPALES MEDIOS DE INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER DE MAMA (% DE RESPUESTA MÚLTIPLE)



Es muy alentador saber que la gran mayoría reportó haber oído hablar del autoexamen de las mamas, pero más aún, que entre el 73 y 78% de las mujeres en las diferentes categorías analizadas revisan mensualmente las mamas (gráfica 8 y cuadro B4), cuya fuente de información principal al respecto son los centros de salud, seguidos por las unidades médicas del IMSS (gráfica 9). La enfermera se ubica como el principal proveedor de información sobre la revisión de las mamas (gráfica 10), seguida del médico y la trabajadora social. Sin duda, estos resultados podrían estar reflejando las funciones primordiales de los proveedores respecto al tema en los centros de salud; pero también, la necesidad de que todo el personal esté capacitado para informar y orientar a la población, particularmente en las situaciones en que la enfermera no esté presente en la unidad médica.

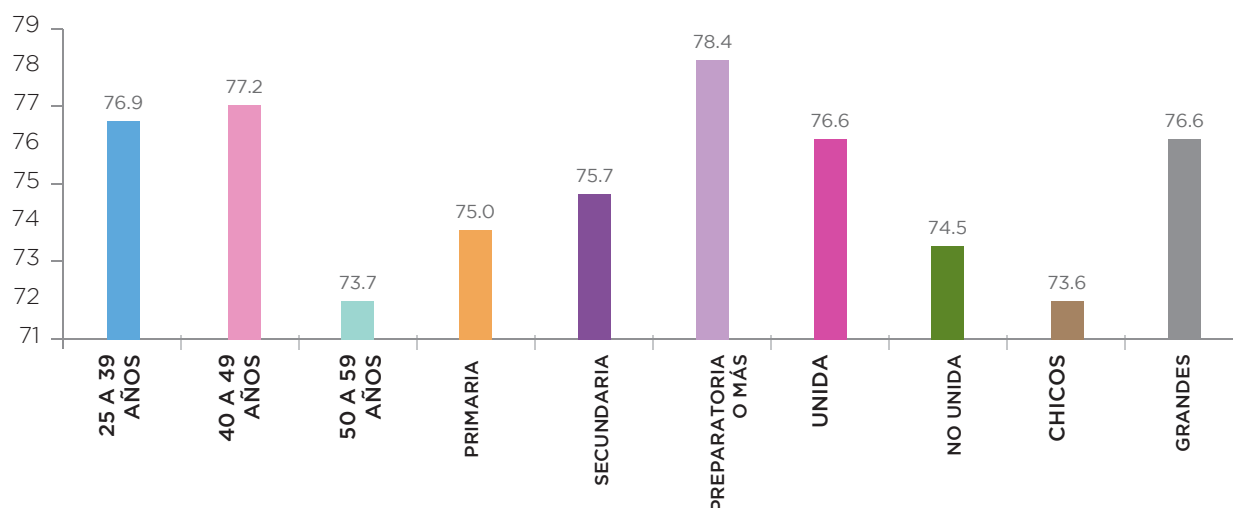
CUADRO B4. AUTOEXPLORACIÓN MENSUAL DE LAS MAMAS, SEGÚN CATEGORÍAS DE VARIABLES SELECCIONADAS

CATEGORÍAS	PORCENTAJE	N
GRUPOS DE EDAD		
25 a 39 años	76.9	195.0
40 a 49 años	77.2	101.0
50 a 69 años	73.7	118.0
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
Primaria	75.0	160.0
Secundaria	75.7	136.0
Preparatoria o más	78.4	111.0
ESTADO CIVIL		
Unidas	76.6	308.0
No Unidas	74.5	106.0
TAMAÑO DEL CENTRO DE SALUD		
Chicos	73.6	72.0
Grandes	76.6	342.0

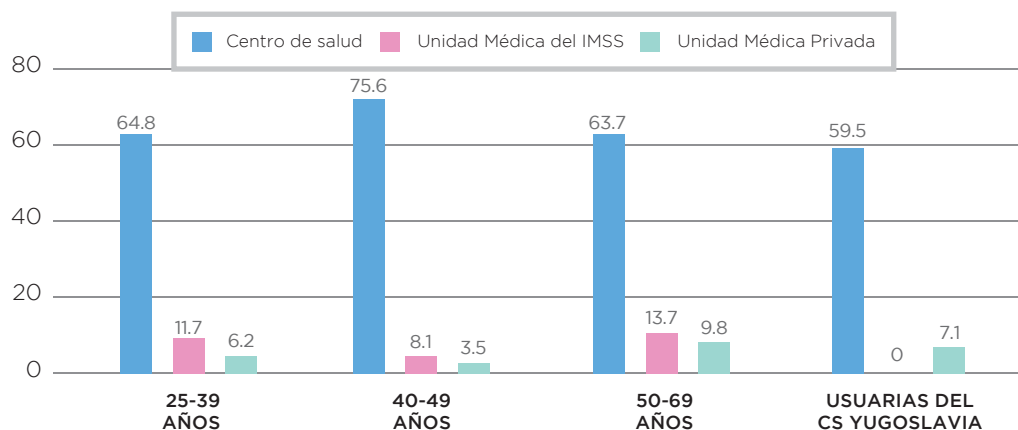
*Diferencia significativa con $p \leq 0.05$



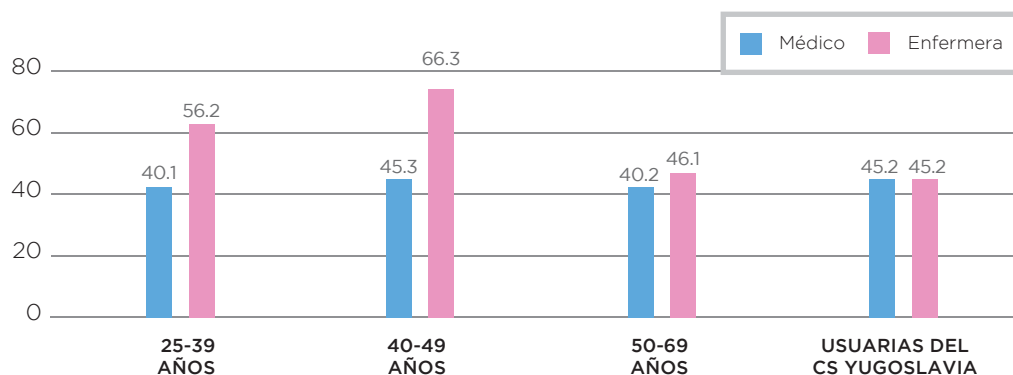
GRÁFICA 8. AUTOEXAMEN MENSUAL DE LAS MAMAS, SEGÚN CATEGORÍAS DE VARIABLES SELECCIONADAS



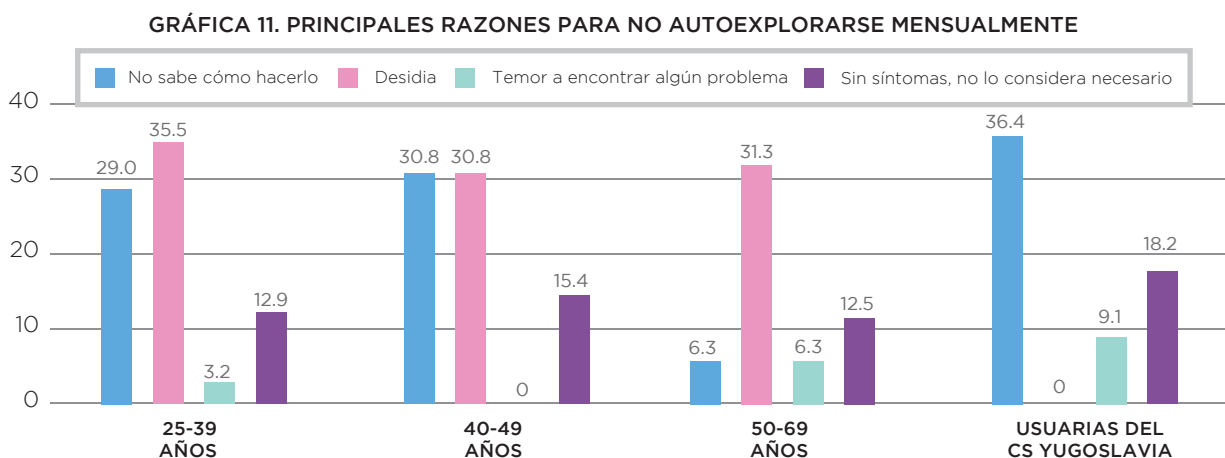
GRÁFICA 9. PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE AUTOEXAMEN (% DE RESPUESTA MÚLTIPLE)



GRÁFICA 10. PRINCIPALES INFORMANTES SOBRE AUTOEXAMEN (% DE RESPUESTA MÚLTIPLE)



Si bien, la mayoría practica el autoexamen de las mamas, todavía alrededor de un 20% no lo hace, y resulta preocupante que los motivos se asocian principalmente a la desidia y al desconocimiento de cómo revisarse, además de la expresión de no considerarlo necesario (gráfica 11). Todas estas razones dejan ver el descuido que tiene este grupo de mujeres sobre el cuidado de su salud y del reto que implica hacerles llegar la información.



CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LA REVISIÓN CLÍNICA DE LAS MAMAS

La revisión clínica de las mamas se realiza en una proporción un poco menor que el autoexamen, aproximadamente 7 de cada 10 mujeres acuden a la clínica por este motivo, tanto en las usuarias del servicio de mastografía como en las de prevención primaria, excepción hecha para las más jóvenes, quienes se revisan con el médico en una proporción de 6 de cada 10 (véase cuadro B5y gráfica 12). Resulta interesante que de aquellas que respondieron haber acudido a revisión médica, la totalidad de las de prevención primaria y 8 de 10 de las de mastografía lo hacen de forma anual o con mayor frecuencia⁵ (véase cuadro B6).

CUADRO B5. REVISIÓN CLÍNICA DE LAS MAMAS, SEGÚN CATEGORÍAS DE VARIABLES SELECCIONADAS

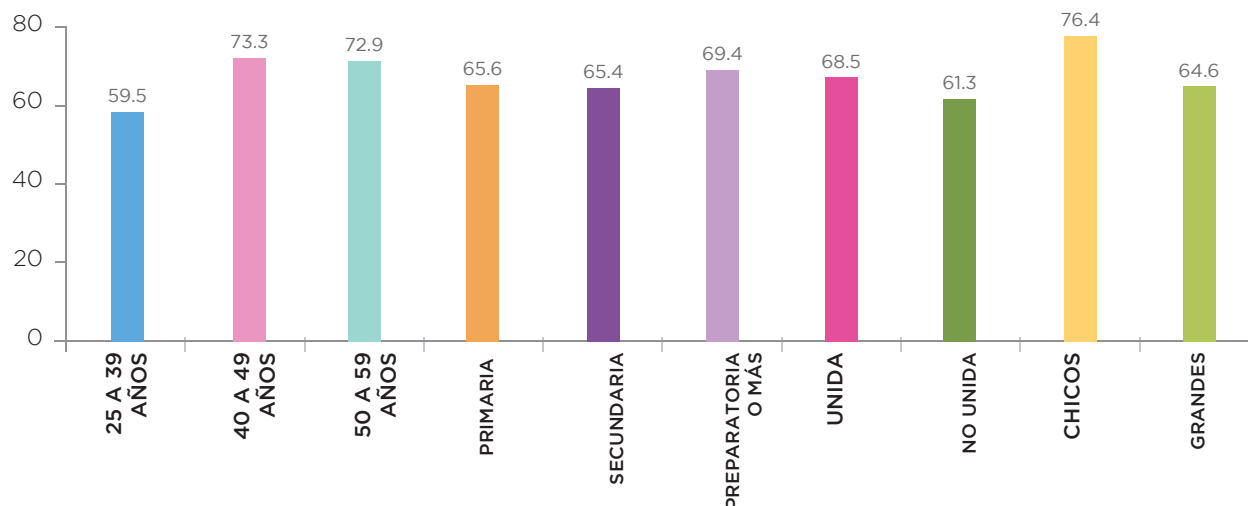
CATEGORÍAS	PORCENTAJE	N
GRUPOS DE EDAD		
25 a 39 años	59.5 *	195.0
40 a 49 años	73.3	101.0
50 a 69 años	72.9	118.0
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
Primaria	65.6	160.0
Secundaria	65.4	136.0
Preparatoria o más	69.4	111.0
ESTADO CIVIL		
Unidas	68.5	308.0
No Unidas	61.3	106.0
TAMAÑO DEL CENTRO DE SALUD		
Chicos	76.4 *	72.0
Grandes	64.6	342.0

*Diferencia significativa con $p \leq 0.05$

⁵ La mayor frecuencia de respuestas se ubica en un año, sin embargo, en aquellas mujeres cuya frecuencia fue menor, predomina 6 meses y en segundo lugar 3 meses como la recurrencia a la realización de la exploración clínica de las mamas. .

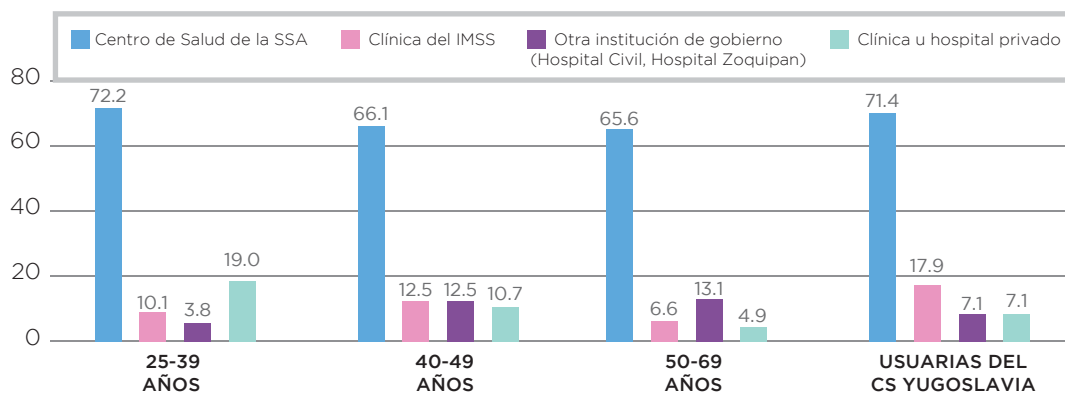


GRÁFICA 12. REVISIÓN CLÍNICA DE LAS MAMAS, SEGÚN CATEGORÍAS DE VARIABLES SELECCIONADAS



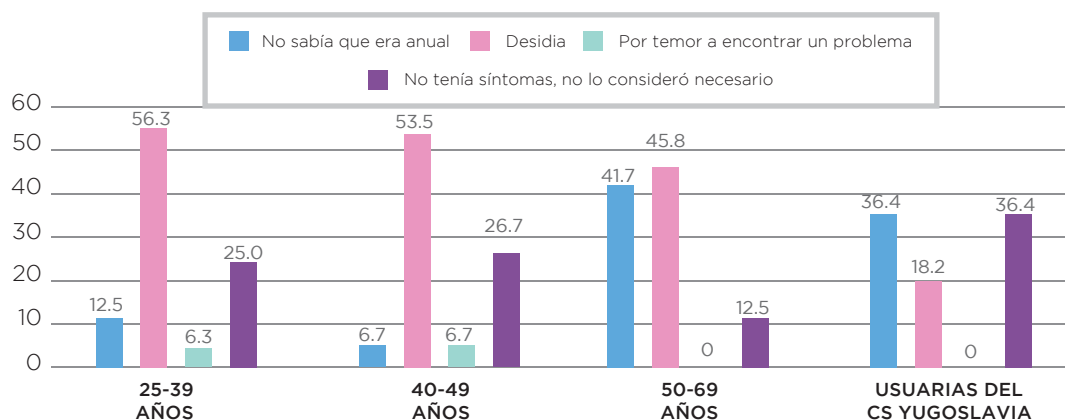
El centro de salud es el principal lugar al que acuden las mujeres para la revisión clínica de las mamas, pero participan también de forma considerable la clínica del IMSS, el sector privado y otras instituciones de gobierno (gráfica 13).

GRÁFICA 13. PRINCIPALES LUGARES DE ATENCIÓN PARA LA REVISIÓN CLÍNICA (% DE RESPUESTA MÚLTIPLE)

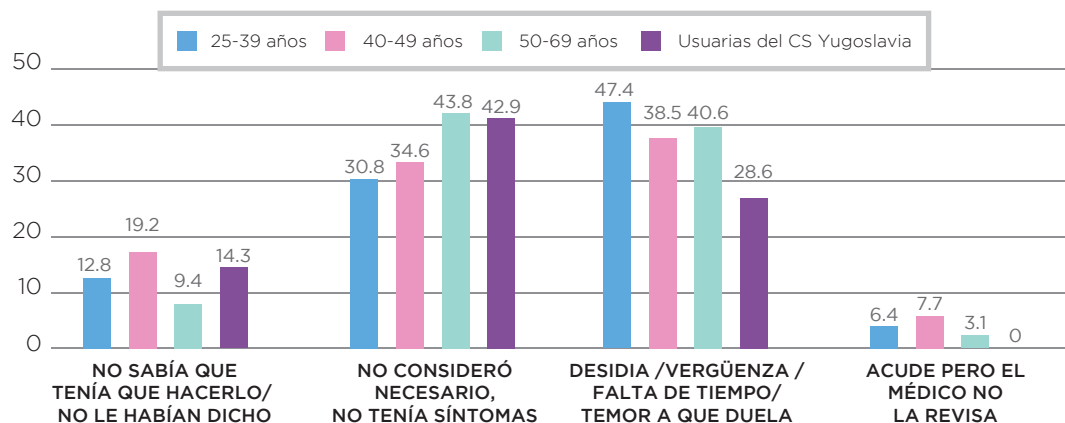


La desidia, no considerarlo necesario por no presentar síntomas así como por el hecho de no saber que era anual o que tuviera que hacerlo, son las razones principales de la no revisión clínica al menos una vez al año (gráfica 14); y un panorama similar ocurrió cuando se indagó por qué nunca ha acudido con el médico para que la revise (gráfica 15). Otra vez, son motivos que dan cuenta clara de la falta de importancia que este grupo de mujeres le da al tema y a la gravedad que pudiera tener la enfermedad en sus vidas. El reto entonces, es revertir esta forma de pensar, a fin de sensibilizarlas y hacerlas conscientes de los riesgos a que se exponen.

GRÁFICA 14. PRINCIPALES RAZONES PARA NO ACUDIR A REVISIÓN CLÍNICA AL MENOS UNA VEZ AL AÑO



GRÁFICA 15. PRINCIPALES RAZONES PARA NO ACUDIR A LA EXPLORACIÓN CLÍNICA



Las razones expresadas por las mujeres para no haberse realizado nunca una revisión clínica de las mamas nos lleva a la siguiente reflexión: ¿por qué las mujeres no consideraron necesario realizársela? ¿Qué quiere decir "desidia" como respuesta a esta medida preventiva? ¿Por qué no le dedican tiempo a ello? Las respuestas pudieran estar en la propia idiosincrasia de la población y particularmente de estas mujeres como una clara muestra de ignorancia y falta de cultura en relación con la revisión clínica de las mamas como medida de detección temprana. La cuestión entonces es pensar cuáles serían las estrategias para mejorar la educación de las mujeres a este respecto.

CUADRO B6. REVISIÓN MÉDICA O CLÍNICA DE LAS MAMAS

CATEGORÍAS	SERVICIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA			SERVICIO DE MASTOGRAFÍA
	25-39 años	40-49 años	50-69 años	
% que ha tenido revisión médica o clínica de las mamas	59.5	73.3	72.9	73.6
N	195.0	101.0	118.0	53.0
% que ha tenido revisión clínica anual o con mayor frecuencia	100.0	100.0	100.0	82.1
N	75.0	55.0	65.0	39.0
RAZÓN PRINCIPAL DE LA NO REVISIÓN CLÍNICA AL MENOS UNA VEZ AL AÑO (%):				
No sabía que era anual	12.5	6.7	41.7	36.4
No le interesa	0	6.7	0	0
Desidia	56.3	53.3	45.8	18.2
Por temor a encontrar un problema	6.3	6.7	0	0
No tenía síntomas, no lo consideró necesario	25.0	26.7	12.5	36.4
N	32.0	15.0	24.0	11.0
LUGAR DE ATENCIÓN DE LA REVISIÓN CLÍNICA (% RESPUESTA MÚLTIPLE):				
Centro de Salud de la SSA	72.2	66.1	65.6	71.4
Clínica del IMSS	10.1	12.5	6.6	17.9
Hospital del IMSS	0	5.4	6.6	0
Unidad Médica del ISSSTE	0	0	3.3	0
Otra institución de gobierno (Hospital Civil, Hospital Zoquipán)	3.8	12.5	13.1	7.1
Clínica u hospital privado	19.0	10.7	4.9	7.1
RAZÓN PRINCIPAL DE LA NO REVISIÓN CLÍNICA DE LAS MAMAS (%):				
No sabía que tenía que hacerlo/ No le habían dicho	12.8	19.2	9.4	14.3
Desconfianza al diagnóstico	2.6	0	3.1	0
No consideró necesario, no tenía síntomas	30.8	34.6	43.8	42.9
Desidia/ vergüenza/falta de tiempo/ temor a que duela	47.4	38.5	40.6	28.6
Acude pero el médico no la revisa	6.4	7.7	3.1	0

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LA MASTOGRAFÍA

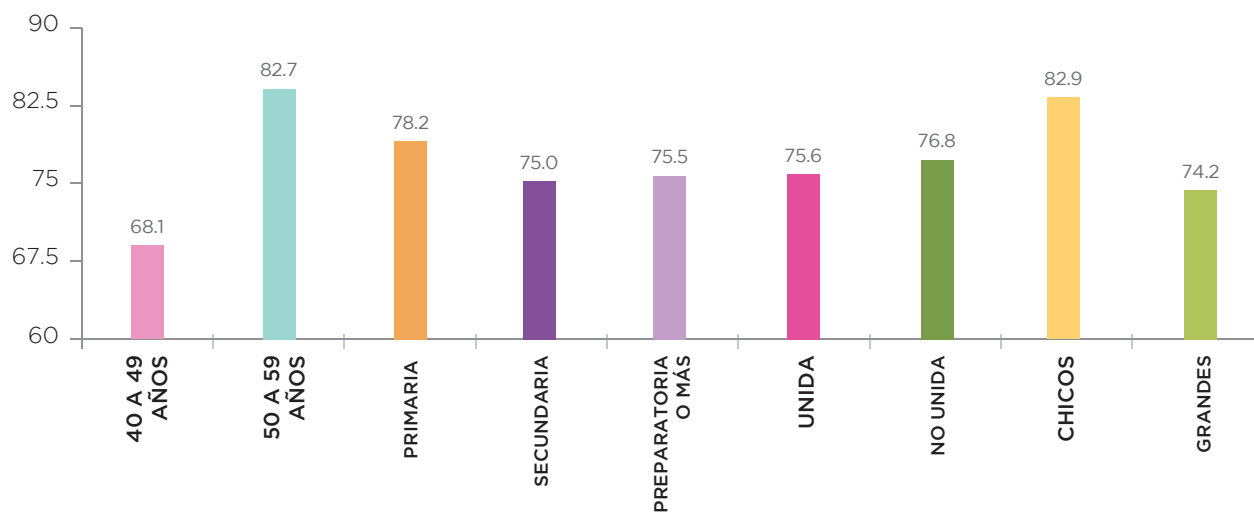
En el contínuum del programa de cáncer de mama, se indagó también sobre la mastografía. Más del 90% de las usuarias de servicios de prevención primaria han oído hablar de esta medida de detección. La percepción de ellas es que a partir de los 30 o 40 años como edad mediana se recomienda que una mujer se haga la primera mastografía; y según su percepción también, 8 de 10 expresaron que al menos una vez al año es la frecuencia con que las mujeres deben hacerse la mastografía (véase cuadro B7). Sin embargo, una de cada 10 no sabe acerca de esa frecuencia.

Más allá de la percepción, 7 y 8 de cada 10, según sean las de 40-49 y 50-69 es la proporción en que se han realizado alguna vez la mastografía (gráfica 16),

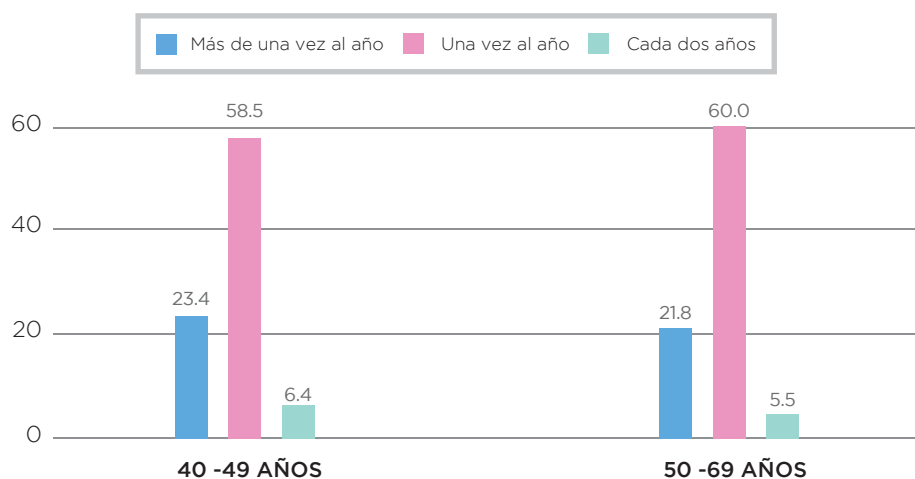


reportándose que entre un 56 y 58% se la han realizado sólo una vez, mientras que aproximadamente un 26% lo ha hecho entre dos y tres veces. Y en una referencia temporal, 71 y 73% de las de 40-49 y 50-69 años, respectivamente, se han practicado la mastografía en un lapso menor a dos años (gráfica 17).

GRÁFICA 16. REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA , SEGÚN CATEGORÍAS DE VARIABLES SELECCIONADAS



GRÁFICA 17. FRECUENCIA CON QUE LAS MUJERES DEBEN HACERSE LA MASTOGRAFÍA (PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS DE CENTROS DE SALUD)



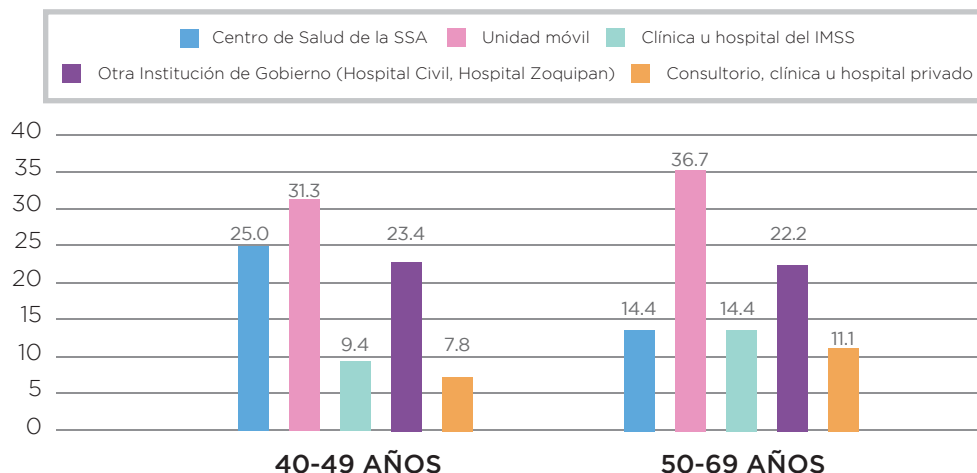
CUADRO B7.
CONOCIMIENTO Y REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA EN USUARIAS DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

CATEGORÍAS	SERVICIO DE PREVENCIÓN PRIMARIA	
	40-49 años	50-69 años
% que ha oído hablar de la mastografía	93.1	93.2
n	101.0	118.0
Edad mediana a partir de la cual se recomienda que una mujer se haga la primera mastografía	40.0	32.0
FRECUENCIA CON QUE LAS MUJERES DEBEN HACERSE LA MASTOGRAFÍA:		
Solo si hay molestias	0	1.8
Más de una vez al año	23.4	21.8
Una vez al año	58.5	60.0
Cada dos años	6.4	5.5
No sabe	11.7	10.9
Total	100.0	100.0
% que se ha realizado alguna vez una mastografía	68.1	82.7
NÚMERO DE VECES QUE SE HA HECHO LA MASTOGRAFÍA		
1	57.9	55.9
2	13.2	16.9
3	13.2	10.2
4	5.3	1.7
5	7.9	5.1
6	0	1.7
7	2.6	1.7
10	0	3.4
15	0	1.7
20	0	1.7
Total	100.0	100.0
Valor mediano	1.0	1.0
% que se realizaron la mastografía hace menos de 2 años	71.1	72.8
n	27.0	43.0
RAZÓN PRINCIPAL DE LA NO REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA CADA 2 AÑOS		
No sabía, no le habían dicho	23.1	23.8
Desconfianza y/o temor al diagnóstico	7.7	4.8
No tengo síntomas	7.7	4.8
Desidia/Falta de tiempo/Falta de recursos económicos	61.5	66.6
Total	100.0	100.0
LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA		
Centro de Salud de la SSA	25.0	14.4
Unidad móvil	31.3	36.7
Clínica u hospital del IMSS	9.4	14.4
Unidad Médica del ISSSTE	0	1.2
DIF	3.1	0
Otra Institución de Gobierno (Hospital Civil, Hospital Zoquipan)	23.4	22.2
Consultorio, clínica u hospital privado	7.8	11.1
Total	100.0	100.0



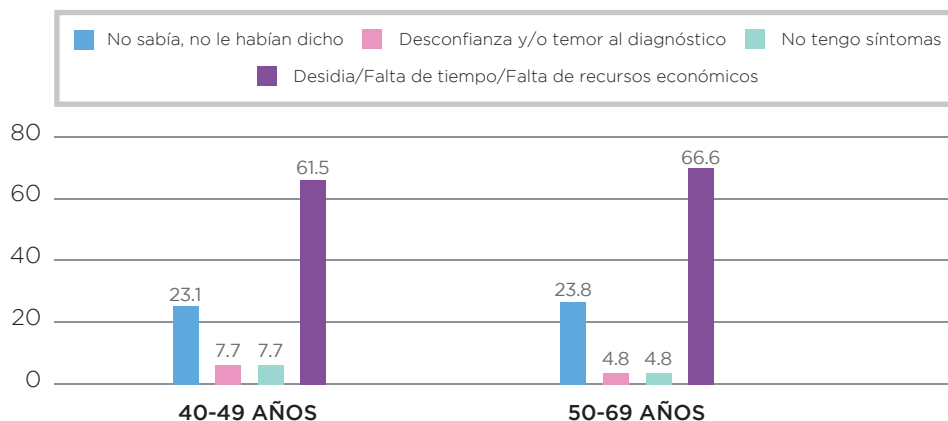
Son varias las instituciones que participan para la realización de esta medida de detección, pero sobresale la unidad móvil en primer lugar, seguida de otra institución de gobierno, el centro de salud, el IMSS y el sector privado (gráfica 18).

GRÁFICA 18. LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA, USUARIAS DE CENTROS DE SALUD



Ahora bien, entre 85 y 90% de las que no se realizaron la mastografía por un lapso de dos años, expresaron como motivos la desidia, falta de tiempo o que no sabía o no le habían dicho (gráfica 19). Nuevamente, estas razones reflejan la falta de interés y desconocimiento de estas medidas de detección oportuna del cáncer de mama.

GRÁFICA 19. PRINCIPALES RAZONES PARA NO REALIZARSE LA MASTOGRAFÍA (PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS DE CENTROS DE SALUD)



CUADRO B8. REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA, SEGÚN CATEGORÍAS DE VARIABLES SELECCIONADAS

CATEGORÍAS	PORCENTAJE	N
GRUPOS DE EDAD		
25 a 39 años	-	-
40 a 49 años	68.1*	10.0
50 a 69 años	82.7	118.0
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
Primaria	78.2	101.0
Secundaria	75.0	48.0
Preparatoria o más	75.5	49.0
ESTADO CIVIL		
Unidas	75.6	135.0
No Unidas	76.8	69.0
TAMAÑO DEL CENTRO DE SALUD		
Chicos	82.9	41.0
Grandes	74.2	163.0

*Diferencia significativa con $p \leq 0.05$

Por otra parte, las usuarias de los servicios del centro de salud Yugoslavia perciben como edad recomendable para que una mujer se haga esa medida de detección los 40 años y con una frecuencia de cada dos años (gráfica 20). Estas mujeres, que fueron entrevistadas por motivo de haberse realizado una mastografía reciente, expresaron que ésta es su primera experiencia (32%); esto es, dos terceras partes ya se había realizado al menos una más (véase cuadro B9). De hecho, el número mediano de mastografías realizadas por este grupo de mujeres es de 3, y el 7.5% es la proporción cuyo lapso entre las dos últimas medidas de detección es menor a dos años. El centro de salud, otra institución de gobierno y el sector privado, son los lugares donde acudieron principalmente estas mujeres para realizarse la mastografía previa (gráfica 21).

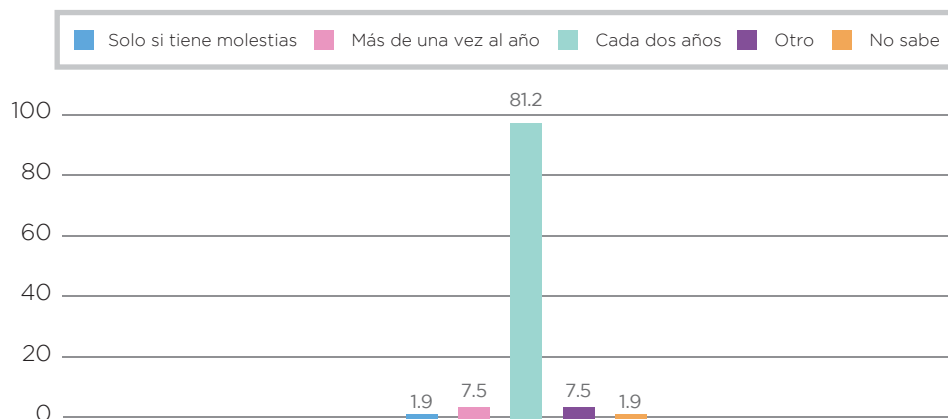
CUADRO B9. CONOCIMIENTO Y REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA EN USUARIAS DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA

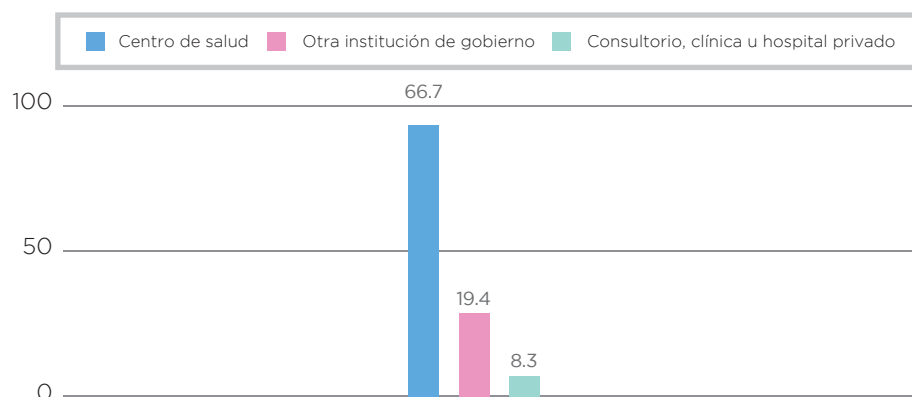
CATEGORÍAS	40-69 AÑOS
Edad a partir de la cual se recomienda que una mujer se haga la mastografía	40.0
n	53.0
FRECUENCIA PARA HACERSE LA MASTOGRAFÍA	
Solo si tiene molestias	1.9
Más de una vez al año	7.5
Cada dos años	81.2
Otro	7.5
No sabe	1.9
Total	100.0
% que contestaron que es su primera mastografía	32.1
Número mediano de mastografías realizadas	3.0
% cuyo lapso entre las dos últimas mastografías es menor a dos años	66.7

RAZÓN DE LA NO REALIZACIÓN DE MASTOGRAFÍA EN UN LAPSO MENOR A DOS AÑOS	
Desidia/Falta de tiempo	50.0
Impedimentos vinculados a la salud	17.0
Desinformación	25.0
No lo consideraba necesario	8.0
Total	100.0
LUGAR EN QUE SE REALIZÓ LA MASTOGRAFÍA PREVIA	
Centro de salud	66.7
Unidad Móvil	0
UMF del IMSS	0
Hospital del IMSS	2.8
ISSSTE	2.8
Otra institución de gobierno	19.4
Consultorio, clínica u hospital privado	8.3
Total	100.0
RESULTADO DE LA ÚLTIMA MASTOGRAFÍA	
Ningún problema	69.4
Bolita benigna	25.0
Cáncer de mama	0
Otro	5.6
Total	100.0
RAZONES DE LA NO REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA PREVIAMENTE (% RESPUESTA MÚLTIPLE)	
Vergüenza, pena	11.8
Falta de información (no sabía que debía hacérsela)	11.8
Miedo	29.4
Falta de tiempo	11.8
Otro	64.7 *

*El 64.7% incluye aquellas usuarias que no se habían hecho la mastografía previamente por desidia, porque no tenían síntomas ni lo consideraban necesario y porque no cumplían la edad normativa para acceder a este estudio.

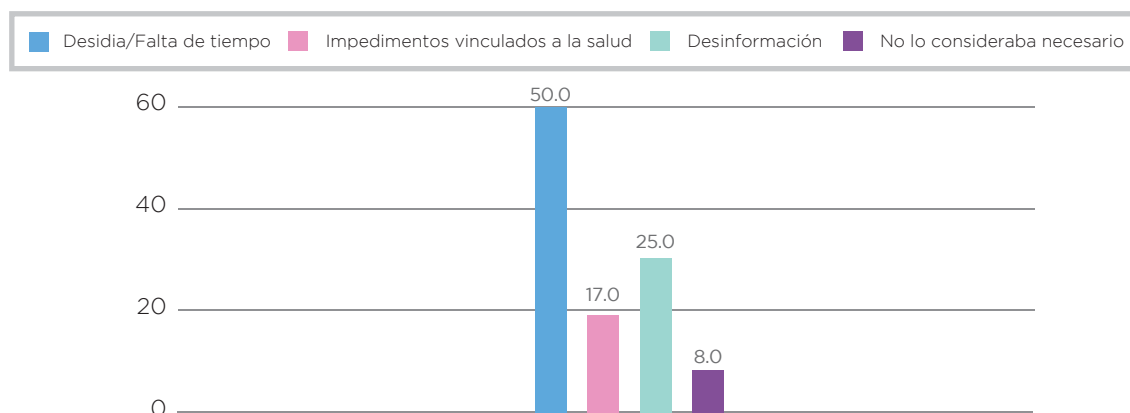
GRÁFICA 20. FRECUENCIA CON QUE LAS MUJERES DEBEN HACERSE LA MASTOGRAFÍA (PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS DEL CS YUGOSLAVIA)



GRÁFICA 21. PRINCIPALES LUGARES DE REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA, USUARIAS DEL CS YUGOSLAVIA

Sobre el resultado de la última mastografía, 69% respondió que no hubo problema alguno y 25% reportó haberle detectado una “bolita” que resultó ser benigna.

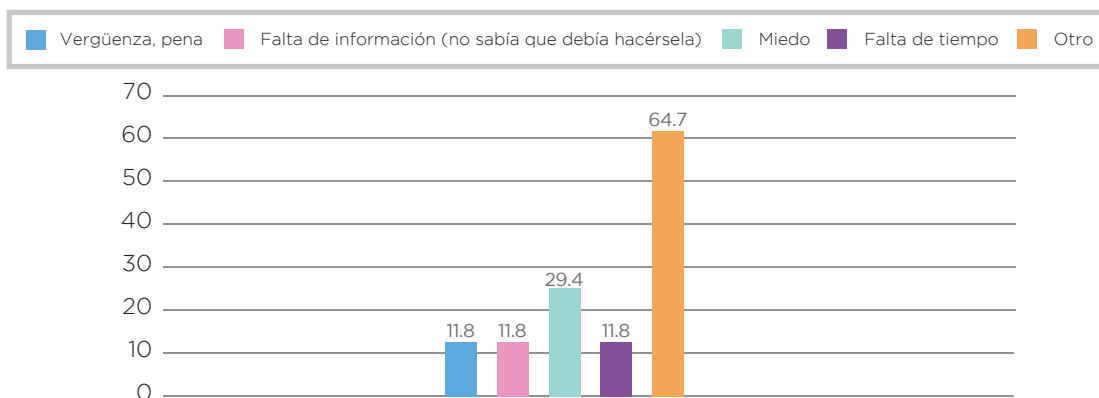
Las razones de la no realización de la mastografía en un lapso menor a dos años se relacionan principalmente con la desidia, falta de tiempo o la desinformación (gráfica 22); y los motivos de la no realización de esta medida previamente, es principalmente por miedo, vergüenza y falta de información (gráfica 23).

GRÁFICA 22. PRINCIPALES RAZONES PARA NO REALIZARSE LA MASTOGRAFÍA (PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS DEL CS YUGOSLAVIA)

Se indagó también sobre la calidad del servicio de mastografía en el centro de salud Yugoslavia que perciben las usuarias (véase cuadro B10). Si bien, el 100% mencionó haber quedado satisfecha y a 94 y 91% le informaron, respectivamente, en cuánto tiempo tendría el resultado y dónde recogerlos; a una proporción menor (30%) le informaron sobre que debía hacer después y sólo al 15% le dijeron cuáles podrían ser los resultados (gráfica 24).

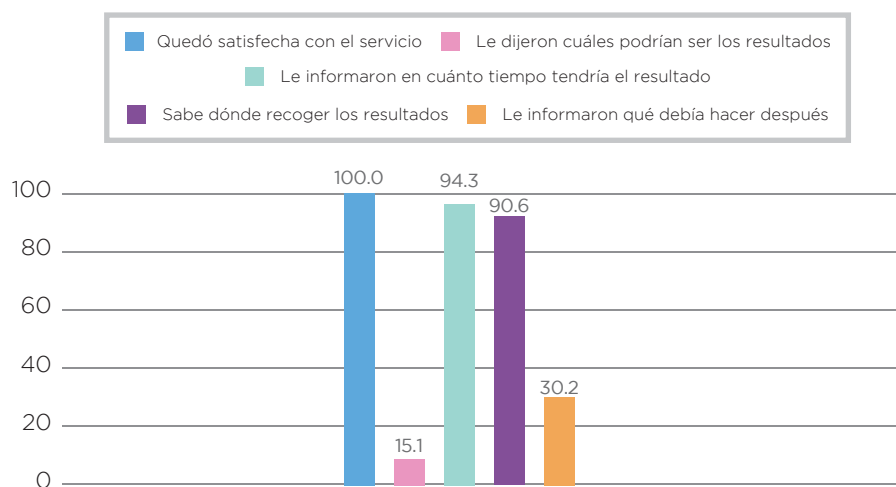
De manera que la percepción de satisfacción total con el servicio por parte de las mujeres usuarias no pareciera ser necesariamente objetiva.

GRÁFICA 23. PRINCIPALES RAZONES PARA NO REALIZARSE LA MASTOGRAFÍA PREVIAMENTE (% DE RESPUESTA MÚLTIPLE), USUARIAS DEL CS YUGOSLAVIA



Entre los aspectos que menos les agradaron y que vale la pena resaltar está el dolor que le provocó la toma del estudio así como el hecho de ser personal masculino quien aplica la toma, aspectos que debieran considerarse a fin de no desmotivar la asistencia para la realización de esa medida de detección. Y en este mismo sentido, una sugerencia expresada es la mejora de los tiempos de espera.

GRÁFICA 24. CALIDAD DEL SERVICIO DE MASTOGRAFÍA PERCIBIDA POR LA USUARIA DEL CS YUGOSLAVIA



**CUADRO B10. CALIDAD DEL SERVICIO DE MASTOGRAFÍA:
PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA**

CATEGORÍAS	40-69 AÑOS
% quedó satisfecha con el servicio	100.0
% le dijeron cuáles podrían ser los resultados	15.1
% le informaron en cuánto tiempo tendría el resultado	94.3
% sabe dónde recoger los resultados	90.6
% le informaron qué debía hacer después	30.2
ASPECTOS QUE MENOS LE AGRADARON	
Todo le agradó/Quedó satisfecha	47.2
Dolor/Inconformidad durante la toma del estudio	35.8
Personal masculino aplicando la toma del estudio	7.5
Otras respuestas	9.4
Total	100.0
SUGERENCIAS PARA MEJORAR EL SERVICIO	
Sin sugerencias, satisfecha con el servicio recibido	77.4
Mejorar tiempos de espera de atención/resultados	13.2
Otras respuestas	9.4
Total	100.0

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y FACTORES DE RIESGO

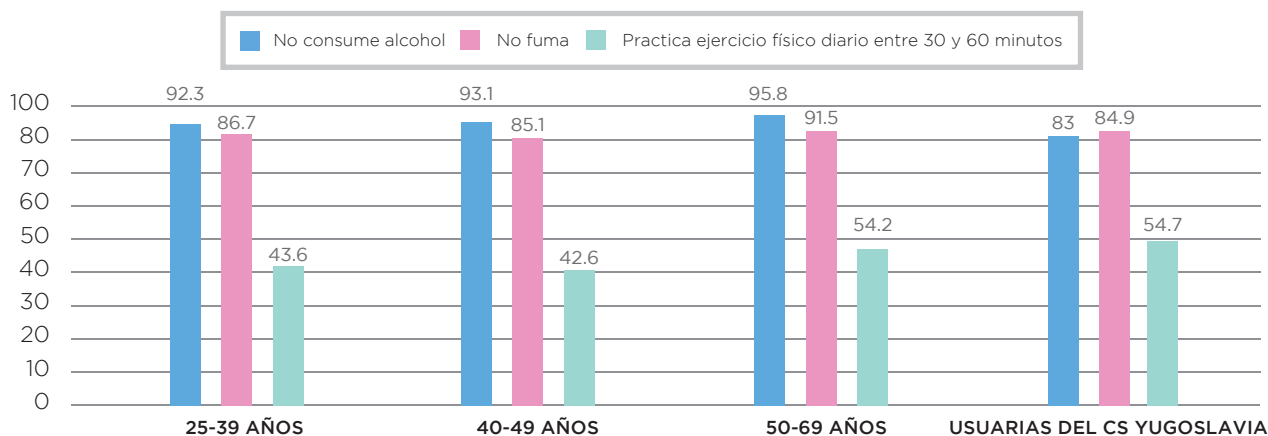
Se indagó sobre los hábitos de vida saludables y factores de riesgo asociados al cáncer de mama (véase cuadro B11). El número mediano de días por semana estimado en que se consume una serie de alimentos y bebidas muestra un escenario muy alentador para la salud de las mujeres, pero parece un poco exagerado como patrón alimenticio; sin embargo, tampoco existen elementos para poner en tela de juicio las respuestas. De modo que, de ser este el panorama en cuanto a estos hábitos, esta parte se constituiría en factores protectores importantes.

El consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco parecen bajos en esta población de acuerdo a lo esperado; y en cambio, la práctica de ejercicio físico diario por 30 a 60 minutos parece haberse reportado con una tendencia a sobrestimar la realidad existente en la sociedad mexicana. Sería muy alentador saber que entre 4 y 5 de cada 10 mujeres practica ejercicio físico diario con esa modalidad (gráfica 25).

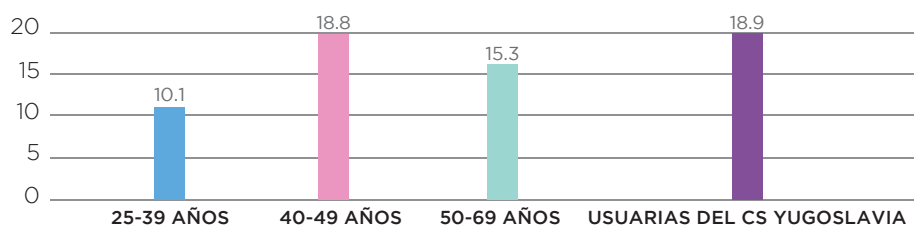
Lo que pudiera tener mayor objetividad en la respuesta de las entrevistadas es la toma de ácido fólico, que oscila entre 19 y 40%; y por supuesto, los antecedentes de cáncer de mama en la familia, entre 10 y 19% (gráfica 26). Es en esta medida en que las mujeres pudieran estar propensas a la enfermedad.



GRÁFICA 25. PORCENTAJE DE USUARIAS CON HÁBITOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA



GRÁFICA 26. PORCENTAJE DE USUARIAS CON ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA EN LA FAMILIA



CUADRO B11. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y FACTORES DE RIESGO

CATEGORÍAS	USUARIAS DE SERVICIOS			
	PREVENCIÓN PRIMARIA			MASTOGRAFÍA
	25-39 años	40-49 años	50-69 años	
NÚMERO MEDIANO DE DÍAS POR SEMANA QUE CONSUME:				
Frutas y verduras	7	7	6	7
Cereales (maíz y arroz)	4	4	3	3
Carbohidratos (papa, tortillas de maíz)	7	7	7	7
Leche, queso, huevo	7	5	7	4
Comida frita, capeada o empanizada	1	1	1	1
Pescado	1	1	1	1
Pollo	2	2	2	2
Carne roja	2	2	1	1
Refrescos	2	2	1	2
(%) que consume bebidas alcohólicas	7.7	6.9	4.2	7.0
% sin consumo	92.3	93.1	95.8	83.0
(%) que consume tabaco	13.3	14.9	8.5	15.1
% no fuma	86.7	85.1	91.5	84.9
Promedio de cigarros por día	0.3	0.8	0.5	0.7
% que práctica ejercicio físico diario entre 30 y 60 minutos	43.6	42.6	54.2	54.7
% que toma ácido fólico	40.5	18.8	23.7	30.2
% con antecedentes de cáncer de mama en la familia	10.1	18.8	15.3	18.9

INCORPORACIÓN DE LA PAREJA

Un tema de particular importancia en la promoción, prevención, detección, tratamiento y seguimiento a las pacientes en relación con el cáncer de mama, es la incorporación de las redes de apoyo familiar con que cuenta la mujer, particularmente de la pareja. Para fines prácticos, alrededor del 60% de las usuarias de servicios de prevención primaria así como de mastografía expresaron haber tenido comunicación alguna vez con su pareja sobre el cáncer de mama, y más del 70% dijeron tener comunicación sobre la revisión médica de las mamas (véase cuadro B12).

CUADRO B12. INCLUSIÓN DE LA PAREJA

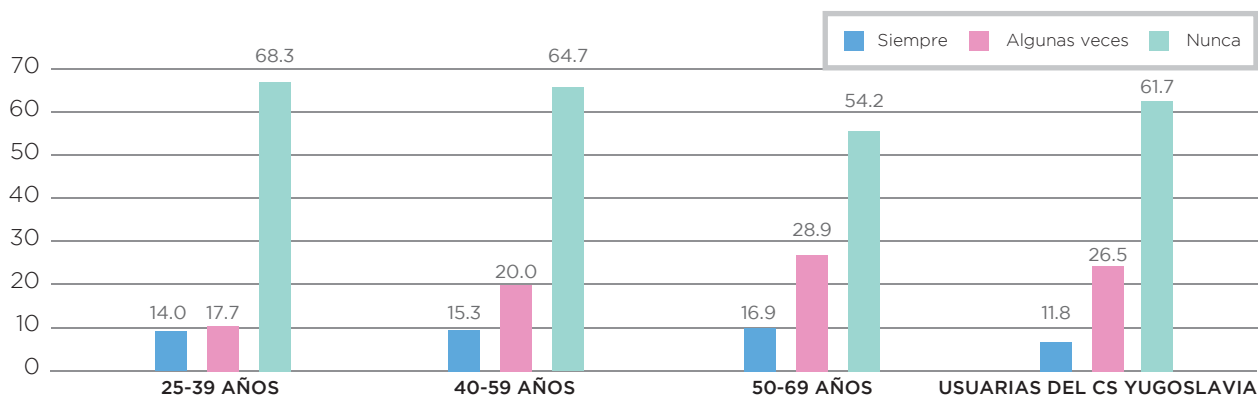
CATEGORÍAS	USUARIAS DE SERVICIOS			
	PREVENCIÓN PRIMARIA			MASTOGRAFÍA
	25-39 años	40-49 años	50-69 años	
% CON COMUNICACIÓN ALGUNA VEZ CON LA PAREJA SOBRE EL CÁNCER DE MAMA				
Sí	54.9	60.0	49.2	52.9
A veces	8.5	4.7	5.1	3.0
No	36.6	35.3	45.7	44.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
n	101.0	195.0	118.0	34.0
% CON COMUNICACIÓN RESPECTO A LA REVISIÓN MÉDICA DE LAS MAMAS				
Sí	70.1	82.4	79.6	100.0
No	6.7	3.5	13.6	0
No ha acudido con el médico	23.2	14.1	6.8	0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
% ACOMPAÑAMIENTO DE LA PAREJA A LAS REVISIONES				
Siempre	14.0	15.3	16.9	11.8
Algunas veces	17.7	20.0	28.9	26.5
Nunca	68.3	64.7	54.2	61.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
% en que la pareja ha mostrado interés en las revisiones médicas de las mamas	80.5	71.8	66.1	79.4
SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA				
Comunicación y empatía entre la pareja/ Que él se involucre	72.0	74.1	54.2	79.4
Información/Publicidad	11.6	8.3	8.5	11.8
Nada/No sabe	16.4	17.6	37.3	8.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Si bien, entre 7 y 8 de cada 10 expresaron que su pareja ha mostrado interés en las revisiones médicas de las mamas, la realidad es que entre 5 y 7 de cada 10 dijeron que su pareja nunca las acompaña a esas revisiones (gráfica 27).



Estos resultados están reflejando el deseo expreso de las mujeres por verse acompañadas por sus parejas en ese proceso preventivo del cáncer de mama; sin embargo, queda claro al menos con estos datos que todavía se trata de un tema pendiente de aprobar. Se requiere de una legítima iniciativa por parte del sector salud para incorporar al hombre en la atención y cuidado de la salud de su familia y de la suya propia.

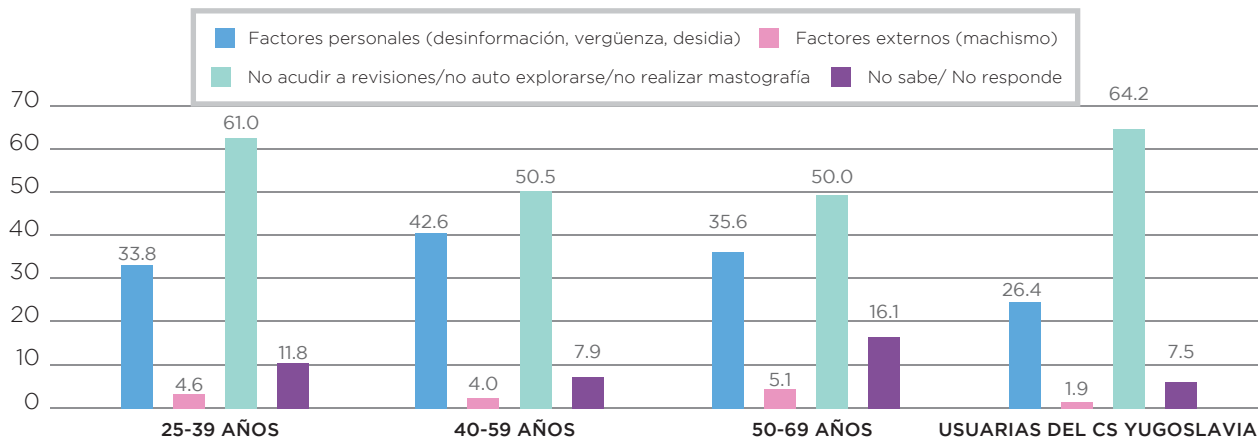
GRÁFICA 27. ACOMPAÑAMIENTO DE LA PAREJA A LAS REVISIONES



PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

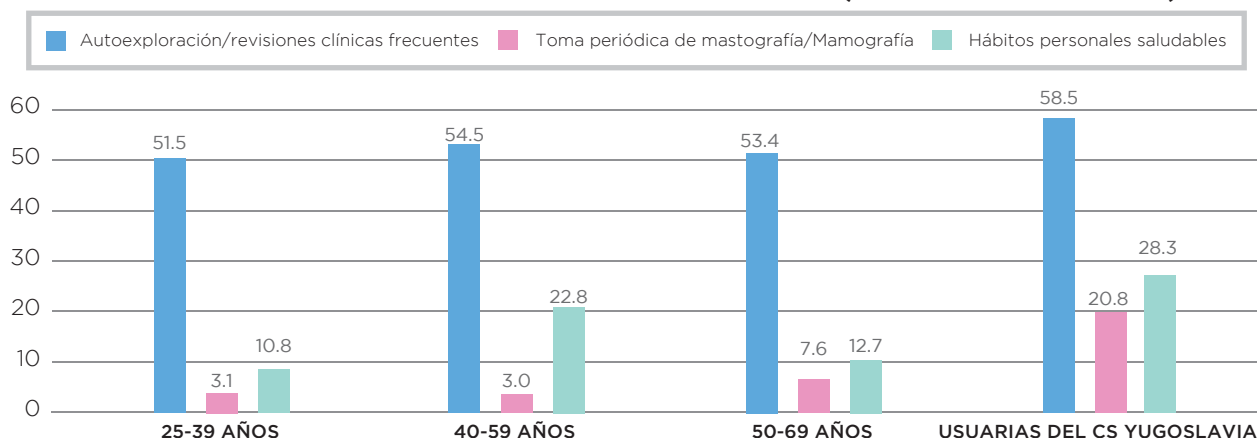
Un aspecto de particular importancia que se indagó con las usuarias de servicios de prevención primaria y mastografía, tiene que ver con las percepciones sobre el cáncer de mama: 5 o 6 de cada 10 expresaron que no acudir a revisiones médicas, no auto explorarse y no realizarse la mastografía es la principal dificultad para detectar a tiempo el cáncer de mama; y en segundo lugar, factores asociados a la vergüenza, desidia y desinformación, 3 o 4 de cada 10 respondieron en este sentido (véase cuadro B13 y gráfica 28).

GRÁFICA 28. DIFICULTADES PARA DETECTAR A TIEMPO EL CÁNCER DE MAMA (% DE RESPUESTA MÚLTIPLE)



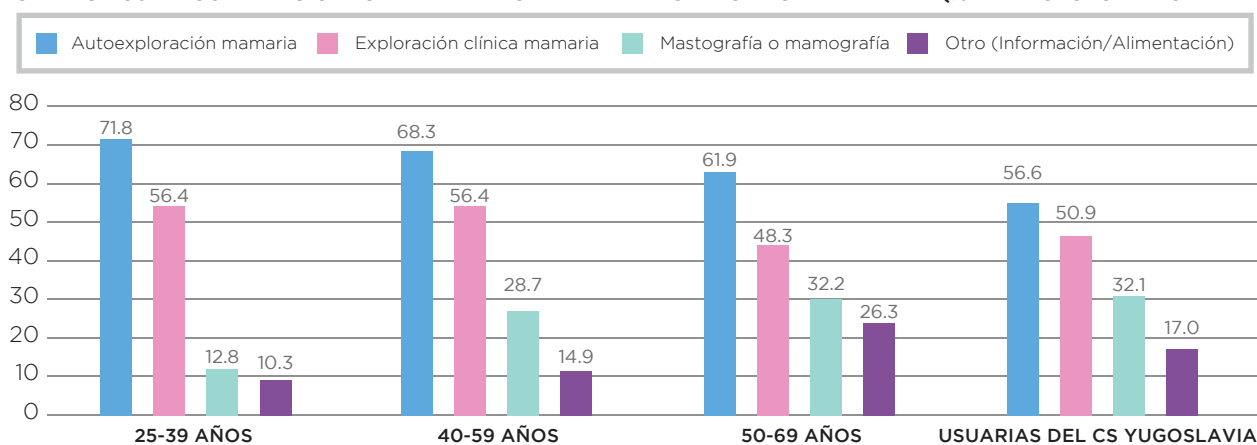
En otras palabras, al menos la mitad de las entrevistadas reconoce que la mejor manera para protegerse del cáncer de mama es mediante el autoexamen y las revisiones clínicas de las mamas; y en segundo lugar, practicando hábitos personales saludables (gráfica 29).

GRÁFICA 29. MANERA DE PROTEGERSE DEL CÁNCER DE MAMA (% DE RESPUESTA MÚLTIPLE)



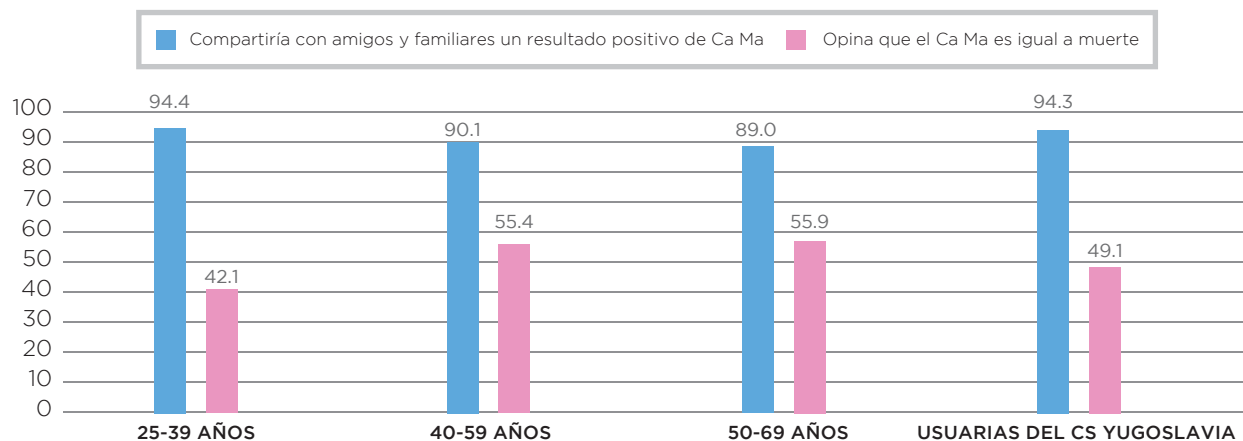
Se reiteran como recomendaciones para detectar a tiempo el cáncer de mama, en orden de importancia por las respuestas expresadas en porcentajes: el autoexamen, la exploración clínica de las mamas y la mastografía (gráfica 30).

GRÁFICA 30. RECOMENACIONES PARA DETECTAR A TIEMPO EL CÁNCER DE MAMA (% DE RESPUESTA MÚLTIPLE)



Dos expresiones que resumen, desde la percepción de las mujeres, los avances pero también lo que falta por hacer en cuanto a la sensibilidad y conciencia sobre esta enfermedad: alrededor del 90% compartiría con amigos y familiares un resultado positivo de cáncer de mama y todavía, 4 o 5 de cada 10 opina que el cáncer de mama es igual a muerte (gráfica 31).

GRÁFICA 31. PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA



CUADRO B13. PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

CATEGORÍAS	USUARIAS DE SERVICIOS			
	PREVENCIÓN PRIMARIA			MASTOGRAFÍA
	25-39 años	40-49 años	50-69 años	
DIFICULTADES PARA DETECTAR A TIEMPO EL CÁNCER DE MAMA (% RESPUESTA MÚLTIPLE)				
Factores personales (desinformación, vergüenza, desidia)	33.8	42.6	35.6	26.4
Factores externos (machismo)	4.6	4.0	5.1	1.9
No acudir a revisiones/no auto explorarse /no realizar mastografía	61.0	50.5	50.0	64.2
No sabe/ No responde	11.8	7.9	16.1	7.5
MEJOR MANERA PARA PROTEGERSE DEL CÁNCER DE MAMA (% RESPUESTA MÚLTIPLE)				
Autoexploración/ revisiones clínicas frecuentes	51.5	54.5	53.4	58.5
Información	5.1	5.9	0	3.8
Toma periódica de mastografía /Mamografía	3.1	3.0	7.6	20.8
Hábitos personales saludables	10.8	22.8	12.7	28.3
Cuidado de las mamas	3.1	4.0	4.3	3.8
RECOMENDACIONES PARA DETECTAR A TIEMPO EL CÁNCER DE MAMA (% RESPUESTA MÚLTIPLE)				
Autoexploración mamaria	71.8	68.3	61.9	56.6
Exploración clínica mamaria	56.4	56.4	48.3	50.9
Mastografía o mamografía	12.8	28.7	32.2	32.1
Otro (Información/Alimentación)	10.3	14.9	26.3	17.0
% que compartiría con amigos y familiares un resultado positivo de cáncer de mama	94.4	90.1	89.0	94.3
% que opina que el cáncer de mama es igual a muerte	42.1	55.4	55.9	49.1

3.3 OFERTA DE SERVICIOS

EN RESPUESTA DE LOS PROVEEDORES: PROMOCIÓN Y DETECCIÓN

PRESTADORES DE SERVICIOS EN CENTROS DE SALUD CARACTERÍSTICAS GENERALES

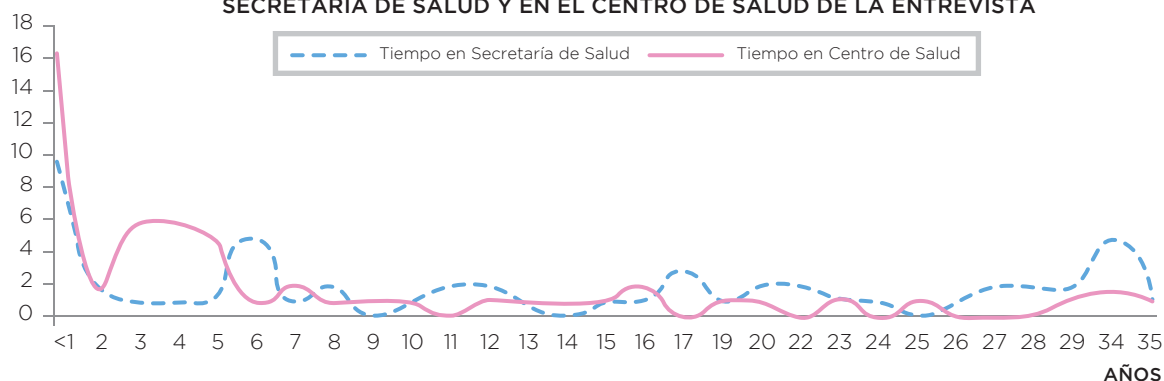
El instrumento de prestadores de servicios fue aplicado en 7 Centros de Salud a 54 prestadores (43 mujeres y 11 hombres) con edades de 20 a 71 años, siendo la edad media 39.5 años. La mayoría de los entrevistados eran enfermeras (57.4%), el 29% eran médicos, el 11% trabajadoras sociales y sólo un 1.9% eran psicólogas de profesión. Del total del personal, el 20.4% cuenta con una especialidad (véase cuadro C1).

CUADRO C1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS EN LOS CENTROS DE SALUD

CATEGORÍAS	
EDAD MEDIANA A LA ENTREVISTA	39.5 AÑOS
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PROFESIONES	
Médico General	29.6
Enfermera	57.4
Trabajadora Social	11.1
Psicóloga	1.9
Total	100.0
% que tiene especialidad	20.4
AÑOS PROMEDIO TRABAJANDO	
En Secretaría de Salud	14.4
En el Centro de Salud	7.6
n	54

En la Gráfica 32 se muestran los años que tiene el personal trabajando para la Secretaría de Salud en comparación con los años que tienen trabajando en los centros de salud. La mitad de ellos lleva 12 años o más trabajando en la Secretaría de Salud y en promedio tienen 7.6 años asignados al centro de salud donde fueron entrevistados.

GRÁFICA 32. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIEMPO TRABAJANDO EN SECRETARÍA DE SALUD Y EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ENTREVISTA





ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN ASOCIADAS AL PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA

A las personas entrevistadas se les preguntó si conocían el plan de trabajo del Programa de Cáncer de Mama de su unidad médica, a lo que de acuerdo a su profesión, el 87% de los médicos entrevistados, el 77% de las enfermeras y el 100% de las trabajadoras sociales, contestaron que sí tienen conocimiento de dicho plan.

**CUADRO C2. PLAN DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN EN RELACIÓN CON
EL PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA EN LOS CENTROS DE SALUD**

CATEGORÍAS	MÉDICO	ENFERMERA	TRABAJADORA SOCIAL	TOTAL
% que conoce el plan de trabajo para el tratamiento de cáncer de mama en esa unidad médica	87.5	77.4	100.0	
% que conoce al menos tres actividades del plan de trabajo	21.4	29.2	66.7	
MODO DE DIFUSIÓN DEL PLAN DE APOYO (%):				
Capacitación	57.1	50.0	50.0	
Oficios	0	8.3	16.7	
FUNCIONES DE TRABAJO QUE REALIZA EN RELACIÓN CON EL PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA				
Promoción de la Salud	30.6	50.0	16.7	100.0
Exploración clínica y recopilación de datos	25.8	71.0	3.2	100.0
Derivación y canalización a mastografía o eco mamario	55.0	35.0	10.0	100.0
% que ha recibido capacitación en el último año para desarrollar sus funciones al respecto	56.3	51.6	33.3	
n				54.0

En relación a este mismo plan de trabajo, del total de médicos entrevistados, el 21.4% dice conocer al menos tres actividades del plan de trabajo identificado en las encuestas, en cuanto a las enfermeras y las trabajadoras sociales, el 29% y el 66.7% respectivamente, mencionan también conocer dicho plan de forma integral. Las actividades que se consideraron dentro del plan integral de trabajo son: promoción, exploración/detección, derivación y seguimiento de los pacientes.

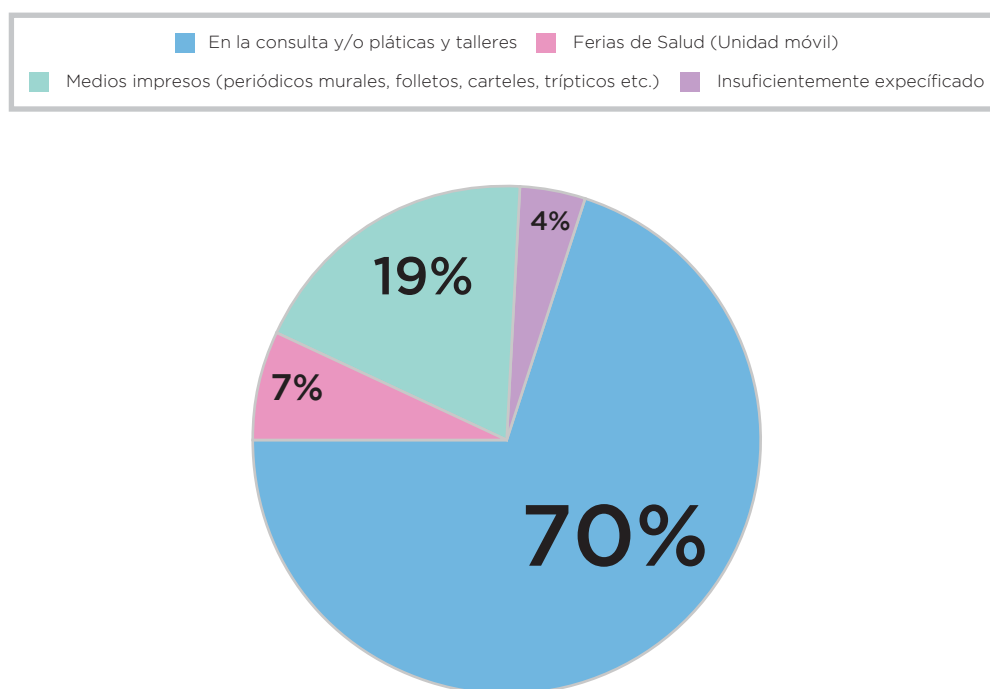
Sobre las funciones de difusión de este plan de trabajo de acuerdo a lo que comentaron los entrevistados se apoya en capacitaciones del personal trabajo relativas al Programa de Cáncer de Mama, los prestadores de servicios tuvieron la oportunidad de responder tantas actividades como identificaran. Ante ello, el 46.3% dijo que hacen actividades de exploración clínica de mamas, el 29.6% de ellos identifica en su labor diaria la canalización a mastografías y ecos mamarios; y más de la mitad de los prestadores de servicios de los centros de salud reconocen que dedican parte de su tiempo a la promoción de la salud (64.8%).



En general, el 51.9% de los prestadores de servicios han recibido capacitación en el último año para el desarrollo de sus funciones. Para distinguir estas labores por estatus en el trabajo, se pueden consultar las tablas anexas.

Dentro de las actividades de los centros de salud contenidas en el Programa de Cáncer de Mama, se identifican: aquellas de promoción y difusión a través de la relación directa con las usuarias dentro de las consultas o de su contacto en talleres y pláticas en la propia unidad médica (70.4%), las masivas a través de las ferias de salud (7.4%) o de periódicos murales y otros materiales impresos (18.5%). En la gráfica siguiente podemos observar esta distribución. La categoría insuficientemente especificado se refiere a que la respuesta de los prestadores de servicios no era clara y no reflejaba ninguna estrategia de promoción.

GRÁFICA 33. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD



CUADRO C3. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD

C A T E G O R Í A S	
ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN EL CENTRO DE SALUD (%):	
En la consulta y/o pláticas y talleres	70.4
Ferias de la Salud	7.4
Medios impresos	18.5
Actividades promedio mensuales de promoción y difusión	2.9
Promedio de actividades sobre prevención de cáncer de mama en que participan anualmente	1.6
Frecuencia promedio de las actividades de promoción de exploración clínica	2.3
MODO DE INFORMACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA (%):	
En la consulta y/o pláticas y talleres	63.0
Medios impresos	25.9
MODO DE INFORMACIÓN DE LAS CONDUCTAS FAVORABLES DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA (%):	
En la consulta y/o pláticas y talleres	74.1
Medios impresos	13.0
MODO DE FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA EN EL PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA (%):	
En la consulta y/o pláticas y talleres	29.6
Por medio de la mujer	11.0
No se fomenta y/o no acude la pareja	50.0
MODOS DE PROMOCIÓN DE LA CREACIÓN DE REDES DE APOYO EN LA COMUNIDAD (%):	
Vinculación con líderes comunitarios e instituciones	46.3
Promoción de la salud en el CS	29.6
No se promueve	7.4
MODO DE PROMOCIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE A LAS MUJERES (%):	
En la consulta y/o pláticas y talleres	42.6
Ferias de la Salud	24.1
Medios impresos	18.5
MODO DE PRIORIZAR LA PROMOCIÓN DE LA MASTOGRAFÍA ENTRE LOS 50 Y 69 AÑOS DE EDAD (%):	
A través de trabajo social con pláticas o talleres	9.3
A través de la consulta	5.6
Se prioriza pero no se especifica como	13.0
No se prioriza	60.0

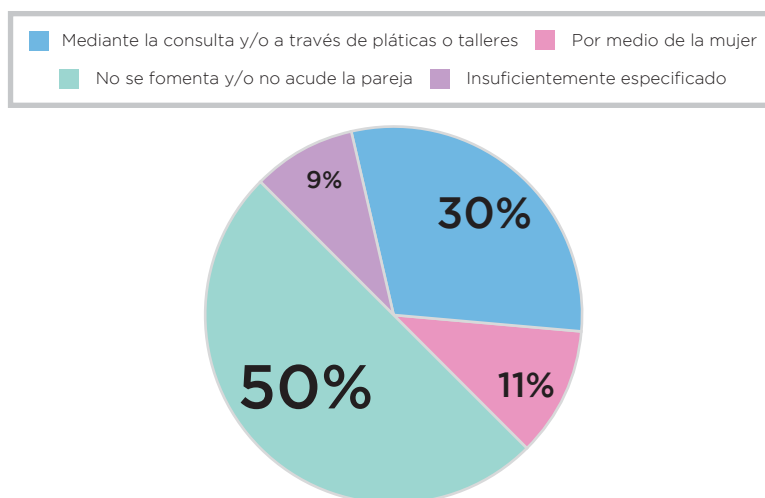
Como podemos observar, las actividades que los prestadores de servicios identifican son variadas y de distinto alcance. Independientemente de esa distinción, consideran que en promedio estas actividades se llevan a cabo casi tres veces al mes en promedio; con una media de participación de 1.6 actividades al año. Esto podría estar relacionado con que no se involucran con mayor regularidad cuando se trata de la elaboración de periódicos murales o en el reparto de materiales impresos, labor que les corresponde primordialmente a las trabajadoras sociales de la unidad médica.



Es esencialmente dentro del contexto de la consulta en donde se provee información sobre los factores de riesgo del cáncer de mama (63%), de las conductas favorables para su prevención (74.1%) y de la posibilidad de realizar la mastografía de tamizaje a las mujeres (42.6%).

También dentro de la consulta se hace lo posible por fomentar la participación de la pareja. La gráfica siguiente muestra esta labor, que si bien se considera importante, menos de la mitad de los prestadores lograron identificar alguna actividad específica en que se fomente o se trate el tema. En los casos de insuficientemente especificado, nuevamente se incluyen respuestas que no aportaron al estudio y que reflejan ambigüedad en este compromiso. El 30% corresponde a los prestadores que mencionaron que este tema se trata con la usuaria dentro de la consulta o bien, se promueve de manera masiva en las pláticas y talleres. De manera particular, un 11% de los prestadores señala que se le pide a la mujer que se encargue de la labor de involucrar a la pareja en este proceso.

GRÁFICA 34. ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA



Una cuestión que resulta interesante para el análisis es el tema de las redes de apoyo en la comunidad, a pregunta expresa de la creación de redes, los prestadores de servicios comentan que se apoyan mucho en las vocales del Programa Prospera o las lideresas comunitarias para que hagan promoción en sus localidades, se cuenta con vocales de salud o jefas de colonia quienes avisan de la llegada de las unidades móviles con el mastógrafo (46.3%). Sin embargo, las redes de apoyo en la comunidad se entendieron como un concepto distinto durante el diseño de la guía de entrevista y estaba referido al apoyo para la promoción pero también posterior a la referencia a los servicios de mastografía y eventual confirmación de cáncer de mama, en ese sentido el trabajo en comunidad se limita a las actividades de promoción, programación y difusión de fechas de llegada de una feria de salud en las localidades.

CUADRO C4. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS EN LOS CENTROS DE SALUD

CATEGORÍAS	PORCENTAJE
ACTIVIDADES QUE SE SUGIERE HACER PARA PROMOVER LOS SERVICIOS (%):	
Capacitar y sensibilizar al personal del CS	9.3
Recurso material, humano y/o infraestructura	44.4
Informar y concientizar a la población	33.3
No hace falta nada	9.3
RECOMENDACIONES PARA FORTALECER LAS REDES DE APOYO EN LA COMUNIDAD (%):	
Capacitar y sensibilizar al personal del CS	16.7
Recurso material, humano y/o infraestructura	20.4
Informar y concientizar a la población	33.3
Establecer relación con los líderes de la comunidad e instituciones	24.1
No hace falta	3.7
RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR LA DIFUSIÓN DE FACTORES DE RIESGO (%):	
Dar más información y/o promoción	63.0
Brindar educación oportuna	22.2
No se puede garantizar	7.4
SUGERENCIAS PARA INCORPORAR AL PERSONAL AL PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA (%):	
Capacitación para todo el personal	48.1
Compromiso y/o interés por parte de todo el personal	24.1
Todos están incorporados	24.1
RECOMENDACIONES PARA GENERAR LA CONFIANZA DE LAS MUJERES PARA QUE ACUDAN A LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMAS (%):	
Que la exploración la realice una mujer	14.8
Privacidad y buen trato para las usuarias	35.2
Darles información sobre cáncer de mama	37.0
Ya existe la confianza	9.3
RECOMENDACIONES PARA LOGRAR UNA MAYOR PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA CÁNCER DE MAMA (%):	
Mejorar la comunicación con la pareja	16.7
Dar información y sensibilización desde el CS	70.4
Los hombres no acuden	7.4
RECOMENDACIONES PARA TENER UN MAYOR IMPACTO EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA (%):	
Informar y concientizar a través de datos e imágenes de cáncer de mama	42.6
Recurso material, humano y/o infraestructura	24.1
Promoción y publicidad en medios masivos de comunicación	27.8
n	54.0



✓ SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Se señalan dos necesidades para atender el tema de cáncer de mama de manera detallada como se indagó en la guía de entrevistas: la primera es mejorar la infraestructura y aumentar el recurso humano en los centros de salud para tener personal asignado (44.4%), lo anterior nos lleva a la segunda necesidad, sensibilizar a la población en la importancia de la prevención y atención oportuna (33.3%). Una vez que se concientice a la población, la creación o el fortalecimiento de redes comunitarias se verá reflejado en las alianzas con los líderes comunitarios (24.1) y mayor presencia de los servicios de salud.

En términos generales, las sugerencias se relacionan también con mayor información tanto a las usuarias para que conozcan más sobre los factores de riesgo (63.0%), acudan a la exploración clínica (37%) y sean capaces de involucrar a su pareja en el proceso (70.4%). Así como mayor información y capacitación para que el personal del centro de salud se incorpore al Programa de Cáncer de Mama (48.1%).

+ PERSONAL DIRECTIVO DE LAS UNIDADES DE SALUD

Las entrevistas y el análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) proveen el sentir y opinión de la parte gerencial de las unidades médicas como una característica esencial de la oferta de los servicios, principalmente para analizar las fortalezas, las debilidades pero también las áreas de oportunidad que pudieran ser aprovechadas en el proceso de mejora continua.

🏠 CENTROS DE SALUD DE PREVENCIÓN PRIMARIA

El análisis FODA realizado con los directores permite resaltar los siguientes aspectos que se consideran relevantes, sobre todo tomando en cuenta desde dónde se expresan las opiniones y sentires.

Se menciona que si bien existe capacitación continua al personal, esta información está limitada a los encargados de atender el Programa de Cáncer de Mama. También se resalta el aprovechamiento de los tiempos de espera de las usuarias para organizar pláticas de promoción del cuidado de la salud así como los medios de difusión tradicionales dentro de los centros de salud. Los promotores de salud, cuando el CS dispone de ellos, son de gran apoyo para las actividades de difusión.

En términos generales el personal representa tanto una fortaleza como una debilidad al interior de los centros de salud ya que, cuando se cuenta con ellos, es posible cumplir la labor



de manera cabal; pero cuando hay bajas, difícilmente se cubren las vacantes y es entonces cuando la capacidad de los CS se ven rebasados.

Una gran área de oportunidad es el servicio subrogado de unidades móviles ya que por medio de ellas, y gracias a la buena relación con los ayuntamientos, es posible hacerle llegar a las usuarias el servicio en sus localidades, tanto de mastógrafo como de actividades comunitarias de difusión.

ANÁLISIS FODA CON DIRECTORES EN LOS CENTROS DE SALUD	
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
1 La capacitación continua que se da al personal, así como la participación y unión, se apoyan en las actividades. 2 Se trabaja mucho en prevención, los centros de salud son para prevenir. Uso de periódicos murales y carteles para concientizar. 3 Las pláticas que se realizan a los grupos de Prospera y población abierta. Se aprovecha la oportunidad cuando hay mucha gente para dar pláticas sobre la importancia de la autoexploración de los senos. 4 Gran apoyo por parte de la promotora en los centros de salud que cuentan con este recurso humano. 5 Realización de la exploración clínica anual por parte del personal médico.	1 La coordinación con el ayuntamiento, los servicios médicos municipales y los grupos e instituciones organizadas para la realización de campañas de promoción. 2 El apoyo del estado y de las regiones (jurisdicciones sanitarias) para fortalecer los programas de Ca Ma en los centros de salud. 3 Se hacen programas de prevención de Ca Ma en escuelas, desde primaria, secundaria y preparatoria. 4 Se cuenta con las unidades móviles para los servicios de mastografías. 5 Las mujeres se interesan cada vez más en su salud, involucrándose en los programas.
DEBILIDADES	AMENAZAS
1 Se limita a ciertas personas encargadas del programa de Ca Ma, sólo ellas trabajan este tema. 2 Falta de promotor de salud o trabajadora social (específicamente en los centros de salud Zalatitán y Libertad). 3 Ocasionalmente falta de personal, cuando la gente se jubila, no siempre se reponen esas plazas. 4 El médico se dedica a la consulta y se olvida de hacer promoción; y en ocasiones, no insiste o informa a las pacientes sobre la importancia de la revisión clínica de los senos. 5 Los centros de salud se han visto rebasados en su capacidad de atención, limitando la atención a las usuarias. Hay una sobre actividad en cuanto a todos los programas.	1 Que a nivel estatal a veces no hay presupuesto para dotar de insumos a los centros de salud. 2 La baja escolaridad o analfabetismo de la paciente dificulta o limita el alcance del programa. 3 El machismo de la pareja, los hombres no dejan que las mujeres se hagan el examen clínico de los senos con personal masculino. 4 La vergüenza de la mujer para la revisión de los senos y el miedo al Ca Ma, limitan las acciones. 5 La gente no le da importancia a su salud.





SERVICIO DE MASTROGRAFÍA

Como ya se ha mencionado, esta unidad médica realiza las labores de detección con un promedio de mil mastografías mensuales a mujeres que acuden desde diversos puntos de Jalisco, no solamente de la ZMG. Su importancia radica en que son quienes conforman el segundo nivel de atención junto con las unidades móviles.

Si bien es cierto que su alcance es importante en términos de oferta de servicio, esta capacidad se ve rebasada por la falta de infraestructura adecuada. A saber, mantenimiento al mastógrafo, espacios de atención adecuados, equipamiento de cómputo y médico en condiciones adecuadas.

En términos del personal asignado a este centro de salud, se menciona como una barrera de acceso el hecho de que los técnicos radiólogos sean hombres ya que algunas mujeres tienen sus reservas al permitir que ellos les practiquen el estudio. Otro punto a resaltar es el hecho de que el personal que está comisionado a este centro de salud es insuficiente todas veces que una sola persona tiene que cubrir funciones que no le corresponden para cumplir con la atención a las usuarias.

Se señalan como áreas de oportunidad los tiempos de espera tanto para realizarse el examen como para recibir los resultados. Se sugiere mejorar tanto la interpretación de los resultados como el sistema en el que se registran los mismos (carecen de equipo de cómputo y personal asignado a esta tarea) para poder dar respuesta pronta y evitar demoras de casi 2 meses. También se sugiere que se reevalúe la jerarquización de los procesos para gestionar mejoras en el centro de salud y que las decisiones se tomen en conjunto y considerando la opinión de quienes atienden cercanamente a las usuarias.

La satisfacción de las usuarias se mide siguiendo la política indicada por el secretario de salud: con quejas. Se dispone de un buzón de comentarios en donde no sólo se reciben amonestaciones sino también felicitaciones al personal y al servicio recibido. El director agrega que si bien no puede considerar la satisfacción (con base a esta política) en un 100%, ésta última es alta; además, menciona que de vez en cuando visita el área dedicada al servicio de mastografía, lo que le ha permitido percibir la buena impresión con que se retiran las usuarias.

En la entrevista se reitera el incremento de la demanda de servicios de mastografía y se explica por la influencia de los medios publicitarios, pérdida de temor por parte de la población femenina a la exploración y los estudios vinculados al cáncer de mama, presencia de instituciones tanto públicas como privadas que están trabajando programas relacionados al cáncer de mama. A pesar de ello, esta demanda se satisface con la participación de las



unidades móviles y por ello no se ve reflejado únicamente en la productividad del centro de salud. La intención es trabajar en conjunto con las regiones sanitarias para aumentar la productividad del centro de salud en la realización de mastografías.

Como parte de la vigilancia relacionada con el Programa de Cáncer de Mama, se le da seguimiento al número de mastografías realizadas; número/clasificación de BIRAD; número de usuarias citadas para un estudio posterior (ecosonograma) una vez que se ha hecho detección o se sospecha de otro tipo de diagnóstico; con base a proyecciones hechas cada determinados plazos, se evalúa si se están cubriendo las cantidades esperadas, tanto a nivel centro de salud Yugoslavia, como a nivel de los otros centros de salud (número de usuarias que envía cada CS).

3.4 PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LAS PACIENTES



PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN QUE RECIBEN LAS USUARIAS EN EL INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA

Para tener la visión del tratamiento y seguimiento dentro del esquema completo del continuo de atención al cáncer de mama, se consideró realizar entrevistas a profundidad a una muestra de 55 usuarias del Instituto Jalisciense de Cancerología(IJC).

El IJC es un organismo público descentralizado dedicado a la atención integral, humanitaria y oportuna de los pacientes con cáncer, ofreciendo calidad, respeto y equidad y promoviendo la investigación y docencia. Fue fundado en Noviembre de 1990.

Los servicios de salud que ofrecen son: consultas médicas, biopsias, quimioterapias, radioterapias y cirugías. Asimismo se dedica a la docencia, investigación y formación de médicos especialistas en el tema.

La población que atiende se concentra en los municipios del occidente del país. En la muestra de usuarias entrevistadas encontramos que provenían de diferentes municipios de Jalisco, de Michoacán y de Zacatecas, aunque también refieren que hay pacientes de Colima, Nayarit y Aguascalientes, por ejemplo.

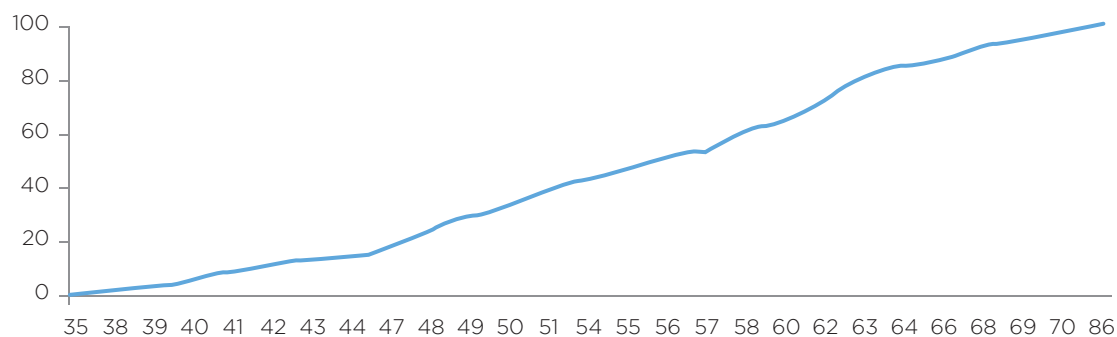


CARACTERÍSTICAS GENERALES

Las usuarias que fueron entrevistadas en el IJC tienen en promedio 54.9 años, siendo la edad mínima 35 años y la máxima 83.



GRÁFICA 35. DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LA EDAD

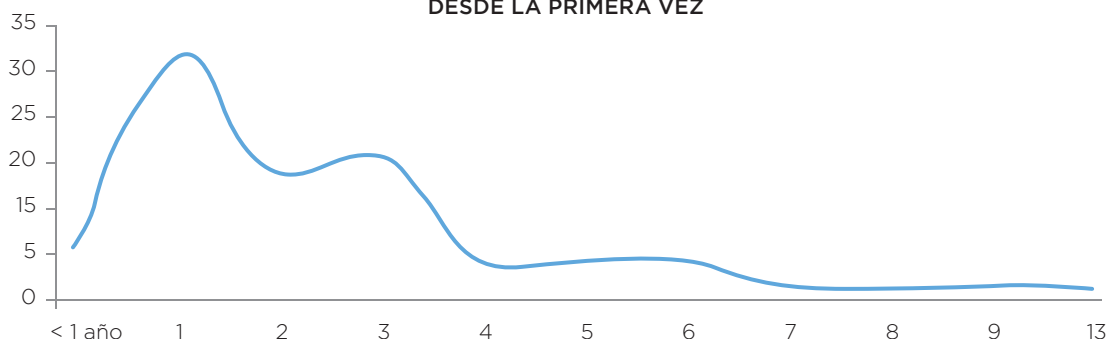


CUADRO D1. USUARIAS DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA

CATEGORÍAS	
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO DE EDAD	
35 - 39 años	3.7
40 - 49 años	23.9
50 - 69 años	64.8
70 años o más	7.5
TIEMPO ACUDIENDO AL IJC	
< 1 año	7.3
1	30.9
2	18.2
3	20.0
4	5.5
5	5.5
6	5.5
7	1.8
8	1.8
9	1.8
13	1.8
INSTITUCIÓN DE REFERENCIA	
CS Yugoslavia	1.8
Otro CS	27.3
Oficinas Programa Estatal de Ca Ma	5.5
Gubernamentales	27.3
No gubernamentales	38.2
MOTIVO DE ATENCIÓN	
Confirmación de resultado	3.6
Especialista /medicamentos /vacunas	69.1
Orientación consejería	1.8
Análisis de laboratotio	12.7
Quimioterapia /Radiaciones /Cirugía	16.4
TIPO DE ESPECIALISTAS CON LOS QUE ACUDE (%):	
Oncólogo	98.2
Dermatólogo	5.5
Nutriolólogo	16.4
Quimio o Radioterapia /Clínica del dolor	18.2
Gastroenterólogo /Urólogo	3.6
Total (n)	100.0 (55)

El tiempo de asistencia desde la primera vez que acudieron va de un par de meses hasta 13 años. La mitad de las entrevistadas lleva dos años o menos asistiendo al IJC.

GRÁFICA 36. TIEMPO EN AÑOS ASISTIENDO AL INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA DESDE LA PRIMERA VEZ



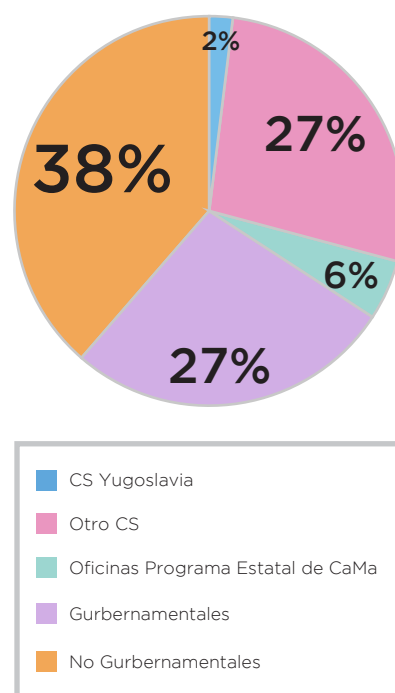
LUGAR DE REFERENCIA Y MOTIVOS DE CONSULTA

Para ser atendidos, uno de los trámites principales que cada paciente tiene que realizar es registrarse en el Seguro Popular, el cual es parte del Sistema de Protección Social en Salud y es un mecanismo por el que el Estado garantiza el acceso oportuno y sin discriminación de servicios médicos a las personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o trabajan por su cuenta, no están asegurados en alguna institución de seguridad social y no buscan atención por los costos de los tratamientos médicos.

La cobertura de servicios de salud se da a través de un aseguramiento público y voluntario. Dentro de las entrevistas, las usuarias señalaron que la afiliación es sencilla, que les explican a detalle los pasos para ser atendidas y que la gratuidad es el factor que ellas valoran más en el momento de atenderse ahí.

Para acceder al IJC, las pacientes pueden ser referidas desde unidades médicas gubernamentales, particulares o a través de las propias oficinas del Programa Estatal de Cáncer de Mama. La siguiente gráfica muestra los lugares de referencia de las usuarias entrevistadas.

GRÁFICA 37. LUGAR DE REFERENCIA DE LA USUARIA

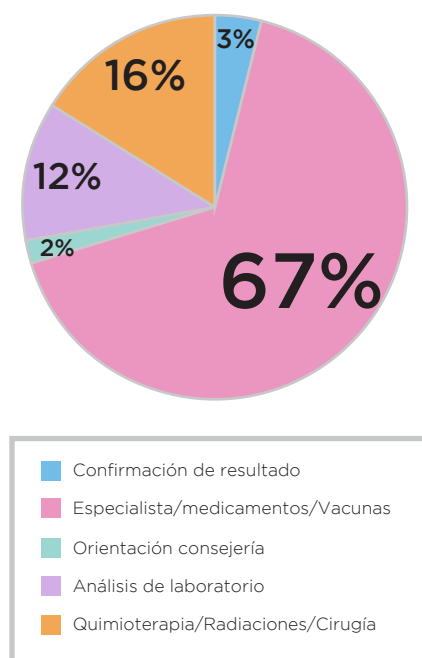


De acuerdo a los responsables del área de salud reproductiva de la SSA, las usuarias de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG) que llegan al tercer nivel de atención deberían ser referidas principalmente desde el Centro de Salud Yugoslavia (2%) que es el que tiene estudios de mastografía o bien a través del centro de llamado que concentra los resultados de los estudios de mastografía hechos en las unidades móviles que acuden a diversos municipios (6%). Sin embargo, el lugar por medio del cual llegan las usuarias es diverso, siendo que el 38% corresponde a pacientes que llegaron a través de médicos particulares o las ONG's que tratan el tema, y el 27% de las entrevistadas proviene de otro centro de salud fuera de los correspondientes a la ZMG.

Los servicios del Instituto Jalisciense de Cancerología son integrales y una usuaria puede aprovechar una misma visita para atenderse con diversos especialistas. La gráfica que a continuación se muestra detalla los motivos de consulta a los que la usuaria identifica que ha asistido durante su afiliación al IJC.

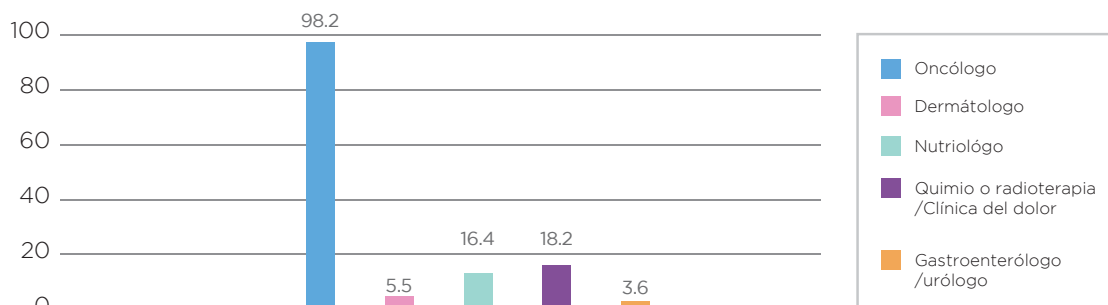
En el caso de la Gráfica 38 vemos que sólo el 2% de las usuarias reconoció haber utilizado el servicio de psico-oncología disponible en el IJC, aun cuando de acuerdo a la norma oficial se presta el servicio de acompañamiento emocional a las pacientes, Grupo Vive es parte del patronato de este Instituto. Por esta razón, este dato resulta relevante ya que en voz de las usuarias, no tenían conocimiento de su existencia y no habían sido referidas con anterioridad. Aquellas que se atienden psicológicamente por su situación, lo hacen de manera particular o a través de libros de autoayuda.

GRÁFICA 38.
MOTIVO DE ASISTENCIA A CONSULTA



Los datos anteriores se relacionan directamente con la Gráfica 39 que muestra el tipo de especialista al que las usuarias acuden con mayor frecuencia. Podemos notar que las usuarias acuden primordialmente con oncólogos y que el resto de los servicios no son tan frecuentados como se esperaría. Muchas de las razones de la continuidad de la atención se basan en la provisión de medicamentos o de las vacunas que deben recibir las pacientes de manera regular.

GRÁFICA 39. PORCENTAJE DE ESPECIALISTAS DEL ICJ CON QUIENES HA ACUDIDO



✓ SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO Y RECOMENDACIONES

En general, las usuarias señalan que están satisfechas con el servicio que reciben. Se reconoce la importancia de la gratuidad de los servicios que les brindan y el profesionalismo de los prestadores de servicios.

Como comentarios a los servicios de mastografía por los que pasaron las usuarias, ya sea en unidades médicas privadas o públicas, las usuarias que hicieron recomendaciones sugirieron que la atención sea más amable, que traten de no lastimarlas mucho. En el caso de los servicios públicos (unidades móviles, centros de salud y Hospital Civil) se señala que la entrega de resultados tarda mucho tiempo y existieron casos de entrevistadas que no recibieron sus resultados y tuvieron que acudir a un servicio particular. Estas percepciones y apreciaciones por parte de las usuarias son muy importantes de tomarse en cuenta, sobre todo porque en teoría y según los procedimientos técnico normativos, las mujeres con BIRADS 0, 3, 4 y 5 en sus mastografías son localizadas de inmediato vía telefónica para la toma de estudios complementarios; y cuando los resultados radiográficos están dentro de los límites normales la entrega de resultados suele tardarse cinco semanas.

Se comenta que para la primera vez las citas son espaciadas; pero una vez que acceden a los servicios del IJC, las citas se dan regularmente y son de calidad. El mayor intervalo de espera tiene que ver con la consulta de primera vez.

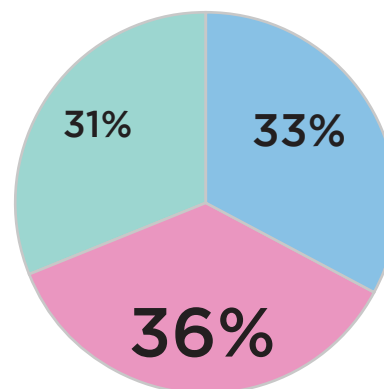
A pesar de que el tiempo de la consulta no es superior a 20 minutos, según lo reportado por las usuarias, los médicos que atienden a las pacientes se dan espacio para aclarar todas las dudas generando así empatía en la relación médico-paciente.

Una inquietud de las usuarias, que a la vez es tomada como una ventaja, tiene que ver con la atención en horarios fuera de cita ya sea porque, debido a que acuden al IJC desde diversos puntos del estado y estados vecinos, llegan tarde a sus citas o acuden para atenderse de

molestias fuera de su fecha de consulta. Esta concesión genera retraso entre las usuarias que atienden a sus citas a tiempo. Una sugerencia es que se disponga de más personal que pueda hacer frente a estas eventualidades sin afectar los horarios de consulta de quienes acuden a tiempo.

Finalmente, para el caso particular del servicio de orientación consejería, la siguiente gráfica refuerza la idea de que las usuarias desconocen los servicios de psico-oncología y recomiendan que se les haga mayor promoción al interior del IJC.

GRÁFICA 40.
SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO
DE ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA



■ No Referida/ No Sabía

■ Motivos
(No lo considera necesario, No he ido, No tengo tiempo)

■ Oficinas Programa Estatal de CaMa

3.5 OFERTA DE SERVICIOS EN RESPUESTA DE LOS PROVEEDORES: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LAS PACIENTES

ENTREVISTAS CON CINCO ESPECIALISTAS DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA

- *Tipo de especialista:*
Tres oncólogos médicos y dos cirujanos oncólogos.
- *¿Existe capacidad instalada suficiente para satisfacer la demanda del servicio que proporciona?*
Sí, respuesta unánime.
- *¿Ha aumentado la demanda de ese servicio?*
Sí, respuesta unánime.
- *Razón del aumento:*
El cáncer está aumentando en todo el mundo, no solo aquí en México, además de que ha aumentado la detección por diferentes estrategias y cada vez hay más mujeres que se atienden por el seguro popular, que cubre gastos de tratamiento de cáncer de mama; mayor número de médicos que mandan hacer estudios y refieren a este hospital y mayor información de que existen estos servicios y por lo cual acuden de manera más oportuna.



- *Aspectos a fortalecer para mejorar los servicios en relación con la detección del cáncer de mama:*
Más difusión mediante programas publicitarios en todos los medios, radio y televisión para concientizar a la gente; mejorar la educación para la salud en la población, para luchar contra el pensamiento mágico, una creencia popular y muy arraigada en los mexicanos que hace que no se atiendan a tiempo; campañas dirigidas principalmente a la población que no puede acudir al hospital, con módulos móviles de atención.
- *Aspectos a fortalecer para mejorar los servicios relacionados con el tratamiento:*
El cuadro es completo en el Instituto y no hay falla; quizá mayor acceso al programa de gastos catastróficos del seguro popular que cubre algunos tumores en específico; y estar muy pendiente en la compra de insumos sería seguramente el mecanismo para que se estuviera siempre a la vanguardia del tratamiento.
- *Aspectos a fortalecer para mejorar los servicios relacionados con el seguimiento a las pacientes:*
No hay problema; en general se lleva un buen seguimiento; pero quizá aumentar el número de médicos oncólogos que se dediquen a ver el cáncer de mama, porque sí hay pocos, ello permitiría atender oportunamente a las pacientes que acuden por primera vez al Instituto.



ENTREVISTAS CON CINCO ORIENTADORAS - CONSEJERAS DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA

- *Profesión:*
Tres psicólogas y dos trabajadoras sociales.
- *Años trabajando en el IC:*
Un promedio de año y medio.
- *¿Recibió capacitación en orientación-consejería durante el último año?*
Sí, respuesta unánime.
- *¿Ha aumentado la demanda por la orientación-consejería?*
Sí, respuesta unánime.
- *Razón del aumento:*
Implementación de un proyecto en relación con el manejo del duelo anticipado ante la pérdida de mama en mujeres con cáncer que iban a ser sometidas a mastectomía; incremento de la psicoeducación a las pacientes y familiares porque ha aumentado la población usuaria de servicios en el Instituto, por lo tanto, hay más pacientes



diagnosticadas con cáncer y ellas mismas acuden para saber más sobre el cáncer y sobre el tratamiento; llegan usuarias más desorientadas, con menos conocimiento del proceso de la enfermedad, de qué es la enfermedad en sí.

■ *¿Se satisface la demanda por este servicio?*

Sí, respuesta unánime.

■ *Aspectos a fortalecer para mejorar la orientación-consejería a las pacientes:*

Que todas las psicólogas y trabajadoras sociales estén capacitadas para dar asesoría; y tener un mayor trabajo multidisciplinario para que los médicos deriven a las pacientes a psicología y trabajo social.

■ *Actividades para incorporar a la pareja en la detección, tratamiento y seguimiento a la paciente:*

Se le invita a pláticas informativas que se tienen todos los lunes aquí en el Instituto, para que sepa qué es el cáncer, qué es la quimioterapia que va a llevar la paciente, qué efectos secundarios va a tener y cómo pueden ayudarla, también se le explica sobre sexualidad; concientizar a la pareja para que se involucre en todo, en los tratamientos, en lo que sigue si es cirugía y en los cuidados que se requieran.



ENTREVISTA CON EL SUBDIRECTOR DEL TURNO VESPERTINO DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE CANCEROLOGÍA

■ *Opinión sobre la capacidad instalada del IJC en relación con la demanda de servicios:*

La capacidad de las instalaciones está rebasada para cualquier tipo de tratamiento, están rebasados tanto los servicios de cirugía como los de radioterapia y hospitalización.

■ *¿Ha aumentado la demanda?*

Sí.

■ *Razón del aumento:*

Se dice que ha aumentado el número de pacientes de cáncer de mama, anteriormente la gente no se atendía, pero ahora, por efecto de las campañas a nivel nacional y estatal como que ya voltea a verse; además de que anteriormente a la mujer no la dejaba el hombre irse a revisar, mientras que ahora el esposo es más permisivo.

■ *Aspectos a fortalecer para mejorar los servicios en relación con la biopsia:*

Contar con mayor equipamiento para hacer más biopsias guiadas y tener más posibilidades de contar con un patólogo cercano dentro del quirófano, para que haya menos diferimiento.



- *Aspectos a fortalecer para mejorar los servicios en relación con la consulta de especialistas:*
Contar con más médicos, para ofertar otros turnos y en fines de semana aumentar el número de pacientes atendidas, para disminuir el índice de diferimiento de pacientes.
- *Aspectos a fortalecer para mejorar los servicios en relación con la orientación - consejería:*
Yo creo que estamos bien en trabajo social y psicología, pero se podría ofrecer más información y orientación a las pacientes.
- *Indicadores que vigila:*
El número de días cama, número de fallecimientos, número de cirugías por turno, número de cirugías por mes, número de enfermedades nosocomiales y el número de infecciones.



CONSIDERACIONES FINALES

El marco conceptual de referencia, la metodología utilizada y la congruencia de la información recolectada son elementos que soportan la interpretación de los resultados con una aproximación razonable a lo que ocurre en relación con el proceso de atención del Programa de Cáncer de Mama en una muestra de unidades médicas de la SSA en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG).

Las siguientes consideraciones se expresan a manera de sugerencias para las acciones programáticas, interpretadas desde los *qué*, sugeridos por los datos duros extraídos desde la percepción de las usuarias de los servicios y de la postura de los proveedores; pero también por la indagación de los *cómo*, *cuándo* y *por qué*, que son expresados por los hallazgos cualitativos:

-  Elaboración de planes de trabajo que involucren al personal en los distintos niveles de atención, buscando la corresponsabilidad con las usuarias en la respuesta oportuna al auto cuidado de la salud.
-  Las campañas de promoción deben estar expresadas en lenguaje claro, libres de prejuicios y dirigido primordialmente a la población de menor escolaridad. Deberían considerar en la medida de lo posible el papel de los familiares quienes son señalados como una fuente de información sobre el tema.
-  Desmitificar el cáncer. Quitar la idea de que es igual a muerte para poder atender el padecimiento sin dejarlo al "destino". Eliminar las creencias populares sobre los factores de riesgo.
-  Sensibilizar a las mujeres acerca de la oportunidad y urgencia por realizarse la revisión clínica de las mamas. Esto enfrenta el reto de revertir la tendencia observada en el estudio en vista de que se encontró que por desidia no se acude a tales medidas preventivas.
-  Difundir entre las usuarias información sobre las etapas del proceso de atención a fin de erradicar el miedo a la detección y a la enfermedad en la mente de las pacientes. Se identifica como primordial el trabajo de enfermeras como fuente de información y el de los médicos con labor de promoción en consulta.
-  Capacitar a todo el personal de salud de las unidades médicas en las medidas preventivas del cáncer con el objetivo de crear conciencia en las usuarias a través de la consulta. Sobre todo, porque como se encontró, la propia idiosincrasia de la

población aun se manifiesta en una ignorancia y falta de cultura preventiva en relación con el tema.



Recuperar el trabajo de promoción en la comunidad mediante la conformación de equipos de proveedores con el apoyo de promotoras sociales voluntarias.



Considerar seriamente como una alternativa a la localización telefónica, la búsqueda domiciliaria de las pacientes para la entrega de resultados con BIRADS 0, 3, 4 y 5.



Garantizar que existan materiales educativos, equipo de cómputo y acceso a internet en el Centro de Salud Yugoslavia como insumos estratégicos, a fin de hacer eficiente el servicio de entrega de resultados de mastografías.



En el Instituto Jalisciense de Cancerología se requiere fortalecer el servicio de orientación-consejería previa capacitación a las psico-oncólogas. Y el establecimiento de mecanismos de referencia de usuarias de los médicos especialistas a fin de que todas las pacientes tengan oportunidad de incorporarse al proceso de orientación-consejería.



Por el exceso de la demanda en el IJC, el seguimiento de primera vez es muy espaciado, por lo que se sugiere un análisis cuidadoso de la oferta a través de los médicos especialistas para hacerlo más eficiente.



Implementar de manera eficiente la incorporación de la pareja como acompañante en el proceso de detección, tratamiento y seguimiento a la paciente con cáncer de mama.



BIBLIOGRAFÍA

1. Danaei G et al. (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366. (Pág. 1784-93).
2. De la Vara-Salazar, Elvia; Leticia Suarez-López, Angélica Ángeles-Llerenas, Gabriela Torres-Mejía, Eduardo Lazcano-Ponce (2011) Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. México D.F.: Salud Pública de México. Vol. 53. Septiembre-octubre de 2011. (pág. 385-393)
3. Knaul, Felicia; Gustavo, Nigenda; Rafael, Lozano; Héctor Arreola-Ornelas; Ana, Iangel y Julio, Frenk (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. México D.F.: Salud Pública de México. Vol. 51 Suplemento 2 de 2009. (Pág. 335-344)
4. Lostao, Lourdes (2000) Factores predictores de la participación en un programa de "screening" de cáncer de mama: implicación del modelo de creencias de salud y de las variables sociodemográficas. Universidad de Rioja, España: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. N°92. Octubre-Diciembre 2000. (Pág. 169-188)
5. Secretaría de Salud de Jalisco (2013) La salud empieza en casa 2013-2018 "Hacia una cultura de la prevención". Departamento de Municipios por la Salud. Enero 2013
6. INEGI (2014). Estadísticas de mortalidad. Consulta interactiva de datos
7. INEGI (2013). Estadísticas a propósito del Día mundial contra el cáncer 2013
8. Organización Mundial de la Salud (2014). Información técnica. Cáncer de mama: prevención y control
9. Secretaría de Salud (2012). Boletín de Información Estadística 2012. Dirección General Adjunta de Epidemiología. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.

WEB:

- <http://www.unionjalisco.mx/articulo/2015/10/21/salud/guadalajara/salud-reporta-disminucion-de-muertes-por-cancer-de-mama>
- <http://noticieros.televisa.com/mundo/1410/dia-internacional-cancer-mama/>
- <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>
- <http://www.udg.mx/es/noticia/unido-el-sector-salud-contra-cancer-de-mama-en-jalisco>
- <http://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticia/6462>
- <http://www.unionjalisco.mx/articulo/2013/10/03/salud/guadalajara/jalisco-quinto-en-muertes-por-cancer-de-mama>





ANEXOS

A. ANEXO DE CUADROS METODOLÓGICOS

CUADRO A1. TIPOLOGÍA DE LOS CENTROS DE SALUD EN LOS CUATRO MUNICIPIOS MÁS POBLADOS DE LA ZMG POR NÚMERO DE NÚCLEOS BÁSICOS DE ATENCIÓN

MUNICIPIO	TOTAL DE CS X MUN.	TIPOLOGÍA DE CENTRO DE SALUD												
		C.S. RURAL		C.S. URBANO										
		1 núcleo	2 núcleos	1 núcleo	2 núcleos	3 núcleos	4 núcleos	5 núcleos	6 núcleos	7 núcleos	8 núcleos	9 núcleos	10 núcleos	12 núcleos
GUADALAJARA	24			1	3	6	3	3		1	3	1	1	2
ZAPOPAN	39	4	1	4	4	9	6	3	2	2		2	1	1
TLAQUEPAQUE	15			1	4	3	3		1		1		1	1
TONALÁ	13	1		3	2	5		1	1					
TOTAL	91	5	1	9	13	23	12	7	4	3	4	3	3	4

Fuente: Elaboración propia con base en el listado de las unidades médicas de la ZMG de la Secretaría de Salud.

CUADRO A2. REAGRUPAMIENTO DE LOS CENTROS DE SALUD Y NÚMERO DE CENTROS DE SALUD POR INCLUIR EN LA MUESTRA

	GRUPO A 1 - 3 NÚCLEOS BÁSICOS		GRUPO B 4 - 12 NÚCLEOS BÁSICOS		TOTAL Y PESO RELATIVO
	existentes	en muestra	existentes	en muestra	
GUADALAJARA	10	1	14	1	24 (0.28)
ZAPOPAN	17	1	17	1	34 (0.40)
TLAQUEPAQUE	8	0	7	1	15 (0.18)
TONALÁ	10	1	2	0	12 (0.14)
TOTAL Y PESO RELATIVO	45 (0.53)		40 (0.47)		85 (1.00)

Fuente: Elaboración propia con base en el listado de las unidades médicas de la ZMG de la Secretaría de Salud.



CUADRO A3. CENTROS DE SALUD ELEGIDOS PARA EL TRABAJO DE CAMPO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

NOMBRE	NÚCLEOS BÁSICOS	CALLE	COLONIA	NUM. EXT.	C.P.	MUNICIPIO
GRUPO A. CENTROS DE SALUD DE 1 - 3 NÚCLEOS BÁSICOS						
Centro de salud Tetlan Río Verde	2	Hacienda Tahuejo Esquina Calzada Obrero	Río Verde	s/n	44700	Guadalajara
Centro de salud Libertad	3	Cairo	San Eugenio	643	44750	Guadalajara
Centro de salud el Briseño	3	Mexicas	El Briseño	4	45236	Zapopan
Centro de salud Nuevo Vergel	2	Herreros	Nuevo Vergel	315	45180	Zapopan
Centro de salud Jauja	1	Toronja	Jauja	263	45400	Tonalá
Centro de salud Alamedas de Zalatlán	1	Amaranto	Alamedas de Zalatlán	361	45404	Tonalá
GRUPO B. CENTROS DE SALUD DE 4 - 12 NÚCLEOS BÁSICOS						
Centro de salud Guadalajara 3	12	Mezquitan Sector Hidalgo	La Guadalupana	2111	44220	Guadalajara
Centro de salud la Aurora y la Esperanza	10	San Ignacio	Margarita Maza de Juarez	2712	44300	Guadalajara
Centro de salud Tesitan	5	Jesús García	Tesitan	16	45220	Zapopan
Centro de salud Francisco Sarabia	4	Anastacio Bustamante Esquina López Portillo	Francisco Sarabia		45090	Zapopan
Centro de salud las Juntas	10	Orozco	Las Juntas	185	44590	Tlaquepaque
Centro de salud Urbano Tlaquepaque Rosales	12	Rosales	Rosales	385	44519	Tlaquepaque

Fuente: Elaboración propia con base en el listado de las unidades médicas de la ZMG de la Secretaría de Salud.

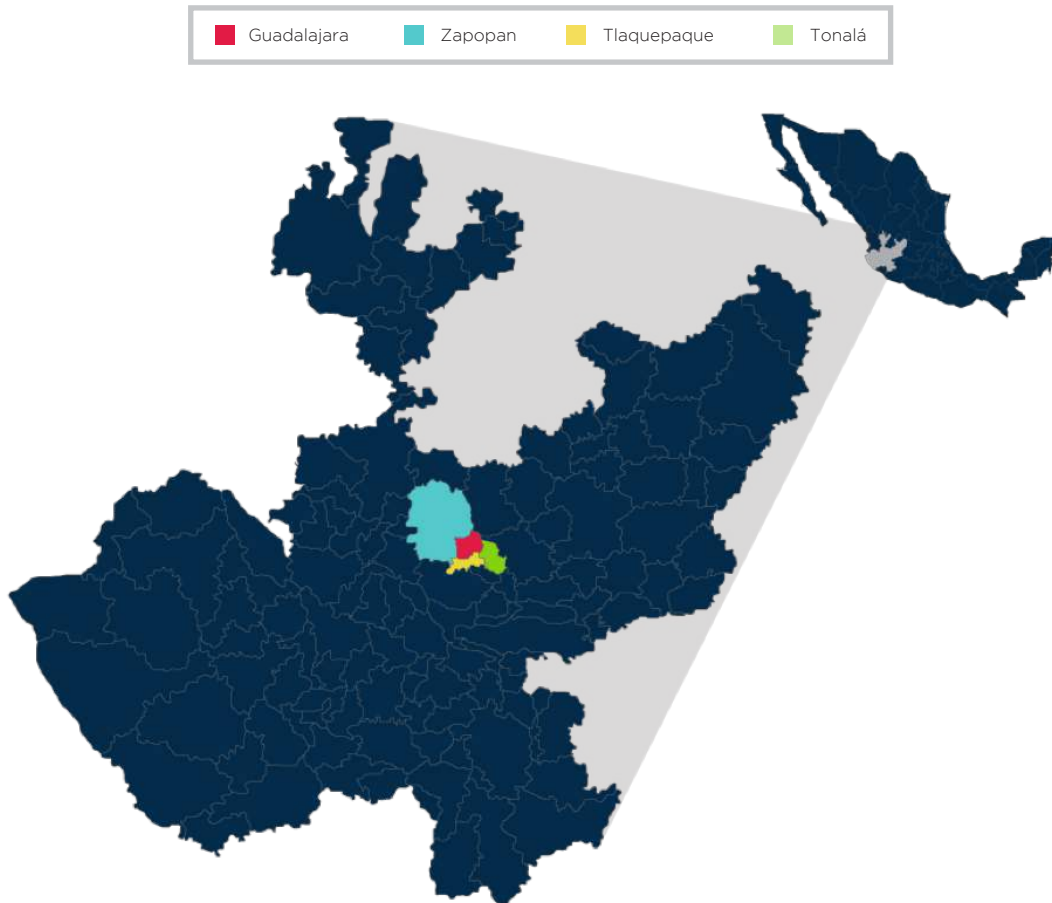
CUADRO A4. RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

INSTRUMENTO	N
(1) GUÍA DE ENTREVISTAS CON RESPONSABLE DEL PROGRAMA ESTATAL DE CÁNCER DE MAMA	2.0
(2) CUESTIONARIO PARA LA MUJER QUE ASISTE A LA CONSULTA EN CENTRO DE SALUD	414.0
Libertad	16.0
El Briseño	36.0
Jauja Tonalá	1.0
Alamedas Zalatlán	19.0
Guadalajara 3	116.0
Tesistán	113.0
Las Juntas Tlaquepaque	113.0
(3) GUÍA DE ENTREVISTAS CON EL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD	5.0
(4) CUESTIONARIO PARA PROVEEDOR DE SERVICIOS EN CENTRO DE SALUD	54.0
Libertad	7.0
El Briseño	7.0
Jauja Tonalá	2.0
Alamedas Zalatlán	5.0
Guadalajara 3	14.0
Tesistán	6.0
Las Juntas Tlaquepaque	13.0
(5) CUESTIONARIO PARA LA MUJER QUE ASISTE A REALIZARSE UNA MASTOGRAFÍA AL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA O A LA UNIDAD MÓVIL DEL SERVICIO SUBROGADO	53.0
(6) GUÍA DE ENTREVISTAS CON EL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA	1.0
(7) GUÍA DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD PARA LA MUJER QUE ASISTE AL INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA	55.0
(8) GUÍA DE ENTREVISTAS CON EL SUBDIRECTOR DEL IJC	1.0
(9) GUÍA DE ENTREVISTAS CON ESPECIALISTAS DEL IJC	5.0
(10) GUÍA DE ENTREVISTAS CON ORIENTADORA-CONSEJERA EN EL IJC	5.0
Subtotal de usuarias (encuestas y entrevistas)	522.0
Subtotal de proveedores de salud (encuestas y entrevistas)	73.0
TOTAL	595.0



B. MAPA DE JALISCO Y LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA

FIGURA 1. UBICACIÓN DE LOS MUNICIPIOS DE ESTUDIO



DIAGNÓSTICO
DE LA CALIDAD, INFRAESTRUCTURA Y BARRERAS
DE LOS PROGRAMAS DE ACCIÓN DE CÁNCER DE MAMA
EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA

• Informe de resultados de la investigación •