



HIDALGO



Modelo Estratégico con Perspectiva de Género y Derechos Humanos de Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Oportuno del Cáncer de Mama y Cérvico-Uterino



GOBIERNO FEDERAL



INSTITUTO HIDALGUENSE DE LAS MUJERES



BENEFICIOS
Soluciones y Resultados



Estado Libre y Soberano de Hidalgo



Vivir Mejor

Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autoras (es) del presente trabajo.

Directorio

Lic. José Francisco Olvera Ruiz

Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo

Lic. Edna Geraldina García Gordillo

Secretaria de Desarrollo Social

Lic. Pedro Luis Noble Monterrubio

Secretario de Salud Pública

Lic. Erika Rodríguez Hernández

Directora General del Instituto Hidalguense de las Mujeres

Dra. Mirella Loustalot Laclette San Román

Mtra. Vianey Herrera Pineda

Elaboración de Contenidos

Lic. Julieta Valencia Lozada

Dra. Kathia Carolina Vázquez Guzmán

Mtra. Nidia Solano Mora

Coordinación Editorial

Modelo Estratégico con Perspectiva de Género y Derechos Humanos de Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Oportuno del Cáncer de Mama y Cérvico-Uterino.

Instituto Hidalguense de las Mujeres
Parque Hidalgo No. 103. Col. Centro, C.P. 42000
Pachuca, Hidalgo. Tel.: (771) 71 892 05
Ihm@prodigy.net.mx
www.hidalgo.gob.mx

Mensaje

El cáncer de mama y cérvico-uterino constituyen las primeras causas de mortalidad de las mujeres en México, representa una grave amenaza para su salud. El rango de edad de quienes son afectadas oscila entre los 30 y los 54 años y amenaza a todos los grupos socioeconómicos.

La detección temprana de estas enfermedades significa una oportunidad de recuperación por lo que es fundamental promover que las mujeres acudan a los servicios médicos.

Derivado de la política social que impulsa el Lic. José Francisco Olvera Ruiz, Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo, para promover la igualdad real entre mujeres y hombres así como las líneas de acción sobre la salud de la mujer, tal como lo establece el Plan Estatal de Desarrollo 2011 - 2016 y la Declaración de la Plataforma Beijing + 5, donde se plantea lograr el bienestar de las mujeres mediante acciones destinadas a la prevención, atención y control para reducir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino y de mama.

Al respecto, el Instituto Hidalguense de las Mujeres, en coordinación con el Sector Salud, realiza acciones para garantizar la prevención y atención médica de calidad a través de la elaboración del Modelo Estratégico con Perspectiva de Género y Derechos Humanos de Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Oportuno del Cáncer de Mama y Cérvico-Uterino.

El modelo brinda herramientas teórico-metodológicas, un panorama epidemiológico así como la estructura pedagógica orientada a una sensibilización y formación estratégica e integral fundamentado en cuatro pilares: la perspectiva de género, los enfoques humanista, intercultural y salubrista.

Como resultado de este modelo se incluyen una serie de recomendaciones para prevenir, detectar y atender el cáncer cérvico-uterino y de mama que redundará en la disminución de la morbilidad y mortalidad por este tipo de enfermedades, mejorando la calidad de vida de las mujeres hidalguenses.

Lic. Erika Rodríguez Hernández

Directora General del Instituto Hidalguense de las Mujeres

Índice

Introducción	5
1. Marco teórico conceptual educativo	7
2. Marco de referencia técnico de cáncer cérvico-uterino y de mama	24
3. Objetivo general y alcances	34
4. Metodología	38
5. Estructura pedagógica	43
6. Conclusiones y recomendaciones	49
Bibliografía	52
Glosario	54
Anexos cartas descriptivas	58

Introducción

Entre los desafíos más apremiantes a los que se enfrenta la actual administración del sistema mexicano de salud se encuentra la disminución de la mortalidad por tumores malignos relacionados con el cáncer de mama y cérvico-uterino, considerando que las causas de enfermedad y muerte por estas últimas, rebasando edades establecidas (mayor de 40 años), con mayor prevalencia y existen casos presentes desde los 15 años hasta edades avanzadas.

Por ello se desarrolló integralmente el “Modelo Estratégico con Perspectiva de Género y Derechos Humanos de Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Oportuno de Cáncer de Mama y Cérvico Uterino”, estrategia que favorecerá las prácticas médicas y logísticas en las que intervienen el personal de salud y autoridades estatales, municipales y comunitarias, convirtiéndose, junto con las mujeres, la pareja y la familia, en partícipes activos con responsabilidades compartidas para salvar vidas.

Este documento consta de seis apartados, el primero plantea el marco teórico conceptual educativo que tiene sustento en teorías, investigaciones y enfoques científicos de la disciplina médica y de la psicología y, que orienta en la capacitación integral. El modelo trasciende a los planteamientos hechos por el Modelo Médico Hegemónico rígido a uno estratégico humanista.

El segundo apartado nos da un panorama del cáncer de mama y cérvico uterino para tener un marco de referencia técnico y epidemiológico respecto a la problemática que se aborda en el Modelo.

El siguiente apartado plantea el objetivo general para coadyuvar en la disminución de cáncer cérvico-uterino y de mama así como los alcances de este modelo para incidir en la prevención, detección y diagnóstico oportuno de los mismos en las regiones de la entidad de mayor incidencia.

El cuarto apartado describe la metodología que se diseñó en consideración a otros modelos educativos que han sido probados y arrojan resultados exitosos en acciones comunitarias en el campo de la educación y de la salud en los que se ha trabajado haciendo énfasis en la importancia de reconocer la relación desigual que existe entre el médico o personal de salud en general y las beneficiarias.

La estructura pedagógica es el quinto apartado que nos muestra la descripción de las cuatro fases en las cuales se desarrolla el modelo, como lo son: cursos-taller con personal tomador de decisiones (primera fase), personal operativo primer y segundo nivel de atención, de citología y patología y personal específico de laboratorio y colposcopia así como personal de los ayuntamientos, en especial la titular de la Instancia Municipal para el Desarrollo de las Mujeres (segunda fase), coordinación y operación de acciones comunitarias (tercera fase) y por último, curso-taller donde se dan los resultados y seguimiento de acciones comprometidas por parte del personal de salud (cuarta fase).

Como sexto y último apartado se exponen las conclusiones generales y recomendaciones dirigidas al personal de salud así como pacientes y familiares para la disminución de la mortalidad de las mujeres por cáncer cérvico-uterino y de mama.

1. Marco teórico conceptual educativo

Un **modelo** es el conjunto de elementos esenciales que logra representar un aspecto de la realidad. Un **modelo educativo** es un patrón conceptual a través del cual se esquematizan las partes y los elementos de un programa de estudio específico; en este caso, el presente documento es un ***Modelo Educativo y Estratégico con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Oportuno del Cáncer de Mama y Cérvico-Uterino con el Sector Salud del Estado de Hidalgo.***

El modelo tiene sustento en teorías, investigaciones y enfoques científicos de la disciplina médica y de la psicología que orientan en la capacitación integral, acciones comunitarias y en la sistematización del proceso de enseñanza y aprendizaje de diferentes actores para la prevención, detección, diagnóstico y atención oportuna del cáncer de mama y cérvico uterino.

Desde este saber y hacer se involucra necesariamente a la Salud Pública, la cual implica un campo de conocimientos y de prácticas susceptible de ser delimitado y estructurado pues los conocimientos y estrategias requeridas para su ejercicio provienen de diversas disciplinas articuladas en función de su objetivo.

Desde la Salud Pública, el eje central y básico es precisamente la salud de la población y esto incluye todos los aspectos de interés colectivo que contribuyen a mejorar o mantener y promover la salud de las personas; sin embargo, desde la Medicina, lo que en la práctica cotidiana pareciera permear es finalmente después de tantas teorías y propuestas paradigmáticas: el Modelo Médico Hegemónico (MMH), referido como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII se ha ido dejando como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales hasta lograr

identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado y, según algunos autores (Cavazos G. 2009; Gonzáles C. 2010, Menéndez 2009), el MMH construye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención.

Su concepción es globalizadora de los padecimientos y problemas, el modelo médico hegemónico no diferencia las necesidades de las personas y deja de considerar su subjetividad, suscita una tendencia al pragmatismo, asimetría en un esquema de regulación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores/usuarios y existe desde dicho modelo, identificación con una determinada racionalidad técnica.

Además de que desde este modelo se permea una relación asimétrica entre sus actores principales, cabe mencionar que se dificultan institucionalmente los fines manifiestos que son la prevención de las enfermedades, de las muertes evitables y la promoción de la salud; con el MMH en la realidad desde su formación, los recursos humanos que en el futuro se harán cargo de la atención médica de la población, prevalece la enseñanza de la enfermedad y las materias de salud pública y medicina preventiva son revisadas de manera teórica y somera y casi siempre desvinculadas de la realidad, por lo que los futuros profesionales de la salud los visualizan como de poca importancia; de tal modo que, al integrarse en la práctica profesional propiamente dicha, se vive y se practica de manera desligada por lo que no es de extrañar que se siga recortando la práctica profesional de muchos prestadores de los Servicios de Salud.

La prevención, falta de detección temprana, las intervenciones oportunas, la promoción de la salud no son un fuerte. Los esfuerzos y los recursos dedicados al estudio y la intervención sobre el campo de la salud y sus riesgos son todavía escasos; y qué decir del enfoque humanista, se pregona que la medicina como tal es una ciencia humanista, pero en la realidad este enfoque se ha ido diluyendo en el cientificismo dominante.

Para el caso de los profesionales especializados, sucede de manera similar ya que, desde el inicio de su posgrado, nacen desvinculados de los niveles no hospitalarios; se relacionan exclusivamente con la enfermedad más que con las personas a las que prestan sus servicios. Predomina y sobresale aquel profesional que esté al tanto de las últimas publicaciones de las revistas científicas de mayor reconocimiento y se engrandece un menosprecio hacia niveles no hospitalarios (primer nivel), cuya práctica y actividades prácticamente las desconoce.

Tanto para el personal de salud como para la población, pesan sensiblemente las asociaciones con las prácticas tradicionales; por ejemplo: el médico o el profesional de enfermería exclusivamente en la clínica, el estetoscopio y la jeringa; el farmacéutico en el laboratorio... en otras palabras, difícilmente hay una práctica real de un ejercicio técnico enriquecido de muchas otras ciencias y disciplinas. Profesionales como los sociólogos, antropólogos, psicólogos y veterinarios, no son asociados con la Salud Pública. Desde el presente ***Modelo Educativo y Estratégico con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Oportuno del Cáncer de Mama y Cérvico-Uterino con el Sector Salud del Estado de Hidalgo***, se hace un pautamiento para fortalecer esta identidad común que se podrá proyectar en la sociedad y, entonces, de cabida para transformar la preparación de futuros actores que ejerzan en el campo de la salud y de actualizar a quienes ya están en el ejercicio profesional.

El Modelo Médico Hegemónico propone que:

- La enfermedad según la práctica médica es un hecho biológico, natural y no un hecho social e histórico, implicando que la enfermedad evoluciona y no tiene historia.
- El individualismo y somático, cuya enunciación retórica difiere de las prácticas, se habla de lo social pero se enfatiza en lo individual.

- Sus funciones son de control y legitimación del modelo y se manifiestan a través de la práctica profesional tanto privada como pública.
- Más allá del carácter estatal, la medicina derivó a estar centrada en la curación más que en la prevención. Centrada en el estudio de las enfermedades, dejando de lado las cuestiones relacionadas con la vida: el médico oficializa la muerte.

La propuesta del **Modelo Estratégico con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Oportuno del Cáncer de Mama y Cérvico-Uterino con el Sector Salud del Estado de Hidalgo** trasciende a los planteamientos hechos por el MMH, pues tiene como fundamento cuatro pilares teóricos, filosóficos y científicos de su praxis:

- La Perspectiva de Género
- Enfoque Existencial Humanista
- Enfoque Intercultural
- Enfoque Salubrista

Las aportaciones de cada uno de estos pilares del modelo, únicamente toman sentido al plasmarse en la praxis del mismo. El Modelo Estratégico necesariamente integra un proceso por el cual el conocimiento se convierte en parte de la experiencia vivida. Mientras que una lección es solamente absorbida a nivel intelectual en un aula; es importante que las ideas, los planteamientos, sean experimentados en el mundo de las acciones, seguidas de una contemplación reflexiva. De esta manera, los conceptos abstractos se conectan con la realidad vivida. La praxis es usada por educadores, facilitadores o equipo coordinador para describir conductas, percepciones, pensamientos, sensaciones y sentimientos recurrentes a través de un proceso cíclico de aprendizaje experimental.

Dentro de este modelo se recrean espacios y momentos en los que se toma conciencia y se detona la corresponsabilidad de las acciones que el

profesional de la salud lleva a cabo desde lo cotidiano, en donde el mismo prestador de los servicios da respuesta a muchos por qué y para qué de éstas.

La perspectiva de género se convierte en una herramienta metodológica para ver y pensar las relaciones sociales entre mujeres y hombres de una manera distinta que detecta y analiza el impacto diferenciado por sexo en las políticas públicas, programas, proyectos y acciones comunitarias.

La metodología encuentra en la base del enfoque intercultural la defensa de valores ligados a la equidad, entendida como reconocimiento de idéntica dignidad y derechos en el otro y la pluralidad como condición necesaria para el cambio y la transformación, para el desenvolvimiento de lo humano. Desde esta óptica, el presente modelo se basa en principios de equidad, igualdad y pluralidad; lo promueve la inclusión y participación de todos sus actores; tienden a alcanzar un equilibrio entre el individuo y la comunidad, entre libertad y equidad.

Dado el sustento teórico-filosófico que posee este modelo estratégico, es importante mencionar, explícitamente, los siguientes elementos:

- Concepción existencial humanista del prestador de los Servicios de Salud
- El impulso del aprendizaje significativo en la promoción de la salud y empoderamiento de las mujeres en la temática de cáncer de mama y cérvico-uterino.
- La relación interpersonal con las usuarias y equipos de trabajo intra e interinstitucionales como educadores intrínsecos de los procesos y acciones de la salud de las mujeres dentro del marco de cáncer de mama y cérvico-uterino.
- El papel del desarrollo comunitario como forjadores de corresponsabilidad y redes sociales.
- Se retoma la definición operativa de la relación médico-paciente propuesta por González M. (2003): Relación interpersonal de tipo

profesional que sirve de base a la gestión de salud. Esta definición supera al modelo médico hegemónico y curativo de la concepción original de la relación médico-paciente, designación que, sin embargo, se recomienda mantener por su profundo arraigo y condición de prototipo de las relaciones profesionales en el campo de la salud; aunque debe destacarse que dicha definición hace referencia a la relación interpersonal, profesional y técnica de los miembros del equipo de salud en todo el espectro de sus gestiones promocionales, sanitarias, preventivas, diagnósticas, curativas, rehabilitadoras, docentes, investigativas, periciales, administrativas y editoriales.

Dentro de este marco de referencia, a continuación se presenta una tabla que en síntesis contiene elementos diferenciadores entre un esquema educativo tradicional y la propuesta del enfoque educativo humanista. Es necesario tener presente especialmente al momento en que se lleva a cabo la capacitación, información, concientización tanto con el personal de salud como con la comunidad usuaria de los servicios institucionales de este sector.

Aspecto	Modelos Tradicionales	Enfoque Humanista
Concepción de la enseñanza	-Absolutización del aspecto externo. -Estandarización. -Métodos directivos y autoritarios.	-Énfasis en los componentes personales. -Flexibilidad. -Métodos con estructura no autoritarios, dinámicos, participativos y con metas claras.
Concepción del papel de líder, educador, coordinador, facilitador, promotor, monitor, consultor	-Ejecutor de directrices preestablecidas. -Limitación de la individualidad y creatividad. -Autoritario, rígido, controlador.	-Papel activo, creador, investigador y experimentador. -Estímulo a la detección y reconocimiento de necesidades personales de sí mismo y de las personas que le rodean. -Flexible, espontáneo, orientador.

Aspecto	Modelos Tradicionales	Enfoque Humanista
Concepción del papel del educando, colaborador, subalterno	-Sujeto pasivo, reproductor de información. -Operador de acciones sin que las comprenda. -Poca iniciativa, inseguridad, escaso interés personal. -No implicado en el proceso.	-Sujeto activo, constructor del conocimiento, concientizador de procesos de salud. -Creatividad, reflexión, intereses cognoscitivos propios. -Implicación y compromiso.

De acuerdo al cuadro anterior, los principios que se asumen desde un enfoque humanista en psicopedagogía son:

- El **educando**: Elemento activo del aprendizaje, personalidad que se desarrolla a partir de las posibilidades personales y para la interacción con otros.
- El **educador**: Coordinador de la actividad educativa, guía y orientador activo del proceso.
- Los **contenidos**: Principios generales, campos del saber interrelacionados en sistemas y estructuras para afrontar el conocimiento como proceso de cambio y crecimiento.
- Los **objetivos**: Dirigidos al desarrollo integral de la personalidad, a la adquisición de conocimientos, hábitos y habilidades reconocidos como necesarios por el sujeto.
- El **aprendizaje**: Proceso en que interviene activamente el educando y en el que influyen la madurez, la experiencia y las relaciones sociales que desarrolla.
- La **enseñanza**: Dirección del proceso con el uso de las técnicas apropiadas para el aprendizaje grupal e individual.
- Los **métodos**: No existe un método único, sino la combinación de técnicas diseñadas y utilizadas en función de los objetivos, contenidos y sujetos del aprendizaje.
- Los **fundamentos**: La autodeterminación, el desarrollo de la personalidad individual integrada al contexto social, la movilidad social, el crecimiento y la transformación.

Estos principios se anteponen al autoritarismo, a la unidireccionalidad, la rigidez, ausencia de creatividad, inseguridad, escaso interés y participación personal. De acuerdo con el paradigma humanista, los educandos son entes individuales, únicos, diferentes de los demás; personas con iniciativa, con necesidades personales de crecer, con potencialidad para desarrollar actividades y para solucionar problemas creativamente. En su concepción, el personal que se concientiza en la temática de cáncer de mama y cérvico-uterino, no son seres que sólo participan cognitivamente sino personas con afectos, intereses y valores particulares a quienes debe considerarse en su personalidad total.

El propósito final del docente, facilitador humanista, es formar a los participantes en la toma de decisiones dentro de ámbitos donde el respeto a los derechos de la persona, lo justo y lo injusto, como dogma, se cuestione.

Rogers (2001) afirma que el alumno, educando, promoverá su propio aprendizaje en cuanto éste llegue a ser significativo para él mismo. Esto sucede cuando en la experiencia se involucra a la persona como totalidad, cuando se incluyen sus procesos afectivos y cognitivos, además, el aprendizaje tiene lugar en forma experimental. En este sentido, reviste gran importancia que el educando considere el tema a tratar como algo relevante para sus objetivos personales y que el aprendizaje se promueva con técnicas participativas a través de las cuales, en este caso, el personal de salud y finalmente, la población, tomen decisiones, movilicen sus propios recursos y se responsabilicen de lo que se aprende.

Simultáneamente, la creación de un ambiente de respeto, comprensión y apoyo para el personal de salud que se capacita es de igual manera sobresaliente. Rogers sugiere que el facilitador del aprendizaje abandone las recetas estereotipadas y se decida a actuar de manera innovadora, con base en su personalidad, en su auténtico modo de ser, responsabilizándose de las implicaciones de sus acciones. Para ello, es importante que el facilitador y el educador desarrollen un perfil basado no en dogmas sino en

valores que promuevan prácticas médicas, sanitarias y comunitarias que rebasen lo esperado por cualquier norma o lineamiento técnico, que beneficien al personal de salud e indudablemente a usuarias y a la comunidad en su conjunto.

Los enfoques educativos no constituyen sólo un cuerpo general y abstracto de ideas, sino que son fundamentalmente articuladores entre las intenciones educativas, el conocimiento sistemático y las prácticas concretas; como tales, los enfoques educativos integran un marco de concepciones y criterios que nos permiten no sólo explicar y anticipar los procesos y resultados educativos, sino también orientar nuestras propuestas e intervenciones.

Asimismo y como ocurre con otras disciplinas, los enfoques educativos no son estáticos. Ellos se transforman y renuevan a lo largo del tiempo en función de los cambios sociales, de los avances en el conocimiento especializado y de la experiencia. Superando cualquier reduccionismo de esta transformación, sus atributos y efectos van más allá del ámbito de las tecnologías mismas, abarcando todas las esferas de la actividad humana (Castells, 1994). Como en todas las revoluciones, la sociedad informacional está enfocada hacia procesos con continua innovación de sus productos. Su materia prima fundamental es la información como la energía fue la materia prima de la revolución industrial. El control del conocimiento y la información tiene prioridad y define quién tiene poder en la sociedad. La presión por alcanzarlo genera flujos de intercambio y de redes entre instituciones, organizaciones y grupos. La relevancia o irrelevancia de cualquier grupo o actor social está condicionada por la presencia o ausencia de redes específicas. La ausencia de una red dominante lleva a una estructura irrelevante. En este contexto, los enfoques educativos han realizado una verdadera revolución cognitiva y cultural.

El enfoque educativo para el aprendizaje sostiene y da continuidad a las ideas “maestras” que alimentan el cambio institucional, sanitario y en las prácticas.

Ello implica entender que:

- La información es una herramienta estratégica para el aprendizaje situado y una mediación para el análisis reflexivo de informaciones y situaciones, impulsando los cambios en los distintos contextos.
- El aprendizaje es el eje central a través de la construcción del conocimiento activo, valiéndose de la interactividad que facilita el entorno y potenciando el intercambio de experiencias/conocimientos y del aprendizaje colaborativo colectivo.
- La reflexión y la problematización son el motor para la comprensión de aquello que se aprende y favorecen la **transferencia** del aprendizaje a las prácticas.
- Es estratégico apuntar a la **puesta en práctica del aprendizaje** a través de la formulación de proyectos y propuestas de acción en los contextos específicos de trabajo por parte de los participantes.

Es importante recordar que la intención educativa se dirige a apoyar la transformación de las prácticas sanitarias y no a un mero ejercicio académico o técnico. Se espera que los participantes puedan tomar decisiones y formular proyectos y alternativas de intervención potencialmente utilizables en contextos locales de trabajo. Para ello, es necesario favorecer el desarrollo de actividades reflexivas, de análisis de situaciones, experiencias, casos, la solución de problemas y la problematización de prácticas complejas.

El **seguimiento y orientación** del aprendizaje se desarrolla a lo largo del proceso en permanente actividad reflexiva **personalizada** y de intercambio grupal. De esta forma, la **evaluación** de los aprendizajes es un **proceso continuo** que acompaña todo el desarrollo del proyecto educativo y estratégico. En lugar de privilegiar una evaluación restringida al momento final de un programa o centrada en comprobación de conocimientos, se hace importante una evaluación que permita:

- Valorar la participación activa y estimular su desarrollo.
- Apoyar la autoevaluación por parte de los participantes, tanto de sus logros y dificultades como de la propia propuesta del curso y las actividades docentes.
- Realizar un registro progresivo, acumulativo e integrado de las producciones de los participantes.
- Ponderar los resultados en el marco del proceso de aprendizaje y de los propósitos del programa.

En otros términos, se requiere privilegiar resultados de aprendizaje en cuanto a propuestas de acción transferibles al contexto de las prácticas sanitarias, evitando la mera adquisición pasiva de informaciones.

Las acciones comunitarias y educativas que se generen deben ser capaces de articularse de manera sinérgica con la diversidad de acciones intersectoriales y municipales-estatales.

Desde esta perspectiva, este modelo tiene el desafío de dar continuidad a las acciones de Educación Permanente en Salud encaradas en los últimos años y resignificando a las mismas. El presente Modelo Estratégico pretende fortalecer el desarrollo de capacidades del personal de salud que integra la educación al proceso de trabajo en el contexto cotidiano de desempeño. Se basa en el aprovechamiento del potencial educativo de la situación de trabajo y en la problematización de las prácticas y del contexto socio-sanitario específico.

En este modelo educativo se busca invertir la lógica de la pura transmisión vertical centrada en la entrega de información actualizada sobre un tema en particular, e incorporar un enfoque basado en la identificación de problemas y la reflexión sobre las prácticas de trabajo que den paso a la construcción de nuevos conocimientos, alternativas de acción e interacción con el equipo de salud y fomenten la búsqueda de intercambios interdisciplinarios.

El docente, facilitador o coordinador, debe ser capaz de reconocer la existencia de diversidad de enfoques en la producción de los educandos; es decir, debe tener la habilidad para integrar propuestas de acciones concretas formuladas por el mismo personal de salud que directamente se encuentra en contacto con las usuarias de los servicios de tal manera que se promuevan producciones acordes al contexto de trabajo de cada participante y en donde el desafío no es la presentación de respuestas únicas y repetitivas con los mismos actores, sino la capacidad del participante para presentar, sostener, justificar sus puntos de vista y ponerlos en acción sistemáticamente.

La noción de aprendizaje como construcción activa permite entender que aprender es un proceso que se alimenta y realiza a través del intercambio con otros: el facilitador, el grupo y las herramientas de conocimiento. En este proceso, se integran el conocimiento explícito y permite la autonomía de los participantes y la flexibilización de los tiempos de trabajo y participación de los trabajadores, acordes con sus habilidades personales y agendas laborales.

El profesional de los Servicios de Salud que está desgastado laboralmente participa poco en la marcha del servicio o del centro de salud. Sus relaciones interprofesionales son escasas y a veces cargadas de hostilidad. La ironía y el humor sarcástico sustituyen a la cooperación y la crítica empática. Las órdenes se cumplen con dificultad. En algunos casos, el profesional interpreta los síntomas como la evidencia de una formación deficiente que intenta compensar a través de una formación continua desordenada y creciente. La insatisfacción en el trabajo es una consecuencia habitual de esta situación. El personal insatisfecho malinterpreta los problemas cotidianos y surgen con facilidad los roces con los compañeros o colegas.

La insatisfacción puede agravarse por otras circunstancias, turnos de trabajo, cambios sin avisos previos, entre otros. De esta manera, el profesional que está agotado dedica menos tiempo a sus usuarios, el

contacto es más frío y distante, llegando a ignorar sus quejas, demandas o necesidades. El resultado final es que el profesional disminuye la calidad y aumenta el costo de los servicios que presta. La organización se resiente al disminuir la actividad en el trabajo y, en el último de los casos, faltando al mismo. El ausentismo se convierte en la respuesta al agobio laboral. El servidor de los Servicios de Salud puede llegar con retraso al trabajo. Se trata en definitiva de disminuir el tiempo de exposición al ambiente laboral, ya sea mediante el retraso sistémico por enfermedad, poca productividad real y baja laboral.

Como persona, el trabajador de los Servicios de Salud se rescata una parte muy importante de sí mismo a través del ejercicio y redescubrimiento de sus tres zonas del darse cuenta (Stevens, 2008). Las situaciones, en caso de los médicos, generan ansiedad en él y en su quehacer clínico, se refieren a la relación con el paciente, la enfermedad y la institución y se constata que el 18% de los médicos tiene un nivel de ansiedad alto derivado de su práctica clínica (Gómez E. 2002). Las ansiedades referentes a la enfermedad están relacionadas con los errores en el diagnóstico y el tratamiento; las derivadas de la relación con los pacientes; si éstos son agresivos, demandantes o reivindicativos y las referentes a la institución están generadas por la alta demanda asistencial.

El cuidado de la salud empieza en cada persona que la promueve. Para facilitarle a otros el cuidado de esta, antes es importante que, en este caso, el personal de salud dé una mirada hacia sí mismo como ser humano con el reconocimiento de necesidades a las que requiere dar satisfacción, de otro modo, al no hacer una canalización saludable y creativa de las necesidades no satisfechas, lo más probable es que genere frustración y violencia hacia otros o hacia su persona misma (Lafarga J. 2009 y Sidney M. 2003).

Finalmente, es importante mencionar algunos de los elementos importantes que aporta la perspectiva de género al presente modelo:

- Representaciones sociales
- Relaciones de usos de poder

- Violencia estructural
- Violencia institucional
- Desigualdades sociales
- Roles de género, rígidos promotores de injusticia social
- La omisión como una forma de violencia
- Expresión de un libre ejercicio de la sexualidad responsable
- Visibilidad de problemáticas sociales de pobreza y distribución financiera entre hombres y mujeres
- Etiquetación de recursos en inversión para la educación y salud de las mujeres
- Falta de oportunidades y de igualdad para mujeres y hombres
- Evidencia de la construcción de la identidad de género y su influencia en la autoestima
- Expresión de empoderamiento y la antítesis de la codependencia
- La esfera socioafectiva a partir del género

Al desmenuzar cuatro niveles que se proponen con perspectiva de género (Olivares, F. 2009), en el nivel de la persona se busca actuar sobre las motivaciones y circunstancias individuales que colocan al individuo en riesgo de participar en prácticas violentas, ya sea como víctimas o como perpetradoras de comportamientos violentos o actividades criminógenas. Las intervenciones en este ámbito se dirigen fundamentalmente a fortalecer las capacidades y los recursos individuales para romper patrones de socialización enmarcados por la violencia en general y la violencia por género desde temprana edad. La omisión también es una forma de violencia. Un componente de intervención muy importante es el desarrollo de programas de autoprotección y fortalecimiento de la autoestima de acciones que promuevan el autocuidado.

En el nivel familiar, se refiere a las relaciones más importantes en la vida de las personas pues en las familias se modela el futuro comportamiento y la identidad de los sujetos además de pautar sus expectativas y oportunidades de vida. Es reconocido como uno de los planos estratégicos para la intervención preventiva, ya que se ha demostrado que la expresión

o prevalencia de relaciones violentas entre los miembros de la familia se transmite o hereda conductualmente a partir de la socialización primaria.

Las estrategias de intervención en este nivel pueden ayudar a transformar los patrones de socialización basados en la misoginia y el machismo y orientarse a empoderar a las personas con menos recursos de poder en la familia mediante la promoción de sus capacidades para negociación y la toma de decisiones en un marco de resolución pacífica de conflictos. Se trata de emprender intervenciones orientadas a transformar los patrones sexistas, machistas y violentos en la relación padres-hijos/as, hermanos/as; esposos y parejas en general promoviendo la igualdad, la equidad en la distribución de tareas y el respeto entre mujeres y hombres de la familia además de incrementar la sensibilidad del grupo familiar ante las diversas formas de violencia (física, emocional o psicológica, patrimonial o económica e incluso sexual) que se practican no con poca frecuencia entre los miembros de ésta.

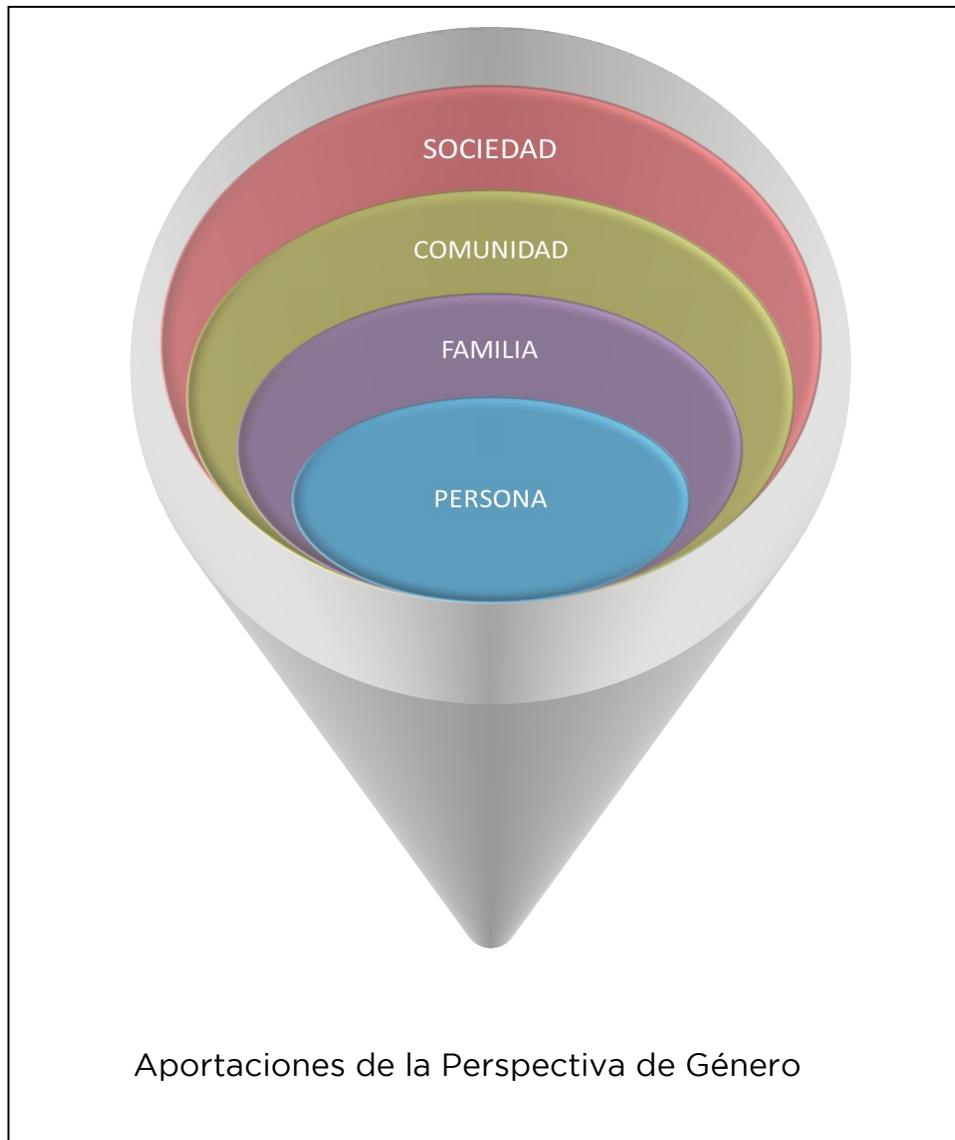
En el nivel comunitario, es crucial en la generación de localidades seguras, con justicia social y libre de violencia, porque es donde se gestan las redes de relación más próximas que contribuyen al sostenimiento cotidiano de las relaciones humanas basadas en el reconocimiento mutuo. Es también donde se articulan determinadas relaciones económicas, sociales y cívicas que son las que dan sustento a la vida de los vecindarios, unidades habitacionales, barrios y colonias. Desde el punto de vista de las políticas públicas, las intervenciones en este nivel pueden coadyuvar a reforzar y/o a consolidar lo que se hace en favor de las personas, en el plano individual y de las familias. Esta es otra de las grandes aportaciones de la perspectiva de género: la implementación y seguimiento en políticas públicas, situación que excepcionalmente se ha hecho por otros enfoques, posturas teóricas o disciplinas.

La sociabilidad de los espacios comunitarios puede llegar a ser un activo capital social para la resolución de problemas comunes. En nuestro caso, desde la perspectiva del modelo de intervención aquí propuesto, se trata

de detonar un proceso de reconstrucción de la solidaridad y propiciar el fortalecimiento de los derechos y la ciudadanía en el territorio a partir de intereses u objetivos compartidos en la comunidad bajo el favorecimiento de la cohesión y lograr la reconstrucción o rehabilitación de un tejido social más virtuoso en las comunidades.

Los principios del trabajo comunitario son: la participación social; la promoción de la cultura de la legalidad; el fortalecimiento de la conciencia ciudadana (deberes y derechos); la resolución pacífica de conflictos mediante la negociación asistida y la difusión y mayor conciencia de los derechos humanos y del principio de la no discriminación. Las intervenciones deben aplicar estos principios a partir de la organización de los diversos grupos que integran las comunidades (mujeres, jóvenes, migrantes, indígenas) así como del establecimiento de redes entre los servidores públicos y las agencias gubernamentales y sociales que trabajen de manera coordinada en favor de la seguridad.

En el nivel social, corresponde a gobiernos municipales, entidades federativas o zonas metropolitanas, trabajar para modificar las condiciones sociales e infraestructuras de las comunidades barriales y de los vecindarios. De esa manera, se reducirá la desigualdad social y territorial en los equipamientos y servicios, propiciando mayores oportunidades de bienestar social para la población, especialmente para los grupos más vulnerables. Consiste en ofrecer a la población alternativas educativas, de capacitación e inclusive empleo así como mejorar la oferta de servicios de justicia y salud. Desde este nivel, se proponen programas de acción para promover cambios en los estereotipos sociales de género, los cuales propician la violencia en todas sus variantes y una costumbre de invisibilidad ante las omisiones. Se plantea, así mismo fortalecer el trabajo de comunicación y difusión en torno a los cambios económicos, jurídicos y culturales que se presentan en las relaciones entre los sexos, entre los géneros, a fin de facilitar la asimilación de los tránsitos en curso, producto de las transformaciones en los roles de mujeres y hombres, tanto en lo económico como en lo social.



Cada uno de los cuatro niveles dentro de una espiral cónica de lo privado y lo público y que no termina y hoy por hoy no se etiqueta ni es estática ni rígida.

En el apartado siguiente se da un panorama del cáncer de mama y cérvico uterino para tener un marco de referencia técnico, conceptual y epidemiológico respecto a la problemática que se aborda **en el Modelo Educativo y Estratégico con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Oportuno del Cáncer de Mama y Cérvico-Uterino con el Sector Salud del Estado de Hidalgo.**

2. Marco de referencia de cáncer cérvico-uterino y de mama

Cáncer cérvico-uterino

A nivel mundial, el cáncer cérvico-uterino ocupa el segundo lugar como causa de cáncer entre las mujeres con cerca de 500 mil casos nuevos al año, sólo superado por el cáncer de mama; no obstante, es en los países en desarrollo donde con mayor frecuencia se presenta y no siempre en etapas tempranas y, por supuesto, es en ellos donde llegan a causar la muerte de las mujeres.

Así mismo, en nuestro país hasta el año 2005, el cáncer cérvico-uterino ocupó el primer lugar como causa de muerte por tumor maligno en las mujeres mayores de 25 años; siendo superado en la actualidad por el cáncer de mama; sin embargo, en aproximadamente la mitad de las entidades federativas, sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer, lo que significa que lo observado internacionalmente se reproduce de manera local principalmente en los estados con mayor pobreza y rezagos, donde se presenta como causa de muerte.

Cierto es que la citología cervical o Papanicolaou ha reducido considerablemente la incidencia de cáncer invasivo del cuello uterino en los países industrializados y evitado miles de muertes; sin embargo, esta opción requiere la repetición de la prueba de Papanicolaou a intervalos cortos, la confirmación de anomalías por colposcopia, la realización de biopsias y la confirmación histológica con el fin de tratar las lesiones precursoras de cáncer, lo que indiscutiblemente significa varias visitas a los Servicios de Salud, haciendo que por una parte, las mujeres, al no presentar molestias al inicio de la enfermedad, decidan posponer o no seguir todas las indicaciones médicas que se les proponen o bien, no se ha sido capaz como Servicios de Salud de transmitir la importancia del seguimiento preciso de todos estos procesos.

Este tipo de programa es muy costoso y muchos países en desarrollo no se lo pueden permitir. Se necesitan nuevas alternativas de mayor sensibilidad para prevenir el cáncer cérvico-uterino que contribuyan a mejorar, prevenir si es posible o bien a ampliar la cobertura del tamizaje e introducir nuevas tecnologías como la prueba de Captura Híbrida de Virus de Papiloma Humano que nos permite asegurar si en el caso particular del tamizado, se presenta o no la infección de virus oncogénicos. En la actualidad, no obstante que las pruebas de detección están al alcance de las mujeres en los servicios públicos, existen mujeres que por diversas razones no acceden a ellas; pueden ser culturales, personales, familiares, educacionales, de accesibilidad a los servicios, económicos o bien pudiera deberse a factores externos a ellas como es la inadecuada o limitada acción de parte de los Servicios de Salud para que con un lenguaje adecuado y comprensible para ellas, convencer de la importancia de su realización acorde a los tiempos establecidos de repetición para su óptima efectividad.

El cáncer cérvico-uterino en las últimas tres décadas ha sido estudiado con gran profundidad, sobre todo a partir del hecho de que en 1976, el médico alemán Harald Zur Hausen planteó la hipótesis de que el Virus del Papiloma Humano jugaba un papel relevante como causa de cáncer del cuello del útero, situación que con investigaciones posteriores, se comprobó irrefutablemente más allá de cualquier duda razonable. Así, 32 años más tarde (2008), fue galardonado con el Premio Nobel de Medicina por este descubrimiento, hecho que motivó la búsqueda de alternativas de prevención primaria -específicamente vacuna- para evitar la infección, así como pruebas cuantitativas de detección oportuna de la infección como la Captura Híbrida y el PCR.

En la actualidad, pocas enfermedades cuentan con una asociación tan fuerte de su agente causal (Bosch. 2003), como en el caso del cáncer cérvico-uterino del que se sabe que es el Virus del Papiloma Humano (VPH) además, aunque la mayoría de infecciones por este virus conllevan un curso benigno y se resuelven espontáneamente, la evidencia científica ha permitido descubrir que el cáncer de cuello de útero es una secuela a largo

plazo de una infección persistente por ciertos genotipos del virus llamados de alto riesgo.

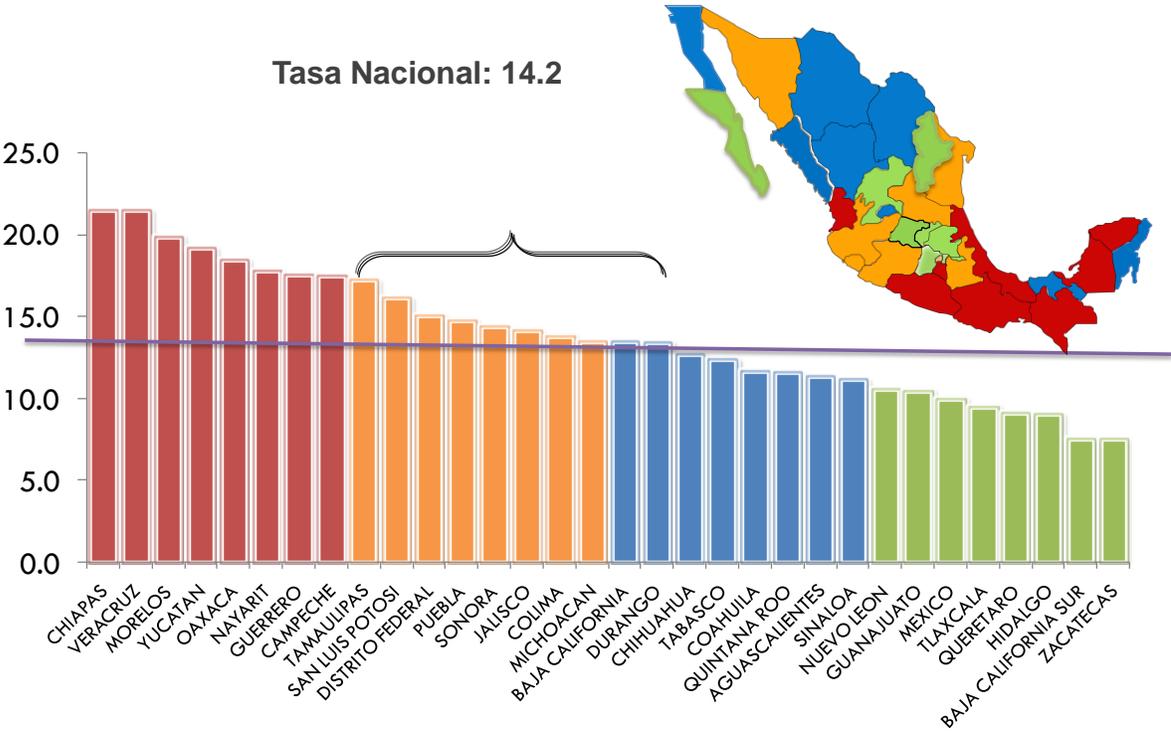
Existen más de 100 tipos diferentes de Virus de Papiloma Humano (VPH), de los cuales, sólo 15 se han asociado en la etiología del cáncer cervical (virus oncogénicos o de alto riesgo); sin embargo, dos tipos, los llamados 16 y 18, son los responsables aproximadamente del 70% (Nubia Muñoz, Xavier Castellsagué, Amy Berrington de González, Lutz Gissmann, 2006) de todos los casos, lo que, epidemiológicamente, tiene un importante significado en la producción de las vacunas; el resto, o son inocuos o producen lesiones benignas tales como verrugas o mezquinos.

Conocer específicamente si una mujer está expuesta o no a presentar cáncer cérvico-uterino es el principal reto en nuestro país, pero también, por los avances de la ciencia, nos encontramos con que este reto se pueda convertir en una oportunidad para prevenir las infecciones más frecuentes por medio de las vacunas ya probadas o bien, encontrar a las mujeres que presentan infecciones con virus oncogénicos (tamizaje con prueba de captura híbrida) y seguirlas hasta su curación y desaparición de este riesgo.

Por otra parte, en la revisión documental realizada por Tejeda y Cols en 2007, se menciona que, entre el 70 al 80% de las mujeres presentan en algún momento de su vida (sobre todo al inicio de la vida sexual) una infección por algún virus oncogénico y, al no resolverse favorablemente y persistir como tal durante más de dos años, permite su evolución a lesiones precursoras o cáncer, lo que conlleva a que el cáncer cérvico-uterino se encuentre con mayor frecuencia en mujeres de 35 años y más. Por la alta frecuencia de esta infección, se dice que es la más frecuente de todas las infecciones de transmisión sexual; no obstante, como se señaló anteriormente, la mayoría de las veces es una infección asintomática y pasa desapercibida para la mujer, ya que el aparato inmunológico (al no asociarse con otros factores de riesgo) lo limita y controla, no permitiendo su evolución.

En nuestro país, desde hace más de cinco décadas se ha venido luchando por controlar y disminuir el cáncer cérvico-uterino; sin embargo, esto no se ha alcanzado en todas las entidades federativas y, se observa una tendencia de la mortalidad nacional hacia la baja. Si se comparan entidades como Chiapas, Guerrero, Veracruz y Yucatán entre otros, con Hidalgo o con Nuevo León, se observa la gran disparidad de este hecho, ya que las tasas presentadas en el 2009 fueron 9.1% y 10.6% por cada 100,000 mujeres de 25 años y más respectivamente. En las otras entidades señaladas, las tasas observadas fueron mayores de 21.6%, 17.6%, 21.6% y 19.2% correspondientemente para el mismo año.

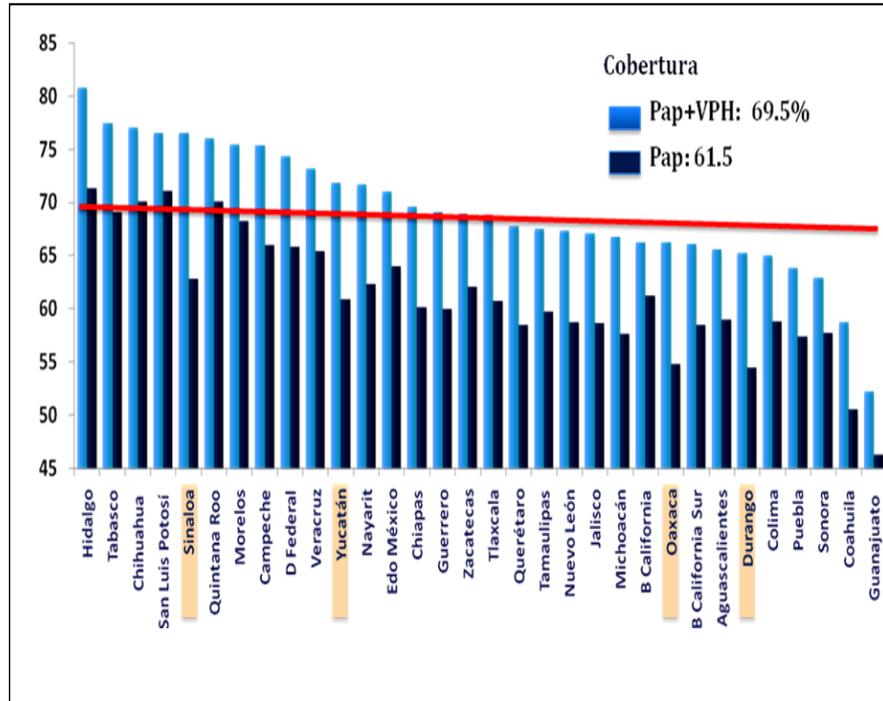
Gráfica 1. Mortalidad por cáncer cérvico-uterino por Entidad Federativa 2009*



*Tasa Preliminar por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad.
Fuente: DGI, CONAPO, CNEGySR

Según los datos preliminares registrados en el INEGI correspondientes a 2009, en la República Mexicana murieron 4,164 mujeres por esta causa.

Gráfica 2. Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino por Papanicolaou o prueba de VPH en mujeres de 25 a 64 años de edad por Entidad Federativa en los últimos tres años



Fuente: INSP; Encuesta de Medio Camino 2010

Por otra parte, en la reciente Encuesta Nacional de Medio Camino 2010 realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y según los datos reportados por la propia población, se encontró que la entidad federativa con mayor cobertura de detección fue Hidalgo, por encima de la media nacional (Gráfico 2).

Finalmente, no obstante que el Estado de Hidalgo se encuentra entre los mejores niveles de detección y con una de las tasas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino menores dentro del país, la realidad en el interior estatal es dispar, existiendo municipios con elevadas tasas; de ahí la importancia del presente proyecto que pretende disminuir la brecha hacia el interior del estado (ver municipios con el mayor número de defunciones por cáncer del cuello del útero en mujeres de 25 años y más) así como municipios con coberturas adecuadas con pruebas primarias de detección (Papanicolaou y Captura Híbrida para detección de Virus de Papiloma

Humano) y municipios con bajas coberturas, en ambos casos también se presenta una falta de adecuado seguimiento de las usuarias para que reciban atención oportuna.

Municipios con el mayor número de defunciones por cáncer del cuello del útero en mujeres de 25 años y más

HIDALGO			
DEFUNCIONES POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA, 2010			
NO. DE ORDEN	MUNICIPIO	NÚM.	%
1	048 PACHUCA DE SOTO	7	9.2
2	077 TULANCINGO DE BRAVO	7	9.2
3	005 AJACUBA	4	5.3
4	016 CUAUTEPEC DE HINOJOSA	3	3.9
5	029 HUICHAPAN	3	3.9
6	050 PROGRESO DE OBREGÓN	3	3.9
7	028 HUEJUTLA DE REYES	3	3.9
8	008 APAN	3	3.9
9	061 TEPEAPULCO	3	3.9
10	082 ZAPOTLÁN DE JUÁREZ	3	3.9
	EN OTROS 32 MUNICIPIOS	37	48.7
	TOTAL ESTATAL	76	100.0

Fuente: Subdirección de Epidemiología. Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo.

Cáncer de Mama

Como se señaló en párrafos anteriores, el cáncer de mama, a nivel mundial, ocupa el primer lugar como causa de tumor maligno entre las mujeres con aproximadamente cerca 900 mil casos nuevos al año; no obstante, es en los países desarrollados donde se presenta el mayor número de casos nuevos cada año, éstos generalmente se detectan en etapas tempranas y no llegan a causar la muerte de las mujeres. Por el contrario, en los países en desarrollo con tasas de incidencia mucho menores, las tasas de mortalidad superan a las que presentan los países desarrollados y, por supuesto, es en los primeros donde llegan a causar la muerte de las mujeres.

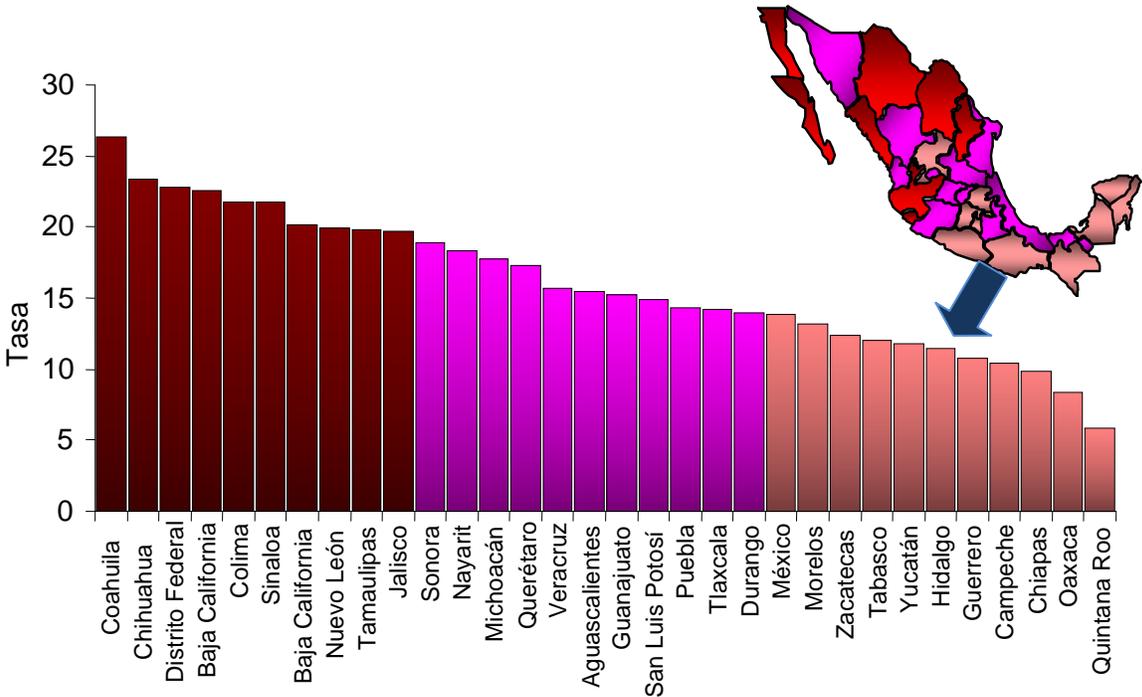
En el caso específico del cáncer de mama, no se ha encontrado un agente etiológico similar al Virus de Papiloma Humano (VPH) como causante del cáncer cérvico-uterino, aunque desde hace más de siete décadas, se ha asociado con la presencia de los estrógenos en la mujer, lo que conllevaba a la extracción de los ovarios como parte del tratamiento de este padecimiento; sin embargo, el papel de los estrógenos en la patogenia del cáncer de mama no se reduce a su producción endógena (Cóppola y Cols. 2005) ya que al inicio de la década del 2000, la relación del cáncer de mama con el uso de la terapia de remplazo hormonal (administración exógena), quedó firmemente fundamentada; así principalmente el estudio del WHI (Women's Health Initiative 2002) y otros estudios similares, observaron un incremento de hasta un 24% de cáncer de mama en las mujeres que tomaban la combinación de estrógenos y progestina, en comparación al grupo que no lo tomaba, lo que aunado a similar incremento del 24% en las mujeres de enfermedad coronaria, llevó a la reducción radical de su uso y siempre bajo estricto control médico y por tiempos menores a 5 años.

En síntesis, los estrógenos endógenos tienen un papel preponderante en la génesis de este cáncer; no obstante, distintas situaciones dependientes del ambiente y los hábitos de vida, (edad de la menarquia y la menopausia, número de hijos, amamantamiento al seno materno o bien la presencia de obesidad en la mujer, entre otros), pueden modificar el riesgo de cáncer de mama mediado por estos estrógenos endógenos; sin embargo, hay que reconocer el posible incremento de esta patología con la ministración exógena (Cóppola y Cols. 2005).

Por último, el cambio de la vida reproductiva de la mujer actual respecto a generaciones anteriores, representa, sin lugar a dudas, que las primeras están más expuestas a los estrógenos endógenos al haber disminuido el número de hijos y los periodos de lactancia a la vez de presentar la menarquia más temprana y la menopausia más tardía y presentar, en muchos casos, su primer embarazo posterior a los 30 años. Sin lugar a dudas, este es un elemento biológico intrínseco al incremento de la

incidencia del cáncer de mama que se observa a nivel mundial y por supuesto en nuestro país, por lo que, conocedores de esta situación y teniendo una hipótesis fundamentada de su incremento, debemos observar con mayor atención las cifras que se presentan en nuestro país en las dos últimas décadas.

Gráfica 3. Mortalidad por cáncer de mama por Entidad Federativa 2009.

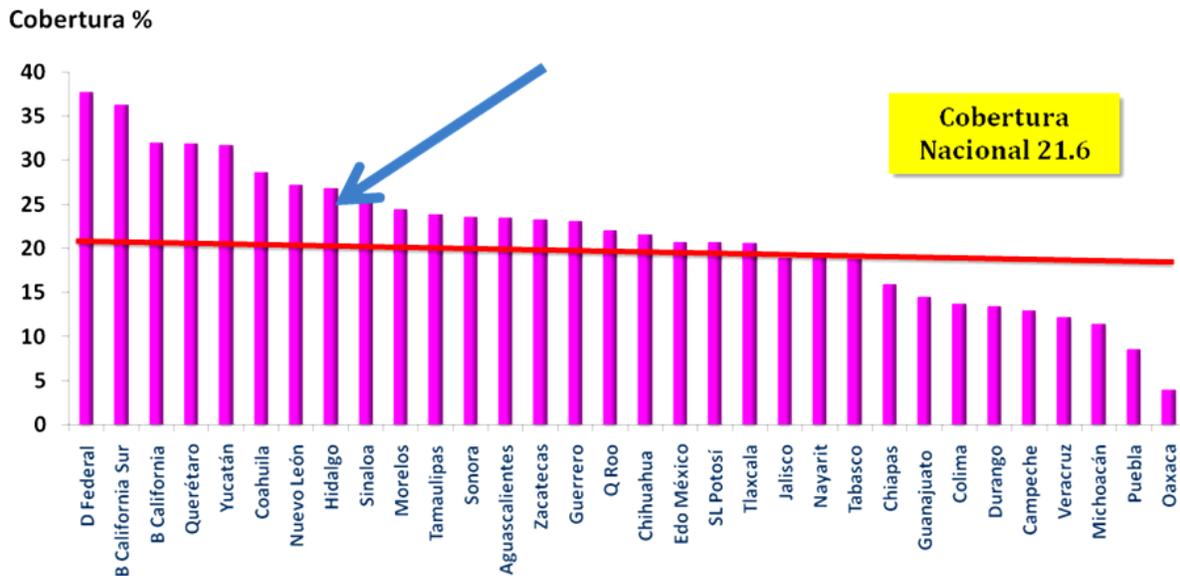


Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad
Fuente: SSA/SINAIS. Base de datos de defunciones 2008 Información final
 *Datos preliminares

En el caso específico de nuestro país, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años y más es de 16.5 X 100,000 para el año 2009.

Comparativamente, el estado de Hidalgo se encuentra significativamente por debajo de esta cifra, ocupando el sexto lugar entre las menores tasas.

Gráfica 4. Cobertura de detección de Cáncer Mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad según Entidad Federativa, en los últimos 12 meses (2010).



Fuente: INSP; Encuesta de Medio Camino 2010.

En relación a los datos encontrados en la Encuesta Nacional de Medio Camino (ENMC) realizada en 2010, cuyos datos corresponden a lo descrito por la propia población, se encontró que el estado de Hidalgo se ubica en el octavo sitio a nivel nacional de las mejores coberturas de detección por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad.

Cabe señalar que, según la nueva Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de junio del 2011, se definió como posibilidad la realización del tamizaje en mujeres desde los 40 años de edad pero la ENMC no incorpora información relativa a este grupo de edad.

En síntesis, no obstante que el estado de Hidalgo se encuentra en niveles aceptables de cobertura de tamizaje tanto en cáncer cérvico-uterino como cáncer de mama, aún se encuentra por debajo de lo señalado en el Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012 y los Programas de Acción

correspondientes, por lo que es de vital importancia el desarrollo del presente proyecto para acercarse lo más posible a las metas señaladas en el PNS; además, garantizar el seguimiento de las mujeres tamizadas en el caso de ambos programas hasta que, en caso de ser necesario, ingresen a tratamiento gratuito a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos siendo para ello necesario establecer una excelente comunicación entre los niveles de atención y funcionalidad de la red de Servicios de Salud.

Aunado a lo anterior, se pretende evitar y repetir situaciones en otras entidades las cuales, al observarse en situaciones no tan bajas respecto a las demás, disminuyen las coberturas de detección en ambos cánceres y, en unos cuantos años las tasas de mortalidad se ven incrementadas.

3. Objetivo General:

El modelo estratégico con perspectiva de género y derechos humanos tiene como propósito fortalecer la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno del cáncer de mama y cérvico-uterino en el Sector Salud del estado de Hidalgo.

Alcances:

El alcance de este modelo es que efectivamente se pueda incidir en la prevención, detección y diagnóstico oportuno en cáncer de mama y cérvico-uterino en las regiones de mayor incidencia.

- Incrementar el número de mujeres de 25 a 64 años de edad que acudan a realizarse pruebas primarias de detección (según corresponda) papanicolao o prueba de captura híbrida para detección de virus de papiloma humano identificando, sensibilizando y facilitando el acceso a pruebas de detección preferentemente a usuarias que nunca se han realizado la detección.
- Asegurar el manejo, tratamiento gratuito y seguimiento de los casos en las Clínicas de Colposcopias y Centros Oncológicos acreditados.
- Incrementar la tasa de detección de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) y de cáncer de cérvix.
- Favorecer la actitud del personal médico en el contacto con las usuarias de los servicios.
- Evaluación de citotecnólogos, citólogos y patólogos para el diagnóstico de cáncer de cérvix.
- Reducir el tiempo desde el examen de citología hasta el examen de histopatología.
- Incrementar el tratamiento oportuno de lesiones de alto grado y cáncer de cérvix.

- Garantizar el tratamiento gratuito de cáncer cérvico-uterino a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
- Disminuir la mortalidad por cáncer cérvico-uterino en la población femenina del estado de Hidalgo en particular y de México.
- Favorecer la disminución del ritmo de crecimiento de la mortalidad por cáncer mamario en las mujeres.
- Un alto grado de apropiación del modelo estratégico para implementarlo interinstitucional y comunitariamente.
- Corresponsabilidades asumidas intra e interinstitucionalmente, intrainstitucionalmente y en la comunidad para prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno del cáncer de mama y cérvico-uterino.
- Una alta apreciación por parte del personal institucional de la propuesta y de su efectividad para movilizar a las comunidades en torno a la temática de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno del cáncer de mama y cérvico-uterino.
- Desde lo comunitario a través del personal de salud, la movilización social para la creación o fortalecimiento de redes de apoyo para que las mujeres accedan a pruebas de detección para cáncer de cérvix y de mama hasta garantizar el acceso y apego al tratamiento.
- La promoción de la salud, incentivando a las mujeres para el autocuidado de la salud mediante el uso adecuado y oportuno de los Servicios de Salud.
- La educación para la salud concientizando y estimulando la reflexión e introspección que tienen lugar en los procesos de aprendizaje formales, no formales o informales.
- La cohesión comunitaria favoreciendo procesos de identificación en proyectos de interés común y en reconocimiento de voces propias de la misma comunidad.
- Sensibilizar y concientizar a los prestadores de los Servicios de Salud en la importancia de la actitud, el conocimiento técnico y

las acciones comunitarias que favorecen en cada mujer la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno del cáncer de mama y cérvico-uterino en las mujeres de su región.

- Incrementar la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno del cáncer de mama y cérvico-uterino en mujeres según sus edades de riesgo.
- Difundir y promover la comprensión y aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo del 2007) y la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de junio del 2011).
- Establecer y aplicar estrategias de corte comunitario para la prevención del cáncer cérvico-uterino y de mama integrando actividades sensibilizadoras y educativas dirigidas a la comunidad en general e instituciones en particular para la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de las mujeres en la línea de vida.
- Sensibilizar a la población femenina y al prestador de Servicios de Salud sobre los factores de riesgo y la importancia de la autoexploración y exploración clínica de las mamas para el cuidado de su salud.
- Activar, sistemáticamente, en las unidades de salud y en la comunidad, acciones concretas que favorezcan el empoderamiento de las mujeres para la prevención y atención temprana de lesiones precursoras de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.
- Activar permanentemente el examen clínico de mama a toda mujer de 25 años y más, la concientización y enseñanza de la autoexploración a toda mujer a partir de los 20 años.

- Instalar acciones preventivas para la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mamario en mujeres con o sin factor de riesgo en regiones específicas.
- Asegurar un esquema de tratamiento para las mujeres con procesos inflamatorios en el primer nivel de atención.
- Promover el incremento en el número de mujeres tamizadas por mastografía.
- Asegurar la entrega oportuna de resultados de tamizaje y diagnóstico para cáncer de mama y cérvico-uterino.
- Promover la importancia de las redes sociales y corresponsabilidad de las autoridades municipales, organizaciones civiles, dependencias gubernamentales, líderes comunitarios, familias de las mujeres y de las mismas usuarias en el ejercicio de la prevención, atención y seguimiento para el tratamiento de cáncer de mama y cérvico-uterino.
- Favorecer la comunicación funcional entre los diferentes actores institucionales del programa de cáncer de la mujer en los diferentes niveles de atención.

Además, se aprecia una nueva visión cualitativa de la información donde actúa de forma catalizadora y modificadora en las estructuras del conocimiento, en el proceso de comunicación social en el cual están presentes las influencias del contexto donde se crea, recupera y utiliza; lo cual define un contexto propiciador para cambios en métodos y estilos de trabajo.

4. Metodología

Se creó la metodología de este modelo en consideración a otros modelos educativos que han sido probados y arrojado resultados exitosos en acciones comunitarias en el campo de la educación y de la salud (Herrera, P. 2002 y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2007), en los que se ha trabajado haciendo énfasis en la importancia de reconocer la relación desigual que existe entre el médico o personal de salud en general y las usuarias entre docentes, instructores, educadores, capacitadores, educandos, alumnos y capacitados. Los sabedores, contenedores del poder a través de la contención de la información, quienes en el momento de ser consultados por algún usuario o educando referente a cualquier patología se vinculan con otro desde una relación asimétrica puesto que se presupone con frecuencia que ellos y son los que saben y la gente común ignora o no sabe todo lo que el personal de salud o el educador tradicional conoce.

La metodología que se propone tiene sus orígenes en modelos aplicados que enfatizan la importancia de reconocer que existe una relación médico-paciente totalmente asimétrica entre el médico que detenta el poder y la mujer que sólo es una paciente más a atender así como de evidenciar las diversas dimensiones del abuso y maltrato, ya sea físico y/o psicológico que pueden sufrir las mujeres durante la atención en salud y que van desde las formas más elementales (minimizar sus quejas y malestares) hasta las más graves (condicionamiento o negación de la atención) para avanzar en el planteamiento de intervenciones oportunas y que los prestadores de servicios desempeñen su papel de garantes de los derechos de las usuarias, reconocidas como seres humanos que tienen derechos reproductivos y sexuales y que pueden ejercerlos.

Se parte de un enfoque teórico metodológico para entender el concepto de género como una categoría de análisis y reflexión que permite comprender las desigualdades y desventajas de las mujeres respecto a los hombres en los ámbitos social, económico, político y cultural, construidas históricamente a partir de las diferencias biológicas. Bajo este enfoque, la

perspectiva de género se convierte en una herramienta metodológica para ver y pensar las relaciones sociales entre mujeres y hombres de una manera distinta, que detecta y analiza el impacto diferenciado por sexo en las políticas, programas, proyectos y acciones que se llevan a cabo desde los tres niveles de gobierno y que propicien la transversalidad de la perspectiva de género.

La metodología que se utiliza para implementar cada uno de los temas es la participativa, esta metodología es un proceso dinámico, integrado, armónico y coherente, es una manera de aprender en donde se elimina la comunicación vertical y propone vías horizontales que estimulan a los participantes a ser críticos y creadores. Es un proceso donde se adquieren y comparten nuevos conocimientos a través de la reflexión y análisis.

Partir de la realidad: se comienza con los conocimientos y vivencias personales. Los principales mecanismos utilizados son la auto-reflexión, la lluvia de ideas, preguntas y relatos de historias. Se tienen en cuenta los aportes que se obtengan durante cada proceso grupal, ya que el saber y sentir de los participantes es el punto de partida para hacer posible la reflexión posterior y generar aprendizaje significativo.

Una vez que se cuenta con el marco global de las vivencias de la realidad, se entra a un proceso de reflexión, de análisis de los elementos que son de interés colectivo y que son los que se desean transformar. Es aquí donde las facilitadoras promueven una profundización del análisis anterior y aclaran técnicamente además de ampliar con nueva información para que las y los participantes elaboren conclusiones sobre el tema. Es importante crear espacios que faciliten que los participantes expresen sus conclusiones, comentarios y compromisos a fin de potencializar sus recursos personales y que se apropien de actitudes y acciones propositivas y conocimiento actualizado. Esto se genera dentro de un ambiente de apoyo psicológico que favorezca la participación activa de cada asistente a través de diferentes técnicas psicopedagógicas.

Se establecen compromisos que lleven a cambios de actitud. Una vez que los participantes han elaborado sus propias conclusiones, se les incentiva para que incorporen ese conocimiento a su vida a través de un compromiso personal o a través de una actividad colectiva que tenga como fin el cambio de actitud.

La estrategia opera sobre la base de la *Educación de Resonancia Comunitaria* en la medida que son varias las actividades de aprendizaje en que pueden participar el personal institucional y, en su momento, los miembros de la comunidad en un mismo periodo de tiempo, esto promueve el auto-aprendizaje mediante el aprovechamiento de oportunidades en cada una de las fases de trabajo.

El modelo estratégico favorece la adquisición de información al mismo tiempo que favorece la reflexión del personal de salud y de otros actores comunitarios en forma individual y en grupos, sobre sus relaciones consigo mismo, con un otro/a y con los demás que conforman su comunidad de referencia. En este sentido, es una estrategia que favorece el desarrollo de una cultura de salud centrada en la corresponsabilidad entre servicios de atención que proporcionan cuidado; las personas que generan su autocuidado, el cuidado a otros (mutuo cuidado) y la comunidad que aporta la responsabilidad compartida desde el reconocimiento de que la omisión de acciones institucionales implican injusticias sociales a las mujeres y, finalmente, a sus familias y comunidades.

En esta corresponsabilidad, también los medios de comunicación se incorporan a esta estrategia para que las personas se ocupen de sí mismas y transiten, en resonancia comunitaria, varios procesos de aprendizaje conducentes a su empoderamiento y autonomía para tomar decisiones informadas, más reflexionadas y, por tanto, más libres y responsables. Se genera con todo ello el autocuidado de las mujeres; es decir, se pone en acción un conjunto de decisiones y prácticas que se pueden tomar para ejercer un mayor control sobre su salud y, en este caso, la salud de sus hijas.

El autocuidado es un acto individual que cada persona realiza cuando goza de una autoestima adecuada y adquiere autonomía; es decir, cuando puede valerse por sí misma, capaz de tomar sus propias decisiones; sin embargo, hay mujeres que, por varios motivos y situaciones, carecen del poder de toma de decisiones respecto a su salud, particularmente esto se puede observar con mayor facilidad en algunas localidades en donde las relaciones de pareja recrean roles estereotipados y rígidos. En este sentido, es importante llevar a cabo acciones que también permitan concientizar a los varones de la importancia de la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento y seguimiento oportuno del cáncer de mama y cérvico-uterino. Desde los diferentes roles que el varón asume (pareja, padre, hermano, novio, amigo), es importante que se integre como agente transformador en el cuidado de su propia salud y de las mujeres.

Desde una perspectiva promocional de la salud, el autocuidado es una aproximación conceptual a la educación en salud que concurre a nuevas aportaciones como las nociones de equidad, igualdad y empoderamiento. Asume una reformulación respecto de las vertientes clásicas toda vez que enfatiza que los individuos, familias y comunidades se conviertan en sujetos de su propia salud mediante la adquisición de capacidades de autocuidado, cuidado mutuo y cuidado social. La protección y cuidado de la salud constituye un derecho inherente a las personas, lo cual funda la responsabilidad del Estado y de toda la sociedad en orden a participar activamente en el mejoramiento y solución de los problemas relacionados con este ámbito. Por tal motivo, el modelo estratégico plantea diferentes etapas en la que se hace énfasis en las acciones de carácter médico como en las comunitarias e implicación explícita de otras instancias e instituciones de las que tanto el primer como el segundo nivel de atención pueden gerenciar y coordinar para un ganar-ganar comunitario.

Entre más plural y heterogéneo sea el número de participantes y entre mayor sea el número de actividades complementarias, el efecto de resonancia será mayor y más efectivo para el logro de los objetivos.

La mera información no transforma actitudes y, menos, lleva a modificar por sí sola las prácticas de las mujeres. En este sentido, para que las mujeres, la comunidad no permanezca siendo un espectador de normas, valores o recomendaciones, se requiere que se impliquen en un proceso de auto reflexión permisible a prácticas que favorezcan el autocuidado.

Desde la parte técnica, el modelo estratégico dimensiona y valora la importancia del conocimiento veraz y contemporáneo respetando la cosmogonía de los participantes en cada una de las fases de trabajo que se proponen. Se construye el conocimiento grupalmente y se generan equipos de trabajo multidisciplinarios tutorados por especialistas que llevan a cabo su labor a partir del quehacer normado para el personal de salud hasta la corresponsabilidad comunitaria.

5. Estructura pedagógica

Fase 1

- Curso-Taller: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN1) Personal tomador de decisiones.

Fase 2

- Curso-Taller: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN2) Personal operativo de primer y segundo nivel de atención.
- Curso-Taller: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN3) Personal de citología y patología y personal específico de laboratorio.
- Curso-Taller: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN4) Personal de colposcopia

Fase 3

- Coordinación y Operación de Acciones Comunitarias (COAC).

Fase 4

- Resultados y Seguimiento de Acciones Comprometidas (RESEAC).

Fase 1. Curso-Taller: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN1)

de prevención, detección, diagnóstico y seguimiento para el tratamiento de cáncer de mama (Cama) y cáncer cérvico-uterino (Cacu) para personal institucional tomador de decisiones. Se anexa carta descriptiva. (Anexo 1)

Dirigido a: Personal gerencial (mandos medios y altos) y operativo interinstitucional del Sector Salud por jurisdicción, Subdirector Jurisdiccional, Responsable de Atención Integral, Epidemiólogo Jurisdiccional, Responsable de los Programas de Cáncer de la Mujer, Responsable de Promoción a la Salud Jurisdiccional y Responsable de la Atención del Menor de 5 años y Adolescente (vacunas), Asesor Médico del Seguro Popular, Responsable de Calidad, Coordinadores Médicos Municipales, Regidores de Salud y Educación, Asesores Médicos Regionales, Supervisores Médicos Delegacionales, Delegado Estatal de IMSS Oportunidades y Delegado Estatal de Régimen Ordinario, Supervisores de Zona de Educación Básica y Media, Supervisores Educativos de CONAFE, Jefes de Sector Indígenas y Generales, Jefe de Sector de Escuelas Generales, personal gestor del DIF, miembro del comité de salud, médicos, enfermeras, promotores de salud, auxiliares de salud,

vocales de salud, técnicos citotecnólogos, vacunadores, técnicos radiólogos, responsables de laboratorio y titulares de las Instancias Municipales para el Desarrollo de las Mujeres y autoridad municipal.

Será compromiso de las y los asistentes participar activamente en algún grupo de la segunda fase como parte del equipo de trabajo. Se compromete en el plan de trabajo que se socializa al interior del grupo y será presentado para evaluación de resultados en la Fase IV.



Personal directivo de la Jurisdicción Sanitaria Pachuca

Fase 2. Curso-Taller: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN2)

de prevención, detección, diagnóstico y seguimiento para el tratamiento de cáncer de mama (Cama) y cáncer cérvico-uterino (Cacu) para personal operativo del Sector Salud que tiene contacto directo y cotidiano con las usuarias y participación del sector educativo y municipal de la región.

Dirigido a: personal operativo interinstitucional del Sector Salud, médicos de 1º y 2º nivel de atención, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, parteras, promotores de salud, auxiliares de salud, vocales de salud, técnicos citotecnólogos, vacunadores, técnicos radiólogos, médicos radiólogos, colposcopistas, patólogos, médicos operativos, responsables de laboratorio de citología y patología, personal administrativo (captura) de los programas de cáncer de la mujer, titulares de las Instancias Municipales para el Desarrollo de las Mujeres, personal

gestor del DIF, orientadores escolares, directores de escuelas de educación básica, media, media superior y superior.

Esta fase está constituida de la siguiente manera:

Curso-Taller: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN2).

Dirigido a: personal operativo de primer y segundo nivel de atención.
Se anexa carta descriptiva (Anexo 2).

Curso-Taller Concientización de Acciones Necesarias (CODAN3).

Dirigido a: personal de citología y patología y personal específico de laboratorio.
Se anexa carta descriptiva (Anexo 3).

Curso-Taller: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN4).

Dirigido a: personal de colposcopia.
Se anexa carta descriptiva (Anexo 4).

Equipo de apoyo: Responsable Jurisdiccional de los programas de cáncer de la mujer, Coordinadores Médicos Municipales, regidores de salud y educación, supervisores regionales en salud, supervisores de zona de educación básica y media, personal gestor del DIF.



Dinámica de gimnasia cerebral, personal de laboratorio.

Evaluación práctica del personal de laboratorio, citotecnólogos y patólogos ante microscopio.



Fase 3. Trabajo Comunitario. Llevarán a cabo la operación de los conocimientos técnicos y acciones de planeación generadas durante la fase I y II de acuerdo a los compromisos y actividades acordadas promoviendo, interinstitucionalmente, en el Sector Salud/Educación y en la comunidad, la concientización en prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cáncer de mama y cérvico-uterino. Se anexa hoja programática (Anexo 5).

Acompañamiento, supervisión, modelaje y apoyo al personal gerencial de salud de 1º y 2º nivel de atención, educativo y municipal que asistieron a las fases 1 y 2.

Dirigido a: homólogos del personal de salud participante, mujeres población abierta, madres y padres de familia, autoridades y actores comunitarios clave (Presidentes Municipales, integrantes del Cabildo, Regidores, Titulares de las Instancias Municipales para el Desarrollo de las Mujeres, DIF, Registro Civil, sector educativo, entre otros). Este trabajo se lleva a cabo en unidades de salud, auditorios, aulas, jardín, llano o cualquier espacio que se adapte para poder trabajar con la comunidad, coordinado y operado por personal de salud.

Sesión en el municipio de Eloxochitlán con sobreviviente de cáncer de mama compartiendo su experiencia.



Aprendiendo la rutina de la autoexploración mamaria. Localidad La Estancia, municipio de Atotonilco el Grande.



Integración de grupos de mujeres para pasar a cada uno de los stands de salud en el municipio de Mineral de la Reforma.



Fase 4. Resultados y Seguimiento de Acciones Comprometidas. Las y los participantes presentarán los resultados de la experiencia desarrollada durante la fase III realizando un análisis de los compromisos adquiridos y de las fortalezas que contribuyan a darle seguimiento y continuidad al modelo estratégico con perspectiva de género y derechos humanos de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno del cáncer de mama y cérvico-uterino. Las y los participantes de la primera y segunda fase asisten a una sesión de seguimiento en la que se comparte el trabajo que generó cada uno de los asistentes y sus equipos de trabajo. Se anexa carta descriptiva (Anexo 6)



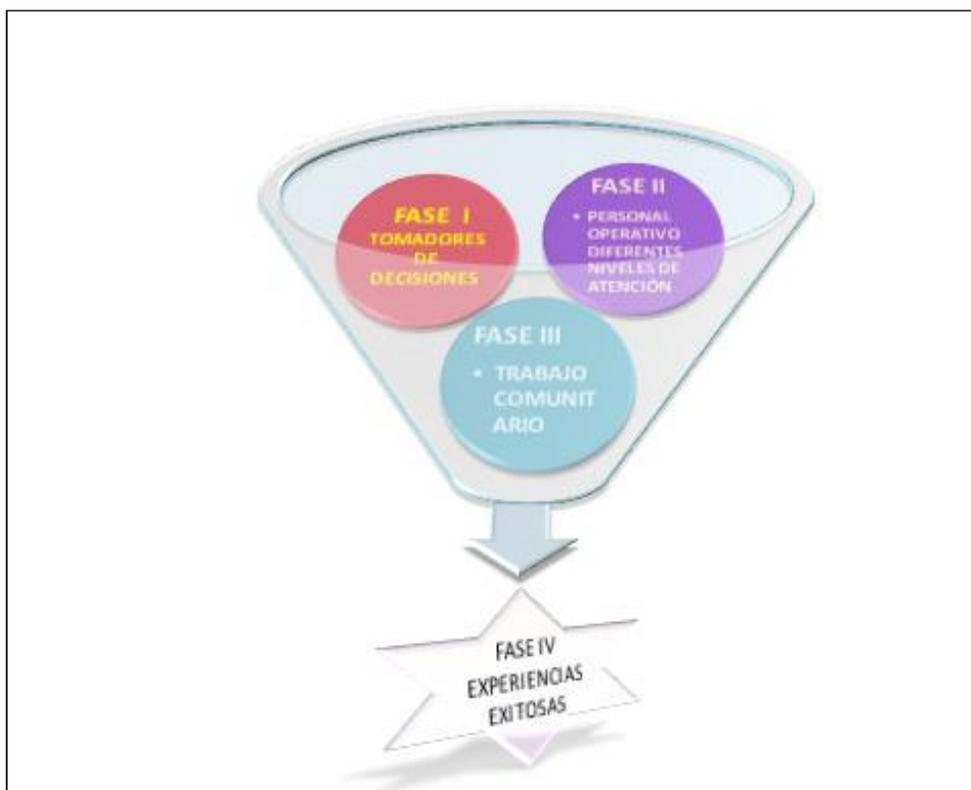
Personal de la Jurisdicción Sanitaria de Pachuca y de la Subsecretaría Estatal de Salud Pública.



Personal de la Jurisdicción Sanitaria de Metztitlán.

Dirigido a: personal participante que asistió a la fase I y II. Se hacen grupos constituidos de tal manera que asisten por muestreo, el 30% del total de participantes. No hay representantes ni personas sustitutas, únicamente se permite la asistencia y participación activa de las personas convocadas.

El Modelo Gráfico de toda la estructura pedagógica queda representado de la siguiente manera:



6. Conclusiones y/o recomendaciones

Es importante que se siga favoreciendo la integración en los equipos de trabajo de salud a personal con perfil educativo, pues enriquece al trabajo comunitario con técnicas y estrategias creativas, elementos que no son favorecidos en las currículas médicas.

El problema presentado es la cantidad de mujeres que padecen cáncer de mama y cérvico-uterino, la elevada tasa de mortalidad que se presenta debido a estas enfermedades y la falta de oportunidades en las detecciones y diagnósticos oportunos. Son enfermedades que deben ser identificadas con tiempo por las mujeres y diagnosticadas tempranamente por las instituciones de salud. El número de pacientes que son atendidas en México a causa del cáncer de mama y cérvico-uterino es muy alto; es importante que las mujeres conozcan y tomen conciencia de los factores de riesgo pues muchas mujeres se exponen de manera inconsciente y sin saberlo a estos factores de riesgo elevando sus probabilidades de desarrollar estas enfermedades. El cáncer es prevenible en la medida en que sus causas y factores de riesgo conocidos puedan evitarse.

No sólo las mujeres que padecen cáncer de mama o cérvico-uterino son quienes están involucradas en el problema, sino todas, ya que todas corren el riesgo de contraerlo por el solo hecho de ser mujer, por ello, resulta muy útil para cada una saber cuáles son los factores que contribuyen a la aparición de la enfermedad y buscar la manera de reducir las posibilidades de desarrollar cáncer.

Finalmente, es importante mencionar que ante enfermedades como éstas, se involucra a la familia de la paciente que sufre el dolor de la lucha contra el cáncer, involucra a amigos y conocidos y a toda la sociedad cuando se presenta a gran escala y, ciertamente, un aspecto relacionado en este caso con la realidad, son, en varios casos, los niños, niñas y adolescentes que quedan sin madre a muy corta edad a causa de la enfermedad, la manera en que perecen las mujeres que presentan este problema es muy penosa y en ocasiones poco digna; el dolor sufrido es una agonía y el dolor que le

causa a los familiares es muy fuerte y, por añadidura, enfermedades como estas traen consigo un desajuste económico para la familia tan fuerte que se ve mermada la calidad de vida.

El cáncer de mama y cérvico-uterino son enfermedades que pueden ser mortales si no son detectadas a tiempo, por eso, es conveniente llevar a cabo revisiones periódicas y prestar atención a cualquier cambio para detectar a tiempo su aparición y poder combatirlo ofreciendo una mayor posibilidad de sobrevivencia sin posibilidades de reincidencia.

A continuación se enlistan las siguientes recomendaciones que, en su conjunto, impactarán en la disminución de la mortalidad de las mujeres por cáncer cérvico-uterino y de mama:

- Es preciso favorecer la comunicación directa entre los diferentes actores que integran los diversos procesos de cada programa, tanto en el primer nivel propiamente dicho (personal médico, de enfermería, de trabajo social, TAPS y comunicadores), como la necesaria entre los actores participantes en los diferentes niveles de atención (Clínicas de Colposcopia o de mama y primer nivel y, de éste último, con el laboratorio de citología); no hay que olvidar que, aunque los diversos actores se encuentran ubicados en distintos niveles de atención, forman parte de microprocesos o eslabones de atención enlazados entre sí y que la falla en alguno de ellos repercute negativamente en los otros.
- Identificar que no necesariamente el cumplimiento de una meta corresponde a población beneficiada si los conceptos no se interpretan como mujeres cubiertas y/o protegidas a fin de no confundir en el desempeño cotidiano, la importancia de la cobertura y no del cumplimiento de metas por sí mismas o productividad del individuo o la unidad de salud.
- Incorporar en la planeación anual, programas de capacitación permanente mediante diversas estrategias: cursos-talleres presenciales, cursos en línea, supervisiones estatales, asistencia a

talleres o cursos nacionales como reconocimiento al desempeño de los mejores, entre otras.

- Considerar cada una de las normas (NOM) como referentes mínimos de cumplimiento de las acciones que se llevan a cabo dentro del sector salud, ya que, de acuerdo a la evidencia científica es que se hace el planteamiento de cada norma y se introducen aquellas estrategias que, aunque de manera aparente representan “mayores costes”, han demostrado mejores resultados en beneficio de las usuarias.
- Fortalecer las supervisiones estatales y sobre todo, construir equipos de supervisión integrales tanto de las áreas normativas como de las correspondientes a primer nivel.
- Garantizar material didáctico apropiado dirigido a las mujeres del estado de Hidalgo referente a los elementos básicos del significado de padecer cáncer cérvico-uterino o de mama y que de manera lógica y natural las mujeres se apropien de ellos e incorporen en su conducta de autocuidado las acciones de corresponsabilidad que deben realizar en sí mismas para disminuir los riesgos de presentarlos o para favorecer su temprana detección.

Bibliografía

- Bosch F., Epidemiology of human papillomavirus: New options for cervical cancer prevention. *Salud Pública México*; 2003; 45 Supl3: 326-339.
- Castells, Manuel. 2011 *Flujos, redes e identidades: una teoría crítica de la sociedad informacional*.
- Cavazos G. 2009. *Historia y evolución de la medicina. Manual Moderno. México*.
- Cóppola F., Nader J., Aguirre R. Metabolismo de los estrógenos endógenos y cáncer de mama: *Rev Med Uruguay* 2005; 21: 15-22.
- Gómez E. 2002. *El médico como persona en la relación médico-paciente. Editorial Fundamentos. Madrid España*.
- González C. 2010. *Breve historia de la medicina. Universidad Veracruzana. México*
- González M. 2003. La relación médico-paciente y su significado en la formación profesional: En *Educación Médica superior* Vol. 17. no. 4 Oct.-Dic 2003.
- Lafarga, C. Conferencia Magistral dictada en UNAM 2009 Facultad de Estudios Superiores.
- Maza, F. y Vecchi M. 2009. El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil, *Salud Pública* Vol. 51(2) México.
- Menéndez L. 2009. Sistemas médicos-modelos médicos (4) Modelo Médico Hegemónico. En: diciembre 2011
<http://culturaysalud.wordpress.com/2009/03/12/sistemas-medicos-modelos-medicos-4-modelo-medico-hegemonico>
- Muñoz, Nubia, Xavier Castellsagué, Amy Berrington de González, Lutz Gissmann, 2006. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. Science Direct.
- Menéndez L. 2009. Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. En: diciembre 2011.
- Olivares, F. 2009. Modelo Ecológico para una vida libre de violencia de género en ciudades seguras. http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/309/1/images/Modelo_Ecologico.pdf
- Sidney M. 2003. *La personalidad saludable: el punto de vista de la psicología humanista*. Trillas. México.
- Stevens, J. 2008. *El darse cuenta*. 20ª reimpresión Ed. Cuatro Vientos. Argentina.

Tejeda D., Serrano M., Gómez-Pastrana F. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)). Oncología (Barc.) V. 30 N. 2 Madrid 2007.
http://www.ms.gba.gov.ar/Residencias/bibliografia/BiblioComun/Modelo_Hegemonico.pdf

Glosario

Cáncer: la palabra cáncer deriva del latín y, como la derivada del griego carcinoma, significa 'cangrejo'. Se considera a veces sinónimo de los términos 'neoplasia' y 'tumor'; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno. El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas) con crecimiento y división más allá de los límites normales (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). Tumor maligno en general que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular con capacidad de producir metástasis.

Control: inspección, vigilancia que se ejerce sobre personas o cosas.

Detección: significa realizar pruebas para determinar la presencia de una enfermedad cuando no hay antecedentes o síntomas de la misma. Los médicos piden la realización de este tipo de pruebas para la detección precoz de una enfermedad; es decir, cuando el tratamiento puede ser más efectivo. Localización de alguna cosa que no puede observarse directamente mediante aparatos o métodos físicos o químicos: la detección de algunos tumores se realiza mediante exploraciones con escáner.

Biopsia: extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos.

Cáncer: tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

Cáncer invasor: cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde aquellos diagnosticados sólo por microscopio hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

Cáncer in situ: de acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Carcinoma: término que se refiere a una neoplasia epitelial maligna.

Carcinoma in situ de la mama: se refiere al tumor maligno confinado al epitelio que recubre un conducto o un lobulillo sin rebasar la membrana basal.

Ciclo mamario completo: técnica de tratamiento con radiaciones ionizantes el cual comprende la región mamaria afectada (con o sin glándula) y las zonas linfoportadoras.

Comunicación educativa: proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social que permite la producción y difusión de mensajes de alto impacto con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

Consejería: proceso de comunicación interpersonal entre el prestador del servicio de salud y usuarias mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso.

Educación para la salud: proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Factores de riesgo: conjunto de condiciones particulares que incrementan la probabilidad de desarrollar una patología.

Ganglio: estructura diferenciada que se encuentra rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo y algunas fibras elásticas que forma parte de las cadenas del sistema linfático.

Grey: dosis absorbida que resulta de la aplicación de 1 Joule/Kg de peso necesaria para elevar la temperatura del agua en 2.4 por 10 calorías por gramo que equivale a 100 rads. Es decir, 1 rad = 10 Gy = 1cGy. El Gray (GY) es la unidad en Sistema Internacional de la dosis absorbida.

Herencia: transmisión de los caracteres, físicos y psíquicos de un individuo a su descendencia, siguiendo unas leyes determinadas que son objeto de estudio de la genética. Solo pueden transmitirse los caracteres de la línea germinal; es decir, los que van fijos a los genes de los gametos.

Hiperplasia: proliferación de más de dos células por encima de la membrana basal en el conducto o el lobulillo.

Hiperplasia simple: proliferación de más de dos células por encima de la membrana basal en el conducto o el lobulillo sin alteraciones citológicas ni estructurales.

Hiperplasia atípica: proliferación de más de dos células por encima de la membrana basal en el conducto o el lobulillo con alteraciones citológicas y/o estructurales.

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG): cambios celulares que abarcan dos tercios o más del espesor del epitelio escamoso. Corresponden a este tipo de lesiones las identificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ/ NIC 2-3.

Mastografía o mamografía: estudio radiológico de las mamas tomado con un aparato (mastógrafo) diseñado especialmente para este fin, con el que podrán efectuar mastografías de pesquisa y de diagnóstico.

Metástasis: propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. Para que experimente metástasis, una célula cancerosa tiene que desprenderse de su tumor, invadir los sistemas circulatorio o linfático que la llevarán a un sitio nuevo y establecerse por sí misma en dicho lugar.

Profilaxis: del griego pro: anticipación, a favor + filakos: protector. Son varias las acepciones a las que puede hacer referencia este término dentro de las ciencias médicas:

Medicina profiláctica: se conoce también como Medicina Preventiva. Está conformada por todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad o estado "anormal" en el organismo.

Morbilidad: es la presentación de una enfermedad o daño que ocurre sobre una población específica en un lugar y tiempo determinado.

Mortalidad: son las defunciones que ocurren en una población en un lugar específico y tiempo determinado.

Neoplasia: formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

Nódulo: estructura de un ganglio.

Nuligesta: condición de la mujer que nunca se ha embarazado.

Nulípara: condición de la mujer que no ha parido.

Oncología: rama de la medicina que estudia los tumores benignos y malignos.

Participación social: proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación de los programas y acciones de salud con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Prevención primaria: todas aquellas actividades o acciones de promoción, educación o fomento de la salud, así como las de protección específica para la prevención de las enfermedades.

Prevención secundaria: se refiere a todas aquellas actividades o acciones que están encaminadas a lograr el diagnóstico y tratamiento temprano con el fin de limitar los daños a la salud.

Prevención terciaria: actividades que se dirigen a la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de la paciente o a evitar complicaciones.

Profilaxis antimicrobiana: se refiere al uso de medicamentos con efecto antimicrobiano (antibacterianos, antimicóticos, antiparasitarios y antivirales), con el objetivo de prevenir el desarrollo de una infección. Son las acciones dirigidas a eliminar el riesgo, ya sea evitando la ocurrencia del evento o impidiendo los daños. La prevención adquiere su mayor importancia y máxima aplicación en los procesos de desarrollo a largo plazo.

Promoción de la salud: proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la Salud.

Tilectomía o tumorectomía: excisión del tumor directamente del sitio de localización.

Anexo 1

Fase I Objetivo general

Promover un cambio de actitud en el personal de salud respecto al cáncer de mama y cervicouterino a través de técnicas vivenciales que promueven la toma de conciencia y el desarrollo de habilidades de comunicación funcional, auto-cuidado, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno para favorecer la práctica profesional comprometida de los niveles gerenciales y operativos en beneficio de las mujeres de su comunidad.

Sesión uno

Horario	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material didáctico	
08:00	00:30	Bienvenida e inauguración	Los participantes identificarán a cada una de las instituciones que favorecen la acción educativa en la atención de la salud de la mujer	Recepción al grupo y participación del nivel Estatal, jurisdiccional y del IHM	Ninguno	
08:30	00:20		Preevaluaciones	Responder cuestionario técnico	Cuestionarios 253 cuestionarios CACU 253 cuestionarios CAMA	
08:50	00:30	Introducción y presentación de participantes	Precisar expectativas de los asistentes	Gimnasia Cerebral. Plenaria	Hojas blancas y de colores, plumones	
09:20	00:10		Establecer reglas para facilitar las sesiones grupales	Plenaria	Hojas blancas, plumones , masking-tape	
09:30	00:10		Revisar agenda del taller	Plenaria	Ninguno	
09:40	01:35		Propiciar la integración del grupo	1) Para llegar al grupo 2) Presentación: A) El 1,2,3 (amigos 6, familia 6, equipo de trabajo 5. Incluirte en el grupo que gustes. 3 min. B) Hacer equipos de 3 personas y compartir 10 min. C) Se les solicita encerrar en un círculo a una de las personas que dibujaron. Se expresa el significado del 1,2,3. Se pide que elijan una persona de las circunferenciadas. D) Se les prepara para una escucha activa de una pieza musical y se les dice "Escucha a esa persona que ahora es una usuaria del servicio que das. Al término se les pide que expresen su SENTIMIENTO. Se hacen reflejos simples y se les solicita que escriban en una hoja blanca cuatro acciones que sí dependen de sí mismos para apoyar en la prevención detección o tratamiento de esa persona y cuatro acciones para que apliques a ti misma. 5 minutos. E) En corrillos de 4 personas para compartir acciones y posibilidades de llevarlas a cabo en el aquí y ahora. 10 min F) Plenaria, acciones y posibilidades. 10 min. G) Conclusiones. 5 min.	Fotocopias de hoja guía, 240 hojas blancas, 110 Colores de crayola. Pieza musical: Vivir Sin Aire. Aparato reproductor de música.	
11:15	00:45	Panorama epidemiológico de cáncer cervicouterino y mamario	Identificar aspectos epidemiológicos y eslabones críticos en cáncer cervouterino y mamario en el Estado y la jurisdicción.	Conferencia Interactiva de nivel estatal y nivel jurisdiccional	Presentación Power Point de nivel estatal y de nivel jurisdiccional	
12:00	00:15	Receso				
12:15	00:30	CAMA. La historia natural del cáncer de mamá	Comprender la historia natural del cáncer de mama a través del análisis reflexivo, diferenciando mitos y realidades de esta enfermedad.	Conferencia Interactiva	pwp. computadora y cañón	

Horario	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material didáctico	
12:45	00:30	Prevención, detección y tratamiento de cáncer de mama	Reconocer los momentos de prevención primaria y secundaria, detección temprana y tratamiento oportuno de cáncer de mama	Conferencia Interactiva	pwp. computadora y cañón	
13:45	00:30		Sensibilizar la importancia del conocimiento y cuidado de las glándulas mamarias	Ejercicio Botella: A) 6 equipos de 5 personas para sistematización de la información técnica, preguntas en corto 15 minutos. B) un equipo se convierte en jueces y se les entrega la guía de preguntas y respuestas (Cuestionario CAMA). Cada juez registrará aciertos y errores, dos fallas, una muerte de mujer y cada acierto es una vida salvada. La decisión del juez es inapelable. Se entrega una botella a cada juez. Juego de la botella 20 min. El equipo debe favorecer las respuestas correctas que no se mueran las mujeres; sin embargo la respuesta que se le da al juez únicamente la puede dar, verbalizar directamente quien señalo la botella. El juez sólo expresa si es correcta o no. De no acertar entre todo el equipo, el juez lee la respuesta correcta. En plenaria, los jueces dan el conteo de pérdidas si las hay y cuántas mujeres salvaron.	6 botellas y 6 cuestionarios con preguntas y respuestas.	
13:15	00:30	Factores de riesgo y su fundamento en cáncer de mama	Identificar en la población de mujeres los factores de riesgo a fin de precisar aquellos grupos de mujeres que requieren mayor vigilancia	Plenaria		
14:15	01:15	COMIDA				
15:30	00:20	Conexión de hemisferios cerebrales	Centrar atención integralmente			
15:50	00:20	CACU: La historia natural del cáncer cervico-uterino. Identificación de momentos de prevención primaria y secundaria.	Reconocer las fortalezas de la detección oportuna del Cacu y algunas repercusiones, calidad de vida y consecuencias personales, familiares, laborales y sociales en la detección de un cáncer avanzado	BRAQUIEJERCICIO. Cada quien tiende su cobija en el piso. Se recuestan boca arriba brazos a los costados, piernas ligeramente levantadas del piso. Quietud absoluta y en silencio tres minutos y únicamente moviendo la boca empiezan a verbalizar sensaciones. Segunda parte: imagina que eres una mujer que tiene cáncer cervico-uterino cuyo caso ya no fue operable y que requiere para su tratamiento la braquiterapia, es decir, la introducción de un material radioactivo del tamaño de un arroz o lenteja que introducen por la vagina o uretra y debe quedar en el sitio preciso para que irradie únicamente el tumor y no llegue la radiación a vejiga, vagina, matriz, recto, colon. Toma la posición corporal, aceptaste este tratamiento, cómo le hiciste para resolver la cotidianidad de tu casa, de tus hijos, de tu trabajo, con tus labores cotidianas, quieres ir al baño y no te puedes mover. 4 horas dos participantes, 18 horas, tres participantes y 72 horas los restantes. Ustedes fueron los afortunados en poder recibir el tratamiento. Los recursos que hay en el país no son suficientes para todas las personas que lo necesitan. Competiste por el lugar de privilegio que tienes en este momento al estar recibiendo este tratamiento preciso. No eres esta mujer con cáncer, eres un trabajador de la salud y estás sano, cuándo fué la última vez que te hiciste tu chequeo médico, incluiste la detección de acuerdo a tu sexo y edad de los cánceres más frecuentes para que el tratamiento sea oportuno y no tengas que llegar a una braquiterapia. Cierre de ejercicio con arraigo, relajamiento y centramiento.	Cobija de cada participante Aparato reproductor de música piezas de arraigo, relajación y centramiento. Reproductor de CD	
16:10	00:30			Conferencia interactiva	pwp. Computadora y cañón	
16:40	00:35					
17:15						

Sesión dos

Horario	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material didáctico	
08:00	00:30	Llegando al grupo SALUDO GRUPAL	Centrar la atención en el aquí y ahora		Ninguno	
08:30	00:30	Detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino	Reconocer la fortaleza de la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y algunas repercusiones, calidad de vida y consecuencias personales, familiares, laborales y sociales en la detección de un cáncer avanzado.	Conferencia Interactiva	Presentación de Power Point	
09:00	00:40			Ejercicio Tarjetas de colores: Triadas, se le entrega a cada triada un juego de tarjetas. 10 Equipos de tres personas. Se enumeran los equipos del 1 al 10, a los nones se les entregan tarjetas de preguntas y a los pares se les entregan las tarjetas de respuesta. Se junta un equipo par con un non para trabajar, y asociar los conceptos durante 5 minutos. Las tarjetas asociadas con clip se depositan en una caja y son revisadas por las facilitadoras y las asociaciones incorrectas son separadas y devueltas al equipo de origen. Las facilitadoras hacen registro de cuántos errores hay y cada uno de éstos corresponde a un mal manejo y posible evolución por la muerte de una mujer.	120 tarjetas plastificadas: 60 corresponden a definiciones, las otras 60 a términos. Son 6 juegos completos (usando 12 colores diferentes) y plastificados un color las respuestas y de otro las preguntas. Equipos pares con preguntas y equipos nones con respuestas.	
09:40	01:00	Diálogo conmigo mismo	Identificar y reconocer los cuidados y omisiones que como persona y prestador de los servicios de salud ejerzo	CONTACTO CON LAS MANOS. LAS MANOS MIS MANOS MI CUERPO. Porque me quiero... me cuido. Confesiones: Preparación y recorrido corporal. B) confesiones en diálogo con dos importantes: Hace cuánto que te ví, que te mimé, que te acaricié, que te atendí, que vi por tu salud/ Reflexionar cómo es que sí o no pude hacerlo/ cómo reconcilarme contigo si necesito hacerlo/Acuerto y compromiso contigo/ Segunda vuelta. Escribirlos y lacrarlos, guardarlos para trabajar con ellos en sesión de la fase 4 CARTA A SÍ MISMOS TUS COMPROMISOS PERSONALES	hojas blancas bolígrafos, velas rojas y encendedor, piezas musicales, aparato reproductor de música	
10:40	01:00	Presiones Técnicas en la identificación	Pros y contras de Exploración clínica vs mastografía Autoexploración, exploración clínica y mamografía.	Autoexploración y Exploración clínica	cobija	
11:40	00:15	RECESO				
11:55	00:30	Los tres momentos de vida para evitar una muerte. Conocer los microprocesos involucrados. Métodos de detección de cáncer cervicouterino y mamario. Realidades de la vacuna	Conocer las ventajas y desventajas de la prueba de captura Hibrida vs. Papanicolau.	Conferencia Interactiva	Presentación de Power Point	
12:25	01:30	Síndrome de Burnout: Es tu problema o no es tu problema, es tu responsabilidad o no	Conocer las características del síndrome de burnout.	La mentira más grande: Conferencia Interactiva cierre		

Horario	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material didáctico
13:55	00:30	Acompañando y apoyando a otros... y tú, ¿cómo te apoyas?	Identificar el contacto corporal como elemento de comunicación y de vinculación con otras personas. Reconocer las fortalezas de los equipos de trabajo.	Paseo Lunar: en grupos de tres, una de las personas se coloca en el centro con las manos en la cintura, las otras dos se colocan en ambos lados, tomándola por los brazos. A continuación, la persona del centro dará saltos lentamente mientras que las dos de los lados la sostienen con las manos elevándola un poco más alto y acompañándola en la toma de tierra, tratando de que vaya más lejos con un movimiento como si volara a cámara lenta. cambio de rol al interior de la triada. Después, quintetos, septetos y finalmente equipos de nueve personas. Ejercicio vivencial: Tenenago humano. Se entrega hoja guía para procesamiento individual, se guarda y se pasa al segundo ejercicio vivencial: Paseo Lunar. Se resuelve hoja guía y se pasa a plenaria.	Paliacates Aparato de música Programa musical Cobija, calcetas de cada integrante del grupo.
14:25	01:00	Comida			
15:25	00:25	Identificar el contacto corporal como elemento de comunicación y de vinculación con otras personas. Reconocer las fortalezas de los equipos de trabajo.	Sentimiento, inteligencia		Cpu, cañon y señalizador
15:50	00:40		El poder si/no. Los pañuelos		Ninguno
16:30					

Sesión tres

Horario	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
08:00	00:15	c. Las tres actitudes básicas en la atención al usuario. - Congruencia. - Valoración incondicional. - Empatía	Describirán formas funcionales de la comunicación identificando las tres actitudes básicas a partir de lecturas, reflexiones y ejercicios de sensibilizaciones.	Microseminario	Documento impreso y en archivo de pwp
08:15	01:20				Material síntesis de las tres actitudes básicas. Cámaras fotográficas de papel. CD con música
09:35	00:15	RECESO			
09:50	00:20	d) Retroalimentación	El participante conocerá y aplicará los elementos de la retroalimentación como componente de optimización de los recursos personales de sí mismo, compañeros y colaboradores en el proceso de comunicación funcional.	Conferencia Interactiva: La retroalimentación	Cpu, cañón y señalizador
10:10	01:00			La retroalimentación desde el dar cuenta y resolviendo en equipos	Formatos de retroalimentación
11:10	00:05	III. La dimensión humana del prestador de servicios de salud. Reconocimiento del sentimiento del promotor en salud y manejo técnico en promoción de la salud materna.	El educando reflexionará respecto a la importancia del manejo del contenido técnico y su vínculo con la identificación del sentimiento y valores del promotor en salud y en la promoción de la salud.	Encuadre	Ninguno
11:15	02:00			Síndrome de Burnout	Cuestionarios para cada participante.
13:15	00:15				
13:30	01:30	COMIDA			
15:00	00:50	a. Los sentimientos básicos	El asistente reconocerá la importancia del contacto corporal como elemento de comunicación y de vinculación, con otras personas. El asistente identificará los sentimientos que le implica la proxemia y el contacto corporal con otro.	Reconociéndonos	Diadas
15:50	00:10			Plenaria	
16:00	00:30			b. La importancia de la identificación de sentimientos del prestador de servicios de salud en atención a la mujer	Conferencia Interactiva: MATEA recapitulación
16:30					

Sesión cuatro					
Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
08:00	00:30	Saludo. Retomando la sesión	El educando discriminará de su andamiaje los elementos centrales del eje del contenido temático revisado con antelación.	El saludo corporal Plenaria	Ninguno
08:30	01:30	a. Identificación de la escucha del sí mismo.	El educando distinguirá la importancia del monitoreo y contacto corporal de sí mismo como una herramienta facilitadora en el proceso de comunicación	Taller corporal	Programa musical Aparato de música con reproductor de CD (Estereo, no grabadora)
10:00	01:35		El participante identificará los elementos de observación corporal que se implican en la atención física	Ejercicios de atención física	Estimuladores sensoriales
11:35	00:15		RECESO		
11:50	00:20		El participante identificará los elementos de observación corporal que se implican en la atención física	Ejercicio de atención física: ¿Qué cambió?	Ninguno
12:10	00:45			Foto-Espejo	Ninguno
12:55	00:50			Plenaria	Ninguno
13:45	00:05		COMIDA		
13:50	01:20		El participante integrará diferentes técnicas que promueven la escucha activa en sus relaciones interpersonales cotidianas	Conferencia Interactiva: La Escucha Activa	Cpu, cañón, señalizador
15:10	00:40			Modelaje	Ninguno
15:50	00:40	b. (Continuación) Escucha activa del prestador de servicios de salud.		Ejercicios, Técnicas de escucha activa. Triada 1	Ninguno
16:30	00:40			Cambio de rol en la Triada	Ninguno

Sesión cinco

Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
08:00	00:20	Saludo. Retomando la sesión	El educando, discriminará de su andamiaje los elementos centrales del eje de contenido temático revisado con antelación.	Saludo respirando.	Ninguno
08:20	01:00	Acciones comunitarias	Compartir experiencias exitosas.	Conferencia interactiva	Presentación
09:20	01:30	Acciones y compromisos	El participante identificará la importancia de su quehacer cotidiano a favor de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio para la realización de acciones en la jurisdicción y unidad de competencia.	Presentación de acciones comprometidas	Cpu, cañón y señalizador
10:50	00:15	RECESO			
11:05	01:00	Planeación y logística	El asistente generará acciones operativas y logísticas para la prevención de la muerte materna a través de las conductas gerenciales que se impliquen con el quehacer de 1ro y 2do nivel de atención.	Planeación logística y operativa de la estrategia para 1ro y 2do nivel de atención	
12:05	00:20	Evaluación	El educando valorará para sí mismo su propio proceso de enseñanza-aprendizaje al interior del Curso-Taller.	Encuadre	Ninguno
12:25	01:05			Versión Ganar-Ganar/ Cuestionarios técnicos/Cuestionarios IHM	CPU, Cañón. Programa
13:30	00:30	Registro de pretest técnico y evaluación escrita.	El asistente identificará los contenidos técnicos aprendidos durante el Curso-Taller.	Responder cuestionario	Formato de evaluación para cada participante
14:00					

Anexo 2

Fase 2

Objetivo general		Requerimientos para los participantes			No. de participantes:
Promover un cambio de actitud en el personal de salud respecto al cáncer de mama y cervicouterino a través de técnicas vivenciales que promueven la toma de conciencia y el desarrollo de habilidades de comunicación funcional, autocuidado, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno para favorecer la práctica profesional comprometida de los niveles gerenciales y operativos en beneficio de las mujeres de su comunidad.		Una sábana o cobija para poner en el suelo, calcetas, ropa que le permita a cada participante hacer movimientos corporales extendiendo con facilidad cada parte de su cuerpo, puede usar pants o pantalones holgados (no mezcilla) o bien, faldas o blusas largas suficientemente amplias.			Máximo 30 personas.
Sesión uno					
Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
08:00	00:30	Bienvenida e inauguración.	Los participantes identificarán a cada una de las instituciones que favorecen la acción educativa en la atención a la salud de la mujer	Recepción al grupo y participación de nivel Estatal, jurisdiccional y del IHM	Ninguno
08:30	00:20		Preevaluaciones	Responder cuestionario técnico	Cuestionarios 253 cuestionarios CACU 253 cuestionarios CAMA
08:50	00:30	Introducción y presentación de participantes.	Precisar expectativas de los asistentes	Gimnasia Cerebral. Plenaria	Hojas blancas y de colores plumones
09:20	00:10		Establecer reglas para facilitar las sesiones grupales	Plenaria	Hojas blancas plumones , masking-tape
09:30	00:10		Revisar agenda del taller	Plenaria	Ninguno
09:40	01:35		Propiciar la integración del grupo	1) Para llegar al grupo 2) Presentación: A) El 1,2,3 (amigos 6, familia 6, equipo de trabajo 5. Incluirte en el grupo que gustes. 3 min. B) Hacer equipos de 3 personas y compartir 10 min. C) Se les solicita encerrar en un círculo a una de las personas que dibujaron. Se expresa el significado del 1,2,3. Se pide que elijan una persona de las circunferenciadas. D) Se les prepara para una escucha activa de una pieza musical y se les dice "Escucha a esa persona que ahora es una usuaria del servicio que das. Al término se les pide que expresen su SENTIMIENTO. Se hacen reflejos simples y se les solicita que escriban en una hoja blanca cuatro acciones que sí dependen de sí mismos para apoyar en la prevención detección o tratamiento de esa persona y cuatro acciones para que apliques a ti misma. 5 minutos. E) En corrillos de 4 personas para compartir acciones y posibilidades de llevarlas a cabo en el aquí y ahora. 10 min F) Plenaria, acciones y posibilidades. 10 min. G) Conclusiones. 5 min.	Fotocopias de hoja guía 240 hojas blancas 110 Colores de crayola / Pieza musical: vivir sin aire. Aparato reproductor de música
11:15	00:45	Panorama epidemiológico de cáncer cervicouterino y mamario.	Identificar aspectos epidemiológicos y eslabones críticos en cáncer cervouterino y mamario en el estado y la jurisdicción.	Conferencia Interactiva de nivel estatal y nivel jurisdiccional	Presentación Power Point de nivel estatal y de nivel jurisdiccional
12:00	00:15	RECESO			
12:15	00:30	CAMA. La historia natural del cáncer de mamá.	Comprender la historia natural del cáncer de mama a través del análisis reflexivo, diferenciando mitos y realidades de esta enfermedad.	Conferencia Interactiva	pwp. computadora y cañón
12:45	00:30	Prevención, detección y tratamiento de cáncer de mama.	Reconocer los momentos de prevención primaria y secundaria, detección temprana y tratamiento oportuno de cáncer de mama.	Conferencia Interactiva	pwp. computadora y cañón

Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
13:45	00:30		Sensibilizar la importancia del conocimiento y cuidado de las glándulas mamarias	Ejercicio Botella: A) 6 equipos de 5 personas para sistematización de la información técnica, preguntas en corto 15 minutos. B) un equipo se convierte en jueces y se les entrega la guía de preguntas y respuestas (Cuestionario CAMA). Cada juez registrará aciertos y errores, dos fallas, una muerte de mujer y cada acierto es una vida salvada. La decisión del juez es inapelable. Se entrega una botella a cada juez. Juego de la botella 20 min. El equipo debe favorecer las respuestas correctas que no se mueran las mujeres; sin embargo la respuesta que se le da al juez únicamente la puede dar, verbalizar directamente quien señalo la botella. El juez sólo expresa si es correcta o no. De no acertar entre todo el equipo, el juez lee la respuesta correcta. En plenaria, los jueces dan el conteo de pérdidas si las hay y cuántas mujeres salvaron.	6 botellas 6 cuestionarios con preguntas y respuestas.
13:15	00:30	Factores de riesgo y su fundamento en cáncer de mama	Identificar en la población de mujeres los factores de riesgo a fin de precisar aquellos grupos de mujeres que requieren mayor vigilancia	Plenaria	
14:15	01:15	Comida			
15:30	00:20	Conexión de hemisferios cerebrales	Centrar atención integralmente		
15:50	00:20	CACU: La historia natural del cáncer cervicouterino. Identificación de momentos de prevención primaria y secundaria,	Reconocer las fortalezas de la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y algunas repercusiones, calidad de vida y consecuencias personales, familiares, laborales y sociales en la detección de un cáncer avanzado	BRAQUIEJERCICIO. Cada quien tiende su cobija en el piso. Se recuestan boca arriba brazos a los costados, piernas ligeramente levantadas del piso. Quietud absoluta y en silencio tres minutos y únicamente moviendo la boca empiezan a verbalizar sensaciones. Segunda parte: imagina que eres una mujer que tiene cáncer cervico-uterino cuyo caso ya no fue operable y que requiere para su tratamiento la braquiterapia, es decir, la introducción de un material radioactivo del tamaño de un arroz o lenteja que introducen por la vagina o uretra y debe quedar en el sitio preciso para que irradie únicamente el tumor y no llegue la radiación a vejiga, vagina, matriz, recto, cólon. Toma la posición corporal, aceptaste este tratamiento, cómo le hiciste para resolver la cotidianidad de tu casa, de tus hijos, de tu trabajo, con tus labores cotidianas, quieres ir al baño y no te puedes mover. 4 horas dos participantes, 18 horas, tres participantes y 72 horas los restantes. Ustedes fueron los afortunados en poder recibir el tratamiento. Los recursos que hay en el país no son suficientes para todas las personas que lo necesitan. Competiste por el lugar de privilegio que tienes en este momento al estar recibiendo este tratamiento preciso. No eres esta mujer con cáncer, eres un trabajador de la salud y estás sano, cuándo fué la última vez que te hiciste tu chequeo médico, incluíste la detección de acuerdo a tu sexo y edad de los cánceres más frecuentes para que el tratamiento sea oportuno y no tengas que llegar a una braquiterapia. Cierre de ejercicio con arraigo, relajamiento y centramiento.	Cobija de cada participante aparato reproductor de música piezas de arraigo, relajación y centramiento. Reproductor de CD.
16:10	00:30			Conferencia interactiva	pwp. Computadora y cañón
16:40					

Sesión dos

Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
08:00	00:30	Llegando al grupo SALUDO	Centrar la atención en el aquí y ahora	Conexión de hemisferios cerebrales	
08:30	00:30	Detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino.	Reconocer la fortaleza de la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y algunas repercusiones, calidad de vida y consecuencias personales, familiares, laborales y sociales en la detección de un cáncer avanzado	Conferencia Interactiva	Presentación de Power Point
09:00	00:40			Ejercicio Tarjetas de colores: Triadas, se le entrega a cada triada un juego de tarjetas. 10 Equipos de tres personas. Se enumeran los equipos del 1 al 10, a los nones se les entregan tarjetas de preguntas y a los pares se les entregan las tarjetas de respuesta. Se junta un equipo par con un non para trabajar, y asociar los conceptos durante 5 minutos. Las tarjetas asociadas con clip se depositan en una caja y son revisadas por las facilitadoras y las asociaciones incorrectas son separadas y devueltas al equipo de origen. Las facilitadoras hacen registro de cuántos errores hay y cada uno de éstos corresponde a un mal manejo y posible evolución por la muerte de una mujer	120 tarjetas plastificadas: 60 corresponden a definiciones las otras 60 a términos . son 6 juegos completos (usando 12 colores diferentes) y plastificados de un color las respuestas y de otro color las preguntas. Equipos pares con preguntas y equipos nones con respuestas.
09:40	01:00	Diálogo conmigo mismo	Identificar y reconocer los cuidados y omisiones que como persona y prestador de los servicios de salud ejerzo	CONTACTO CON LAS MANOS. LAS MANOS MIS MANOS MI CUERPO. Porque me quiero... me cuido: Confesiones: Preparación y recorrido corporal B) confesiones en diálogo con dos importantes: Hace cuánto que te ví, que te mimé, que te acaricié, que te atendí, que vi por tu salud/ reflexionar cómo es que sí o no pude hacerlo/ cómo reconcilarme contigo si necesito hacerlo/Acuerdo y compromiso contigo/ Segunda vuelta. Escribirlos y lacrarlos, guardarlos para trabajar con ellos en sesión de la fase 4 CARTA A SÍ MISMOS TUS COMPROMISOS PERSONALES.	hojas blancas bolígrafos, velas rojas y encendedor, piezas musicales, aparato reproductor de música paliacates programa musical reconociendonos velas rojas hojas blancas.
10:40	01:00	Presiones Técnicas en la identificación	Pros y contras de Exploración clínica vs mastografía. Autoexploración, exploración clínica y mamografía.	Autoexploración y Exploración clínica	cobija
11:40	00:15	Receso			
11:55	00:30	Los tres momentos de vida para evitar una muerte. Conocer los microprocesos involucrados. Métodos de detección de cáncer cervicouterino y mamario. Realidades de la vacuna	Conocer las ventajas y desventajas de la prueba de Captura Híbrida vs. Papanicolau.	Conferencia Interactiva	
12:25	00:20	Violencia Institucional	Reconocer los roles diferentes que la persona juega en la triada victimológica	la mentira más grande: Conferencia Interactiva cierre	Presentación de Power Point Video de burnout
12:45	01:20	Trabajo comunitario	Identificar acciones que generan empoderamiento a las mujeres en el cuidado de su salud, puntualizando el quehacer de las jornadas de conversasion colectiva JOCCAS.		
14:05	01:30	Comida			
15:35	00:20	Acciones y compromisos	El participante identificará la importancia de su quehacer cotidiano a favor de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio para la realización de acciones en la jurisdicción y unidad de competencia	Presentación de acciones comprometidas	Cpu, cañón y señalizador

Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
15:55	00:20	Planeación y logística	El asistente generará acciones operativas y logísticas para la detección temprana de Cacú y Cama a través de las conductas gerenciales que se impliquen con el quehacer de 1ro y 2do nivel de atención.	Planeación logística y operativa de la estrategia para 1ro y 2do nivel de atención	
16:15	00:15	Evaluación	El educando valorará para sí mismo su propio proceso de enseñanza-aprendizaje al interior del Curso-Taller.	Encuadre	Ninguno
16:30	00:15			Versión Ganar-Ganar/ Cuestionarios técnicos/Cuestionarios IHM	CPU, Cañon. Programa
16:45	00:30	Registro de pretest técnico y evaluación escrita	El asistente identificará los contenidos técnicos aprendidos durante el Curso-Taller	Responder cuestionario	Formato de evaluación para cada participante
17:15	00:15	Retroalimentación grupal	El participante dará retroalimentación positiva y adversa del desempeño personal, grupal así como del curso taller.	Plenaria	Ninguno

Anexo 3

Objetivo General					
Promover la concientización e importancia del trabajo técnico cotidiano y la relación de este desempeño en el cuidado de la salud y calidad de vida de las mujeres para generar resultados de laboratorio confiables.					
Sesión personal de laboratorio					
Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
09:00	00:05	Bienvenida e inauguración	Los participantes identificarán a cada una de las instituciones que favorecen la acción educativa en la atención a la salud de la mujer	Recepción al grupo y participación de nivel Estatal, jurisdiccional y del IHM	Ninguno
09:05	00:20	Introducción y presentación de participantes	Precisar expectativas de los asistentes	Gimnasia Cerebral. Plenaria	hojas blancas y de colores plumones
09:25	00:10		Establecer reglas para facilitar las sesiones grupales	Plenaria	Hojas blancas plumones , masking-tape
09:35	00:10		Revisar agenda del taller	Plenaria	Ninguno
09:45	01:00		Propiciar la integración del grupo	1) Para llegar al grupo 2) Presentación: A) El 1,2,3 (amigos 6, familia 6, equipo de trabajo 5. Incluirte en el grupo que gustes. 3 min. B) Hacer equipos de 3 personas y compartir 10 min. C) Se les solicita encerrar en un círculo a una de las personas que dibujaron. Se expresa el significado del 1,2,3. Se pide que elijan una persona de las circunferenciadas D) Se les prepara para una escucha activa de una pieza musical y se les dice "Escucha a esa persona que ahora es una usuaria del servicio que das. Al término se les pide que expresen su SENTIMIENTO. Se hacen reflejos simples y se les solicita que escriban en una hoja blanca cuatro acciones que sí dependen de sí mismos para apoyar en la prevención detección o tratamiento de esa persona y cuatro acciones para que apliques a ti misma. 5 minutos E) En corrillos de 4 personas para: compartir acciones y posibilidades de llevarlas a cabo en el aquí y ahora. 10 min. F) Plenaria, acciones y posibilidades. 10 min. G) Conclusiones. 5 min.	Fotocopias de hoja guía 240 hojas blancas 110 Colores de crayola / Pieza musical: Vivir sin Aire. Aparato reproductor de música
10:45	00:30	Panorama epidemiológico de cáncer cervicouterino	Identificar aspectos epidemiológicos y eslabones críticos en cáncer cervouterino	Conferencia Interactiva de nivel estatal y nivel jurisdiccional	Presentación Power Point
11:15	00:15	RECESO			
11:30	00:15	Conexión de hemisferios cerebrales	Centrar atención integralmente		Reproductor de música Pieza musical
11:45	00:25	Detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino: lesiones precancerosas y cáncer	Reconocer las fortalezas de la detección oportuna del cacu y algunas repercusiones, calidad de vida y consecuencias personales, familiares, laborales y sociales en la detección de un cáncer avanzado	Conferencia Interactiva	Presentación de Power Point

Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico	
12:10	00:45	Puntualizaciones técnicas para el trabajo en el laboratorio: valoración de conocimientos en citología de los estudios inadecuados, adecuados, lesión de bajo y alto grado, cáncer	Verificar y analizar resultados entre especialistas desde la práctica cotidiana	Conferencia Interactiva	Pretest presentación de láminas pwp	
12:55	00:15	Receso				
13:10	01:00	Puntualizaciones técnicas para el trabajo en el laboratorio: valoración de conocimientos en citología de los estudios inadecuados, adecuados, lesión de bajo y alto grado, cáncer	Verificar y analizar resultados entre especialistas desde la práctica cotidiana	Taller de casos de difícil diagnóstico: Valoración de 20 casos. Después del diagnóstico realizado por los participantes se realiza un análisis de los resultados de cada participante. Análisis del diagnóstico emitido.		
14:10	00:40	La historia natural del cáncer cervicouterino. Identificación de momentos de prevención primaria y secundaria,	Reconocer las fortalezas de la detección oportuna del cacu y algunas repercusiones, calidad de vida y consecuencias personales, familiares, laborales y sociales en la detección de un cáncer avanzado	BRAQUIEJERCICIO. Cada quien tiende su cobija en el piso. Se recuestan boca arriba brazos a los costados, piernas ligeramente levantadas del piso. Quietud absoluta y en silencio tres minutos y únicamente moviendo la boca empiezan a verbalizar sensaciones. Segunda parte: imagina que eres una mujer que tiene cáncer cervicouterino cuyo caso ya no fue operable y que requiere para su tratamiento la braquiterapia, es decir, la introducción de un material radioactivo del tamaño de un arroz o lenteja que introducen por la vagina o uretra y debe quedar en el sitio preciso para que irradie únicamente el tumor y no llegue la radiación a vejiga, vagina, matriz, recto, cólon. Toma la posición corporal, aceptaste este tratamiento, cómo le hiciste para resolver la cotidianidad de tu casa, de tus hijos, de tu trabajo, con tus labores cotidianas, quieres ir al baño y no te puedes mover. 4 horas dos participantes, 18 horas, tres participantes y 72 horas los restantes. Ustedes fueron los afortunados en poder recibir el tratamiento. Los recursos que hay en el país no son suficientes para todas las personas que lo necesitan. Competiste por el lugar de privilegio que tienes en este momento al estar recibiendo este tratamiento preciso. No eres esta mujer con cáncer, eres un trabajador de la salud y estás sano, cuándo fué la última vez que te hiciste tu chequeo médico, incluíste la detección de acuerdo a tu sexo y edad de los cánceres más frecuentes para que el tratamiento sea oportuno y no tengas que llegar a una braquiterapia. Cierre de ejercicio con arraigo, relajamiento y centramiento.	Cobija de cada participante aparato reproductor de música piezas de arraigo, relajación y centramiento. Reproductor de CD.	
14:50	01:30	Comida				
16:20	01:30	Práctica en laboratorio y verificación de procesos	El participante identificará especificaciones técnicas en la verificación de procesos	Taller teórico práctico en el laboratorio regional de salud pública		
17:50	00:10	Retroalimentación grupal	El participante analizará y reflexionará respecto a la retroalimentación positiva y adversa del desempeño personal y grupal	Retroalimentación individual y grupal. Procesamiento en grupo para análisis de resultados obtenidos por los participantes	Ninguno	
18:00						

Anexo 4

OBJETIVO GENERAL					
Promover la concientización e importancia del trabajo técnico cotidiano y la relación de este desempeño en el cuidado de la salud y calidad de vida de las mujeres para generar resultados de laboratorio confiables.					
SESIÓN PERSONAL DE COLPOSCOPIA					
Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
09:00	00:05	Bienvenida e inauguración	Los participantes identificarán a cada una de las instituciones que favorecen la acción educativa en la atención a la salud de la mujer.	Recepción al grupo y participación del nivel Estatal, jurisdiccional y del IHM	Ninguno
09:05	00:20	Introducción y presentación de participantes	Precisar expectativas de los asistentes.	Gimnasia Cerebral. Plenaria	hojas blancas y de colores plumones
09:25	00:10		Establecer reglas para facilitar las sesiones grupales.	Plenaria	Hojas blancas plumones , masking-tape
09:35	00:10		Revisar agenda del taller	Plenaria	Ninguno
09:45	01:00		Propiciar la integración del grupo.	1) Para llegar al grupo 2) Presentación: A) El 1,2,3 (amigos 6, familia 6, equipo de trabajo 5. Incluirte en el grupo que gustes. 3 min. B) Hacer equipos de 3 personas y compartir 10 min. C) Se les solicita encerrar en un círculo a una de las personas que dibujaron. Se expresa el significado del 1,2,3. Se pide que elijan una persona de las circunferenciadas. D) Se les prepara para una escucha activa de una pieza musical y se les dice "Escucha a esa persona que ahora es una usuaria del servicio que das. Al término se les pide que expresen su SENTIMIENTO. Se hacen reflejos simples y se les solicita que escriban en una hoja blanca cuatro acciones que sí dependen de sí mismos para apoyar en la prevención detección o tratamiento de esa persona y cuatro acciones para que apliques a ti misma. 5 minutos. E) En corrillos de 4 personas para compartir acciones y posibilidades de llevarlas a cabo en el aquí y ahora. 10 min F) Plenaria, acciones y posibilidades. 10 min. G) Conclusiones. 5 min.	Fotocopias de hoja guía 240 hojas blancas 110 Colores de crayola / Pieza musical: Vivir Sin Aire. Aparato reproductor de música

Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico	
10:45	00:20	Panorama epidemiológico de cáncer cervicouterino	Identificar aspectos epidemiológicos y eslabones críticos en cáncer cérvico-uterino	Conferencia Interactiva de nivel estatal y nivel jurisdiccional	Presentación Power Point	
11:05	00:15	RECESO				
11:20	00:15	Conexión de hemisferios cerebrales	Centrar atención integralmente			
11:35	00:20	Detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino.	Reconocer la fortalezas de la detección oportuna del cacu y algunas repercusiones, calidad de vida y consecuencias personales, familiares, laborales y sociales en la detección de un cáncer avanzado.	Conferencia Interactiva	Presentación de Power Point	
11:55	00:45	Puntualizaciones técnicas desde la coposcopia: El diagnóstico citológico	Identificar el conocimiento técnico personal y grupal de los asistentes.	Evaluación y Microtaller	Pretest	
12:40	00:15	RECESO				
12:55	00:30	La actualización técnica y humanística en beneficio de las usuarias: A) Técnica de la toma de muestra	Verificar resultados entre especialistas desde la práctica cotidiana y el impacto de su quehacer profesional en el cuidado de la salud de las mujeres	Microtaller		
13:25	00:20	B) Envío de las piezas quirúrgicas al laboratorio de patología	Identificar el procedimiento y sustento de la técnica de la toma de muestra	Conferencia Interactiva		

Hora	Tiempo	Tema	Objetivo	Actividad	Material Didáctico
13:45	00:40	Tallereando desde la ética	Reconocer las fortalezas de la detección oportuna del cacu y algunas repercusiones, calidad de vida y consecuencias personales, familiares, laborales y sociales en la detección de un cáncer avanzado	BRAQUIEJERCICIO. Cada quien tiende su cobija en el piso. Se recuestan boca arriba brazos a los costados, piernas ligeramente levantadas del piso. Quietud absoluta y en silencio tres minutos y únicamente moviendo la boca empiezan a verbalizar sensaciones. Segunda parte: imagina que eres una mujer que tiene cáncer cervico-uterino cuyo caso ya no fue operable y que requiere para su tratamiento la braquiterapia, es decir, la introducción de un material radioactivo del tamaño de un arroz o lenteja que introducen por la vagina o uretra y debe quedar en el sitio preciso para que irradie únicamente el tumor y no llegue la radiación a vejiga, vagina, matriz, recto, cólon. Toma la posición corporal, aceptaste este tratamiento, cómo le hiciste para resolver la cotidianidad de tu casa, de tus hijos, de tu trabajo, con tus labores cotidianas, quieres ir al baño y no te puedes mover. 4 horas dos participantes, 18 horas, tres participantes y 72 horas los restantes. Ustedes fueron los afortunados en poder recibir el tratamiento. Los recursos que hay en el país no son suficientes para todas las personas que lo necesitan. Competiste por el lugar de privilegio que tienes en este momento al estar recibiendo este tratamiento preciso. No eres esta mujer con cáncer, eres un trabajador de la salud y estás sano, cuándo fué la última vez que te hiciste tu chequeo médico, incluíste la detección de acuerdo a tu sexo y edad de los cánceres más frecuentes para que el tratamiento sea oportuno y no tengas que llegar a una braquiterapia. Cierre de ejercicio con arraigo, relajamiento y centramiento.	Pieza musical de arraigo y preparación para el ejercicio Cobija de cada participante. Aparato reproductor de música. Piezas musicales para mcovilización corporal Reproductor de música.
14:25	01:00	Comida			
15:25	01:30	Verificación de procesos , técnicas y acuerdos entre diferentes equipos de trabajo	Práctica y verificación de procesos en el laboratorio y la importancia de la confirmación y seguimiento de las mujeres	Trabajo en laboratorio. Con ojos de un Dios nada se ve	
16:55	00:10	Retroalimentación grupal	El participante dará retroalimentación positiva y adversa del desempeño personal, grupal así como del curso taller.	Plenaria	Ninguno
17:05					

Anexo 5

Modelo básico de hoja programática para planear ruta de trabajo comunitario

Hora	Descripción	Área de responsabilidad	Planeación blanco	Duración del evento o tiempo de traslado
08:00	Salida de COMUNIDAD AAAAA	IMSS OPORT Microregión	Mujeres	2 hrs
08:40	Desayuno en COMUNIDAD BBBB	ISSSTE	Escolares	1 hr
09:00	Salida de COMUNIDAD BBBB	SSH - Caravana	Población abierta	2 hrs
11:00	Inicio de actividades en COMUNIDAD CCCC	IMSS UMR	Autoridades	2 Hrs
13:00	Salida de COMUNIDAD CCCC hacia COMUNIDAD DDDDD		1 hr
14:00	Comida			2:30 Hrs
15:30	Inicio de actividades en DDDDD			1 hr
17:30	Salida de DDDD hacia COMUNIDAD EEEE			2 hrs
19:30	Llegada a comunidad FFFF y pernoctar			1 hr

Anexo 6

Fase IV

Objetivo: Recuperar de cada participante y equipo de trabajo local la experiencia comunitaria adquirida y llevada a la práctica, fundamento en la perspectiva de género, humanista, enfoque intercultural y científico, identificando y promoviendo la incorporación de conocimientos, habilidades, actitudes, valores y experiencias que generan la corresponsabilidad personal, profesional, institucional y social en el cuidado de la salud de las mujeres para prevenir, detectar, diagnosticar y tratar

Dirigido a: personal de la fase I y personal seleccionado de la fase II.

Estructura Pedagógica

Se inicia la sesión a las 9 hrs. y se concluye a las 17 hrs.

La sesión está diseñada para un número entre 25 y 30 participantes.

Requerimientos para los participantes:

Será compromiso de los asistentes llevar exposición de trabajo realizado de acuerdo a los compromisos adquiridos en la fase 1 o respectivamente en la Fase II. El formato de presentación puede ser escrito, en archivo electrónico o anecdótico. Se requiere llevar evidencia del trabajo realizado.

Programa

9:00 Bienvenida

9:10 Lineamientos de funcionamiento logístico, operativo y conformación de equipos para exposición de trabajos y acciones representativos en cada localidad. Cada equipo cuenta con 20 minutos para compartir sus experiencias exitosas. Si la presentación fuera individual, contará con 10 minutos.

10:00 Descripción de acciones exitosas de cada diada o equipo.

11: 30 -11:40 Receso (10 Minutos).

11:40 -14:00 Descripción de acciones exitosas de cada diada o equipo.

14:00 - 14:40 Comida (40 Minutos).

14:40 - 15:30 Acciones de seguimiento local y programación de sesión de seguimiento con personal estatal y jurisdiccional en cada localidad.

15:30 - 17:00 Cierre.