



SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

INSTITUTO HIDALGUENSE DE LAS MUJERES

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE
GÉNERO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2011**

HGO_ meta2_1_Modelo_2011

**Documento Metodológico 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.**

“Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL EDUCATIVO	3
MARCO DE REFERENCIA TÉCNICO DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y DE MAMA	17
OBJETIVO GENERAL Y ALCANCES	20
METODOLOGÍA	29
ESTRUCTURA PEDAGÓGICA	38
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL 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	42
BIBLIOGRAFÍA	56
GLOSARIO	57
ANEXOS CARTAS DESCRIPTIVAS	61

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 y, que orientan en la capacitación integral, acciones comunitarios 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 ha ido logrando dejar 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; González C. 2010, Menéndez) 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 hay 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 sigue 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 que 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 post grado, nacen desvinculados de los niveles no hospitalarios; se relacionan exclusivamente con la enfermedad mas 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 la 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, 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, 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 y 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 a 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 experimentadas 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 recurrente 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 respuestas a muchos del 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 comunitario.

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 (2011): 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. Y que 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	<ul style="list-style-type: none"> • Absolutización del aspecto externo. • Estandarización. • Métodos directivos y autoritarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutor de directrices-preestablecidas. • Limitación de la individualidad y creatividad • Autoritario, rígido, controlador. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Concepción del papel del educando, colaborador, subalterno	<ul style="list-style-type: none"> • Sujeto pasivo, reproductor de información. • Operador de acciones sin que las comprenda • Poca iniciativa, inseguridad, escaso interés personal. • No implicado en el proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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, la unidireccionalidad, la rigidez, la ausencia de creatividad, la inseguridad, el 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, y cuando, 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, el educador, desarrolle 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 sus usuarias y su 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 para favorecer 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 ir:

- Valorando la participación activa y estimulando su desarrollo.
- Apoyando la autoevaluación por parte de los participantes, tanto de sus logros y dificultades como de la propia propuesta del curso y las actividades docentes.
- Realizando un registro progresivo, acumulativo e integrado de las producciones de los participantes.
- Ponderando 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 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 coste de los servicios que presta. La organización se resiente al disminuir la actividad en el trabajo y, en 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 su 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 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 de una mirada hacia sí misma 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. 2004 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 educación y salud de las mujeres
- Falta de oportunidades y de igualdad para hombres y mujeres
- 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.

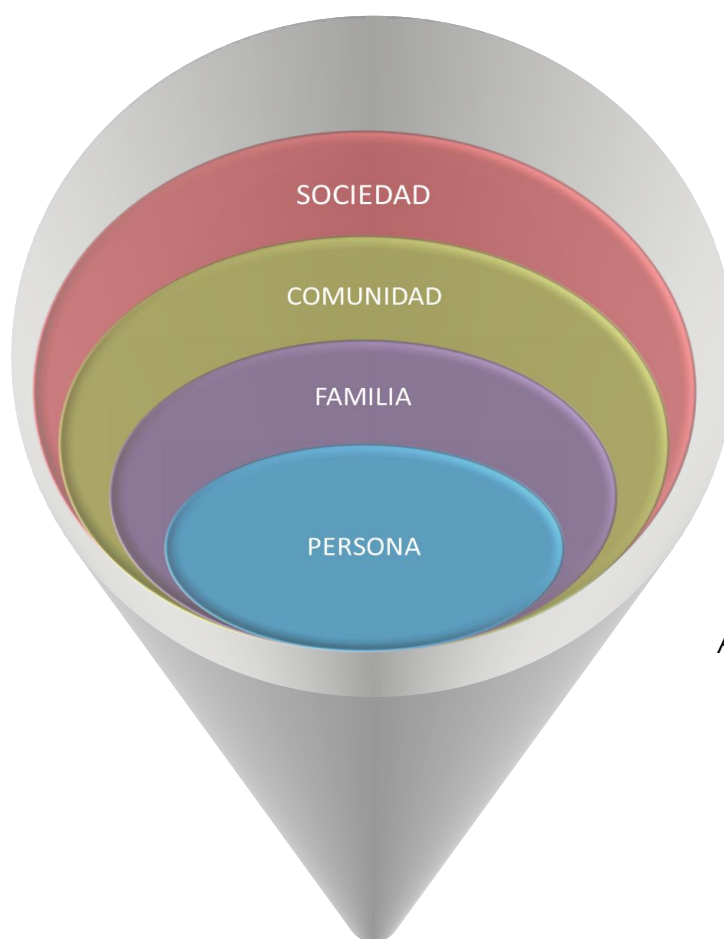
En el nivel comunitario es crucial en la generación de localidades seguras, con justicia social y libres de violencia, porque es donde se gestan las redes de relación

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 los protagonistas 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 de ciudad o municipio, entidad federativa o zona metropolitana es, de entrada, trabajar para modificar las condiciones sociales y la infraestructuras de las comunidades barriales y de los vecindarios o zonas. 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, 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 asimismo, 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 la economía como en lo social.



Aportaciones de PG

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 epidemiológica 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*.

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 500 000 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 VPH que nos permite asegurar sí en el caso particular del tamizado, se presenta o no la infección de 13 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; las cuales 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 del cáncer del cuello del útero, situación que con investigaciones posteriores, se comprobó irrefutablemente mas 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 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 VPH conllevan un curso benigno y se resuelven espontáneamente, la evidencia científica ha permitido describir que el cáncer de cuello de útero es una secuela a largo plazo de una infección persistente por ciertos genotipos del VPH llamados de alto riesgo.

Existen más de 100 tipos diferentes de 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 al 80% 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.

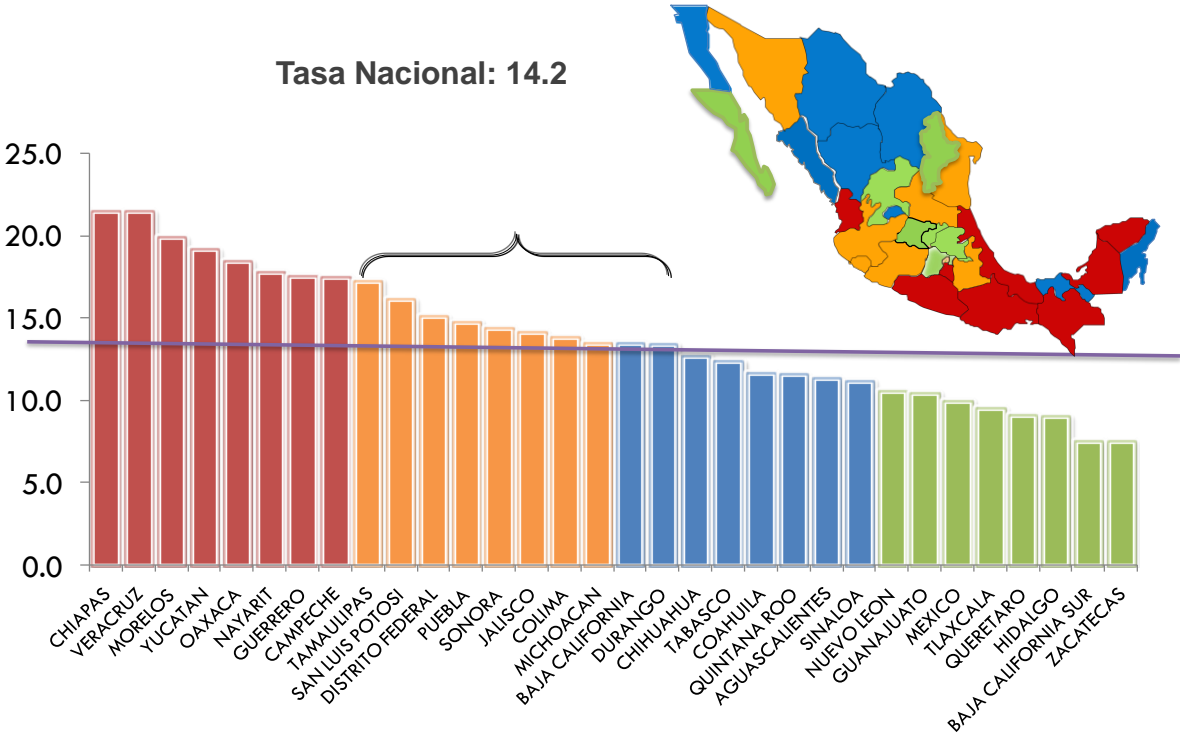
Conocer específicamente si una mujer está expuesta o no a presentar cáncer cérvico uterino es el principal reto en nuestro país, pero también por los avances de la ciencia, nos encontramos con que este reto se pueda convertir en una oportunidad para prevenir las infecciones más frecuentes por medio de 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 ésta) una infección por algún virus oncogénico, y al no resolverse favorablemente y persistir como tal durante 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 aunque 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 mientras en Hidalgo y Nuevo

León las tasa presentadas en el 2009 fueron 9.1 y 10.6 x 100,000 mujeres de 25 años y mas respectivamente, en las otras entidades señaladas, las tasas observadas fueron 21.6; 17.6; 21.6 y 19.2 correspondientemente para el mismo año, casi dos veces o más por encima de Hidalgo y Nuevo León.

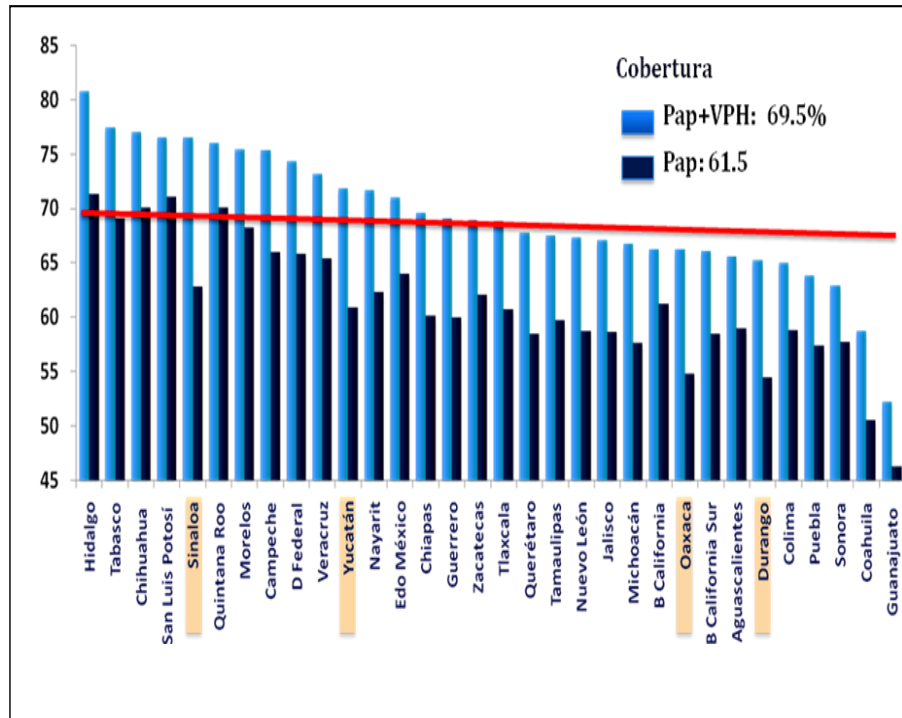
Mortalidad por cáncer cérvico uterino por Entidad Federativa, 2009*



*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 4164 mujeres por esta causa.

Cobertura de Detección de Cáncer Cérvico Uterino por Papanicolaou o Prueba de VPH en Mujeres de 25 a 64 años de Edad por Estado en los Últimos Tres Años (Gráfico 2)



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 en 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 tasas mayores e incluso comparables a las presentadas en otras entidades federativas; de ahí la importancia del presente proyecto que pretende disminuir la brecha hacia el interior del estado.

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 900 000 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 llega 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 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. 2007))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 de 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.

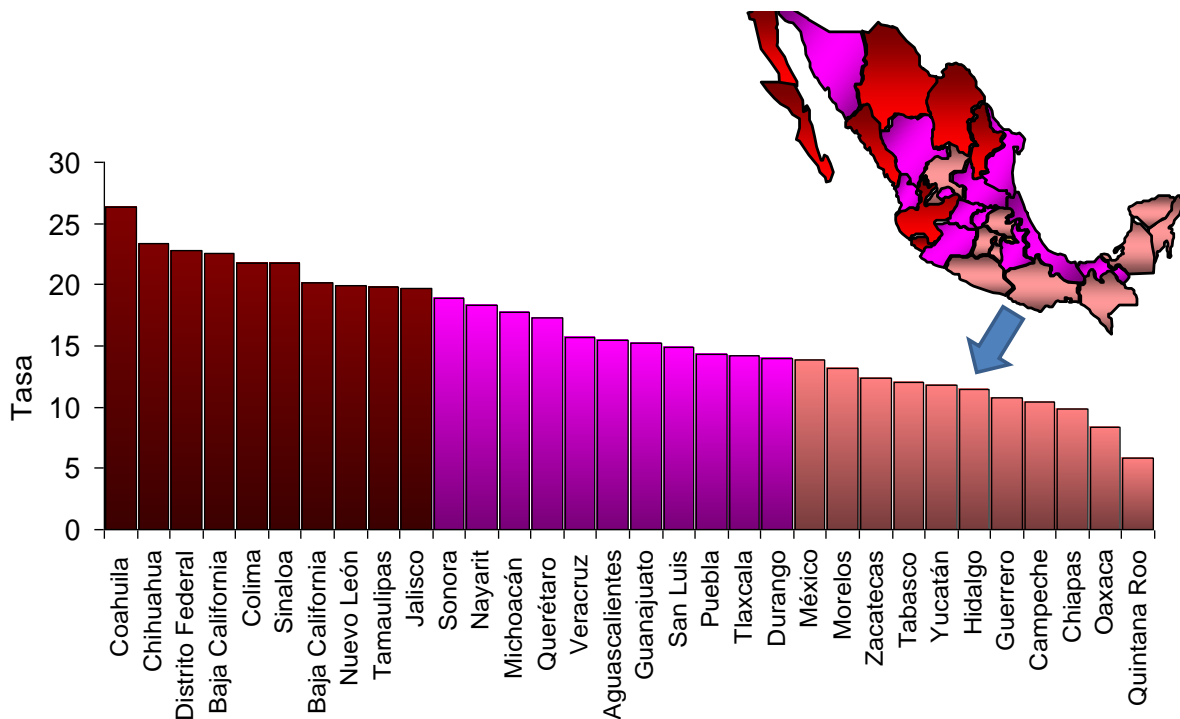
En síntesis los estrógenos endógenos tienen un papel preponderante en la génesis de este cáncer; no obstante, distintas situaciones dependientes del ambiente y los hábitos de vida, (edad de la menarquía y la menopausia, número de hijos, amamantamiento al seno materno, o bien la presencia de obesidad 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 (Cópola 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, los periodos de lactancia, a la vez de presentar la menarquia mas temprana y la menopausia mas 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.

Mortalidad por cáncer de mama por Entidad federativa 2009.

Gráfico 3



Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad

Fuente: SSA/SINAIS. Base de datos de defunciones 2008 Información final

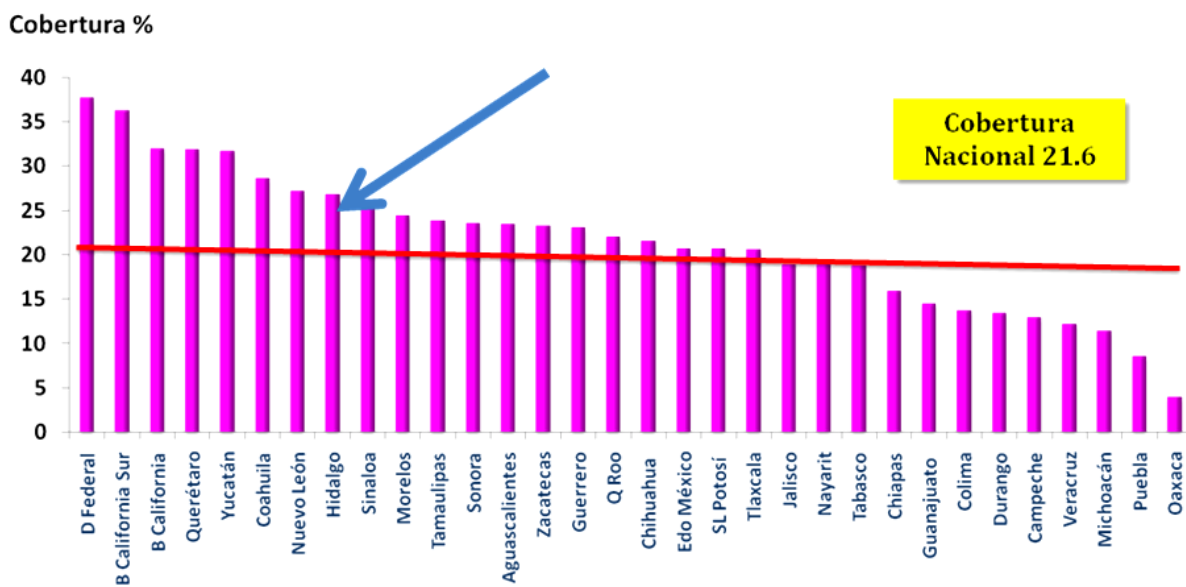
*Datos preliminares

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

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).

Gráfico 4



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 encuentra en el séptimo 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 041-SSA2-009 recientemente publicada en el DOF, 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, aun se encuentra por debajo de lo señalado en el Programa Nacional de Salud 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. 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.

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 cervicouterino 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 al examen de citología.
- Incrementar la tasa de detección de NIC 2 y NIC3 (o lesiones de alto grado) y los cánceres invasores en los niveles de diagnóstico citológico.
- Favorecer la actitud del personal médico en el contacto con las usuarias de los servicios y mejorar las técnicas de diagnóstico de los citólogos, colposcopistas e histopatólogos.
- Reducir el tiempo desde el examen de citología hasta el examen de histopatología.
- Incrementar el tratamiento oportuno de lesiones de alto grado.
- Ofertar el tratamiento a la población sin seguridad social mediante el FPcGC
- Favorecer a la disminución del ritmo de crecimiento de la mortalidad por cáncer mamario en las mujeres.
- Disminuir la mortalidad por cáncer cérvico uterino en la población femenina del estado de Hidalgo en particular y de México.
- Un alto grado de apropiación del modelo estratégico para implementarlo inter, intrainstitucional y comunitariamente.

- Corresponsabilidades asumidas intra, interinstitucionalmente 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 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 y autorreflexión que tienen lugar en los procesos de aprendizaje sean éstos 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 cervicouterino en las mujeres de su región
- Incrementar la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno del cáncer de mama y cervicouterino en mujeres según sus edades de riesgo
- Difundir y promover la comprensión y aplicación de la NORMA OFICIAL MEXICANA, actualmente (PROY-NOM-041-SSA2-2000) para la prevención, detección diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama y NOM- 014-SSA2-1994 la para la prevención,

detección diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer y cervicouterino.

- Establecer y aplicar estrategias de corte comunitario para la prevención del cáncer cervicouterino 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 a partir de los 9 años.
- Sensibilizar a la población femenina y al prestador de servicios de salud sobre los factores de riesgo 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 del cáncer de mama y cérvico uterino.
- Activar permanentemente el examen clínico de mama a toda mujer de 25 años y más y, la concientización y enseñanza de la autoexploración a toda mujer a partir de los 15 años.
- Favorecer el incremento realización de exploración clínica en mujeres independientemente de que cuenten o no con seguridad social.
- Incrementar la detección oportuna de cáncer cervicouterino en las mujeres de 25 a 64 años de edad según los métodos mas indicados a su edad.
- Instalar acciones preventivas para la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario en mujeres con o sin factor de riesgo en regiones específicas.
- Identificar, sensibilizar y facilitar el Papanicolaou a mujeres que nunca se han realizado la citología cervical.
- Asegurar el manejo, tratamiento y seguimiento de los casos en las clínicas de displasias y centros oncológicos.
- 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, líderes comunitarios, familia 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.

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 CNEGySR 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 y educandos, alumnos, capacitados. Los sabedores, contenedores del poder a través de la contención de la información, quienes en el momento de ser consultados por algún usuario, educando, referente a cualquier patología, la mayoría de las veces, se vinculan con la otredad desde una relación asimétrica puesto que se presupone con frecuencia que ellos y sólo ellos 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 modelo 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 el ámbito 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 el gobierno municipal que propicien la transversalidad del género.

La metodología que se utiliza para implementar cada uno de los temas es la participativa. La metodología participativa 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 estimula 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 tiene 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 la 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 incentiva a los participantes 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 período de tiempo, lo que 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 el 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 de 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 la 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 (como pareja, padre, hermano, novio, amigo...) es importante 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 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 se 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 es que 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 un proceso de autorreflexión permisible a prácticas que favorezcan el autocuidado.

Desde la parte técnica, el modelo estratégico dimensiona y valora la importancia del conocimiento verás 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.

ESTRUCTURA PEDAGÓGICA

Fase 1

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

Fase 2

- Cursos-Talleres: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN2) Personal operativo primer y segundo nivel de atención.
- Curso-Taller Concientización de Acciones Necesarias (CODAN3) Personal citología y patología y personal específico de laboratorio.
- Curso-Taller Concientización de Acciones Necesarias (CODAN4) Personal 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 (CODAN) de prevención, detección, diagnóstico y seguimiento para el tratamiento de cáncer de mama (Cama) y cáncer cervicouterino (Cacu) para personal institucional tomador de decisiones. Se anexa carta descriptiva. (Anexo 1)

Dirigido a: Personal gerencial (mandos altos y medios) y operativo interinstitucional del sector salud por jurisdicción, responsable de cama y cacu jurisdiccional responsable de promoción a la salud jurisdiccional y responsable de la atención del menor de 5 años y adolescente (vacunas) coordinadores médicos municipales de salud, regidores de salud y educación, asesores médicos regionales, supervisores médicos delegacionales, delegado estatal de IMSS OPO 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 de 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 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 plan de trabajo que se socializa al interior del grupo y será presentado para evaluación de resultados en la Fase IV.

Fase 2. . Curso-Taller Concientización de Acciones Necesarias (CODAN) 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, médico de 1º y 2º nivel de atención, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, parteras, promotores de salud, auxiliares de salud, vocales de salud, técnicos citotecnólogos, vacunadores, técnicos radiólogos, responsables de laboratorio, titulares de las Instancias municipales para el desarrollo de las mujeres, personal gestor de DIF, orientadores escolares, directores de escuelas de educación básica, media, media superior y superior.

Esta fase esta constituida de la siguiente manera por:

Cursos-Talleres: Concientización de Acciones Necesarias (CODAN2)

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

Curso-Taller Concientización de Acciones Necesarias (CODAN3)

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

Curso-Taller Concientización de Acciones Necesarias (CODAN4)

Dirigido a: Personal Colposcopia
Se anexa carta descriptiva. (Anexo 4)

Equipo de apoyo: responsable de cama y cacu jurisdiccional coordinadores municipales de salud, regidores de salud y educación, supervisores regionales en salud, supervisores de zona de educación básica y media, personal gestor de DIF.

Fase 3. Trabajo Comunitario. Llevaran 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.

Fase 4. Resultados y Seguimiento de Acciones Comprometidas. Las y los participantes presentaran 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)

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:



Gráfico 5

Políticas Públicas y acciones afirmativas para el fortalecimiento del 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 presente modelo inicialmente fue concebido para sensibilizar y capacitar al personal directivo y operativo de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo; sin embargo, en el desarrollo del mismo se visualizó la existencia de una comunicación disfuncional existente entre este personal y aquellos que por su formación específica son los encargados de participar en otros procesos de la cadena de atención médica hacia las pacientes de cáncer de la mujer correspondientes a otros niveles de atención, bien fuera como personal encargado de la Clínica de Mama ser responsables de realizar otro tipo de estudios para la confirmación diagnóstica de aquellos casos sospechosos encontrados en el primer nivel de atención; o bien fuera con el grupo de citotecnólogos, citólogos y patólogos del Laboratorio de Citología encomendados de interpretar aquellos estudios de detección de citología o captura híbrida realizados en el primer contacto; o bien con los médicos especialistas en colposcopia responsables de establecer los tratamientos de las lesiones precursoras o de *cáncer in situ*.

Lo anterior se fundamenta al considerar algunas de las problemáticas detectadas presentadas en los informes 1 y 2 del proyecto financiado por el Instituto Hidalguense de las Mujeres 2011 correspondiente a la meta 2.

La comunicación disfuncional evidenciada principalmente se presentó entre:

- Personal médico de primer nivel y personal de la clínica de mama.
- Algún personal de primer nivel (enfermeras tomadoras de muestras y personal médico que imparte consulta);

- Personal médico del primer nivel con citotecnólogos o citólogos de laboratorio;
- Personal médico de primer nivel con personal de la clínica de displasias.

Cabe resaltar que esta disfuncionalidad en la comunicación presentaba alteración en los dos sentidos (ida y vuelta)

Toda esta comunicación disfuncional tiene un impacto necesariamente en los servicios que finalmente las mujeres reciben; por ejemplo una toma de muestra que deba de repetirse, una laminilla que se rompió, una lectura retrasada, inadecuada administración de insumos, distribución de esta a destiempo.... Y no hay un conector de comunicación efectiva entre uno y otro eslabón de la cadena.

Primer Nivel vs Clínica de Mama:

- Frecuentemente se observó que entre varios personajes del sector salud había un desconocimiento para diferenciar el significado de una mastografía diagnóstica y una mastografía de tamizaje.
- Desconocimiento de la actualización de la Norma Oficial Mexicana 041-SSA2 2009 vigente.
- Había impericia para dar significado a los resultados de interpretación tanto de la exploración clínica o de autoexploración como de la mastografía y consecuentemente de las acciones a seguir en ese primer nivel de atención (si el nivel jurisdiccional no daba indicaciones no se buscaba la necesidad de las mismas).
- Al canalizar a una mujer que había sido detectada por una tumoración palpable en mama, se le otorgaba la cita para la realización de mastografía varios meses después.
- Si por alguna razón el mitógrafo estaba descompuesto, no se avisaba al primer nivel para así evitar que las mujeres que tenían cita en esas fechas acudieran inútilmente a la misma y fuera realizada su mastografía en otro lugar. No se retroalimentaba al primer nivel de las citas otorgadas en la clínica de mama tanto de primera vez como subsecuentes y por lo tanto

varias de éstas se perdían, debido a la ausencia de seguimiento y gestión que conllevaba a la inasistencia de las mujeres a la misma. El personal operativo sólo se enteraba cuando se había perdido.

- Desconocimiento o conocimiento parcial de las intervenciones que deben ser cubiertas por el Seguro Popular (CAUSES) referentes a las medidas de detección y confirmación diagnóstica relativas a los programas cáncer de la mujer.
- Desconocimiento o conocimiento parcial, de la existencia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPcGC) para el tratamiento del cáncer de la mujer.

Primer Nivel vs Laboratorio de Citología:

- Impericia para dar significado a los resultados de interpretación citológica y consecuentemente de las acciones a seguir en ese primer nivel de atención, lo que conllevaba a que varias pruebas de debían volverse a tomar no se hicieran y el primer nivel lo interpretaba como incapacidad e ineficiencia del Laboratorio de Citología.
- Desconocimiento del significado elemental de la interpretación citológica y del porqué de las actividades que se tiene que realizar en cada caso, por ejemplo hubo personal que únicamente enviaba a clínica de colposcopia aquellas usuarias que por indicaciones de las instancias superiores se les señalaba.

Primer Nivel vs Clínica de Displasias:

- Al canalizar a una mujer que había sido detectada por una lesión de alto grado, se le otorgaba la cita para su biopsia y tratamiento varios meses después.
- La canalización de mujeres para su tratamiento en las clínicas de displasia o colposcopia se realizaban sin priorización según tipo de lesión, lo que conllevaba a un gran número de referencias de lesiones de bajo grado que saturaban la consulta de las mismas, dejando sin lugar aquellos casos que

requerían tratamiento mas oportuno por su lesión (lesiones de alto grado y cánceres.

- Si por alguna razón el colposcopista estaba de vacaciones o en algún congreso, no se avisaba al primer nivel para así evitar que las mujeres que tenían cita programada en esas fechas, acudieran inútilmente a la misma.
- No retroalimentación al primer nivel de las citas otorgadas en la clínica de displasias de las consultas subsecuentes y por lo tanto varias se perdían, debido a la ausencia de seguimiento y gestión que conllevaba a la inasistencia de las mujeres a la misma. El personal operativo sólo se enteraba cuando se había perdido.
- Desconocimiento o conocimiento parcial de las intervenciones que deben ser cubiertas por el Seguro Popular (CAUSES) referentes a las medidas de detección y confirmación diagnóstica relativas a los programas cáncer de la mujer.
- Desconocimiento o conocimiento parcial, de la existencia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPcGC) para el tratamiento del cáncer de la mujer.

Laboratorio de Citología y Clínica de Displasias Vs Primer Nivel:

- Desconocimiento del personal de varios aspectos técnicos específicos del desarrollo de la enfermedad, de la normatividad vigente y del enlace con otros profesionales de la salud involucrados en otros procesos de la enfermedad como lo son la lectura de la citología y la consulta y tratamiento colposcópico.
- Errores del primer nivel de atención relacionados al correcto extendido de la muestra citológica y en el llenado de formatos de registro.
- Realización de toma de muestras con material inadecuado para la citología cervical de las mujeres posmenopáusicas (citobrush).
- Se detectó desconocimiento del significado del resultado de la prueba de captura híbrida y el porqué de la necesidad de la realización de las citologías en aquellos casos positivos a dicha prueba.

Laboratorio de Citología Vs Laboratorio de Citología:

- El tren de tinción de la citología en el laboratorio mal conformado en recipientes pequeños que por un lado favorece el desperdicio de estos insumos y por otro duplica o triplica el tiempo dedicado a la tinción repercutiendo en la lentitud de completar la cantidad de citologías que pueden y deben leer cada uno de los citotecnólogos.
- El tren de tinción se encontraba incompleto lo que implica riesgos en que las muestras sean mal teñidas y favorezcan diagnósticos inadecuados.
- El control de calidad de la lectura citológica es inadecuada y los indicadores de positividad se encuentran muy por debajo de los estándares internacionales sugeridos.

Clínica de Displasias Vs Clínica de Displasias:

- Desconocimiento del sentir y la opinión que sus usuarias (personal operativo de primer nivel) tenían de los servicios de la clínica de colposcopia.

El hecho de encontrar sistemáticamente hallazgos similares en diferentes grupos de profesionales de la salud permite hipotetizar que existe una clara vinculación y consecuencia del cómo se forman los recursos humanos de la salud y en ello indudablemente tienen que ver las instituciones que realizan esta tarea; es decir aquellas que imparten Enseñanza Media Superior y Superior; así, se visualiza que el Modelo Médico Hegemónico (MMH) es reproducido por prácticamente todas las instituciones formadoras de estos recursos humanos (facultades y escuelas de medicina, y de enfermería), por lo que no obstante que otras disciplinas alcanzan conocimientos humanistas y pedagógicos diferentes, la realidad en estas instituciones no se adaptan ni adoptan rápidamente, esperan y dejan que se destilen los cambios, que pase de moda, por lo que prevalece el enfoque científicista en la formación de quienes en el futuro se harán cargo de la atención médica de la población.

Predomina la enseñanza de la enfermedad y poco relieve se da a las materias de salud pública y medicina preventiva, que en el mejor de los casos son revisadas de manera teórica y somera y casi siempre, desvinculadas de la realidad. Así que, los futuros profesionales de la salud los visualizan y vivencian como de poca importancia; y que decir de la perspectiva de género, del enfoque humanista o del trabajo en equipo, en la mayoría de las currícula ni siquiera se mencionan, de tal modo que al concluir su formación e integrarse en la práctica profesional propiamente dicha, se vive y se practica de manera individual, pasiva y poco creativa, en perjuicio y perjuicio de la población a la que deben servir y atender.

Sí bien es cierto las instituciones formadoras tienen su responsabilidad, sin lugar a dudas también existe corresponsabilidad en las instituciones de salud quienes como garantes de la atención de la salud de la población deben cerciorarse y certificar que todos y cada uno de los recursos que en ellas laboran se apeguen a los programas preventivos y de detección oportuna y no presuponer que al incorporar a estos profesionales a los servicios estos enfoques serán comprendidos y realizados como es debido.

Debido a que en una institución de salud coexiste personal egresado de diferentes instituciones, algunas de ellas estatales o bien de otras entidades, es indispensable que la institución de salud que lo contrata evalúe su conocimiento y porque no decirlo, también su enfoque social, cultural y humanístico, su concepción de trabajo en equipo, ya que buen número de personal al egresar de su capacitación formal presupone que su saber es el importante y llega a tener dificultades de comunicación con la población y con otro tipo de personal.

Lo descrito anteriormente no sólo se aplica para el personal de primer nivel, sino también y sobre todo al grupo de médicos y personal de salud que laboran en los hospitales llamado Segundo Nivel, de los cuales varios se viven como poseedores de mayores conocimientos y por lo tanto actúan con menosprecio hacia los niveles supuestamente inferiores por lo que su dicho es incuestionable. Sin embargo, cuantas veces se han preguntado:

- ¿Cuáles son las actividades que realizó el personal de primer nivel para convencer a una mujer para realizarle una exploración clínica de mama?
- ¿Qué hizo para que una mujer permitiera tomarle una citología o una prueba de captura híbrida?;
- ¿Qué tan lejos vive una mujer de la unidad de salud para informarle sobre la cita que se le otorgó en la clínica de mama o en la clínica de displasia?;
- ¿La encontró en su primera visita domiciliaria o tuvo que regresar otro día?;
- ¿Cuántas veces tuvo que hacer este recorrido?;
- ¿Lo hizo a pie?;
- ¿Cuántos kilómetros caminó?;
- ¿Cuántas horas le llevó hacer esta visita?;
- ¿Cómo era el clima, llovía, hacía mucho sol?;
- ¿Los caminos eran accesibles e inclusive peligrosos?;
- ¿La familia apoya a la mujer en este proceso o se tuvo que lidiar con el esposo, suegra, para que se le permitiera recibir la atención?;
- ¿Qué costo financiero y humano tuvo el que esa mujer pudiera acudir a tomar el servicio?

Estas preguntas entre otras tantas de carácter interno como son:

- ¿El jefe de la unidad de salud se involucra en estos casos?
- ¿Se trabaja en equipo?
- ¿Varios trabajadores realizan esta tarea, se cuenta con un recurso e insumos para ellas?
- ¿Hay apoyo para el transporte?
- ¿Hay corresponsabilidad e implicación de las autoridades municipales los programas de cáncer de la mujer?
- ¿Hay apoyo de la Jurisdicción Sanitaria en estas tareas?
- ¿Existe posibilidad de planeación de las visitas domiciliarias?
- ¿La mujer cuenta con recursos propios para asistir a sus citas?
- ¿Se tiene contacto y se hacen gestiones con DIF, Presidencia Municipal, entre otros para facilitar su acceso?

- ¿El apoyo se otorgó fácilmente o se tuvieron que hacer mas gestiones?
¿Cuántas?

No obstante que las preguntas hechas anteriormente, repercuten en la poca comprensión de los niveles jerárquicos superiores, también existe desconocimiento por parte del Primer Nivel de las actividades del Segundo Nivel como serían:

- ¿Cuántas personas se atienden por turno en la Clínica de Mama y en la Clínica de Colposcopia?;
- ¿El hospital otorga con oportunidad y eficiencia los insumos necesarios para estas tareas?;
- ¿Se tienen que hacer trámites para el otorgamiento de insumos?;
- ¿El lugar de trabajo es adecuado, tienen buena iluminación y ventilación?;
- ¿Existe personal suficiente o existe carencia de algunos de ellos?;
- ¿El equipamiento para otorgar el servicio es adecuado u obsoleto?
- ¿Se le da el mantenimiento preventivo para evitar fallas o sólo se le da de manera correctiva?
- ¿Asiste regularmente todo el personal adscrito al área o se presenta ausentismo?;
- ¿Existe recepcionista para el otorgamiento de citas o el mismo personal que atiende las tiene que programar?

Lo que se aprecia regularmente en los diferentes grupos o equipos de trabajo es el desconocimiento de las actividades que se realizan en otros servicios por lo que con facilidad se sitúan las fallas en los demás, existe ausencia de corresponsabilidad o responsabilidad compartida por lo que la comunicación funcional y directa deberá ser la estrategia fundamental para la mejora continua de los programas de "Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los cánceres de la mujer", así como la capacitación permanente de las nuevas estrategias que se incorporan al programa pero **siempre** comprobando la comprensión de la importancia de las mismas y sus fundamentos lo que sin lugar a dudas romperá la resistencia al cambio en las estrategias que se presenta prácticamente en cualquier ser humano por lo que el personal de salud no es la excepción.

Aunque ya en las primeras conclusiones presentadas en los informes 1 y 2 del presente proyecto se señalan algunos elementos que se consideran relevantes para el establecimiento de las Políticas Públicas que deberán implementarse en los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo, en este documento las retomamos y sumamos algunas otras que suponen una necesidad impostergable para alcanzar en el futuro mediano la disminución de los casos avanzados de cáncer Cérvico uterino por ser estos detectados en fases no sólo tempranas sino como lesiones precursoras. Así mismo, la investigación de los riesgos de manera permanente en las mujeres de la población de presentar cáncer de mama, favorecerá sin lugar a dudas, el encontrar los casos incidentes en etapas tempranas y a su vez en seguimientos adecuados y tratamientos oportunos, acciones que en conjunto impactarán en la disminución de la mortalidad de las mujeres por estas causas.

- 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 displasia 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.

PP: Programar de manera sistemática la realización de reuniones de trabajo tipo taller por lo menos de manera semestral que evalúe y detecte las desviaciones o fallas en el desarrollo de los programas, y en los cuales de manera personalizada se asuman compromisos por todos y cada uno de los participantes en las tareas de mejora continua.

PP: Programar y realizar reuniones de trabajo "cara a cara" que permitan la comunicación directa e intercambio de experiencias del personal de Primer Nivel y de los Servicios Especializados de confirmación diagnóstica y tratamiento

temprano (Laboratorio de Citología, Clínica de mama y Clínica de Colposcopia o de Displasias).

- 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.

PP: Programar de manera sistemática (anual) la realización de reuniones de trabajo tipo taller en las que se calculen las metas a cubrir, pero al que asista por lo menos un representante de cada unidad de salud previamente designado por los integrantes del equipo local a fin de que se viva como un compromiso a cumplir por todos y no como una meta impuesta y sin sentido.

- 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.

PP: En la elaboración de los presupuestos anuales tener presente la necesidad de la capacitación permanente y asignar recursos suficientes para su realización, no hay que olvidar que si una tarea se realiza inadecuadamente es un gasto o un ejercicio de presupuesto que no rendirá frutos y por lo tanto será un daño a la población.

- 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.

PP: Garantizar la distribución y discusión mediante talleres de la normatividad vigente, posterior a cada nueva revisión de la normatividad ya que la importancia de las actualizaciones propuestas, al ser elaboradas por expertos, la mayoría de las veces buscan hacer accesible los adelantos científicos y tecnológicos que han demostrado mayores beneficios para la población que se sirve.

- Fortalecer las supervisiones estatales y sobre todo, construir equipos de supervisión integrales tanto de las áreas normativas como de las correspondientes a primer nivel.

PP: En la elaboración de los presupuestos anuales programar y garantizar los recursos financieros adecuados para la realización de manera sistemática (por lo menos cuatrimestralmente) la realización de "supervisiones capacitantes" que permitan reconocer los aciertos que el personal operativo realiza de manera sistemática y detectar aquellas desviaciones que con mínimos ajustes permitirán mejores resultados para la población. Establecer de manera sistemática reconocimientos escritos para el personal que alcanza coberturas de detección, tratamiento y seguimiento las pacientes detectadas.

- 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 si mismas para disminuir los riesgos de presentarlos o para favorecer su temprana detección.

PP: Programar y presupuestar la elaboración de material de difusión apropiado que favorezca e impacte en el bienestar de la población cambios de conductas saludables, considerando la heterogeneidad sociocultural de la población que se atiende, respetando sus propios saberes e historias de vida.

Si consideramos que el presente proyecto fue diseñado, concebido, financiado y planeado para proponer 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 es indispensable:

- Alcanzar en el mediano plazo, que toda mujer hidalguense tenga acceso a los servicios de salud y ser tratada por personal médico, humano, capacitado, sensible y humanista, con la suficiente autoridad técnica y académica y estableciendo relaciones horizontales y como responsabilidad y obligación irrenunciable si ha aceptado formar parte de los Servicios de Salud Públicos del Estado de Hidalgo, la Política Pública mas importante a desarrollar es:

PP: Establecer y garantizar financiera, política, y socialmente un programa para favorecer el Empoderamiento de la Mujer Hidalguense, donde el capítulo de su autocuidado en salud ocupe un papel relevante que incluya explícitamente lo relacionado a la prevención y detección oportuna de los cánceres mas frecuentes de la mujer: Cérvico Uterino y Mamario, el cual deba ser evaluado de manera sistemática, permanente, transparente y fehacientemente.

Es importante favorecer la apropiación del conocimiento técnico, información concreta en las mujeres a través de sesiones dinámicas, tallereando; con información valiosa de la que puedan hacer uso en la inmediatez, pues el aprendizaje para las personas adultas únicamente es significativo en la medida en la que es útil de forma inmediata y atraviesa su esfera socioafectiva, sus relaciones interpersonales y su sistema de valores.

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

Gestionar y garantizar un fondo financiero que avalen los honorarios y la permanencia de personal con perfil como educador y que realicen su ejercicio profesional cotidianamente en las comunidades, es decir hacer con estos personajes extensiva su contratación como promotores de salud.

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 solo las mujeres que padecen cáncer de mama o cérvico uterino son quienes están involucradas en el problema, sino todas, ya que todas corremos 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 una enfermedad como estas, 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, es 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 supervivencia sin posibilidades de reincidencia.

BLOGRAFÍA

- 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>
- 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 (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: a la extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos.

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 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, a la 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.

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: La metástasis es la 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.

En Medicina, profilaxis significa "prevenir, prevención" (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, a la 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, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar co-responsablemente 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.