

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_Documento_2011

Documento que integra las recomendaciones de acciones afirmativas y políticas públicas para transversalizar la perspectiva de género.

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 educativo 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, 2 Y 3 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.

FASE I

Sensibilización y capacitación para personal de salud directivo y adicionalmente personal de laboratorio de citología, de clínica de colposcopia y de clínica de mama de las jurisdicciones sanitarias de Pachuca y Metztitlán.

PROBLEMÁTICA DETECTADA

- 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.
- Comunicación disfuncional entre el personal responsable de los distintos procesos del desarrollo y diagnóstico de la enfermedad.
- Errores correspondientes al primer nivel de atención tales como el extendido de la muestra citológica y en el llenado de formatos de registro.
- En el laboratorio se detectó que el tren de tinción de la citología está conformado de 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.
- Igualmente en el mismo laboratorio se identificó que 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.
- El personal de las clínicas de colposcopia desconocía el sentir y la opinión que sus usuarios tenían de ellos (personal operativo de primer nivel). Comunicación disfuncional.
- Se observó entre el personal asistente, diferentes criterios de priorización para la atención de las pacientes según grados de lesión.

Lo anterior puede ser visto como círculos viciosos sensibles a su rompimiento

PROPUESTAS GENERALES:

- Responsabilizar a cada grupo de trabajo tiene en el desarrollo del programa y la coresponsabilidad entre ellas:

- El impacto en el personal de laboratorio, de las clínicas de colposcopia y radiología así como de los directivos y operativos asistentes al taller respecto a su responsabilidad fue altamente asumido y se encontró la disposición a corregir lo que identificaron personalmente en su desempeño asumiendo el compromiso por convicción y manifestando preocupación y asombro de los logros y oportunidades de mejora en su tarea cotidiana, desde la recepción hasta la entrega de resultados.
- Generar la posibilidad de construir conjuntamente a partir del reconocimiento de las virtudes y habilidades y capacidades de los actores y líderes que participan en cada parte del proceso.
- Favorecer el intercambio y la comunicación entre los actores de los distintos procesos directamente entre ellos o por lo menos a través de una figura que facilite la retroalimentación de los casos críticos o probables
- Se visualizaron como eslabones ramificados y no lineales en los que se hace necesario el engarzamiento del quehacer de cada uno de estos (primer nivel con laboratorio y clínicas de displasias, clínicas de displasia con laboratorio de citología e histopatología, entre otros).
- Establecimiento de criterios de priorización para la atención colposcópica dependiente del grado de avance de las lesiones.
- Las clínicas de colposcopia asumieron y se comprometieron al otorgamiento de cita para revisión y en su caso tratamiento de la siguiente manera:
 - Para las lesiones de displasia severa y cánceres invasores en no más de una semana
 - No más de dos semanas para las displasias moderadas
 - Para la displasia leve, buscar tiempos de atención según cargas de trabajo en las diferentes clínicas bajo el entendido que hay prioridad por las severas y cánceres invasores y luego las displasias moderadas
- Favorecer la comunicación directa de los integrantes responsables de los diferentes procesos ejemplo: A) Primer nivel con laboratorio (reportes de citología inconsistentes con la clínica); B) Laboratorio con clínicas de colposcopia (inconsistencia de diagnóstico citológico vs, diagnóstico colposcópico e histopatológico); C) primer nivel con clínicas de colposcopia, (asistencia o inasistencia de la paciente a sus consultas de diagnóstico y tratamiento). Evitar la triangulación y retraso en la conclusión de los diferentes procesos involucrados.

Recomendaciones de acciones afirmativas y políticas públicas

- Es importante utilizar la metodología epidemiológica local (estatal jurisdiccional, municipal) para la toma de decisiones y realizar ajustes en las estrategias y acciones concretas de impacto; corregir, mejorar las mismas, de tal manera que haya una verdadera planeación acorde a las necesidades de la población que se atiende y se supere la idea del cumplimiento exclusivo de metas numéricas.

- Se identificó también como una acción primordial la de realizar periódicamente (por lo menos de forma trimestral) el análisis de los datos generados en la unidad, por el propio personal. El primer usuario de la información debe ser quien la genere, es decir, la unidad de salud, acción que favorecerá sustancialmente y en la inmediatez la toma de decisiones que generen acciones concretas, específicas y acordes a las necesidades de la comunidad que se atiende.
- Igualmente se identificó que la información generada en las unidades de salud deberá enviarse a niveles superiores (jurisdiccionales y estatales) ya que sólo de ese modo se permite la comparación de unidades diferentes y semejantes, y así generar toma de decisiones y gestiones acordes a las necesidades de cada zona.
- Se observó en esta primera fase una diferencia significativa en las dos jurisdicciones trabajadas, debido entre otros factores al perfil profesional del directivo, ya que cuando hay visión de salud pública y epidemiológica, el espectro de acciones que se priorizan son las del autocuidado, la prevención y detecciones oportunas, versus a la que se genera mediante una medicina de liderazgo con visión curativa basada en la atención de enfermos.
- Se expresó la gran divergencia de información técnica específica sobre cáncer de la mujer que presentan los diferentes tipos de personal (directivos, operativos), de ahí la importancia de la realización de talleres adecuados y frecuentes para homogeneizar criterios e incluso en aquellos casos que se integren nuevas tecnologías, esas no pueden aplicarse correctamente sin la sensibilización y capacitación suficiente.
- Asimismo, se definió la responsabilidad del primer nivel de asumir la responsabilidad en el seguimiento y acompañamiento de los casos y profesionalización de las acciones
- Por parte de las clínicas de colposcopia se detectó limitación en el seguimiento de pacientes que se verá asumida de manera impostergable por el primer nivel de atención.
- Se establecieron como compromisos por parte de los participantes que se establecerá contacto directo entre personas específicas de cada una de las clínicas y personal operativo de primer nivel de atención.

MEDIOS DE PRUEBA

- Cuestionario Cáncer de Mama evaluación inicial
- Cuestionario Cáncer Cérvico uterino evaluación inicial
- Fotografías
- Opinión final de los asistentes del contenido del curso como de los ponentes
- Evaluación propia del Instituto Hidalguense de las mujeres

* Originales Anexos en las carpetas entregadas correspondientes en Informe Fase I

FASE II

Sensibilización y capacitación para personal operativo (1er nivel de atención) de las jurisdicciones de Pachuca y Metztitlán

PROBLEMÁTICA DETECTADA

- Falta de reconocimiento y consideración en varias de las tareas que se les asignan al personal de primer nivel, ya que muchas veces implica grandes desplazamientos para recibir indicaciones que pudieron darse por otras vías de comunicación.
- Dicho de los participantes se hizo referencia de no haber recibido capacitación respecto a la temática específica de cáncer de la mujer. Para el caso de cáncer cérvico uterino se señaló referente a la prueba de detección de captura híbrida, y a la vacuna de VPH, y para el cáncer de mama se observó desconocimiento absoluto de la actualización vigente de la Norma Oficial Mexicana 041-SSA2 2009
- Se registró que los insumos necesarios para las tomas de citología cervical de las mujeres posmenopáusicas (citobrush) no sólo eran insuficientes, sino desconocidos por varios de los participantes tomadores de muestra.
- Se detectó desconocimiento del significado de la interpretación citológica y el 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.
- Igualmente 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.
- De entre los 6 grupos de trabajo se identificó que la enseñanza de la autoexploración y la exploración clínica eran incompletas y no sistematizadas.
- El autocuidado de la salud del personal es deficiente, ya que entre el propio personal femenino existían varias trabajadoras que no se habían realizado las pruebas de detección de ambos tipos de cáncer correspondientes a su edad.
- Frecuentemente se observó que había un desconocimiento para diferenciar el significado de una mastografía diagnóstica y una mastografía de tamizaje.
- Se identificó había impericia para dar significado a los resultados de interpretación citológica consecuentemente de las acciones a seguir en ese primer nivel de atención
- Igualmente 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)
- Se pudo apreciar que la supervisión técnica estatal hasta la fecha era prácticamente esporádica o nula especialmente en las regiones más alejadas.

- Se observó desconocimiento del cómo, para qué y por qué del establecimiento de las metas a cumplir, lo que trae como consecuencia repetición de detecciones a las mismas mujeres implicando por añadidura la exclusión de un grupo relevante de mujeres en los procesos de detección; sin tener plena conciencia de la trascendencia negativa de esas actuaciones.
- Actividades de detección casi exclusivamente al grupo de mujeres pertenecientes al Programa de Oportunidades, perdiendo de vista la posibilidad de incluir en las actividades de detección de ambos cánceres a otras usuarias potenciales, incluso con mayores riesgos.
- Desconocimiento o parcialidad en el mismo, 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 parcialidad en el mismo, de la existencia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPcGC) para el tratamiento del cáncer de la mujer
- Comunicación disfuncional entre actores claves de los diferentes procesos que integran el programa:
 - Entre 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
 - Personal médico de primer nivel y personal de la clínica de mama

PROPUESTAS GENERALES

- 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.
- Es importante que el personal jurisdiccional y operativo considere cada una de las normas (NOM) como referentes mínimos de cumplimiento de las acciones que se llevan a cabo dentro del sector salud, y no debe perder de vista que, de la evidencia científica es que se hace el planteamiento de cada norma, y que las acciones de lo cotidiano son la referencia real y local, son estas las que con ayuda de la norma otorgan beneficios a las usuarias. Los reportes del personal de salud no pueden convertirse únicamente en números, es importante que el personal de salud, jurisdiccional, responsables de paquete, coordinadores médicos municipales y operativo identifiquen que no necesariamente el cumplimiento de una meta corresponde población beneficiada, por esto es que es de vital importancia crear vías de comunicación directa (talleres) para el establecimiento de las metas con nuevos indicadores por ejemplo sustituir el concepto de citologías realizadas tanto de primera vez como subsecuentes por el de mujeres

cubiertas a fin de no confundir en el desempeño cotidiano la importancia de la cobertura y no del cumplimiento de metas por sí mismas.

- Seguir favoreciendo 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).
- Fortalecer las supervisiones estatales y sobre todo construir equipos de supervisión integrales tanto de las áreas normativas como de las correspondientes a primer nivel.
- Que las supervisiones que se realicen tengan carácter capacitador a fin de favorecer la corrección de los errores detectados de manera asertiva y no punitivo o de establecimiento de medidas disciplinarias.

Recomendaciones de acciones afirmativas y políticas públicas

- Que el Instituto Hidalguense de las Mujeres haya propuesto la cobertura de capacitación relativa a cáncer de la mujer bajo el modelo inicialmente utilizado en mortalidad materna (cuyos resultados han sido exitosos), significan un cambio en el paradigma en el modo de capacitar al personal de salud, ya que por tratarse de capacitación en adultos nos lleva al planteamiento de la utilización de las técnicas más adecuadas que favorezcan el aprendizaje significativo.
- Estos talleres técnico-vivenciales sin lugar a dudas permiten reconceptualizar y deconstruir la importancia del autocuidado en primer lugar a partir del mismo personal de salud (ellos mismos), y subsecuentemente en el entorno familiar; así mismo, al incorporar “desde dentro” la importancia del cambio de conducta, favorece el cambio de actitud hacia las y los usuarios que tienen bajo su responsabilidad.
- Sin lugar a dudas hay que esperar en lo concreto los resultados que se obtengan de estos talleres, pero al observar que durante el mismo desarrollo se han obtenido resultados nos permite ser optimistas en el impacto que estos alcanzarán.
- El impacto que se pretende tener no es únicamente con la población cautiva, sino que, para la tercera fase también se convocará a familiar de oportunidades o de auxiliares, del mismo personal de salud y que no es derechohabiente.
- Por último y por tratarse de patologías cuyo desarrollo y evolución es de varios años y por supuesto mayor a la que transcurre en un embarazo hasta su desenlace (9 meses) la modificación de los indicadores de impacto (tasas de mortalidad de ambos cánceres) se observará en el mediano plazo; sin embargo, el establecimiento de indicadores de procesos (productividad de lectura de citologías, incremento real citologías de primera vez y subsecuentes, cobertura de tamizaje por prueba de captura híbrida, cobertura de citología de los casos positivos a captura híbrida, cobertura anual posterior a resultados de CH +-citología-entre otros) y de resultados (mujeres cubiertas en los procesos de detección de todos los grupos de edad, número de mujeres de alto riesgo que nunca se habían realizado una prueba de detección; casos de lesiones precursoras de alto riesgo detectadas y tratadas, casos de ambos cánceres detectados y tratados en estadios

iniciales), son indicadores que permitirán visualizar los futuros impactos en mortalidad de ambos tipos de cáncer.

- Se concluye que no hay explícitamente redes sociales de apoyo para las mujeres identificadas con alguna lesión, es decir, no hay acciones colectivas y permanentes que involucren a la pareja y familia de la mujer con alguna lesión o tipo de cáncer. Asimismo sucede con las autoridades municipales, cabildo y comité de salud, se observa una ausencia en el establecimiento de estas redes de apoyo y que también son responsabilidad de las autoridades y a quien corresponde establecerlas, accionarlas y mantenerlas es al personal de salud en su conjunto y en alianza con la población. Este tipo de trabajo no ha sido impulsado explícitamente y es necesario comenzar su activación para beneficio de las usuarias.
- Cuando hablamos de comunidades muy vulnerables donde existen muchas necesidades que satisfacer, estos colectivos, al estar en posiciones tan alejadas de los recursos, pueden llegar a creerse que su voz no se escuchará, esto sumado a que les costará mucho más participar y reivindicar sus derechos, sin embargo, esta actitud puede nos únicamente corresponder a la población sino en su caso a los prestadores de los servicios de salud, varios de ellos se mostraron sorprendidos al saber que tendrían un acompañamiento hasta sus localidades por parte del equipo interinstitucional, era ya desde ese momento la percepción de reconocimiento de que el trabajo que se realiza es importante, que es valioso lo que sí están haciendo desde lugares lejanos a las cabeceras, identificando que su voz es valiosa y que se dio oportunidad a que ellos decidieran a partir de sus necesidades reales en sus localidad de trabajo en que actividades requerían el acompañamiento.
- Las redes sociales se establecen entre diferentes miembros desde perspectivas y áreas diversas y son parte del abordaje en el trabajo comunitario.
- En los grupos de esta fase se observó en el personal operativo que para el programa de cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, no hay redes constituidas por diferentes grupos organizados de la comunidad o por varias instituciones que se unan para trabajar en torno a la corresponsabilidad del cuidado de la salud de las mujeres. En este sentido es importante fortalecer a los líderes comunitarios, fortalecer la confianza entre los equipos de trabajo diversos.
- Es necesario trabajar y fortalecer el conocimiento técnico y acciones que fortalezcan los resultados y beneficios a la población a partir de los dos programas: cáncer cérvico uterino y de mama, si bien es cierto que los indicadores en cada una de las jurisdicciones en las que se trabajaron sugieren características particulares, lo cierto es que en ambas temáticas, es importante el conocimiento técnico y concientización del quehacer cotidiano en la promoción del cuidado de la salud de las usuarias y en especial de su propio autocuidado.
- Si bien es necesaria la formación técnica en las temáticas de Cacu y Cama, no basta con tener información, sino llevar a cabo acciones que competen al autocuidado, pues con frecuencia el mismo personal de salud encuentra obstáculos, dificultades o negligencia para proveerse cuidados en su propia salud.
- El proceso grupal, especialmente en cinco de los grupos de trabajo dio pie a compartir experiencias personales profundas y darse la oportunidad de compartir integralmente,

desde las diversas esferas que integran a cada persona: física, emocional, cognitivo, social y transpersonal.

- Los compromisos que se hicieron fueron planteados desde la iniciativa de cada participante, con la expectativa de llevarlos a cabo en la inmediatez.

MEDIOS DE PRUEBA

- Cuestionario Cáncer de Mama evaluación inicial
- Cuestionario Cáncer Cérvico uterino evaluación inicial
- Informe fotográfico
- Opinión final de los asistentes del contenido del curso como de los ponentes
- Evaluación propia del Instituto Hidalguense de las mujeres

* Originales Anexos en las carpetas entregadas correspondientes en Informe Fase II

FASE III

Rutas establecidas para visitar las áreas operativas (trabajo de campo) en las jurisdicciones de Pachuca y Metztlán.

PROBLEMÁTICA DETECTADA

- Falta de reconocimiento y consideración en varias de las tareas que se les asignan al personal de primer nivel, ya que muchas veces implica grandes desplazamientos para recibir indicaciones que pudieron darse por otras vías de comunicación.
- Dicho de los participantes se hizo referencia a no haber recibido capacitación respecto a la temática específica de cáncer en la mujer. Para el caso de cáncer cérvico uterino se señaló referente a la prueba de detección de captura híbrida, y a la vacuna de VPH, y para el cáncer de mama se observó desconocimiento absoluto de la actualización vigente de la Norma Oficial Mexicana 041-SSA2 2009.
- Se registró que los insumos necesarios para las tomas de citología cervical de las mujeres posmenopáusicas (citobrush) no sólo eran insuficientes, sino desconocidos por varios de los participantes tomadores de muestra.
- Se detectó desconocimiento del significado de la interpretación citológica y del por qué 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.
- Igualmente 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.
- De entre los 6 grupos de trabajo se identificó que la enseñanza de la autoexploración y la exploración clínica eran incompletas y no sistematizadas.
- El autocuidado de la salud del personal es deficiente, ya que entre el propio personal femenino existían varias trabajadoras que no se habían realizado las pruebas de detección de ambos tipos de cáncer correspondientes a su edad.
- Frecuentemente se observó que había un desconocimiento para diferenciar el significado de una mastografía diagnóstica y una mastografía de tamizaje.
- Se identificó que había impericia para dar significado a los resultados de interpretación citológica consecuentemente de las acciones a seguir en ese primer nivel de atención
- Igualmente 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)
- Se pudo apreciar que la supervisión técnica estatal hasta la fecha era prácticamente esporádica o nula especialmente en las regiones más alejadas.

- Se observó desconocimiento del cómo, para qué y por qué del establecimiento de las metas a cumplir, lo que trae como consecuencia repetición de detecciones a las mismas mujeres implicando por añadidura la exclusión de un grupo relevante de mujeres en los procesos de detección; sin tener plena conciencia de la trascendencia negativa de esas actuaciones.
- Actividades de detección casi exclusivamente al grupo de mujeres pertenecientes al Programa de Oportunidades, perdiendo de vista la posibilidad de incluir en las actividades de detección de ambos cánceres a otras usuarias potenciales, incluso con mayores riesgos.
- Desconocimiento o parcialidad 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 parcialidad en el mismo, de la existencia del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPcGC) para el tratamiento del cáncer de la mujer
- Comunicación disfuncional entre actores claves de los diferentes procesos que integran el programa:
 - Entre 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
 - Personal médico de primer nivel y personal de la clínica de mama

PROPUESTAS GENERALES

- 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.
- Es importante que el personal jurisdiccional y operativo considere cada una de las normas (NOM) como referentes mínimos de cumplimiento de las acciones que se llevan a cabo dentro del sector salud, no debe perder de vista que, de acuerdo a la evidencia científica es que se hace el planteamiento de cada norma, y que las acciones de lo cotidiano son la referencia real y local, son éstas las que con ayuda de la norma otorgan beneficios a las usuarias.
- Los reportes del personal de salud no pueden convertirse únicamente en números, es importante que el personal de salud, jurisdiccional, responsables de paquete, coordinadores médicos municipales y operativo identifiquen que no necesariamente el cumplimiento de una meta corresponde a población beneficiada, por esto es que es de vital importancia crear vías de comunicación directa (talleres) para el establecimiento de las metas con nuevos indicadores, por ejemplo: sustituir el concepto de citologías

realizadas tanto de primera vez como subsecuentes por el de mujeres cubiertas a fin de no confundir en el desempeño cotidiano la importancia de la cobertura y no del cumplimiento de metas por sí mismas.

- Seguir favoreciendo 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).
- Fortalecer las supervisiones estatales y sobre todo, construir equipos de supervisión integrales tanto de las áreas normativas como de las correspondientes a primer nivel.
- Que las supervisiones que se realicen tengan carácter capacitador a fin de favorecer la corrección de los errores detectados de manera asertiva y no punitivo o de establecimiento de medidas disciplinarias.

Recomendaciones de acciones afirmativas y políticas públicas

- Que el Instituto Hidalguense de las Mujeres haya propuesto la cobertura de capacitación relativa a cáncer de la mujer bajo el modelo inicialmente utilizado en mortalidad materna (cuyos resultados han sido exitosos), significa un cambio en el paradigma en el modo de capacitar al personal de salud, ya que por tratarse de capacitación en adultos nos lleva al planteamiento de la utilización de las técnicas más adecuadas que favorezcan el aprendizaje significativo.
- Estos talleres técnico-vivenciales sin lugar a dudas permiten reconceptualizar y deconstruir la importancia del autocuidado, en primer lugar a partir del mismo personal de salud (ellos mismos), y subsecuentemente en el entorno familiar; así mismo, al incorporar “desde dentro” la importancia del cambio de conducta, favorece el cambio de actitud hacia las y los usuarios que tienen bajo su responsabilidad.
- Sin lugar a dudas hay que esperar en lo concreto los resultados que se obtengan de estos talleres, pero al observar que durante el mismo desarrollo se han obtenido resultados nos permite ser optimistas en el impacto que estos alcanzarán.
- El impacto que se pretende tener no es únicamente con la población cautiva, sino que, para la tercera fase también se convocará a familiar de oportunidades o de auxiliares, del mismo personal de salud y que no es derechohabiente.
- Por último y por tratarse de patologías cuyo desarrollo y evolución es de varios años y por supuesto mayor a la que transcurre en un embarazo hasta su desenlace (9 meses) la modificación de los indicadores de impacto (tasas de mortalidad de ambos cánceres) se observará en el mediano plazo; sin embargo, el establecimiento de indicadores de procesos (productividad de lectura de citologías, incremento real citologías de primera vez y subsecuentes, cobertura de tamizaje por prueba de captura híbrida, cobertura de citología de los casos positivos a captura híbrida, cobertura anual posterior a resultados de CH +-citología-entre otros) y de resultados (mujeres cubiertas en los procesos de detección de todos los grupos de edad, número de mujeres de alto riesgo que nunca se habían realizado una prueba de detección; casos de lesiones precursoras de alto riesgo detectadas y tratadas, casos de ambos cáncer es detectados y tratados en estadios

iniciales), son indicadores que permitirán visualizar los futuros impactos en mortalidad de ambos tipos de cáncer.

- Se concluye que no hay explícitamente redes sociales de apoyo para las mujeres identificadas con alguna lesión, es decir, no hay acciones colectivas y permanentes que involucren a la pareja y familia de la mujer con alguna lesión o tipo de cáncer. Asimismo sucede con las autoridades municipales, cabildo y comité de salud, se observa una ausencia en el establecimiento de estas redes de apoyo y que también son responsabilidad de las autoridades y a quien corresponde establecerlas, accionarlas y mantenerlas es al personal de salud en su conjunto y en alianza con la población. Este tipo de trabajo no ha sido impulsado explícitamente y es necesario comenzar su activación para beneficio de las usuarias.
- Cuando hablamos de comunidades muy vulnerables donde existen muchas necesidades que satisfacer, estos colectivos, al estar en posiciones tan alejadas de los recursos, pueden llegar a creerse que su voz no se escuchará, esto, sumado a que les costará mucho más participar y reivindicar sus derechos, sin embargo, esta actitud puede no corresponder únicamente a la población sino en su caso a los prestadores de los servicios de salud, varios de ellos se mostraron sorprendidos al saber que tendrían un acompañamiento hasta sus localidades por parte del equipo interinstitucional, era ya desde ese momento la percepción de reconocimiento de que el trabajo que se realiza es importante, que es valioso lo que sí están haciendo desde lugares lejanos a las cabeceras, identificando que su voz es valiosa y que se dio oportunidad a que ellos decidieran a partir de sus necesidades reales en sus localidad de trabajo en que actividades requerían el acompañamiento.
- Las redes sociales se establecen entre diferentes miembros desde perspectivas y áreas diversas y son parte del abordaje en el trabajo comunitario.
- En los grupos de esta fase se observó en el personal operativo que para el programa de cáncer de mama y cáncer cérvico uterino, no hay redes constituidas por diferentes grupos organizados de la comunidad o por varias instituciones que se unan para trabajar en torno a la corresponsabilidad del cuidado de la salud de las mujeres. En este sentido es importante fortalecer a los líderes comunitarios, fortalecer la confianza entre los equipos de trabajo diversos.
- Es necesario trabajar y fortalecer el conocimiento técnico y acciones que fortalezcan los resultados y beneficios a la población a partir de los dos programas: cáncer cérvico uterino y de mama, si bien es cierto que los indicadores en cada una de las jurisdicciones en las que se trabajaron sugieren características particulares, lo cierto es que en ambas temáticas, es importante el conocimiento técnico y concientización del quehacer cotidiano en la promoción del cuidado de la salud de las usuarias y en especial de su propio autocuidado.
- Si bien es necesaria la formación técnica en las temáticas de Cacu y Cama, no basta con tener información, sino llevar a cabo acciones que competen al autocuidado, pues con frecuencia el mismo personal de salud encuentra obstáculos, dificultades o negligencia para proveerse cuidados en su propia salud.
- El proceso grupal, especialmente en cinco de los grupos de trabajo dio pie a compartir experiencias personales profundas y darse la oportunidad de compartir integralmente,

desde las diversas esferas que integran a cada persona: física, emocional, cognitivo, social y transpersonal.

- Los compromisos que se hicieron fueron planteados desde la iniciativa de cada participante, con la expectativa de llevarlos a cabo en la inmediatez.

MEDIOS DE PRUEBA

- Informe Fotográfica
- Opinión final de los asistentes del contenido del curso como de los ponentes
- Evaluación propia del Instituto Hidalguense de las mujeres

* Originales Anexos en las carpetas entregadas correspondientes en Informe Fase III

FASE IV

Evaluación de las actividades realizadas sobre cáncer cérvico uterino por el personal directivo y operativo de las jurisdicciones de Pachuca y Metztitlán.

Recomendaciones de acciones afirmativas y políticas públicas

- La realización de las actividades de cuatro fases que integraron el presente proyecto, fue estructurado considerando la experiencia exitosa que la aplicación de un proyecto similar sobre mortalidad materna se ha venido operando en diversas jurisdicciones del estado, por lo que el presente modelo estratégico para cáncer cérvico uterino y mamario retoma únicamente la estructura de orden de 4 fases. Se coincide entre ambos proyectos en plantear la necesidad de sensibilización y capacitación de los diferentes actores del personal de salud que participan en los diversos procesos que integran el programa así como de garantizar el trabajo en la comunidad.
- Cabe señalar que debido a que la problemática de Salud Materna es muy diferente a la que se observa en las patologías oncológicas no sólo porque la duración del evento es muy diferente, sino porque su atención depende de actores altamente especializados; se consideró necesario el trabajo en cada grupo enfatizando la importancia de reconocer la desigual relación que existe entre el médico o personal de salud en general, quienes en el momento de ser consultados por algún usuario o usuaria, referente a cualquier patología, la mayoría de las veces, se relacionan desde un trato desigual, 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
- El presente proyecto entonces (como se señala en párrafos anteriores), pretendió abarcar un proceso de sensibilización-capacitación sobre cáncer cérvico uterino y mamario, dirigido al personal de los Servicios de Salud del estado de Hidalgo desde los mandos medios y superiores (Fase 1); personal operativo (Fase 2); capacitación comunitaria y acompañamiento en el trabajo con la población (Fase 3); y evaluación y reportes de los resultados alcanzados (Fase 4), de dos Jurisdicciones Sanitarias del Estado: Pachuca y Metztitlán.
- La diversidad de las localidades donde el personal de salud ejerce sus funciones es un reflejo de lo diametralmente heterogéneo del contexto en el que se trabajó, puesto que existen municipios en la Jurisdicción de Pachuca como la propia capital o Mineral de la Reforma que cuentan con la infraestructura urbana más desarrollada del estado y concentran a gran número de habitantes, hasta municipios y localidades como Tlahuiltepa o Santa María Juárez que por su lejanía, urbanización y dispersión de la población, presentan múltiples carencias tanto en el acceso físico de caminos y transportes como en insumos y servicios, pasando por otros municipios como Huasca o Mineral del Chico, que cuentan con infraestructura turística que por su historia, acceso y paisajes son favorecidos en diversos aspectos.
- Esta última o cuarta fase, resume y sintetiza la experiencia alcanzada en todo el proyecto y se asume como exitoso si se analizan los resultados planteados en el presente informe.

- Si definimos como Políticas Públicas en Salud , aquellas acciones y actividades de las instituciones de gobierno, que de manera directa o mediante agentes específicos se realizan y van dirigidas a tener una influencia en la y salud y bienestar de la población, esta última fase IV en el proceso de capitalización del personal de salud relacionado a la problemática de cáncer de la mujer, es sin lugar a dudas la etapa que nos permite valorar el presente proyecto como una intervención directa que se manifestó con resultados positivos en y desde la población.
- Las Políticas Públicas tienen que ver con el acceso de las personas a diferentes bienes y servicios; sin embargo, hay que considerar que aunque los servicios de detección de cáncer de la mujer se ofertaban abiertamente en los servicios de salud del Estado de Hidalgo, en no pocas ocasiones el acceso real de la población femenina a ellos mostraba fuertes barreras que les impedían acceder a ellos, ya que existía un número de mujeres que año con año (o en ocasiones semestralmente) accedían a ellos y otro grupo de mujeres que si han accedido a algún servicio de detección para estas patologías este ocurrió hace varios años, o nunca había ocurrido.
- Veamos alguna consideraciones:
 - O bien el personal de salud no había sido lo suficientemente claro en explicar fehaciente y convincentemente a las mujeres los beneficios de los diversos procedimientos que se utilizan en los métodos de detección y el porqué de ellos,
 - o bien no se ha tenido la capacidad de hacer saber a la población en general y a las mujeres en particular que al inicio de la patología llamada cáncer, no se aprecian signos ni síntomas que delaten su presencia y, por consecuencia, permite toma de decisiones equivocadas en la población ya que ¿para qué acude a los servicios si “ella se encuentra sana”?; de ahí que no es fácil, ni justo atribuir a “desidia de las mujeres” esa conducta que la orilla a no acudir a realizarse los métodos de detección oportuna de cáncer cérvico uterino o de cáncer de mama, lo que genera que en las etapas avanzadas de estas patologías (cuando inicia su manifestación clínica o físicamente) sea cuando los detectamos, con la consecuencia de poca o nula oportunidad de curación y como resultado el bajo o nulo impacto en el descenso de la mortalidad por estas causas.
- Aunado a lo antepuesto, cabe resaltar la casi inexistencia de material didáctico apropiado a las necesidades diversas que se requieren sobre todo si se pretende aplicar una Política Pública en Salud que favorezca e impacte en el bienestar de la población considerando la heterogeneidad sociocultural de la población que se atiende. Los materiales existentes como pudiera ser folletería, carteles y mantas, sus contenidos generalmente son altamente técnicos, con lenguaje que presupone conocimiento del tema, lo que en realidad es asimilado por la población a la que aparentemente va dirigido según sus propios saberes e historias de vida.
 - Para ejemplificar lo anterior habría que retomar las palabras de una usuaria de Zacualtipán que decidió comprar su propio espejo vaginal al acudir a realizarse su Papanicolaou ya que “pensaba que en los Servicios de Salud del Estado se utilizaba el mismo espejo para todas las mujeres que acudían y ella, no quería infectarse porque desconocía si las mujeres atendidas antes, presentaban alguna infección y se la pudieran transmitir mediante el procedimiento de la toma del Papanicolaou”.

- También podemos recurrir a los hallazgos de la Dra. Patricia Aranda Gallegos que en su estudio sociocultural de los saberes legos sobre el Papanicolaou y el cáncer cérvicouterino, observados en el estado de Sonora, en su libro “Los motivos de la “desidia”, refiere situaciones realmente abrumadores como el caso de Emilia:
 - “Es que ella (su cuñada) se hizo el Papanicolaou la primera vez y le salió cáncer, por eso le quitaron la matriz... Entonces un día me dijo: “¿Ya te hiciste el Papanicolaou?”, y le dije no. “¡Felicidades! Porque te estás buscando que te pase lo que me pasó; yo tampoco me lo hacía, lo iba dejando pasar y, ¿ya ves? Ya no puedo tener hijos, y tú estás joven y puedes tener más hijos”.(p237)
 - el caso de Gabriela (p 275) que comenta “El nombre de espejo me hace pensar en un espejito de bolsillo, siempre me he preguntado en qué parte del aparato está el espejo”
 - María Eugenia(p275) que menciona “El espejo ése que le dicen a uno que le van a meter, ¿no hará daño?, ¿no lastima? Porque lo primero que piensa uno es que puede cortar o lastimar, como un espejo normal, de los que traemos en la bolsa, si se rompe...”
- Si las Políticas Públicas han de responder a las necesidades de las personas, es necesario que éstas se lleven a cabo en función de, al menos, los criterios de oportunidad, calidad y claridad o transparencia. Para lograr esto se necesita la participación activa de los actores que en ellas intervienen, tanto al prestar los servicios como al recibirlos. Debemos entonces “agregar demandas” de manera que las soluciones permitan que las personas o grupos que en ellas intervienen se relacionen de la mejor manera a pesar de sus diferencias sociales y culturales y se alcancen los resultados que se pretenden.
- Ciertamente se cuenta con los instrumentos jurídicos, de infraestructura humana, organizativa, equipamiento y material suficiente, para alcanzar los objetivos de las políticas públicas en salud referentes a la prevención, detección y seguimiento del cáncer cérvico uterino y mamario, aunado a la interpretación mayoritaria de la sociedad de que los servicios de salud deben responder correctamente a las demandas sociales ya que el gobierno debe velar por los intereses de la población; sin embargo, las Políticas Públicas vigentes, pueden limitar e incluso impedir el alcanzar el bienestar individual y colectivo, ya que en ocasiones ni son tan públicas ni siempre responden a las necesidades de quienes deben beneficiar, esto es una realidad que no se puede ocultar, por ejemplo: ¿Por qué en el caso de los servicios de detección de los cánceres más frecuentes en las mujeres no se alcanzan los impactos esperados, si se cuenta con los recursos necesarios para ello?
- Lo anterior ocurre porque en muchas ocasiones se diseñan estrategias “detrás de un escritorio” y se presupone que el sólo hecho de dar la indicación que se realice tal o cual acción será suficiente para que ello ocurra; sin embargo, no es así.
- En el caso del cáncer de la mujer, tanto el cérvico uterino como el mamario, los conocimientos día a día avanzan, lo que conlleva a ajustes que debemos realizar para a partir de estos nuevos conocimientos alcanzar mejores resultados; sin embargo, se dice simplemente CAPACÍTESE al personal y se repite esta indicación desde los mandos

superiores hasta los jefes inmediatos al personal operativo como responsables de la operación concreta y específica de tal o cual acción o actividad de servicio, y la realidad es que esto no ocurre, se dice capacitarse “en cascada” y la verificación de ello no se ejecuta, resultando entonces que ni se capacitó o en el mejor de los casos no se utilizan las mejores técnicas didácticas que se requieren para ello, ya que se olvida que se trata de adultos, que tienen sus propios saberes y experiencias que muchas veces son la mayor limitación para los nuevos conocimientos si no se utilizan las metodologías adecuadas.

- En los informes que hemos entregado de las fases 1 a 3 hemos dado cuenta y mostrado evidencias a decir de los capacitados, que ésta ha sido una experiencia exitosa, ya que les ha permitido incrementar “sus saberes” sobre la problemática de estas patologías y les ha dado herramientas en sus “quehaceres” cotidianos como prestadores de servicios de salud promoviendo la atención a las mujeres desde situaciones concretas que dan cabida a la justicia social. Toda mujer debe tener acceso a los servicios de salud y ser tratada por personal médico capacitado y sensible, con autoridad técnica académica y estableciendo relaciones horizontales en donde se tenga presente de manera permanente que a quien se presta un servicio de salud atendiendo a la persona con toda su humanidad.
- Además, el cáncer cérvico uterino y de mama son enfermedades que se puede evitar o curar si se detectan a tiempo, dado el lento progreso que tienen las lesiones precancerosas, lo que da la oportunidad de 10 años o más para tratarlas y prevenir su desarrollo a un cáncer invasor, por lo que se ha puesto énfasis en utilizar todas las herramientas al alcance para que cada día menos mujeres mueran por esta causa.
- En esta última fase, en que los diferentes actores participantes del proyecto dieron a conocer la aplicación de lo aprendido en sus localidades, así como los primeros resultados alcanzados, además de haber conocido diversas experiencias de lo realizado por otros compañeros, en otras localidades, les ha permitido comprender que sí existe compromiso, creatividad, honestidad y trabajo, no hay límite en lo que se puede alcanzar. (Ver opiniones de los asistentes a esta cuarta fase).
- Cabe señalar por último que no obstante que en el proyecto original de esta temática, no se contemplaba la capacitación en grupos diferentes a directivos, personal operativo y comunidad propiamente dicha, tales como 1) integrantes de Laboratorio de Citología (citotecnólogos, citopatólogos y técnicos en tinción), 2) Clínicas de mama y colposcopia (radiólogos, patólogos, colposcopistas, trabajadoras sociales y enfermeras especializadas) el hecho de haberlos incluido favoreció y enriqueció no sólo la comunicación que debe de existir entre los diferentes actores de los servicios de salud que intervienen en los diversos procesos de atención de los programas, sino sobre todo favoreció a la población femenina de estas dos jurisdicciones sanitarias que sin duda alguna son el objetivo fundamental de la Política Pública de Salud en el Estado de Hidalgo. La inclusión de estos profesionales altamente especializados fueron sumados durante el proyecto debido a que se identificó prácticamente desde un principio por parte de la consultoría que, entre todos estos actores había comunicación fragmentada y disfuncional atribuyéndoseles la responsabilidad de las deficiencias en los avances y alcances del programa.

- Aunque los resultados de esta cuarta fase son alentadores, es indispensable reiterar que la persistencia y continuidad de las acciones son la base para lograr impactos y movimiento de indicadores en un futuro mediano en la disminución de la mortalidad de las mujeres de la entidad por estas causas.

MEDIOS DE PRUEBA

- Informe fotográfico
- Opinión final de los asistentes del contenido del curso como de los ponentes
- Evaluación propia del Instituto Hidalguense de las mujeres
- Archivo de presentación de cada uno de los grupos de las unidades de salud referente a las acciones realizadas en cada área de trabajo

* Originales Anexos en las carpetas entregadas correspondientes en Informe Fase IV

Síntesis de recomendaciones de acciones afirmativas y políticas públicas y acciones afirmativas para transversalizar la perspectiva de género

- 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 sobremanera al trabajo comunitario con técnicas y estrategias creativas, elementos que no son favorecidos en las currículas 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.