

DIAGNÓSTICO PARA DETERMINAR LAS CAUSAS DE LA FALTA DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES DEL ESTADO DE NAYARIT, 2010

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, 2010



GOBIERNO FEDERAL

Este producto es generado con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género.
Este Programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso con fines distintos a los establecidos en el programa.

DIAGNÓSTICO PARA DETERMINAR LAS CAUSAS DE LA FALTA DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES DEL ESTADO DE NAYARIT, 2010

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, 2010



Diagnóstico para determinar las causas de la falta de prevención, atención y seguimiento del cáncer de mama en las mujeres del Estado de Nayarit, 2010

Todos los derechos son reservados y queda prohibida su reproducción total o parcial sin la previa autorización por escrito del Instituto para la Mujer Nayarita.

La información, interpretaciones y las opiniones presentadas en este documento son enteramente de los autores, y no necesariamente reflejan la visión de las instituciones que financian, participan o publican.

Autoras del documento:

Gabriela Infante Hoyos

Mariana Salcedo Gómez

ÍNDICE

1.- Antecedentes

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

2.2 Objetivos específicos

3. Marco conceptual

3.1. Salud - enfermedad en los procesos interculturales

3.2. Los servicios de salud para la atención del CaMa

3.3.- El contexto normativo nacional de las acciones de prevención, atención y seguimiento de CaMa

3.4.- El contexto sociocultural y perspectiva de género en las políticas de salud

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

4.1.1. Cuestionario de hogar

4.1.2. Cuestionario para las mujeres de 25 años y más que no han sido diagnosticadas con el padecimiento

4.1.3. Cuestionario para las mujeres de 25 años y más que han recibido el diagnóstico de la enfermedad

4.1.4. Cuestionario estructurado y entrevista a profundidad para prestadores de servicios de salud

4.1.5. Entrevistas a personal del componente comunitario

4.2.- Muestra y representatividad estadística

4.3.- Procesamiento y análisis de la información

5. Resultados

5.1.- Población femenina

5.1.1.- Información demográfica y sociocultural

5.1.2.- Percepciones y conocimientos sobre el cáncer de mama

5.2.- Prestadores/as de servicios de salud del componente institucional

5.2.1.- Perfil del personal de salud entrevistado según formación, edad y sexo

5.2.2.- Tipo de unidad de salud

5.2.3.- Capacitación y prestación de servicios sobre CaMa

5.2.4.- Prevención

5.2.4.1.- Acciones informativas y de sensibilización

5.2.4.2.- Consejería

5.2.5.- Diagnóstico

5.2.6.- Atención

5.2.7.- Seguimiento

5.2.8.- Percepciones sobre los obstáculos para la prevención, diagnóstico oportuno, atención y seguimiento

5.3.- Prestadores/as de servicios de salud del componente comunitario

5.3.1.- Perfil del personal de salud

5.3.2.- Capacitación y prestación de servicios sobre CaMa

5.3.3.- Prevención

5.3.3.1.- Acciones informativas y de sensibilización

5.3.3.2.- Consejería

5.3.4.- Diagnóstico

5.3.5.- Atención

5.3.6.- Seguimiento

5.3.7.- Percepciones sobre los obstáculos para la prevención, diagnóstico oportuno, atención y seguimiento

6.- Discusión y conclusiones

6.1. Prevención

6.2. Diagnóstico

6.3. Atención

6.4. Referencia y contrarreferencia

7.- Fuentes documentales

1.- ANTECEDENTES

El descenso de la mortalidad en el país debido a la disminución de enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias en la infancia, ha traído como consecuencia una mayor esperanza de vida en la población general, lo que ha transformado la estructura de la población y el panorama epidemiológico. La transición demográfica y epidemiológica plantea nuevos retos para el abatimiento de las enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, situándolo en el plano de las prioridades nacionales de atención en materia de salud.

Sumando a lo anterior, el cáncer en particular se ha convertido un problema de salud pública a nivel mundial, especialmente el cáncer de mama (CaMa), que en la última década ha aumentado significativamente su ocurrencia, incluso superando al cáncer cérvico uterino (CaCu), que hasta el año 2006 en México, se ubicó como la primera causa de mortalidad femenina.

Los fallecimientos en el país a consecuencia de tumores malignos han evolucionado de manera diferencial para hombres y mujeres. “La población de hombres de 45 a 64 años pasó de 104 defunciones por cada cien mil individuos en 1980 a 106.7 en 2007, lo que significó un aumento de 2.5 por ciento. Sin embargo, entre los tumores malignos se encuentran diferencias importantes. Por ejemplo, la tasa de mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón descendió de 22.5 a 15.05 defunciones por cada cien mil hombres entre 1980 y 2007. En cambio, las tasas de los tumores malignos del hígado y de la próstata aumentaron significativamente: la primera pasó de 7.6 a 7.9 decesos por cada cien mil y la segunda de 4.7 a 6.4 decesos, durante el periodo. Las mujeres presentan patrones similares aunque con distintos niveles. Las tasas de los tumores malignos de estómago, tráquea, bronquios y pulmón y cuello del útero descendieron a lo largo del periodo de observación. En el primer padecimiento la tasa de mortalidad pasó de 14.5 a 9.2 defunciones por cada cien mil mujeres entre 1980 y 2007; por otro lado, aumentaron las tasas correspondientes a la leucemia (de 4.1 a 4.6 defunciones por cada cien mil mujeres) y los tumores malignos de mama (de 17.8 a 26.3), lo que ubica a este padecimiento como el más letal entre las mujeres maduras [de 40 a 65 años de edad]”¹. De acuerdo a la información sobre defunciones por cáncer de mama en México para el año 2007, “se notificaron 4 mil 597 muertes con una tasa de 16.5 por cada 100 mil mujeres de 25 y más años, tres veces más que la cifra registrada en 1955, con una edad promedio al morir de 59 años”², lo que representa un incremento de 9.7% en

¹ Consejo Nacional de Población. Principales causas de mortalidad en México, 1980 – 2007. México, 2010. p.40

² Martínez Montañez, Olga Georgina, Uribe Zúñiga Patricia y Mauricio Hernández Ávila. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. En: Salud Pública de México. Vol. 51, suplemento 2 de 2009. p. 351.

relación con la cifra obtenida en el año 2000³, siendo en las entidades del norte y centro del país donde se observa la mortalidad más alta.

En este sentido, el estado de Nayarit, ocupa el lugar número 13 en las entidades con mayor número de fallecimientos por cáncer de mama⁴ y en el estado, la mortalidad por esta causa es representada por una tasa de 16.3, superior a la tasa nacional que asciende a 15.4.⁵

La entidad, por sus características físicas y culturales heterogéneas, requiere de un diagnóstico que dé cuenta de las particularidades de los diferentes ámbitos y personajes que interactúan en los servicios de salud institucionales y comunitarios y de la población femenina, a fin identificar aquellos elementos que deben ser considerados en el diseño de metodologías de intervención que respondan a las necesidades y expectativas de la población en el marco de la normatividad nacional y local.

³ Secretaría de Salud. Programa de Acción 2007-2010. Cáncer de mama. 1ª. Edición, México, 2008. p.9

⁴ Ídem.

⁵ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México 2007. Anexos p.165

2.- OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Conocer a través del levantamiento de una encuesta estatal a mujeres de 25 años y más y de la entrevista a prestadores de servicios de salud y promotores/as comunitarios, las causas de carácter social, económico, geográfico y cultural que obstaculizan e impiden a las mujeres en el Estado de Nayarit buscar atención oportuna para el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. De tal manera que puedan hacerse recomendaciones a las autoridades de salud encargadas de diseñar programas y políticas públicas en relación al diagnóstico y atención oportuna de esta enfermedad.

2.2. Objetivo Específico

- a. Conocer las creencias y actitudes que las mujeres de 25 años y más tienen hacia la enfermedad del cáncer de mama, y la confianza hacia los servicios de salud y los prestadores de servicios de salud que atienden esta enfermedad.
- b. Identificar el conocimiento que las mujeres de 25 años y más tienen sobre las medidas de autoexploración y otros métodos de diagnóstico oportuno del cáncer de mama, así como del tratamiento en caso de padecer la enfermedad.
- c. Identificar las barreras culturales, sociales, económicas y geográficas que obstaculizan la atención oportuna del cáncer de mama.
- d. Identificar la disponibilidad geográfica de unidades de salud donde se opere el programa de prevención de CAMA, así como de las unidades y la infraestructura humana y técnica para atender dicho padecimiento.
- e. Conocer los procedimientos de canalización de casos para su diagnóstico y tratamiento a través de los personajes clave como las y los prestadores de servicios de salud y las y los promotores/as comunitarios
- f. A partir de todos los elementos anteriores, identificar los obstáculos y facilitadores existentes en los servicios de salud del estado, de tal manera que se puedan establecer recomendaciones para que estos operen dentro de un modelo de detección oportuna, tratamiento, seguimiento y vigilancia eficaz de pacientes con CAMA.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Salud-enfermedad en los procesos interculturales

Es una constante en todo el país, el diagnóstico tardío de este padecimiento, pese a los esfuerzos realizados por el gobierno federal y de las entidades federativas a través de las diferentes instancias del sector salud, hoy día, el diagnóstico oportuno de esta enfermedad se reporta en poco menos del 10 por ciento de los casos (9.2%), mientras que el 90.8% de ellos, son diagnosticados en etapas avanzadas, lo que se relaciona de manera directa con una evolución clínica menos favorable.⁶ Es decir, este retraso en el diagnóstico resta posibilidades de restablecimiento de la salud y la supervivencia y no sólo los costos en recursos institucionales del sector salud aumentan si no que a la par los costos emocionales y sociales se elevan deteriorando la calidad de vida de la población femenina. El panorama se torna menos alentador cuando reflexionamos en las cifras del Sistema Nacional de Salud, que señalan que en el año 2002 se diagnosticaron más de 50 casos de cáncer mamario en cada día laborable⁷, cifra que se traduce en 12 mil 600 casos al año⁸ y la gran mayoría de ellos identificados en etapas avanzadas de la enfermedad.

El diagnóstico tardío de la enfermedad refiere a diversos aspectos, tanto geográficos, estructurales, culturales y de género, que se constituyen como obstáculos, en un primer momento, para la prevención y detección oportuna, y en un segundo momento, para la atención y seguimiento de los casos. Existen evidencias que documentan dichos obstáculos en diferentes estados del país, sin embargo, no existe información específica de la entidad que aborde de manera global este problema que es multifactorial y que requiere de la consideración de otros elementos que exceden el ámbito sanitario y de los determinantes biológicos; que considere las condiciones de vida, grupos de edad, etnicidad, aspectos culturales y la situación y condición de las mujeres determinada por las desigualdades de género.

⁶ Martínez Montañez, et.al. Op.Cit.

⁷ Género y Salud Reproductiva. Situación actual del cáncer de mama en México. En: http://generosaludreproductiva.gob.mx/content.php?id_rubrique=6&id_article=5

⁸ Se consideran 252 días laborables al año de acuerdo a los Principales indicadores de servicios en instituciones del Sistema Nacional de Salud 1990 a 2004. En: Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Servicios otorgados y programas sustantivos. Volumen III. No. 23 y 24, México, D.F.

Cuando las personas reciben el diagnóstico de cáncer experimentan un sentimiento de gravedad extrema, de alarma. Surgen temores ante el sinónimo cultural de la muerte⁹ y una necesidad apremiante de protección y de adherencia. Se instalan de inmediato las ideas persecutorias y culpígenas surgidas del desconocimiento, de la información nula, falsa o insuficiente y de la carencia de recursos personales y familiares para entender sus condiciones particulares y el proceso de la enfermedad.

Afloran las culpas y los miedos que en la mayor parte de los casos llevan a la búsqueda de explicaciones con personal no calificado y a vivirse en soledad, como un castigo ante diferentes conductas; muchas veces se atribuye su origen a transgresiones de orden moral o religioso. Estas ideas, además de la desinformación, el bajo nivel educativo, la deteriorada autoestima y los problemas familiares y económicos, profundizan los estados depresivos por los que atraviesan las personas con este padecimiento.

El núcleo familiar es un espacio que se ve afectado de manera significativa cuando alguno de sus miembros ha sido diagnosticado, no sólo por verse limitado el presupuesto al perder el aporte económico en el caso de quienes fungen como proveedores del hogar sino también por el elevado costo de los tratamientos.

De igual manera, las relaciones familiares sufren un deterioro que obstaculiza las acciones para hacer frente a una enfermedad de este tipo. Por ejemplo, algunas mujeres participantes en un programa de apoyo emocional¹⁰ declararon que al comunicar el diagnóstico a su familia en el 60% de los casos la reacción fue de preocupación, angustia y miedo; mientras que el 28.6% se mostró optimista y con una actitud de apoyo para la mujer. Sin embargo, cabe destacar que el 5.7% de ellas no informó a sus familias y el 1.4% declaró indiferencia, rechazo o abandono por parte de sus integrantes.

El desconocimiento generalizado entre la población sobre la enfermedad, los factores de riesgo, la predisposición genética y de los tratamientos disponibles, suele favorecer situaciones de aislamiento o de rechazo en los diferentes ámbitos sociales en los que la persona se desempeña, acrecentando la incapacidad para relacionarse y para continuar con sus actividades habituales.

Es importante que las personas estén informadas de los hábitos de vida saludable, tener presente que este problema de salud puede curarse si se detecta oportunamente y si se cuenta con el acceso a los servicios de atención médica. El apoyo emocional y la información son fundamentales por las características propias de la enfermedad y de los tratamientos médicos para su cura, toda vez

⁹ Término que utiliza María del Carmen Calderón Benavides en su trabajo *Mujeres con cáncer cervicouterino después del tratamiento*. Mimeo s/f. 25 págs.

¹⁰ Caras de Esperanza, A.C. *Mujeres haciendo frente al cáncer*. Informe anual 2005. México. En: www.fundacioncarasdeesperanza.org

que afectan de manera importante su estado físico y emocional. Brindar apoyo inmediatamente después del diagnóstico y durante el tratamiento, a las personas y a sus familiares, permitirá transitar por este proceso sin disminución alguna en su calidad de vida, en concordancia con lo estipulado en la NOM-041-SSA2-2002, señala que ésta “debe plantear la exploración y expresión de los sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, con objeto de disminuir éstos para facilitar la toma de decisiones y poner en práctica la acción a seguir”¹¹.

Sin embargo, en los servicios institucionalizados de atención a la salud prevalece una perspectiva biomédica parcializada que desfavorece los aspectos socioculturales, de salud mental y las perspectivas integrales de atención. El personal del sistema institucional suele ser refractario a otro tipo de aproximaciones a la problemática del cuidado de la salud. Además, no son raros los casos de discriminación y maltrato a las usuarias indígenas por falta de tolerancia a sus formas de entender el cuerpo, la salud y la enfermedad. Estas circunstancias, aunque no son causas exclusivas, deben tomarse en cuenta al analizar los esfuerzos para mejorar el acceso, la calidad y la capacidad resolutoria de los servicios de salud.

En cuanto a la etnicidad, en el estado existen tres principales grupos originarios, Huicholes, Coras y Tepehuanos, que de acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda de 2005, ascienden a un total de 41,689 personas de habla indígena. La falta de comunicación con las y los usuarios de origen indígena deriva de un desconocimiento casi total sobre quiénes son estos pueblos y sobre lo que saben o ignoran. Distintos factores sociales y culturales están en la base de las actitudes y de las prácticas que los individuos toman frente a la enfermedad y que, por lo tanto, condicionan su comportamiento ante el personal de salud. Sin embargo, la mayoría de las políticas, planes, programas y modelos de intervención aplicados por el sector salud han considerado solamente algunos aspectos como el monolingüismo, o bien, la incorporación de parteras y médicos/as tradicionales a los esquemas de atención institucional pasando por alto otros aspectos fundamentales de la cultura.¹² Ciertamente, “cuando se define la enfermedad como una disfunción natural se trata de mantener una cierta independencia biológica de las interpretaciones sociales. En términos sociológicos lo interesante es que la enfermedad es producto de una definición social. Además se vive y se reacciona a los padecimientos de acuerdo con “la cultura” y la

¹¹ Norma Oficial Mexicana, NOM-041-SSA2-2002, para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama, publicada en septiembre de 2003, establece la detección a través de la autoexploración, la exploración clínica y la mastografía, esta última cada uno o dos años en mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo, y en forma anual a toda mujer de 50 años, siempre que exista el recurso. En lo referente al Apartado 6 Numeral 6.1.2 sobre la Consejería.

¹² Balladelli, P. y Colcha, M. (1990). Entre lo mágico y lo natural: la medicina indígena, testimonios de Pesillo. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala. p.22

pertenencia a una determinada clase social, a veces transitando también por cuestiones de género (diferencias sociales y culturales por el hecho de ser varón o ser mujer). El grado de conocimiento condiciona un papel específico para cada enfermo y casi cada enfermedad. Pero hay una constante común, y se puede hablar de una reacción biológica a la enfermedad. La respuesta a la enfermedad que tiene cada persona dependerá de la sociedad y de la cultura en la que haya sido socializado su proceso de vida y dependerá de sus valores, creencias y símbolos transmitidos. Esta forma en que la enfermedad afecta a los individuos hace replantear los aspectos sociales de la sanidad. Cabe resaltar de esta problemática tres factores fundamentales. Primero, las enfermedades no se distribuyen ni uniforme ni aleatoriamente, sino más bien se observa que están relacionadas con la estructura social y la cultura de la comunidad. Segundo, se considera y se reacciona de manera diferenciada a la enfermedad según la posición del individuo en la estructura social y según la cultura. Tercero, la sociedad institucionaliza la lucha contra la enfermedad a través de organizaciones sociales, no solo médicas, sino educativas, administrativas, religiosas, políticas y económicas.¹³.

Entre los pueblos indígenas del continente americano, los mecanismos de supervivencia han sido forjados por las aptitudes culturales, lingüísticas, organizacionales y de liderazgo, junto con la adherencia a un carácter distintivo de la comunidad basado en la reciprocidad, el respeto y el conocimiento ancestral,¹⁴ valores que no han sido incluidos en la práctica médica institucionalizada.

Las condiciones de salud imperantes en los pueblos indígenas están determinadas por un proceso histórico de dependencia, pérdida de identidad y marginación. De ahí que este sector social tenga una expectativa de vida más corta que otros sectores de la sociedad nacional, así como mayores tasas de mortalidad y morbilidad.¹⁵

La ausencia de políticas favorables, la aculturación y la implantación de modelos exógenos de desarrollo, han contribuido a la desarticulación de las culturas Americanas y a la devaluación de la identidad indígena. Ante esta realidad, en 1992, el Subcomité de Planificación y Programación de la OPS propuso que se considerara más detenidamente la salud y el bienestar de los pueblos indígenas

¹³ Rodríguez, Joseph A (1987), Salud y poder, Centro de Estudios Sociológicos y Siglo XXI, Madrid. En: Gustavo Nigenda López, et.al. Proceso social del cáncer de mama en México. Perspectiva de mujeres diagnosticadas, Fundación Mexicana para la Salud, 2009.pp.14-15.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. 1998. www.paho.org/default_spa.htm.

¹⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC, 2002. S/p

de América. Después de una reunión de consulta celebrada en 1993 en Winnipeg, Canadá, se establecieron cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas:

- Enfoque integral de la salud,
- Derecho a la autodeterminación de los pueblos,
- Respeto y revitalización de las culturas indígenas,
- Reciprocidad en las relaciones,
- Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

Así en 1993 los estados representados en la Organización de las Naciones Unidas acuerdan declarar el "Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo", durante el período comprendido entre los años 1994-2004, a fin de consolidar esfuerzos especiales para mejorar las condiciones sociales, económicas y políticas de estos pueblos.

3.2. Los servicios de salud para la atención del CaMa

Es necesario identificar los distintos ámbitos sociales que intervienen en el proceso de la prevención, diagnóstico oportuno y atención de este padecimiento, a fin de lograr un abordaje integral del problema, reconociendo en todos los casos, las particularidades de la población a la que van dirigidas las estrategias de intervención y de todos los personajes que intervienen en interacción directa o indirecta con la población meta, en este caso las mujeres de 25 años y más, siendo la población adulta joven, madura y de la tercera edad, donde se concentra la incidencia de esta enfermedad.

Por ello, el uso exclusivo de indicadores demográficos sobre mortalidad y morbilidad, o sobre acceso a los servicios de salud y cobertura institucional, en los que se basa la formulación de estrategias y modelos de intervención para este sector, no permiten conocer las causas individuales y colectivas que han permitido la supervivencia de los pueblos en circunstancias tan adversas, por tanto, se reconoce la necesidad de generar información de tipo cualitativo que permita acortar las brechas en relación con los servicios de salud, no bajo la óptica de un modelo totalizador de la atención médica, sino uno incluyente que favorezca los procesos de

prevención y detección temprana de este padecimiento y el inicio y continuidad de los tratamientos para su disminución, sin que sean vividos como métodos invasivos al cuerpo y a la cultura.

Una realidad que no puede soslayarse, es la carencia de instalaciones, recursos humanos capacitados y sensibles a la problemática y del equipo necesario para la detección oportuna, especialmente en mujeres de 40 años y más, sólo por citar un ejemplo a nivel nacional, se cuenta con aproximadamente 2 mil 300 mastógrafos¹⁶ en contraste con una población femenina de cerca de 51 de millones, en la que 1 de cada 4 mujeres tiene más de 40 años¹⁷. Esto se traduce en 12 millones 750 mil mujeres¹⁸, que potencialmente requerirían de este examen de manera anual. Como puede apreciarse, el equipo disponible es insuficiente y su elevado costo lo hace prácticamente inaccesible. Asimismo, y de acuerdo con las cifras de CONAPO para 2005, la población nayarita de mujeres de 25 años y más, asciende a 262,503, de ellas solamente 29,969 mujeres son derechohabientes de alguna institución de salud, es decir, el 89% de las mujeres en el estado no son derechohabientes de ninguna de ellas, por ello, se impulsó la atención especializada y gratuita de las personas no derechohabientes de los servicios de salud en el Centro Estatal de Cancerología, atención que se brinda desde enero del 2007 a través del Fondo de Protección para Gastos Catastróficos, una iniciativa loable pero insuficiente para la dimensión de la demanda.

En este caso, en correspondencia con la NOM-041-SSA2-2002, con el Plan Estatal de Desarrollo (PED) 2005-2011 para el Estado de Nayarit y por último, con el Plan Sectorial de Salud, se busca contribuir al fortalecimiento de las Políticas Públicas con perspectiva de género y en especial “las políticas de salud [como] uno de los ejes centrales del Gobierno del Estado”.¹⁹ En este sentido, el PED hace referencia explícita a la realización de acciones y proyectos específicos en materia de salud, que permitan asignar mayor importancia al

¹⁶ Vega Saldaña, Arturo. Subdirector de Prevención y Control de Cáncer de la Mama del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. En: Conferencia de prensa de la Red Contra el Cáncer el 26 de mayo de 2006.

¹⁷ Recursos materiales seleccionados en instituciones del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa, 2003 y 2004. En: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. Información Estadística. Actualizado el 17 de enero de 2006.

¹⁸ Estimación calculada a partir de los días laborables señalados por el INEGI y la declaración del Doctor Arturo Vega Saldaña, Subdirector de Prevención y Control de Cáncer de la Mama del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. En: Conferencia de prensa de la Red Contra el Cáncer el 26 de mayo de 2006.

¹⁹ Programa Sectorial de Salud. Gobierno del Estado de Nayarit. Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011, p. 6 En: <http://www.ssn.gob.mx/transparencia/frac06/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202007011%20Octubre%202007.pdf>

enfoque preventivo, principalmente mediante la vinculación con la educación y el desarrollo económico²⁰ y priorizar a la población beneficiaria de acuerdo a criterios de marginalidad y vulnerabilidad como son los que tienen relación con la condición de género y los pueblos originarios asentados en las áreas de mayor rezago.²¹

Disminuir estas condiciones de desigualdad entre unas poblaciones y otras y entre mujeres y hombres es un imperativo en el estado, sin embargo, para ello, será necesario impulsar otros elementos de abordaje, se requiere impulsar transformaciones en los servicios institucionalizados de atención a la salud incorporando aspectos socioculturales y perspectivas integrales de atención.

3.3.- El contexto normativo nacional de las acciones de prevención, atención y seguimiento de CaMa

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama y el Programa de Acción Específico, 2007-2012 sobre Cáncer de Mama (en adelante referido como el Programa) son dos referencias centrales para la instrumentación de una estrategia de intervención institucional cuyo objetivo establecer las bases para disminuir la mortalidad por CaMa, a través de la provisión de servicios óptimos para la detección, diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento. No obstante, desde una perspectiva de género, adoptar como marco de referencia exclusivo esta normatividad establecida desde las instituciones, resultaría en una estrategia reduccionista que ignora e invisibiliza las particularidades de la población objetivo que concibe y vive la enfermedad de maneras muy particulares según su contexto biográfico, social, cultural y económico.

La enfermedad entendida como un proceso social²², debe considerarse no sólo como un tema de salud o ausencia de salud del organismo, sino como un fenómeno mucho más complejo que implica y desencadena toda una serie de acontecimientos, creencias,

²⁰ Plan Estatal de Desarrollo 2005- 2011. Gobierno del Estado de Nayarita. Cap. VIII. Políticas Públicas Políticas de Desarrollo Social. Salud. Pág. 2 y 3

²¹ Equidad de género. Op.cit. pp. 3-4

²² En el texto *Informe. Proceso social del cáncer de mama en México. Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud*. Versión preliminar 1. Abril, 2009, publicado por Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Carso, Fundación Mexicana para la Salud y Competitividad y Salud, se desarrolla de manera muy interesante esta noción de la enfermedad como proceso social. Concepción desde la

tabúes, mitos, conocimientos, desconocimientos y actitudes no sólo en la persona enferma sino en su entorno familiar, laboral y relacional, lo que conduce a decisiones y acciones diversas frente a la prevención, atención y seguimiento del padecimiento.

Desde una perspectiva social de la enfermedad, el diseño e implementación de estrategias para instituir mejores prácticas institucionales, implica tomar en consideración la manera en que las personas conciben la enfermedad, sus implicaciones individuales, grupales y sociales. En este sentido, atender de manera exclusiva a los estándares normativos institucionales, significa considerar aspectos fundamentalmente relacionados con el desarrollo de infraestructura, formación y capacitación continua del personal, elaboración de protocolos homogéneos para el diagnóstico y el tratamiento y la consolidación del sistema de información y de evaluación. Elementos todos que, sin duda, son centrales para una práctica institucional eficiente y de calidad, pero que sin embargo podrían optimizar su funcionamiento si se implementan e integran de manera orgánica tomando en cuenta los contextos socioculturales particulares.

Dos componentes fundamentales del Programa son el diagnóstico temprano y el tamizaje. El primer componente se enfoca principalmente en la educación de la población y la capacitación del personal, con lo que se pone énfasis en la difusión de información y conocimientos adecuados que permitan tanto a la población como a los prestadores de servicios de salud, identificar síntomas en etapas tempranas y dar lugar a acciones de diagnóstico y tratamiento temprano. El segundo componente, el tamizaje, consiste en la identificación de la enfermedad en una fase muy temprana o preclínica, utilizando pruebas que puedan aplicarse de manera generalizada a la población en riesgo que no presenta síntomas más patentes. Ambos componentes del programa, intentan atacar uno de los principales problemas a los que se enfrentan los países en desarrollo, la atención del CaMa en etapas avanzadas cuyas consecuencias son, por un lado, un incremento importante en los costos de atención para los sistemas de salud, y un incremento en las tasas mortalidad por este padecimiento. Con lo que los altos costos resultan inútiles en tanto que no se logra restablecer la salud de las mujeres.

Aún cuando el tamizaje y el diagnóstico temprano, que de manera específica implican la autoexploración, la exploración clínica y la mastografía, son las principales estrategias para combatir la muerte por CaMa, a través de la detección oportuna, cabe mencionar que estos métodos tienen sus complejidades. Algunos estudios han mostrado, por ejemplo, que la autoexploración (observación y palpación que realiza la mujer en sus pechos) y la exploración clínica de la mama (observación y palpación por personal de salud) como medidas de detección temprana no han tenido un impacto considerable en la disminución de la mortalidad por CaMa, aún cuando no

cual la percepción, actitudes y creencias de la población resultan de suma relevancia para poder implementar las mejores prácticas institucionales de acuerdo con los contextos socioculturales.

se niega el valor de estas técnicas para aumentar la visibilidad del problema²³. Algunos de los riesgos de la autoexploración, como lo señalan Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga, y Hernández-Ávila (2009) es que se crea una falsa idea de prevención que retrasa o evita la participación en los programas de ultrasonido de mamas o mastografía, o por otro lado, genera problemas de sobretratamiento, al conducir en ocasiones a la falsa identificación de signos de la enfermedad.

Como una medida para evitar los problemas derivados de las estrategias de detección temprana, Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga, y Hernández-Ávila (2009) proponen instrumentar programas de sensibilización dirigidos a “sensibilizar a la mujer sobre la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica inmediata si descubre algún dato anormal, pero siempre informada sobre las limitaciones de este procedimiento y con énfasis en la importancia de participar con regularidad en los programas de detección temprana basados en la mamografía”²⁴. En cuanto al examen clínico, sugieren que la clave es la capacitación adecuada para obtener tan buenos resultados como en la mastografía.

Por otra parte, un aspecto clave del tamizaje con mastografía es la capacitación y experiencia del equipo técnico. En este rubro, no sólo se considera la capacidad técnica de los prestadores de servicios sino incluso la eficiencia de los mismos, pues de ésta última depende que se realicen un número recomendable de mastografías, además de que el resultado de éstas sea certero. El tamizaje con mastografía se dirige a mujeres sanas y asintomáticas, por lo que su práctica requiere que los servidores de salud proporcionen información adecuada, accesible y adaptada a las necesidades individuales y de contexto sociocultural.

En este sentido, los objetivos del Programa están dirigidos a: mejorar el conocimiento de la población sobre los determinantes del CaMa; incrementar la detección temprana del CaMa; mejorar la calidad y oportunidad del tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral del CaMa; reorganizar y fortalecer los servicios de diagnóstico y tratamiento del CaMa con base en las mejores prácticas en coordinación con las instituciones del Sistema Nacional de Salud; y, consolidar el sistema de información para el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica, con el fin de disponer de información confiable y sistemática para la mejora continua del programa, el aseguramiento de la calidad y la rendición de cuentas.

Como parte del diagnóstico oportuno, la NOM-041-SSA2-2002 marca una serie de aspectos organizacionales que se suman a los aspectos más técnicos referidos anteriormente. Por ejemplo, la coordinación entre los tres niveles de atención es fundamental para la

²³ Ver en Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. Salud Pública Mex. 2009; 51 supl. 2:S350-S360, pp. 355.

²⁴ Ídem.

referencia oportuna de casos posibles de diagnóstico positivo y la concertación de citas para mastografía y/o ultrasonido en la unidad correspondiente en un lapso menor a 21 días, en caso de cuadro clínico sugestivo de patología durante la exploración clínica.

La focalización de acciones de prevención y tamizaje en función de la edad de las mujeres y los factores de riesgo, son también aspectos relevantes del Programa. En este sentido, la difusión de información correcta y clara es fundamental tanto para la población como para los prestadores de servicios de salud, pues de ello depende la consecución de acciones de prevención y tratamiento específicas según las características propias de cada mujer.

Un aspecto técnico de gran importancia que se señala en el Programa, es la capacitación del equipo de mastografía y radiología, pues de ello depende la realización óptima de los estudios, así como la interpretación de estos. Incluso se menciona la necesidad de un sistema para la acreditación de unidades de tamizaje y diagnóstico en CaMa, de modo que las mujeres y los planificadores de los servicios de salud puedan identificar esas clínicas y unidades según su desempeño. Por otro lado, el Programa señala especificaciones con respecto a la estructura de las unidades de atención. A este respecto y en concordancia con lineamientos internacionales, se establece que deben establecerse por separado las unidades de detección del CaMa, exclusivas para el tamizaje (es decir, entre población que no tiene ninguna sospecha de patología) y las clínicas de patología mamaria, para la evaluación diagnóstica de mujeres con sospecha de patología, y por último, centros de atención oncológica con clínicas especializadas en oncología mamaria. Las especificaciones sobre la infraestructura y el personal mínimo de estas clínicas se establecen igualmente en el Programa, con el objeto de asegurar las condiciones necesarias para una atención profesional y de calidad.

3.4.- El contexto sociocultural y perspectiva de género en las políticas de salud

Sumado a las características sobre los servicios de salud y la instrumentación y mejoramiento de los programas de tamizaje, el Programa vislumbra como un factor relevante la consideración de los factores sociales, culturales y económicos que la población a la que se dirigen los servicios. Es decir, señala como indispensable tomar en cuenta la perspectiva de género en salud, lo que significa atender a variables como los roles de género, las dobles y triples jornadas de trabajo, la capacidad de decisión o propiedad sobre los recursos, todos estos elementos que se pueden convertir en desventajas sociales que intervienen en el autocuidado de su salud y en las posibilidades para asistir a servicios de salud para la prevención, atención y seguimiento de cualquier enfermedad o padecimiento. Por ejemplo, un factor determinante que se constituye como un obstáculo para asistir a los servicios de salud, es la priorización de la atención de las necesidades de otros, difiriendo siempre el autocuidado o el seguimiento y apego a los tratamientos prescritos, en tanto que entran en conflicto con las necesidades de salud del núcleo familiar, de las que son únicas responsables en muchos casos.

En este sentido, el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) en su Análisis de Programa Nacional de Salud, 2007-2012, recomienda la construcción de un modelo político de salud que contemple la integralidad de las personas contemplando la diversidad de género, etnia, edad, entre otros, y se favorezca la creación de servicios accesibles, personalizados que fomenten la información, la formación, la responsabilidad y la autogestión de la propia salud.

Adoptar la perspectiva de género para la instrumentación de un modelo de intervención institucional implica, en este sentido, adoptar una línea de análisis necesaria para la transformación hacia un estado de igualdad de condiciones y oportunidades para mujeres y hombres, a través de hacer explícitas las condiciones culturales, económicas y sociopolíticas que favorecen la discriminación femenina y, a partir de este análisis, definir las medidas que deben adoptarse para combatir la desigualdad y la discriminación hacia las mujeres. En ese sentido, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) definió en 1997 el concepto de la transversalización de la perspectiva de género en los siguientes términos:

"Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros."

La perspectiva de género como enfoque de análisis implica en el tema que nos atañe, abordar la dimensión política de la enfermedad, no sólo la dimensión médica, organizacional e institucional del programa de detección temprana, diagnóstico oportuno y tratamiento de CaMa

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio exploratorio de corte cuantitativo y cualitativo para obtener información sobre las condiciones que favorecen u obstaculizan las acciones de prevención, diagnóstico oportuno, atención y seguimiento del cáncer de mama en la entidad.

Para ello se identificaron 3 tipos de actores sociales involucrados en el proceso salud-enfermedad de las mujeres. En primera instancia **mujeres de 25 años y más en población abierta, con o sin diagnóstico de cáncer de mama**, a quienes se les aplicaron dos cuestionarios estructurados, uno de hogar y otro individual; en segunda instancia se consideró como actor clave tanto a las y los **profesionales de los servicios de salud**, como a las y los **promotores de salud comunitarios** que trabajan directamente con la población en actividades de prevención. En el caso de los primeros se aplicó un cuestionario estructurado a una pequeña muestra, así como entrevistas a profundidad, y en el caso de las y los promotores comunitarios se realizaron algunas entrevistas a profundidad, pero sobre todo se trabajó con ellas y ellos en un formato de talleres.

A partir de los cuestionarios, las entrevistas a profundidad y los talleres se obtuvo información en diferentes niveles. Esto es, información objetiva sobre hechos y acontecimientos, e información subjetiva sobre la percepción, interpretación y comprensión que las/los entrevistados y las/los participantes en los talleres tienen sobre el padecimiento del CaMa, y las actitudes y creencias que las mujeres de la entidad tienen al respecto, así como las acciones de autocuidado para prevenir la enfermedad.

4.1.1. Cuestionario de hogar

Este instrumento se aplicó en todas las entrevistas; en el caso de las mujeres de 18 años que no han sido diagnosticadas con el padecimiento, será el medio por el cual se podrá identificar a todas las mujeres susceptibles a ser entrevistadas (de 18 años y más) dentro de una unidad doméstica. Asimismo, permitirá obtener información sobre la composición de miembros de la unidad doméstica, sus lazos de parentesco, edades, sexo escolaridad y actividad a la que se dedican. Indagará también sobre las condiciones de la vivienda y los servicios públicos disponibles. Con esta información podrá ubicarse su posición socioeconómica la de las mujeres entrevistadas.

4.1.2. Cuestionario para las mujeres de 25 años y más que no han sido diagnosticadas con el padecimiento

Este instrumento se estructuró en tres secciones temáticas: a) Información de identificación del instrumento; b) Características sociodemográficas (lugar de nacimiento, migración, composición de la familia de origen, uniones en pareja, estado civil, fecundidad, violencia de género, escolaridad, empleo, etnicidad y religión) y, c) Percepción y conocimientos sobre el cáncer de mama para la prevención, detección oportuna, diagnóstico y tratamiento, exposición a los *mass media*, relación con las instituciones de salud, familiares con el padecimiento y los componentes de la motivación femenina para acceder a al diagnóstico.

4.1.3. Cuestionario para las mujeres de 25 años y más que han recibido el diagnóstico de la enfermedad

Este instrumento incluyó las tres primeras secciones del cuestionario anterior y una cuarta sección que se refiere a su experiencia. Recogió información sobre el tiempo en que la mujer fue diagnosticada, su relación con las y los prestadores de servicios de salud, sobre los factores de riesgo, medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento, familiares con el padecimiento, expectativas familiares y sociales, recomendaciones a otras mujeres que no han sido diagnosticadas y aquellas que lo han sido, así como recomendaciones para una prestación de servicios de salud más cercana a las necesidades de la población.

4.1.4. Cuestionario estructurado y entrevista a profundidad para prestadores de servicios de salud

Con el propósito de disponer de información cualitativa que diera cuenta de las condiciones materiales, técnicas, normativas y de personal en las que se ejecuta el programa de prevención, atención y seguimiento de CaMa en la entidad se elaboró un cuestionario estructurado que indaga sobre:

- Infraestructura básica y personal especializado
- Prevención y Consejería del CaMa
- Diagnóstico

- Tratamiento
- Procedimiento de cáncer de mama y embarazo
- Actividades de control y seguimiento
- Educación continua del personal
- Participación social

El guión para la entrevista a profundidad se diseñó con el fin de identificar temáticas específicas de la problemática institucional, más allá de lo establecido en la NOM-041-SSA2-2002 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama.

4.1.5. Entrevistas a personal del componente comunitario

Con respecto a las promotoras de salud como personajes clave en las localidades por su vínculo entre las instituciones del sector salud y la población femenina. Las promotoras identificadas durante el levantamiento de la muestra no están suscritas al sector salud, sino al programa estatal de Mujer a Mujer, donde realizan algunas acciones de información sobre cáncer de mama, pero que no es una de sus actividades principales. Se entrevistó a 2 promotoras comunitarias (Región Costa 1 y Región Sierra 1) del programa Mujer a Mujer.

Es importante señalar que se entrevistó a personas que en un esfuerzo individual, realizan acciones de información y acompañamiento a las mujeres con cáncer ya sea cérvico uterino o de mama, por ser ellas sobrevivientes de alguno de estos padecimientos.

El resto de la información obtenida para el componente comunitario, se levanto en talleres sobre CaMa dirigidos particularmente a este sector de la población.

En resumen, el estudio estuvo conformado de la siguiente manera, según informante, el tipo de instrumento de recolección de información y el tamaño de la muestra:

Informante	Instrumento	Tamaño de la muestra
Mujeres de 25 años y más sin diagnóstico	Cuestionario hogar	539 mujeres de 25 años y más en población abierta
	Cuestionario individual	
Mujeres de 25 años y más con diagnóstico	Cuestionario hogar	4 mujeres de 25 años y más en población abierta
	Cuestionario individual	
Prestadores de servicios de salud	Cuestionario institucional estructurado	64 cuestionarios estructurados
	Entrevistas en profundidad	15 entrevistas a profundidad
Promotores/as de salud	Talleres	11 talleres con grupos focales
	Entrevistas en profundidad	4 entrevistas en profundidad

4.2. Muestra y representatividad estadística

Para la muestra se consideró a la población femenina de 25 años y más, población que se tomó como referente para obtener la información temática a través de un **cuestionario estructurado** en dos variantes (mujeres con y sin diagnóstico de CaMa). Para este segmento se elaboró una muestra de manzanas y localidades, con el propósito de obtener estimaciones de calidad aceptable (95% de confianza) a nivel estatal, con un tamaño de muestra de 543 viviendas (incluye el 20% de sobremuestra por no respuesta), realizando una entrevista personal en cada una de las viviendas seleccionadas.

La muestra incluyó a **16 municipios de la entidad**, (ver Cuadro 1), cubriendo al **81% de la población femenina** y al **80% de los hogares**. La muestra se tomó de aquellas Áreas Geo-Estadísticas Básicas (AGEB) con 392 o más mujeres de 18 años y más, según el conteo del año 2005. Cabe destacar, que no se consideró la lengua indígena como un criterio de exclusión dado que el estudio busca información cultural y según el conteo de 2005, 3 mil 325 mujeres hablaban algún tipo de lengua indígena.

Para incrementar la calidad de las estimaciones de la encuesta la selección de AGEB's (urbanas y rurales); la de manzanas y la de localidades se hace con probabilidad proporcional a su tamaño

En resumen la muestra cubre los siguientes aspectos:

- Selección de AGEB's (Realizado ver cuadro 1)
- Selección de manzanas (En proceso)
- Ubicación y geo referencia de AGEB y manzanas (En proceso)
- Selección de viviendas (Se hará en campo)
- Selección de la entrevistada (se hará en campo, a mujeres de 25 años y más, según la técnica propuesta).

En lo que se refiere a la visita de los 543 hogares señalados en la muestra estadística, el número fue cumplido a satisfacción, haciéndose la selección de mujeres a entrevistarse en cuatro etapas: AGEB, Manzana, Vivienda y Persona, y en ésta última sólo si estaba comprendida en el rango de edad.

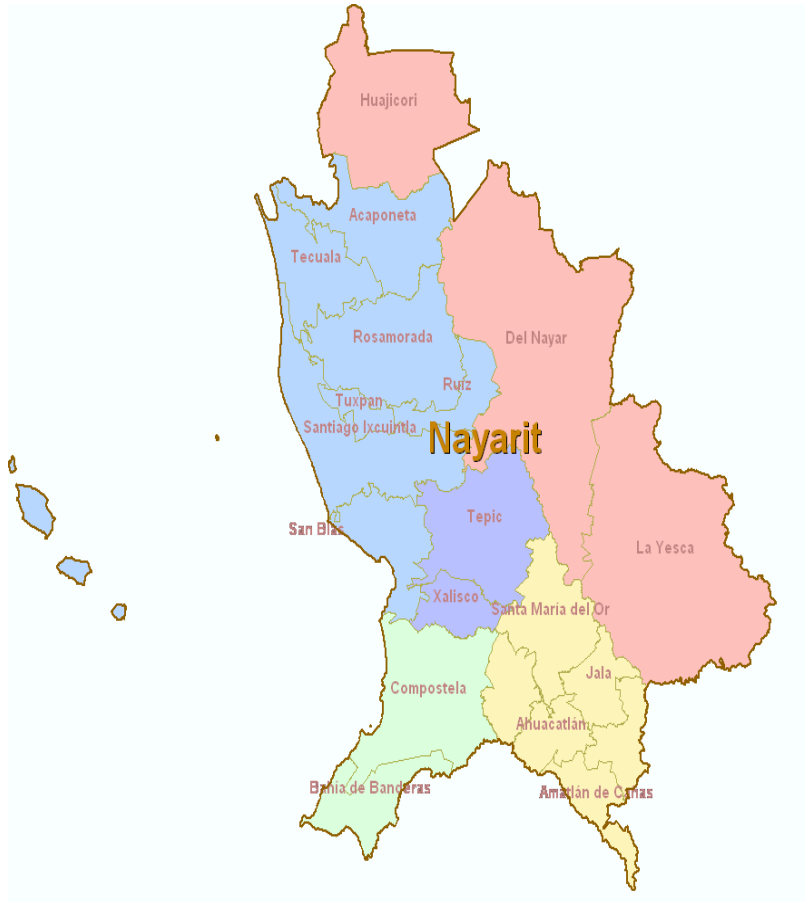
Cabe señalar que en cada vivienda donde se encontró a una mujer que cumplía con las características para ser elegible, se entrevistó en todos los casos, no encontrando negativas para brindar la información. Cuando se encontró más de una mujer elegible, con el propósito de conservar la selección aleatoria, se optó por aquella que primero cumpliera años en el periodo comprendido de la fecha de la entrevista hasta el 31 de diciembre. Resultando entrevistadas 543 mujeres en la entidad (Región Centro 160, Región Costa 188, Región Sierra 195 mujeres).

Cuadro 1: Viviendas visitadas en municipios seleccionados

NOM_MUN	Viviendas en muestra	Viviendas encuestadas	Número de mujeres entrevistadas
Acaponeta	15	15	15
Ahuacatlán	6	6	6
Compostela	31	31	31
Ixtlán del Río	17	17	17
Jala	9	9	9
Xalisco	31	31	31
Rosamorada	4	4	4
Ruíz	8	8	8
San Blas	7	7	7

San Pedro Lagunillas	4	4	4
Santa María del Oro	5	5	5
Santiago Ixcuintla	30	30	30
Tecuala	16	16	16
Tepic	287	287	287
Tuxpan	22	22	22
Bahía de Banderas	51	51	51
Total de viviendas	543	543	543

Mapa del Estado de Nayarit por Región



Región Centro	Región Costa	Región Sierra
<u>Clave Municipio</u>	<u>Clave Municipio</u>	<u>Clave Municipio</u>
18002 Ahuacatlán	18004 Compostela	18001 Acaponeta
18006 Ixtlán del Río	18012 San Blas	18010 Rosa Morada
18007 Jala	18013 San Pedro	18011 Ruiz
18014 Santa María del Oro	Lagunillas	18015 Santiago Ixcuintla
	18020 Bahía de Banderas	18016 Tecuala
		18018 Tuxpan
18017 Tepic: personal de los tres equipos		

4.3. Procesamiento y análisis de la información

En tanto que el presente estudio se aborda desde la integración de las perspectivas cuantitativa y cualitativa de la investigación, la sistematización y análisis de la información obtenida se realizó a través de métodos de sistematización y análisis en ambas líneas.

En primera instancia, para el análisis cuantitativo, se realizó el vaciamiento de la información obtenida con los cuestionarios en una base de datos diseñada a partir de los mismos instrumentos de campo. A partir de esta sistematización se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables estudiadas, es decir, se obtuvieron frecuencias, correlaciones entre variables y con esto fue posible observar el comportamiento de la muestra en estudio representando dicho comportamiento a través de gráficos.

Las entrevistas en profundidad, grabadas previo consentimiento de los entrevistados, fueron transcritas para su análisis en función de los apartados establecidos para el documento. Los nombres de los informantes se eliminan del texto para garantizar su confidencialidad.

Finalmente, el análisis cualitativo y la elaboración del documento que aquí se presenta integra la información obtenida a del análisis descriptivo cuantitativo de las variables de los cuestionarios estructurados, así como el análisis de las entrevistas en profundidad.

5. RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación se obtuvieron a través de los instrumentos para el levantamiento de la información en 543 viviendas de tres regiones geográficas del estado (centro, costa y sierra) seleccionadas en la muestra estadística.

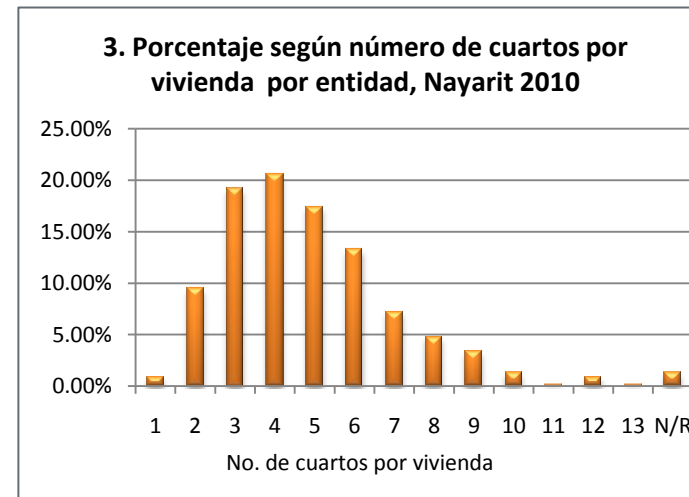
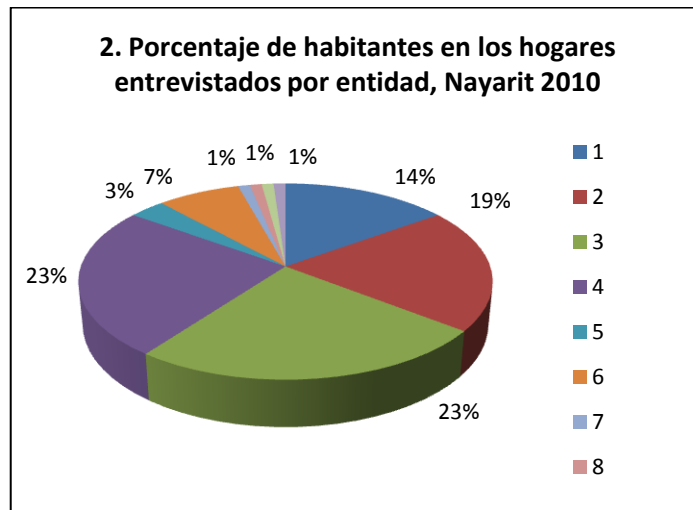
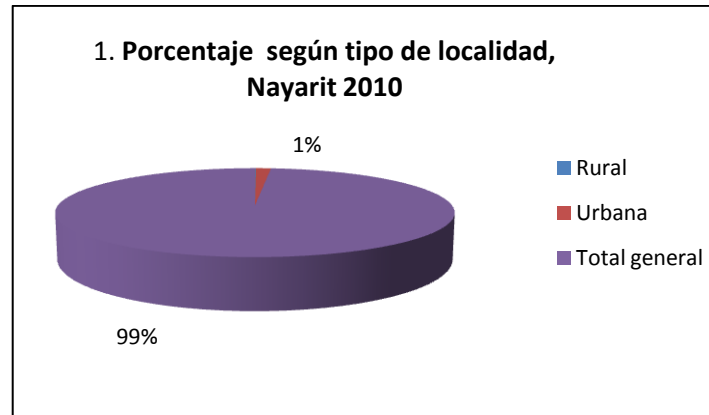
La modalidad de los instrumentos incluyó dos cuestionarios, el que se aplicó inicialmente en las viviendas, Cuestionario del Hogar, a través del cual se recabó información sobre las unidades domésticas²⁵ visitadas y permitió identificar y seleccionar a la mujer candidata a ser entrevistada por razones de edad y, un segundo Cuestionario Individual, aplicado a un mujer en cada hogar de acuerdo con los criterios de selección.

Con el primer instrumento, Cuestionario del Hogar, se obtuvo información sobre las y los integrantes de la unidad doméstica, sexo, edad y parentesco en relación con el o la jefa del hogar, así como las características de la vivienda en tanto servicios de los que dispone y materiales de construcción. El segundo instrumento, Cuestionario Individual para Mujeres, se integró con 4 secciones temáticas, además de los datos de identificación del cuestionario y de la entrevista. Dichas secciones temáticas se refieren a la información sociodemográfica y sociocultural de las mujeres entrevistadas, considerando a la familia actual y a la familia de origen (Secciones I y II), mientras que la sección III, abordó las percepciones y conocimientos de las mujeres entrevistadas en relación al cáncer de mama. La sección IV, se aplicó solamente a aquellas mujeres que hubieran recibido el diagnóstico de cáncer de mama y su experiencia con el padecimiento en términos personales, familiares y en su relación con las y los prestadores de servicios de salud. Cabe señalar que en la sección 3 y 4 se formularon preguntas para conocer cómo se percibe el padecimiento en distintas colectividades y aquellos elementos que se constituyen como obstáculos y facilitadores para la prevención y detección oportuna.

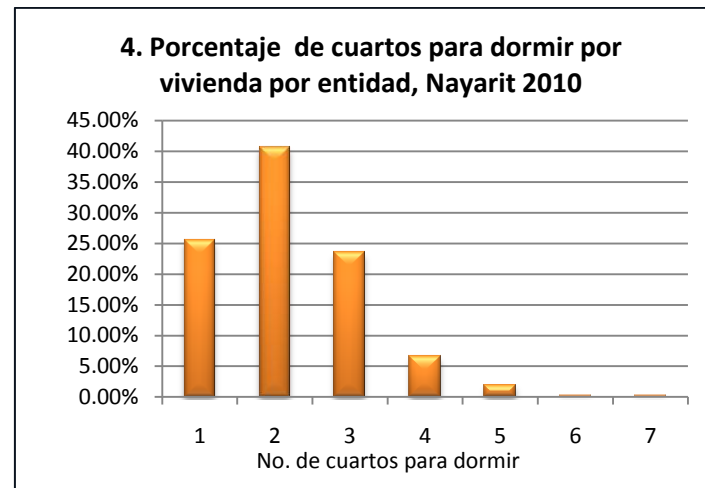
²⁵ “Los estudios de familia fueron fundantes en la antropología y constituyeron uno de los temas centrales de la antropología clásica. En ellos se puso énfasis en el parentesco y se definió a la familia como el conjunto de personas relacionadas por alianza o filiación. Por otro lado, desde la sociología también se han abordado los estudios de familia, aunque en este caso se enfocaron las unidades domésticas, entendiéndose entonces la familia como el *conjunto de personas generalmente emparentadas que viven en la misma casa y que participan en común de actividades relacionadas con el mantenimiento.*” Wainerman, Catalina (comp.), *Vivir en familia*, Editorial Losada, Buenos Aires, 1994. p. 184.

Las tres regiones geográficas comprendidas en la muestra, corresponden a zonas urbanas representando al 2% de la población total del estado. Como se refiere antes, a través del Cuestionario del Hogar, se recabó información que permite conocer las condiciones físicas y materiales en las que habitan las mujeres participantes de este estudio.

Entre estas condiciones podemos distinguir que las unidades domésticas mayoritariamente están compuestas por tres y cuatro miembros unidos por lazos de parentesco, 23% en cada caso. En este sentido, cabe destacar que predominan las familias nucleares. Las unidades domésticas con dos habitantes representan el 19% seguida de las integradas por 5 miembros (14%).



En lo que hace al número de cuartos que integran las viviendas, puede observarse en lo general que predominan las viviendas con cuatro y tres cuartos (20.5% y 19.25% respectivamente) y disponen en un 40.6% de dos habitaciones para dormir, seguido de las que cuentan con un sólo cuarto para este fin (25.5%) y en un 23.5% las que destinan hasta tres cuartos para esta actividad. La relación del número de cuartos y los que se usan para dormir respecto del número de habitantes por vivienda, permiten inferir que los niveles de hacinamiento son bajos en las zonas urbanas de la entidad, como puede observarse en las siguientes gráficas:

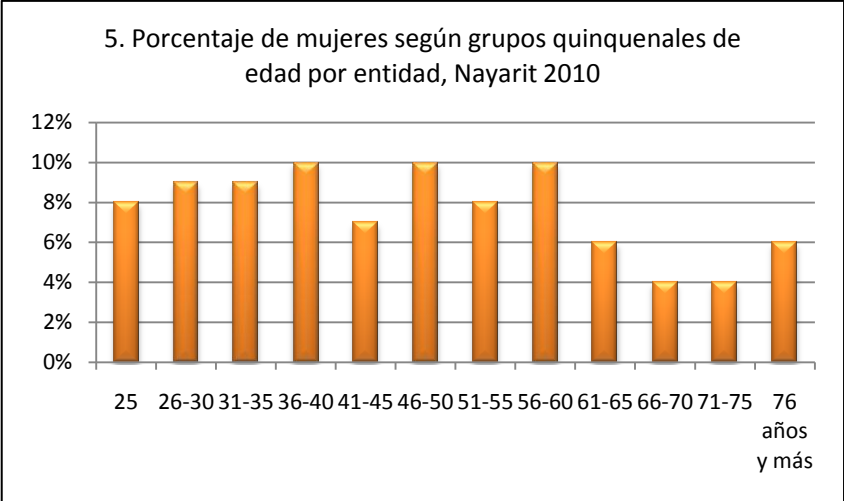


En cuanto a los servicios públicos, de las 543 viviendas visitadas sólo el 1.47% de ellas no cuenta con servicio de agua entubada y 0.36% carece de energía eléctrica. Por otra parte, los materiales de construcción de la mayoría de las viviendas se caracterizaron por pisos de cemento o algún recubrimiento y sólo el 0.73% tienen piso de tierra, ubicadas en Xalisco, Bahía de Banderas y dos en Tepic. Los techos principalmente están contruidos con cemento (94%) y 6% son de lámina.

5.1.- Población femenina

5.1.1.- Información demográfica y sociocultural

De las 543 mujeres entrevistadas, con un mayor porcentaje se ubicaron en tres rangos de edad las que al momento de la entrevista tenían de 36 a 40 años, de 46 a 50 años y de 56 a 60 años (10% en cada caso), seguido de las mujeres de 26 a 30 años y 31 a 35 años (9% respectivamente). En menor medida las mujeres de 25 años y de 51 a 55 (8% en ambos casos), mientras que de 41 años a 45 representó el 7% y, con un porcentaje del 6% las mujeres de 61 a 65 años y de 76 años y más. El menor porcentaje (4%) se obtuvo en mujeres de 66 a 70 años y de 71 a 75. Los rangos de edad de las mujeres entrevistadas, nos permiten tener un margen amplio de percepciones, necesidades y propuestas sobre CaMa de mujeres que se encuentran en diferentes momentos de su ciclo de vida.

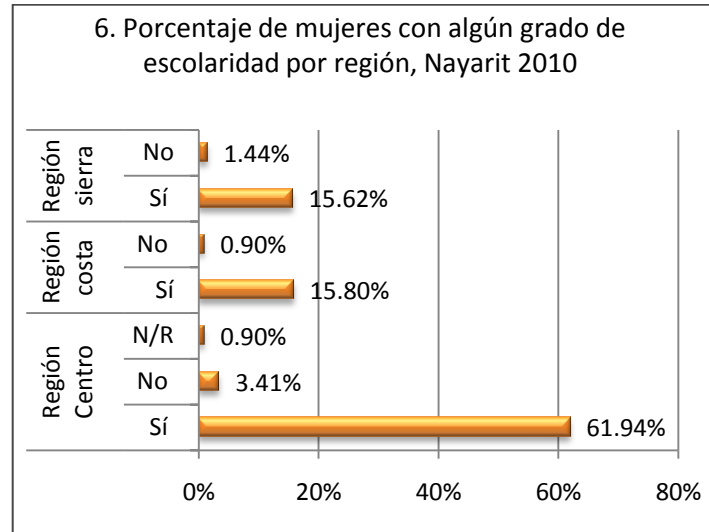


Así, se observan los mayores porcentajes en las mujeres de entre 35 a 60 años, rango de edad de mayor riesgo para el desarrollo de este padecimiento y se identifican en menor medida, edades previas y posteriores a este rango. Es importante destacar que la participación de mujeres en edades previas a las consideradas de riesgo, es un componente que puede brindar elementos para el desarrollo de estrategias acordes a las necesidades y características socioculturales a fin de prevenir el CaMa y favorecer el diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

Escolaridad

De las 543 mujeres entrevistadas, el 93% declaró haber tenido acceso a la educación formal, contando con estudios de educación básica el mayor porcentaje, observándose un importante decremento a niveles superiores, como se aprecia en las siguientes gráficas. Cabe destacar que el 5.75% de la población entrevistada declaró no tener ningún grado de escolaridad, coincidente con las cifras estatales al respecto, que para el 2005²⁶ reportaron un total de 17 mil 470 mujeres de 25 años y más, sin algún tipo de instrucción.

Entre las mujeres entrevistadas que declararon no haber recibido educación formal el mayor número se observa en mujeres con más de 60 años y solamente una mujer (0.1%) tiene 25 años. Ninguna de ellas se reconoce como indígena y son mujeres que habitan los municipios seleccionados donde hay mayor rezago educativo como Ruiz, con una población analfabeta de 15.05%; seguido de Jala (13.06%); Santa María del Oro (13.2%) y Ahuacatlán (12.4%)²⁷.



Con la información cualitativa que fue registrada por quienes coordinaron el trabajo de campo con respecto a los servicios y características particulares de cada uno de los municipios y las localidades consideradas en el levantamiento, se identifica que todas ellas cuentan con instituciones educativas de nivel preescolar, primaria, secundaria y preparatoria, y así como diversos centros de educación técnica y de capacitación para el trabajo. Los municipios que no cuentan con educación superior, son Ruíz, Tuxpan, Santiago Ixcuintla, Jala y Santa María del Oro. En el resto de los municipios existen unidades académicas de la Universidad Autónoma de Nayarit o bien Tecnológicos para estudios superiores en especialidades, ya sean de ingeniería pesquera, agronomía y veterinaria y zootecnia.

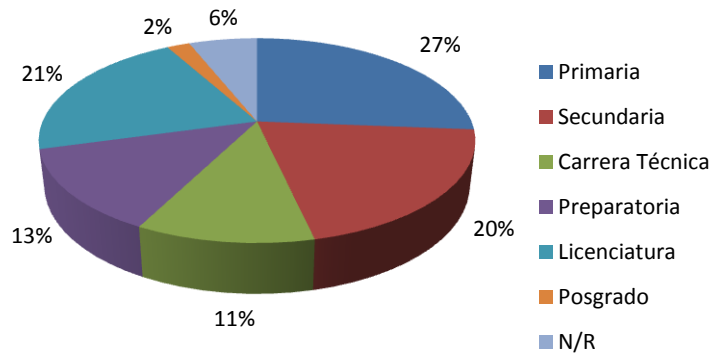
²⁶ Estimaciones por rango de edad, elaboradas a partir de la información de INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. Población de 5 años y más por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según nivel de escolaridad y grados aprobados en primaria.

²⁷ Población de 15 años y más analfabeta por municipio. INEGI. II Censo de Población y vivienda 2005.

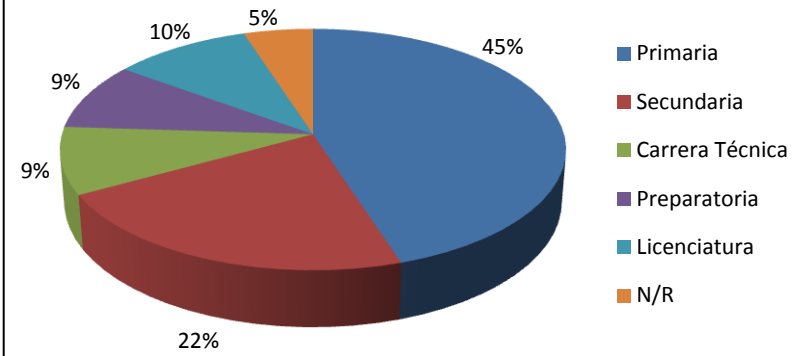
Las cifras obtenidas con este diagnóstico reflejan las estadísticas estatales, que de acuerdo con la información del INEGI, 2005, señalan que el grado promedio de escolaridad es de 8 años; sin embargo, 9 de cada 100 personas mayores de 15 años son analfabetas, 17 de cada 100 no concluyeron la primaria y 9 de cada 100 completaron la educación profesional. Cabe señalar que la mayoría de las mujeres entrevistadas con estudios de licenciatura son menores de 50 años (99.05%) y su residencia es en Tepic (98.9%). Con respecto a estudios de educación básica, las mujeres encuestadas que contaron con educación primaria representó el 40%; con nivel secundaria el 27%; con nivel preparatoria el 7% y con un grado de estudio a nivel técnico el 13%; porcentajes que reiteran que a mayor edad disminuye la participación femenina en el ámbito de la educación.

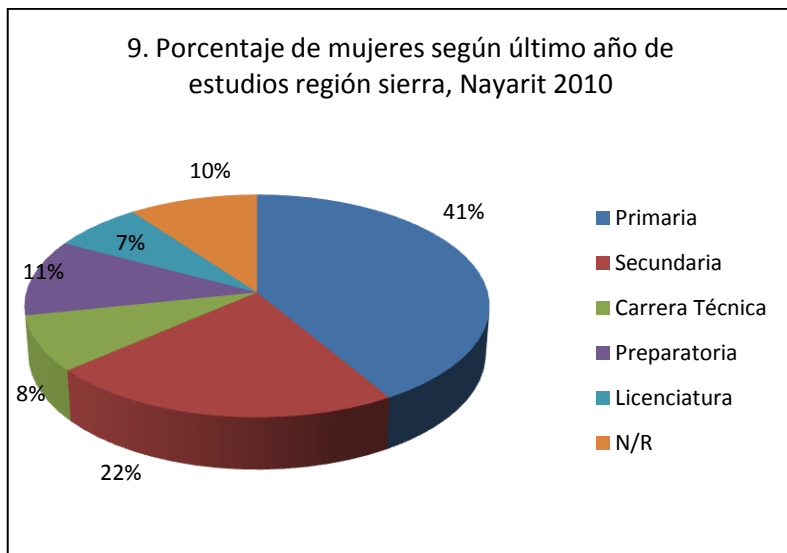
En relación con las diferencias interregionales, se aprecia en la región costa un mayor porcentaje de mujeres (45%) que declararon como último grado de estudios la primaria, seguido de la región sierra (41%) y en menor medida la región centro (26%). Los estudios de secundaria, presentan menos diferencias en las tres regiones (región costa y sierra, 22% en cada caso y en menor medida la región centro 20%). En estudios de educación media se identifican porcentajes más significativos ya que la región centro obtuvo el 13% para la preparatoria, seguido de la región sierra (11%) y con cuatro puntos porcentuales a la primera se ubica la región costa (9%) como lo muestran los siguientes gráficos.

7. Porcentaje de mujeres según último año de estudios región centro, Nayarit 2010



8. Porcentaje de mujeres según último año de estudios región costa, Nayarit 2010





En el acceso a estudios de licenciatura, se aprecia un acceso mucho más diferenciado en las tres regiones, ya que en la región centro el 21% alcanzó este nivel de estudios, mientras que en la región costa fue del 10% y en la región sierra solamente se declaró en el 7% de los casos.

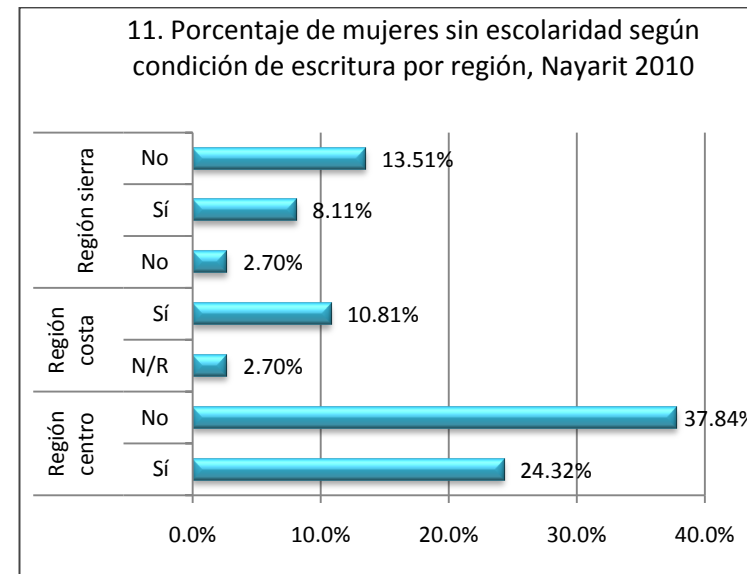
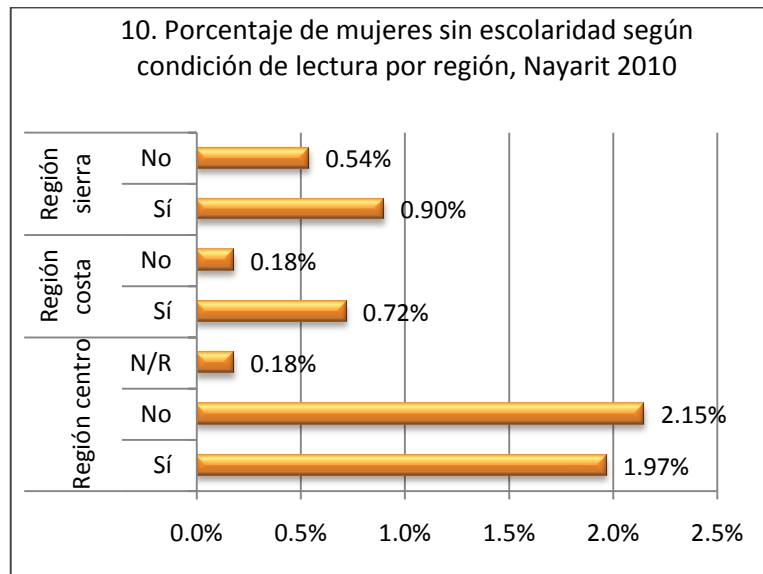
Las características educativas de la población difieren en relación con la edad y el sexo. Por lo general la tendencia es que a mayor edad se observa un estancamiento en el nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres. Según datos del INEGI para 2005, el 57.3% de las mujeres de 15 años y más en el estado alcanzaron el nivel de educación básica, frente a un 59.4% de hombres; para el nivel medio superior, sólo un 10.3 % de mujeres de 19 años y más accedieron estudios de bachillerato, mientras que esto sucede en el 12.7% en el caso de los hombres; la diferencia de género en cuanto al grado de estudios alcanzado se mantiene estable entre la población de 24 años y más con nivel de educación superior, pues sólo el 12.9% de las mujeres reportan un grado aprobado de estudios frente a un 14.2% de hombres.

Históricamente, la mujer ha tenido menores oportunidades de acceso a la educación formal, bajo el supuesto de que ellas se casarán y desempeñarán de manera exclusiva, el rol de madres y amas de casa; mientras que los hijos varones, en el futuro, tendrán que encabezar una familia, por eso las prioridades de los padres en dar escolaridad a unas y a otros se ve decantado por los estereotipos de género.

En años recientes se han impulsado vigorosos programas educativos por lo que el analfabetismo ha descendido considerablemente en el país, sin embargo, el acceso de mujeres y hombres a la educación formal sigue mostrando desigualdades que se expresan en mayores niveles de acuerdo al lugar de que se trate. Los estados del país con población indígena, presentan rezagos educativos importantes, sobre todo en las oportunidades reales de acceso a la educación de niñas y mujeres.

De las mujeres entrevistadas que se declararon sin escolaridad (5.75%), se observa que un mayor porcentaje de mujeres que habitan la región centro pueden leer, por ejemplo una revista (1.97%), mientras que en la región costa se declaró el menor porcentaje de mujeres que pueden hacerlo (0.72%), quedando la región sierra intermedia entre estos porcentajes con 0.90% de las mujeres entrevistadas.

Con respecto a la escritura de las mujeres que se declararon sin escolaridad, se aprecia un mayor porcentaje que pueden escribir, por ejemplo una carta, en la región centro donde representó el 24.32% de las entrevistadas. En contraste, las mujeres de la región sierra tienen el menor porcentaje (8.11%), mientras en que la región costa se ubican de manera intermedia entre estos porcentajes con el 10.81%.



Cabe señalar que las habilidades para la escritura suponen el desarrollo de capacidades psicomotrices, además del conocimiento del alfabeto. Esta capacidad requiere en todo caso de un mayor entrenamiento que el de la lectura. No es raro entonces que la

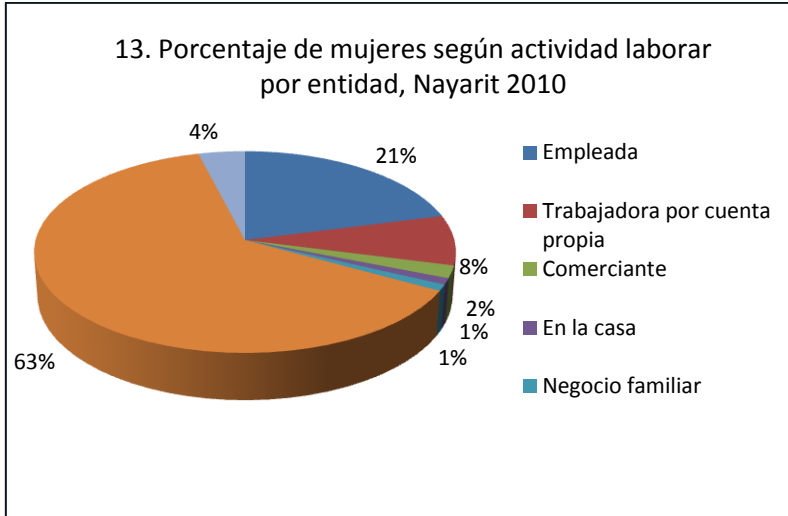
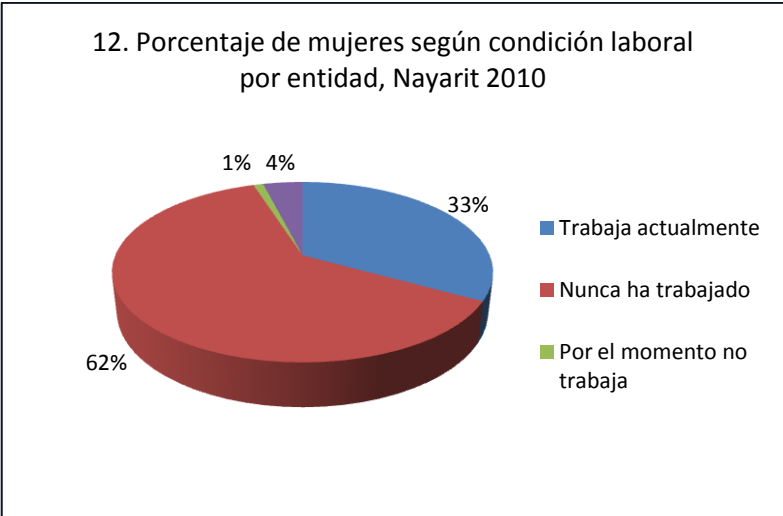
información entre quienes tienen la capacidad de leer y de escribir haya arrojado las diferencias que se perciben en los datos expuestos.

Trabajo

En relación al trabajo asalariado, más de la mitad de las mujeres entrevistadas (62%), declaró no haber realizado nunca actividad laboral por la que recibiera ingresos o que reconociera como trabajo, seguido por el porcentaje de mujeres que señalaron trabajar o desarrollar alguna actividad productiva (33%) y el 1% indicó que no trabaja por el momento, pero sí han trabajado antes.

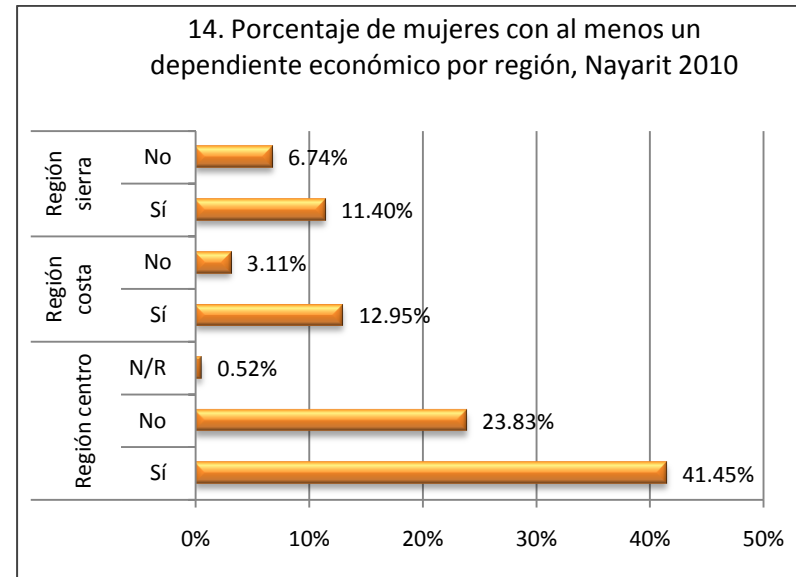
De las mujeres que se declararon como trabajadoras el mayor porcentaje se concentra en la región centro (21.36%), seguido por las mujeres de la región sierra (5.75%) y en un porcentaje muy similar las mujeres de la región costa (5.57%). Estas diferencias podrían explicarse por la concentración de mayores oportunidades de empleo en la región centro, donde el 21% son empleadas de alguna institución, dependencia, empresa o comercio, el 8% se desempeñan como trabajadoras por cuenta propia y el 2% son comerciantes, cifras que se corroboran con la información estatal al respecto, ya que de la población total ocupada que asciende a 318 mil 837 personas, 96 mil 963 son mujeres que mayoritariamente se desempeñan como comerciantes o dependientas (21 mil 017) y solamente 4 mil 521 como profesionistas. En el caso de los hombres, 221 mil 874 están ocupados, principalmente en actividades agropecuarias (79 mil 227) y como profesionistas 5 mil 435, cifra superior a la obtenida por las mujeres.²⁸

²⁸ INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005. Población ocupada por municipio, sexo y ocupación principal y su distribución según su situación en el trabajo.



Sólo el 1% de las mujeres entrevistadas declaró que trabaja en su hogar realizando el trabajo doméstico sin remuneración, condición que por razones de género se ha legitimado como parte inherente de ser mujer. Tradicionalmente el trabajo doméstico ha sido valorado como tal sólo cuando se realiza para otras personas y no cuando las mujeres lo realizan dentro de los hogares que habitan, situación que lo invisibiliza y contribuye a que no sea retribuido o al menos valorado como parte de las tareas básicas de reproducción social, indispensables para generar las condiciones de producción en la vida pública. El 33% de las mujeres que declararon trabajar fuera de sus casas, también realizan el trabajo doméstico como parte de sus responsabilidades y con ello, la doble jornada de trabajo que implica un mayor desgaste físico y emocional. En este sentido, la incorporación de los hombres a las tareas del trabajo doméstico todavía es poco representativa, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2002, del trabajo desempeñado por las mujeres, más de tres cuartas partes es trabajo doméstico (76.9%) y casi una cuarta parte es destinado al mercado (23.1%), mientras que el trabajo realizado por los hombres se compone por 78.7% de tipo económico y sólo 21.3% doméstico; es decir, las proporciones son totalmente inversas y nos refieren a la influencia de los roles de género.

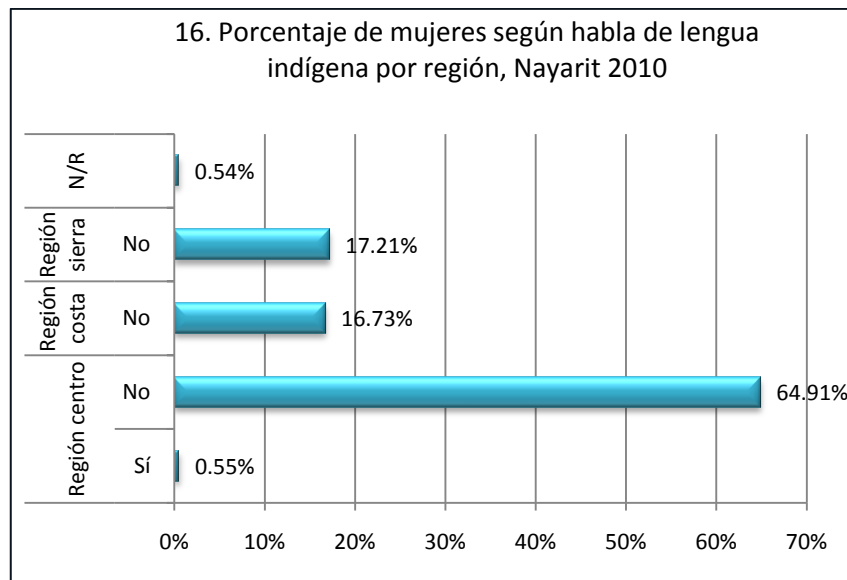
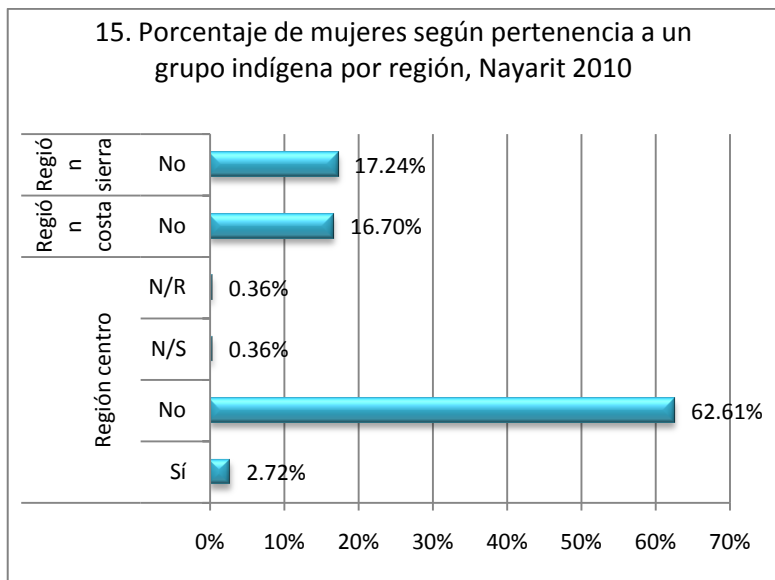
Por otra parte, cabe señalar que de las mujeres que en este estudio se reconocen como trabajadoras, el 65.8% de ellas señaló tener algún dependiente económico, familiar directo o no, razón por la cual valoran especialmente, contar con alguna fuente de ingresos para satisfacer las necesidades de quienes dependen de ellas. Como podemos observar en la siguiente gráfica, el mayor porcentaje de mujeres con algún dependiente económico se obtuvo en la región centro (41.45%) y en mucho menos de la mitad de este porcentaje (12.95% y 11.40%) lo declararon las mujeres de la región costa y sierra respectivamente.



Pertenencia a un grupo originario

La muestra estadística se centro en zonas urbanas de la entidad donde se encuentran asentamientos importantes de población indígena, aún cuando los pueblos originarios mayoritariamente habitan la región serrana del estado. Los grupos originarios más representativos de la entidad son Huicholes, Coras y Tepehuanos, que de acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda de 2005, ascienden a un total de 41,689 personas de habla indígena. De acuerdo a las cifras estatales, las mujeres de 25 años y más hablantes de una lengua indígena ascienden a 9 mil 206 mujeres en el estado²⁹. Entre las mujeres encuestadas el 2% declaró ser indígena y lo refiere porque sus padres son indígenas (1.5%) o porque hablan una lengua indígena (0.5%) que en este caso son pertenecientes a los Coras y Huicholes ubicadas en la región centro, como puede observarse en las siguientes gráficas.

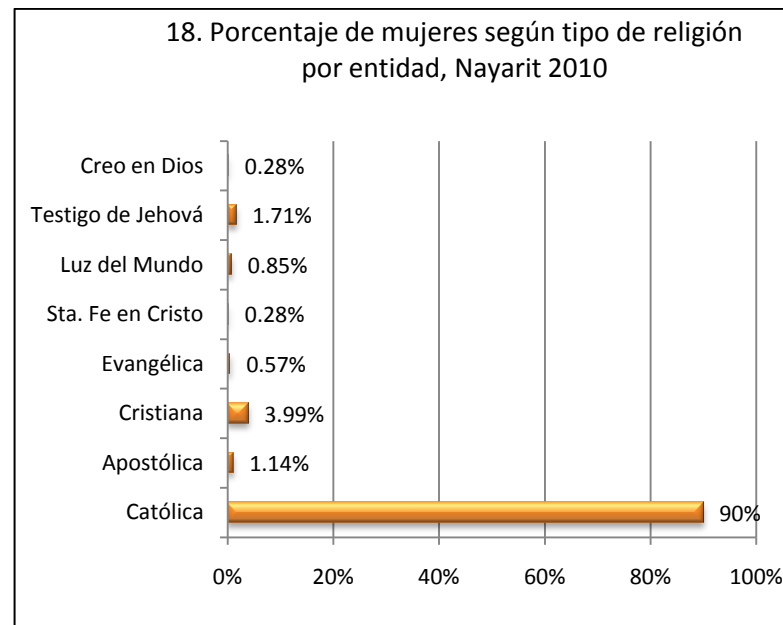
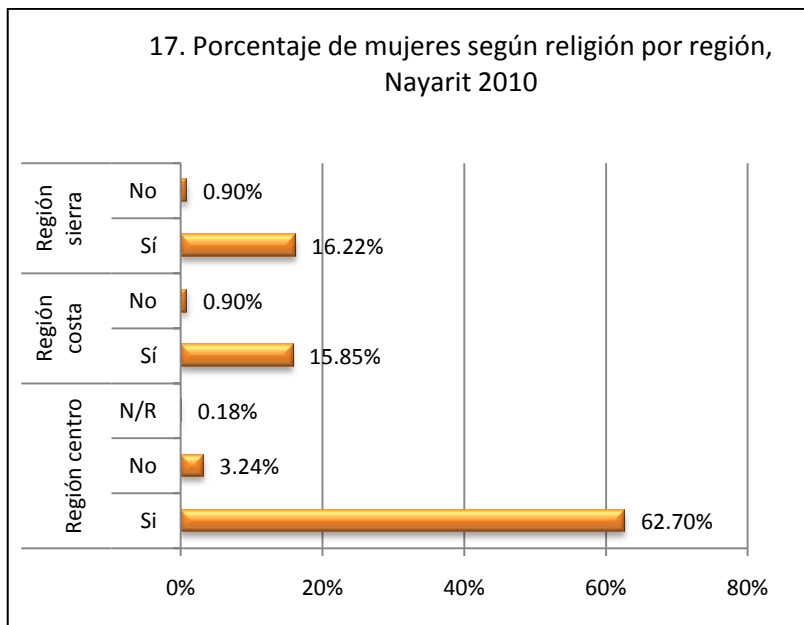
²⁹ Estimaciones por rango de edad, elaboradas a partir de la información de INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. Población de 5 años y más por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de habla indígena y habla española.



Religión

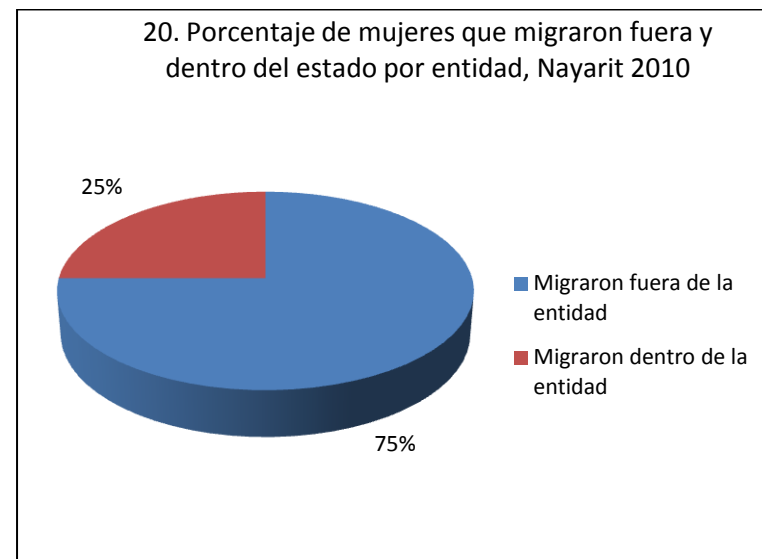
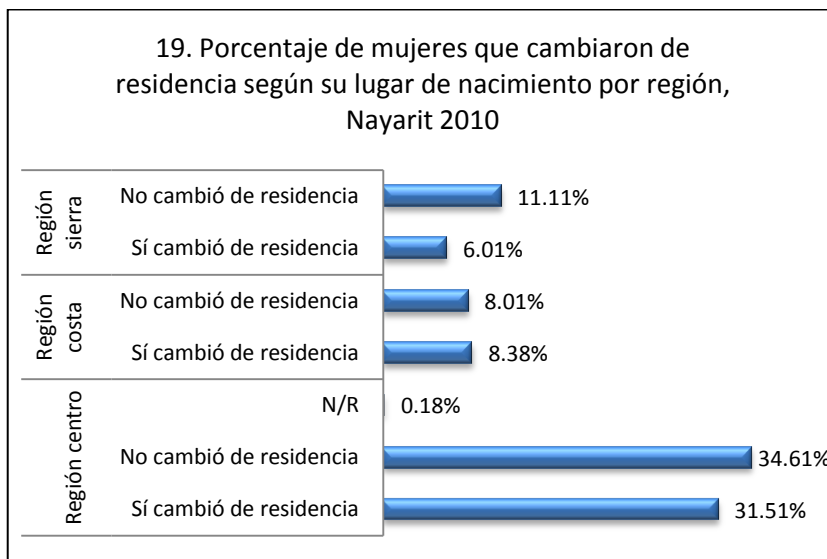
El 94.78% de las mujeres entrevistadas, declaró tener alguna religión, siendo ésta mayoritariamente católica (90.06%) y en menor medida Cristiana (3.99%) y Testigo de Jehová (1.71%), mientras que aquellas que se declararon sin religión representa el 5%, en correspondencia con las cifras estatales³⁰ que señalan que la población católica es la religión con mayores adeptas/os, 664 mil 206 en la entidad de los cuales 328 mil 926 son hombres y 335 mil 280 son mujeres. Cabe señalar que el mayor porcentaje de mujeres que profesan la religión católica se concentra en la región centro y en mucha menor proporción en la región sierra (16.22%) y costa (15.86%) como se aprecia en las siguientes gráficas:

³⁰ INEGI, II Censo de Población y Vivienda, 2005. Población de 5 años y más por entidad federativa y sexo según religión.



Cambio de residencia y migración

En lo que se refiere a cambio de residencia en relación con el lugar de nacimiento, el 45.9% de las mujeres entrevistadas declaró haber cambiado de lugar de residencia y el 53.53% no. Como puede observarse en la siguiente gráfica, las mujeres nacidas en la región centro, cambiaron de residencia con respecto a su lugar de nacimiento casi en la misma proporción de aquellas que permanecieron en él (34.61% y 31.51% en cada caso), representando el porcentaje más alto de migración en comparación con las tres regiones seleccionadas, seguido por la región costa y en menor medida la región sierra, 8.38% y 6.01% respectivamente.



Es relevante que las mujeres nacidas en áreas de menor desarrollo humano permanecen en mayor proporción en sus localidades de origen que las mujeres de zonas con mejores índices de desarrollo, quizá por tener mayor acceso a la educación o capacitación para el trabajo, pero evidentemente la movilidad social se da en busca de mejores condiciones de vida. En el primer caso, el mayor porcentaje de mujeres que migraron a una localidad distinta a la de su nacimiento corresponden a los municipios de Tepic (55%), Bahía de Banderas (7%) y Santiago (4%). Mientras en las que se observa mayor permanencia en sus localidades de nacimiento corresponden a mujeres de Tuxpan (82%) con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.765, Santa María del Oro con 80% (IDH 0.718) y Rosamorada con 75% y un IDH de 0.714.

El 75% de las mujeres entrevistadas declaró ser nativa de la entidad, mientras que el 25% emigró de otro estado, lo que habla de una migración importante hacia la entidad. Con respecto a la población general residente en la entidad, el 82.41% nació en el estado y el

17.59% en otras entidades, de acuerdo a la información del INEGI.³¹ Así la migración dentro de la entidad prácticamente se mantuvo estable siendo de 36772 en el año 2000 y de 36777 para el 2005.³²

Los dos municipios receptores más importantes son Tepic (52%) y Bahía de Banderas (13%), como polos de atracción económica. La migración a otros estados se da principalmente a Jalisco, Baja California, Sinaloa y Chiapas, en orden de importancia, como polos de atracción en actividades agrícolas o en las diferentes industrias. Así, de acuerdo a la información de INEGI³³, en 2005 migraron de la entidad a Jalisco un total de 14 mil 739 personas de las cuales 7 mil 557 fueron hombres y en menor medida mujeres, 7 mil 182. Hacia Baja California se desplazaron 3 mil 280 personas de las cuales mil 686 fueron hombres y mil 594 mujeres, y a Chiapas, migraron 3 mil 026 personas de las cuales mil 911 fueron hombres y mil 115 mujeres. Solamente se observa una mayor migración de mujeres hacia Sinaloa en el que en el mismo periodo se movilizaron 3 mil 070 personas siendo mujeres mil 628 y hombres mil 442.

Con respecto a la migración hacia Estados Unidos de América, la migración que se reporta en el mismo periodo³⁴ es mayoritariamente de hombres (4 mil 195) y en menor medida de mujeres (2 mil 296) siendo un total de 6 mil 491 personas las que se desplazaron.

Estado civil

Sobre el estado civil de las mujeres, se observa que más de la mitad de ellas (55%) declaró estar casada y el 12% viven en unión libre, seguido de las mujeres solteras (16%), viudas (8%) y en menor proporción, separadas (6%). En relación a las tres regiones seleccionadas, el mayor porcentaje de mujeres casadas se observa en la región centro (58%), seguido de la región costa (54%) y, en menor medida, la región sierra (46%); a diferencia de las uniones libres donde el mayor porcentaje se identifica en la región de la sierra (18%); seguido de la región costa (14%) y en cuatro puntos porcentuales más abajo la región centro (10%). Las mujeres solteras y viudas tienen un porcentaje más alto en la región costa (18% y 11% respectivamente), mientras que en la región centro las solteras representan el 16% y las viudas el 7% y en la región sierra el 14% están solteras y el 10% son viudas.

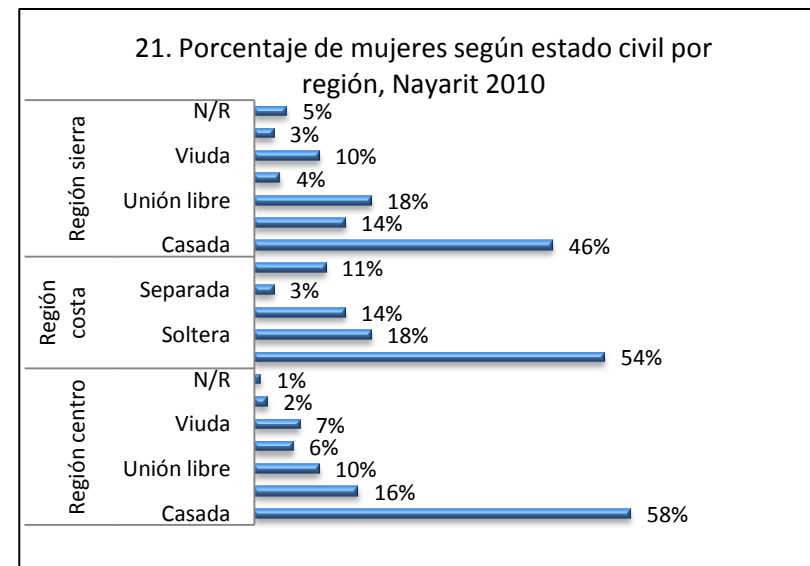
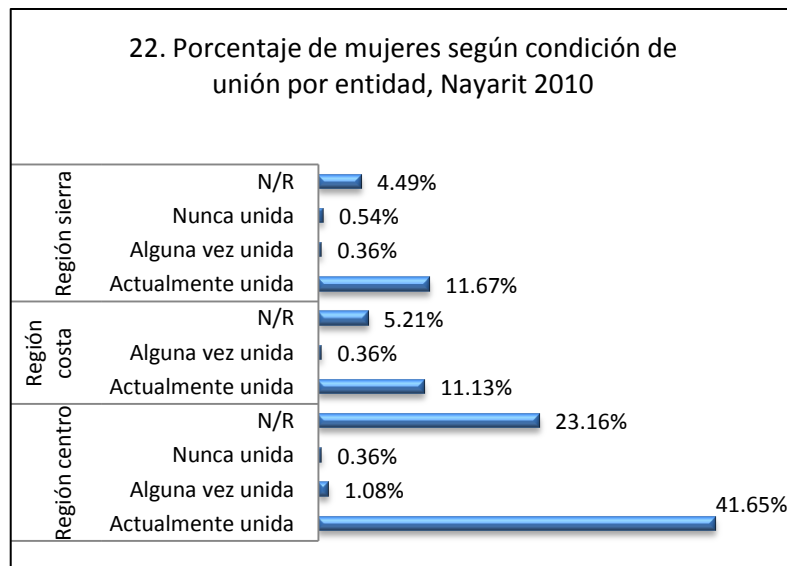
³¹ INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. Población de 5 años y más por municipio de residencia actual y lugar de residencia en octubre 2000, según sexo.

³² Id.

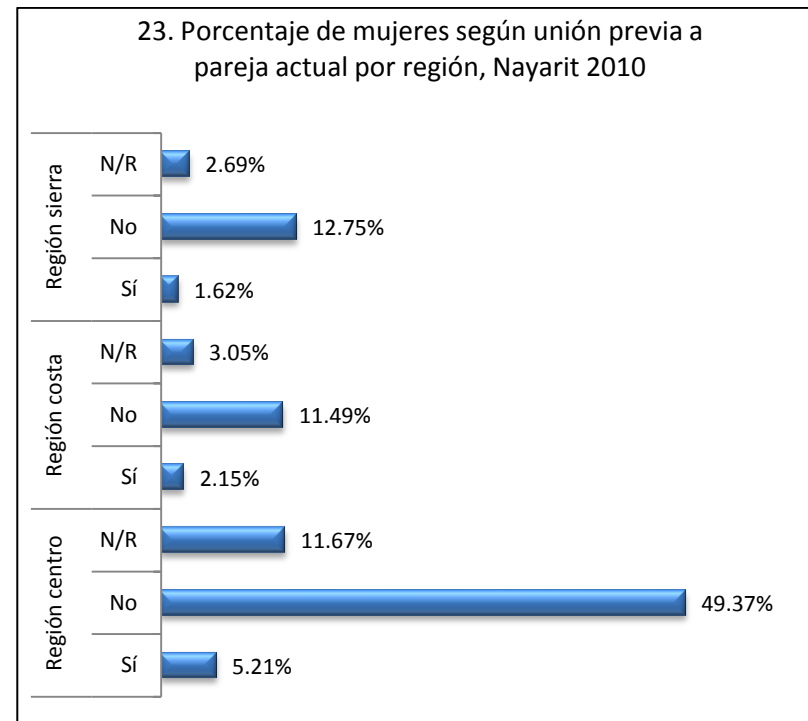
³³ Id.

³⁴ Id.

El 2% de la población que se declaró como actualmente unida no es referido en su estado civil (64.40% actualmente unida) mientras que casadas y que viven en unión libre representó el 62%. Por otra parte, el 0.89% de la población se declara como nunca unida, datos que pueden observarse en la siguiente gráfica.



En la entidad, cuya población total asciende a 1 millón 084 mil 957 personas que se distribuye en términos de sexo en 541 mil 034 hombres y 543 mil 923 mujeres, se observa que entre la población de 12 años y más, las y los solteras/os representan la mayor concentración (78 mil 595 hombres y 59 mil 736 mujeres), seguido de quienes están casadas/os por lo civil y religioso, 43 mil 261 hombres y 44 mil 707 mujeres, y en tercer lugar, las personas que viven en unión libre, 23 mil 291 hombres y 24 mil 702 mujeres. La población que está unida por lo civil de manera exclusiva (7 mil 508 hombres y 7 mil 952 mujeres) es menor a la población unida por lo religioso (9 mil 343 hombres y 9 mil 832 mujeres)³⁵ lo que permite identificar que un mayor número de uniones son de carácter religioso. En cuanto a las uniones en pareja previas a la relación actual, el 73.61% declaró no haber tenido una pareja previa, el 8.98% señaló haberla tenido, mientras que el 17% se abstuvo de dar una respuesta. Como puede observarse en el siguiente gráfico, la región con un mayor porcentaje de uniones previas a la actual es la región centro (5.21%), seguido por la región costa (2.15%) y, en menor medida, la región sierra (1.62%).



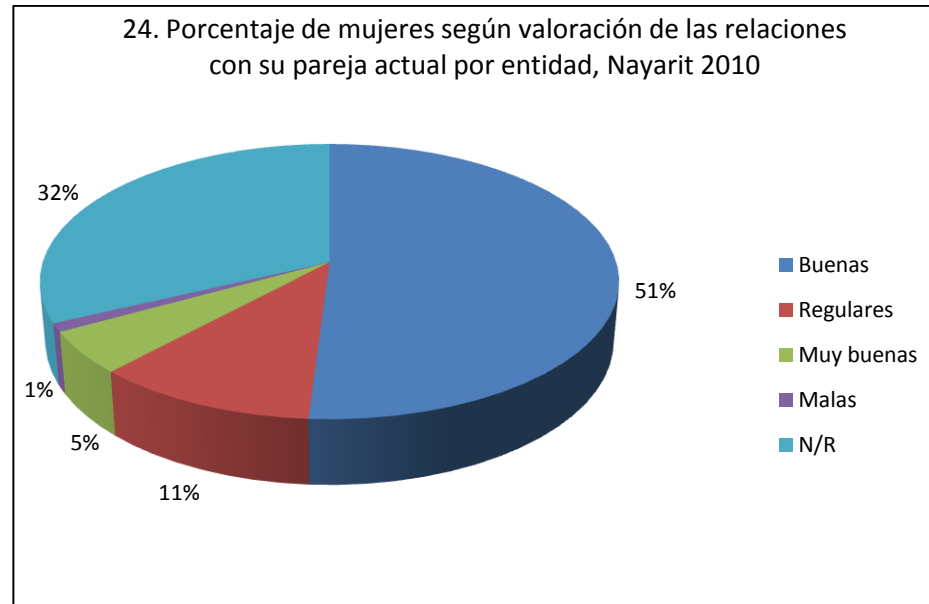
³⁵ INEGI, II Censo de Población y Vivienda, 2005. Estado civil de la población de 12 años y más por grupos quinquenales de edad y sexo.

Valoración de las relaciones con la pareja actual

Los tipos de familia han venido cambiando en los últimos años, por lo que vale la pena reflexionar sobre la idea generalizada que se tiene de ella como un espacio estable de armonía y que mantiene la cohesión entre sus miembros. Esta idea de familia tradicional está basada en un ideal, que cada vez corresponde menos a la realidad en que se vive y se reconoce también como un espacio potencial de conflictos. Sobre esta transición de los modelos de familia, Cynthia Lloyd y Niev Duffy³⁶, señalan que se pueden “inferir cinco tendencias globales en la formación, estructura y función de la familia a partir de los registros de investigaciones realizadas en las últimas dos décadas: 1) se ha elevado la edad promedio en el primer matrimonio y el primer parto, lo cual ha retrasado la formación de nuevas familias; 2) tanto las familias como los hogares se han hecho más pequeños; 3) se ha incrementado la carga sobre los padres en edad de trabajar al mantener a dependientes más jóvenes y a dependientes mayores; 4) ha aumentado la proporción de hogares encabezados por mujeres y, 5) la participación de las mujeres en el mercado formal de trabajo ha crecido, con lo que se ha modificado la balanza de la responsabilidad económica en las familias”. Estos cambios en la estructura y dinámica de la familia, repercuten en la vida cotidiana y en las formas de relacionarse, en las responsabilidades de sus miembros y en sus expectativas.

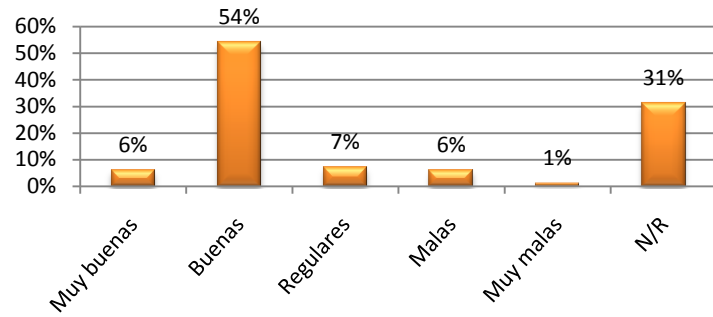
³⁶ Lloyd, Cynthia y Niev, Duffy. En: Bruce, Judith. Comp. La familia en la mira. Nuevas perspectivas sobre madres, padres e hijos. Population Council. México, 2005. p.5

Como un indicador sobre las posibilidades de las mujeres de contar con el apoyo de una red familiar en caso de enfermedad y en el entendido de que la familia tradicionalmente ha sido considerada como un espacio afectivo de apoyo emocional y económico, las mujeres entrevistadas valoraron su relación de pareja actual como buena en el 51% de los casos, seguido por quienes la calificaron como regular (11%), mientras que el 1% declaró que era mala. Quienes señalaron que su relación es muy buena representó el 5% de las mujeres entrevistadas. Cabe destacar que el 32% de las mujeres se abstuvo de contestar esta pregunta, por lo que se supone que significó un tema sensible para algunas de las entrevistadas.

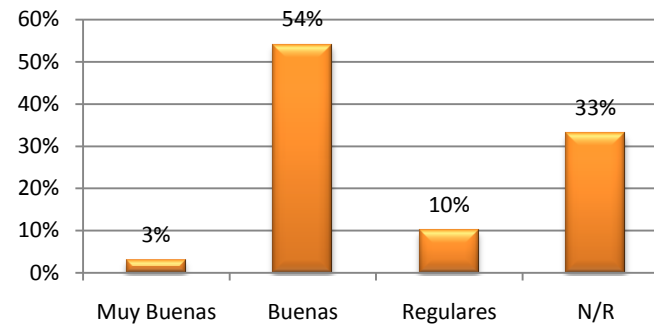


Como se señaló antes, el porcentaje de no respuesta fue elevado en la entidad y en las tres regiones, obteniéndose el más alto porcentaje sin respuesta en la sierra (35%), seguido de la región costa (33%) y, con dos puntos porcentuales debajo, la región centro (31%).

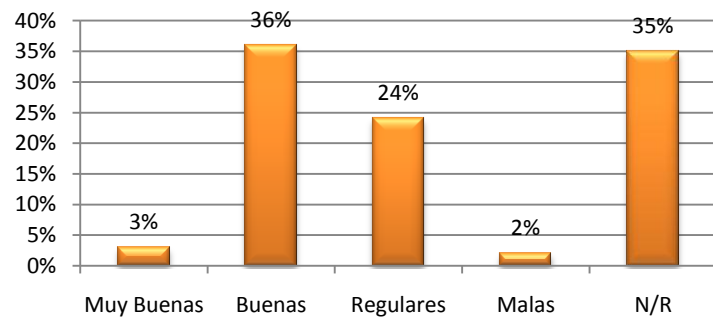
25. Porcentaje de mujeres según valoración de la relación con su pareja actual región centro, Nayarit 2010



26. Porcentaje de mujeres según valoración de la relación con su pareja actual región costa, Nayarit 2010

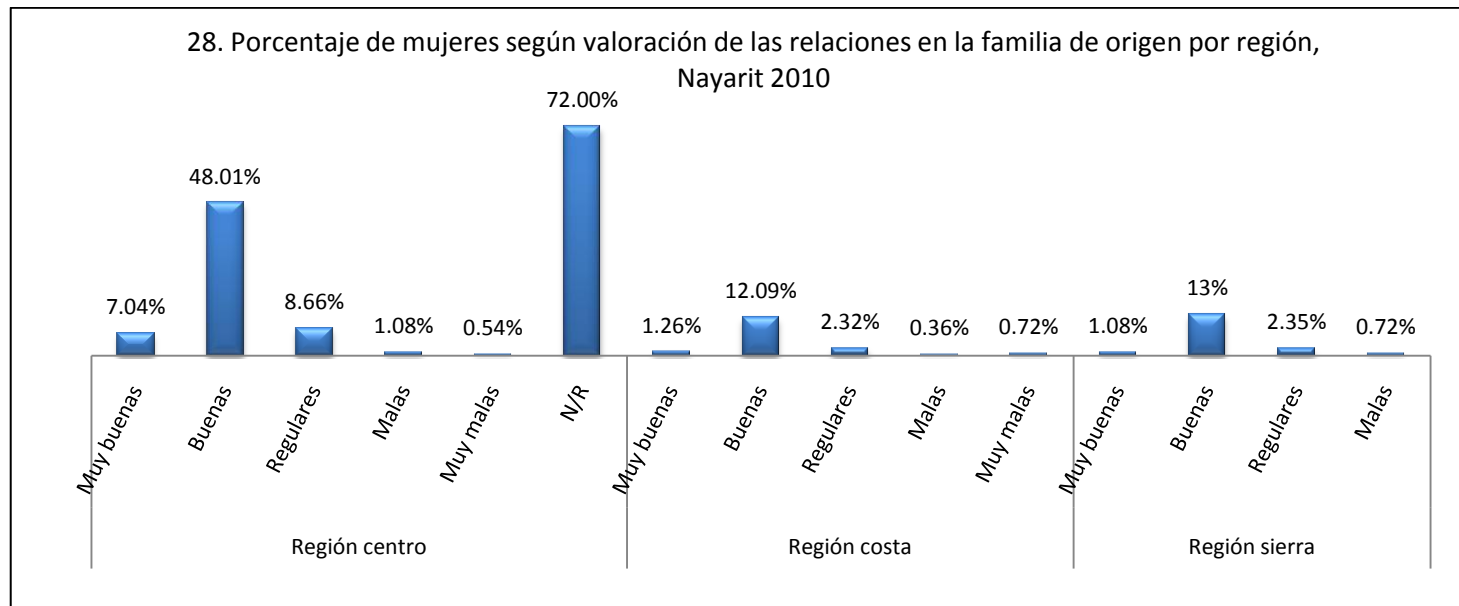


27. Porcentaje de mujeres según valoración de la relación con su pareja actual región sierra, Nayarit, 2010



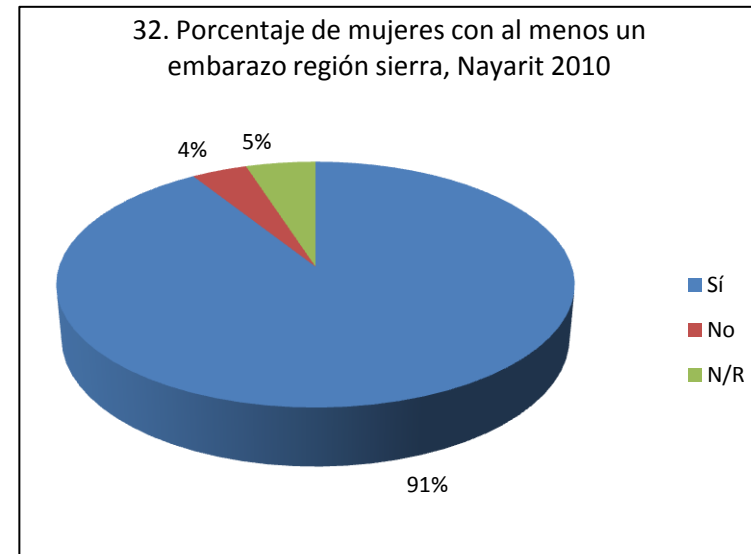
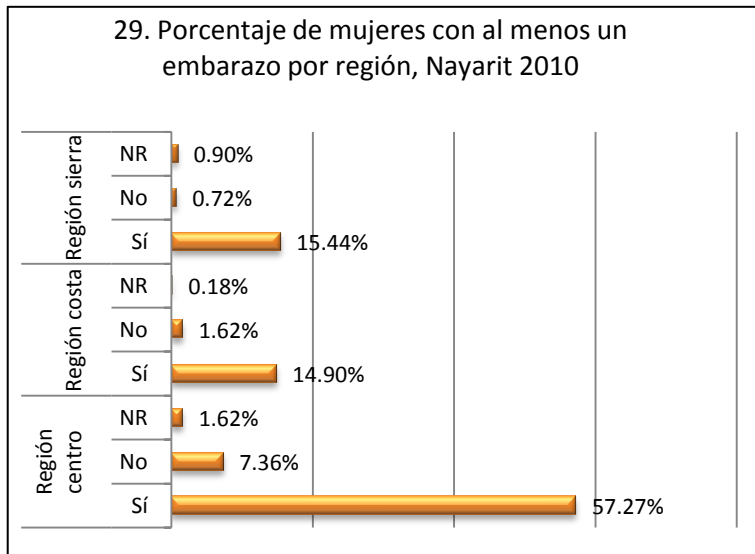
Valoración de las relaciones en la familia de origen

La valoración que hacen las mujeres entrevistadas sobre las relaciones en su familia de origen en la entidad, son mayoritariamente buenas (73.1%), seguido por regulares (13.36%) y por muy buenas (9.38%). Con respecto a las relaciones calificadas como malas, representaron el 2.16% y muy malas el 1.26%. Cabe destacar que éstas últimas, muy malas, no fueron declaradas en ningún caso en la región de la sierra y malas se mencionaron en menor medida en la región de la costa.



Fecundidad

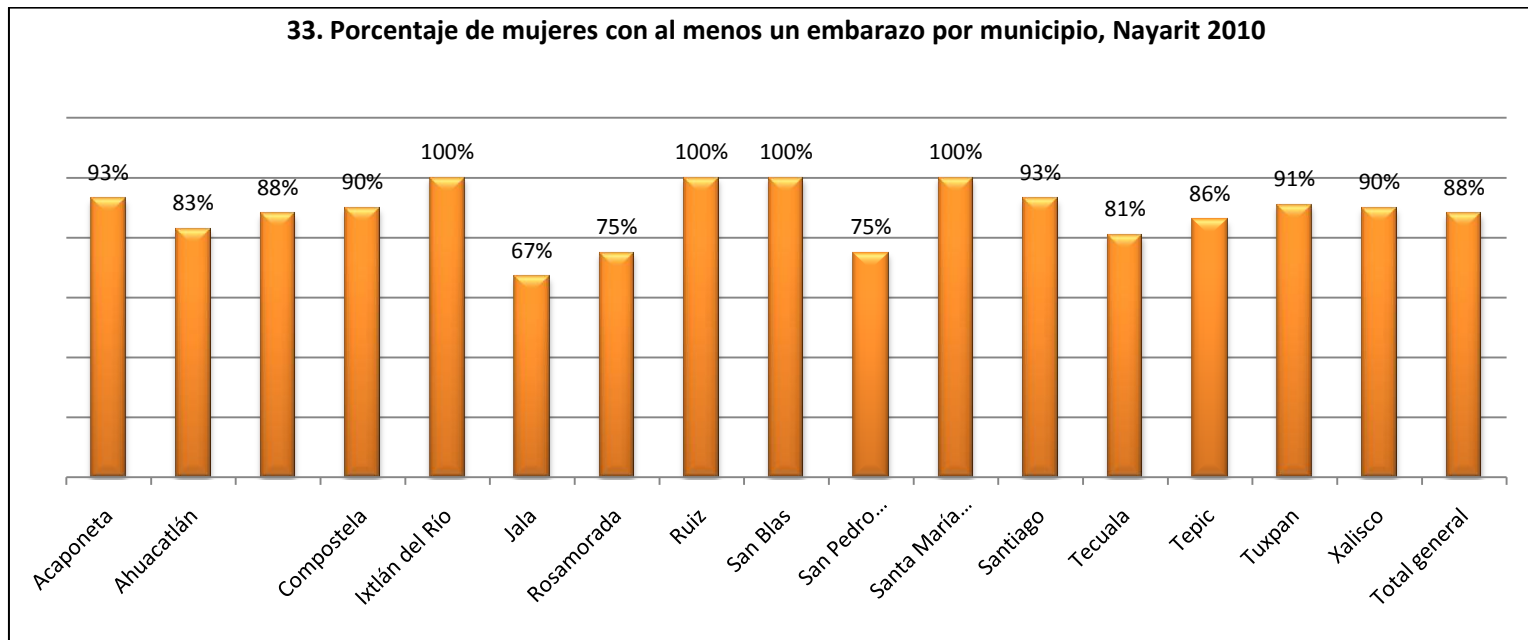
De las 543 mujeres entrevistadas, una mayor proporción (87%) declaró haber estado embarazada alguna vez, mientras que el 10% al momento de la entrevista nunca había tenido un embarazo. Por el rango de edad seleccionado estos porcentajes corresponden con el comportamiento reproductivo de la entidad que en la última década ha descendido de 2.9 hijos por mujer en el año 2000 a 2.1 hijos por mujer en el 2010³⁷.



³⁷ INEGI. Tasa global de fecundidad por entidad federativa 2000-2010.

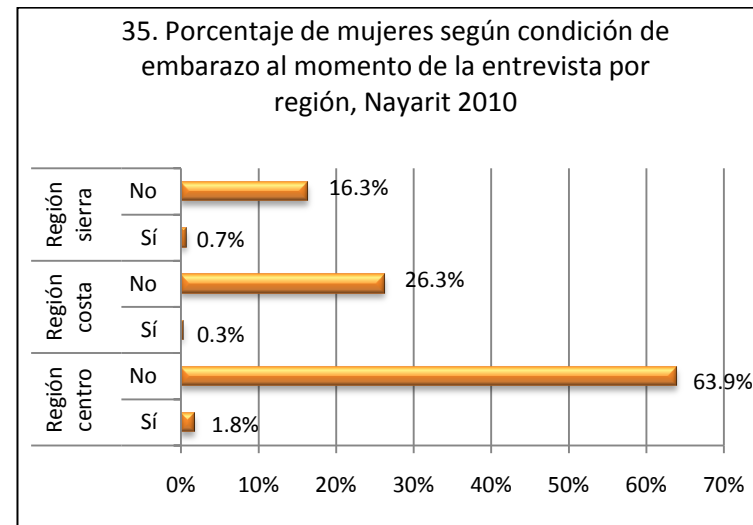
En la región centro se concentra el mayor porcentaje de mujeres con algún embarazo (52.27%), seguido por la región sierra (15.44%) y en un poco menos la región costa (14.90%). Sobre las mujeres que nunca han tenido un embarazo, en la región centro y costa, se observa el mayor porcentaje (11% y 10% respectivamente) y, en menor medida, las mujeres entrevistadas en la región sierra (4%).

En los municipios de Ixtlán del Río, Ruíz, San Blas y Santa María del Oro, el 100% de las mujeres entrevistadas habían tenido al menos un embarazo, mientras que en Jala, Rosamorada, San Pedro Lagunillas y Tecuala, la población que había tenido algún embarazo muestra un decremento importante, como puede apreciarse en la siguiente gráfica.

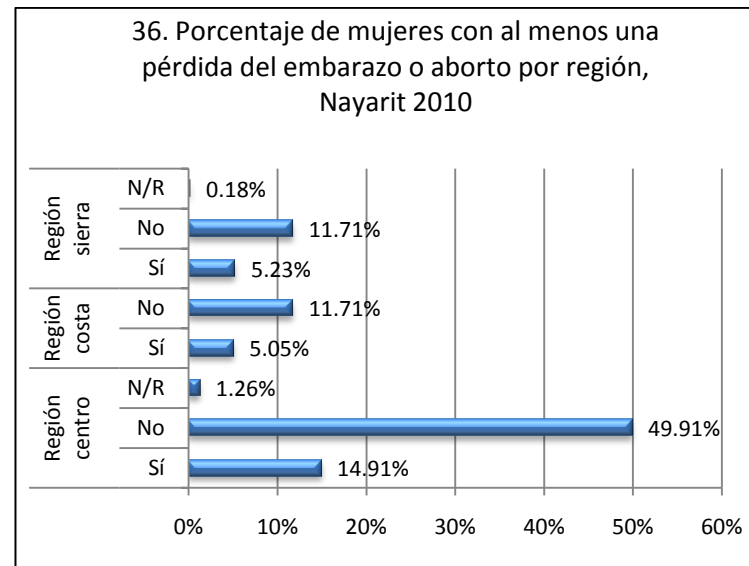


Los municipios visitados con mayor fecundidad son Jala con 6.25 hijos por mujer, seguido de San Blas con 5.5 y, en tercer lugar, Compostela con 4.5 hijos por mujer.

Al momento de la entrevista el 87% de las mujeres declararon no estar embarazadas y quienes sí lo estaban se ubicaron en los municipios de Xalisco, Tuxpan, Tecuala, Tepic, Acajoneta, Bahía de Banderas y Compostela. Así podemos señalar que el mayor porcentaje de mujeres embarazadas al momento de la entrevista se ubicaron en la región centro (1.80%), seguido por mujeres de la región sierra (0.72%) y luego por las que habitan la región costa (0.36%).



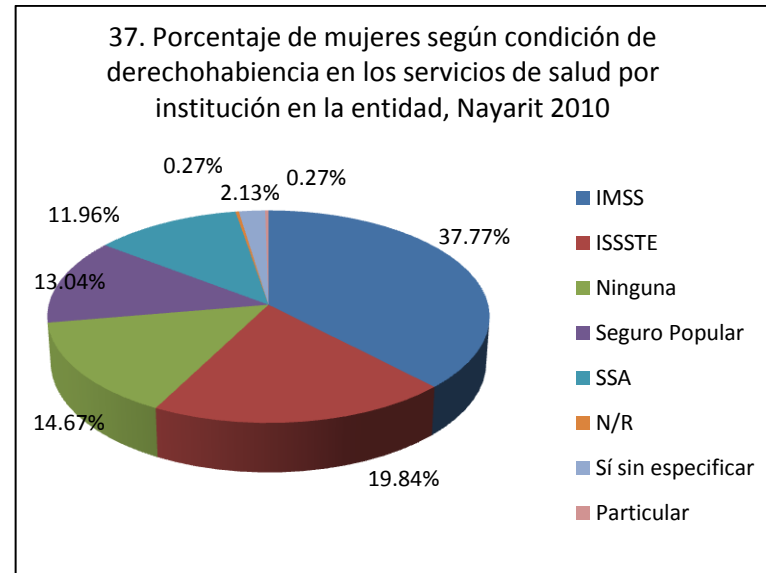
Con respecto a las pérdidas del embarazo o aborto, el mayor porcentaje de la población entrevistada no ha tenido ninguno (72.42%), mientras que las mujeres que sí lo han tenido representan el 25.23%. Se observa un mayor porcentaje en la región centro (14.95%), seguido de la región sierra (5.23%) y con poca diferencia la región costa (5.05); como puede apreciarse en la siguiente gráfica.



Mujeres derechohabientes de los servicios de salud

Todos los municipios visitados cuentan con servicios de salud que se brindan a la población a través de unidades médicas de consulta externa y de hospitalización de distintas dependencias, ya sea IMSS, ISSSTE, DIF, de la Secretaría de Salud del estado, del Programa Oportunidades, del Seguro Popular y la Secretaría de Marina, incluso en municipios como Compostela existe una unidad médica por cada 40 kilómetros cuadrados. En todas las cabeceras municipales se cuentan también con unidades de hospitalización del segundo nivel de atención y en ninguno de los municipios visitados existen localidades que por su aislamiento pudieran ser un obstáculo para acceder a los servicios de salud; dichos obstáculos se identifican en mayor medida en condiciones precarias de localidades y familias que no pueden cubrir los gastos de transporte a los lugares donde se ubican los servicios, así como razones culturales.

En cuanto al acceso a la atención de la salud, las mujeres entrevistadas en el 14.67% de los casos declararon no ser derechohabiente de ningún servicio de salud, situación que las coloca ante una mayor vulnerabilidad frente a la posibilidad de padecer una enfermedad como el CaMa por no tener acceso a servicios para la prevención y diagnóstico oportuno. De las mujeres que sí son derechohabientes el mayor porcentaje refiere al IMSS (37.77%), seguido del Seguro Popular (13.04%), ISSSTE (19.84%) y Secretaría de Salud (11.96%), como se aprecia en la siguiente gráfica.

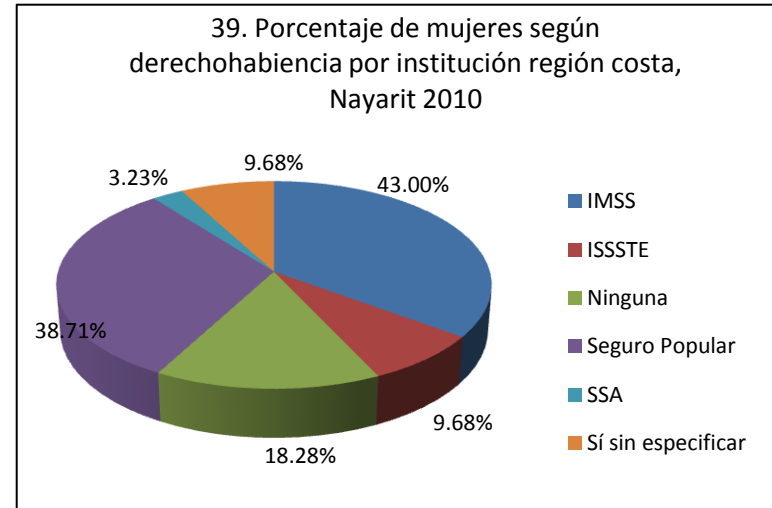
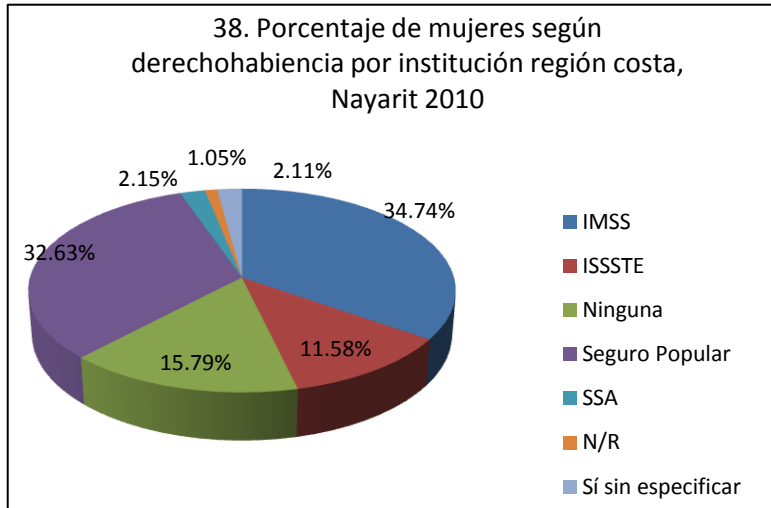


De acuerdo a las cifras estatales del año 2000 en comparación con las del 2005³⁸, aumentó la cobertura general de 40.5% a 59.6%, aunque se observa un decremento de afiliados en dicho periodo por institución (IMSS de 76.5% a 50.3%), ISSSTE (de 23.6% a 16.7%), PEMEX de (1.1% a 0.6%), pero se crea el Seguro Popular que da cobertura al 32.9% de la población.

Casi la totalidad de las mujeres entrevistadas declaró asistir a una unidad de salud institucional cuando se enferman ellas o sus familias y solamente en dos casos las mujeres refirieron otra opción como ir a consultar al médico tradicional o con el pastor de la iglesia (0.1% en ambos casos). En cuanto a las razones expuestas para asistir a los lugares señalados para atender los problemas de salud se expresaron tres razones: ser gratuitos (45%), estar cercanos (30%) y por la satisfacción con el servicio (25%).

Ente las diferencias regionales, se observa una menor derechohabencia en la región sierra (18.28%), seguido de la región costa (15.79%); mientras que en la región centro asciende a 9% de los casos, como puede apreciarse en la siguientes gráficas. El seguro popular tiene una población derechohabiente más elevada en la región sierra y la región costa, quizá por su carácter social y como una modalidad del Sistema de Protección Social en Salud, que busca otorgar cobertura de servicios para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

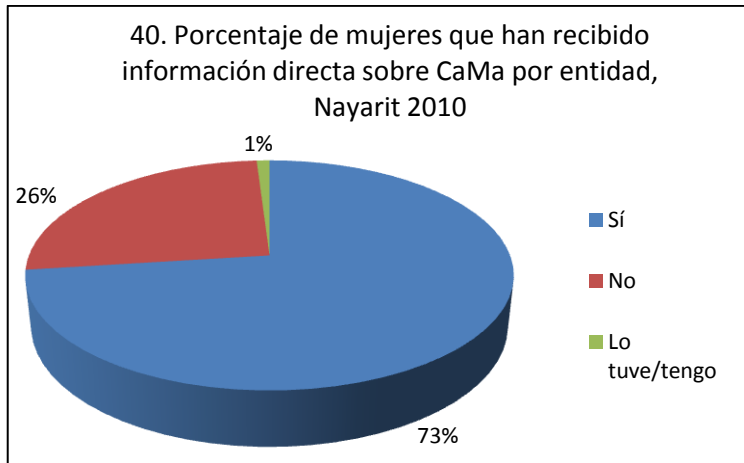
³⁸ INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005. Condición de derechohabientes por municipio y tipo de servicio.



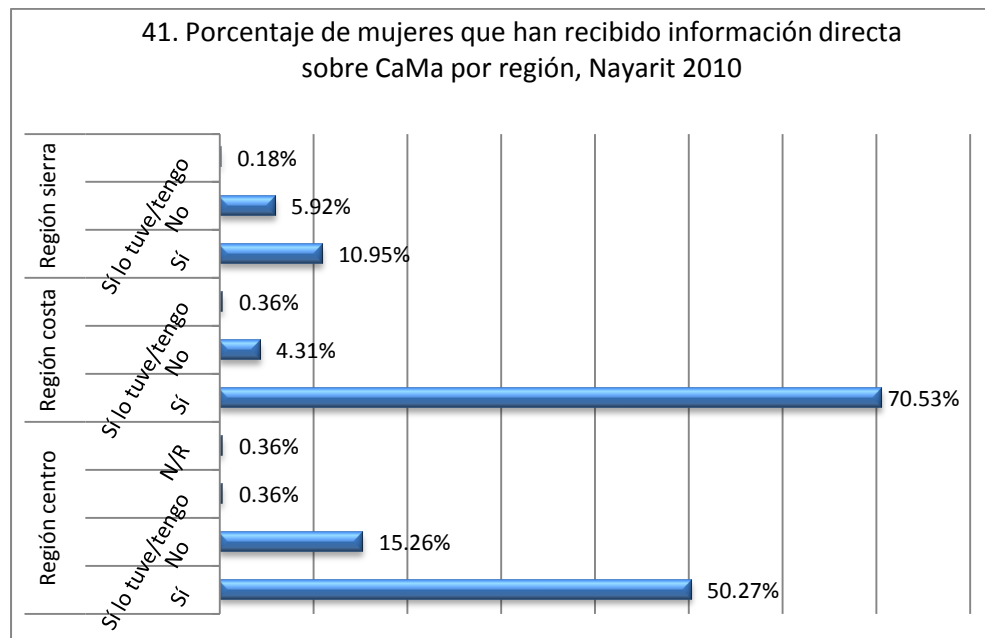
7.1.2.- Percepciones y conocimientos sobre el cáncer de mama

Información recibida de manera directa

De las mujeres entrevistadas, el 73% de ellas declaró haber recibido información de manera directa sobre el cáncer de mama de parte del personal de salud, médicas/os principalmente (42%), y de enfermeras y trabajadoras sociales (31%). El 26% declaró no haber recibido ninguna información y el 1% de ellas declararon haber sido diagnosticadas con el padecimiento.



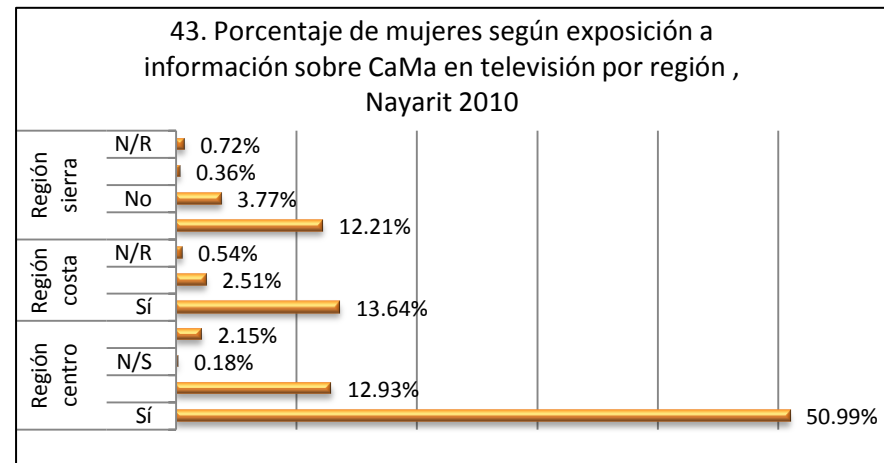
Las mujeres de la región costa declararon haber recibido información de manera directa con el mayor porcentaje (70.53%), seguido de las mujeres de la región centro (50.27%) y en menor medida las mujeres de la región sierra (10.95%). Estos porcentajes refieren un área de oportunidad al fortalecer las acciones de información dirigidas a las mujeres de la región sierra de manera prioritaria y reforzarlas en el resto de las regiones.



En lo que hace al tipo de información recibida por aquellas que la obtuvieron de manera directa, el 100% mencionó la autoexploración de mamas y refieren algunas de ellas (26%) las indicaciones para realizarla, como practicarla de manera rutinaria durante el baño, especialmente cuando se tiene la menstruación y sólo el 1.3% hace referencia a la menopausia como un factor de riesgo, mientras que cuestiones hereditarias fue mencionado por el 2.6% y los golpes en 1.3%. Las mujeres que no han recibido de manera directa ninguna información sobre el cáncer de mama y que representa el 26% de la población entrevistada en la entidad, se concentran en los municipios de Ruíz (50%), Jala (45%) y Tuxpan (41%).

Información sobre CaMa recibida a través de los medios de comunicación masiva

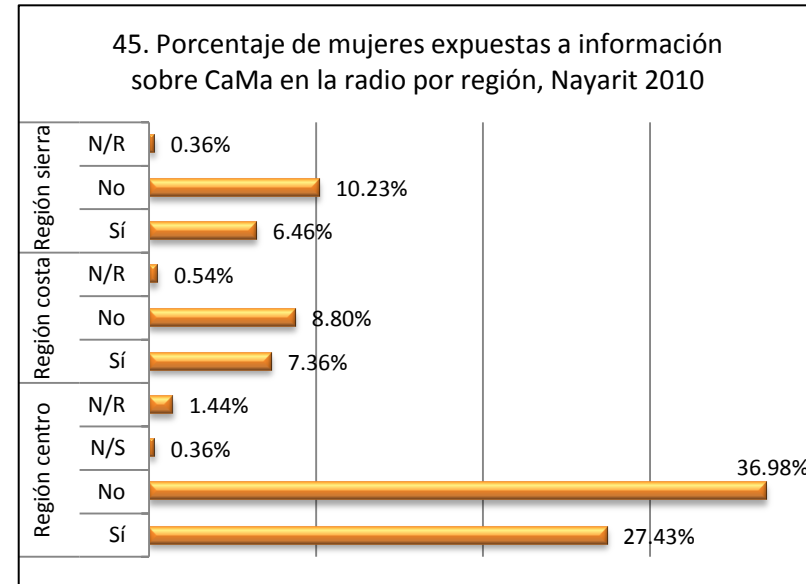
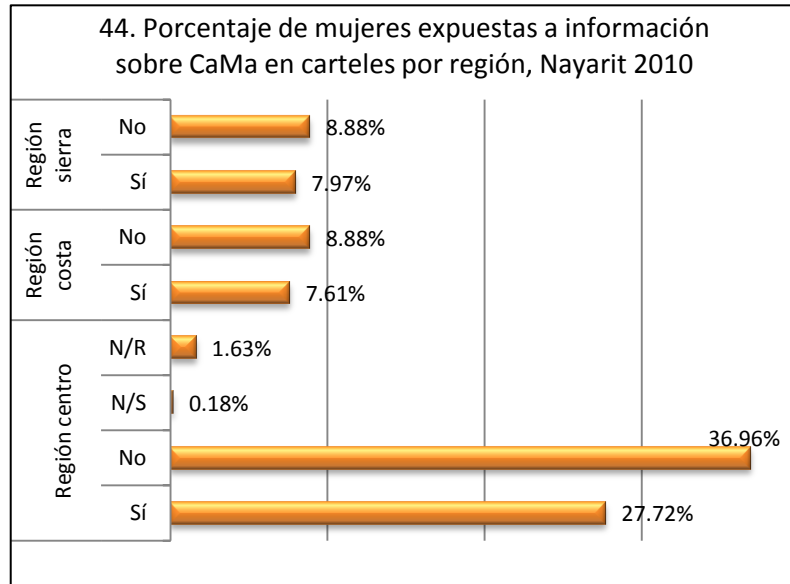
En relación a la exposición a mensajes en los medios de comunicación sobre el cáncer de mama, la televisión fue declarada con mayor frecuencia (77%); en segundo lugar, los carteles sobre el tema (43%) y, en menor medida, la radio (41%). Cabe señalar que los carteles aún cuando ocupan la segunda posición, son expuestos la mayoría de las veces en las unidades de salud siendo vistos solamente por la población que accede a los servicios institucionales ubicados en las localidades.



Las mujeres de la región centro declararon en el mayor número de casos, haber recibido información a través de la televisión (50.99%); muy por debajo a ese porcentaje la región costa (13.64%) y la región sierra (12.21%), como puede apreciarse en la siguiente gráfica.

En cuanto a la información recibida por medio de carteles, se observa un mayor porcentaje en la región centro (27.72%) y con mucha menor representatividad, la región sierra (7.97) y costa (7.63%). Cabe resaltar que las mujeres de la región centro declararon este medio casi en la mitad del porcentaje en que señalaron como medio de información la televisión. En la región costa y sierra, también

se observa un menor porcentaje de mujeres que declararon haber recibido información por este medio aún cuando esta diferencia es menor que en el caso de la región centro.

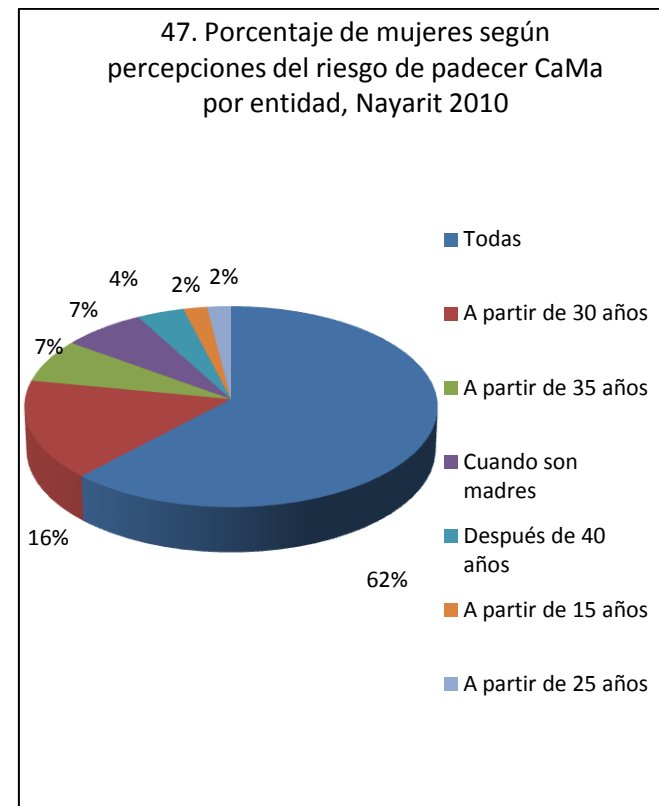
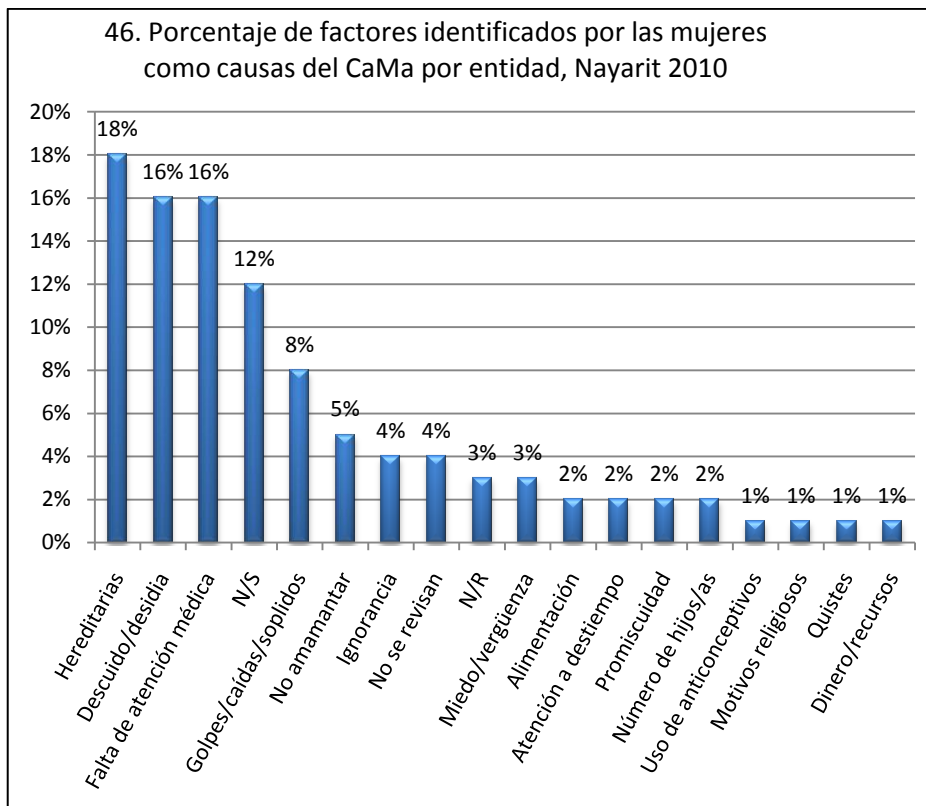


La información recibida a través de la radio, también fue declarada mayoritariamente en la región centro (27.47%) y con veinte puntos porcentuales debajo la región costa (7.36%) y sierra (6.46%). Ninguno de estos medios puede dejar de ser considerado para la difusión de mensajes sobre educación para la salud, específicamente sobre CaMa, ya que distintos tipos de población acceden a ellos. Por otra parte, no se identificó información diferenciada para los distintos tipos de población, condición que podría ser tomada en cuenta para el diseño de mensajes adecuados para la población meta a partir de sus características particulares, tales como la edad y pertenencia a un grupo originario, entre otras.

Percepciones sobre las causas del CaMa

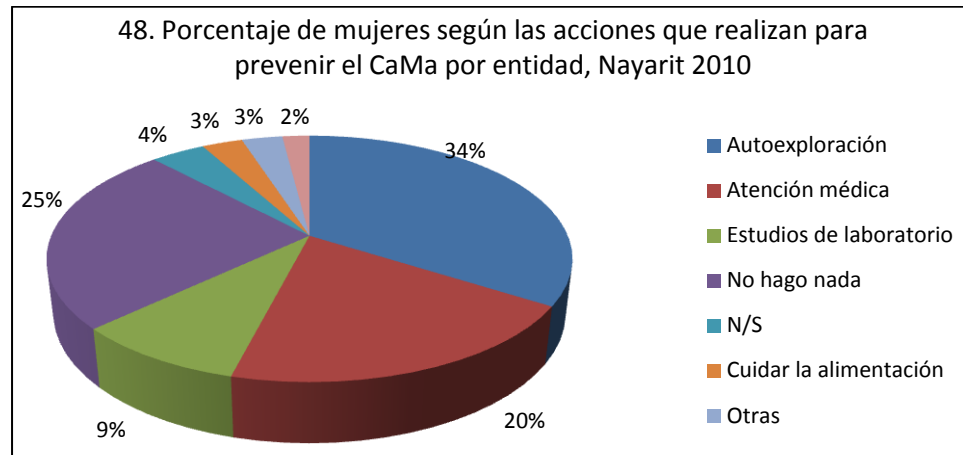
Con respecto a las causas de este padecimiento, como puede apreciarse en la siguiente gráfica, el mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas declaró que los factores hereditarios son la principal causa (18%), seguido del descuido o la desidia para atenderse y, en el mismo porcentaje, la falta de atención médica (16% en cada caso). En menor medida se señalaron los golpes, caídas o que les soplen en el pecho (8%) y no amamantar (5%). La ignorancia y que no se revisan representó el 4% y el miedo y la vergüenza el 3%. Otros factores como la alimentación, la promiscuidad, no atenderse a tiempo o relacionado con el número de hijos, fueron referidos en el 2% de los casos cada uno de ellos, mientras que el uso de métodos anticonceptivos, factores religiosos, falta de recursos económicos o tener quistes, se mencionaron en el 1% de los casos.

Con respecto a la identificación de los grupos de edad con mayor riesgo de padecer CaMa, el 62% de las entrevistadas declararon que todas tienen el mismo riesgo, mientras que el 16% señaló que es a partir de los 30 años cuando éste aumenta (16%). En menor medida, se identificó a las mujeres cuando son madres y después de los 35 años (7% respectivamente); a partir de los 40 años (4%). Otros porcentajes refieren edades de riesgo desde los 15 años y a partir de los 25 años (2% en cada caso).



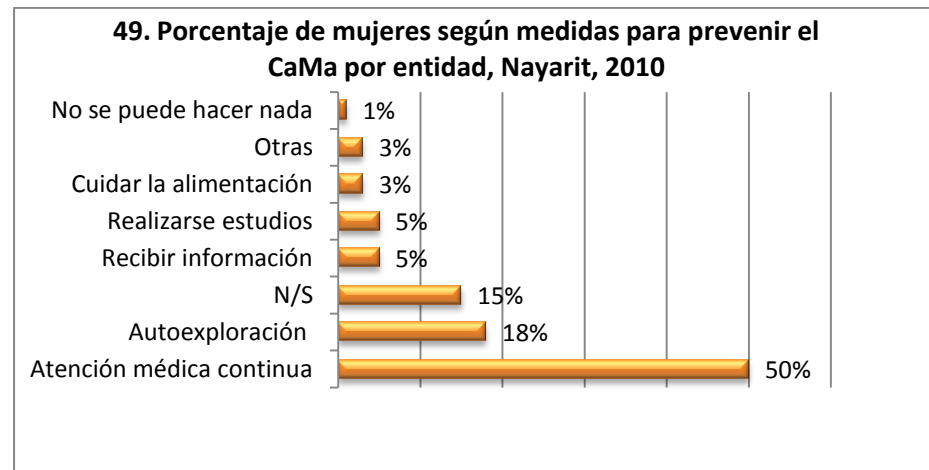
Acciones para prevenir el CaMa

Las mujeres entrevistadas identifican como las acciones para prevenir este padecimiento, en primer lugar la autoexploración (34%), seguido de no hacer nada (25%) y la atención médica (20%), mientras que acciones como la realización de estudios de laboratorio (9%) y el cuidado de la alimentación (3%), representaron los menores porcentajes. Cabe señalar que el 4% declaró no saber qué acciones desarrollar para prevenir esta enfermedad.



Medidas para prevenir el CaMa

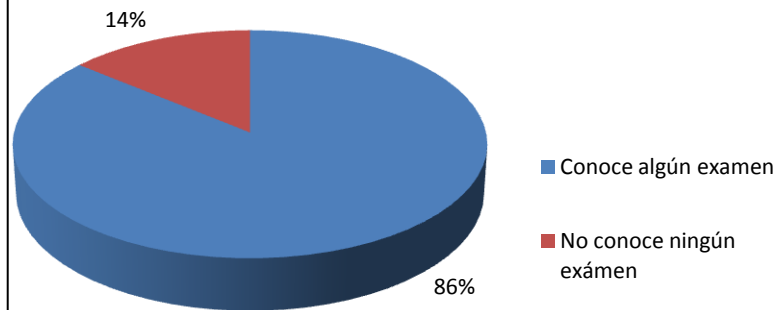
En contraste, cuando se preguntó sobre qué medidas podrían desarrollarse para prevenir esta enfermedad, el 50% de las mujeres entrevistadas declaró la atención médica continua, seguido de la autoexploración (18%) y el 15% señaló no saber qué hacer para prevenirlo. En este sentido el 5% señaló que recibir información es una de las medidas y en igual porcentaje, realizarse estudios. Acciones como cuidar la alimentación se observan en menor medida (3%) y no se puede hacer nada representó al 1% de la población como se aprecia en la siguiente gráfica.



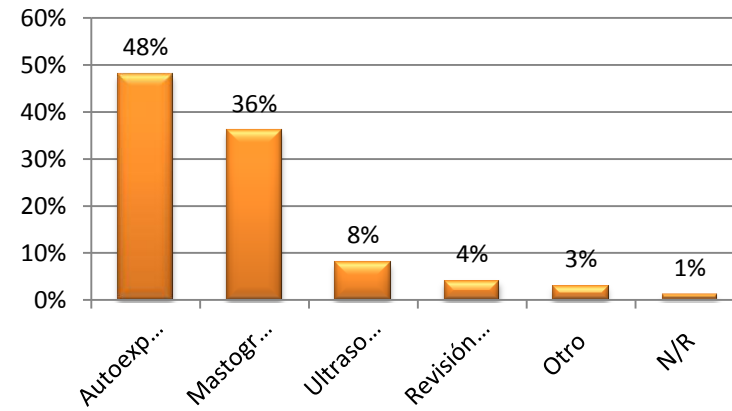
Conocimiento y práctica de exámenes para la detección del CaMa

Entre los exámenes que las mujeres entrevistadas identificaron para la detección del cáncer de mama, el 86% de ellas señaló que conocían al menos uno y 14% no conocían ninguno.

50. Porcentaje de mujeres según conocimiento de algún examen para detectar el CaMa por entidad, Nayarit 2010

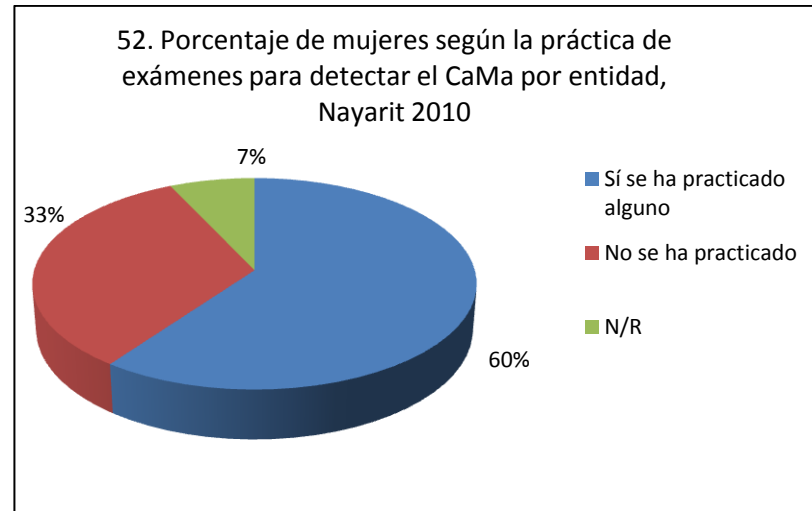


51. Porcentaje de mujeres según conocimiento de exámenes para detectar el CaMa por entidad, Nayarit 2010



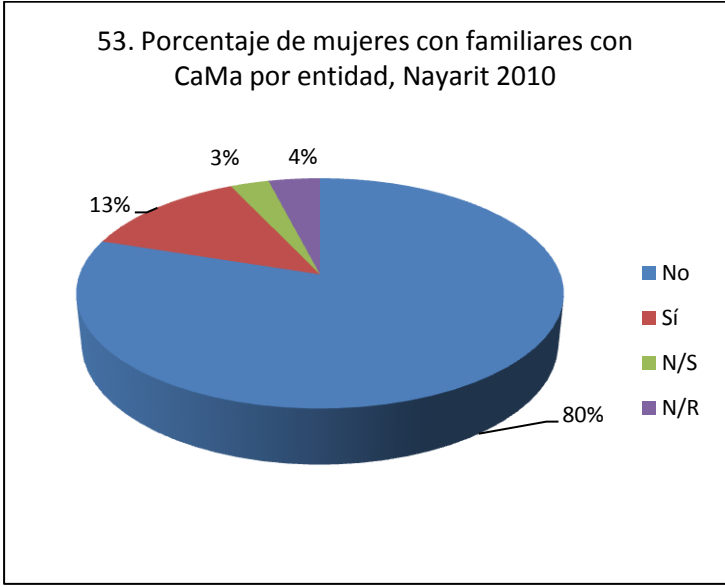
De las mujeres que declararon conocer algún examen para detectar el CaMa, la autoexploración fue el más mencionado (48%), seguido de la mastografía (36%), el ultrasonido (8%) y la revisión médica (4%).

Sobre la práctica de exámenes para detectar el CaMa, las mujeres entrevistadas señalaron en el 60% de los casos, haberse realizado alguno, mientras que el 33% nunca se los han hecho y el 7% se abstuvo de contestar.



Conocimiento de una mujer cercana o familiar con el padecimiento

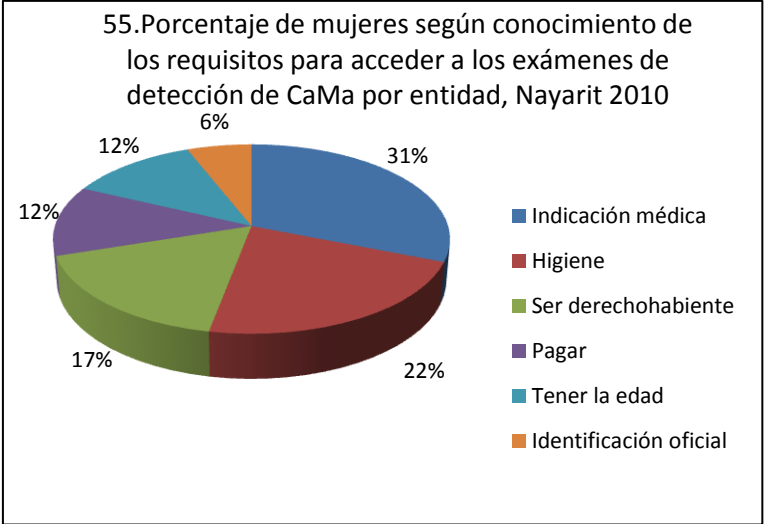
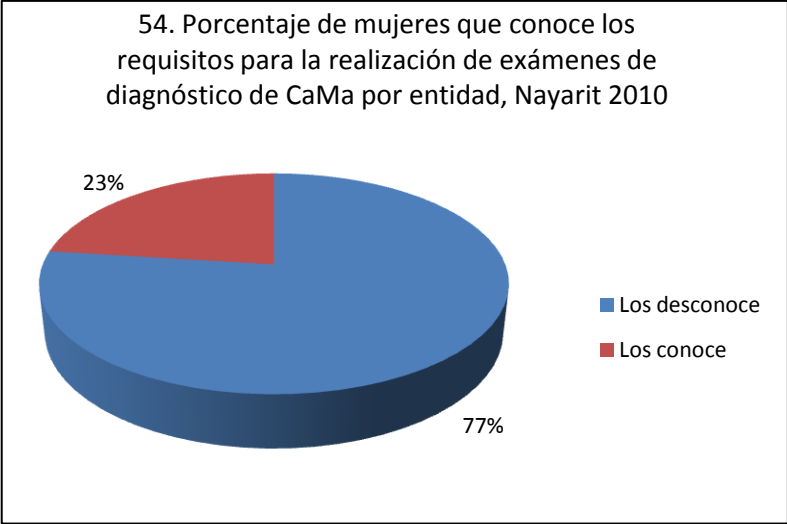
En el levantamiento de la información se identificó que el 60% de las mujeres entrevistadas conoce a una mujer cercana que se ha realizado, al menos una vez, exámenes para la detección del cáncer de mama, mientras que el 40% no conoce a ninguna; cabe destacar que en la región sierra no refirieron conocer a nadie que se haya realizado un examen para la detección del CaMa. En este sentido, podemos inferir que 4 de cada 10 mujeres en su entorno cercano en la entidad no perciben la posibilidad de acceder a exámenes para identificar este padecimiento ya sea por desinformación, por no hablar de estos temas, por razones de edad o por no presentarse ninguna anomalía en las mujeres con las que convive cotidianamente, lo que se hace evidente también en el porcentaje de mujeres que conocen que han sido diagnosticadas, el 48% sí conocía a una mujer con el padecimiento y 52% no. En cuanto a la información sobre relaciones de parentesco con alguna mujer diagnosticada el 80% de las mujeres entrevistadas declaró no tener una familiar con el padecimiento, mientras que el 13% de ellas sí la tienen. El 3% de las entrevistadas informó no saber si tiene una familiar con el padecimiento y el 4% se abstuvo de responder, como puede observarse en la siguiente gráfica. Siendo una de las causas de este padecimiento el factor hereditario, es necesario intensificar las acciones de información para el diagnóstico oportuno de la enfermedad.



Conocimiento de los requisitos para la realización de exámenes para la detección del CaMa

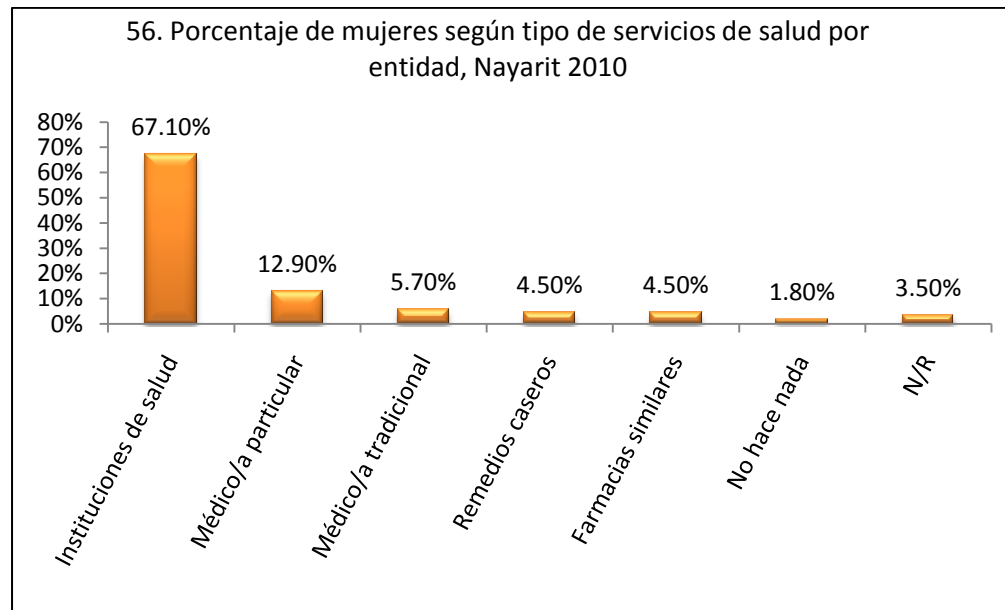
El nivel de conocimiento de las mujeres sobre los requisitos para realizarse los exámenes de diagnóstico del cáncer de mama en las unidades de salud, muestra que la mayoría de las entrevistadas (77%) los desconoce y, solamente una proporción menor, declaró conocerlos, 23%.

De las mujeres que declararon conocer los requisitos para la realización de exámenes, el 31% refirió que se accede a ellos cuando el/la médico/a da la indicación para realizárselos; seguido de presentarse “limpias” (22%) y ser derechohabiente de alguna institución de salud (17%). En menor medida, tener la edad recomendada y pagar los servicios con el mismo porcentaje (12% respectivamente); presentar una identificación oficial obtuvo el menor porcentaje (7%), como puede observarse en la siguiente gráfica.



Acceso a los servicios de salud

En cuanto al acceso a los servicios de salud, el 67% de las mujeres entrevistadas declaró que cuando ella o un familiar se enferman acuden a solicitar la atención a los servicios institucionales de salud, seguido de aquellas que solicitan los servicios de un/a médico/a particular (12.9%). En menor medida, acuden con algún/a médico/a tradicional (5.7%) o usan remedios caseros y buscan atención en las farmacias similares (4.5% en ambos casos). El 1.8% de las mujeres entrevistadas señaló no hacer nada y 3.5% se abstuvo de contestar, como se puede observar en la siguiente gráfica.

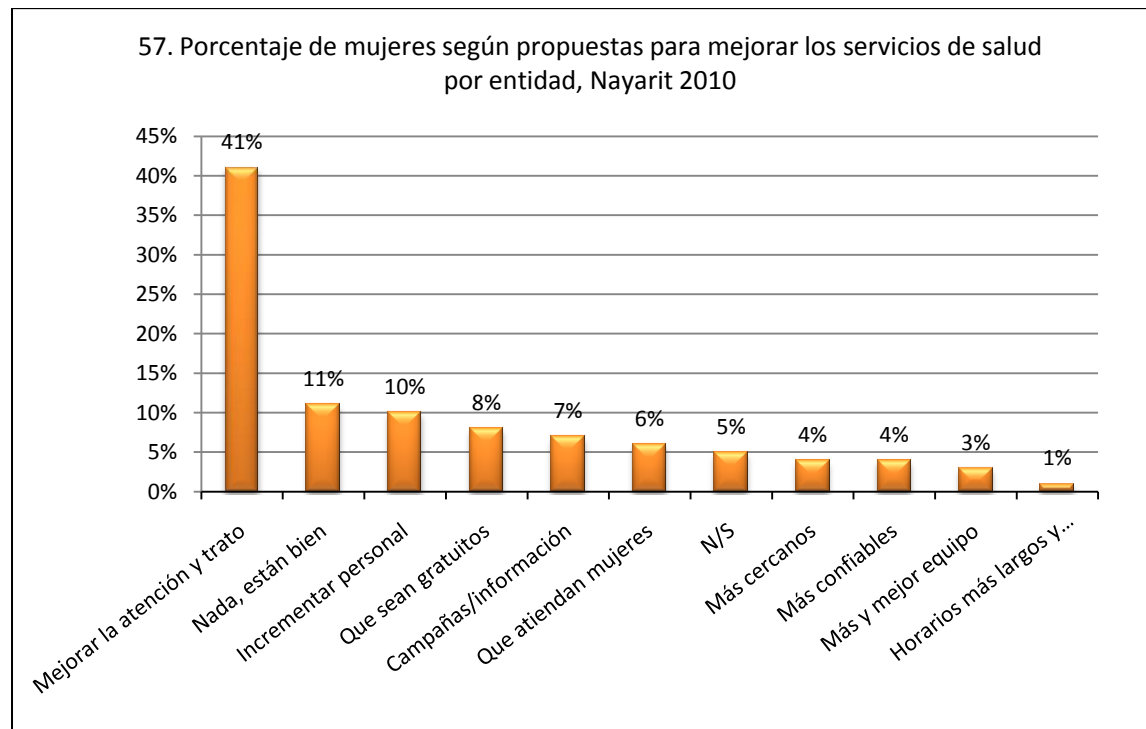


Relación usuaria – prestadores/as de servicios de salud

La relación de las mujeres con el personal de salud puede también constituirse como un facilitador o un obstáculo para que las mujeres accedan a los servicios de diagnóstico y que éste sea oportuno.

Si bien es cierto que el 16% de las mujeres declaró que no había ningún problema en la relación con el personal de salud, el 8% señaló que las ignoraban y en el 12% de los casos, que los tiempos de espera eran demasiado largos. Por otro lado, las mujeres que señalaron maltrato representaron el 6% y los costos elevados en los servicios el 1%.

Al respecto y como puede apreciarse en la siguiente gráfica, las mujeres entrevistadas señalaron como las tres propuestas más representativas para que los servicios de salud sean más adecuados, mejorar el trato y atención a las usuarias (41%), incrementar el personal (10%) y que los servicios sean gratuitos (8%).



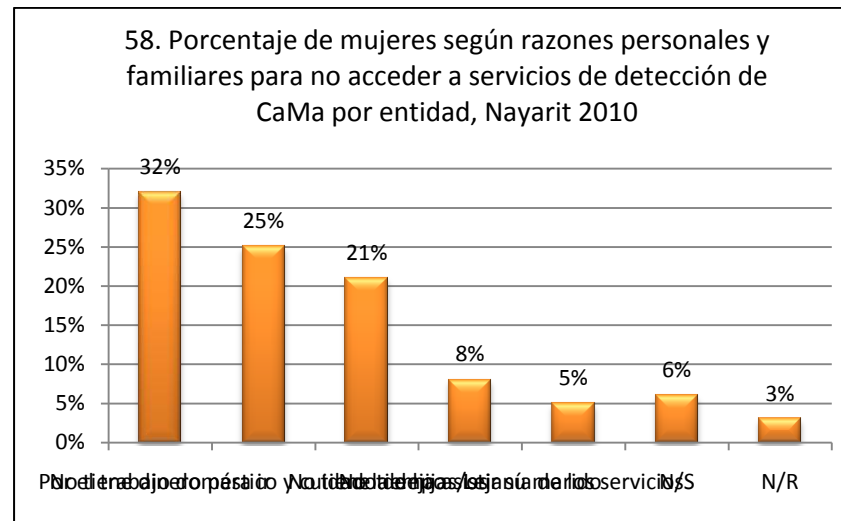
Conocimiento sobre la gratuidad de los servicios de detección de CaMa

Cabe destacar que el 59% expresó que los exámenes para este padecimiento eran gratuitos, mientras que el 37% señaló no saberlo. Para las personas no derechohabientes de ningún servicio de salud, los exámenes no son gratuitos en la entidad, se consiguen descuentos a través del sector salud pero no están exentos de pago, razón por la que algunas mujeres en esta circunstancia, no asisten a realizárselos. Como nos muestra la gráfica anterior, el 8% propone que los servicios sean gratuitos y el 12% señala como uno de los requisitos el pago para realizarse los exámenes. Este factor se identifica en el siguiente apartado como la causa principal por la que las mujeres no pueden acceder a los exámenes para la detección oportuna del CaMa. En algunas localidades y municipios del estado, se solicita el pago de una cuota para la realización de los exámenes (mastografía o ultrasonido) como lo expresaron personal del sector salud³⁹ por lo que las mujeres en condiciones económicas precarias no puede acceder a ellos.

Problemas personales o familiares para acceder a los exámenes de detección del CaMa

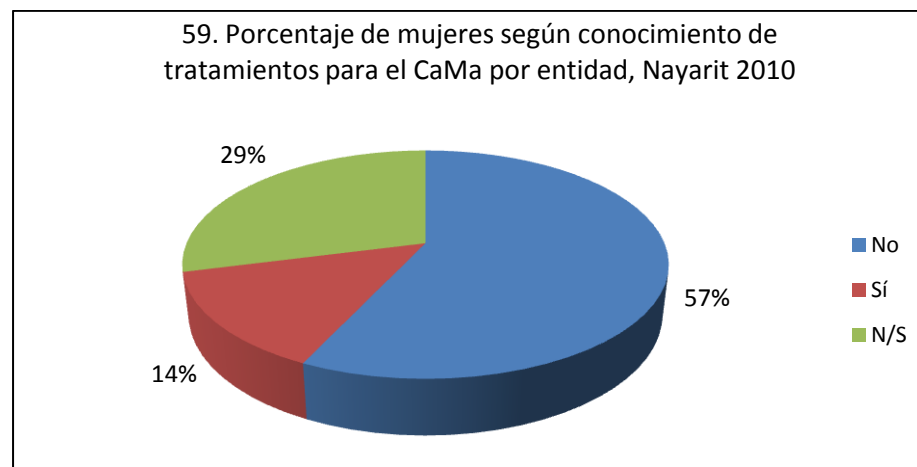
Dentro de las principales causas que identificaron las mujeres como obstáculos para no asistir a los servicios de detección oportuna, como se menciona arriba, el factor económico representa el mayor porcentaje (32%), seguido de no hacerlo por cumplir con el trabajo doméstico y el cuidado de las/os hijas/os (25%) y no tener tiempo para asistir (21%). En menor medida las razones expuestas son “que no la deja asistir su marido” (8%) y “la lejanía física de los servicios” (5%), el 6% señaló no saber qué razones y el 2% se abstuvo de contestar, como puede apreciarse en la siguiente gráfica.

³⁹ Información de las entrevistas a profundidad realizadas con Prestadores de Servicios del componente institucional como parte de este diagnóstico.



Conocimiento sobre los tratamientos médicos para la cura del CaMa

En relación a los tratamientos médicos para la cura del cáncer de mama, el 57% de las mujeres entrevistadas declaró no conocer ninguno y, en menor porcentaje, quienes señalaron sí conocerlos (14%). Especialmente en este caso, cuando hablamos de una enfermedad que se ha relacionado culturalmente con la muerte, el desconocimiento puede ser un obstáculo para la continuidad de los tratamientos médicos e influir en la decisión de las mujeres de no iniciarlos, posponerlos, interrumpirlos o abandonarlos.



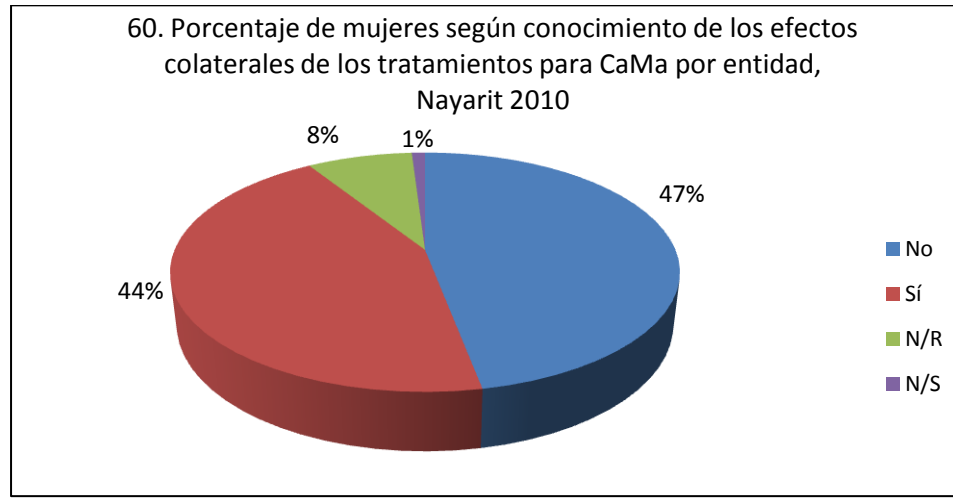
En los municipios de San Blas y Rosamorada, ninguna mujer declaró conocer algún tratamiento para la cura del CaMa, seguido por Compostela (82%) y Jala y Bahía de Banderas (72%), mientras que en los municipios donde señalaron sí conocerlos con mayor frecuencia están Ahuacatlán (67%), Tuxpan (59%) y Tecuala y Santiago Ixcuintla, con el mismo porcentaje (47%). Estos municipios se localizan en las tres regiones seleccionadas de la entidad, por lo que impulsar acciones informativas al respecto, debe ser una de las estrategias para alentar la prevención y detección oportuna de la enfermedad.

Conocimiento sobre los efectos de los tratamientos médicos para la cura del CaMa

Con respecto a los efectos de los tratamientos médicos, el 44% de la población entrevistada, informó conocerlos, sin embargo, más de la mitad (8% no los conoce y 47% no respondió), porcentajes que muestran un desconocimiento significativo. La experiencia de algunas organizaciones civiles⁴⁰, ha evidenciado que los efectos colaterales de los tratamientos en muchos casos afectan de manera directa la

⁴⁰ Red Contra el Cáncer, agrupa a 28 organizaciones civiles en la república que trabajan con diferentes aspectos de la paciente oncológica.

recuperación de las usuarias, favoreciendo la interrupción o abandono de dichos tratamientos por considerar que les causan más daño.



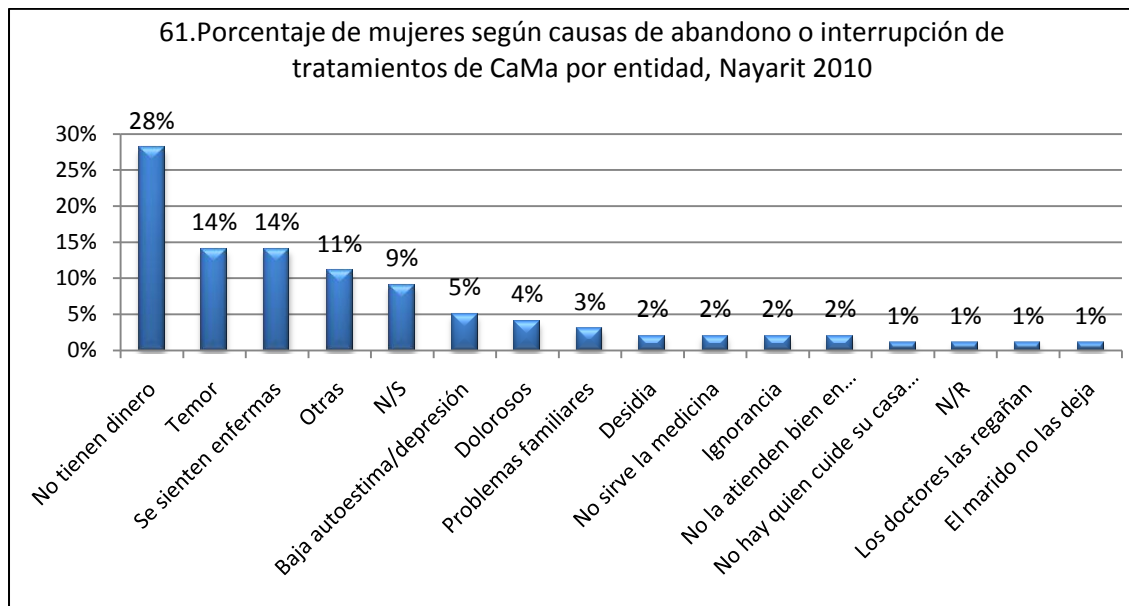
En este sentido, informar a las pacientes sobre los efectos colaterales de los tratamientos podría apoyar la continuidad en su uso. Cabe señalar que el municipio donde se declaró con mayor frecuencia no conocer los efectos de los tratamientos fue San Blas, donde el 100% de las mujeres entrevistadas así lo señaló, mientras que en el municipio de Rosamorada señalaron en mayor proporción sí conocerlos (75%).

Interrupción o abandono de los tratamientos médicos

Cuando una mujer enfrenta el diagnóstico de cáncer de mama, “en la mayor parte de los casos, sin información y en un contexto que propicia una sensación de gravedad extrema, surgen temores ante la posibilidad de la muerte y una necesidad apremiante de protección y adherencia al grupo social de pertenencia”⁴¹. La carencia de recursos emocionales para entender su condición y el proceso de su enfermedad hacen que en las mujeres se instalen ideas persecutorias y de culpa surgidas del desconocimiento y de la baja percepción que tienen de sí mismas. Apoyar a las mujeres durante el tratamiento, fortalecer su autoestima y hacerles saber que no están solas, son condiciones necesarias para que puedan transitar por este proceso sin mayor afectación de su calidad de vida. En este sentido la percepción sobre los principales problemas personales y familiares que enfrenta una mujer con CaMa son desconocidos para el 21% de las mujeres entrevistadas, mientras que para quienes sí identificaron algunos de ellos, en primer lugar señalaron que la deja o rechaza la pareja (17%), seguido de depresión (16%), quedarse sin dinero por el elevado costo de los tratamientos (9%), la rechaza su familia (7%), pierde su empleo (5%), enfrenta problemas emocionales (4%), piensan que es contagioso y baja autoestima con el mismo porcentaje (2%) y, no la quieren sus amigas (0.5%).

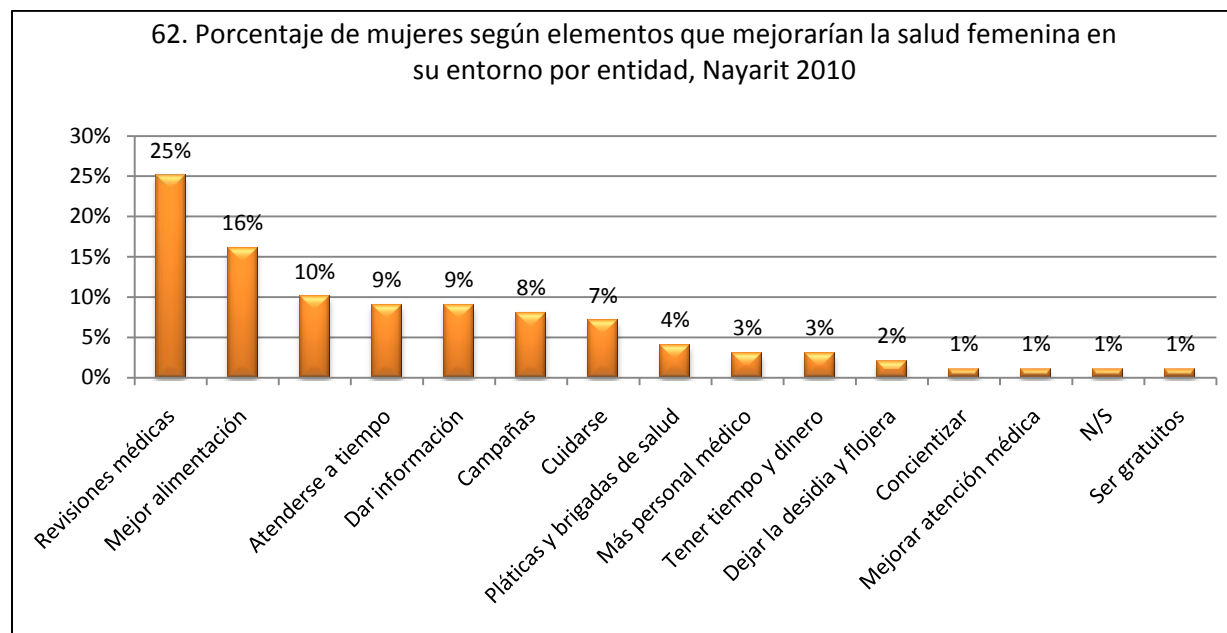
Estas percepciones, como puede observarse en la siguiente gráfica, explican las razones que las mujeres entrevistadas refieren como causas por las que interrumpen o abandonan los tratamientos médicos para la cura del CaMa. En primer lugar, con el porcentaje más alto, señalaron no tener dinero (28%), seguido por temor o sentirse enfermas, ambos con el 14%. Mientras que aspectos como la baja autoestima (5%), que son dolorosos (4%) o por problemas familiares (3%), se reconocen en menor medida. Otras razones que se refieren a la desidia, poco reconocimiento del valor curativo de los medicamentos, la ignorancia y que no las atienden bien en el hospital, representó el 2% en cada caso. Dos elementos relacionados con los estereotipos de género, son “que no tiene quien cuide de su casa e hijas/os” y que “el marido no las deja continuar”, ambos se señalaron en el 1% de los casos respectivamente.

⁴¹ Caras de esperanza, a.C. Informe 2003-2009. México, 2009.p2 (mimeo)



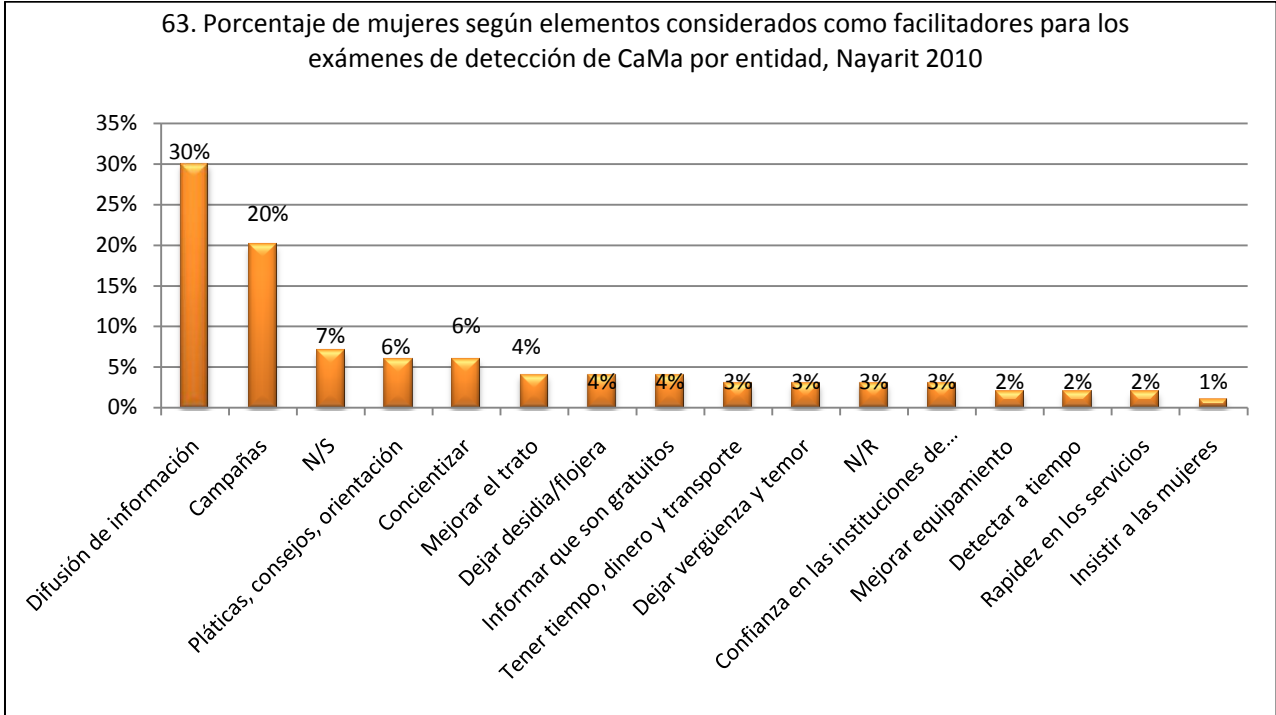
Elementos que ayudarían a mejorar la salud de las mujeres en sus localidades

Las mujeres entrevistadas identificaron algunos de los elementos que de acuerdo a su percepción, mejorarían la salud de las mujeres de sus contextos locales. Así, en primer lugar, asistir a revisiones médicas periódicas representó el 25%, seguido por mejorar la alimentación (16%) y de disponer de instalaciones de salud más cercanas (10%). Atenderse a tiempo y contar con información se señalaron con el mismo porcentaje, 9% respectivamente. En menor medida realizar campañas (8%), cuidarse (7%) y acudir a pláticas impulsadas por las brigadas de salud (4%). Con menores porcentajes, se mencionó la inclusión de más personal médico y tener tiempo y dinero, 3% en cada caso, mientras que dejar la flojera y la desidia representó el 2% y concientizar a las mujeres, mejorar la atención médica y ser gratuitos, obtuvo el 1% en cada caso. El 1% restante se abstuvo de responder. Cabe señalar que el 62% de los elementos identificados se refieren a los servicios de salud, 22% a actividades informativas y el 16% a acciones a emprenderse por las mujeres.



En cuanto a los factores que las entrevistadas perciben como facilitadores para que las mujeres se realicen los exámenes de CaMa de manera oportuna y de acuerdo a la siguiente gráfica, destacan, en primer lugar, que se difunda información sobre el padecimiento, sus características y medidas de prevención (30%), seguido de la realización de campañas (20%) y tener acceso a pláticas, consejería y orientación y concientizar a la población femenina, con el 6% en cada caso. En menor medida, dar mejor trato a las usuarias en los servicios de salud, dejar la desidia o flojera e informar que los servicios son gratuitos, se manifestó con el 4% respectivamente. Con el 3% en cada caso, se mencionó tener tiempo, dinero y transporte; superar el temor y la vergüenza y; generar una mayor confianza en las instituciones de salud. Con el 2% se registró, tener mejor equipamiento en las unidades de salud, detectar a tiempo y optimizar la rapidez en el servicio. Con el 1% se señaló insistir a las mujeres.

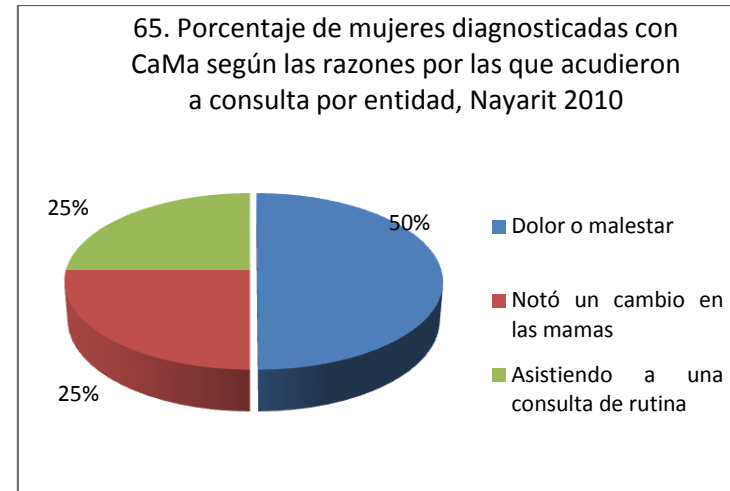
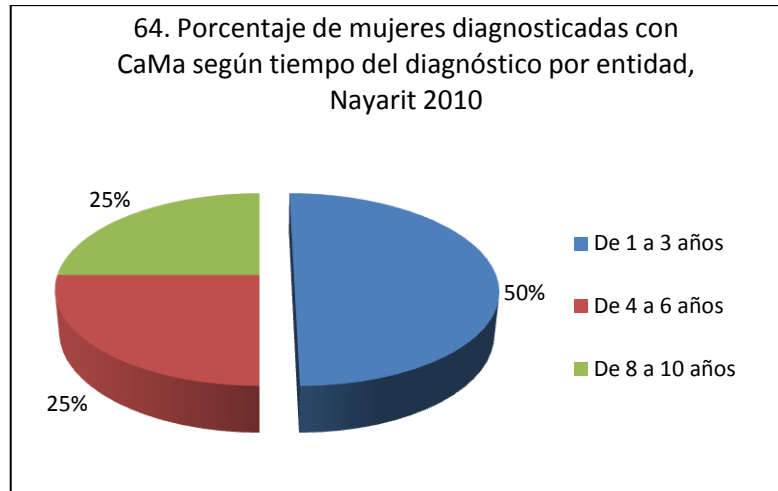
Cabe destacar que de las acciones señaladas, el 67% incluye acciones de información y sensibilización de la población, mientras que el 13% se refiere a la prestación de los servicios de salud.

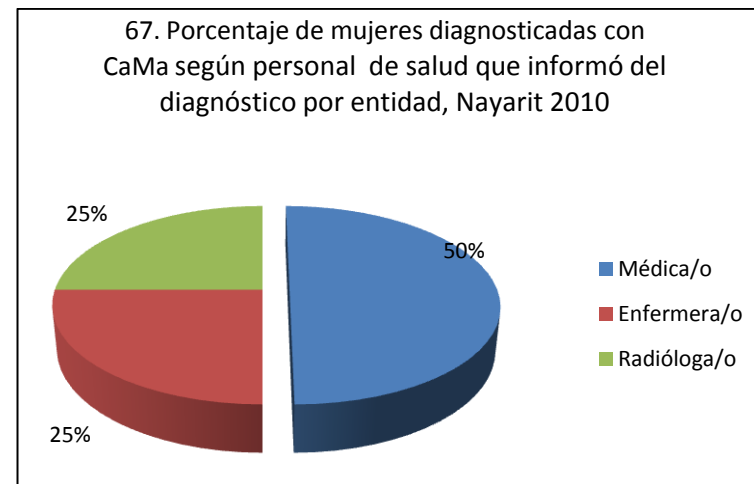
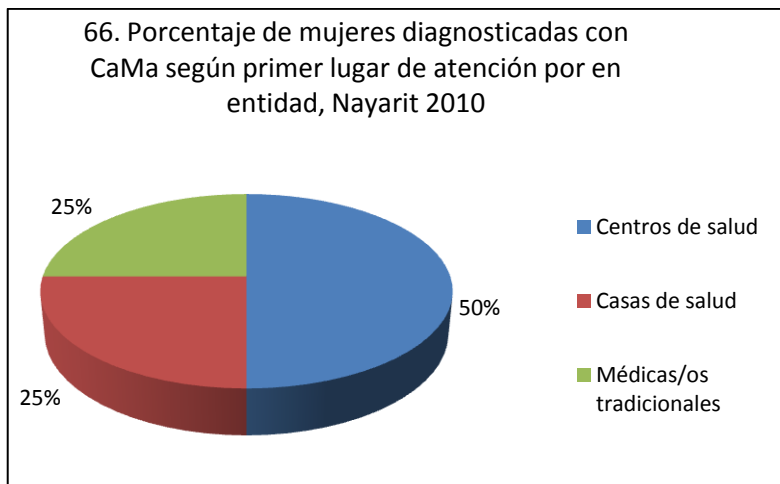


5.1.2.- Percepciones y conocimientos sobre el cáncer de mama en mujeres diagnosticadas

De las mujeres entrevistadas, el 1% declaró haber recibido el diagnóstico de CaMa. La mitad de ellas (50%) lo recibieron recientemente, dentro de los últimos tres años a partir de la fecha de la entrevista; seguido por el 25% que recibió el diagnóstico entre cuatro y seis años atrás y, el 25% restante, en un periodo de entre ocho y diez años como se observa en la siguiente gráfica.

Las razones que expresaron las mujeres para acudir a consulta antes de haber recibido el diagnóstico de CaMa, se refieren en el 50% de los casos, a sentir dolor o malestar, mientras que notar un cambio en las mamas representó el 25% y en el mismo porcentaje, de manera fortuita, al acudir a una consulta de rutina o buscando atención a otro problema de salud donde fue identificada la anomalía (25%).

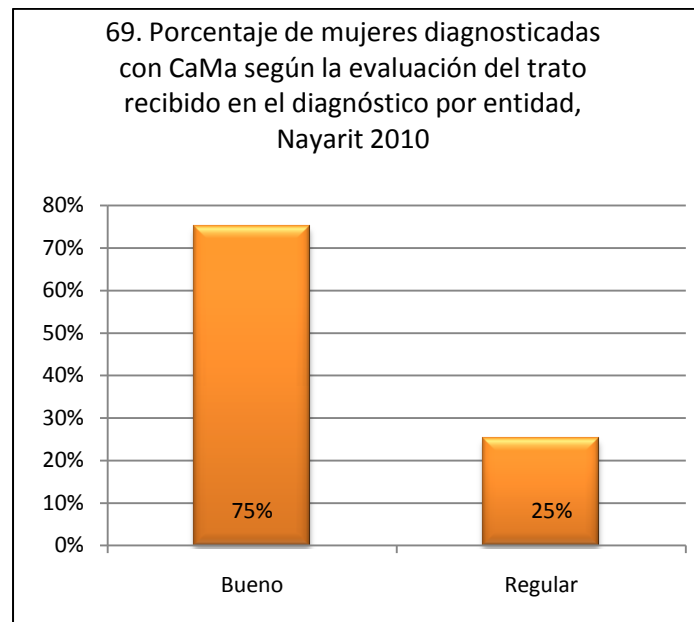
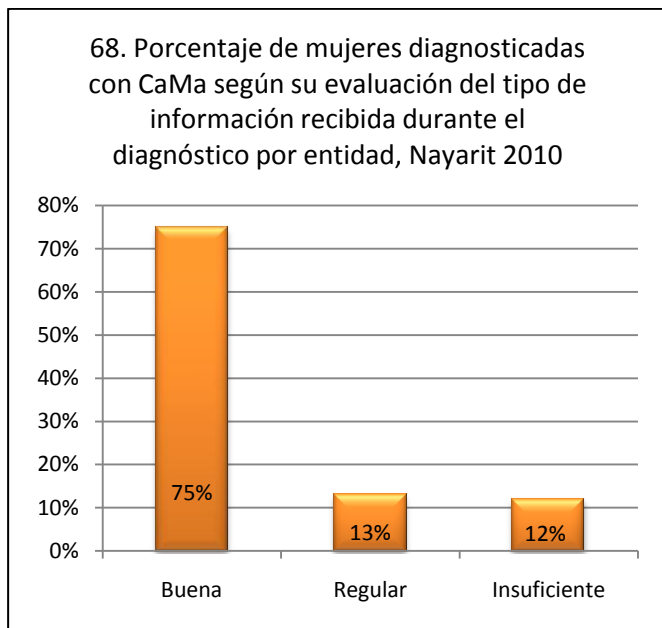




Por lo que respecta al primer lugar de atención al que asistieron las mujeres, el 50% informó que fueron a Centros de Salud, seguido de Casas de Salud ubicadas en localidades (25%) y en el mismo porcentaje, el 25% de ellas, consultaron a médicos/as tradicionales.

En cuanto al personal de salud que informó del diagnóstico, el 50% de las mujeres entrevistadas declaró que fue un/a médico/a, mientras que el 25% fue informada por una enfermera y en el mismo porcentaje (25%) por un/a radiólogo/a.

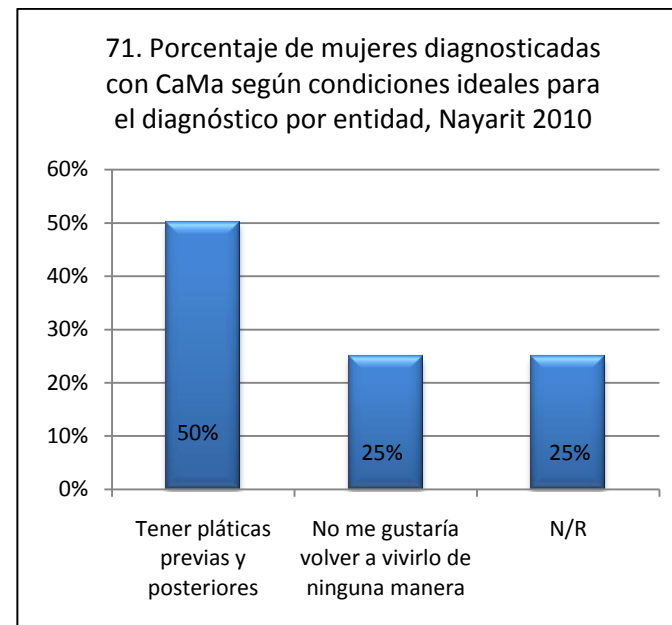
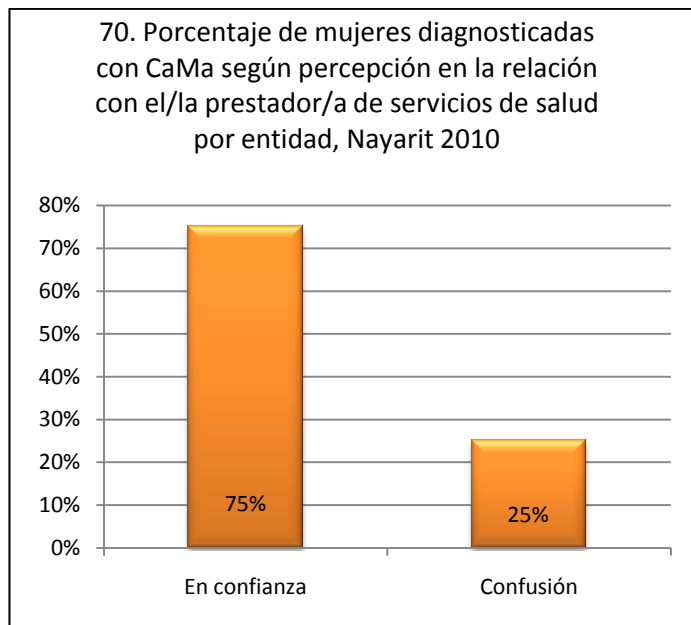
La información proporcionada al momento del diagnóstico, para el 75% de las entrevistadas fue buena, mientras que para el 13%, esta información fue regular y resultó insuficiente para el 12%, como puede apreciarse en la siguiente gráfica.



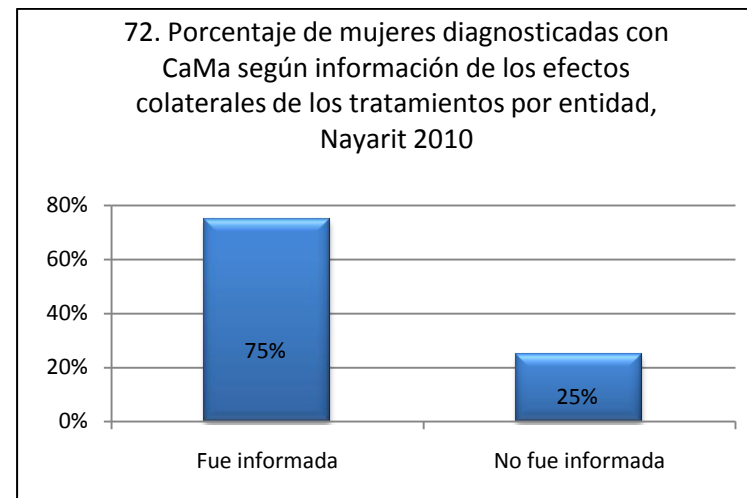
En el mismo sentido sobre la información recibida, el 50% de las mujeres declararon que la información que les brindaron no resolvió las dudas que tenían en ese momento.

Con respecto a la valoración del trato recibido durante el diagnóstico, el 75% de las mujeres declaró que éste fue bueno y el 25% señaló que fue regular; ninguna mujer expresó que hubiera sido malo. En coincidencia 75% de ellas expresó que se sintió en confianza y el 25% manifestó que fue un momento de confusión, como puede observarse en las siguientes gráficas.

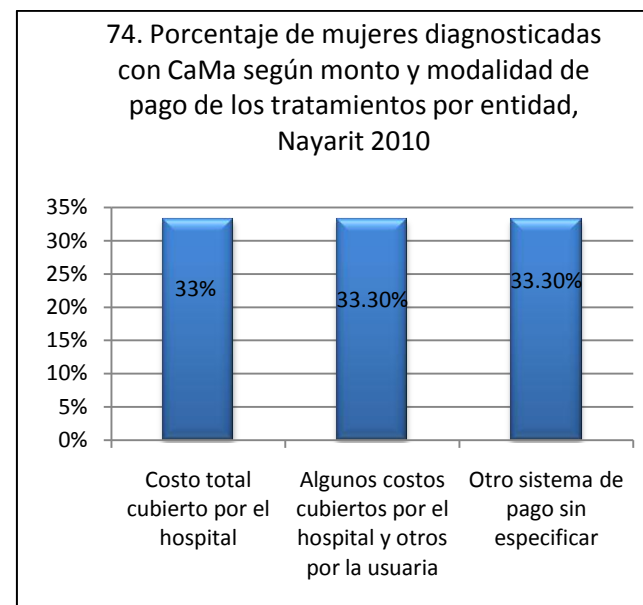
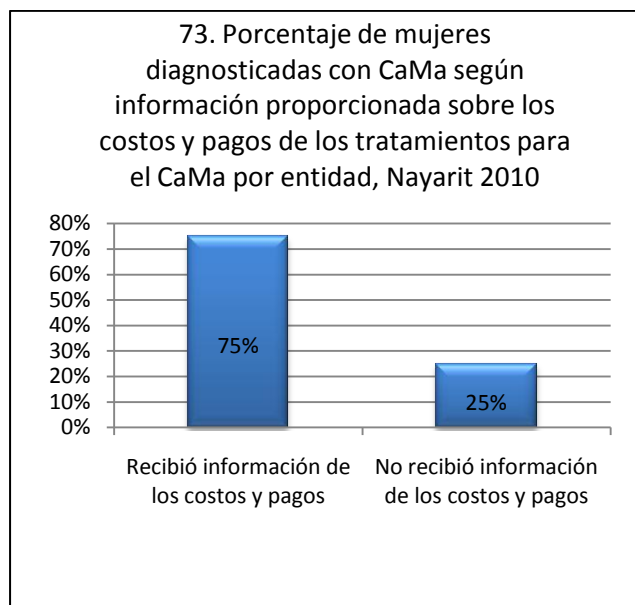
En la situación hipotética de poder regresar al momento del diagnóstico y cómo sería éste idealmente, partiendo de la experiencia actual, el 50% declaró que se necesita dar pláticas a las mujeres con CaMa de manera previa al diagnóstico pero también posteriores a él. El 25% refiere que de ninguna manera le gustaría volver a vivirlo y el 25% se abstuvo de dar una respuesta.



De las mujeres entrevistadas, al 50% se le indicó la quimioterapia como primer tratamiento, al 25% la cirugía y al 25% otro tratamiento que no se especifica. En todos los casos refieren que se les explicó el procedimiento y duración de sus tratamientos. En cuanto a los efectos colaterales que pueden ocasionar, el 75% de las mujeres fueron informadas de ellos, mientras que el 25% no recibió información al respecto. Sin embargo, refieren en el 100% de los casos que se les hicieron recomendaciones para disminuir los malestares ocasionados por los tratamientos.



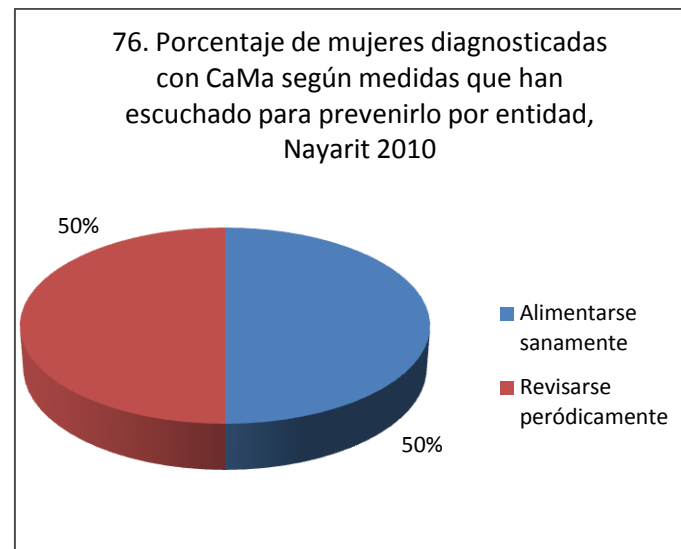
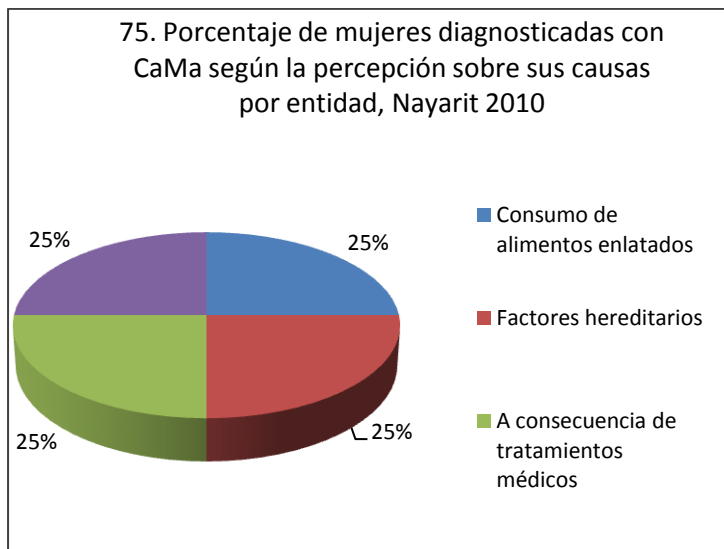
Sobre los pagos de hospitalización y medicamentos, el 75% de las mujeres fueron informadas de los montos y el 25% de ellas no recibió ninguna información al respecto. Del 75% que fueron informadas, el 33.3% señaló que el costo total sería cubierto por el hospital, mientras que 33.3% refiere que algunos costos serían cubiertos por el hospital y otros por la usuaria y el 33.3% restante refiere otro sistema de pago que no se especifica.



En cuanto a la compra de medicamentos o pago de servicios, el 25% declaró que por lo menos alguna vez, se le ha pedido que ella cubra esos pagos, mientras que el 75% declaró nunca haber vivido esa situación.

La percepción sobre el trato brindado en las unidades de salud, el 100% de las mujeres entrevistadas señaló que en ningún momento sintió maltrato o incomodidad, sin embargo, el 25% informó que se le han negado medicamentos y servicios. En contraste, el 75% declaró que no se le ha negado o condicionado el acceso a éstos.

Las percepciones de las entrevistadas sobre las razones por las que las mujeres se enferman de CaMa, se refirieron al consumo de alimentos enlatados 25%, factores hereditarios 25%, tratamientos médicos 25% y atenderse a destiempo 25% y refieren que las medidas que han escuchado para prevenirlo son alimentarse sanamente (50%) y revisarse periódicamente (50%). Asimismo, el 50% considera que las mujeres de su localidad se realizan exámenes para detectar el CaMa y el 50% estima que no es así.

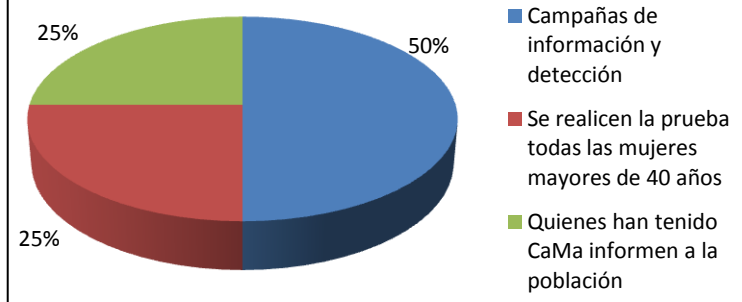


Entre las recomendaciones que las entrevistadas señalaron para prevenir el CaMa destacan acciones como la realización de campañas informativas y de detección en el 50% de los casos, que todas las mujeres mayores de 40 años se hagan la prueba (25%) y que las que han padecido esta enfermedad promuevan la información entre la población (25%). Recomiendan también a las mujeres que dejen la vergüenza (25%), que confíen en Dios (25%) y que no dejen pasar el tiempo cuando detecten algo raro (50%).

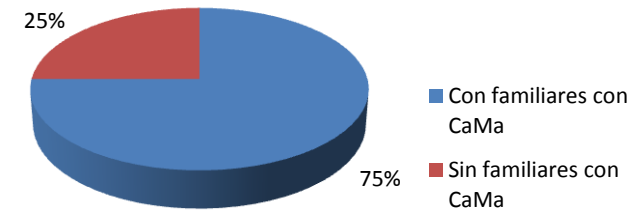
Sobre la existencia de familiares con el mismo padecimiento, el 75% de las mujeres declaró tenerla y 25% informó que no tiene ninguna.

En cuanto a las necesidades que las mujeres expresaron en las relaciones con familiares y amigos, señalaron comprensión (50%) y apoyo (50%), mientras que a las y los prestadores de servicios de salud les piden que sean más humanos (50%), comprensión (25%) y apoyo (25%).

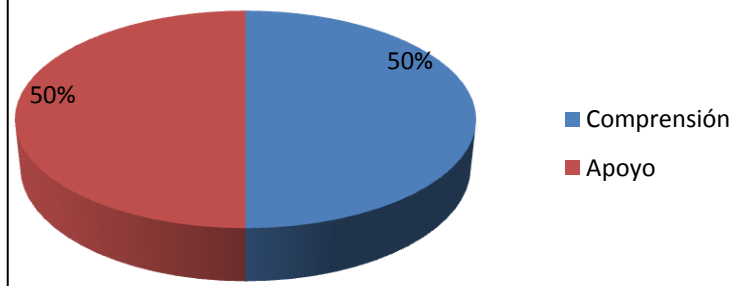
77. Porcentaje de mujeres diagnosticadas con CaMa según recomendaciones para prevenirlo por entidad, Nayarit 2010



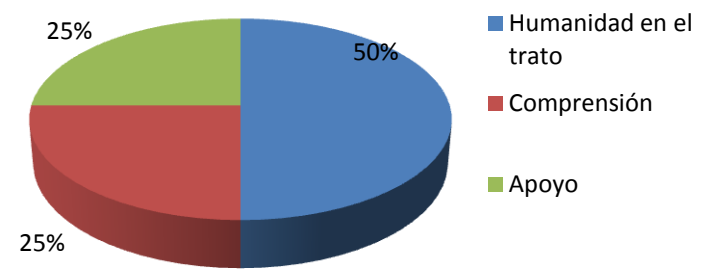
78. Porcentaje de mujeres diagnosticadas con CaMa según familiares con el padecimiento por entidad, Nayarit 2010



79. Porcentaje de mujeres diagnosticadas según necesidades en la relación con sus familiares y amigos por entidad, Nayarit 2010



80. Porcentaje de mujeres diagnosticadas según necesidades en la relación con el personal de salud por entidad, Nayarit 2010



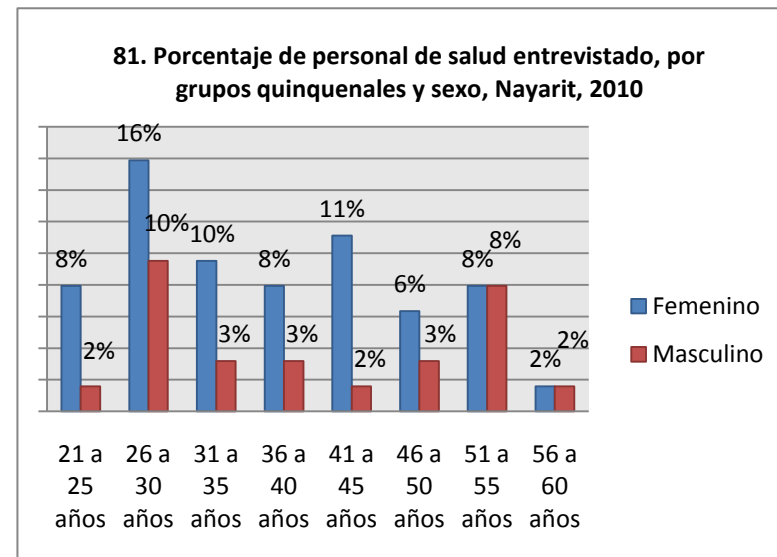
5.2.- Prestadores/as de servicios de salud del componente institucional

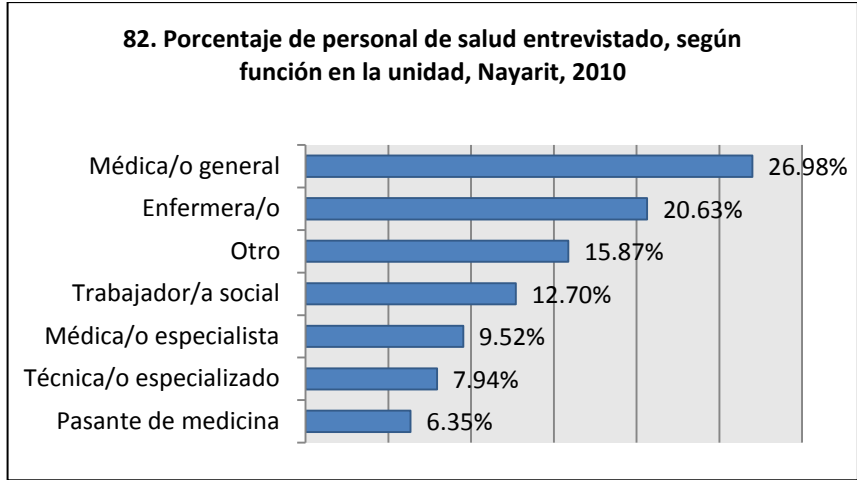
Para los fines de este estudio, se entiende por prestadoras/es de servicios de salud del componente institucional a todas las personas que forman parte de la estructura de las dependencias de los servicios de salud y que han sido contratadas para realizar una función específica a diferencia del personal de salud del componente comunitario que laboran de manera informal, en sus localidades o municipios, especialmente en acciones de educación para la salud y como referentes de los servicios básicos de atención.

Para recabar la información de esta población se realizaron 64 entrevistas mediante el cuestionario estructurado (región centro 17, costa 16 y sierra 31) y 15 entrevistas a profundidad (2 región centro, 6 costa y 7 sierra). Se integra en este capítulo los resultados de ambas metodologías de recolección de información, cuantitativa y cualitativa.

5.2.1 Perfil del personal de salud entrevistado según formación, edad y sexo

El sexo del personal de salud entrevistado se distribuye de la siguiente manera: el 32% fueron mujeres y el 68% hombres. Los rangos de edad del personal entrevistado osciló entre los 22 y los 57 años, siendo los rangos quinquenales de 26 a 30, 40 a 45 y de 50 a 55 los más representados en la muestra de personal encuestado.

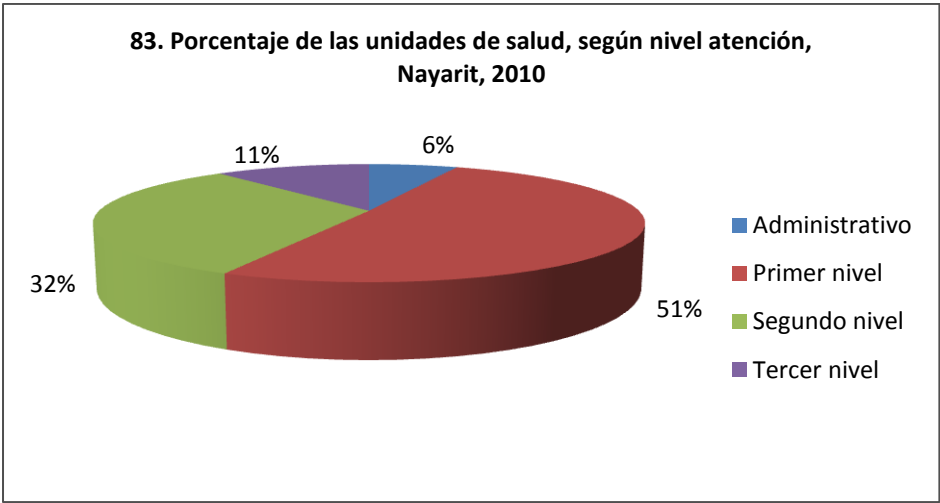




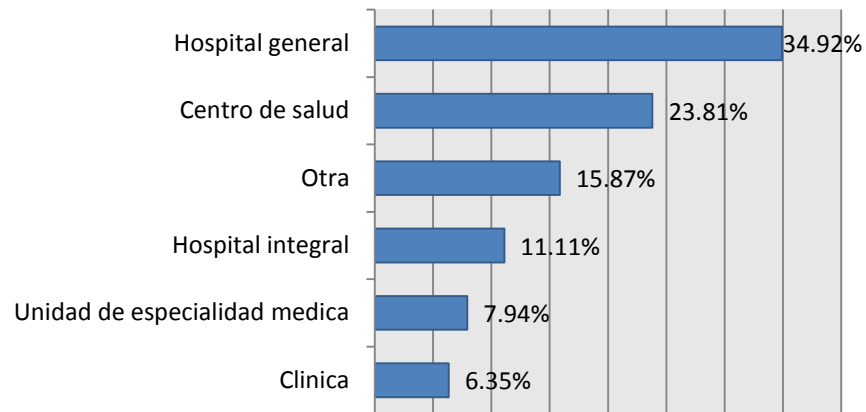
En cuanto al perfil profesional del personal entrevistado y en relación con los principales grupos quinquenales, en el primer grupo de 26 a 30 se entrevistó fundamentalmente a personal con formación de trabajo social, enfermería y a pasantes de medicina; en el segundo igualmente a profesionales de trabajo social, enfermería y a médicos especialistas; y el tercer grupo quinquenal con mayor representación de 50 a 55, se entrevistó mayormente a médicos generales y médicos especialistas en algún puesto directivo.

5.2.2.- Tipo de unidad de salud

Las entrevistas a las y los prestadores de servicios de salud en las tres regiones seleccionadas en el estado, se realizaron considerando los tres niveles de atención y también los servicios administrativos. Así en el primer nivel se entrevistó al 51% de las y los participantes, seguido del segundo nivel de atención con un 32% del personal entrevistado, siendo estos dos niveles donde generalmente se realizan las acciones de prevención y detección del CaMa. En el tercer nivel, donde se brinda la atención especializada, se realizaron un 11% de las entrevistas y el 6% de las entrevistas restante tuvieron lugar en los servicios administrativos.



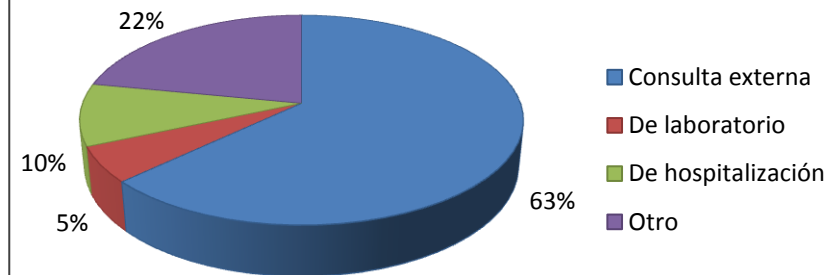
84. Porcentaje de unidades de salud donde se entrevistó al personal de salud, Nayarit, 2010



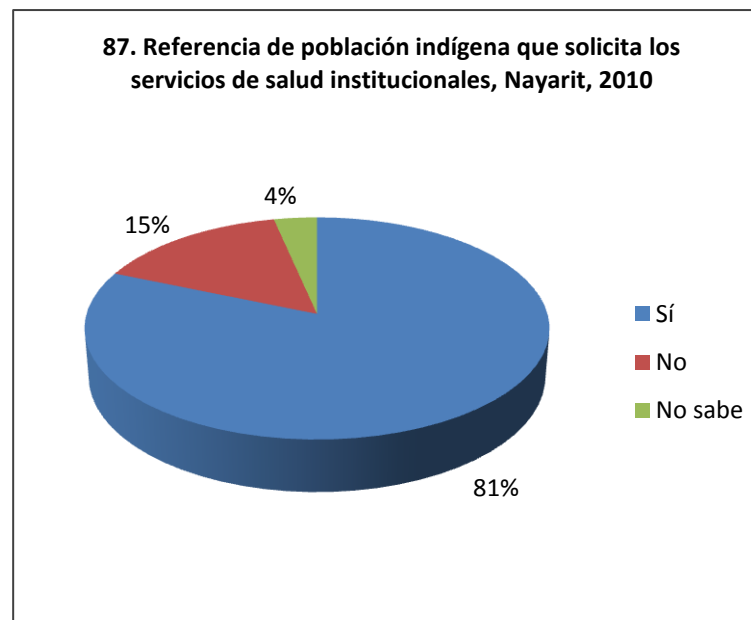
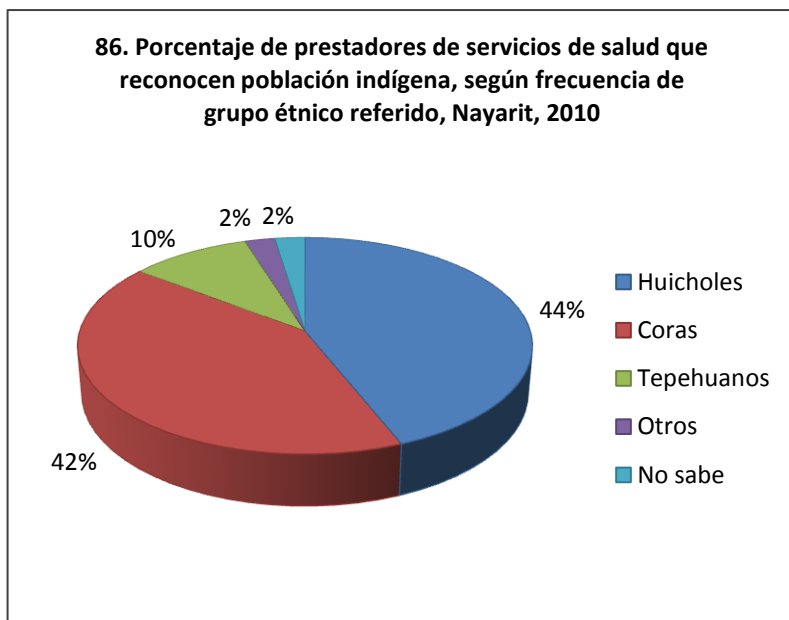
En cuanto a los tipos de unidades médicas donde se llevaron a cabo las entrevistas, se distribuyen según su porcentaje de la siguiente manera: 35% en Hospitales Generales, 24% en Centros de Salud, 11%, en Hospitales Integrales, 8% en Unidades de Especialidad Médica y en clínicas el 6%.

Según reportó el personal de salud entrevistado, la población que asiste a solicitar los servicios de salud lo hace en el 63% de los casos en consulta externa, seguido de otros servicios como medicina familiar, pediatría, ginecología y otras especialidades, que se solicitan en un 22% de las ocasiones, según lo referido por el personal. Y en menor medida refirieron la solicitud de servicios de hospitalización (10%) y de laboratorio (5%).

85. Porcentaje de los servicios de salud, según tipo de demanda, Nayarit, 2010



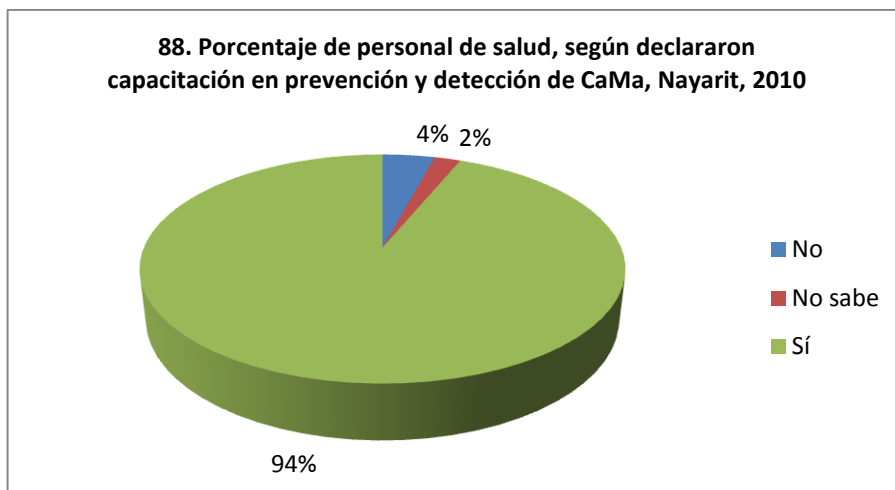
Cabe señalar que las y los prestadores de servicios de salud reconocen la residencia de personas pertenecientes a distintos grupos originarios en los municipios entrevistados, distinguiendo como mayoritarios a Huicholes (44%) y Coras (41%) y Tepehuanos (10%). El 81% de las y los entrevistados afirmaron también que las personas de los distintos grupos indígenas asisten en el 80% de los casos, a solicitar los servicios en los Centros de Salud por la cercanía a sus localidades como se puede apreciar en las siguientes gráficas y, solamente asisten a otros servicios de segundo y tercer nivel de atención cuando el caso lo amerita.



Al respecto, cabe aclarar que del personal de salud institucional, sólo el 5% declaró hablar alguna lengua indígena (Huichol), y en el 40.5% de las ocasiones reportaron que se cuenta con personal bilingüe para brindar la atención en otra lengua indígena si así se requiera, especialmente en los Centros de Salud.

Una condición indispensable para garantizar servicios de salud interculturales es proporcionando atención e información en lengua indígena a quienes lo requieran, de tal manera que los prestadores de servicios estén en posibilidades de conocer y entender las necesidades y expectativas de las usuarias sobre su salud, y de esta manera establecer una relación médico-paciente de calidad, venciendo así uno de los factores que obstaculizan actualmente, el acceso pleno de la población indígena a los servicios de salud.

5.2.3.- Capacitación para la prestación de servicios sobre CaMa



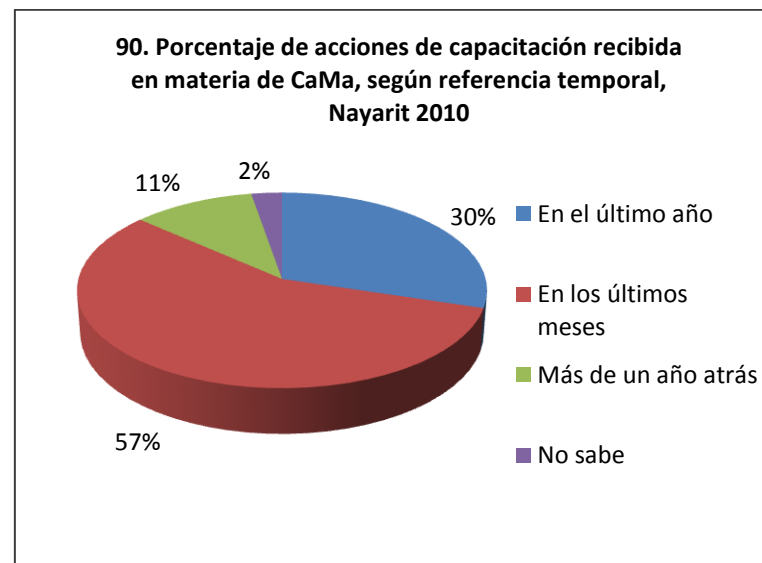
La capacitación en materia de Cáncer de Mama y de acuerdo a la NOM-041-SSA2-2002, establece que “las instituciones del Sector Público deben desarrollar planes de capacitación y actualización para médicos, patólogos radiólogos, técnicos radiólogos y todo aquel personal de salud que se encuentre involucrado en el programa de prevención y control de cáncer mamario”⁴².

Según la información aportada por el personal entrevistado, el 94% declaró haber recibido algún tipo de capacitación en CaMa, ya sea en sus aspectos preventivos, biológicos, médicos y sociales, mientras que el porcentaje que no ha recibido ninguna capacitación al

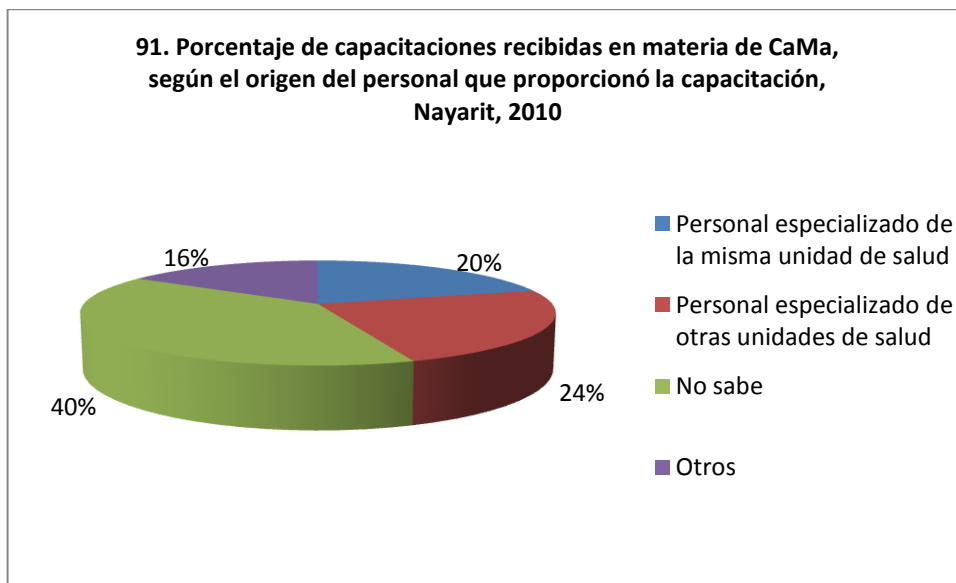
⁴² NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Capítulo 14. Educación continua al personal de salud, apartado 14.2

respecto representa sólo el 4%. Sin embargo, cabe destacar que esta capacitación no se ha realizado a todo el personal de las unidades de salud, sino solamente a quienes en sus actividades cotidianas se relacionan directamente con el área de oncología. Asimismo, del personal que ha sido capacitado, el 57% ha recibido dicha capacitación en los últimos meses, el 30% la recibió en el último año y el 11% más de un año atrás. Estos datos ofrecen un panorama que se presenta como área de oportunidad para fortalecer al personal que nunca ha sido capacitado y actualizar a quienes ya participaron en alguna actividad de capacitación, además de impulsar acciones internas entre el mismo personal para el intercambio de información o de evaluación, como lo muestra el siguiente comentario:

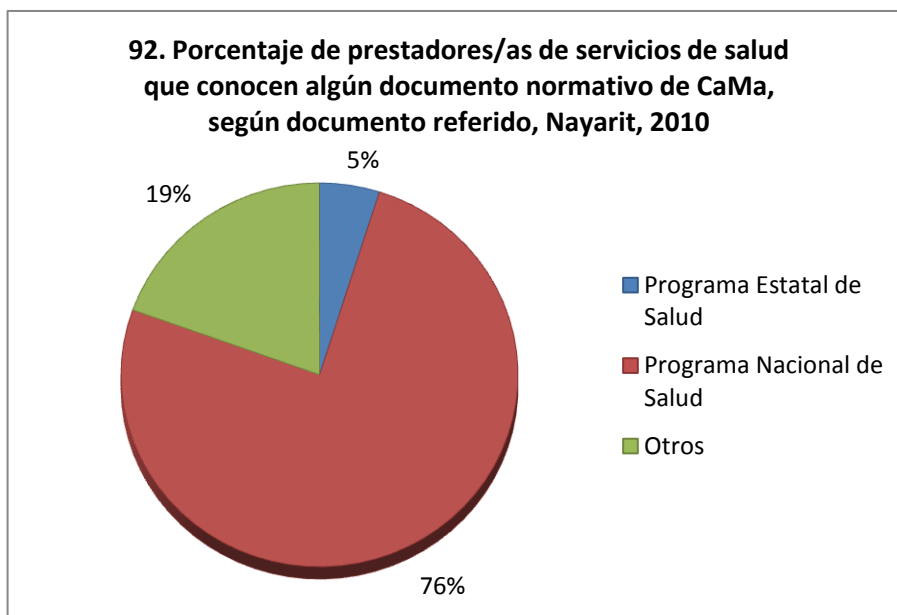
“...hay como un intercambio interno donde no sólo nos limitamos a la información que nos han suministrado en las capacitaciones; también nos vamos nutriendo de nuestra experiencia y la compartimos con los compañeros en la unidad y ahí es donde decimos que es muy importante el trato, la forma en que se realiza la exploración... o... la forma en que se les dice que hay sospechas o al momento de remitirlas a hacerse el examen” Entrevista a profundidad con Enfermera/Encargada de la Unidad, Centro de Salud Rural Concentrado Valle de Banderas/S.S.N. 5 de octubre 2010.



Entre las acciones de fortalecimiento de capacidades, habría que considerar programas que consideren los aspectos socio-culturales de la población objetivo, de tal manera que a partir de la sensibilización en estas áreas se favorezcan estrategias y acciones que promuevan la prevención y el diagnóstico oportuno del CaMa.



Con respecto al personal que impartió la capacitación, el mayor porcentaje refiere desconocer la procedencia del personal que imparte las capacitaciones (40%), mientras que el 24% refiere a personal especializado de otras unidades de salud, 20% declaró haber recibido capacitación por parte de personal especializado de su misma unidad de salud y un 16% de las capacitaciones referidas fueron impartidas por personal de otros sectores o instituciones. Con respecto a la temática, la capacitación recibida se centra mayoritariamente en protocolos de atención y tratamientos, mientras que solamente en un caso, se refirió a acciones de promoción.



Cabe destacar que el 67% de la población entrevistada refiere conocer los documentos que establecen los criterios para la prevención, detección, atención y seguimiento del cáncer de mama y el 22% declaró no conocerlos.

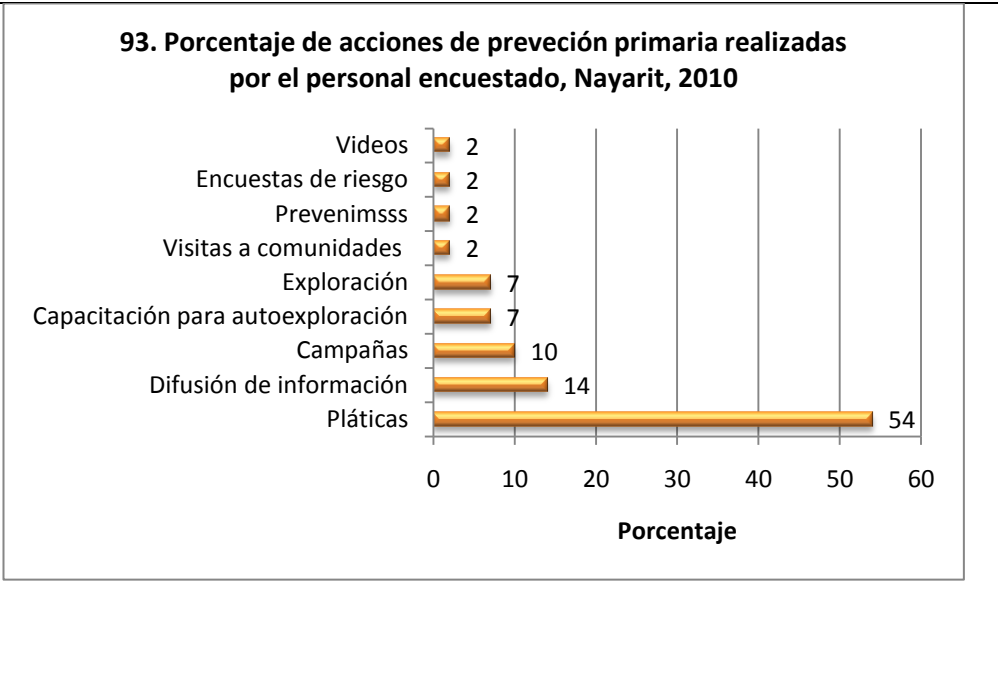
De quienes señalaron conocerlos el 76% refiere al Programa Nacional de Salud, el 19% a otros documentos entre los que se encuentra la NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama y sólo un 3% declaró conocer al Programa Estatal de Salud.

5.2.4.- Prevención

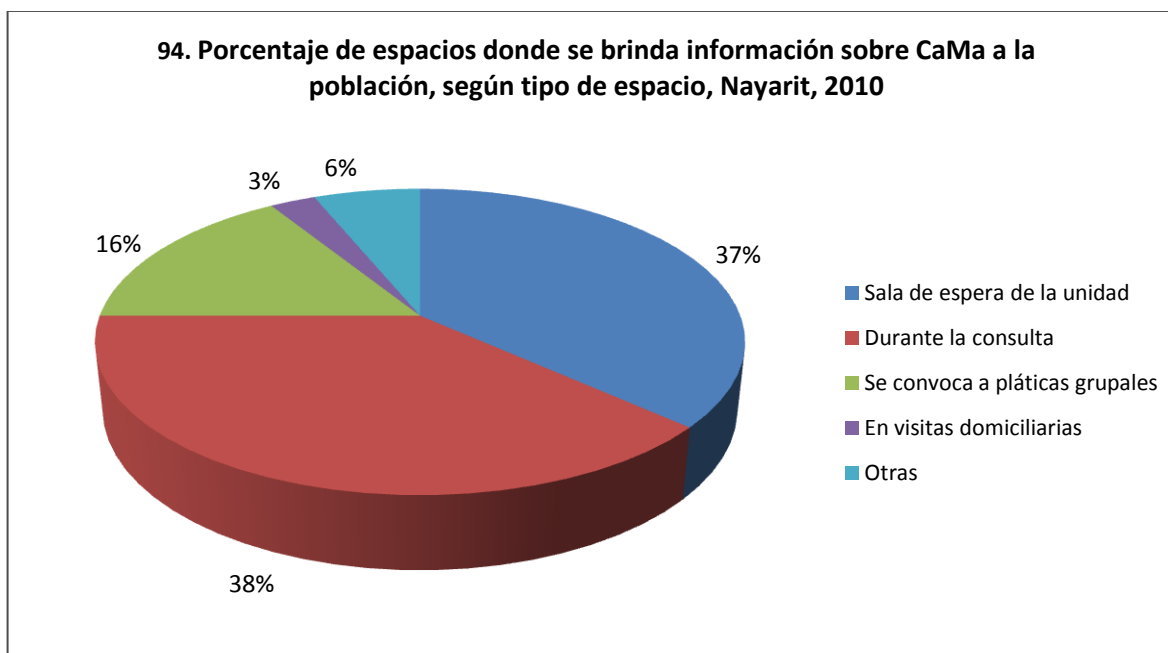
Las actividades de prevención de acuerdo con la NOM-041-SSA2-2002, “incluyen la comunicación educativa a la población para valorar los factores de riesgo y promover estilos de vida sanos que contribuyan a la disminución de la morbilidad por el cáncer de la mama, así como las actividades de detección temprana para la identificación, diagnóstico, tratamiento y control oportuno del cáncer de mama”⁴³. Así la NOM hace la distinción en tres modalidades para la prevención, la primera relacionada con todas actividades o acciones de promoción, educación y fomento de la salud; la secundaria que se refiere a las actividades o acciones que están encaminadas a lograr el diagnóstico y tratamiento temprano, y la terciaria, a las actividades que se dirigen a la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de la paciente, o a evitar complicaciones.

⁴³ Ibid. Disposiciones Generales, Apartado 5.1.

En cuanto a la prevención primaria, entre las actividades que se realizan en las unidades de salud donde se entrevisto al personal del componente institucional, destacan las acciones informativas a través de pláticas (54%), difusión de información por otros medios como carteles y trípticos (14%), campañas (9%), videos (2%) y ferias de la salud (2%). Otras acciones refieren la visita a comunidades (2%) para dar pláticas y realizar la encuesta de riesgos (2%).



Sobre la prevención secundaria, que refiere a la capacitación para que las mujeres lleven a cabo la autoexploración de mamas, se realizan acciones solamente en el 7% de los casos, siendo éste un procedimiento fundamental que debe impulsarse desde edades tempranas y favorecer con ello, el conocimiento del cuerpo y la detección de anomalías por parte de las mujeres de manera oportuna.



5.2.4.1.- Acciones informativas y de sensibilización

Con respecto a las acciones informativas y de sensibilización sobre CaMa, la norma citada establece algunas condiciones y temas para estas acciones, como por ejemplo, que deben realizarse mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina. En cuanto a los contenidos temáticos, estos deben hacer hincapié sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud. Un inconveniente con este tipo de acciones informativas y de sensibilización es que se desarrollan a la par de otros programas de promoción de la salud y otros temas de violencia, sin que se desarrolle una estrategia de acción y metodologías específicas para abordar la problemática de salud en particular entre la población femenina y dentro de este conjunto, aquellas con factores de riesgo. La desventaja de este tipo de acciones más globales es que se diluyen en una serie de temas y acciones diversas, sin que se le dé el peso necesario a la información sobre prevención, diagnóstico y tratamiento del CaMa. Al menos así lo expresa parte de personal de salud entrevistado:

“Yo pienso que sí existe información pero no se difunde lo suficiente, por decir [...] o no se difunde como debe de ser; es decir, el personal de salud si hace la labor que se le pide pero a veces es una actividad en automático. O sea que a veces sí se dice toda la información pero sin ponerle un interés particular, apurándose por terminar porque tiene también otras actividades que hacer y entonces no se le da el tiempo necesario o no se alarga en caso de que haya más preguntas o se vea interés en las personas que están recibiendo la información [...] Desde luego, hay también información para el público en general que se les entrega en los Centros de Salud, ya sean trípticos, folletos, pero yo siento que no son suficientes; además de que sólo se les entregan cuando van, no es una información que se distribuya por municipios, a los domicilios, casa por casa en coordinación con otras dependencias. Y bueno, también hay spots grabados que se pasan constantemente”. Entrevista a profundidad con Trabajadora Social/ Encargada del seguimiento de pacientes del programa de cáncer de mama y cervico-uterino de la Jurisdicción Sanitaria No. II de los Servicios de Salud de Nayarit en coordinación con el programa De Mujer a Mujer del gobierno del estado. 6 de octubre 2010.

No obstante, la integración del tema de prevención y diagnóstico de CaMa dentro de otras estrategias y programas de difusión de la salud más amplias, no siempre es vista como un inconveniente, entre otras cosas, porque esas son parte de las condiciones que hay para desarrollar un trabajo de esas dimensiones, dada la infraestructura institucional y humana con la que se cuenta para llevar a cabo estas tareas de información y sensibilización dentro del contexto comunitario, y que resulta insuficiente para cubrir de manera independiente cada tema de salud:

“...Como coordinadora de Promoción de la Salud, mi responsabilidad es educar a la población para que reconozcan la salud como una parte primordial de su vida [...] Estamos trabajando en unos eventos, trabajando en mesas informativas en varios lugares. En nuestra área jurisdiccional, se dedican a ir a las escuelas, barrios, mercados, etc., ahí se dan pláticas a través de estrategias diversas [...] No sólo se trata de que una mujer pueda o no tener cáncer sino también manejamos temas como la violencia familiar. Les damos mucha confianza para promover la educación para la salud y si necesitan ayuda legal o psicológica, en ese momento nosotros servimos como gestores y los canalizamos con el DIF o con el área legal del municipio...Después, como Coordinación estamos en contacto con esas instituciones para saber si atendieron a la persona, cómo término su caso y en las reuniones que tenemos con las autoridades municipales reconocemos sus esfuerzos y metas. Nuestro personal a nivel local se encarga de captar y de hacer la detección de cualquier tipo de enfermedad, se encargan de asegurarse que las pacientes empiecen con los tratamientos y los promotores nos avisan que tenemos que gestionar y ya nosotros buscamos la manera de mandarlas al estado a través de las autoridades municipales y allá se atienden...”

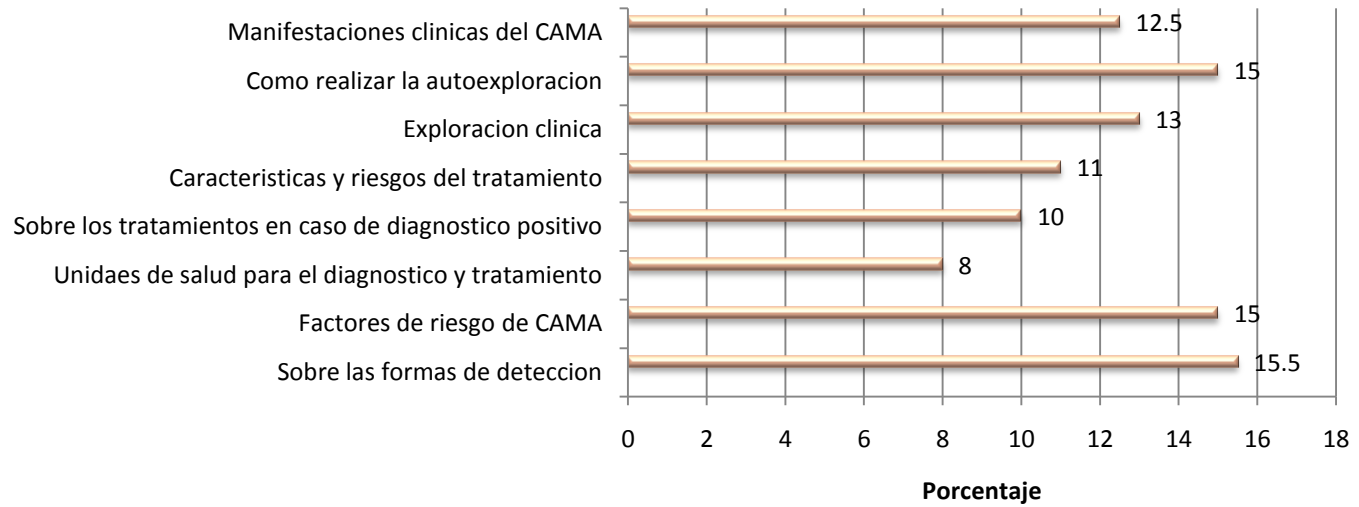
Entrevista a profundidad la Coordinadora Jurisdiccional de Promoción de la Salud. Jurisdicción Sanitaria No.3, Tuxpan 6 de octubre de 2010.

Sin embargo, dado que el CaMa es un problema de salud prioritario, hay quienes van más allá de sus horarios para intentan cubrir las necesidades de prevención que impone el contexto comunitario, dada la magnitud de la demanda. En este sentido, una de las personas entrevistadas declara:

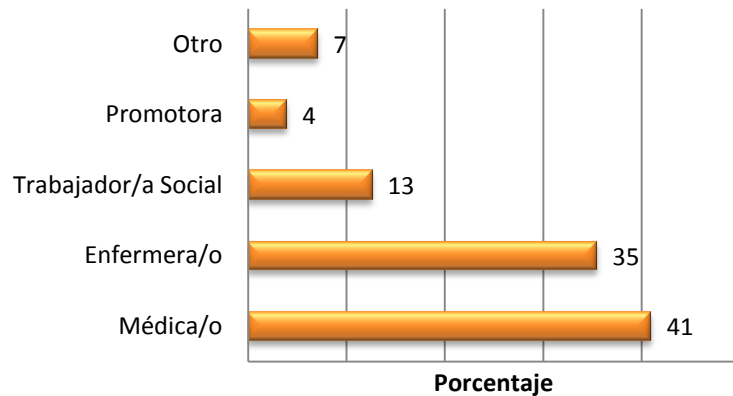
“...Realizo campañas de detección, una vez al mes y ahí aprovechamos para hacer la de cáncer de mama y la de cáncer cérvico uterino a la par, también tengo el programa de primer nivel que es trabajo de clínica y de campo, más enfocada a campo. A veces tenemos exceso de pacientes citados, pero salgo porque me corresponde, lo hago en las tardes y dedico un tiempo extra para ese trabajo. Con las mujeres que no saben leer ni escribir, nosotras damos talleres cada mes, y en esos talleres se les informa de manera verbal principalmente lo que es el cáncer de mama, cuáles son los síntomas, cuáles son los factores y cómo es la forma de explorarse... es de manera verbal”. Entrevista a profundidad con Enfermera/Centro de Salud Rosamorada, Centro de Salud, 6 de octubre de 2010

Los temas de los que se le informa a la población femenina son principalmente sobre los factores de riesgo y los procedimientos para la detección (ambos con el 16%), seguido de la autoexploración (15%) y las manifestaciones clínicas del CaMa. De la exploración clínica, las características y riesgos de los tratamientos, representó el 11% y ésta se da prioritariamente a las mujeres que han recibido un diagnóstico confirmatorio. Cabe destacar que de las unidades de salud en donde pueden acudir las mujeres para la revisión clínica o los exámenes solamente representa el 8% como puede observarse en el siguiente gráfico.

95. Tipo de información ofrecida por las unidades de salud visitadas, según porcentaje, Nayarit, 2010



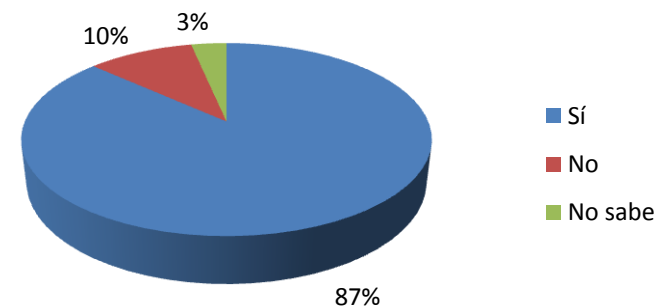
96. Porcentaje de personal de salud entrevistado, que ha sido capacitado para dar información sobre CAMA, Nayarit, 2010



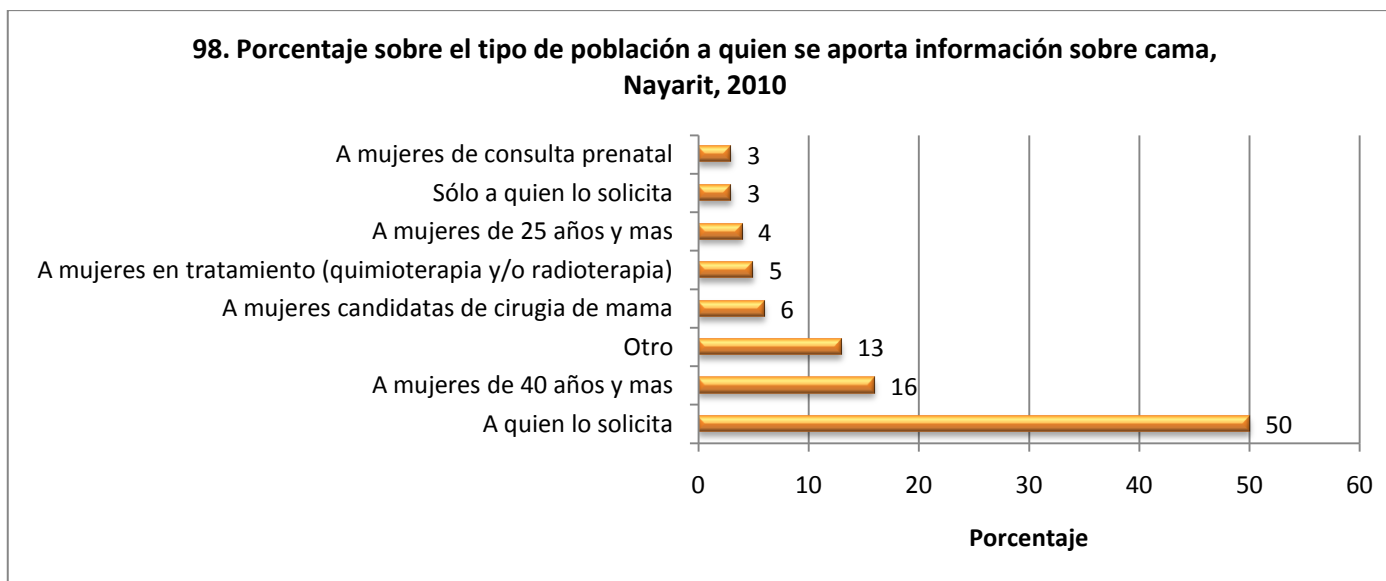
En cuanto al personal que proporciona la información a las mujeres, las/os médicas/os representa el 41%, en correspondencia con lo declarado por las mujeres quienes en 213 casos refieren haber recibido la información de manera directa de éstos/as; en segunda instancia refirió en un 35% de las ocasiones que son las enfermeras quienes brindan la información y en menor medida otros medios (7%) como la radio, televisión o materiales de difusión, y finalmente en el 4% de la ocasiones, se refirió como a las/os promotoras/es comunitarios como personajes clave en la difusión de información. Sobre la capacitación al personal de salud que difunde información sobre CaMa, los profesionales de los servicios de salud entrevistados declararon en un 87% de los casos, que el personal que difundía la información sobre el tema estaba capacitado, mientras que un 10% declaró que no era así.

Dado que el padecimiento del CaMa tiene una serie de implicaciones sociales, culturales y de género, como ya se ha mencionado antes en este documento, es preciso que quienes difunden información sobre el tema como medida de prevención, reciban una capacitación integral, no sólo sobre el problema de salud específico, sino sobre las circunstancias socioculturales y de género que están implicadas en el padecimiento de esta enfermedad. Es un buen punto de partida que una gran mayoría del personal de salud que trabaja en particular con este padecimiento haya sido capacitado, sin embargo, una estrategia efectiva para la prevención y diagnóstico de este padecimiento de manera oportuna, requiere de una capacitación integral que incluye tanto la parte médica como la parte sociocultural y de género.

97. Porcentaje de prestadores/as de servicios de salud según declaraciones sobre la capacitación de quienes difunden información de CaMa, Nayarit, 2010



Por otra parte, identificar a los grupos en riesgo y sus características para dirigir las acciones potenciaría un mayor impacto como efecto de la información proporcionada. Así, podemos observar en la siguiente gráfica, que las y los prestadores de servicios del componente institucional, ofrecen la información a toda persona que la solicita en el 50% de los casos, además de a población con factores de riesgo como mujeres mayores de 40 años (16%). En tercer lugar se identifican otros grupos de población menos específicos (13%), que de acuerdo a lo expresado por las y los entrevistadas/os se trata de las pláticas que se dan en las salas de espera de consulta externa, en campañas o en la misma consulta aún cuando no haya sido el motivo por el que la mujer usuaria de los servicios se presenta. En menor medida, de acuerdo a lo declarado, se brinda información a las mujeres que han sido diagnosticadas y se encuentran en tratamiento 5% (quimioterapia, radioterapia), que son candidatas a cirugía (6%) o bien durante la consulta prenatal (3%).

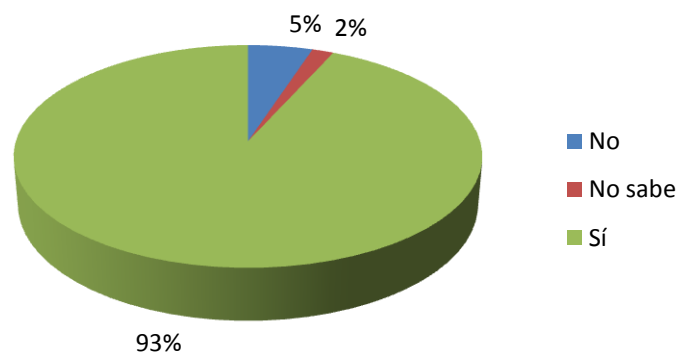


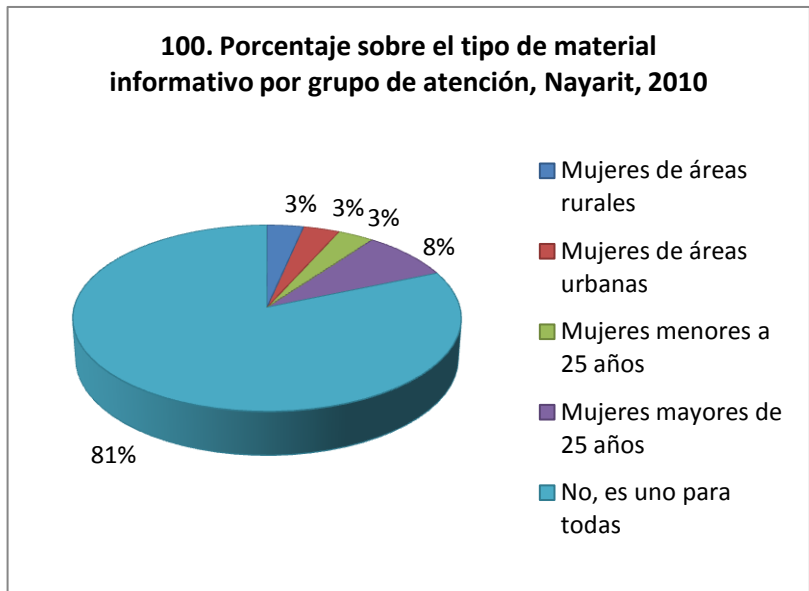
En cuanto a la prevención secundaria, como se señala antes, es importante considerar que ésta implica ya un procedimiento por parte de la población, la autoexploración, además que para su realización de manera eficiente debe darse la cercanía con el personal calificado que promueva el desarrollo de las habilidades para la identificación de anomalías. Este proceso supone una relación de las

mujeres con las y los prestadores de servicios de salud y ofrece la posibilidad de que las mujeres accedan a los exámenes clínicos y, en su caso, la mastografía. Para la prevención secundaria la NOM-041-SSA2-2002 prevé acciones informativas y de sensibilización como una de las funciones de los prestadores/as de servicios de salud. Estas acciones consisten en enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres que acudan a la unidad de salud, además de organizar actividades extramuros para su difusión.

En la prevención terciaria señala acciones relevantes para el apoyo de las pacientes oncológicas, tales como orientar sobre la existencia de grupos de apoyo. Estos aspectos, relacionados también con lo que se establece como acciones de promoción para la salud, tienen como objetivo fomentar la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad, para que actúen como informadores y promotores en su núcleo de influencia. De manera tradicional el sector salud ha impulsado este tipo de acciones a nivel nacional, estatal y local, sin embargo, por las particularidades de este padecimiento y el aumento en su ocurrencia, esta estrategia requiere ser revitalizada. En este sentido, contar con materiales culturalmente adecuados a los distintos tipos de población es un requisito indispensable para una estrategia informativa estatal. Al respecto, el personal de salud señaló contar con material adecuado en la mayoría de los casos como vemos a continuación, sin embargo, personal institucional del componente comunitario, declaró que es insuficiente o inadecuado.

99. Porcentaje de prestadores/as de servicios de salud según declararon contar con material para informar sobre CaMa, Nayarit, 2010





El personal de salud entrevistado mediante el cuestionario estructurado, señaló en el 93% de los casos que cuenta con material educativo para tratar este tema con la población, sin embargo, en la encuesta el 5% declaró no contar con él, información que se reitera en las entrevistas a profundidad donde se refieren a la escasez y a las características, que no en todos los casos son culturalmente adecuadas a la población a la que se dirigen las acciones como se observa en la siguiente gráfica, donde el 81% informó de la existencia de un mismo material para toda la población y en porcentajes muy pequeños se consideran algunas particularidades de la población meta como puede apreciarse en la siguiente gráfica.

Cabe destacar que en algunas ocasiones, se buscan mecanismos individuales y locales para atender esta carencia puede constatarse en los siguientes comentarios:

“Yo creo que sí, aunque realmente no es mucho el material que tenemos, digo [...] de folletos y ese tipo de materiales informativos para darle a la población. No, no hay mucho [...] En cuanto a las campañas sí, el Programa de Mujer a Mujer participa directamente en las campañas de detección de cáncer-cervico uterino y ahora también de cáncer de mama. Y no sólo es durante las campañas, la del mes del cáncer de mama o el cervico-uterino, digo, pero yo creo que si falta más información, hacer más pláticas con las mujeres, acercarse más a ellas y decírselo de una manera sencilla, que entiendan la importancia que tiene la detección oportuna...”

Entrevista a profundidad con Promotora del Programa De Mujer a Mujer del estado de Nayarit. Coordinación-Enlace de Salud Bahía de Banderas/S.S.N. 6 de octubre 2010.

“...Los materiales que utilizamos nosotras los realizamos, son periódicos murales y los pegamos en la entrada de las unidades de salud. También repartimos materiales que nos mandan de Tepic”. Entrevista a profundidad con Trabajadora social/encargada del Programa de Prevención del CAMA. Coordinación Municipal de Servicios de Salud/S.S.N. Acaponeta. 5 de octubre de 2010.

5.2.4.2.- Consejería

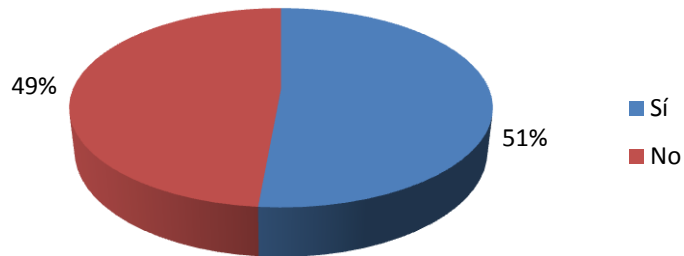
El proceso de la consejería, de acuerdo a lo que señala la NOM-041-SSA2-2002⁴⁴ está encaminada a la prevención, detección y diagnóstico del cáncer de mama y se inicia con actividades de promoción, educación y fomento a la salud. Este proceso supone brindar información, orientación y asesoría a la usuaria y sus familiares atendiendo a la exploración y expresión de los sentimientos, con objeto de disminuir los negativos y facilitar la toma de decisiones.

De acuerdo a la NOM-041-SSA2-2002, en la consejería debe constatarse que la usuaria ha recibido y comprendido la información proporcionada, también, su carácter confidencial y establece que requiere ser realizada por personal calificado ex profeso. Asimismo, debe realizarse en las unidades de consulta externa y hospitalización, en centros de atención comunitaria o en el domicilio de la usuaria cuando: es mayor de 25 años, presente factores de riesgo, en consulta prenatal, cuando es candidata a cirugía mamaria o se encuentre en tratamiento con quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.

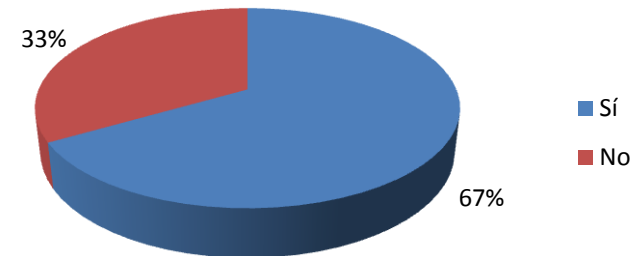
Es relevante que en el 51% de las/os entrevistadas/os, declaró realizar acciones de consejería, sin embargo, el 49% de ellas/os no la realiza aún cuando han sido capacitados para ello en el 67% de los casos como se aprecia en la siguiente gráfica:

⁴⁴ Ibid. Consejería, Apartado 6

101. Porcentaje de personal de salud, según declararon brindar servicios de consejería, Nayarit, 2010

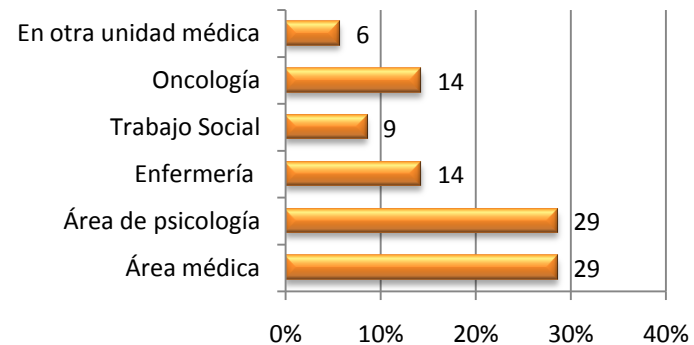


102. Porcentaje del personal de salud, según declaro haber recibido capacitación para realizar servicios de consejería, Nayarit, 2010



Con respecto a quién imparte la consejería como una de sus funciones, el 58% agrupa al área médica y de psicológica (29% en cada caso), seguido de enfermería y oncología 14% respectivamente y trabajo social 9%. En menor medida, cuando no existen los servicios de consejería en las unidades de salud, las mujeres son referidas a otras que disponen de dicho servicio con el 6%. En este sentido, vale la pena señalar que existe el personal capacitado para ampliar la cobertura de los servicios de consejería en los diferentes niveles de atención para garantizar que este proceso sea accesible para todas las mujeres que lo requieren. Un aspecto para destacar es que el personal entrevistado reconoce en las áreas médicas, de enfermería y psicología la responsabilidad para este proceso y no se reconoce la posibilidad de que personal de salud que trabaja directamente en las localidades lo realice, como es el caso de las/os trabajadoras/es sociales y las/os promotoras/es de acción comunitaria.

103. Porcentaje de áreas encargadas de brindar la consejería sobre CaMa, Nayarit, 2010



5.2.5.- diagnóstico

El diagnóstico oportuno de esta enfermedad a nivel nacional, se reporta en poco menos del 10 por ciento de los casos (9.2%), mientras que el 90.8% de ellos, son diagnosticados en etapas avanzadas, lo que se relaciona de manera directa con una evolución clínica menos favorable.⁴⁵ Es decir, este retraso en el diagnóstico resta posibilidades de restablecimiento de la salud y la supervivencia y no sólo los costos en recursos institucionales del sector salud aumentan si no que a la par los costos emocionales y sociales se elevan deteriorando la calidad de vida de la población femenina.

“...en esta unidad se hacen exámenes de exploración para detectar el cáncer de mama... como enfermera yo me encargo de hacer la exploración, manejo un formato; y en ese formato nos especifica la edad en que empezó a menstruar, si tiene algún familiar que hay padecido cáncer...Si encuentro un signo sospechoso inmediatamente la doctora termina de realizar la exploración, si ambas concordamos en ese diagnóstico, ella hace un pase al segundo nivel, para que la paciente acuda con el ginecólogo y él es quien se encarga de solicitarle una mamografía o un ultrasonido o lo que se requiera según sea el caso. A su vez, nos envían una contra-referencia para saber cómo esta esa paciente...Supongamos que ella sale positiva, nosotros la vamos a ver para saber cuándo son sus citas, qué es lo que le están haciendo, hasta que terminan su tratamiento...Nuestras pacientes tienen un expediente con nosotros, aquí se les hace su nota médica refiriendo la razón por la cual se envía y cada visita que ellas, además del estudio de detección.” Entrevista a profundidad a Enfermera del Centro de Salud Rosamorada, 6 de octubre de 2010.

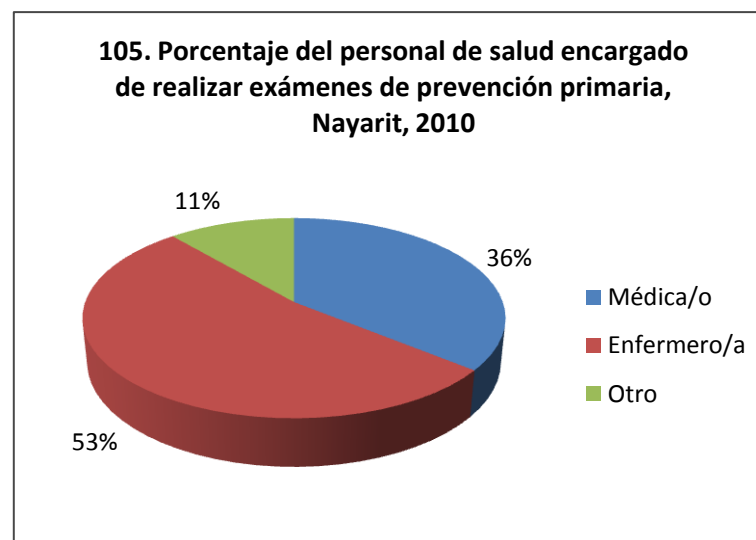
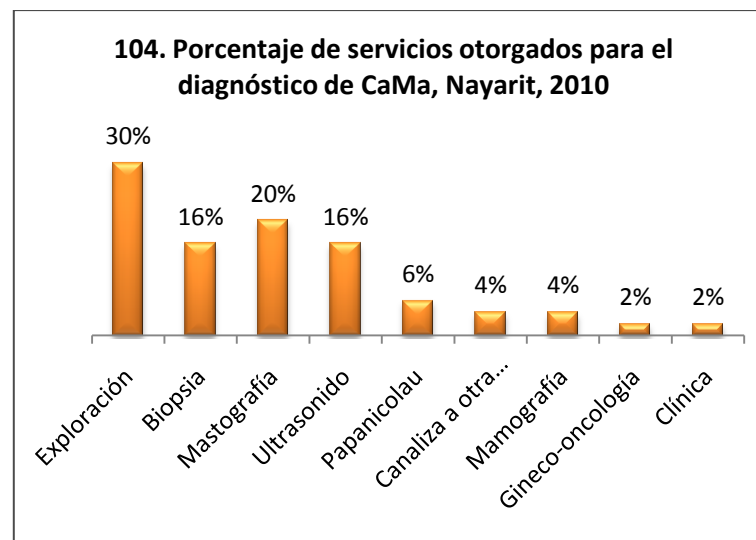
⁴⁵ Martínez Montañez, Olga Georgina, Uribe Zúñiga Patricia y Mauricio Hernández Ávila. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. En: Salud Pública de México. Vol. 51, suplemento 2 de 2009. p. 351.

El diagnóstico de este padecimiento, ya sea clínico o preclínico, se realiza en la mayoría de las unidades donde se entrevistó al personal de salud (89%), mientras que en el 9% de las unidades visitadas no se realiza. Hay que tener en cuenta, que de este pequeño porcentaje donde no se ofrece este tipo de servicios, al menos 6% corresponde a las unidades administrativas donde se entrevistó al personal de salud, por lo tanto, en realidad sólo en un 3% de las unidades de primer nivel visitadas no se prestan este tipo de servicios para el diagnóstico.

Entre las actividades más representativas para el diagnóstico clínico, la exploración de mamas es la más representativa, siendo referida en el 30% de los casos, seguido de la mastografía o mamografía (24%) y el ultrasonido y la biopsia con el 16% en cada caso. En menor medida los entrevistados refirieron los exámenes de papanicolau en el 6% de los casos como medida de prevención del cáncer cérvico uterino a las mujeres que asisten a los servicios como parte de la atención a la salud sexual y reproductiva.

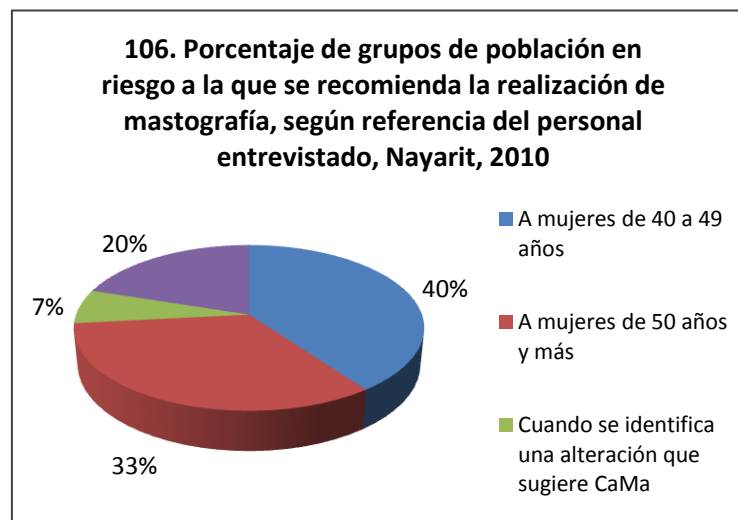
En relación a las acciones de prevención primaria, quienes en mayor medida realizan estos exámenes es el personal de enfermería, según se declara en un 53% de las ocasiones, mientras en un 36% se atribuyó esta acción al personal médico, mientras que en el 11% de las respuestas, se identifica el examen clínicos con las funciones de imagenólogos, radiólogos y personal de medicina preventiva.

La gran mayoría del personal entrevistado, aún cuando no realiza los exámenes de prevención primaria del CaMa, en el 96% de los casos declaró haber recibido capacitación y entrenamiento para su realización.

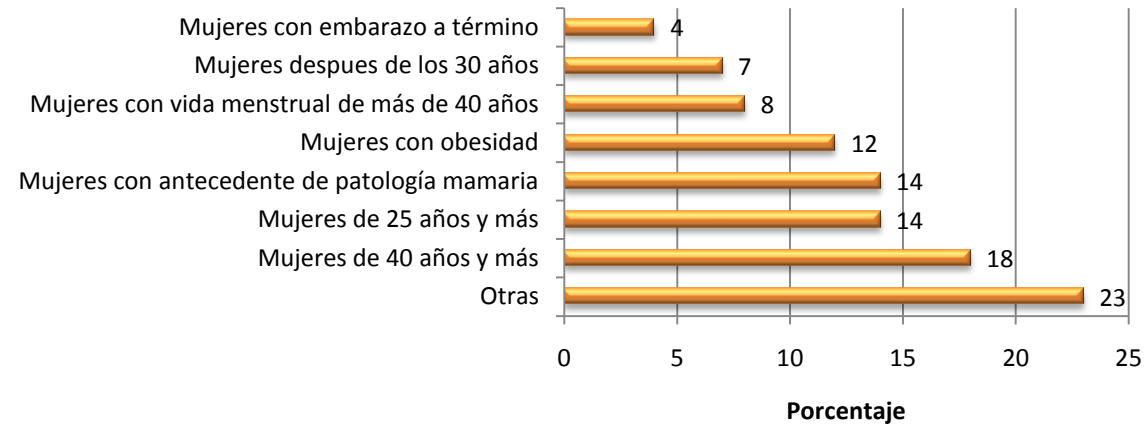


En el entendido de que el procedimiento de diagnóstico debe realizarse a toda mujer con sospecha de patología mediante un examen clínico completo, con énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares), conforme a lo establecido en la NOM-041-SSA2-2002 que indica la práctica de una mastografía y/o ultrasonido, según la edad, hallazgos y detección de factores de riesgo, se debe canalizar al siguiente nivel de atención y establecer el diagnóstico, haciendo la correlación entre hallazgos clínicos, mastográficos e histopatológicos. A este respecto las y los prestadores de servicios de salud entrevistados, declararon en el 80% de los casos que en su unidad se realizaban estos exámenes clínicos para la detección del CaMa y que éste se realiza en la mayor parte de los casos (67%) de manera anual como seguimiento a las mujeres según la edad y si presentaron alguna anomalía.

Así, la información proporcionada refiere que se recomienda la mastografía como parte del diagnóstico clínico a todas las mujeres mayores de 40 años, con mayor énfasis a partir de los 50 años y cuando se identifica alguna anomalía que podría sugerir CaMa. Cabe destacar que las mujeres con antecedentes familiares de CaMa no fue referido como grupo prioritario para la realización de mastografía, sólo fue referido como uno de los factores de riesgo.



107. Porcentaje de mujeres candidatas a realizarse examen clínico para detectar CaMa, según piñión del personal entrevistado, Nayarit, 2010



Con respecto al equipo para la detección del CaMa, en este caso el mastógrafo, solamente disponen de él en el Centro Oncológico ubicado en Tepic, por lo que las y los entrevistados declararon en el 76% de los casos, no contar con el equipo necesario en su unidad como lo muestra el siguiente comentario:

“...en el municipio no se cuenta con mastógrafos por lo que cuando se identifica alguna anomalía durante la exploración, se les indica realizarse la mastografía o el ultrasonido —dependiendo de la edad de la mujer, lógicamente y ahí nos toca referir a las patientitas a particular [...] o las mandamos por Seguro Popular a San Pancho —con su hoja rosa, sí— y ya en San Pancho las manda a particular porque no contamos aquí cerca con mastógrafos, sólo hasta Tepic. Algunas pacientes sí van a Tepic a realizarse su mastografías pero, aquí cuando se remiten a particulares es con descuentos a través del Seguro Popular que se han hecho acuerdos con los laboratorios particulares y, a parte, vienen los

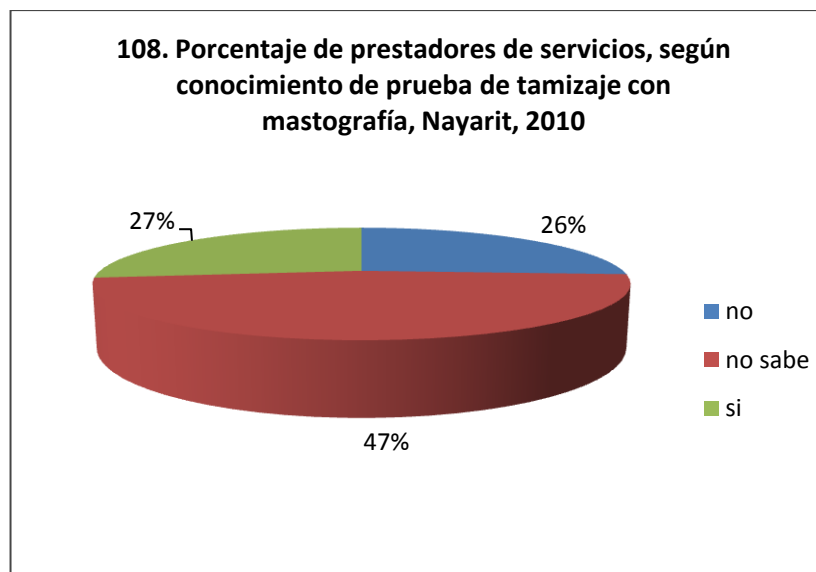
representantes de los laboratorios de Mezcales y de Puerto Vallarta y platicamos para que todavía les hagan un descuento aún mayor —a veces hasta del 50% y, sábados y domingos es mucho más barato, siempre y cuando presenten el sello de la unidad y aclaren que nosotros las enviamos También si hay algún caso especial que la paciente no tenga recursos se gestiona que se la hagan gratuita... Ahora cuando se tienen varias pacientes con sospecha que se les ha ordenado la mastografía, también lo que se hace es juntarlas, coordinarse bien para trasladarlas en un carro de los Servicios de Salud hasta Tepic y allí se les hace en Cancerología a precios módicos o de plano gratis si presentan problemas económicos, a veces también cuando se tiene una displasia o se le ha diagnosticado ya cáncer de mama y la paciente no tiene recursos, lo que se hace es que se traslada al Hospital Regional en Vallarta, en el estado de Jalisco para que continúen su tratamiento y estamos entonces al pendiente...” Entrevista a profundidad con Enfermera/Encargada de la Unidad, Centro de Salud Rural Concentrado Valle de Banderas/S.S.N. 5 de octubre 2010.

Considerando que, como se señala al inicio de este capítulo, las entrevistas realizadas en el tercer nivel de atención representan el 10%, es coincidente que sólo el 24% de las y los informantes en este caso, haya señalado disponer del equipo en su unidad.

En cuanto al tamizaje⁴⁶, como parte de los estudios de gabinete para la detección y control de los padecimientos mamarios, se requiere necesariamente contar con un mastógrafo de acuerdo a lo señalado en la NOM-041-SSA2-2002. Este proceso, recomendado para mujeres de 40 años y más de acuerdo al Anexo B de la NOM, requiere de personal médico calificado ex profeso.

⁴⁶ NOM-041-SSA2-2002. Op. Cit. Apartado 9 Imagenología.

De las y los prestadores de servicios de salud entrevistados, un porcentaje significativo, el 47%, refiere no saber si se practica en su unidad, resultado que puede estar influido por el desconocimiento del término y de su significado en el primero y segundo nivel de atención. Por otra parte, el 27% asegura que el tamizaje con mastografía sí se practica en su unidad y el 26% señala que no se realiza, coincidiendo coincidentemente, con el porcentaje de personal entrevistado en el tercer nivel de atención.



La mastografía diagnóstica, que es recomendada a las mujeres con síntomas de patología mamaria a partir de los 35 años y a mujeres jóvenes con sospecha de cáncer mamario independiente de la edad, para la búsqueda de un tumor primario desconocido, o a quienes ya han tenido antecedentes de cáncer mamario⁴⁷, el 80% de las y los entrevistados refirieron que sí la practicaban, aunque no sucede con las unidades del primero y segundo nivel ya que no cuentan con el equipo y el personal calificado para ello, como puede constatarse en los siguientes testimonios:

“...no estoy muy enterada de los procedimientos para los exámenes clínicos, eso es más directamente con los Servicios de Salud o con el IMSS, con los médicos y enfermeras que ordenan los estudios... Aquí en el municipio no tenemos especialistas sino hasta San Francisco o Compostela y tampoco contamos con mastógrafo sino de plano hasta Vallarta o Tepic [...] cuando una paciente se siente algo extraño en sus senos o le detectan algo en el Centro de Salud, le remiten con un especialista, en ese caso se manda a consulta ginecológica en Compostela o San Francisco y allí le ordenan sus estudios sean mastografías o el ultrasonido.” Entrevista a

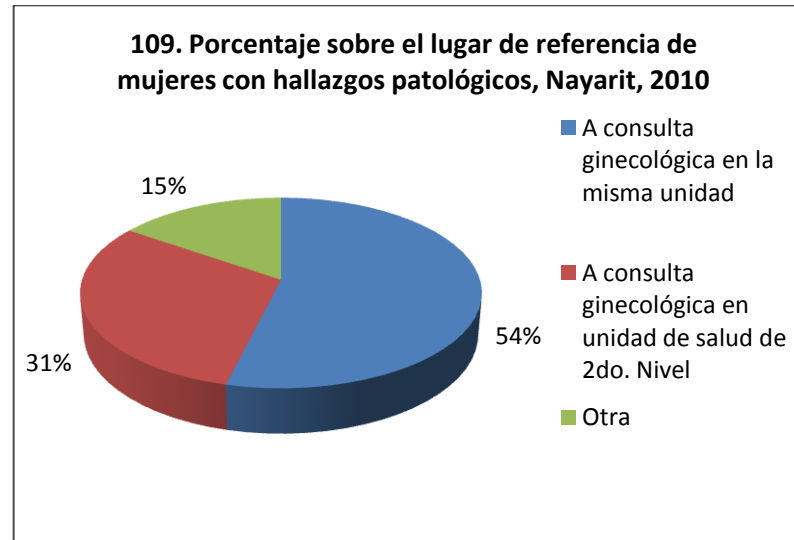
⁴⁷ Id.

profundidad con Promotora del Programa De Mujer a Mujer del estado de Nayarit. Coordinación-Enlace de Salud Bahía de Banderas/S.S.N. 6 de octubre 2010.

“...en el municipio de Compostela no se cuenta con mastógrafos para realizar los exámenes a las mujeres con sospechas de alguna anomalía pero si tiene hospital con especialistas y en ginecología se le remite a Tepic a hacerse la mastografía. Aquí también lo que les realizan en el caso de sospechas es el ultrasonido [...] Pero, realmente, yo si siento que hay algunos problemas al momento de tener acceso porque tiene que ser que vengan remitidas de su centro de salud al hospital pero, por ejemplo, ya no contamos con unidad móvil —hace como un año, no, más bien, ya vamos para dos años sin unidad móvil— y bueno, aunque esta unidad móvil no contaba tampoco con mastógrafo sino que estaba equipada sólo para realizar el Papanicolau pero se realizaba también la exploración de mamas, allí en las mismas comunidades”. Entrevista a profundidad con Trabajadora Social/ Encargada del seguimiento de pacientes del programa de cáncer de mama y cervico-uterino de la Jurisdicción Sanitaria No. II de los Servicios de Salud de Nayarit en coordinación con el programa De Mujer a Mujer del gobierno del estado. 6 de octubre 2010.

“...en relación con los aparatos con los que contamos, fueron instalados en el 2006, hoy en día los tratamientos se están dando con la técnica de radioterapia con intensidad modulada... lo que a nosotros nos falta es mucho dinero... para comprar accesorios, software y diferentes equipos para poder iniciar los tratamientos con esa técnica... tenemos el acelerador pero no es suficiente... también necesitamos un aparato de resonancia magnética...el que tenemos aquí es un tomógrafo.” Entrevista a profundidad a Médico Especialista, Integrante del Departamento de Física Médica, Centro Oncológico, Tepic, 6 de octubre de 2010.

Cuando se confirma algún hallazgo patológico mediante el tamizaje, que en este caso sucede solamente en 2 unidades del segundo nivel y en el Centro Oncológico del tercer nivel de atención, las mujeres son atendidas en los servicios de ginecología de la misma unidad donde se practicó el tamizaje o son referidas a otra unidad del segundo nivel, según declaró el personal entrevistado en el 31 y 54% de los casos, respectivamente.



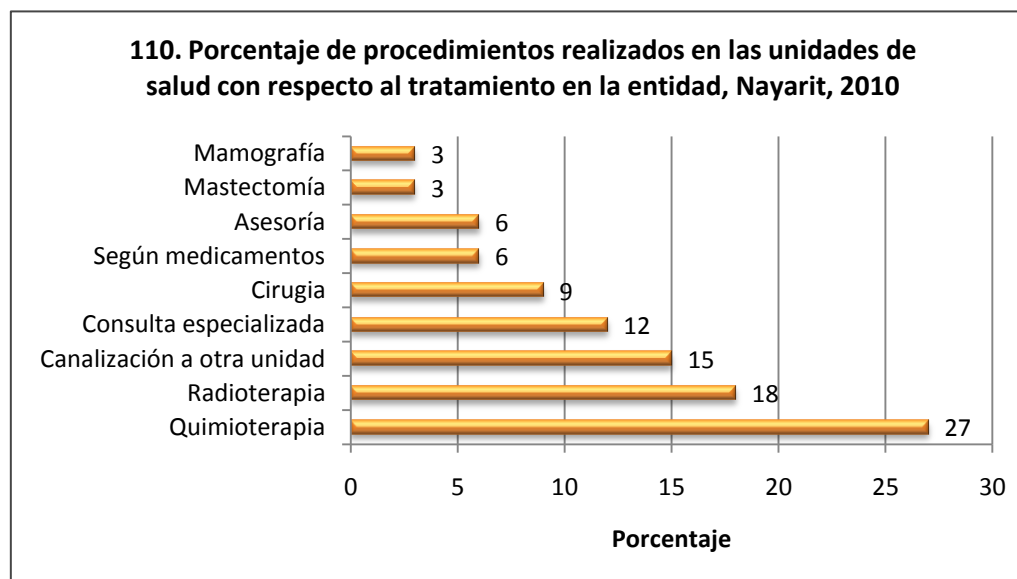
5.2.6.- Atención

En lo que se refiere a la atención, una vez confirmado el padecimiento, se deben considerar “las categorías del sistema de clasificación, las condiciones generales de salud de la paciente, etapificación de la enfermedad, estado hormonal, recursos humanos y materiales con que se cuente, considerando la voluntad y libre decisión de la paciente”⁴⁸. Cabe resaltar en este sentido, la integración del consentimiento informado al expediente clínico como un requisito de acuerdo a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, garantizando que la mujer ha decidido libremente participar en los tratamientos y que comprende la información que se le ha proporcionado.

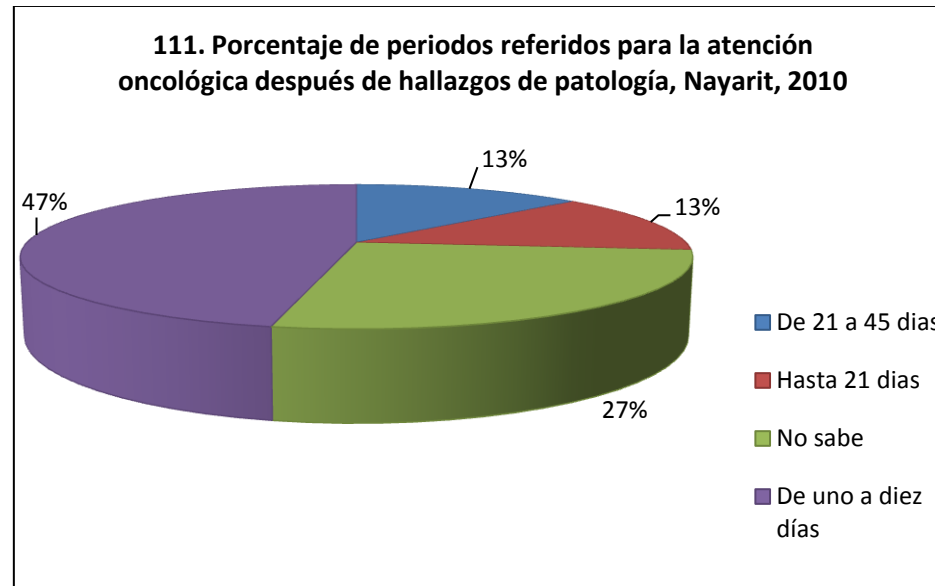
Con respecto a los servicios para la atención de las mujeres diagnosticadas con la enfermedad, especialmente lo que se refiere a intervenciones quirúrgicas el 9% de las y los entrevistados señalaron que en sus unidades se realizan este tipo de procedimientos, resultados consistentes por el número de entrevistas realizadas en unidades del primero y segundo nivel de atención, lo que es consistente con las unidades visitadas del tercer nivel, especialmente el Hospital Oncológico del estado, mientras que sobre los

⁴⁸ Ídem. Apartado 11 Tratamiento

tratamientos de quimioterapia (27%) y radioterapia (18%), el 45% aseveró que eran proporcionados en sus unidades de salud. Cabe señalar que el 15% señala la canalización a otro nivel de atención y solamente el 6% refiere asesoría que se refiere al apoyo emocional y de tanatología.



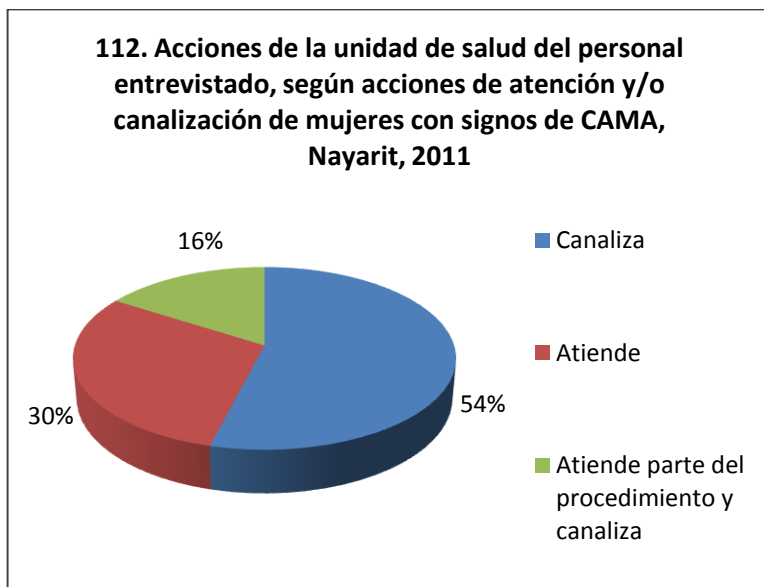
La saturación en los servicios de salud es una constante en todo el país y en el estado no es la excepción. La falta de recursos materiales y humanos en muchas ocasiones provoca que la atención de una mujer se retrase de manera significativa. Por ejemplo, una de las razones que identificaron las mujeres entrevistadas en este diagnóstico hace referencia a los largos tiempos de espera para la realización de los exámenes. Por lo que respecta al personal de salud, estos refirieron en casi la mitad de las ocasiones (46%) que la atención oncológica después de encontrar hallazgos de patología, se da en menos de diez días, un 27% desconoce el tiempo aproximado de espera para este tipo de atención, y la referencia a los periodos establecidos en la NOM, periodos de hasta 21 días y de 21 a 45 días, se refirieron para 13% de las ocasiones en ambos casos.



Al respecto algunos testimonios que dan cuenta de la situación declaran:

*“Tal vez si hay un obstáculo que no permite la entrega a tiempo de los exámenes pero es más por la misma demanda de los servicios. Más que un problema burocrático, yo considero que es un problema de recursos, quizá lo que se necesita es destinar mayores recursos para adquirir más equipos y para contar con el personal calificado. Sabemos que los equipos son caros... los mastógrafos cuestan mucho y darle mantenimiento también es muy caro pero, yo creo que ese es el único obstáculo que, al no haber mastógrafos la demanda es muy grande y eso trae demoras en la entrega de los resultados, porque están rebasados [...] También se da una cuestión burocrática al momento de dar las citas, porque ahí entra también como la parte humana y ahí se da mucho eso de «Ah, venga mañana». A veces se le da mucha larga, vaya; primero para darle su cita y luego, de aquí a qué la vuelven a ver y luego que «no, mejor llame». Y que los teléfonos están ocupados o les contestan y les dicen que hablen más tarde —¿si me entiende?— “.*Entrevista a profundidad con Trabajadora

Social/ Encargada del seguimiento de pacientes del programa de cáncer de mama y cervico-uterino de la Jurisdicción Sanitaria No. II de los Servicios de Salud de Nayarit en coordinación con el programa De Mujer a Mujer del gobierno del estado. 6 de octubre 2010.



En los servicios del primer nivel de atención, se realiza la detección y la referencia al segundo nivel, en caso de identificarse alguna anomalía mamaria. Asimismo, en el segundo nivel de atención se realiza la detección, el diagnóstico y la referencia de la mujer al tercer nivel donde recibirá el diagnóstico, tratamiento y control y, en su caso, se realiza el proceso de contrarreferencia del tercero al segundo nivel y de éste al primero. Estos procesos de referencia o canalización a servicios donde se ofrece atención especializada deben hacerse mediante el proceso de la consejería, como lo establece la NOM-041-SSA2-2002. Al respecto, el 54% de las entrevistadas/os, señalaron que las mujeres que son identificadas con alguna anomalía en el primer nivel de atención son canalizadas a otras unidades de segundo o tercer nivel, mientras que 30% expresaron que los casos identificados son tratados en la misma unidad donde se confirmó el diagnóstico, y en un 16% de las ocasiones se refirió que si se canalizan en algún momento del proceso, pero que después reciben algún tipo de atención para el seguimiento del padecimiento.

En relación a la referencia del primero y segundo nivel de atención al tercero, las y los entrevistados señalaron en el 95% de los casos, que ésta es indicada por el personal médico y que éste es quien emite el formato u hoja de referencia, que en el 94% de las entrevistas, expresaron contar con uno especialmente diseñado para ello. Sin embargo, se obtuvo información sobre algunos obstáculos que enfrentan las mujeres en el tránsito de un nivel de atención a otro, como lo constata el siguiente comentario:

“Definitivamente si se dan obstáculos burocráticos a lo largo del camino que inicia la paciente cuando su médico general en primer nivel de atención le encuentra algo sospechoso y la remite a segundo nivel con el ginecólogo; si, yo considero que tiene que darse algún tipo de obstáculo burocrático pero, aquí en nuestro centro, dentro de lo que cabe, todo el tiempo se está agilizando dar la atención requerida, sólo que en muchas ocasiones, como le comentaba, puede que no se presente a la cita nuestro médico porque está operando o por “X” razón”. Entrevista a profundidad con la doctora Martha Susana Sotelo Ortiz. Psico-oncóloga/Encargada del área de Psicología del Centro Estatal de Cancerología. 11 de octubre 2010.

5.2.7.- Seguimiento

El seguimiento que se le da a las mujeres que han sido referidas a otras unidades solamente se realiza mediante un formato de contrarreferencia en el 2.7% de los casos, mientras que el 19% declaró que el seguimiento se da mediante las citas consecuentes ya sean mensuales o trimestrales y el 8% señaló que este procedimiento se realiza con visitas domiciliarias de las/os promotoras/es de salud o de otro personal de salud. En el 70.3% de los casos no se realiza este procedimiento de manera formal, aunque en las entrevistas a profundidad se identificó que el personal comunitario realiza un seguimiento cercano a las mujeres de sus propias localidades ya que es frecuente que el seguimiento se realice con mayor intensidad en las localidades pequeñas por la cercanía que tiene el personal de salud con la población, durante todo el proceso posterior al diagnóstico:

“...después de los resultados y de lo que le diga el especialista se les da seguimiento o atención...estamos al pendiente de sus citas, si fue o no a sus citas, si fue atendida; entonces estamos muy al pendiente de para cuándo tienen su siguiente cita y sino tiene los recursos para asistir gestionamos apoyos para ella [...] Cuando una señora abandona su cita o tratamiento realizamos visitas domiciliarias para saber por qué motivos no asistió y en dado caso que se encuentre renuente hablamos con ella y tratamos de hacerla consciente de la importancia que tiene la atención y su seguimiento, para que ella llegue a tener una mejor calidad de vida” Entrevista a profundidad con Trabajadora social/encargada del Programa de Prevención del CAMA. Coordinación Municipal de Servicios de Salud/S.S.N. Acajoneta. 5 de octubre de 2010

“...Cuando en la unidad de salud hacen alguna detección, solicitan que las pacientes vayan con el ginecólogo del hospital más cercano, él les hace la valoración y si lo ameritan las manda a que se hagan sus estudios y cuando se recibe el resultado y es positivo buscan la manera de manejarlo de manera personalizada. Las promotoras se encargan de hacer la cita en la clínica de displasias que tenemos en Santiago Ixcuintla y están al pendiente de que la paciente no falte. A nivel estatal nos piden rendición de cuentas para saber el seguimiento que les damos a las pacientes. Cuando ya tenemos avanzado el proceso de canalización algún burócrata a nivel central no está preparado o no conoce los lineamientos y no permite que las pacientes se hagan un estudio en particular, o por falta de sensibilidad no les hacen caso a las pacientes y regresan a las comunidades desmotivadas. Nosotros esperamos que se pueda mejorar la calidez en la atención y que la gente se vaya complacida. Muchas veces las pacientes ya no van al segundo nivel porque no tienen dinero para su traslado de la localidad a la ciudad para recibir atención, derivado de todo esto, hacemos una gestión con los presidentes municipales, con los regidores o con las comisiones de salud para ver como se le puede ayudar a esta gente y llevarlas a hacerse los estudios a Tepic. Les decimos “necesitamos que nos apoyen con un autobús para llevarlas a Tepic y traerlas ya sólo que las señoras se preocupen por su comida.” Entrevista a profundidad Coordinadora Jurisdiccional de Promoción de la Salud. Jurisdicción Sanitaria No.3, Tuxpan 6 de octubre de 2010.

5.2.8.- Percepciones sobre los obstáculos institucionales y de la población para la prevención, diagnóstico oportuno, atención y seguimiento

La percepción de las y los prestadores de servicios entrevistados sobre este padecimiento en su comunidad, es que es un problema de salud grave (81%), percepción que coincide con las cifras estatales que como nos referimos al inicio de este capítulo lo sitúan en el lugar número 13 en relación a los índices nacionales. Sin embargo, un porcentaje significativo, señala que no es un problema de salud, 13%, dando mayor peso a otro tipo de enfermedades. Así, se identifican como los principales problemas de salud de la población de la entidad el cáncer cérvico uterino (24.3%), de mama y el linfoma, seguido de las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes y la hipertensión (18.9%) y en menor medida las infecciosas virales (8%) y las pediátricas (5.4%).

La falta de sensibilidad sobre la condición y posición de las mujeres en poblaciones tan heterogéneas puede favorecer una valoración negativa por parte de las y los prestadores de servicios sobre la población, por ejemplo:

“... Yo creo que este problema ya no es por falta de información [...] Existe la promoción y la difusión pero falta el interés de las señoras [...] y hay mucha negligencia por parte de las usuarias, porque sí no las obligan no se van a revisar [...] y lo hacen cuando ya tienen la enfermedad y ya es tarde [...] Aquí en Tepic, a través del gobernador, a las mujeres se les da un...paquete de víveres [...] siempre y cuando se vayan a hacer el chequeo -que pasen por el mastógrafo- [...] sí no tienen el comprobante de que pasó con nosotros ya no se le da nada [...] sólo así obligándolas lo hacen [...] y sí en la capital hay descuido, en los municipios más, es probable que haya una mayor incidencia en los municipios por falta de limpieza o por falta de promoción o información, por ejemplo, allá en Jesús María -en la sierra Nayarita- unos huicholes, dicen que la información es muy escasa y que muy pocas personas quieren ir a trabajar allá, sobre todo los médicos, que sí uno va 15 días trabaja y 15 días descansa. Por otro lado, con el cérvico uterino, uno de los factores por el que se da es por tener muchas parejas, las costumbres de los coras y los huicholes es que un hombre puede tener varias parejas, entonces yo considero que es por falta de higiene y por tener muchas parejas que las mujeres están propensas a tener cáncer cervicouterino... y si ya lo tienen, los esposos no las dejan a que se vengán a realizar un estudio” Entrevista a profundidad a Médico Especialista, Integrante del Departamento de Física Médica, Centro Oncológico, Tepic, 6 de octubre de 2010.

“Las mujeres son muy desidiosas para ir a checarsé, sólo hasta que tienen el tumor grande o les empieza a doler o empezó la parálisis es que llegan a la consulta, hasta para el papanicolau a pesar de que hay muchas campañas se la piensan varias veces, algunas dicen que por vergüenza pero realmente es por desidia. Hay apoyo de las promotoras de salud para informar a las mujeres e informarles adonde puedan acudir, se mueven en la comunidad, en los ranchos, no se tiene relación con las promotoras de salud, no las conozco.” Entrevista a profundidad con Médico Radiólogo/Director de Radiología. Centro Estatal de Cancerología de Nayarit, 6 de octubre 2010.

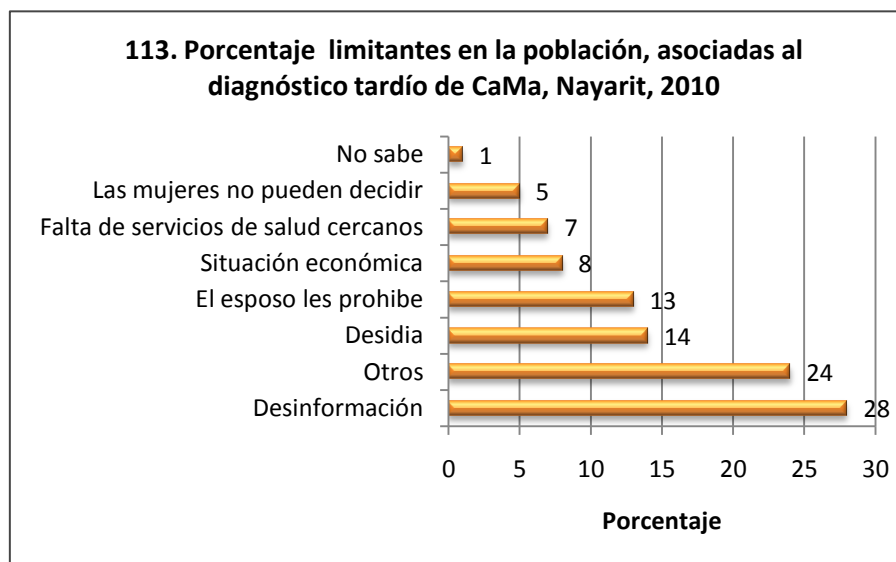
En este sentido, cabe destacar que uno de los propósitos de este diagnóstico es favorecer la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención y el seguimiento del CaMa entre las mujeres del estado. Para ello, es fundamental conocer las percepciones del personal de salud institucional sobre la población, sobre las condiciones en que operan las instituciones del sector en la entidad y las propuestas que desde su experiencia elaboran para estos dos segmentos poblacionales.

En referencia a las razones por las cuales las mujeres no acuden oportunamente a los procedimientos de prevención (exploración, mastografía), una enfermera identifica la “pena” o “vergüenza”, como la razón principal, seguida por el machismo, particularmente en

la región serrana donde es común que los esposos les prohíban someterse a la exploración y/o a cualquier otro examen ginecológico, lo que aunado al “pudor” y la “vergüenza” se convierte en una importante limitante:

“Por eso yo siempre les digo a las pacientitas que cuando tengan que venir a realizarse el Papanicolau o la exploración de mama no les digan a sus esposos a lo que vienen sino que simplemente digan que van a consulta o que vienen porque no se sienten bien, porque sí, el machismo es un impedimento fuerte porque en la pena y la vergüenza hemos trabajado mucho y sí las convencemos pero el problema del machismo es mucho más complicado.” Entrevista a profundidad con Enfermera/Encargada de la Unidad, Centro de Salud Rural Concentrado Valle de Banderas/S.S.N. 5 de octubre 2010.

En este estudio se identifican como causas de los diagnósticos tardíos del cáncer de mama en la población en primer lugar, la desinformación (28%), seguido de otros (24%) como la ignorancia, la no aceptación de la enfermedad y la pena. En menor medida la desidia (14%), entendida en este caso como la poca motivación para realizarse los exámenes, aún teniendo la información y por razones de género (el esposo se lo prohíbe 13% y las mujeres no pueden decidir por sí mismas 5%). Cabe destacar que el acceso a los servicios (7%) y la situación económica de las mujeres (8%) son dos elementos que se identificaron también como obstáculos para el diagnóstico oportuno como puede observarse en la siguiente gráfica:



Las propuestas formuladas por las y los entrevistados para abatir los diagnósticos tardíos de CaMa, referidos a la población, identifican en materia de prevención, en primer lugar, realizar acciones para favorecer una cultura tendiente a incorporar la prevención (42%)

mediante la difusión de hábitos de vida saludable entre los que se distinguen mejorar la alimentación y hacer ejercicio, en segundo lugar, hacen referencia a impulsar un mayor número de acciones informativas y para la autoexploración de mamas en las poblaciones de áreas rurales a través de las caravanas de la salud, brigadas comunitarias, campañas y establecer módulos estratégicos para la atención (33%). En tercer lugar, se menciona el acceso a servicios de salud institucional (20%) y al impulso de acciones para fortalecer la autoestima y la igualdad de género (5%).

En cuanto a las propuestas para mejorar el acceso a los exámenes para la detección del CaMa, las y los entrevistados señalaron con mayor frecuencia que los exámenes fueran gratuitos, difundir la gratuidad de los servicios y dar acceso gratuito a las personas que no son derechohabientes de ninguna institución, contar con equipo y personal calificado en un mayor número de unidades de salud incluidas las unidades móviles para ampliar la cobertura y asignar mayor presupuesto a este programa.

Sobre la atención, las propuestas hechas destacan, en primer lugar, reducir el tiempo entre las citas y dar buena información a las mujeres sobre su condición, incluyendo las ventajas del inicio de los tratamientos mediante la consejería; en segundo lugar, se hace referencia a los apoyos que pueden brindarse a través de un grupo de pacientes que comparten las mismas necesidades y mediante apoyos económicos para los transportes y medicamentos. Otras propuestas, aún cuando se plantearon aquí para la población, fueron fortalecer los vínculos de referencia y contrarreferencia y concientizar al personal de salud de las necesidades físicas y emocionales de las pacientes.

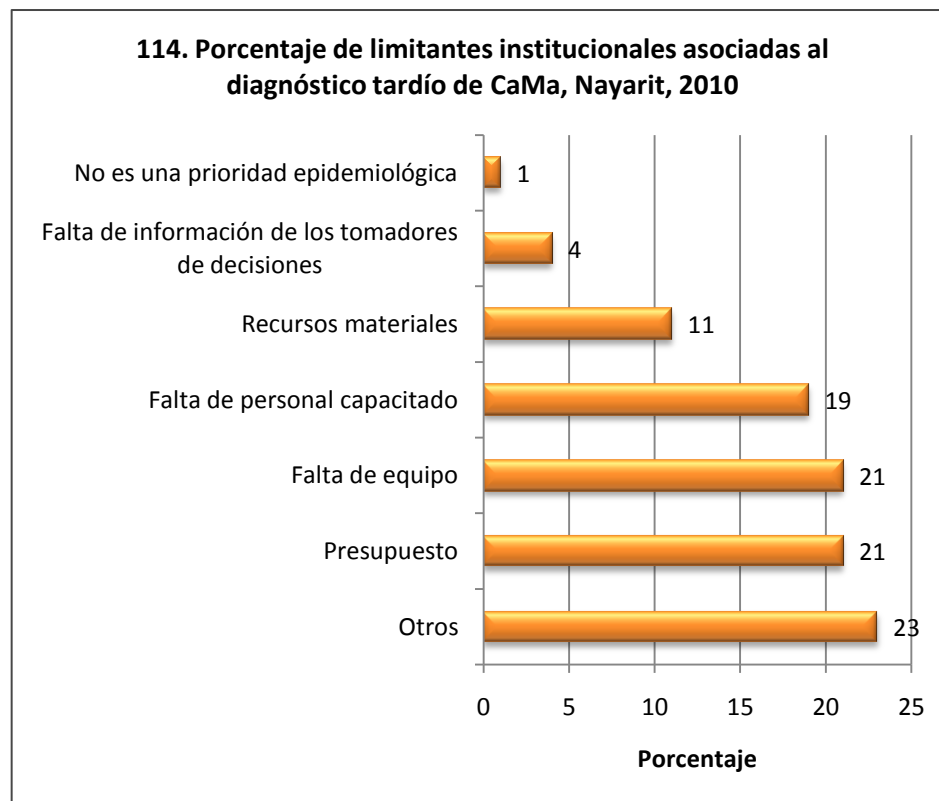
Con respecto a los grupos de apoyo, existe evidencia⁴⁹ de la importancia en la recuperación de las mujeres con cáncer de mama, a través de sesiones informativas, formales o no, en las que se da apoyo emocional, acompañamiento, defensoría legal y arreglo personal, entre otras, que ayudan a mitigar los efectos de los tratamientos y en muchos casos se constituyen en redes sociales de apoyo para las mujeres. En la entidad, se identificaron grupos como RETO, la Asociación de Lucha contra el Cáncer y la declarada por una informante:

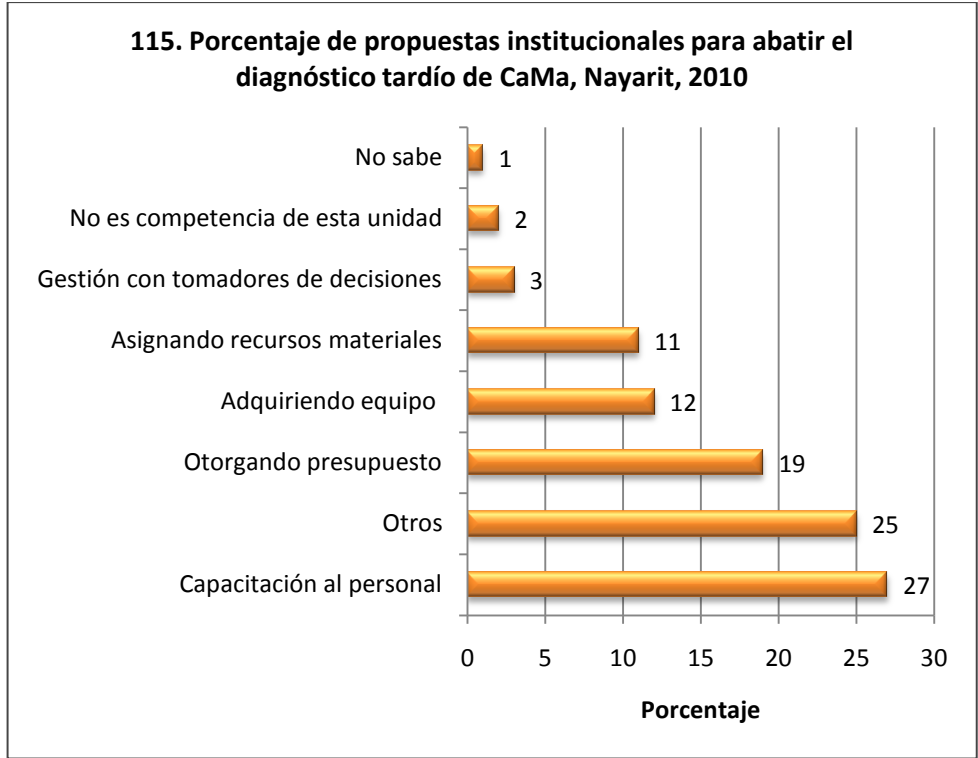
... SANAI, es una asociación civil a nivel estatal, pero no se enfoca a temas de cáncer de mama sino que es general. Realizan actividades de atención, difusión y prevención para apoyar la atención a la salud...la relación que tenemos con esta organización es cuando nos derivan pacientes... o nos invitan a eventos, pero de manera independiente.” Entrevista a profundidad con Trabajadora social/encargada del Programa de Prevención del CAMA. Coordinación Municipal de Servicios de Salud/S.S.N. Acaponeta. 5 de octubre de 2010

⁴⁹ Caras de Esperanza, A.C. informe de actividades 2001-2009. México, D.F. En: www.carasdeesperanza.org

Para el seguimiento las propuestas formuladas se refieren, en un primer momento, a mantener informadas y motivadas a las mujeres que están en tratamiento para alentarlas a continuar con los tratamientos, a través de pláticas sobre distintos temas destacando los beneficios de los cuidados durante el periodo de tratamiento, en segundo lugar, brindar apoyo económico para el pago de medicamentos y transportes o bien coordinar la transportación de pacientes y en tercer lugar, dar seguimiento cercano a través de visitas domiciliarias o en la consultas, crear grupos de apoyo, una línea telefónica de ayuda y desalentar el mito de los medicamentos milagrosos que demoran el inicio o continuidad de los tratamientos.

En cuanto a las percepciones que las y los prestadores de servicios de salud sobre las limitantes institucionales que favorecen el diagnóstico tardío del CaMa, la primera referencia y con el mayor porcentaje se refiere a procedimientos y estrategias institucionales inadecuadas y en segundo término asociado a recursos tanto humanos, materiales y de equipo. Así el mayor porcentaje se concentra en otros (23%) que refiere la poca agilidad de los trámites que tiene que realizar la población al solicitar el servicio y la demora en las consultas subsecuentes; la difusión y capacitación de la ciudadanía mediante brigadas o caravanas de salud con propósitos educativos y la carencia de equipo para realizar mastografías en campañas que pudieran ampliar la cobertura en el diagnóstico. En segundo lugar, señalan la falta de presupuesto y equipo (21%), de personal capacitado (19%) y de recursos materiales para operar (11%). Es relevante que se menciona la necesidad de sensibilizar en informar a los tomadores de decisiones con el 4%, como se observa el en siguiente gráfico:





En consecuencia, las propuestas institucionales que elaboraron las y los entrevistados en términos de disminuir los diagnósticos tardíos de CaMa, en primer lugar, se refieren a la capacitación del personal de salud (27%) a fin de que dispongan de información que les permita diseñar estrategias óptimas y aprovechar los recursos disponibles. En segundo lugar, con respecto al rubro de otros (25%), señalaron agilizar los trámites en las unidades médicas y brindar información y servicios de detección a través de brigadas, caravanas y campañas con el equipo necesario para ello; en tercer lugar, se ubica otorgar mayores recursos al programa de CaMa con un presupuesto acorde a las necesidades de la entidad (19%). En menor medida, declararon disponer de mayor equipo (12%) y recursos materiales (11%) e impulsar procesos de gestión con las y los tomadores de decisiones (3%), como puede constatarse en la gráfica.

5.3.- Prestadores/as de servicios de salud del componente comunitario

Promotoras/es y Auxiliares de Salud

Aún cuando no forma parte específica de este diagnóstico el personal comunitario, ya que éste está dirigido a obtener información sobre la percepción, conocimientos y experiencias de la población femenina de la entidad a partir de los 25 años de edad en relación con el CaMa, sí se considera este apartado con el ánimo de hacer evidentes los resultados del proceso de investigación realizado con este personal y aprovechar la información obtenida para la integración de las Metodologías de Intervención Comunitaria e

Institucional, documentos que son independientes a este diagnóstico pero que se reconocen como parte de él por la estrecha interrelación en la vida diaria de las usuarias de los servicios de salud y de las y los prestadores de servicios de salud del componente institucional y del comunitario.

5.3.1.- Perfil del personal de salud

Durante el periodo del levantamiento de la información en las tres regiones geográficas del estado, seleccionadas dentro de la muestra estadística, no se identificó personal de salud comunitario que se reconociera como promotor/a de salud, de hecho la población no tiene conocimiento sobre este perfil. Sin embargo, se ubicaron cuatro tipos de personajes que realizan acciones para la prevención, de gestión para la detección primaria y secundaria, de acompañamiento y seguimiento de los casos, de quienes se obtuvo información a través de entrevistas a profundidad (5) y de los talleres y grupos focales realizados (11). Así tenemos:

- a) Personal de salud institucional que labora en Centros de Salud, siendo enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os y médicos/as pasantes o bien, el personal de las Caravanas de la Salud que ofrecen servicios de atención primaria a la salud;
- b) Promotoras que se desempeñan en otros programas como Oportunidades o De Mujer a Mujer, que operan en la entidad y que trabajan con el tema como uno más de los que incluyen sus actividades y las relacionadas específicamente con el CaMa con un peso secundario;
- c) Personas clave que por haber padecido esta enfermedad y por encontrarse en cargos públicos dentro y fuera del sector salud, se han constituido como promotoras a título individual, en el tema, y;
- d) Auxiliares de Salud, que llevan otros programas de carácter epidemiológico y de salud sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar y cáncer cérvico uterino, entre otros.

La posibilidad de contar con personal de salud sensibilizado y capacitado en las comunidades en la experiencia nacional fue hasta hace pocos años una estrategia exitosa para acercar los servicios a las comunidades de mayor rezago económico y de desarrollo. Personas que no solamente formaban parte de las localidades a las que se dirigían las actividades, sino que compartían la cultura local y era reconocido su liderazgo, fueron condiciones para favorecer las acciones propuestas por los programas de salud. Sin duda, este esquema ha sido evaluado por el sector salud y razones de peso habrán desfavorecido su práctica, sin embargo, hay que tener

presente que una serie de factores sociales y culturales están en la base de las actitudes y de las prácticas que los individuos toman frente a la enfermedad y que condicionan su comportamiento ante el personal de salud y si los modelos de intervención que desean aplicarse dejan de lado aspectos de género y otros elementos socioculturales propios de la población meta tales como el monolingüismo, la intervención de las y los médicos tradicionales y las necesidades por grupos etarios, entre otros, las políticas, planes, programas y modelos, serán ajenos a ciertos grupos sociales y hasta refractarios en términos de su permisibilidad.

5.3.2.- Capacitación y prestación de servicios sobre CaMa

De acuerdo a la información obtenida en las entrevistas a profundidad y en los grupos focales realizados, la capacitación en materia de cáncer de mama se otorga principalmente a personal institucional y pocas veces estas acciones están dirigidas a personal comunitario. En este sentido se identifica un vacío de información y de estrategias para su transmisión a la población. Al respecto, una de las personas entrevistadas en el Hospital General Comunitario Ixtlan del Río, aún siendo personal institucional señaló:

“Es importante una capacitación a todo el personal sobre el CaMa, lo que no se ha realizado para este padecimiento tan problemático. Solamente contamos con la experiencia del personal que labora en la institución, pero sería bueno que fueran debidamente entrenados para esto, como lo han sido para otras enfermedades como el dengue y la influenza”.⁵⁰

Por otra parte, una de las promotoras⁵¹ del programa De Mujer a Mujer, expresó la necesidad de que se realicen procesos de capacitación sobre el cáncer de mama más específicos, identificando que:

“Sí existe personal capacitado aunque no todos estamos realmente bien capacitados sobre el tema [...] por ejemplo, a nosotros no nos han dado así una capacitación que digamos «estamos capacitados-capacitados ¡No!» Qué conozcamos el Programa, los factores de riesgo de la enfermedad, pues sí, sí tenemos algo de conocimiento pero así que digamos que estemos bien capacitados no, porque no se nos ha dado una capacitación específica y bien detallada sobre cáncer de mama [...] Tampoco hemos tenido capacitación sobre los momentos, “propicios” para realizarse un examen clínico y en general, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento. Ahora, por ejemplo, que es el mes del cáncer de mama sí recibimos correos e información para las campañas, para realizar

⁵⁰ Entrevista a profundidad, Unidad de salud de Ixtlán del Río, 5 de octubre de 2010.

⁵¹ Entrevista a profundidad, Promotora del Programa De Mujer a Mujer del estado de Nayarit, en la Coordinación-Enlace de Salud Bahía de Banderas/S.S.N. el 6 de octubre de 2010.

mastografías, entonces, por eso tenemos conocimiento sobre las edades recomendadas para hacérselas pero, así que digamos, una capacitación más puntual sobre eso: No.”

5.3.3.- Prevención

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, el proceso de prevención se define a partir de tres niveles:

- a) Prevención primaria, [entendida como] todas aquellas actividades o acciones de promoción, educación o de fomento a la salud, así como las de protección específica para la prevención de las enfermedades;
- b) Prevención secundaria, 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, y
- c) Prevención terciaria, a las actividades que se dirigen a la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de la paciente, o a evitar complicaciones.

La prevención en materia de cáncer de mama en el componente comunitario, básicamente está enfocada a la realización de pláticas dirigidas a las mujeres mayores de 40 años a través de personal de salud del componente institucional. No se cuenta con una metodología para ello ni con materiales para distintos tipos de población que haga referencia a la edad, pertenencia a un grupo originario o no, monolingüismo, etc. Estas carencias pueden afectar la comprensión y el interés de la población y determinar el acercamiento de las mujeres a las acciones de prevención y de detección oportuna.

Cabe señalar que por iniciativas locales en algunas comunidades se han empezado a impartir pláticas en las escuelas secundarias y preparatorias con el propósito de favorecer la autoexploración y el diagnóstico temprano. Lamentablemente éstos son casos excepcionales como el que se detalla a continuación:

“Sabemos que a partir de los treinta años hay que poner mucha mayor atención pero a mí me tocó cuando tuve que ir a México a recibir tratamiento, encontrarme pacientitas muy jovencitas, hasta de 15 años con el padecimiento [...] Por eso, estamos dando pláticas informativas en las escuelas, tanto en secundarias como en preparatorias. Todo el tiempo nosotros hemos venido trabajando con escuelas [...] hay aparte, algunos programas que nos piden, nos solicitan: «Oiga, nos podría dar una plática acá sobre el cáncer de mama, de mi experiencia» Y sí, para eso estamos. Todo lo que es preventivo, también lo vemos en las pláticas para que sepan sobre los factores de riesgo, la cuestión hereditaria de madre a hija. Todo eso.”⁵²

Se reconoce en todos los casos que prevalece la necesidad de informar y de considerar las particularidades de la población a la que se dirigen las acciones:

“Yo pienso que más que nada es falta de información. Es cierto que están las campañas y se dice que en la radio y en la televisión y también se los dicen en las consultas [...] que hay que ir, que hay que hacerse la exploración y también la autoexploración en casa pero, yo siento que falta información, hace falta que se difunda más todavía; que se difunda el programa, que las personas conozcan más del cáncer de mama y de cómo evitarlo o de cuáles son los riesgos de tenerlo y vayan a hacerse sus exámenes, la exploración [...] que tomen conciencia como con la vacunación, las señoras van y vacunan a sus hijos, ya es algo que se hace, que se sabe que se tiene que hacer”⁵³

Ante el cuestionamiento sobre lo adecuado de la información que se da a la población, en algunos casos las declaraciones sugerían hacer distinciones de acuerdo a distintas características de la población femenina (rangos de edad, pertenencia a algún grupo originario, estado civil, etc.):

⁵² Entrevista a profundidad. Enfermera, Centro de Salud Rural Concentrado Valle de Banderas/S.S.N., 5 de octubre 2010.

⁵³ Entrevista a profundidad, Promotora del Programa De Mujer a Mujer del estado de Nayarit, entrevistada en la Coordinación-Enlace de Salud Bahía de Banderas/S.S.N. el 6 de octubre de 2010.

“Creo que no tanto, porque si no, no tendríamos ahora tantos casos. Yo creo que se debería de hacer esta información enfocada, por ejemplo, en grupos de edad. Tendría que ser más específico en todo lo de la autoexploración, por ejemplo, desde muy temprana edad, desde bien chavitas y, bueno, otra para las mujeres mayores de 30 años y otra para las que ya están en menopausia. No sé [...] Porque sí, si hay material de información, existen folletos y volantes sobre el cáncer de mama, pero yo siento eso, que está dirigido a la mujer en general.”⁵⁴

Se identifica carencia de información y de estrategias para la población que no asiste de manera regular a los servicios de salud institucional ubicados en las localidades o cabeceras municipales, condicionando así el acceso de información a un segmento de la población femenina:

“Sólo se les entregan [materiales informativos] cuando van, no es una información que se distribuya por municipios, a los domicilios, casa por casa en coordinación con otras dependencias”.⁵⁵

Por otra parte, los materiales que se distribuyen como apoyo de las acciones de prevención, no provienen en su totalidad de los Servicios de Salud del Estado, algunas de las personas entrevistadas expresaron que éstos eran insuficientes en número. Esta necesidad se satisface por otras vías, ya sean individuales o bien de gestión con otras instancias como se muestra en los siguientes ejemplos sin que se tenga información sobre sus contenidos e imágenes y si éstos son culturalmente adecuados:

“Lamento mucho la carencia de material para la consejería preventiva, personalmente me ocupo de conseguir más información cuando viajo a la Ciudad de México y la reproduzco dentro de mis limitaciones”⁵⁶

⁵⁴ Entrevista a profundidad, Enfermera, Centro de Salud Rural Concentrado Valle de Banderas/S.S.N., 5 de octubre 2010.

⁵⁵ Entrevista a profundidad, Trabajadora Social, encargada del seguimiento de pacientes del programa de cáncer de mama y cérvico-uterino, Jurisdicción Sanitaria No. II de los Servicios de Salud de Nayarit en coordinación con el programa De Mujer a Mujer del gobierno del estado. Compostela, 6 de octubre 2010.

“Sí hay material de información, existen folletos y volantes sobre el cáncer de mama, no tanto para una población determinada sino más bien en general. Esta información nos la dan los mismos laboratorios [...] Claro está, también los Servicios de Salud dan orientación con las campañas pero nosotros consideramos que esto es diario, no podemos sentarnos a esperar sólo las campañas, no se trata de un mes en especial ni de un día en especial, esta información tiene que ser diario para que las pacientitas lo tengan muy al pendiente [...] la autoexploración, los chequeos médicos. Todos los trabajadores de salud sabemos que hay que estar a la vanguardia, al día [...] Personalmente considero que es adecuada la información suministrada pero creo que debe de ser más y constante, no se puede dejar pasar un día [...] hay que actualizar la información, siempre hay cosas nuevas y hay que estar todo el año dando información, que sea constante”.⁵⁷

El reconocimiento de la necesidad de información y que ésta sea culturalmente adecuada, favorecería que en los tres niveles de la prevención que señala la NOM-041-SSA2-2002, el personal de salud comunitario, ya sean promotoras/es o auxiliares de salud, mediante un proceso de formación que les brinde herramientas conceptuales y metodológicas para su réplica, podrían participar informando en un primer momento a las mujeres de sus localidades, brindar acompañamiento en el proceso de diagnóstico para favorecer que éste sea temprano, así como de acompañamiento durante los tratamientos médicos para su cura. De la misma manera podrían fungir como un enlace con las áreas u organizaciones que brinden apoyo psicológico a las pacientes a fin de lograr su restablecimiento físico y emocional sin menoscabo de su calidad de vida.

5.3.3.1.- Acciones informativas y de sensibilización

La sensibilización e información en cualquier área del quehacer humano, son tareas que requieren de habilidades y técnicas específicas, en sentido amplio, estas acciones no se restringen sólo a transmitir información, sino a promover transformaciones que permitan incorporar críticamente la información al pensamiento y a la acción. Implica la interacción comunicativa, que supone procesos continuos pero no lineales. Es una posibilidad de diálogo e intercambio de información, conocimientos, valores y opiniones en torno al tema. De acuerdo a la NOM-041-SSA2-2002, estas acciones están comprendidas en la Promoción de la salud, que es definida como “el proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar

⁵⁶ Entrevista a profundidad, Enfermera, Centro de Salud Rural Concentrado Valle de Banderas/S.S.N., 5 de octubre 2010.

⁵⁷ Entrevista a profundidad, Enfermera, Centro de Salud con Hospital San Blas/S.S.N, San Blas, 10 de octubre 2010.

corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo, mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la Salud.” Este concepto, ligado con otro que establece la misma norma, el de Participación social, por el que se entiende al “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”, requiere para su aplicación la consideración de los roles de género y las barreras culturales que se han impuesto a las mujeres, limitando su participación en las actividades de prevención y detección oportuna:

“Yo pienso que la primera [causa por la que las mujeres no acceden a los servicios por información o atención] es la vergüenza, hay muchas mujeres que les da vergüenza acudir por encontrarse a alguien conocido o a que les vean sus senos y no sólo en el caso que sean médicos las que las revisen, también con las doctoras o las enfermeras les da vergüenza. También esa vergüenza no las deja hacerse la autoexploración; la mayoría de las veces no se tocan ni se ponen a chequearse bien por la misma vergüenza. Otra, sería que no conocen o no saben para qué les sirve una exploración de mamas y mucho menos para que tienen que hacerse una mastografía que, además, dicen que duele mucho. Ellas a veces piensan que nada más las van a tocar como para revisarlas pero sin que eso les reporte nada para su salud, ningún beneficio, vaya [...] Otra causa, sería bueno, es que por lo general la mayoría ya están casadas, entonces sería también los maridos celosos que no dejan que vayan, es decir, esto tendría más que ver con el machismo.”⁵⁸

5.3.3.2.- Consejería

Las características y preceptos que señala la norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, en relación a la consejería, suponen que ésta se realice por personal calificado, condición que excede el ámbito de competencia del personal comunitario. Sin embargo, a través de un proceso de profesionalización, la participación del personal comunitario podría ser de acompañamiento en este proceso y de

⁵⁸Entrevista a profundidad a Trabajadora Social, encargada del seguimiento de pacientes del programa de cáncer de mama y cervico-uterino de la Jurisdicción Sanitaria No. II de los Servicios de Salud de Nayarit en coordinación con el programa De Mujer a Mujer del gobierno del estado. Municipio de Compostela, 6 de octubre 2010.

apoyo a las mujeres en sus comunidades y, en caso que la paciente pertenezca a un grupo originario, podría ser traductora de la lengua e intérprete de la cultura de origen durante el proceso.

Cabe señalar que la Consejería de acuerdo con la Norma, se define como “parte de las acciones encaminadas a la prevención, detección y diagnóstico del cáncer de mama y se inicia con actividades de promoción, educación y fomento a la salud” y para ello, establece que a través de ésta se debe proporcionar “información, orientación y asesoría al usuario o usuaria y sus familiares, a fin de aclarar las dudas que pudieran tener las o los pacientes acerca del cáncer de mama, en cuanto a la anatomía y fisiología de la glándula mamaria, factores de riesgo del cáncer mamario, manifestaciones clínicas, exploración clínica y autoexploración de las mamas, detección y referencia de casos del primero al segundo nivel de atención médica, detección, diagnóstico y referencia de casos del segundo al tercer nivel de atención médica, diagnóstico, tratamiento, control y, en su caso, contrarreferencia del tercero al segundo nivel y de éste al primero”, así como las características y riesgos del tratamiento, probables secuelas, y rehabilitación.

Asimismo, la NOM hace referencia a que ésta debe plantear “la exploración y expresión de los sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, con objeto de disminuir éstos para facilitar la toma de decisiones y poner en práctica la acción a seguir”. Debe también hacer énfasis en la efectividad y limitaciones del tratamiento y en el pronóstico de la enfermedad, con base en la particularidad del caso y las características personales del usuario y la usuaria, hacia su participación activa y comprometida, para lograr el éxito del tratamiento” y en todo caso debe constatar que “el o la usuaria ha recibido y comprendido la información proporcionada”.

En las entrevistas a profundidad realizadas con personal institucional del componente comunitario, se declaró en repetidas ocasiones que este proceso de consejería se hacía en la sala de espera, por lo que es fácil predecir que las características y preceptos de este concepto, están confundiéndose con las acciones de prevención, ya que la consejería está dirigida a mujeres con ciertas características, que requiere de espacios privados, de confidencialidad y donde, entre otras cosas, se asegure que la información brindada ha sido comprendida.

5.3.4.- Diagnóstico

Las acciones del personal de salud del componente comunitario, como hicimos referencia anteriormente, se limitan a las acciones de promoción y en algunos casos de acompañamiento y seguimiento de las mujeres de las localidades con este padecimiento.

El diagnóstico es reservado para las instancias de salud con la competencia técnica y equipo adecuados para ello. Sin embargo, la NOM-041-SSA2-2002, señala que “el manejo del cáncer mamario es multidisciplinario, por lo que se requiere la intervención de diversos especialistas. y de equipamiento para su realización, proceso en el que como en el caso de la consejería, el personal de salud comunitario puede apoyar de manera cualitativa. En este sentido, el apartado 14 de dicha norma refiere a la educación continua al personal de salud, señala entre otras cosas, que se debe tomar en cuenta el perfil cultural de la población y su entorno social, que en el caso del estado de Nayarit, es relevante por la presencia de grupos originarios que por su cosmovisión requieren de atención especializada e intercultural. Involucrar y hacer partícipe al personal comunitario podría facilitar la interrelación entre el personal de salud institucional y la mujer usuaria a fin de que el diagnóstico no sea tan demoledor como para abandonar la posibilidad de iniciar los tratamientos o abandonarlos, situación que se especifica en el apartado 14.2 de la NOM donde se establece que “las instituciones del Sector Público deben desarrollar planes de capacitación y actualización para médicos, patólogos radiólogos, técnicos radiólogos y todo aquel personal de salud que se encuentre involucrado en el programa de prevención y control de cáncer mamario”

5.3.5.- Atención

La atención de las pacientes oncológicas, específicamente con cáncer de mama, se concentra en las unidades de tercer nivel o de alta especialidad. Sin embargo, la atención como el resto de las acciones para abatir el cáncer de mama, se ven permeados por aspectos culturales. La entidad, con presencia de población heterogénea en términos de etnias y en diversas maneras de entender el cuerpo, la salud y la enfermedad requieren considerar los aspectos culturales prevalecientes en las distintas regiones geográficas del estado.

Al respecto, en una de las entrevistas a profundidad realizadas con personal de salud institucional, la informante señaló:

“Existen diferencias culturales muy marcadas en el estado y no sólo me refiero al caso de las comunidades indígenas y la visión de la mujer indígena ante la enfermedad y los procesos de “saneamiento” o “curación”. No, además, hay diferencias que van más allá. No es lo mismo como vive su cuerpo la mujer aquí en Tepic que como lo percibe una mujer de la sierra, colindante con el estado de Jalisco”⁵⁹

⁵⁹ Entrevista a profundidad a Psico-oncóloga, encargada del área de Psicología del Centro Estatal de Cancerología. Centro Estatal de Cancerología, Tepic, 11 de octubre 2010.

Estas diferencias, llevan necesariamente a recapacitar sobre el establecimiento de las acciones para la atención de manera lineal sin considerar la condición y posición de las mujeres ante su cuerpo y su sexualidad a partir del grupo social donde se desenvuelven, que en el caso del cáncer de mama toma mayor relevancia como lo constatamos en la siguiente declaración:

“Piensan que hay que amputarles el seno, qué no hay otro tratamiento, entonces te dicen: «No, a mi que me entierren completita, no me van a estar quitando nada». Y como también los senos es como la parte –¿cómo decirle– , pues lo de la maternidad y también la sexualidad, pues muchas mujeres sienten que si les quitan un seno ya no van a ser mujeres”.⁶⁰

5.3.6.- Seguimiento

Las acciones de prevención y seguimiento en el componente comunitario han sido tradicionalmente asignadas a las promotoras/es y auxiliares de salud o bien a personal institucional que se ubica en centros de salud o casas de salud en las localidades.

Las acciones de seguimiento se realizan a las mujeres que fueron identificadas con alguna anomalía en el primer nivel de atención, o bien, para la referencia al segundo nivel. Asimismo, se recogieron testimonios de acciones de seguimiento cuando las mujeres están en tratamiento para confirmar la asistencia a sus citas y garantizar la continuidad del procedimiento médico:

“Bueno, aquí básicamente en el área de primer nivel hay un módulo de consulta externa para salud reproductiva en el cual se hacen ese tipo de labor [...] cuando se detecta un caso se hace una visita domiciliaria y nada más se le dice que acuda, no se le dice porque, normalmente va la trabajadora social o una enfermera va, busca a la paciente para que acuda a la unidad y aquí se le da la información, también para que a su vez se le informa del

⁶⁰ Entrevista a profundidad a Promotora del Programa De Mujer a Mujer del estado de Nayarit, Coordinación-Enlace de Salud Bahía de Banderas/S.S.N., Bahía de Banderas, 6 de octubre 2010

siguiente paso, porque ya los siguientes tratamientos no los tenemos aquí, se tienen que remitir con la hoja rosa, o formato de remisión”⁶¹

Por otra parte, personal de salud institucional, declaró que para la referencia, una vez que se identifican anomalías no existen procedimientos determinados como se menciona a continuación:

“No hay protocolo para que médicos generales o ginecólogos [del componente comunitario] remitan a pacientes con sospecha de cáncer de mama” [el entrevistado no considera que] “los ginecólogos deban meterse en ese rubro, porque no están preparados a menos que tengan especialidad en oncología.” ⁶²

En lo que hace al seguimiento una vez que se han identificado signos de alarma o se ha emitido el diagnóstico, las promotoras del programa De Mujer a Mujer, en las localidades donde operan, realizan acciones al respecto, aún cuando éstas principalmente se dan en casos de cáncer cérvico uterino:

“Le damos seguimiento cuando ya está diagnosticada que yo creo que esto es muy importante. A mi me parece que es mucho muy importante que se haga el seguimiento, bueno, desde mi punto de vista [...] Mi trabajo es precisamente, darle seguimiento a los casos, no en sí de un cáncer necesariamente, es decir, que ya esté diagnosticada sino también que haya la sospecha de que pueda llegar a tenerlo y en ese caso, lo que nos interesa es que sean atendidas a tiempo en el caso del cérvico-uterino pero también del cáncer de mama. Le decía que mi trabajo es ese, voy y visito a las personas, bueno, primero me pasan una relación a mi de Cancerología, voy y visito a las pacientes para ver si sí se están atendiendo, si asisten a consulta, si continúan con el tratamiento, [...] cuándo fue su última cita, concientizar a las pacientes que todavía no reciben atención de que deben de ir a recibir tratamiento, de la importancia de que se atiendan a tiempo, que estén conscientes de que el cáncer puede ser

⁶¹ Entrevista a profundidad a Médica General, Directora de la Unidad, Hospital General Comunitario Ixtlan del Río.

⁶² Entrevista a Médico Radiólogo, Director de Radiología del Centro Estatal de Cancerología de Nayarit.

100% curable si se detecta a tiempo [...] lo que hacemos es que les realizamos una entrevista para detectar si ya se están atendiendo o si no han acudido a sus citas, si ya se están atendiendo, indagamos sobre la atención que ha recibido y la información que le han dado sobre el estado de su enfermedad, sobre el trato que le han dado, también de cuándo es su siguiente cita, si es muy tardada, es decir, si la han programado para volver a verla hasta dentro de tres meses o algo así. Después de que se realizó la cita, volvemos a visitarlas a ver si acudieron a su cita y, otra vez, ver qué les dijeron, cómo las trataron. Y si no acudieron, insistir en la importancia de la atención, de que no pierdan sus citas porque también puede ser por falta de recursos económicos que no ha asistido, que no tenga para el transporte y ahí tenemos entonces que reportarlo para buscar la manera de apoyarlas. En eso consiste el seguimiento; eso básicamente es lo que estamos haciendo nosotras, sobre todo concientizar sobre lo importante de la atención oportuna.”⁶³

Una vez que las mujeres han iniciado los análisis y los tratamientos médicos, en algunas ocasiones se ha hecho evidente la inexistencia de acciones formales de contrarreferencia que informen formalmente del avance y del estado de los casos identificados en las localidades:

“Desgraciadamente no existe contrarreferencia que nos informe sobre cómo continúa el caso pero uno como es de aquí, conoces a todo el mundo y vas y preguntas y la visitas, dándole seguimiento al caso y estimulándola para que continúe con el tratamiento [...] La paciente en cuanto tiene su cita viene y nos avisa que día le corresponde ir y estamos al pendiente y en cuanto regresa de la cita vienen y nos avisan que fue lo que le realizó en esa consulta, ya sea una biopsia, lo que corresponda [...] vienen y nos avisan y la pacientita que no vino, bueno, vamos y la visitamos a ver qué paso, si acudió o no a la cita, si es que está deprimida por lo que le hicieron o le dijeron y por eso no vino pero, claro, eso también es la manera en que yo he ido haciendo aquí y se ha vuelto costumbre digamos, pero por la relación que tiene uno aquí con el pueblo.”⁶⁴

⁶³ Entrevista a profundidad a Promotora del Programa De Mujer a Mujer del estado de Nayarit, Coordinación-Enlace de Salud Bahía de Banderas/S.S.N. 6 de octubre 2010.

⁶⁴ Entrevista a profundidad a Enfermera, Encargada de la Unidad. Centro de Salud Rural Concentrado Valle de Banderas/S.S.N., 5 de octubre 2010

Cabe destacar que en las acciones de seguimiento, se indaga sobre las causas que imposibilitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud y en muchos casos los recursos económicos son determinantes, tanto para el transporte, el pago de medicamentos, alimentos y hospedaje, por lo que se desarrollan acciones para la gestión de apoyos, ya sea con el municipio, con los servicios de salud o con algunas otras instancias como asociaciones civiles.

5.3.7.- Percepciones sobre los obstáculos para la prevención, diagnóstico oportuno, atención y seguimiento.

Las percepciones sobre los obstáculos para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención y el seguimiento que se asientan a continuación, han sido recogidas de las entrevistas a profundidad realizadas a prestadoras/es de servicios de salud institucional asignados al componente comunitario y a los identificados por las auxiliares de salud participantes de los grupos focales realizados.

De inicio, vale aclarar, que la estrategia para la atención de la salud comunitaria impulsada por los Servicios de Salud del Estado de Nayarit, está centrada en acciones de atención primaria a través de las Caravanas de la Salud que trabajan en las zonas más alejadas y de difícil acceso en la entidad. Dichas Caravanas tienen como propósito “Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención y atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria”⁶⁵.

Los equipos de salud de las caravanas están integrados por un/a médico/a, enfermera/o, y promotor/a y excepcionalmente con odontólogo/a. “La cartera de servicios de salud que ofrece son intervenciones de dos tipos: servicios de salud dirigidos a la Persona y servicios de salud a la Comunidad”⁶⁶ que “contempla un conjunto de intervenciones vinculadas a la Estrategia Nacional de «Prevención y Promoción para una Mejor Salud» que incluye acciones de participación comunitaria en salud, promoción de espacios saludables y otras acciones de salud pública”.⁶⁷

Se listan a continuación los obstáculos percibidos por el personal institucional sobre las acciones de salud comunitaria.

⁶⁵ En: Caravanas de salud <http://www.caravanas.salud.gob.mx/content.php?id=3/Objetivos>

⁶⁶ En: Cartera de servicios <http://www.caravanas.salud.gob.mx/content.php?id=4/Cartera-de-servicios>

⁶⁷ Id.

Obstáculos institucionales

- El personal de las Caravanas de Salud opera distintos programas de atención a la salud, siendo el cáncer de mama uno más de la gama de servicios que ofrecen;
- Es significativo destacar que las acciones dirigidas a la detección y atención del cáncer cérvico uterino, entre otros, representan una de las prioridades de acción dirigidas a la población femenina y de manera secundaria el cáncer de mama;
- Los promotores de las Caravanas de la Salud son hombres casi en su totalidad y puede inhibir el acercamiento de las mujeres a los servicios de prevención y atención;
- No se cuenta con una metodología para la sensibilización e información de la población diferenciada por edad, sexo y pertenencia a un grupo originario;
- No existe personal comunitario ni institucional que opere en las localidades, especialmente capacitado, para la prevención y detección oportuna del CaMa;
- No se dispone de unidades móviles equipadas para la detección oportuna de este padecimiento y las mujeres de algunas regiones no pueden acceder a los servicios por las distancias geográficas;
- No se cuenta con material didáctico ni informativo suficiente ni culturalmente adecuado para la diversidad poblacional a la que se dirigen las acciones de prevención y detección oportuna;
- No se identificaron acciones para que de manera expedita se realice la canalización de pacientes identificadas con algún síntoma de alarma a las unidades de segundo y tercer nivel de atención;
- No hay conocimiento generalizado por parte del equipo de campo sobre los procedimientos para la canalización a otros niveles de atención;
- No existe un mecanismo formal para el seguimiento de casos:

- No se consideran cuestiones culturales diferenciadas de acuerdo al tipo de población para las acciones de prevención, canalización, atención y seguimiento;
- La invisibilidad de las cuestiones culturales en la práctica médica hegemónica institucional propia del modelo biomédico;
- Los costos por los exámenes clínicos, los servicios de atención y materiales de curación, no son accesibles a toda la población y en los casos de apoyos no son generalizados para toda la población y,
- La poca incorporación a las acciones y bajo reconocimiento del trabajo de las auxiliares de salud como vínculo entre las comunidades y las instituciones del sector salud.

Obstáculos socioculturales

- La distancia cultural entre las expectativas del personal institucional y la población beneficiaria en torno a los procesos de salud-enfermedad, incluida la concepción del cuerpo y las técnicas invasivas de la medicina alópata;
- La imposibilidad femenina para la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud, autodeterminación y autonomía, derivada de los estereotipos de género y el machismo que se constituyen como prácticas tradicionales dañinas;
- La falta de reconocimiento de la condición y posición de las mujeres por parte del personal de salud ante la autoridad masculina;
- La vergüenza y la pena de las mujeres ante las prácticas médicas que se ejercen sobre el cuerpo femenino;
- Distancias lingüísticas por la concentración de servicios en zonas hispanoparlantes y distancias culturales con el personal de salud;
- La inexistencia de redes sociales de apoyo y de mediación comunitaria para las mujeres que posponen su atención a la satisfacción de las necesidades familiares que ellas cubren y,

- La falta una estrategia para la participación comunitaria que rompa el esquema de pagos y entrega de despensas a cambio, utilizados por ciertos programas de carácter social.

Obstáculos geográficos

- Poca disponibilidad de equipo y servicios en la región de origen, ya que éstos están ubicados en zonas lejanas o por la carencia de transporte para acceder a ellos y,
- Recursos económicos limitados para la movilidad y permanencia en otros lugares.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este apartado es analizar la información cuantitativa y cualitativa recabada en este estudio y reportada en los apartados previos, desde la perspectiva de género y de la interculturalidad. Incluye la información de 64 entrevistas realizadas con personal de salud mediante el cuestionario estructurado en tres regiones del estado (región centro 17, costa 16 y sierra 31) y 15 entrevistas a profundidad (2 región centro, 6 costa y 7 sierra) y la información recabada en las entrevistas estructuradas a 543 mujeres del estado de 25 años y más de las mismas regiones. Asimismo, se generó información de las y los prestadores de servicios de salud del componente comunitario a través de la celebración de 11 *Talleres de Capacitación a Promotoras Comunitarias de la Salud en el Modelo de Intervención Comunitaria con Perspectiva de Género* en los que participaron 146 personas.

Este apartado está dividido en 4 secciones que corresponden los elementos que señala la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. En cada una de ellas, se integra la información obtenida de las y los distintos personajes entrevistados, reuniéndose los datos que en el cuerpo de este documento se trataron de manera independiente en subtemas para mostrar la riqueza de los datos y que en este caso se articulan a fin de desarrollar un análisis que muestre la perspectiva de las y los prestadores de servicios de salud, institucionales y comunitarios y de la población femenina a la que se dirigen las acciones con respecto de los temas.

Para elaborar el marco conceptual, la metodología para la recolección de información y el análisis de la información recabada, se revisaron varios de los documentos normativos y programáticos en torno al cáncer de mama, tales como el *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, el *Plan Estatal de Desarrollo para el Estado de Nayarit 2005-2011*, el *Programa Estatal de Salud para el Estado de Nayarit, 2005-2011*, el *Programa de Acción 2007-2010 sobre Cáncer de Mama* y la *NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. Esta revisión ha permitido que esta sección también incluya algunas recomendaciones para mejorar la situación y la atención del cáncer de mama, con la intención de que sean tomadas en cuenta para elaborar y promover programas y acciones en materia de prevención, del diagnóstico oportuno, la atención y el seguimiento desde las instituciones públicas del estado.

6.1.- Prevención

En lo que se refiere al acceso a los servicios de salud, específicamente a los relativos al CaMa, la entidad cuenta con diversos niveles para la atención (27 unidades médicas, cinco Hospitales Generales y el Centro Oncológico) y en las unidades de salud del primer nivel de atención, ubicadas en los distintos municipios, si bien no disponen del equipo para la confirmación de diagnósticos de CaMa a través de la mastografía, sí cuentan con personal calificado para la realización de diagnósticos preclínicos.

Cabe señalar que la cobertura general de servicios de salud registró un aumento documentado en el 2005 (59.6%), comparativamente con las cifras que se tenían para el año 2000 (40.5%), por la creación del Seguro Popular que da cobertura al 32.9% de la población del estado, de las mujeres entrevistadas el 14.67% no es derechohabiente de ningún servicio de salud por lo que recurren a los servicios para población abierta que en este caso, es prestado por la Secretaría de Salud o bien con médicas/os particulares.

Ente las diferencias regionales se observa un menor número de mujeres derechohabientes en la región costa en la que un 18.28% no es derechohabiente de ninguna institución de salud, seguido de la región sierra (15.79%), la primera que supera con el 50% a la región centro (9%) y la segunda está casi siete puntos porcentuales arriba de la región de referencia. Las áreas geográficas donde el Seguro Popular tiene una población registrada más elevada es justamente en estas dos regiones (costa y sierra) por ser zonas donde las mujeres tienen menos posibilidades de un empleo con prestaciones sociales, no considerándose ellas mismas como trabajadoras o bien desarrollando actividades informales relativas al comercio o como trabajadoras por cuenta propia. Así, se observa que en la región sierra el porcentaje de mujeres entrevistadas que se declararon como trabajadoras asciende a 5.75%, en la región costa a 5.57% mientras que en la centro representó el 21.36%.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, el 67% de las mujeres entrevistadas declaró que cuando ella o un familiar se enferman, acuden a solicitar la atención a los servicios institucionales de salud, independientemente de la dependencia, seguido de aquellas que solicitan los servicios de un/a médico/a particular (12.9%) y en menor medida, acuden con algún/a médico/a tradicional (5.7%) o usan remedios caseros (4.5%). En comparación a estos datos, la información que brindan las y los prestadores de servicios refiere que la población en el 80% de los casos recurre a los servicios institucionales y el 20% a los no institucionales.

En cuanto a la etnicidad, las y los prestadores de servicios de salud institucional, reconocieron la residencia de personas pertenecientes a distintos grupos originarios en los municipios donde prestan sus servicios, principalmente Huicholes (44%), Coras (41%) y Tepehuanos (10%) y señalaron en el 80% de los casos, que personas de los distintos grupos indígenas asisten a solicitar servicios de salud a los Centros de Salud, ubicados en áreas más cercanas a sus lugares de residencia.

Cabe destacar que en ningún caso las y los prestadores de servicios de salud, informó de servicios especialmente diseñados para la población indígena, incluso solamente el 5% del personal que se ubica en unidades comunitarias habla alguna lengua indígena y el material de difusión e información que se maneja, de acuerdo a la opinión de las/os entrevistadas/os, en el 81% de los casos fue señalado con características uniformes para toda la población, lo que permite advertir que no se consideran aspectos culturales ni de género en el diseño de los materiales, reduciendo su impacto y eficacia.

Por lo que respecta a las mujeres entrevistadas el 2% declaró ser indígena y se define así partiendo de la premisa de que sus padres lo son (1.5%) o porque hablan una lengua indígena (0.5%). De acuerdo a las cifras estatales, las mujeres de 25 años y más hablantes de

una lengua indígena ascienden a 9 mil 206 mujeres en el estado⁶⁸. La pertenencia a un grupo originario, con el que se comparten la cultura y la lengua, en interrelación con servicios de salud diseñados para población homogénea, puede constituirse como una barrera para el ejercicio del derecho a la protección de la salud. Si no se consideran las características particulares de la población meta y si no existe la posibilidad de interactuar con las y los prestadores de servicios de salud en términos de exponer las propias necesidades y expectativas ni de entender la información que se les brinda, las mujeres usuarias de los servicios no podrán reconocer en ellos una alternativa adecuada para la atención de su salud. No disponer de materiales informativos culturalmente adecuados para los distintos tipos de población, acotará el alcance de las iniciativas en materia de difusión a nivel estatal.

Al respecto, la valoración que hacen las y los prestadores de servicios de salud del componente institucional y del comunitario, en torno a la disponibilidad de materiales para la difusión e información, muestra divergencias, ya que mientras que las y los primeros, institucionales, declararon contar con material adecuado en la mayoría de los casos, el personal comunitario (Auxiliares de Salud), señaló que era insuficiente e inadecuado. Estas posiciones encontradas se pueden explicar por el tipo de población que atiende cada uno/a de ellos y ellas. En este sentido, el personal comunitario está en una posición de desventaja al contar con material que no es culturalmente adecuado a los grupos de población a los que dirige sus acciones. Por estas razones, el lenguaje diferenciado por etnia y el diseño de materiales incluyentes, en imágenes y contenidos, son dos condiciones indispensables para la atención intercultural.

En materia de prevención la NOM-041-SSA2-2002⁶⁹, establece que el proceso de la consejería, está encaminado a la prevención, detección y diagnóstico del cáncer de mama y se inicia con actividades de promoción, educación y fomento a la salud. Este proceso supone brindar información, orientación y asesoría a la usuaria y sus familiares atendiendo a la exploración y expresión de los sentimientos, con objeto de disminuir los negativos y facilitar la toma de decisiones. Señala también, que requiere ser realizada por personal calificado y realizarse en las unidades de consulta externa y hospitalización, en centros de atención comunitaria o en el domicilio de la usuaria cuando: es mayor de 25 años, presente factores de riesgo, en consulta prenatal, cuando es candidata a cirugía mamaria o se encuentre en tratamiento con quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.

Al respecto, el 51% de las/os entrevistadas/os del componente institucional, declararon realizar acciones de consejería, sin embargo, el 49% de ellas/os no la realiza aún cuando han sido capacitados para ello en el 67% de los casos y cuando se pidió que identificaran al personal idóneo para dicha actividad el 58% mencionó al área médica y de psicología (29% en cada caso), seguido de enfermería y oncología(14% respectivamente) y trabajo social (9%). De acuerdo a estas cifras, se puede afirmar que existe el personal capacitado

⁶⁸ Estimaciones por rango de edad, elaboradas a partir de la información de INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. Población de 5 años y más por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de habla indígena y habla española.

⁶⁹ NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Capítulo 14. Educación continua al personal de salud, apartado 6.

para ampliar la cobertura de los servicios de consejería en los diferentes niveles de atención, pero no se reconoce que el personal de salud que trabaja directamente en las localidades pueda realizarlo, como es el caso de de las/os promotoras/es de acción comunitaria y tampoco las Auxiliares de Salud.

Por otra parte, de las mujeres entrevistadas el 73% de ellas declaró haber recibido información de manera directa sobre el cáncer de mama de parte del personal de salud, médicas/os principalmente (213 casos) y de enfermeras y trabajadoras sociales (53 personas). El 26% declaró no haber recibido ninguna información y el 1% de ellas declararon haber sido diagnosticadas con el padecimiento. Con respecto a las diferencias intrarregionales, las mujeres de la región costa declararon haber recibido información de manera directa con el mayor porcentaje (70.53%), seguido de las mujeres de la región centro (50.27%) y en mucha menor medida las mujeres de la región sierra (10.95%). Estos porcentajes refieren un área de oportunidad al fortalecer las acciones de información dirigidas a las mujeres de la región sierra de manera prioritaria y reforzarlas en el resto de las regiones.

En lo que hace al tipo de información recibida por el 73% de las entrevistadas recuerdan con mayor claridad la autoexploración en el 100% de los casos y refieren algunas de ellas (26%) las indicaciones para realizársela, como practicarla de manera rutinaria durante el baño, especialmente cuando se tiene la menstruación y sólo un caso hace referencia a la menopausia como un factor de riesgo, mientras que cuestiones hereditarias fue mencionado en dos casos y los golpes en uno, de lo que se puede suponer ha sido información significativa en términos de la detección oportuna. Las mujeres que no han recibido de manera directa ninguna información sobre el cáncer de mama y que representa el 26% de la población entrevistada en la entidad, se concentran los más altos porcentajes en los municipios de Ruíz (50%), Jala (45%) y Tuxpan 41%. En comparación con la información proporcionada por las y los prestadores de servicios institucionales, los temas de los que se le informa a la población femenina son principalmente los factores de riesgo (16%), tema que es declarado sólo por 4 de las 543 mujeres entrevistadas, los procedimientos para la detección (16%), seguido de la autoexploración (15%) y las manifestaciones clínicas del CaMa. La exploración clínica, las características y efectos colaterales de los tratamientos, se informaron en el 11% de los casos y ninguno fue referido por las mujeres.

Sobre la capacitación al personal de salud, específicamente para difundir información sobre CaMa en la población, el 87% declaró estar capacitada/o para ello y el 10% no. De acuerdo a la información recabada en las entrevistas a profundidad, las y los prestadores de servicios señalaron que estas acciones de información se desarrollan a la par de otros programas y no existe una metodología específica que unifique los criterios para la información de la población femenina.

Al respecto y de acuerdo a la NOM-041-SSA2-2002, establece que “las instituciones del Sector Público deben desarrollar planes de capacitación y actualización para médicos, patólogos radiólogos, técnicos radiólogos y todo aquel personal de salud que se encuentre

involucrado en el programa de prevención y control de cáncer mamario⁷⁰, en las unidades entrevistadas el 94% del personal institucional ha sido capacitado mayoritariamente en protocolos de atención y tratamientos, mientras que solamente en un caso, se refirieron acciones de promoción. El porcentaje que no ha recibido ninguna capacitación representa el 4%. Cabe destacar que esta capacitación no se ha realizado a todo el personal de las unidades de salud (64%), sino solamente a quienes en sus actividades cotidianas se relacionan directamente con el área de oncología ni se han incluido temas sociales y de metodologías para favorecer la participación social como una prioridad. Del personal que ha sido capacitado, el 57% ha recibido dicha capacitación en los últimos meses, en menor medida en el último año (30%) y el 11% más de un año atrás, esta cifra ofrece un área de oportunidad para fortalecer al personal que nunca ha sido capacitado y actualizar a quienes participaron hace un año o más, además de incluir temáticas sociales que favorezcan la participación social, la interculturalidad y la perspectiva de género y a la par formar al personal que tiene contacto directo con la población en materia de la prevención primaria y secundaria potenciaría un mayor impacto como efecto de la información proporcionada.. Asimismo, una vertiente adicional consiste en impulsar acciones internas de manera sistemática entre el mismo personal para el intercambio de información o de evaluación.

Asimismo, efectuar una caracterización de los distintos grupos de población tendría un mayor impacto al representar para la población aprendizajes significativos. Al respecto, las y los prestadores de servicios del componente institucional, señalaron que ofrecen la información a toda persona que la solicita en el 51% de los casos, seguido de mujeres mayores de 40 años (17%). En tercer lugar se identifican otros, que de acuerdo a lo expresado por las y los entrevistadas/os se trata de las pláticas que se dan en las salas de espera consulta externa, en campañas o en la misma consulta, aún cuando no haya sido el motivo por el que la mujer usuaria de los servicios se presenta. En menor medida, de acuerdo a lo declarado, se brinda información a las mujeres que han sido diagnosticadas y se encuentran en tratamiento 5% (quimioterapia, radioterapia), que son candidatas a cirugía (6%) o bien durante la consulta prenatal (3%). Con respecto a la identificación de los grupos de edad con mayor riesgo de padecer CaMa, las mujeres no señalaron información uniforme que hable de identificar rangos de edad más propensos para el CaMa ya que declararon que todas tienen el mismo riesgo en el 62% de los casos, mientras que el 16% señaló que es a partir de los 30 años cuando éste aumenta (16%). En menor medida se identificó a las mujeres cuando son madres (7%) y después de los 40 años (4%). Otros porcentajes refieren edades de riesgo desde los 15 años 2% y a partir de los 35 años 1%. En relación a las causas de este padecimiento, las mujeres refirieron mayoritariamente los factores hereditarios (18%), seguido del descuido o la desidia para atenderse y la falta de atención médica (16% en cada caso). En menor medida se señalaron los golpes, caídas o que les soplen en el pecho (8%) y no amamantar (5%). La ignorancia y que no se revisan representó el 4% y el miedo y la vergüenza el 3%. Otros factores como la alimentación, la promiscuidad, no atenderse a tiempo o relacionado con el número de hijos fueron referidos en el 2% de los casos cada uno de ellos, mientras que el uso de métodos anticonceptivos, factores religiosos, falta de recursos económicos o tener quistes se mencionaron en el 1% de los casos.

⁷⁰ NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Capítulo 14. Educación continua al personal de salud, apartado 14.2

Sobre las acciones que identificaron las mujeres para prevenir el CaMa a título individual, en primer lugar refieren la autoexploración (34%), seguido de no hacer nada porque es una enfermedad que no se puede prevenir (25%) y la atención médica (20%), mientras que acciones como la realización de estudios de laboratorio (9%) y el cuidado de la alimentación (3%) representaron los menores porcentajes. Cabe señalar que el 4% declaró no saber qué acciones desarrollar para prevenir esta enfermedad.

En contraste, cuando se preguntó sobre qué medidas podrían desarrollarse en su localidad para prevenir esta enfermedad, el 50% de las mujeres entrevistadas declaró la atención médica continua, seguido de la autoexploración (18%) y el 15% señaló no saber qué hacer para prevenirlo. El 5% señaló que recibir información es una de las medidas y en igual porcentaje, realizarse estudios. Acciones como cuidar la alimentación se observan en menor medida (3%) y no se puede hacer nada representó al 1% de la población en contraste con la primera cifra obtenida en este rubro (25%). En este sentido, la concepción de la colectividad actuando a favor de un objetivo pareciera de un mayor alcance que las acciones que se emprenden a título individual. También podría considerarse que por razones de género, las mujeres en solitario se sienten con menos autonomía para impulsar iniciativas para el cuidado de su salud que cuando éstas se comparten con el resto de las mujeres del grupo de pertenencia. Sea cual sea la interpretación al respecto, involucrar a las comunidades en materia de difusión de información y de acciones para la prevención podría tener mayores alcances al incorporar a las mujeres colectivamente.

En lo que hace a los exámenes que las mujeres entrevistadas identificaron para la detección del cáncer de mama, el 86% de ellas señaló que conocían al menos uno. De las mujeres que declararon conocer alguno, la autoexploración fue el más conocido (48%), seguido de la mastografía (36%), el ultrasonido (8%) y la revisión médica (4%). Cabe señalar que dieron más de una respuesta refiriéndose a la autoexploración y a la mastografía el 17% de las mujeres, a la autoexploración, ultrasonido y mastografía el 3% y a la autoexploración y revisión médica el 2%. El 14% de las mujeres no conocía ninguno. De las mujeres entrevistadas el 60% de los casos, declaró haberse realizado algún procedimiento para la identificación de anomalías, mientras que el 33% nunca lo ha hecho. Sobre el conocimiento de alguna mujer cercana que se ha realizado, al menos una vez, exámenes para la detección del cáncer de mama el 60% de las mujeres entrevistadas declaró conocerla, mientras que el 40% no conoce a ninguna y en la región sierra ninguna de las mujeres entrevistadas conocía a otra que se hubiera practicado algún examen. En este sentido, la prevención secundaria que implica la participación de la población de una manera más activa, requiere primero, informarse del procedimiento para la autoexploración de mamas y en segundo lugar realizarlo.

El 48 % de las mujeres declaró conocer a una mujer con el padecimiento y 52% no, que relacionado con las relaciones de parentesco con alguna mujer diagnosticada, el 80% señaló no tener una familiar con el padecimiento, mientras que el 13% de ellas sí, mientras que las y los prestadores de servicios de salud, informaron que se recomienda la mastografía como parte del diagnóstico clínico, a todas las mujeres mayores de 40 años, con mayor énfasis a partir de los 50 años y cuando se identifica alguna anomalía que podría sugerir CaMa. Cabe destacar que cuando una mujer tiene antecedentes familiares no fue señalado en ningún caso, siendo una de las

causas de este padecimiento el factor hereditario, es necesario intensificar las acciones de información para el diagnóstico oportuno de la enfermedad en la población que refiere a alguna familiar.

En cuanto al nivel de conocimiento de las mujeres sobre los requisitos para realizarse los exámenes para el diagnóstico del cáncer de mama en las unidades de salud, la mayoría de las entrevistadas (77%) los desconoce y solamente una proporción menor (23%) declaró conocerlos. De las mujeres que declararon conocerlos el 31% refirió con el mayor porcentaje que se accede a los exámenes cuando el/la médico/a da la indicación para realizárselos, seguido de presentarse “limpias” (22%) y ser derechohabiente de alguna institución de salud (17%). En menor medida tener la edad recomendada y pagar los servicios con el mismo porcentaje (12% respectivamente). Informar a la población los requisitos para la realización de exámenes, lugares en donde se practican, condiciones para acceder a ellos y los factores de riesgo, son acciones que requieren ser reforzadas en el marco de lo que la NOM-041-SSA2-2002 como un criterio para la atención.

6.2.- Diagnóstico

Dentro de las principales causas que identificaron las mujeres como obstáculos para no asistir a los servicios de detección oportuna, está el factor económico que representó el mayor porcentaje (32%), seguido de no tener tiempo para asistir (21%). En menor medida que no la deja asistir su marido (8%) y la lejanía física de los servicios (5%). En contraste, las y los prestadores de servicios señalaron que las razones por las cuales las mujeres no acuden oportunamente a los procedimientos de prevención son la desinformación (28%), seguido de otros (24%) como la ignorancia, la no aceptación de la enfermedad y la pena. En menor medida la desidia (14%), entendida en este caso como la poca motivación para realizarse los exámenes, por razones de género (el esposo se lo prohíbe 13% y que las mujeres no pueden decidir por sí mismas (5%). Cabe destacar que el acceso a los servicios (7%) y la situación económica de las mujeres (8%) son dos elementos que se identificaron también como obstáculos para el diagnóstico oportuno como razones secundarias mientras que en el caso de las mujeres fueron identificadas como las principales.

Entre las actividades más representativas para el diagnóstico clínico desde la opinión de las y los prestadores de servicios, la exploración de mamas es la más representativa, siendo realizada en el 30% de los casos, seguido de la mastografía o mamografía (24%) y el ultrasonido y la biopsia con el 16% en cada caso. En relación a las acciones de prevención primaria, el 53% de las y los entrevistados refieren como responsable al personal de enfermería y en segundo lugar al personal médico, mientras que el 11% está representado por imagenólogos, radiólogos y personal de medicina preventiva. La gran mayoría del personal entrevistado, aún cuando no realice los exámenes de prevención primaria del CaMa de manera rutinaria si ha sido capacitado y entrenado para su realización (96%). Señalaron también, en el 80% de los casos, que se realizan exámenes clínicos para la detección del CaMa y que éste se realiza de manera anual, como seguimiento a las mujeres que presentaron alguna anomalía (67%).

En cuanto al tamizaje, las y los prestadores de servicios de salud entrevistados, en un porcentaje significativo (27%) refieren no saber si se practica en su unidad, resultado que puede estar influido por el desconocimiento del término y de su significado en el primero y segundo nivel de atención. Por otra parte, el 27% asegura que sí se practica en su unidad. La mastografía diagnóstica, que es recomendada a las mujeres con síntomas de patología mamaria a partir de los 35 años y a mujeres jóvenes con sospecha de cáncer mamario independiente de la edad, el 80% de las y los entrevistados refirieron que sí la practicaban, aunque no sucede con las unidades del primero y segundo nivel ya que no cuentan con el equipo y el personal calificado para ello, como se constató en las entrevistas a profundidad realizadas.

En lo que se refiere a la capacitación sobre los documentos normativos y programáticos sobre cáncer de mama, el 67% de las y los prestadores de servicios refiere conocerlos y el 22% no. De quienes señalaron conocerlos el 46% refiere el Programa Nacional de Salud, el 3% al Programa Estatal de Salud y el 12% a otros documentos entre los que se encuentra la NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Difundir los contenidos de estos documentos, especialmente de la NOM presenta un área de oportunidad que favorecería la identificación de acciones competentes por área de intervención y los procesos establecidos para cada etapa en relación al CaMa.

Con respecto al equipo para la detección del CaMa, en este caso el mastógrafo, solamente disponen de él en el Centro Oncológico ubicado en Tepic, por lo que las y los entrevistados declararon en el 76% de los casos, no contar con el equipo necesario en su unidad por lo que refieren a las mujeres a Tepic o a Guadalajara, Jalisco.

En las entrevistas a profundidad con prestadores/as de servicios de salud, se informó que se cuenta con un mastógrafo con estereotaxia analógico, que de acuerdo a la información del Programa Estatal de Acción de Cáncer de Mama, éste no estuvo en funcionamiento en 2010; un mastógrafo digital, un ultrasonido de alta resonancia, un mamotome, que por falta de recursos no se encuentra en operación y un equipo de radioterapia. Se ha reconocido en el propio Programa Estatal de Cáncer de Mama que uno de los problemas más importantes es la insuficiencia de personal, equipo y unidades médicas para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral y que es indispensable identificar y gestionar la formación y contratación del personal médico y técnico especializado necesario, así como el equipamiento para el tamizaje, el diagnóstico y tratamiento que incluye desde equipos de imagen como mastógrafo y ultrasonido, hasta unidades de radioterapia; la construcción de unidades especializadas en la detección, diagnóstico y tratamiento y garantizar el funcionamiento del equipo que actualmente existe en las unidades, a través de estrategias que incrementen la demanda de la detección y el uso eficiente de los recursos de personal, así como reforzar la capacidad resolutoria de los centros oncológicos que ya están en operación.

6.3.- Atención

Sobre los tratamientos médicos para la cura del cáncer de mama, el 57% de las mujeres entrevistadas declaró no conocer ninguno y en mucho menor porcentaje quienes señalaron conocerlos (14%). Especialmente en este caso, cuando hablamos de una enfermedad que se ha relacionado culturalmente con la muerte, el desconocimiento de las alternativas para su cura y su eficacia puede ser un obstáculo para la continuidad de los tratamientos médicos, e influir en la decisión de las mujeres de no iniciarlos, posponerlos, interrumpirlos o abandonarlos. En los municipios de San Blas y Rosamorada ninguna mujer declaró conocer algún tratamiento para la cura del CaMa, seguido por Compostela (82%) y Jala y Bahía de Banderas (72%), mientras que en los municipios donde señalaron conocerlos con mayor frecuencia están Ahuacatlán (67%), Tuxpan (59%) y Tecuala y Santiago Ixcuintla con el mismo porcentaje (47%). Estos municipios se localizan en las tres regiones seleccionadas de la entidad, por lo que impulsar acciones informativas estatales, debe ser una de las estrategias para alentar la prevención y detección oportuna de la enfermedad.

Con respecto a los efectos colaterales de los tratamientos médicos, el 44% de la población entrevistada, informó conocerlos, sin embargo, más de la mitad, (8% no los conoce y 47% no respondió), porcentajes que muestran un desconocimiento significativo. La experiencia de algunas organizaciones civiles⁷¹, han evidenciado que los efectos colaterales de los tratamientos en muchos casos afectan de manera directa la recuperación de las usuarias, favoreciendo la interrupción o abandono de dichos tratamientos por considerar que les causan más daño ya que su impacto se manifiesta en muchos casos por la caída del cabello, náuseas, debilidad y estados depresivos. En este sentido informar a las pacientes sobre los efectos colaterales podría apoyar la continuidad en su uso. Cabe señalar que el municipio donde se declaró no conocer los efectos de los tratamientos mayoritariamente fue San Blas donde el 100% de las mujeres entrevistadas así lo señaló, mientras que en el municipio de Rosamorada señalaron en mayor proporción sí conocerlos (75%).

Sobre la percepción de las mujeres entrevistadas sobre los principales problemas personales y familiares que enfrenta una mujer con CaMa son desconocidos para el 21% de las mujeres entrevistadas, mientras que para quienes sí identificaron algunos de ellos, en primer lugar señalaron que la deja o rechaza la pareja (17%), seguido de depresión (16%), quedarse sin dinero por el elevado costo de los tratamientos (9%), la rechaza su familia (7%), pierde su empleo (5%), enfrenta problemas emocionales (4%), piensan que es contagioso y baja autoestima con el mismo porcentaje (2%) y, no la quieren sus amigas (0.5%). Estas percepciones, explican las razones que las mujeres entrevistadas refieren como causas por las que las mujeres interrumpen o abandonan los tratamientos médicos para la cura del CaMa y en primer lugar, con el porcentaje más alto, señalaron no tener dinero (28%), seguido por temor o sentirse enfermas, ambos con el 14%. Mientras que aspectos como la baja autoestima (5%), que son dolorosos (4%) o por problemas familiares (3%) se reconocen en menor medida. Otras razones se refieren a la desidia, poco reconocimiento del valor curativo de los medicamentos, la ignorancia y que no las atienden bien en el hospital, representó en 2% en cada caso. Dos elementos relacionados

⁷¹ Red Contra el Cáncer, Criterios para la atención de la salud femenina. México, 2006. p23.

con los estereotipos de género, son que no tiene quien cuide de su casa e hijas/os y que el marido no las deja continuar se señalaron en el 1% de los casos respectivamente. En este sentido, favorecer la creación de redes sociales de apoyo ya sean familiares o comunitarias podría apoyar a las mujeres para que inicien de manera inmediata los tratamientos sin retrasos por la búsqueda de alguien que las apoye en las labores domésticas o del cuidado de las y los hijos.

Con respecto a la percepción de las y los prestadores de servicios sobre las características de la atención en relación con los recursos disponibles y las necesidades de la población que atienden, destacó que la saturación en los servicios, la falta de recursos materiales, de equipo y humanos en muchas ocasiones provoca que la atención de una mujer se retrase de manera significativa y señalaron que el tiempo para la atención de una mujer puede ampliarse hasta 21 días (13%) y con el mismo porcentaje, de 21 a 45 días. Una vez emitido el diagnóstico estos periodos pueden ser considerados muy amplios para las mujeres especialmente cuando se refiere al cáncer y a la valoración social sobre esta enfermedad, así las mujeres entrevistadas hicieron referencia a los largos tiempos de espera en el 12% de los casos.

Con respecto al personal de salud para la atención especializada, se cuenta con los siguientes perfiles en la entidad de acuerdo al Programa Estatal de Acción de Cáncer de Mama⁷²: Técnico/a radiólogo/a (2), Radiólogo/a (2), Oncólogo/a médico/a (1), Oncólogo/a quirúrgico/a (1) y Patólogo/a (1) y como se señala en dicho documento, “se requiere ampliar la plantilla de personal en aproximadamente 100%, principalmente con especialistas en radiología, cirugía oncológica, oncología médica y patología, para atender a 55,134 mujeres de 40 a 64 años de edad; en lo relacionado con el tamizaje a un poco más de 90 mujeres diagnosticadas cada año con cáncer de mama a quienes se les debe proporcionar servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento”.⁷³ Esta carencia de personal se hace evidente ya que solamente las mujeres que acceden a los servicios de salud institucionales tienen mayor posibilidad de tener contacto con el tema, por lo que el 26% declaró no haber recibido ninguna información. En este sentido, el personal de salud comunitaria, no ha sido considerado y éste constituye el enlace entre los servicios institucionales de salud y los comunitarios.

6.4.- Referencia y contrarreferencia

En los servicios del primer nivel de atención, se realiza la detección y la referencia al segundo nivel, en caso de identificarse alguna anomalía mamaria. Asimismo, en el segundo nivel de atención se realiza la detección, el diagnóstico y la referencia de la mujer al tercer nivel donde recibirá el diagnóstico, tratamiento y control y, en su caso, se realiza el proceso de contrarreferencia del tercero al segundo nivel y de éste al primero. Estos procesos de referencia o canalización a servicios donde se ofrece atención especializada

⁷² Programa Estatal de Acción de Cáncer de Mama. Op.Cit. p.19

⁷³ Ídem. p.18

deben hacerse mediante el proceso de la consejería, como lo establece la NOM-041-SSA2-2002. Al respecto, el 42% de las entrevistadas/os, señalaron que las mujeres que son identificadas con alguna anomalía en el primer nivel de atención son canalizadas a otras unidades de segundo o tercer nivel, mientras que 38% expresaron que los casos identificados son tratados en las misma unidad donde se confirmó el diagnóstico.

En relación a la referencia del primero y segundo nivel de atención al tercero, las y los entrevistados señalaron en el 95% de los casos, que ésta es indicada por el personal médico y que éste es quien emite el formato u hoja de referencia, que en el 94% expresaron contar con uno especialmente diseñado para ello. Sin embargo, se obtuvo información en las entrevistas a profundidad sobre algunos obstáculos que enfrentan las mujeres en el tránsito de un nivel de atención a otro, como la falta de personal el día que se tenía programada a la mujer para cirugía, por ejemplo.

El seguimiento que se le da a las mujeres que han sido referidas a otras unidades solamente se realiza mediante un formato de contrarreferencia en el 2.7% de los casos, mientras que el 19% declaró que el seguimiento se da mediante las citas consecuentes ya sean mensuales o trimestrales y el 8% señaló que este procedimiento se realiza con visitas domiciliarias de las/os promotoras/es de salud o de otro personal de salud. En el 70.3% de los casos no se realiza de manera formal y las entrevistas a profundidad se identificó que el personal comunitario realiza un seguimiento cercano a las mujeres de sus propias localidades ya que es frecuente que el seguimiento se realice con mayor intensidad en las localidades pequeñas por la cercanía que tiene el personal de salud con la población, seguimiento que inicia posterior al diagnóstico y se realiza en muchos casos, durante todo el proceso. Revitalizar este procedimiento en el ámbito institucional y comunitario a fin de garantizar la continuidad de las mujeres en los tratamientos y los cuidados para el restablecimiento integral de su salud, es una condición para el pleno ejercicio de su derecho a la protección de la salud.

7.- FUENTES DOCUMENTALES

- **Calderón Benavides, Carmen.** Mujeres con cáncer cérvicouterino después del tratamiento. Mimeo s/f. 25 págs.
- **Caras de Esperanza, A.C. *Mujeres haciendo frente al cáncer.*** Informe anual 2005. México. En: www.fundacioncarasdeesperanza.org
- **Consejo Nacional de Población.** Principales causas de mortalidad en México, 1980 – 2007. México, 2010. p.40
- **Género y Salud Reproductiva.** Situación actual del cáncer de mama en México. En: http://generosaludreproductiva.gob.mx/content.php?id_rubrique=6&id_article=5
- **Gobierno del Estado de Nayarit.** Plan Estatal de Desarrollo 2005- 2011. Cap. VIII. Políticas Públicas Políticas de Desarrollo Social. Salud. Pág. 2 y 3
- **Gobierno del Estado de Nayarit.** Programa Sectorial de Salud. Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011, pág. 6 En: <http://www.ssn.gob.mx/transparencia/frac06/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202007-2011%20Octubre%202007.pdf>
- **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI.** Información Estadística. Recursos materiales seleccionados en instituciones del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa, 2003 y 2004 Actualizado el 17 de enero de 2006.
- **Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Carso, Fundación Mexicana para la Salud y Competitividad y Salud.** Informe. Proceso social del cáncer de mama en México. Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud. Versión preliminar 1. Abril, 2009.
- **Martínez Montañez, Olga Georgina, Uribe Zúñiga Patricia y Mauricio Hernández Ávila.** Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. En: Salud Pública de México. Vol. 51, suplemento 2 de 2009. p. 351.
- **Nigenda López, Gustavo, et.al.** Proceso social del cáncer de mama en México. Perspectiva de mujeres diagnosticadas, Fundación Mexicana para la Salud, 2009. pp.14-15.
- **Organización Panamericana de la Salud.** 1998. www.paho.org/default_spa.htm.

- **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.** Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OPS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC, 2002. s/p
- **Programa Estatal de Acción de CaMa,** Nayarit. Servicios de Salud Nayarit, 2010.
- **Protocolos de Procedimientos de CaMa.** Centro Estatal de Cancerología de Nayarit.
- **Secretaría de Salud.** Norma Oficial Mexicana, NOM-041-SSA2-2002, para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de la Mama, México, septiembre, 2003,
- **Secretaría de Salud.** Boletín de Información Estadística. Servicios otorgados y programas sustantivos. Volumen III. No. 23 y 24, México, D.F.
- **Secretaría de Salud.** Programa de Acción 2007-2010. Cáncer de mama. 1ª. Edición, México, 2008. p.9
- **Secretaría de Salud.** Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México 2007. Anexos p.165
- **Vega Saldaña, Arturo.** Subdirector de Prevención y Control de Cáncer de la Mama del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. En: Conferencia de prensa de la Red Contra el Cáncer el 26 de mayo de 2006.