

Metodología de Intervención Institucional con Perspectiva de Género para la Prevención del Cáncer de Mama Nayarit, 2010



Metodología de Intervención Institucional con Perspectiva de Género para la Prevención del Cáncer de Mama 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.

**Metodología de Intervención Institucional con Perspectiva de Género para la Prevención del Cáncer de Mama
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

Diseño de documento:

Gabriela Infante Hoyos

Presentación.....

Introducción.....

1. Diagnóstico.....

1.1.- Barreras estructurales y propuestas.....

1.1.1.- Acceso a los servicios.....

1.1.2.- Pertenencia a un grupo originario.....

1.1.3.- Marginación y pobreza.....

1.1.4.- Monolingüismo.....

1.2.- Barreras Institucionales y propuestas.....

1.2.1.- Recursos de equipamiento.....

1.2.2.- Recursos humanos.....

1.2.2.1- Personal capacitado en CaMa.....

1.2.2.2.- Conocimiento de los documentos normativos y programáticos para el CaMa.....

1.3.- Barreras culturales y propuestas.....

- 1.3.1.- Consejería.....
- 1.3.2.- Información para la prevención y detección oportuna.....
- 1.3.3.- Diagnóstico.....
- 1.3.4.- Atención.....
- 1.3.5.- Referencia y contrarreferencia.....

2.- Metodología de intervención institucional.....

- 2.1.- El fortalecimiento institucional y comunitario
- 2.2.- La articulación entre dependencias del sector salud y otras con finalidades sociales semejantes.....
- 2.3.- El Impulso estrategias para la información a la población a través de la óptima utilización de medios masivos de comunicación, incluida la radio indígena
- 2.4.- La elaboración de metodologías para el trabajo grupal y de materiales culturalmente adecuados diferenciados por el tipo de población al que se dirigen las acciones

3. Documentos consultados.....

PRESENTACIÓN

El Instituto para la Mujer Nayarita, tiene como propósito “formular, coordinar y dar seguimiento a programas y acciones para mejorar las condiciones de vida de las mujeres en la entidad, a través del impulso de políticas públicas que incorporen la transversalidad de la perspectiva de género en las acciones y programas de gobierno, para conformar una sociedad equitativa e igualitaria en la que mujeres y hombres participen activamente en la vida económica, política, cultural, social y familiar, en ejercicio pleno de sus derechos humanos y el desarrollo integral de sus capacidades”.¹

Con el objeto de llevar a cabo acciones puntuales que impulsen la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de promoción y abordaje de la salud de las mujeres, se presenta esta metodología de intervención institucional para prevenir el cáncer de mama, que ha sido estructurada a partir de los resultados obtenidos con el *Diagnóstico para determinar las causas de la falta de prevención, atención y seguimiento del cáncer de mama en las mujeres del estado de Nayarit* (en adelante Diagnóstico Estatal) y con los *Talleres de Capacitación a Promotoras Comunitarias de la Salud en el Modelo de Intervención Comunitaria con Perspectiva de Género*, realizados ambos a iniciativa del Instituto Estatal de la Mujer Nayarita, en el marco del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, 2010. A partir de estas acciones se obtuvo información cuantitativa y cualitativa de primera mano, sobre los factores sociales, culturales, económicos e institucionales que hacen prevalecer las brechas en materia de la prevención y atención de la salud de las mujeres, en cuanto al padecimiento de cáncer de mama.

Esta metodología de intervención institucional, está dirigida a personal de salud de las distintas dependencias de salud (medicas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os y radiólogas/os, entre otras/os) y busca ser un instrumento que apoye el diseño de estrategias institucionales a fin de favorecer la prevención y el diagnóstico oportuno de esta enfermedad en la entidad, tomando en cuenta que éste es uno de los

¹ Misión y Visión del Instituto Estatal de la Mujer Nayarita. En: <http://www.inmunay.gob.mx/index.php?option=com-content&view=article&id=4&Itemid=2>

grandes retos planteados en el *Plan Estatal de Desarrollo para el estado de Nayarit 2005-2011* y en el *Programa Estatal de Salud 2005-2011*, documentos programáticos que identifican entre las principales acciones ² para elevar el nivel de salud de la población, la necesidad de reforzar la oferta de servicios del primero y segundo nivel de atención para abatir el trato inequitativo existente en las zonas marginadas y la falta de una estrategia preventiva a los problemas de salud recurrentes³ en la entidad. El Programa Estatal de Salud, distingue además como una de las principales causas de mortalidad⁴ los tumores malignos entre la población general, y en materia de rezago epidemiológico identifica al cáncer cérvico uterino y mamario como los más importantes. En este sentido, dicho programa se propone entre sus metas a largo plazo, abatir ambos padecimientos a través de la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y del desarrollo de capital humano con enfoque de interculturalidad, mediante procesos de capacitación y de actividades tendientes a transversalizar la perspectiva de género. Asimismo, busca favorecer la corresponsabilidad de la población en el cuidado de su salud mediante una participación social más activa.

En este tenor, la herramienta metodológica que se pone a su consideración, tiene como fin apoyar las iniciativas que en la materia se propongan, a través del fortalecimiento de las capacidades de quienes participan del esfuerzo por disminuir las desigualdades sociales en materia de cuidado y protección de la salud femenina. Sin duda, es un documento susceptible de ser mejorado y retroalimentado por quienes participan en estas acciones y también ese es su propósito: ser un instrumento versátil, adaptable a las distintas condiciones que la realidad social exige.

² Programa Estatal de Salud para el estado de Nayarit, 2005-2011. Apartado 4.1. Problema principal.

³ Ídem. Apartado 4.3.4. Rezagos epidemiológicos en salud.

⁴ Ídem. Apartado 4.3.2.- Daños a la salud Durante los años de 2003 y 2005.

ANTECEDENTES

El cáncer es un problema de salud pública en el mundo, especialmente el cáncer de mama (CaMa), que en la última década ha aumentado significativamente su ocurrencia superando incluso al cáncer cérvico uterino (CaCu), que hasta el año 2006 se ubicó como la primera causa de mortalidad femenina por tumores malignos en México.

Los fallecimientos en el país a consecuencia de tumores malignos han evolucionado de manera diferente en el caso de los hombres y las mujeres. Entre la población masculina de 45 a 64 años, las muertes por tumores malignos se incrementaron de 104 defunciones por cada cien mil individuos en 1980 a 106.7 en 2007, lo que representa un aumento de 2.5 por ciento.⁵ 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 descendió 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]⁶.

De acuerdo a la información sobre defunciones por CaMa, para el año 2007 en México, “se notificaron 4 mil 597 muertes con una tasa de 16.5 por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, tres veces más que la cifra registrada

⁵ Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud de las Américas, Edición de 1990. p.12

⁶ Consejo Nacional de Población. Principales causas de mortalidad en México, 1980 – 2007. México, 2010. p.40

en 1955, con una edad promedio al morir de 59 años”⁷. Estas cifras representan un incremento de 9.7% en la mortalidad por esta causa en relación con la cifra obtenida en el año 2000⁸, siendo en las entidades del norte y centro del país donde se observa la mortalidad más alta.

El estado de Nayarit, por ejemplo, ocupa el lugar número 13 en las entidades con mayor número de fallecimientos por cáncer de mama⁹ 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 15.4.¹⁰

Con el objeto de atender ésta problemática de salud, el Programa Estatal de Acción de Cáncer de Mama 2010, se propone “establecer las políticas, estrategias y actividades más efectivas y eficientes para disminuir la mortalidad por cáncer de mama, en la promoción, detección, diagnóstico, tratamiento y control de este padecimiento [y] abatir el ritmo de crecimiento de la mortalidad en las mujeres Nayaritas por esta causa”,¹¹ para lo establece como objetivos específicos:

- “Reducir el riesgo de enfermar por cáncer de mama a través de la promoción de estilos de vida saludables, principalmente alimentación adecuada y actividad física.
- Incrementar la detección temprana del cáncer de mama, a través de la autoexploración de mamas, de la exploración clínica y de la mastografía, en mujeres según el grupo de edad.
- Garantizar el acceso al tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama, de forma gratuita, con oportunidad y con calidad.

⁷ Martínez Montañez, Olga Georgina, Uribe Zúñiga Patricia y Mauricio Hernández Ávila. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. Op. Cit. p. 351.

⁸ Secretaría de Salud. Programa de Acción 2007-2010. Cáncer de mama. 1ª. Edición, México, 2008. p.9

⁹ Id.

¹⁰ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México 2007. Anexos p.165.

¹¹ Programa Estatal de Acción de Cáncer de Mama, Nayarit, 2010. p.10.

- Mejorar la calidad de vida de la paciente con cáncer de mama, y
- Garantizar el tratamiento paliativo en mujeres con cáncer de mama terminal”¹²

Asimismo, dicho Programa, distingue tres niveles de intervención:

- a) Universal, dirigida al total de la población;
- b) Focalizada o selectiva, específica para un grupo poblacional, mujeres según el grupo de edad y,
- c) Dirigidas o indicadas, para mujeres con factores de alto riesgo en la causalidad del cáncer de mama, a las cuales se les proporcionará orientación y consejería, así como la detección a menor edad, o en el caso de mujeres con resultado anormal a la detección, se ofrecerá la confirmación diagnóstica oportuna y se proporcionará un tratamiento integral de calidad, incluyendo rehabilitación física y psicológica”¹³.

El Programa señala para el cumplimiento de los objetivos dos estrategias fundamentales que están presentes en todos los procesos y que por su importancia deben ser consideradas:

- “Unificar las acciones sectoriales a través de un Programa de Acción consensuado y la coordinación interinstitucional permanente y,
- Monitorear y evaluar de manera continua y sistemática las acciones de prevención y control del cáncer de mama”.¹⁴

Al respecto, cabe destacar que de acuerdo con el *Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer*, realizado por el Instituto para la Mujer Nayarita, de septiembre a octubre de 2010, en el que se llevo a cabo una estrategia integral¹⁵ para conocer los factores sociales, culturales e institucionales que promueven o impiden la

¹² Ídem. p.11

¹³ Ídem. p.12

¹⁴ Id.

¹⁵ La estrategia metodológica consistió en la recopilación de información a partir de tres actores fundamentales: (1) mujeres de 25 años y más que habitaban en la entidad al momento del estudio, (2) profesionales de los servicios de salud, 3) promotoras/es comunitarios de

atención oportuna del CaMa, se evidenció la necesidad de incorporar nuevas estrategias y de fortalecer algunas de las ya impulsadas, sobre todo en términos de la optimización de los recursos humanos y materiales y de ampliación de cobertura en las acciones de prevención, detección, canalización, atención y seguimiento, así como el impulso de estrategias innovadoras, interculturales y desde la perspectiva de género.

La información obtenida a través del estudio referido antes, abre distintas vertientes que se tornan en áreas de oportunidad ante un panorama donde se hace evidente favorecer la articulación inter e intra institucional de las dependencias de salud, las instituciones educativas, los medios masivos de comunicación, la sociedad civil y la población, a fin de evitar duplicidad en las acciones propuestas y que éstas tengan un mayor alcance en términos de informar a la población femenina en términos culturalmente adecuados y desde la perspectiva de género.

salud y auxiliares de salud. Para cada conjunto de actores se diseñó un instrumento particular con el objeto de obtener información sobre los factores sociales, culturales, de infraestructura e institucionales, que posibilitan u obstruyen la atención oportuna del cáncer de mama.

I.- DIAGNÓSTICO

La información que se presenta en este apartado, fue obtenida como se señala antes, a partir del Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer, y de los *Talleres de Capacitación a Promotoras Comunitarias de la Salud en el Modelo de Intervención Comunitaria con Perspectiva de Género*, realizados por el Instituto de la Mujer Nayarita en 2010. Se retoma aquella información que da cuenta de los elementos identificados, desde la óptica de los diferentes actores sociales e institucionales involucrados, como parte de las principales barreras u obstáculos para la prevención y el diagnóstico oportuno del cáncer de Mama. Asimismo, se recogen las propuestas que los propios actores sociales refirieron y que pueden traducirse en áreas de oportunidad.

Cabe señalar que las barreras y propuestas a las que nos referimos pueden agruparse en tres grandes rubros: en primera instancia están las *barreras estructurales*, que son aquellas que se encuentran en la base de un fenómeno social dado e implican la articulación de varios elementos de diferente naturaleza, por ejemplo, elementos sociales, culturales, económicos o políticos, con lo que los esfuerzos para superarlos dependen de los diferentes actores involucrados, y en el caso que nos ocupa, son barreras que para superarse requieren el esfuerzo de las instituciones y la sociedad en su conjunto. En segunda instancia se han considerado las *barreras institucionales*, que dependen básicamente de la voluntad política y de la capacidad de gestionar recursos, administrarlos adecuadamente y utilizarlos de manera responsable y eficiente, un ejemplo de estas barreras son la falta de infraestructura y personal capacitado para la prestación de los servicios. Por último, tenemos las barreras que devienen de las *concepciones culturales* y que consisten fundamentalmente en la falta de coincidencia entre los sistemas de valores, creencias y saberes de dos interlocutores, que en el caso que nos ocupa se expresa en la relación médico/a–usuaria de los servicios y en las concepciones distintas en torno a la salud y a sus cuidados. Se tratan a continuación estas barreras y en caso de haberse formulado propuestas, éstas se incluyen al final de cada rubro.

1.1.- Barreras estructurales y propuestas

Las barreras estructurales se refieren a aquellos obstáculos generados por el sistema sociopolítico y económico que se manifiestan a nivel comunitario, local, regional y nacional. El sistema prevaleciente, en las áreas rurales e indígenas puede identificarse con el paso de regiones campesinas a regiones con población que vende su fuerza de trabajo, esto es, de comunidades agrarias a comunidades asalariadas o migrantes en busca de mejores condiciones de vida y de fuentes de trabajo para lograr las condiciones mínimas de sobrevivencia en sus lugares de origen. Por ello, la importancia de reducir y eliminar las barreras estructurales favoreciendo el acceso a servicios de salud, entendiendo que la desigualdad social no es un fenómeno producido por la falta de integración de estas comunidades al modelo de desarrollo, al contrario se deriva de un modelo de integración asimétrico y desventajoso que no reconoce las necesidades, procesos y aspectos culturales particulares de estas comunidades. Entre estas barreras estructurales podemos distinguir el monolingüismo, la condición étnica y la marginación como elementos que condicionan el acceso a servicios de salud culturalmente adecuados.

1.1.1.- Acceso a los servicios (Servicios de salud disponibles en la entidad)

En el último período de gobierno, la infraestructura en salud ha sido uno de los ejes prioritarios de acción del gobierno estatal. En ese sentido, el incremento y mejoramiento de la oferta en salud ha tenido un impulso e inversión importantes. En la entidad se distinguen los tres niveles de atención, centrándose los de tercer nivel, en la capital del estado o en algunas de las cabeceras municipales. En dichas unidades se identifican distintos ámbitos, el institucional y el comunitario, donde se articulan las acciones que permiten brindar la atención a la población de áreas rurales y urbanas. Las dependencias de salud presentes pertenecen al IMSS, ISSSTE, DIF, Secretaría de Salud, Programa Oportunidades, Seguro Popular y la Secretaría de Marina. En materia específica para la atención del Cáncer de Mama, se cuenta con 227 unidades médicas de primer nivel, el Centro Oncológico y cinco Hospitales Generales¹⁶.

¹⁶ Ídem. p.18

El acceso a la atención de la salud y de acuerdo a las cifras estatales del año 2000 en comparación con las del 2005¹⁷, 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%), y PEMEX (de 1.1% a 0.6%). Sin embargo, se crea el Seguro Popular que da cobertura al 32.9% de la población del estado. Al respecto, el 16% de las mujeres entrevistadas declararon no ser derechohabientes de ningún servicio de salud y de las mujeres que sí son derechohabientes el mayor porcentaje declaró al IMSS (34%), seguido del Seguro Popular (21%), ISSSTE (17%) y Secretaría de Salud (9%).

El acceso a los servicios de salud en la entidad, presentan desigualdades importantes, mientras en las zonas urbanas se cuenta con servicios de primero y en algunos casos, segundo nivel de atención, en las regiones de mayor marginación, no existen servicios que se presten de manera permanente sino a través de unidades itinerantes como las Caravanas de la Salud que realizan acciones de atención primaria a la salud.

1.1.2.- Pertenencia a un grupo originario

Casi la totalidad de las mujeres entrevistadas señaló asistir a una unidad de salud institucional cuando se enferman ellas o sus familias en primera instancia y solamente el 0.6% de ellas señaló asistir con algún médico tradicional y con el pastor de la iglesia. En contraste, el 81% de las y los prestadores de servicios de salud entrevistados, afirmaron la asistencia de la población a solicitar la atención institucional en el 80% de los casos y el 20% recurre a la medicina tradicional. Sin embargo, la región de la sierra en la entidad, que no fue seleccionada en la muestra, presenta evidencia de importantes asentamientos de población indígena que habita en condiciones de alta marginación como es el caso de El Nayar. En esta área geográfica, existen servicios de salud institucional que por la lejanía de algunas de sus comunidades no dan cobertura completa a la población indígena asentada en la zona, por lo que gran parte de las acciones de las Caravanas de Salud se refiere a atención primaria itinerante. Estas

¹⁷ INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005. Condición de derechohabientes por municipio y tipo de servicio.

poblaciones para resolver sus problemas de salud inmediatos recurren primero a la medicina doméstica (remedios caseros) y en caso de no obtener resultados, asisten con médicos tradicionales,¹⁸ como se señala en el siguiente comentario:

*“Aquí en la ciudad, probablemente si sea la primera opción [la atención institucional] pero no en todas partes del estado. En las comunidades indígenas sí van primero con el Chaman o, en la sierra con el curandero, medicina naturista o alternativa y después, cuando ven que no ha habido mejorías o que ven que la paciente ha empeorado, es cuando recurren a los servicios de salud. Lamentablemente, este proceder cultural en muchas ocasiones ha traído como consecuencias el fallecimiento de pacientes que ya han llegado en un estado donde ha sido imposible hacer nada”.*¹⁹

En todo el mundo es una constante que en las áreas rurales e indígenas habitan los grupos sociales más rezagados en términos de desarrollo ya sea por su ubicación geográfica, por la falta de consideración de los aspectos culturales propios de cada pueblo originario o bien por valoraciones discriminatorias al encontrarse visiones distintas (la occidental y la indígena) sobre el cuerpo, de la salud y de la enfermedad. De acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda de 2005, en la entidad la población indígena está representada por un total de 41,689 personas. De las mujeres entrevistadas el 2% declaró ser indígena y lo refiere porque sus padres son indígenas (1%) y por hablar una lengua indígena (1%), que en el caso de las mujeres entrevistadas fueron pertenecientes a los Coras y Huicholes ubicadas en los municipios de Jala, Xalisco y Tepic. 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 estado.²⁰

¹⁸ Información obtenida a través de la realización de los *Talleres de Capacitación a Promotoras Comunitarias de la Salud en el Modelo de Intervención Comunitaria con Perspectiva de Género* celebrados en El Nayar.

¹⁹ Entrevista con la Dra. Martha Susana Sotelo Ortíz. Psico-oncóloga/Encargada del área de Psicología del Centro Estatal de Cancerología.Tepic. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

²⁰ Estimaciones por rango de edad, elaboradas a partir de la información de INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005. Población de 5

En las comunidades indígenas es una constante que se “tenga una prevalencia elevada las llamadas patologías de la pobreza, entre las que destacan el cólera, la tuberculosis, el paludismo, el dengue, la lepra, etc. Al mismo tiempo, la prevalencia de enfermedades consideradas urbanas como diabetes mellitus, cáncer e hipertensión arterial ha ido en aumento.²¹ Al respecto, en el siguiente apartado, se aborda la marginación y la pobreza como otro de los elementos que se consideran como obstáculos para el acceso a los servicios de salud.

1.1.3.- Marginación y pobreza

La población de áreas rurales²² e indígenas²³ en nuestro país forma parte de los estratos más pobres y desfavorecidos de la sociedad; con frecuencia sus niveles de vida son más precarios y aunque comparten algunas características en cuanto a sus condiciones de vida, no podemos decir que sus problemáticas sean las mismas, así como tampoco podemos decir que afecten de igual manera a los hombres y las mujeres. En este sentido, una

años y más por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de habla indígena y habla española.

²¹Avalos Tejeda, A. Los pueblos indígenas de México. México, Dirección General de Servicios de Bibliotecas. División de Política Social, Marzo 2001. En: Lerin Piñón, Sergio. Inequidad en salud e interculturalidad. Centro de Investigaciones y estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México, 2004.p.1.

²² La población se clasifica en rural o urbana por el número de sus habitantes. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), una población se considera rural cuando tiene menos de 2 500 habitantes, mientras que la urbana es aquella donde viven más de 2 500 personas. En: <http://cuentame.inegi.org.mx/glosario/default.aspx?Tema=G>

²³ El término indígena puede ser definido como una característica que relaciona la identidad de un determinado pueblo a un área específica y que lo diferencia culturalmente de otros pueblos o gentes. Las poblaciones indígenas están determinadas a conservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras sus territorios ancestrales y su identidad étnica. La identificación de sí mismos como individuos indígenas y su aprobación por parte del grupo son un componente esencial del sentido de identidad de los pueblos indígenas. La continuidad de su existencia como pueblos está íntimamente relacionada con la posibilidad de influenciar su propio destino y vivir de acuerdo a sus propios patrones culturales, instituciones sociales y sistemas legales; tienen una cultura y una economía disímiles a las de la sociedad dominante y su auto-identificación como indígenas es una pieza fundamental de su identidad. En: <http://www.iwgia.org/sw402.asp>

caracterización del tipo de organización social de cada grupo puede influir en los resultados que se obtengan de las iniciativas en salud, por ejemplo, los grupos originarios tradicionales, donde persiste un fuerte sentido de comunidad, tienden a favorecer el trabajo colectivo en iniciativas de salud, mientras que los grupos que son menos tradicionales y que han iniciado un proceso de mestizaje, suelen actuar en beneficio propio y el de sus familias y no de la comunidad. Estos grupos son más refractarios a la formación de redes sociales de apoyo.

De acuerdo a la información de CONAPO²⁴, en el estado existen tres municipios con muy alto grado de marginación, entendido éste como “ un fenómeno estructural que se origina en la modalidad, estilo o patrón histórico de desarrollo, (y se manifiesta) en una precaria estructura de oportunidades sociales para los ciudadanos, sus familias y comunidades, y los expone a privaciones, riesgos y vulnerabilidades sociales que a menudo escapan al control personal, familiar y comunitario y cuya reversión requiere el concurso activo de los agentes públicos, privados y sociales”²⁵ y que se refieren al porcentaje de población analfabeta de una localidad, el porcentaje de población con primaria incompleta y de los servicios de infraestructura dentro de las viviendas habitadas, como drenaje, energía eléctrica y agua. Dichos municipios son Del Nayar con un índice 3 25025, seguido por La Yesca con 1 52247 y Huajicori con 1 29385 correspondientes a la región de la Sierra, donde se reconoce la necesidad de impulsar acciones específicas más vigorosas, como se manifiesta en el siguiente comentario:

“Que se dé más atención a la sierra nayarita [...] hay mucho descuido por allá [...] tienen que capacitar a los médicos de las comunidades y a las enfermeras para que hagan diagnósticos más precisos y oportunos. Es probable que haya una mayor incidencia de CaMa en esos 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

²⁴ Consejo Nacional de Población, CONAPO, Estimaciones del II Censo de Población y Vivienda, 2005 y Encuesta Nacional de empleo (ENOE) 2005 IV Trimestre.

²⁵ CONAPO, En: <http://www.conapo.gob.mx/>

descansa"²⁶

El concepto de pobreza que retomamos, a diferencia del enfoque tradicional que sostenía el punto de vista monetario como la única medida del bienestar, se refiere a la "libertad de los individuos para vivir una vida que les permita realizar sus capacidades [...] define la pobreza como la carencia de recursos que impide a las personas cumplir algunas actividades básicas como permanecer vivo y gozar de una vida larga y saludable, reproducirse y transmitir su cultura a las generaciones siguientes, interactuar socialmente, acceder al conocimiento y gozar de libertad de expresión y pensamiento." ²⁷

1.1.4.- Monolingüismo

En la relación entre las y los prestadores de servicios de salud y la población indígena se gesta una condición particular en el proceso de comunicación y que tiene que ver con el lenguaje, además de con ciertos rasgos culturales. Sobre el primero, no hay que perder de vista que la mayoría de las poblaciones indígenas tradicionales conservan su lengua original y que en ellas un porcentaje significativo es monolingüe. Algunas zonas del país cuentan con educación bilingüe para estas poblaciones pero no en todas ellas. El monolingüismo y el hecho de que no todas las comunidades cuentan con planteles educativos, son condiciones que desfavorecen que la población de áreas rurales e indígenas ejerza su derecho a la educación y que ésta sea desde la óptica de la interculturalidad.

Es significativo que las y los prestadores de servicios de salud que declararon la presencia de grupos indígenas en los municipios donde se ubican sus unidades (91%), solamente el 5% habla alguna lengua indígena (Huichol) y ninguno habla Cora o Tepehuano. En este sentido, la población monolingüe de cualquier etnia que asiste a las

²⁶Entrevista con el Dr. José Luis Benítez Renfigo. Médico Especialista, Integrante del Departamento de Física Médica. Centro Oncológico, Tepic. Proyecto "Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer", Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

²⁷Sen, Amartya. Pobreza y hambruna: un ensayo sobre el derecho y la privación (Poverty and Famines: An Essay on Entitlements and Deprivation), Oxford, Clarendon Press, 1982.

unidades de salud a solicitar los servicios, tiene pocas posibilidades de hacerse entender y de comprender la información que se le proporciona.

La falta de opciones para acceder a la educación y los costos en los que esto se traduce, como el analfabetismo; sumado a las particularidades de un país multicultural, en donde sólo hasta últimas fechas se han promovido el reconocimiento de otras lenguas, y la educación bilingüe e intercultural como un derecho inalienable de los pueblos originarios, provocan que condiciones como el monolingüismo y el analfabetismo se conviertan en verdaderas barreras que impiden a las mujeres acceder a las oportunidades de trabajo, construir su autonomía, y participar en la toma de decisiones comunitarias, así como el acceder a otros servicios que satisfagan sus necesidades. Efectos todos estos, que en el ámbito de los servicios de salud, devienen, entre otras cosas, en la falta de puentes de comunicación entre las usuarias y los prestadores de los servicios, no solo por el desconocimiento de las lenguas indígenas, sino por el desconocimiento de los sistemas de creencias y valores en los que unos y otros construyen sus imaginarios sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad.

Con respecto al material educativo y de difusión para la población, el personal de salud entrevistado señaló en el 93% de los casos dispone de algunos materiales para tratar el tema de CaMa. Sin embargo, en el diagnóstico, el 5% declaró no contar con él, información que se reitera en las entrevistas a profundidad donde se refiere la escasez de material y sus características, que no en todos los casos son culturalmente adecuados a la población a la que se dirigen las acciones. Por ejemplo, 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 el dirigido a mujeres jóvenes que cursan la secundaria.

“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 [...] creo que si falta más información, hacer más pláticas con las mujeres, acercarse más a ellas y decírsele de una

manera sencilla, que entiendan la importancia que tiene la detección oportuna”²⁸

“...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”.²⁹

La suma de las condiciones de marginación, multiculturalismo y monolingüismo, se convierten, en el contexto de nuestro país, en problemas estructurales dada la falta de políticas adecuadas que den cabida a la diversidad y al respecto de esta, contribuyendo a generar situaciones de desventaja para la población que habita las comunidades rurales e indígenas carentes de oferta educativa y en su caso, de educación bilingüe e intercultural. Estas situaciones se convierten en barreras para la población en general, y en especial para las mujeres a quienes en mayor medida se les niegan una serie de derechos por su condición de género, que impiden ejercer su derecho a la protección de la salud. En este sentido, una propuesta para garantizar el acceso a los servicios de salud, es considerar la lengua como una variable fundamental tanto en la atención directa como en el diseño de materiales informativos y de difusión. Igualmente, la consideración de contenidos culturalmente adecuados que estén en consonancia con las necesidades y expectativas de la usuaria sobre su salud, y que expresen los servicios que se le ofrecen. Ambas variables contribuirían en suma, a garantizar las posibilidades de comunicación, interacción y comprensión entre usuarias y prestadores de servicios de salud.

Contar con materiales culturalmente adecuados y en lengua indígena, (textos, imágenes, modalidades de los materiales, y medios de comunicación, entre otros. para los distintos tipos de población analfabeta, alfabeto,

²⁸Entrevista a profundidad con María Guadalupe Vinicio. Promotora del Programa De Mujer a Mujer del estado de Nayarit. Coordinación-Enlace de Salud Bahía de Banderas/S.S.N. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

²⁹Entrevista a profundidad con Tomasa García Castañeda. Trabajadora social/encargada del Programa de Prevención del CaMa. Coordinación Municipal de Servicios de Salud/S.S.N. Acaponeta. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

indígena, monolingüe, mujeres jóvenes, adultas, etc. es indispensable en una estrategia informativa estatal. En este sentido, vale la pena aclarar que mientras que el personal de salud institucional declaró contar con material adecuado en la mayoría de los casos, el personal del componente comunitario (Auxiliares de Salud), declaró que es insuficiente e inadecuado, diferencias que tienen que ver con el tipo de población que atienden unos/as y otros/as.

Como se ha visto en ese apartado, la sola disponibilidad de los servicios de salud, no es una condición suficiente para el aprovechamiento y acceso a estos. Para que el estado garantice plenamente el acceso a estos y otros servicios es preciso buscar estrategias que superen las barreras geográficas, económicas, y también culturales.

1.2.- Barreras Institucionales y propuestas

En las entrevistas realizadas a las y los prestadores de servicios de salud y a las mujeres, se reportan carencias en materia de recursos humanos y materiales. Por una parte, algunas localidades no tienen servicios para la atención de la salud específicamente en lo relativo al tamizaje y al diagnóstico oportuno del CaMa, o bien, no cuenta con personal suficientemente capacitado para las acciones de promoción, prevención primaria y secundaria; en otros casos, no se dispone del equipo necesario para ello.

1.2.1.- Recursos de equipamiento

En lo que se refiere al equipo para el diagnóstico y el tamizaje en el contexto nacional, se observan grandes carencias. Según datos del 2006³⁰ se cuenta con aproximadamente 2 mil 300 mastógrafos, en contraste con una población femenina de cerca de 51 millones, entre la que 1 de cada 4 mujeres tiene más de 40 años³¹. Esto se

³¹Recursos 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.

traduce en 12 millones 750 mil mujeres³² que potencialmente requerirían de este examen de manera anual como medio de prevención. En cuanto a carencias en este sentido, el estado de Nayarit no es la excepción, ya que cuenta con un mastógrafo con estereotaxia analógico que de acuerdo a la información del Programa Estatal de Acción de Cáncer de Mama, no estaba 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.

El Programa³³ reconoce que uno de los problemas más importantes es la insuficiencia de personal, equipo y unidades médicas para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento integral. A este respecto señala, 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, este último, desde equipos de imagen como mastógrafo y ultrasonido, hasta unidades de radioterapia y la construcción de unidades especializadas en la detección, diagnóstico y tratamiento de este cáncer. Además, es preciso 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 por parte del personal, así como reforzar la capacidad resolutoria de los centros oncológicos que ya están en operación. Al respecto, en la información obtenida en el diagnóstico, uno de los informantes señaló que:

“El equipo del que se dispone en el Centro Oncológico, fue instalado en el año 2006 y se requiere de un equipo para la técnica de radioterapia con intensidad modulada, accesorios y software, entre otros, para poder iniciar los tratamientos con esta técnica. Se dispone de un acelerador pero no es suficiente, se requiere también de un aparato de resonancia magnética, el que se tiene es un tomógrafo.”³⁴

³² 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.

³³ Programa Estatal de Acción de Cáncer de Mama. Op.Cit.p.10

³⁴ Entrevista con el Dr. José Luis Benítez Renfigo. Médico Especialista, Integrante del Departamento de Física Médica. Centro Oncológico, Tepic. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento

*“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 sí siento que hay algunos problemas al momento de tener acceso porque tiene que ser que vengan remitidas de su centro de salud al hospital. A veces les cuesta mucho trasladarse aquí a la cabecera municipal y bueno, cuando se remiten a Tepic para realizarse la masto, también está el problema del transporte, que a veces no tienen los recursos”.*³⁵

“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

de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

³⁵Entrevista con Yuliana Becerra Ramos. 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. Compostela. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

*Cancerología a precios módicos o de plano gratis si presentan problemas económicos [...] Yo siento que no puede haber obstáculos ni dificultades que impidan la canalización y el diagnóstico oportuno, porque la finalidad de nosotros es facilitar ese diagnóstico y sobre todo prevenir y, realmente, no necesitamos mucho para eso, simplemente la voluntad [...] Influyen otros factores, como el económico, por ejemplo; ahí tal vez si se puede hacer algo institucionalmente, como facilitar el transporte o que se realicen los exámenes gratis. Ahora con el nuevo hospital de Tondoroque que está por concluirse, nos han dicho que tendrá un mastógrafo y así no tendrán que trasladarse”.*³⁶

1.2.2.- Recursos humanos

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 Mama³⁷: 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, esto para poder atender a 55,134 mujeres de 40 a 64 años de edad y 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”.³⁸

“[La] falta de personal capacitado [es uno de los principales problemas], conseguir un médico radioterapeuta es muy difícil, en México son alrededor de 100 radioterapeutas para atender a los 100 millones de pacientes, es decir un millón de pacientes por médico, ese es un problema del que se

³⁶ Entrevista con Elma Rosa Garibay Rodríguez. Enfermera/Encargada de la Unidad. Centro de Salud Rural Concentrado Valle de Banderas/S.S.N. Bahía de Banderas. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

³⁷ Programa Estatal de Acción de Cáncer de Mama. Op.Cit. p.19

³⁸ Ídem. p.18

adolece a nivel nacional, no sólo aquí”.³⁹

“El personal aquí en el Centro igual que en el Hospital –mis respetos– están muy bien capacitados, sólo que es realmente insuficiente el personal; son muy poquitos para la tremenda demanda que tenemos”.
40

En materia de prevención, la insuficiencia de personal se hace evidente, ya que solamente las mujeres que acuden a los servicios de salud institucionales tienen mayor posibilidad de tener contacto con el tema, lo que se refleja por ejemplo, en el 26% de mujeres que en el Diagnóstico estatal declaró no haber recibido ninguna información sobre el problema y las medidas de prevención y atención de CaMa. Entre quienes sí han recibido información (73%), declararon haberla recibido de manera directa primero de las/os médicas/os (213 casos) y en menor medida, de enfermeras y trabajadoras sociales (53 personas). El personal de salud comunitaria (Promotoras/es de las Caravanas de Salud, Auxiliares de Salud o Promotoras de otros programas como De Mujer a Mujer) no fue identificado como informante por parte de las mujeres encuestadas, información que debe tomarse en cuenta, pues este personal, constituye el enlace entre los servicios institucionales de salud y los comunitarios, y en este sentido son personajes clave para el impulso de las acciones de salud por su legitimidad en las localidades.

Sin embargo, actualmente el personal de salud comunitaria, además de ser insuficiente, cuenta con pocos recursos materiales y de capacitación para la realización de las actividades, porque en los esquemas de atención a la salud estatal y nacional prevalece una perspectiva biomédica parcializada que no distingue los aspectos

³⁹ Entrevista con el Dr. José Luis Benítez Renfigo. Médico Especialista, Integrante del Departamento de Física Médica. Centro Oncológico, Tepic. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

⁴⁰ Entrevista con la Dra. Martha Susana Sotelo Ortíz. Psico-oncóloga/Encargada del área de Psicología del Centro Estatal de Cancerología. Tepic. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

socioculturales, siendo la consecuencia que las perspectivas de atención no han sido diseñadas desde una perspectiva integradora de otros modos de concepción del cuerpo, la salud y la enfermedad. La existencia de conceptos que se han reconocido como oficiales, dominantes y de prestigio en materia de atención de la salud, en contraposición a los que poseen los grupos originarios del país, tienen poco o nulo arraigo en las comunidades indígenas. La implantación de modelos exógenos ha demostrado la falta de conocimiento y sensibilidad ante la realidad comunitaria, lo que crea una distancia entre este sector de la población con respecto a las políticas institucionales, aún cuando se han desarrollado diferentes esfuerzos por parte de las instituciones del sector salud por mejorar la cobertura y ampliar la accesibilidad para la detección oportuna del Cáncer de Mama: “Con el ánimo de contribuir a la atención de la salud de estos pueblos, se propone adecuar los programas a partir de la tipificación de comunidades para lograr una respuesta culturalmente adecuada a la atención de las usuarias de los servicios de salud en el contexto indígena”.⁴¹

Sin duda, el valor de los equipos de salud comunitaria es inmenso y posibilita acercar los servicios a toda la población, por ello, la estrategia comunitaria debe ser revitalizada. No es necesario plantearse la creación de nuevos perfiles ni de asignar gravosos recursos, sino potenciar el trabajo que ya se realiza cotidianamente, diseñando metodologías innovadoras que permitan el ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud de las poblaciones más desfavorecidas, sobre todo teniendo en cuenta el panorama nacional en relación a las cifras de movilidad y mortalidad por cáncer de mama, que a la fecha se ha convertido en un problema de salud pública.

Fue recurrente que las Auxiliares de Salud, asistentes a los Talleres de Capacitación a Promotoras Comunitarias de la Salud en el Modelo de Intervención Comunitaria con Perspectiva de Género, celebrados en la entidad del Nayarit del 15 al 19 de noviembre de 2010, se acercaran para solicitar materiales para sus talleres y declararon no contar con ningún apoyo al respecto de parte de los servicios de salud. Incluso, señalaron que la ayuda económica que se les venía dando, se les ha retirado en el último año.

⁴¹Vázquez-Mellado, R.M. et al “La participación comunitaria en el control del paludismo los focos hiperendémicos de la Costa del Océano Pacífico” Proyecto para el INSP y CONACYT 2001-2004.

Otro elemento observable, es que dentro de los equipos de salud itinerante, que son las Caravanas de la Salud, quien funge como Promotor de Salud es quien además funge como conductor de la unidad. Aquí es posible observar un problema de fondo, pues son hombres quienes en algunos casos están dando las pláticas sobre CaMa en las comunidades. A este respecto, se recomienda que estos personajes sean preferentemente del sexo femenino, a fin de lograr un mayor acercamiento de las mujeres a las actividades que se programen sobre el tema y evitar tanto los problemas que se derivan de la resistencia u oposición de los esposos a que sus mujeres acudan a recibir la información, como evitar la propia resistencia de la mujeres a acudir con un varón a recibir información sobre un tema que se vive como una cuestión íntima.

*“Hay muchas mujeres que no se hacen su detección de manera oportuna porque no tienen confianza hacia el personal o les da pena [...] por eso depende mucho de nosotros, de la comunicación, confianza y el trato amable, y la importancia que le demos a cada paciente, para que ellas se sientan seguras y motivadas para que ellas vengán hacerse su detección. Y ayuda que sea una mujer como médico”.*⁴²

1.2.2.1- Personal capacitado en CaMa

En lo que hace a la capacitación sobre cáncer de mama a las y los prestadores de servicios de salud y de acuerdo a la NOM-041-SSA2-2002, que 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”⁴³, en las unidades

⁴² Entrevista con Brisa Marlen Concepción Rocha Sánchez, Enfermera/Centro de Salud Rosamorada. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

⁴³ NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Capítulo 14.

entrevistadas el 94% del personal institucional ha sido capacitado mayoritariamente en protocolos de atención y tratamientos, mientras que solamente en un caso, se refirió a acciones de promoción. A este respecto, sólo un 4% del personal encuestado, reporto no haber recibido ninguna capacitación sobre el tema.

Cabe destacar que la capacitación referida no se ha realizado a todo el personal de las unidades de salud, sino solamente a quienes en sus actividades cotidianas (64%) se relacionan directamente con el área de oncología. Así mismo, no se reporta la inclusión de temas sociales y de metodologías para favorecer la participación social como una prioridad.

Del personal que ha sido capacitado, el 57% reportó haber recibido dicha capacitación en los últimos meses, en menor medida, 30% de los encuestados/as, reportó haberse capacitado en el último año y el 11% más de un año atrás. Estas cifras permiten identificar áreas de oportunidad para implementar estrategias y acciones que promuevan el fortalecimiento de capacidades del personal que nunca ha sido capacitado, la actualización de quienes participaron en actividades de capacitación un año atrás o más, así como el diseño de programas de capacitación que incluya temáticas sociales que favorezcan la participación social, la interculturalidad y la perspectiva de género. Una vertiente adicional consiste en impulsar acciones internas de manera sistemática entre el mismo personal para el intercambio de información o de evaluación, tal como lo sugiere 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”⁴⁴

Educación continua al personal de salud, apartado 14.2

⁴⁴Entrevista a profundidad con Elma Rosa Garibay Rodríguez. Enfermera/Encargada de la Unidad, Centro de Salud Rural Concentrado Valle de Banderas/S.S.N. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

En cuanto al personal comunitario, se pudo constatar que es muy poca la información de que disponen las Auxiliares de Salud en términos de acciones de prevención o detección temprana a través de la autoexploración de mamas. Al respecto, se propone que las Auxiliares de Salud sean capacitadas específicamente en este tema y se les dote, como ya se mencionó antes, de material impreso “culturalmente adecuado”. Asimismo, es recomendable brindar mayor información y capacitación a las Auxiliares de Salud y al personal de las Caravanas de la Salud sobre el cáncer de mama desde la perspectiva de género.

1.2.2.2.- Conocimiento de los documentos normativos y programáticos para el CaMa

Por lo que hace al conocimiento de los documentos que establecen los criterios para la prevención, detección, atención y seguimiento del CaMa, el 67% de la población entrevistada refiere conocerlos y el 22% los desconoce. De quienes señalaron conocerlos, el 46% refiere conocer el Programa Nacional de Salud, el 3% el Programa Estatal de Salud y el 12% 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. No es conocido ni identificado el marco normativo federal con excepción de los dos señalados anteriormente, ni el marco internacional. Es recomendable, considerar estos temas en los procesos de capacitación del personal institucional y comunitario, a fin de dar contexto a las iniciativas locales.

1.3.- Barreras culturales y propuestas

Las barreras culturales que pueden presentarse entre las y los prestadores de servicios de salud y la población usuaria, se manifiestan en la interrelación de ambos personajes en las acciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, referencia y seguimiento, momentos en que se enfrentan maneras distintas de concebir el cuerpo, la salud y la enfermedad y que parten de realidades y valoraciones distintas. Retomamos a continuación algunas de las acciones de la NOM donde esta interrelación puede ser potencialmente conflictiva.

1.3.1.- Consejería

El proceso de la consejería, de acuerdo a lo que señala la NOM-041-SSA2-2002⁴⁵ 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 pensamientos y sentimientos 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, así como asegurar el carácter confidencial para la usuaria 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 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, siendo personal que podría participar de acciones de consejería pero que no considera ser parte de sus funciones directas. Así, con respecto a quienes imparten la consejería asumiéndola como una de sus funciones, tenemos de acuerdo con la encuesta a prestadores/as de servicios de salud, el 58% de quienes realizan este trabajo refieren que en su unidad quienes prestan ese servicio es el personal de las áreas médica y de psicológica (29% en cada caso), seguido de la referencia a casos donde es el personal de enfermería y oncología, ambos en un 14% de frecuencia según lo reportado, y por último, el personal de trabajo social en el 9% de las respuestas aportadas en este sentido. En menor medida, cuando no existen los servicios de consejería en las

⁴⁵NOM-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.

unidades de salud, las mujeres son referidas a otras unidades que disponen de dicho servicio, aunque la falta de servicios de consejería en la unidad de salud, sólo se refirió en una frecuencia del 6% entre el personal del componente institucional encuestado. 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, y así 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.

Respecto a la información que proporcionan los prestadores de servicios institucionales a la población femenina como parte de las acciones de consejería, se tiene que entre los temas de los que se le informa a la población se refieren principalmente a los factores de riesgo y los procedimientos para la detección oportuna (ambos con el 16% de los casos), seguido de la autoexploración (15%) y las manifestaciones clínicas del CaMa (13%). En relación con la información sobre exploración clínica, características y riesgos de los tratamientos, se refirió en un 11% de los casos, y ésta se da prioritariamente a las mujeres que han recibido un diagnóstico confirmatorio. Cabe destacar que las unidades de salud a donde pueden acudir las mujeres para la revisión clínica o la realización de exámenes (ultrasonido de mamas y mastografía) solamente representan el 8%.

En concordancia con la información proporcionada por las y los prestadores de servicios de salud, en relación con la información brindada a la población, el 73% de las mujeres entrevistadas recuerdan con mayor claridad la autoexploración y refieren algunas de ellas (13%) las indicaciones para realizarse dicha medida de prevención, como practicarla de manera rutinaria durante el baño, especialmente cuando se tiene la menstruación. Sólo el 0.8% hace referencia a la menopausia como un factor de riesgo, mientras que la información sobre los factores hereditarios de riesgo fue referida en el 0.16%, y por último, se refirió en el 0.8% de las mujeres entrevistadas el reconocimiento de los golpes como causa o detonador de tumor maligno de mama.

1.3.2.- Información para la prevención y detección oportuna

Sobre la capacitación al personal de salud, específicamente en materia de difusión de información sobre CaMa en la población, el 87% declaró estar capacitada/o para ello, mientras que sólo un 10% declaró no estarlo, lo que permite inferir que ya existe una base sólida sobre la cual lo que sigue es diseñar acciones para fortalecer las capacidades adquiridas a través del diseño de programas de capacitación que incluyan, además de los contenidos específicos del tema, los componentes de interculturalidad y género, de tal manera que se asegure una estrategia efectiva para la prevención y diagnóstico de este padecimiento de manera oportuna.

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. Las y los prestadores de servicios del componente institucional, 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” (9%), 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 son candidatas a cirugía (6%), que han sido diagnosticadas y se encuentran en tratamiento (5% en quimioterapia y radioterapia), o bien mujeres durante la consulta prenatal (3%). Extender la información a espacios extramuros se presenta como un área de oportunidad para la prevención y detección oportuna de ese padecimiento. Aunque, definitivamente, se observa, de acuerdo con estos datos, que en la entidad los servicios de salud atienden a los establecidos por la NOM en cuanto a los espacios y grupos específicos para la prevención primaria del CaMa.

1.3.3.- 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.⁴⁶ 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, sino 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 haya 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 está 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 de ellas, además del estudio de detección.”⁴⁷

Entre las actividades más representativas para el diagnóstico clínico la exploración de mamas es la más representativa, siendo realizada en el 30% de los casos, seguido de la mastografía o mamografía (20%) y el ultrasonido y la biopsia con el 16% en cada uno de los casos, en el 6% realizar el papanicolau 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, el 4% canaliza a otras unidades médicas, el 4% restante, envía a servicios de gineco oncología

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Entrevista a profundidad a Brisa Marlen Concepción Rocha Sánchez, Enfermera del Centro de Salud Rosamorada. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

(2%) o a una clínica (2%). Por otra parte, y como resultado de las encuestas a mujeres de 25 años y más, se identifico que entre las acciones para la detección oportuna del cáncer de mama referidas por las mujeres encuestadas, en el 67% de los casos, declararon haberse realizado algún examen, mientras que el 31% nunca se ha realizado alguno. Reforzar las acciones para motivar a las mujeres representadas en el 31% para emprender acciones para la prevención de este padecimiento y fortalecer las acciones para las mujeres que sí realizan éstas acciones lo hagan de manera sistemática contribuirá a elevar las condiciones de salud de la población femenina del estado.

En relación a la ejecución de las acciones de prevención primaria, el 53% de las y los entrevistados refirió que esta función la lleva a cabo el personal de enfermería, en segundo lugar se refirió personal médico (36%), y en tercera instancia, los imagenólogos, radiólogos y personal de medicina preventiva, en el 11% de los casos.

En cuanto a la prevención secundaria, es importante señalar que ésta implica un procedimiento que debe ser realizado directamente por parte de la población, la autoexploración, no obstante 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 soliciten y accedan a los exámenes clínicos y, en su caso, a la mastografía en caso de identificar alguna anomalía a través de la autoexploración. En este sentido, cabe señalar que como parte de las estrategias de prevención secundaria la NOM-041-SSA2-2002 establece acciones informativas y de sensibilización, como una de las funciones de los prestadores/as de servicios de salud, para enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres que acudan a la unidad de salud, además de organizar actividades extramuros para su difusión.

Como parte de la prevención terciaria la NOM-041-SSA2-2002 establece acciones relevantes para las pacientes oncológicas, tales como orientar sobre la existencia de grupos de apoyo. Al respecto, cabe señalar que del personal de salud entrevistado no refiere la existencia de estos servicios en el 94% de los casos y solamente el 6% señaló que en su unidad se brindaba asesoría, apoyo emocional y servicios de tanatología a las usuarias.

La mastografía diagnóstica es otra de las medidas recomendadas 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, o a quienes ya han tenido antecedentes de cáncer mamario para la búsqueda de un tumor primario desconocido.⁴⁸ En este sentido, el 80% de las y los entrevistados en los servicios de salud de tercer nivel declararon afirmativamente la práctica de esta medida, aunque no sucede lo mismo en las unidades del primer y segundo nivel donde no cuentan con el equipo y con personal calificado para ello, como puede constatarse en el siguiente testimonio:

“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.”⁴⁹

1.3.4.- Atención

De acuerdo a la NOM-041-SSA2-2002, en materia de atención señala que, “una vez detectada una lesión sospechosa de cáncer de la mama, la mujer debe recibir atención oportuna y adecuada para el diagnóstico y tratamiento, de acuerdo con los lineamientos establecidos. Los criterios y procedimientos mínimos para el diagnóstico y tratamiento que deben ser ofrecidos, incluyen los relacionados [con el]

⁴⁸NOM-041-SSA2-2002. Op. Cit. Apartado 9 Imagenología.

⁴⁹Entrevista a profundidad con María Guadalupe Vinicio. Promotora del Programa De Mujer a Mujer del estado de Nayarit. Coordinación-Enlace de Salud Bahía de Banderas/S.S.N. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

diagnóstico, imagenología, clasificación, consejería y tratamiento. Las actividades de control, incluyen las relacionadas con el monitoreo de los procesos de prevención, diagnóstico y tratamiento enfocados a la mejora continua de la calidad de la atención, deben ser efectuadas al interior de las instituciones de acuerdo con la infraestructura y normatividad interna correspondiente.”⁵⁰

Con respecto a los servicios para la atención de las mujeres diagnosticadas con la enfermedad, especialmente en lo que se refiere a intervenciones quirúrgicas, el 9% de las y los entrevistados en los servicios de salud, informaron que en sus unidades se realizan procedimientos quirúrgicos, porcentaje coincidente con el número de entrevistas realizadas en el Centro oncológico del estado, mientras que los tratamientos de quimioterapia (27%) y radioterapia (18%) se otorgan con un porcentaje más alto ya que se brindan en el Centro Oncológico y también en algunas unidades del segundo nivel de atención.

Entre las mujeres entrevistadas, se identificaron algunos obstáculos para acceder a servicios de atención del CaMa que respondieran a sus expectativas, entre ellos destaca el tiempo de espera, demasiado largo para el 12% como puede constatarse en el siguiente comentario:

“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

⁵⁰ NOM-041-SSA2-2002. Op. Cit. Apartado disposiciones generales, 5.2.

*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».*⁵¹

Otros de los obstáculos identificados por las mujeres entrevistadas se refiere a que a se sentían ignoradas (8%), el 6% señaló maltrato y el 1% manifestó que el costo de los servicios es muy elevado. El 16% declaró que no existía ningún obstáculo y el 57% restante se abstuvo de responder. Al respecto, las y los prestadores de servicios de salud, identifican la falta de recursos estructurales y materiales para atender la demanda, concentrándose el mayor porcentaje (23%) a la poca agilidad en 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, expresaron 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% a fin de sensibilizarlos sobre la dimensión y consecuencias de esta demanda insatisfecha por parte de la población. El 22% de las y los entrevistados señaló que no había ningún obstáculo para la atención.

1.3.5.- Referencia y contrarreferencia

En los servicios del primer nivel de atención, de acuerdo a la NOM-041-SSA2-2002, 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

⁵¹ Entrevista a profundidad con Yuliana Becerra Ramos. Trabajadora Social/ Encargada del seguimiento de pacientes del programa de cáncer de mama y cérvico-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. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

nivel y de éste al primero.⁵²

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. Al respecto, el 42% de las entrevistadas/os en los servicios de salud, 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 un 38% expresó que los casos identificados son tratados en la misma unidad donde se confirmó el diagnóstico. El 20% restante señaló “otras” acciones sin especificar.

En relación a la referencia del primero y segundo nivel de atención al tercer nivel, 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, mismo que está especialmente diseñado para ello, al menos así lo expresaron en un 94% de las entrevistas realizadas. No obstante que la referencia de pacientes con CaMa a otros niveles de atención parece ser un proceso bien controlado, con los mecanismos adecuados, existen algunos obstáculos que enfrentan las mujeres en el tránsito de un nivel de atención a otro, sobre todo por la falta de personal médico especializado para atender la demanda en el estado. Así lo refiere 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

⁵²NOM-041-SSA2-2002. Op. Cit. Apartado 6.1.1.4 al 6.1.1.7

porque está operando o por "X" razón".⁵³

En cuanto al seguimiento que se le da a las mujeres que han sido referidas a otras unidades, este procedimiento se realiza en un 2.7% de los casos mediante un formato especial de contrarreferencia , el 8% señaló que este procedimiento se realiza con visitas domiciliarias de las/os promotoras/es de salud o de otro personal de salud, mientras que el 19% declaró que el seguimiento se da a través de las citas consecuentes, ya sean mensuales o trimestrales y. 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 si no 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"⁵⁴

⁵³ Entrevista a profundidad con la doctora Martha Susana Sotelo Ortiz. Psico-oncóloga/Encargada del área de Psicología del Centro Estatal de Cancerología. Tepic. Proyecto "Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer", Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

⁵⁴Entrevista a profundidad con Tomasa García Castañeda. Trabajadora social/encargada del Programa de Prevención del CAMA. Coordinación Municipal de Servicios de Salud/S.S.N. Acaponeta. Proyecto "Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer", Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 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.”⁵⁵

⁵⁵Entrevista a profundidad con Paola Vivanco Galavis. Coordinadora Jurisdiccional de Promoción de la Salud. Jurisdicción Sanitaria No.3, Tuxpan. Proyecto “Diagnóstico y Metodología para la Salud de la Mujer”, Instituto para la Mujer Nayarita, Programa para el Fortalecimiento de la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2010.

2.- METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL

Para que una metodología de intervención que promueva la prevención, diagnóstico, atención y seguimiento del CaMa sea integrada entre la población objetivo, es necesario no sólo reconocer la dimensión del problema en cuanto a su ocurrencia y el impacto que causa en la salud de las mujeres, sino también es preciso reconocer los elementos culturales y sociales que le dan contexto y debe ser conocida por quienes buscan su implantación y quienes resultarán beneficiadas/os con ella, por eso es importante que antes de iniciar con el desarrollo de acciones se realicen actividades de difusión de información, destacando los beneficios que se obtendrán como resultado de su aplicación.

El objetivo de esta metodología de intervención institucional es favorecer:

- El fortalecimiento institucional y comunitario;
- La articulación entre dependencias del sector salud y otras con finalidades sociales semejantes, incluido el Comité de Salud Sexual y Reproductiva y favorecer alianzas con grupos y organizaciones de la sociedad civil;
- Impulsar estrategias para la información a la población a través de la óptima utilización de medios masivos de comunicación, incluida la radio indígena;
- La elaboración de metodologías para el trabajo grupal y materiales culturalmente adecuados diferenciados por el tipo de población al que se dirigen las acciones.

Todo ello para fortalecer la atención en materia de salud sexual y reproductiva y en específico del CaMa, a partir de principios fundamentales como el respeto, la comprensión y la apertura hacia concepciones culturales diferentes; dentro de un marco intercultural que permita el intercambio y complementariedad de saberes en relación a la salud.

2.1.- El fortalecimiento institucional y comunitario

Este apartado delinea las acciones de la metodología de intervención institucional al interior de las instancias de salud y de capacitación al personal comunitario, que incluyen distintas acciones en diferentes niveles y que se detallan a continuación.

2.1.1.- Dentro de las instituciones

Promover que:

- a) Se desarrolle una estrategia integrada que incluya la creación de un mecanismo responsable de llevar a cabo acciones informativas y de sensibilización con todo el personal de cada una de las unidades;
- b) Se establezca un procedimiento de actuación entre las áreas, que incluya no solamente aquellas acciones referidas a la atención diagnóstica y de tratamientos, sino también de educación para la salud y de comunicación social;
- c) Se diseñe una política educativa de prevención para abatir las condiciones que se constituyen como barreras para la prevención y detección oportuna y favorezcan la transformación de hábitos de vida por unos más saludables entre el personal de las unidades;
- d) Se planeen acciones a futuro, a corto, mediano y largo plazo, que sean sistemáticas, mensurables, susceptibles a ser evaluadas periódicamente y que se difundan entre el personal a través de una estrategia de comunicación interna;
- e) Se brinde información sobre el daño físico, material, emocional, moral, laboral y familiar causado por el diagnóstico tardío de CaMa.
- f) Se sensibilice e informe sobre las medidas de protección local en lo que se refiere a potenciar redes sociales de apoyo, especialmente en la condición de las mujeres con CaMa desde la perspectiva de género e integrar un directorio de grupos de apoyo con diferentes especialidades que sea del conocimiento de todo el personal;
- g) Se integre un equipo multidisciplinario en las unidades conformado por personas con responsabilidades directivas y de funciones técnicas para lograr un balance entre la política y las tareas estratégicas. Es recomendable considerar personal directivo, administrativo, médico, de enfermería, trabajo social, psicología, antropología, asesores jurídicos, sindicatos, enlaces de género, comunicación social, entre otros.

- h) Se favorezca que cada integrante atienda las funciones que le competen en la estructura organizativa de la institución por lo que su labor no consistirá en realizar un trabajo extraordinario sino de orientar sus acciones a la estrategia para favorecer la prevención y el diagnóstico oportuno a partir de la ampliación de cobertura;
- i) Se promueva una visión amplia y creativa, propositiva, que se exprese en una estrategia integral de trabajo que articule acciones de prevención y atención y seguimiento de los casos a partir de su propia experiencia y conocimiento de las áreas, por ejemplo, estrategias para el traslado de mujeres al segundo y tercer nivel de atención optimizando los tiempos;
- j) Se fortalezca la credibilidad, garantizando que las personas usuarias de los servicios sean escuchadas en un ambiente de confianza y respeto, sin prejuicios sexistas ni de otra clase, considerando las particularidades de la población meta para el desarrollo de mecanismos de atención a poblaciones específicas a partir de la formación del personal en interculturalidad y perspectiva de género;
- k) Se desarrollen insumos y materiales educativos para la difusión, información y capacitación de la población de acuerdo a las características de los grupos a los que se dirigen las acciones.
- l) Se fortalezcan las relaciones entre el personal de salud institucional y comunitario, a través de identificar las necesidades, prioridades y posibles soluciones para ampliar la cobertura.

Sin el ánimo de ser exhaustivas, estas acciones de la metodología de intervención institucional, pueden producir efectos que a mediano y largo plazo, favorezcan una relación entre el personal de salud y la población más acorde a las necesidades y expectativas de cada uno de ellos, así como a los recursos de los que disponen dentro de las dependencias.

2.1.2.- En el ámbito comunitario

En el ámbito comunitario, las acciones de formación del personal (Caravanas de Salud y Auxiliares de Salud) y de líderes locales, se manifestó como una de las necesidades sentidas por parte de la población femenina y de las y los prestadores de servicios de salud en esta modalidad. En este sentido, el desarrollo de las acciones de la estrategia institucional son de apoyo y seguimiento operativo, de asesoría y supervisión para el desarrollo de las

funciones sustantivas de éste personal, considerando aspectos interculturales y de género y las acciones de capacitación se dirigen a los siguientes objetivos:

- ✓ Capacitar al personal comunitario a través de la estrategia de Intervención Comunitaria intercultural y desde la perspectiva de género que el INMUNAY desarrolló en 2010;
- ✓ Contribuir a elevar el nivel de salud y bienestar de las mujeres especialmente de los grupos más vulnerables de la entidad;
- ✓ Diseñar, difundir y coordinar estrategias en materia de extensión de cobertura de los servicios de salud de CaMa;
- ✓ Dar el seguimiento de los avances de las acciones, evaluar los resultados, vigilar la debida utilización de los recursos y proponer las medidas necesarias para ajustar corregir las acciones propuestas cuando no respondan a las necesidades de la población meta;
- ✓ Desarrollar y diseñar sistemáticamente los mecanismos para captar y valorar las demandas que las mujeres, la población y que las asociaciones civiles y privadas manifiesten e impulsar alianzas para favorecer el acceso a servicios de otra índole que se constituyan como apoyo a las mujeres;
- ✓ Estimular la participación de la comunidad para el autocuidado de la salud, y
- ✓ Favorecer la formación de redes sociales comunitarias de apoyo para las mujeres que han sido diagnosticadas con el padecimiento.

Es importante destacar que en los talleres de Capacitación a Promotoras Comunitarias de la Salud en el Modelo de Intervención Comunitaria con Perspectiva de Género, realizados por iniciativa del INMUNAY en 2010, se identificaron algunos componentes socioculturales que deben ser considerados a fin de que las actividades a realizar consideren aspectos interculturales y de la perspectiva de género. Dichos componentes son:

1.- El lenguaje, las poblaciones indígenas tradicionales conservan su lengua original y en ellas un porcentaje significativo es monolingüe. Esta característica, impone necesidades particulares a quienes imparten los talleres. Por lo que se requiere que se integre y maneje un glosario de las palabras relacionadas con el cuerpo y el proceso salud-enfermedad, así como conocer la terminología utilizada por la cultura local para ciertos conceptos que no necesariamente tienen traducción al castellano. Respetar la forma en que se nombran es una condición básica para lograr la interculturalidad.

En cada taller, preferentemente, debe contarse con el apoyo de alguna persona que funja como traductora de la lengua e intérprete de la cultura y tener en cuenta que la traducción puede duplicar los tiempos programados para las actividades.

2.- Género, para lograr la incorporación de la perspectiva de género, los talleres deben estar diseñados para confrontar de manera sistemática y en todos los ejercicios, las diferencias en las condiciones de salud de los hombres y las mujeres y su asociación con los roles de género como factores de riesgo. Favorecer la reflexión sobre los estereotipos de género y analizar individual y grupalmente las consecuencias de su prevalencia en el estado de salud-enfermedad de hombres y mujeres es imprescindible para favorecer transformaciones culturales.

3.- Imágenes, los materiales empleados como apoyo en los talleres deben ser cuidadosamente revisados y seleccionados de acuerdo al contexto cultural antes de iniciar con los procesos de capacitación. Para ello, es necesario evaluar si las imágenes son acordes al tema y al objetivo del taller y si pueden generar un sentimiento de identificación con las y los asistentes.

4.- Días y horarios, éstos deben consensarse con suficiente antelación con los grupos que participarán en ellos y no ser establecidos por quienes lo impartirán. En ningún caso o hay que dar por hecho los ritmos de la comunidad sino lograr un acuerdo con el fin de garantizar la mayor participación posible.

5.- Espacios físicos para la realización de los talleres, en primera instancia, debe ser asignado en asamblea comunitaria y no por la persona que impartirá el taller, ya que lo importante es lograr la asistencia y que en el

desarrollo de las actividades las y los participantes se sientan cómodos. Preferentemente, los espacios deben ser amplios, bien iluminados y cerrados, pero esa decisión corresponde a la comunidad o al grupo que trabajará en el taller y, siempre y cuando, no haya ninguna objeción para su uso. Se sugiere que antes del desarrollo del taller las personas que lo impartan conozcan el lugar y traten de aprovechar al máximo sus características tomando en cuenta los propósitos y las actividades que se realizarán.

Debe considerarse también que muchas mujeres acuden a los talleres con sus hijas e hijos pequeños, por lo que se deberá considerar que el espacio sea seguro para ellas y ellos y que no se interrumpan las actividades. No es recomendable en ningún caso prohibir que las mujeres vayan acompañadas de sus hijos e hijas, ya que esta condicionante puede afectar la asistencia de mujeres a las actividades

6.- Refrigerios, es recomendable ofrecer uno ligero a la llegada de las participantes, ya que pueden haberse desplazado de lejos y tener varias horas en el trayecto. Asimismo, si el taller es de una duración mayor a las 4 horas, se sugiere dar un pequeño receso y tomar otro refrigerio ligero. Agua y frutas puede ser una opción muy bien aceptada por la población.

2.2.- La articulación entre dependencias del sector salud y otras con finalidades sociales semejantes, incluido el Comité de Salud Sexual y Reproductiva y favorecer alianzas con grupos y organizaciones de la sociedad civil.

La coordinación interinstitucional ha sido una práctica desarrollada por lo menos en las últimas dos décadas ante distintos problemas sociales con buenos resultados ante a la necesidad de encontrar respuestas que resuelvan el rezago que en materia de salud.

Para el óptimo desarrollo de la metodología es necesario que los servicios estatales de salud se coordinen no solamente a nivel nacional con instancias paralelas, sino que establezcan alianzas con las autoridades jurisdiccionales y los comités locales de salud. Así resultará una gestión que integra programas y que podrá dar

respuestas más ágiles y efectivas a los problemas y necesidades locales de salud en términos del primero, segundo y tercer nivel de atención.

Considera también un mecanismo de salud pública comunitaria, que incluye la medicina institucional, comunitaria y tradicional en un marco de respeto, valoración e inclusión. Las acciones deben estar diseñadas para lograr una eficiencia tal que impacte cuantitativa y cualitativamente los indicadores del programa de CaMa, abatiendo el rezago en zonas urbanas, rurales y comunidades indígenas con alta y muy alta marginación. Cada municipio deberá ajustar la metodología de acuerdo a sus propias necesidades, prioridades de atención y las características de su población. Con todo ello, se podría:

- ✓ Contribuir a optimizar y regionalizar la oferta de los servicios de salud a población abierta;
- ✓ Estandarizar la información sobre infraestructura en salud relativa a reportes y suministro de insumos;
- ✓ Promover la contraloría social al recibir y atender denuncias y reconocimientos acerca de la calidad y eficiencia de la atención recibida;
- ✓ Combatir los rezagos al incorporar gradualmente las prácticas tradicionales de atención a la salud de los servicios institucionales locales;

La inclusión de otras instancias, instituciones o programas como es el caso de la Secretaría de Educación Pública, la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Oportunidades, Cirugía Extramuros y otras variantes de programas regionales, tomando en cuenta lo siguiente:

- ✓ Evitar duplicidad de acciones con otras dependencias y programas;
- ✓ Avanzar sistemática y sostenidamente en los procesos de cobertura universal de los servicios de salud para población abierta en los municipios rurales y con elevados índices de marginación, ya sea de tipo geográfica y/o funcional.
- ✓ Unificar y optimizar los esquemas de prestación de servicios, sobre todo los orientados primordialmente a la prevención, diagnóstico oportuno y atención del CaMa.

- ✓ Impulsar, en el marco de descentralización, la unión de esfuerzos y recursos entre los tres niveles de gobierno, ya que las acciones federales se podrán combinar con las estatales y municipales.

Estas acciones deberán ser revisadas y consensadas interinstitucionalmente a fin de definir modalidades, responsabilidades y tiempos de cumplimiento a través de un proceso en el que se detalle la planeación, operación, control y evaluación de las acciones, así como de apoyo regional cuando éste sea necesario; además, de establecer interlocución entre las áreas administrativas, sustantivas y normativas centrales, con los órganos encargados de la salud en el estado, con otras dependencias del sector y de la administración pública en general.

Como parte de esta metodología, una estrategia que puede contribuir para ampliar el alcance de las acciones propuestas o bien para favorecer su realización, es la articulación con grupos y organizaciones de la sociedad civil que trabajan con población abierta. Asimismo, esta estrategia puede enriquecer los enfoques de abordaje del tema conjugando distintas acciones que generen beneficios mutuos.

Cuando se comparten conocimientos, recursos y experiencia, las alianzas tienen el potencial inmenso para crear soluciones innovadoras bajo un planteamiento más integrado, sostenible y sustentable, de forma que se generan oportunidades para abatir las necesidades sociales insatisfechas. Esto es, lograr una capacidad superior para comprender problemas, encontrar soluciones y proporcionar resultados, en comparación a la que obtendría cada una de las dependencias si trabajara por sí sola.

Cabe señalar, que en el diagnóstico Mujer y Salud, prácticamente no se reconoce ningún grupo de apoyo en la entidad para las mujeres que han sido diagnosticadas, por parte de las y los prestadores de servicios ni de las mujeres entrevistadas, solamente en un caso se refirió al grupo RETO, la Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer y SANAI, con la salvedad de que éstos realizan actividades muy acotadas. Vincularse con éstos y otros grupos, podría favorecer un intercambio de información y formación de recursos humanos para ampliar las posibilidades de recuperación integral de las mujeres en tratamiento. Asimismo, ofrece la oportunidad de tener acceso a mujeres que por distintas razones no acuden a las instancias de salud participantes. Recurrir a las alianzas

puede, entonces, proporcionar el acercamiento con redes sociales y conocimientos concretos sobre las problemáticas a abordar, así como las estrategias que han sido exitosas en determinados grupos dado el conocimiento que tienen sobre poblaciones específicas. Las alianzas, en este sentido, favorecen el intercambio de capacidades y recursos principalmente humanos.

2.3.- Impulsar estrategias para la información a la población a través de la óptima utilización de medios masivos de comunicación, incluida la radio indígena.

La información sobre el CaMa no ha sido suficientemente difundida en los medios de comunicación masiva, la información que hasta ahora se trasmite, ha sido escasa, en horarios de poca audiencia, poco claros en términos de los procedimientos para la autoexploración e incluso censurados por considerarse “inmorales” para algunos sectores sociales cuando se proyecta la imagen de el pecho desnudo. Por ello, se requiere difundir la información desde otra perspectiva que rompa y transforme los esquemas ideológicos establecidos en la sociedad sobre el cuerpo y la sexualidad femenina y hacer visibles las diferentes realidades de las mujeres para promover el cambio de su condición actual en la sociedad.

La información recabada sobre la exposición a mensajes en los medios de comunicación sobre el CaMa, obtenida del diagnóstico Mujer y Salud, reveló que la televisión fue el medio declarado con mayor recurrencia (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 de salud institucionales ubicados en las localidades. En algunos municipios, pudo observarse que se registra un menor acceso a la información por televisión como Jala (43%), San Pedro Lagunillas (33%) y Ruíz (25%), en estos casos, será conveniente utilizar otros medios de manera complementaria a fin de garantizar la mayor exposición a los mensajes para la prevención y detección oportuna del padecimiento.

Es necesario diseñar una estrategia para la utilización óptima de los medios de comunicación, tarea que

competir a las áreas de comunicación social de las dependencias, a fin de favorecer que la población en riesgo esté informada y crear conciencia sobre la importancia de la prevención y detección oportuna.

Identificar cuáles son los principales tipos de medios y sus modalidades, impresos (periódicos, revistas para diferentes sectores), electrónicos: televisión, la radio (población radioescucha diferenciada por edades y tipos) sitios web de organizaciones y clubes y redes sociales, tales como facebook, twiter, etc.) y, con ello, ampliar y ganar espacios en los medios, impulsar campañas de información más allá de las fechas reconocidas, motivar y agilizar la difusión de información a través de identificar actores clave, con los que se identifican distintos grupos sociales a fin de que encabecen las acciones para la promoción de información, son algunas de las acciones que pueden implementarse.

Cabe destacar que será determinante los tipos de mensajes que se emitan, los contenidos e imágenes en caso de que el medio las transmita, por ello, deberán ser mensajes culturalmente adecuados e incluyentes para los diferentes tipos de población. Un solo mensaje no puede ser significativo para toda la población, por lo que deberán elaborarse y transmitirse de acuerdo a los horarios y tipos de receptores. En este sentido, promover acciones para la prevención oportuna desde edades tempranas puede contribuir al desarrollo de hábitos de vida saludable y entre ellos, el diagnóstico oportuno de las mujeres que en una década o dos, estarán en edades de riesgo.

2.4.- El desarrollo de metodologías para el trabajo grupal y materiales culturalmente adecuados diferenciados por el tipo de población al que se dirigen las acciones

Proporcionar los elementos necesarios para la difusión, promoción de información y realización de talleres a la población objetivo, requiere del desarrollo de cartas descriptivas diversas y materiales informativos y educativos culturalmente adecuados, es una estrategia de esta metodología de intervención institucional.

El objetivo es brindar herramientas teóricas y metodológicas, interculturales y desde la perspectiva de género, al personal de salud institucional para su utilización directa con la población que atiende, debe ser considerada como un proceso y no como acciones aisladas.

Para ello, deberán identificarse las características y percepciones de la población que se quiere abordar en relación con el CaMa, incorporando los aspectos socioculturales y particularidades de cada grupo (mujeres, alfabetas, analfabetas, indígenas -distinguiendo el grupo originario-, mestizas, monolingües, bilingües, jóvenes, adultas, de la tercera edad, etc.). Es conveniente realizar un trabajo previo al diseño de los contenidos, formatos e imágenes, que permita conocer las necesidades y expectativas de cada grupo, apoyado en el personal comunitario cuando se refiera a municipios distintos a Tepic, para la celebración de grupos de trabajo con mujeres en diferentes zonas, urbanas o rurales, a fin de que se integre una caracterización de cada uno de ellos. Para ello, se propone realizar grupos que integren propuestas a través de diagnósticos participativos mediante cinco etapas donde las asistentes:

1.- Construyan colectivamente un autodiagnóstico sobre el CaMa en sus entornos geográficos y culturales. Durante esta primera etapa las personas y grupos que decidan participar, desarrollarán actividades orientadas a la expresión del problema en sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. Para ello, se utilizarán técnicas que busquen adecuarse a los modos de expresión más conocidos o aceptables por parte de participantes: dibujo, modelaje en plastilina o arcilla, bordado y relato de historias y cuentos, etc.

2.- Identifiquen las causas, los factores de riesgo y los hábitos de vida que favorecen la presencia del CaMa. Esta etapa supone compartir experiencias y esforzarse por dar respuesta al origen del problema a través del intercambio de ideas. Durante esta etapa se pondrá especial énfasis en la revisión de los procesos educativos y de socialización, de la responsabilidad en la formación de las y los hijos, de reflexión sobre los paradigmas y estereotipos culturales de la feminidad y la masculinidad. Para ello, será preciso establecer las diferencias culturales en la formación de niños y niñas, así como entre las obligaciones culturales impuestas sobre las personas de diferente sexo. La revisión de estos procesos constituye un componente indispensable para identificar y

comprender las acciones que se emprenden de manera individual, familiar y comunitaria con respecto al autocuidado de la salud. Las actividades que se desarrollarán durante esta segunda etapa serán similares a las de la primera, puesto que incorporarán un fuerte componente de expresividad. Sin embargo, la etapa supondrá también el desarrollo de la reflexión a través de actividades de discusión.

3.- Diseñen de soluciones, en esta tercera etapa se pretende realizar acciones para favorecer la identificación y el fortalecimiento de las capacidades de las mujeres, frente al autocuidado de la salud, reforzando su potencialidad para la prevención y el diagnóstico oportuno. El desarrollo de esta etapa supone haber entendido –a través del trabajo en la etapa previa- qué factores facilitan o inhiben el autocuidado y haber identificado qué nuevas capacidades pueden desarrollarse para mejorar las relaciones interpersonales, familiares y comunitarias y qué acciones pueden emprenderse, en su caso, para enfrentar directamente los casos que se confirmen como positivos. Se trata de identificar vías indirectas de intervención cultural para que las personas incorporen los contenidos de la prevención y del diagnóstico oportuno al pensamiento y a la acción.

En este sentido, los objetivos específicos de esta etapa consisten en lograr la formulación de proyectos personales y grupales que contribuyan, desde su planteamiento, a mejorar la imagen que las personas tienen de sí mismas y su autoestima. Acciones y proyectos relacionados con el cuidado propio, la nutrición, el deporte, el descanso, el aprendizaje y desarrollo de nuevas habilidades, pueden ser condiciones que contribuyan a evitar los diagnósticos tardíos del CaMa. Durante esta etapa se formularán propósitos y cursos de acción personal y grupal a través de la discusión y el análisis de colectivo, y se identificarán los recursos y características necesarias para que los mensajes, en su contenido, formato e imágenes sean los adecuados para emprender acciones. Los contenidos de cada etapa asumirán características específicas de acuerdo con cada uno de los grupos.

4.- Desarrollen acciones para integrar un programa de información y capacitación sobre CaMa. El objetivo de esta etapa es generar acciones positivas contra la detección tardía del padecimiento, que abarque desde el conocimiento y la instrumentación de técnicas para favorecer el autocuidado de la salud hasta facilitar redes sociales de apoyo para las mujeres en el acceso a la prevención primaria, secundaria y cuando éste sea

diagnosticado, de acompañamiento y apoyo.

5.- Evalúen la información, las modalidades propuestas para su transmisión, las imágenes y el lenguaje utilizado. Posterior a esta etapa se deberán hacer los ajustes necesarios para el diseño y producción de metodologías para el trabajo grupal y los materiales a utilizarse.

3. DOCUMENTOS CONSULTADOS.

- Avalos Tejeda, A. Los pueblos indígenas de México. México, Dirección General de Servicios de Bibliotecas. División de Política Social, Marzo 2001. En: Lerin Piñón, Sergio. Inequidad en salud e interculturalidad. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México, 2004.
- Consejo Nacional de Población. Principales causas de mortalidad en México, 1980 – 2007. México, 2010
- Consejo Nacional de Población, CONAPO, Estimaciones del II Censo de Población y Vivienda, 2005 y Encuesta Nacional de empleo (ENOE) 2005 IV Trimestre.
- INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005. Condición de derechohabientes por municipio y tipo de servicio
- 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.
- INEGI. Recursos materiales seleccionados en instituciones del Sistema Nacional de Salud por entidad federativa, 2003 y 2004.
- 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.
- NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud de las Américas, Edición de 1990.

- Programa Estatal de Acción de Cáncer de Mama, Nayarit, 2010
- Programa Estatal de Salud para el estado de Nayarit, 2005-2011
- Secretaría de Salud. Programa de Acción 2007-2010. Cáncer de mama. 1ª. Edición, México, 2008.
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México 2007. Anexos
- Sen, Amartya. Pobreza y hambruna: un ensayo sobre el derecho y la privación (Poverty and Famines: An Essay on Entitlements and Deprivation), Oxford, Clarendon Press, 1982.
- Vázquez-Mellado, R.M. et al “La participación comunitaria en el control del paludismo los focos hiperendémicos de la Costa del Océano Pacífico” Proyecto para el INSP y CONACYT 2001-2004.