

CÁNCER DE MAMA
TÓMATELO
A PECHO



Resumen Ejecutivo

Proceso Social del cáncer de mama en México

Perspectiva de mujeres diagnosticadas,
sus parejas y los prestadores de
servicios de salud

Versión preliminar I
Junio 2009 • RE - 001

Gustavo Nigenda López
Luz María González Robledo
Marta Caballero
Ángel Zarco Mera
María Cecilia González Robledo

Agradecemos el apoyo financiero del Instituto Carso de la Salud
www.tomateloapecho.org.mx



Resumen ejecutivo. Proceso social del cáncer de mama en México.
Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud.
Versión preliminar 1. Junio, 2009
RE - 001

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
Periférico Sur 4089, Col. El Arenal Tepepan.
México 14610, D.F.

Diseño: Arcelia N. Fuentes Ramírez

Todos los derechos son reservados y queda prohibida su reproducción total o parcial sin la
previa autorización por escrito de los autores involucrados en la elaboración y producción de este documento.

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.

Para mayor información podrá contactar a las siguientes personas:

Gustavo Nigenda López
Director de Innovación en Servicios y Sistemas de Salud
Centro de Investigación en Sistemas de Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública
gnigenda@insp.mx

Sonia X. Ortega Alanis
Coordinadora del programa
"Cáncer de mama: Tómatelo a Pecho",
Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
sxortega@funsalud.org.mx



Resumen ejecutivo

Proceso social del cáncer de mama en México

Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud

Cuernavaca, Morelos, 30 de abril de 2009

Versión preliminar 1
RE – 001

Gustavo Nigenda López ⁽¹⁾
Luz María González Robledo ⁽²⁾
Marta Caballero ⁽³⁾
Ángel Zarco Mera ⁽⁴⁾
María Cecilia González Robledo ⁽⁵⁾

-
1. Director de Innovación en Servicios y Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
 2. Investigadora. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
 3. Investigadora. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
 4. Investigador. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
 5. Estudiante de doctorado. Programa de Doctorado en Ciencias en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
-

www.tomateloapecho.org.mx

Resumen ejecutivo

Proceso social del cáncer de mama en México. Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud

*Gustavo Nigenda, Luz María González, Marta Caballero,
Ángel Zarco, María Cecilia González*

Introducción

En México el cáncer de mama se ha convertido en un importante problema de salud pública. Con el tiempo, la mortalidad y el número de casos se han incrementado. A partir de 2006, se constituye como la primera causa de muerte por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad, con 4,440 defunciones registradas y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por 100 mil mujeres en este rango de edad, lo que representa un incremento de 9.7% en relación con el año 2000.¹

La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales, es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. Por esto la importancia de la detección temprana de la enfermedad y por ende del acceso a servicios de salud.^{2,3,4}

Se realizó un estudio en áreas urbanas de cuatro entidades federativas: Distrito Federal, Jalisco, Oaxaca y Querétaro para analizar los factores relacionados con la prevención, diagnóstico, tratamiento y control del cáncer de mama femenino desde la perspectiva de mujeres mexicanas de 25 años y más, sus parejas y el personal de salud encargado de la atención en las unidades para conocer las barreras sociales, culturales, geográficas, económicas, conductuales, familiares y organizacionales que inciden en la búsqueda de atención de esta patología. El trabajo de campo se llevó a cabo entre agosto de 2008 y enero de 2009 y se realizaron 89 entrevistas (43 en profundidad a mujeres diagnosticadas y varones parejas de estas mujeres y 46 semi-estructuradas a actores clave y prestadores de servicios de salud) y 9 grupos focales (a mujeres mayores de 25 años sin la patología).

Este resumen presenta los hallazgos de barreras informativas, de contacto con los servicios de salud y las sociales, culturales y económicas por parte de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el tránsito por la enfermedad y en la formulación de algunas recomendaciones para los

tomadores de decisiones del sistema de salud, que orienten el desarrollo de programas que conduzcan a facilitar el acceso a la detección temprana del cáncer de mama.

Barreras de acceso para la detección temprana diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama

a) Barreras de información

Dentro de las barreras de información para la población se destacan su disponibilidad, la información para la identificación de síntomas y las fuentes de información.

Respecto a la disponibilidad, en general, la población cuenta con información sobre el cáncer de mama, el auto cuidado de los senos y los métodos para la detección oportuna de esta afección. Sin embargo, existe una diferencia importante entre la cantidad y la calidad de la información disponible, aquella con la que cuenta la población, y la manera en que las personas elaboran, a partir de ello, ciertos saberes o conocimientos sobre la enfermedad, su detección oportuna, consecuencias, atención y tratamientos. Es decir, la forma en que la población se apropia la información y la convierte en conocimiento. Otra característica de la información disponible para la población es que se encuentra atomizada y es heterogénea por lo que se hace necesario buscar mecanismos más adecuados para difundirla. Con relación a la información para la identificación de síntomas los diversos informantes señalaron que, en general, las mujeres desconocen el procedimiento para hacerse una autoexploración “correcta”. Finalmente, las mujeres reciben información a través de diversas fuentes como folletos-dípticos y trípticos que leyeron en alguna visita al ginecólogo, pláticas con otras mujeres, artículos de revistas o por haber vivido un diagnóstico de cáncer de mama de algún familiar o persona cercana.

b) Barreras de contacto con los servicios de salud

Desde la posición de los usuarios (mujeres diagnosticadas y sus parejas varones), se identificaron las siguientes barreras de acceso a los servicios de salud: falta de disponibilidad de servicios; falta de oportunidad en la atención; carencia de recursos tecnológicos, materiales y humanos en los servicios públicos y de la seguridad social; largos tiempos de espera; exceso de requisitos burocráticos y tramitología; poca confianza en la atención institucional y escasa resolución de sus demandas y necesidades;

además de los elevados costos de atención y de medicamentos en el ámbito privado. Una opinión generalizada en las mujeres con CaMa (particularmente las diagnosticadas tardíamente) y sus parejas es que los médicos de primer contacto (médicos generales, familiares y ginecólogos) no tienen ni el entrenamiento ni los conocimientos actualizados para detectar tempranamente el cáncer de mama.

Con relación a la interacción médico-paciente, se observaron relaciones de dependencia por parte de las mujeres (aceptan los argumentos e indicaciones de los médicos sin cuestionarlos); negligencia médica (el médico prescribió tratamiento sintomático sin ninguna elaboración diagnóstica, no le dio importancia a las quejas de las usuarias, no entregó a tiempo los resultados de estudios diagnósticos o por su impericia para diagnosticar a tiempo el cáncer de mama); maltrato físico y psicológico por parte de personal de salud (trato deshumanizado, descortés y en algunos casos agresivo que les dan durante el proceso de atención, descalificación la manera como algunas mujeres entienden y atienden la salud y la enfermedad) y, deficiencias en la cantidad y la calidad de Información recibida durante la consulta sobre la enfermedad y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los cuales debe someterse la mujer enferma. La mayoría de los entrevistados señaló la poca disposición de los médicos generales y especialistas de brindar información amplia, completa y clara sobre la enfermedad.

Por su parte los prestadores de servicios públicos de salud (médicos generales, enfermeras y promotores de salud del primer nivel de atención y, oncólogos, radiólogos, cirujanos, psicólogos y trabajadoras sociales en el tercer nivel de atención) refieren como barreras para el acceso a la atención la escasez de recursos; el exceso de trámites burocráticos para referir a las mujeres a estudios de mamografía, ultrasonido y pruebas más especializadas para detectar y confirmar posibles casos de cáncer mamario; los tiempos de espera y el diferimiento de la atención, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y en muchos casos la insuficiente capacitación, entrenamiento, habilidades y destrezas de los profesionales para la detección temprana del cáncer de mama.

c) Barreras sociales, culturales, familiares (parejas) y económicas

En lo que se refiere a la pareja, en algunas ocasiones también puede ser un obstáculo en la búsqueda de atención pues expresan una negación a que sus mujeres sean vistas y tocadas por otros varones, aunque sean

médicos y la intencionalidad de la revisión sea la prevención y la salud de la mujer, actitud que varias mujeres entrevistadas y diagnosticadas con CaMa pero ahora trabajando en pro de algún grupo de autoayuda, y los mismos actores claves y prestadores de servicios de salud señalan como parte del “machismo” en México, machismo que llega a ser un obstáculo para las mujeres.

Los varones viven la experiencia del cáncer de mama como un rechazo, un alejamiento de la pareja, una soledad mezclada de miedo a lo que se enfrentan. Los tratamientos prolongados además de las consecuencias de algunas cirugías (para algunas mujeres significó mastectomía radical del seno o de los dos senos) suspenden la vida sexual, la intimidad de las parejas por lo que los espacios de afecto se reducen en momentos de crisis, provocando en ocasiones un distanciamiento de las parejas a lo largo del proceso de la enfermedad.

Desde la perspectiva de las mujeres la búsqueda de atención es pospuesta debido a la existencia de otras prioridades en su vida cotidiana como la crianza de los hijos, la atención a la pareja, la familia o el trabajo. También la capacidad económica y el aseguramiento determinan en gran medida la búsqueda, acceso y utilización de los servicios de atención por parte de las mujeres con cáncer de mama. En este sentido, las mujeres que cuentan con seguridad social buscan atención principalmente en unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las mujeres sin aseguramiento o con Seguro Popular usualmente buscan atención en las unidades médicas de la red pública, tanto del ámbito estatal, como del federal y las que cuentan con mayores recursos económicos asisten a hospitales privados (pago de bolsillo o seguro de gastos médicos mayores).

Recomendaciones de política

Dirigidas a mejorar la información a la población

- Mensajes específicos deben estar dirigidos a sensibilizar a los hombres y crear en ellos un sentido de co-responsabilidad para la atención de la enfermedad
- Los mensajes dirigidos a la población deben ser positivos y promover prácticas dirigidas a la búsqueda de atención temprana.
- La información provista en escuelas y centros de salud debe ser clara y precisa e invitar a las mujeres a que ante cualquier signo de

anormalidad en sus senos acudan a buscar atención a un centro de salud.

Dirigidas a mejorar la atención

- Ofrecer cursos de actualización a médicos familiares en instituciones públicas y ginecólogos en consultorios privados sobre la identificación de los signos patognomónicos del cáncer de mama.
- Solicitar a las asociaciones, colegios y consejos de médicos que promuevan entre sus afiliados la necesidad de asegurar un alto estándar de comportamiento clínico ético tanto en las instituciones públicas como en las privadas.
- Solicitar al consejo de certificación de ginecología y obstetricia una sección para certificar el conocimiento de los médicos sobre el cáncer de mama.
- Reducir los tiempos de procesamiento de casos en las instituciones públicas.

Bibliografía

¹ Secretaría de Salud. Programa de Acción 2007-2012 Cáncer de Mama. Primera edición 2008.

² Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa SS, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973–1997. *Int J Epidemiol* 2005;34:405–412.

³ Poblano-Verástegui O, Figueroa-Perea JG, López-Carrillo L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Publica Mex* 2004;46:294-305.

⁴ Breast Health Global Initiative. Normas Internacionales Para la Salud de Mama y el Control del Cáncer de Mama. *The Breast Journal*. Volume 13, Supplement 1, May/June 2007

CÁNCER DE MAMA
TÓMATELO
A PECHO



www.salud.carso.org



Fundación
Mexicana
para la Salud



www.funsalud.org.mx



Instituto Nacional
de Salud Pública

www.insp.mx