

**CONSEJO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SOCIAL
DEL DISTRITO FEDERAL
EVALÚA-DF**

**EVALUACIÓN DE DISEÑO Y OPERACIÓN
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL CÁNCER DE MAMA EN
EL DISTRITO FEDERAL**

Dra. Teresa Incháustegui Romero

Con la asistencia de la Mtra. Edith Olivares Ferreto

Agosto, 2009

EVALUACIÓN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL CÁNCER DE MAMA EN EL DISTRITO FEDERAL

MARCO CONCEPTUAL

El cáncer de mama es una proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, que actúan suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria. Los cánceres o carcinomas de mama suponen más del 90% de los tumores malignos de las mamas, pero nueve de cada diez tumores o bultos mamarios no son malignos.

Por estas características el cáncer de mama es la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo, con más de 410 mil defunciones anuales. Así, de los casi 6 millones de tumores malignos que tuvieron las mujeres en 2007, el cáncer de mama se ubicó en el primer lugar con 1.3 millones¹, y cada año crece en más de 1.1 millones el número de mujeres a las que se diagnostica por primera vez este padecimiento².

En México, al igual que en el resto del mundo, el número de casos y la tasa de mortalidad se elevan con la edad. Sin embargo, hay indicios que sugieren la existencia de un patrón de incidencia del cáncer de mama a una edad más temprana en nuestro país, con un porcentaje de casos mayor en las mujeres menores entre 40 y 50 años³. Es decir, alrededor de 10 años antes de la edad en que se presenta en otros países del continente americano y de Europa.

¹ Brandan, ME y Villaseñor, Y. (2006). *Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México*. Revista de Cancerología (1), pp. 147-162.

² Anderson, B (2007). *El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama*. **The Breast Journal**, La revista oficial de la Sociedad Estadounidense contra las Enfermedades Mamarias, La Sociedad Internacional Senológica y la Sociedad Internacional de Anatomía Patológica de la Mama. Vol. 13, Suplemento 1.

³ Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga y Hernández-Ávila (2009) señalan que en el 46% de las mujeres mexicanas afectadas por el cáncer de mama éste se presenta antes de los 50 años, y el grupo de edad más afectado es el de 40-49 años de edad.

De acuerdo a diversos estudios⁴, la incidencia de cáncer de mama se incrementa debido a causas estructurales tales como:

1. El envejecimiento demográfico y el incremento de la esperanza de vida femenina.
2. El uso de terapias de reemplazo hormonal (TRH) a partir de la menopausia.
3. El cambio en los patrones de fecundidad asociado al uso de métodos de anticoncepción, especialmente los basados en el uso de estrógenos.
4. La nuligestación, nuliparidad y embarazos a edades avanzadas.
5. La menarca temprana y menopausia tardía.
6. La obesidad.
7. La herencia, pues se ha observado que las mujeres con madre, hermana o hija que haya presentado cáncer de mama incrementan dos y hasta tres veces la probabilidad de padecerlo.

La experiencia médica acreditada en los diversos informes de investigación consultados, señala que si bien las tendencias crecientes de la incidencia de cáncer de mama no han logrado revertirse en ningún país, en algunos lugares se han obtenido resultados alentadores en la disminución de la mortalidad, a través programas de detección temprana, detección oportuna y tratamiento adecuado, demostrándose que la alta mortalidad por cáncer de mama se asocia a una detección tardía⁵.

En este sentido, la detección temprana que se realiza en mujeres asintomáticas a través de estudios (mastografías y/o ultrasonidos) y la detección oportuna que se realiza en las mujeres con alguna sospecha, ha sido considerada una estrategia eficaz. La primera

⁴ Brandan, ME y Villaseñor, Y. (2006). *Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México*. Revista de Cancerología (1), pp. 147-162; Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. (2009) *Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 350-360; Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. (2009). *Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe*. Revista de Salud Pública en México, vol. 51, suplemento 2, pp. 147-156; Anderson, B (2007). *El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama*. **The Breast Journal**, La revista oficial de la Sociedad Estadounidense contra las Enfermedades Mamarías, La Sociedad Internacional Senológica y la Sociedad Internacional de Anatomía Patológica de la Mama. Vol. 13, Suplemento 1.

⁵ Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. (2009) *Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe*. Revista Salud Pública en México, vol. 51, suplemento 2, pp. 147-156.

remite a la incidencia del cáncer en tanto la inexistencia de bultos o lesiones sospechosas incrementa la probabilidad de que si se detecta un tumor, éste se encuentre poco desarrollado. La detección oportuna, por su parte, se refiere a la realización de estudios mastográficos a mujeres con lesiones o síntomas sospechosos. La existencia de sospecha implica una mayor probabilidad de hallazgos malignos, pero si éstos no están en estado avanzado o metastásico, es posible aplicar tratamientos poco agresivos y de bajo costo.

Finalmente, cuando se diagnostica un carcinoma avanzado o metastásico, la detección se califica como tardía. El diagnóstico a estas alturas requiere de tratamientos más agresivos, costosos y con bajas posibilidades de éxito, lo que eleva las probabilidades de muerte⁶.

Por ello, las recomendaciones emitidas en la Primera Cumbre Mundial Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (2002) para los países con escasos recursos son:

- Encaminar las medidas a la detección temprana, que puede contribuir al diagnóstico precoz con la consiguiente elevación de las posibilidades de supervivencia y curación, a través de tratamientos más sencillos y económicos;
- Desarrollar programas específicos que aborden las particularidades que presenta la incidencia y mortalidad del cáncer en cada país o región;
- Establecer Centros oncológicos, pues esta medida permite la especialización, aún en los casos en que no sea posible brindar atención especializada en todo el país;
- Recopilar información sobre el cáncer de mama para tomar decisiones que permitan optimizar los recursos y cuantificar los avances.

Ahora bien, el diagnóstico temprano y oportuno implica no solamente la existencia de programas de aplicación de mastografías, sino la divulgación de información sobre la salud de la mama entre todas las mujeres. En esa línea, las medidas para reducir la mortalidad contemplan el tamizaje y el diagnóstico oportuno a través de:

⁶ Anderson, B (2007). *El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama*. **The Breast Journal**, La revista oficial de la Sociedad Estadounidense contra las Enfermedades Mamarias, La Sociedad Internacional Senológica y la Sociedad Internacional de Anatomía Patológica de la Mama. Vol. 13, Suplemento 1.

1. La autoexploración, es decir, la observación y palpación que realiza la mujer de sus propios pechos.
2. La exploración clínica, esto es, la práctica de observación y palpación de los pechos por parte de personal de salud (médicos, médicas o enfermeras) con autorización de la mujer.
3. La mastografía o mamografía, que es una imagen plana de la glándula mamaria obtenida mediante un instrumento de rayos X cuya finalidad es reconocer lesiones pequeñas (menores de 0.5 cm) para posibilitar un diagnóstico temprano.

En vista de que en muchos países se carece de los recursos económicos necesarios para implementar programas masivos de detección temprana a través de mastografías, el Grupo de Expertos sobre Detección Temprana y Acceso a la Asistencia de la Cumbre Mundial de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama⁷ recomendó, en 2005, algunas mejoras de las capacidades básicas en países con bajos recursos:

- Capacitación eficaz del personal de salud para la exploración clínica de las mamas en mujeres sintomáticas y asintomáticas;
- Tamizaje oportunista mediante exploración clínica;
- Desarrollo de proyectos de demostración o estudios sobre tamizaje organizado mediante exploración clínica y autoexploración;
- Estudios sobre la factibilidad del tamizaje mastográfico.
- Notificación de los casos detectados, el estado de los tumores cancerígenos y las defunciones, con miras a construir los perfiles específicos de cada región o país.

Ahora bien, los estudios establecen claramente que la mastografía por sí sola no es suficiente. La sugerencia es que la aplicación de mastografías se efectúe en el marco de un programa de tamizaje longitudinal con base poblacional, con recursos suficientes para unidades especializadas para el control de las anomalías detectadas y con actividades orientadas a garantizar la calidad de los servicios de tamizaje de suerte que se elimine el mayor porcentaje posible de falsos positivos y falsos negativos. Así, el

⁷ Smith, R. et al (2007). *El Cáncer de Mama en los Países de Recursos Limitados: Detección Temprana y Acceso a la Asistencia*. **The Breast Journal**, La revista oficial de la Sociedad Estadounidense contra las Enfermedades Mamarias, La Sociedad Internacional Senológica y la Sociedad Internacional de Anatomía Patológica de la Mama. Vol. 13, Suplemento 1.

tamizaje con mastografía es una empresa multidisciplinaria compleja que requiere equipo especializado y personal profesional capacitado y experimentado⁸.

A este respecto, Estela Cotelo⁹ plantea que para garantizar la calidad de los estudios mastográficos, es indispensable desarrollar programas de educación y actualización en control de calidad para el personal especializado en radiología y en mastología; además de fortalecer los programas curriculares para el personal técnico a cargo de la aplicación de los estudios, y fomentar el desarrollo de investigación científica en el tema.

Es también indispensable desarrollar una política de control de la calidad de las mastografías. En principio se recomienda la doble lectura de cada placa mastográfica y el desarrollo de un programa continuo orientado a verificar periódicamente el estado de los mastógrafos (chasis, pantalla, etc.), la calidad de los materiales utilizados (películas y químicos) y de los centros de procesamiento.

Otros estudios también relevan la importancia de la supervisión del equipo (mastógrafos)¹⁰; del personal técnico que realiza la mastografía y del personal especializado que efectúa las interpretaciones, a efecto de garantizar el éxito en la detección y reducir los falsos negativos y el sobretratamiento producto de los falsos positivos¹¹.

⁸ Brandan, ME y Villaseñor, Y. (2006). *Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México*. Revista de Cancerología (1), pp. 147-162.

⁹ Cotelo, Estela (2004). *Mamografía y Cáncer de Mama en Uruguay*. Mesa Redonda Mamografía: Situación Actual, Río, Brasil.

¹⁰ Cabe destacar Brandan y Villaseñor (2006) refieren a un estudio promovido por la Organización Panamericana de la Salud en 2000 y realizado por el Instituto de Física de la UNAM, en colaboración con la Secretaría de Salud y 5 hospitales públicos y privados de la Zona Metropolitana. Se estudió el desempeño de 6 equipos de mamografía, reveladores de películas, y visualización de imágenes, y se documentó la carga de pacientes, entrenamiento y experiencia del personal, programas de garantía de calidad y cumplimiento con normas internacionales de radioprotección en los 5 servicios participantes. Como resultado, se encontró que "los sistemas cumplen con el 53-82% de las 31 pruebas y medidas de control de calidad aplicadas. Los elementos que más fallaron fueron el procesado de la película, cuarto oscuro y negatoscopios. El puntaje asignado a las imágenes del maniquí mamográfico del ACR las hace aceptables, en promedio, pero hubo un equipo en que no lo era. La dosis glandular promedio DG fue 1.00 (0.71-1.15) mGy, de acuerdo con la normatividad. La coincidencia entre los informes radiológicos (BI-RADS) del radiólogo institucional y el panel de expertos, coincidieron tan sólo en el 35% de los casos" (pp. 158-159.)

¹¹ Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. (2009) *Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2,

Cotelo es enfática en señalar que todo programa de detección precoz de calidad aumenta de manera aparente la incidencia, de suerte que lo fundamental es garantizar el tratamiento adecuado y oportuno. Su recomendación es que se sustituyan los programas masivos de mastografías por un programa focalizado que ofrezca los estudios solamente a las mujeres de mayor riesgo¹², a fin de priorizar en la calidad y veracidad del resultado, ya que los estudios mastográficos solamente permiten emitir resultados respecto al hallazgo de ganglios, calcificaciones, nódulos u otras lesiones sospechosas. El diagnóstico de cáncer compete exclusivamente a la realización de una biopsia.

Para la detección del cáncer de mama la comunidad científica internacional ha adoptado la clasificación de estudios mastográficos del *American College of Radiology* (ACR), publicados y registrados en 1992, denominada BI-RADS (*Breasts imaging reporting and data system*) y que consta de cinco categorías:

0. Radiografía insuficiente, necesita una evaluación adicional con otro estudio, no es posible determinar alguna patología.
1. Mastografía negativa a malignidad, sin ganglios o calcificaciones. 0% de posibilidades de cáncer.
2. Mastografía negativa a malignidad, pero con hallazgos benignos (ganglios intramamarios, calcificaciones benignas, etc.). 0% de posibilidades de cáncer.
3. Resultado con probable benignidad, pero que requiere control a seis meses. Puede presentar nódulos circunscritos o algún grupo pequeño de calcificaciones puntiformes y redondeadas. 2.24% de posibilidades de cáncer.
4. Resultado dudoso de malignidad. Requiere una confirmación histopatológica. Consta de tres grados de acuerdo con su porcentaje de malignidad que van del 3 al 94% y que son:
 - a. Baja sospecha de malignidad. 3 a 49%
 - b. Sospecha media de malignidad. 50 a 89%
 - c. Sospecha intermedia de malignidad. 90 a 94%

pp. 350-360; Brandan, ME y Villaseñor, Y. (2006). *Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México*. Revista de Cancerología (1), pp. 147-162.

¹² Destaca Elena Cotelo que en Uruguay se estuvieron practicando mastografías gratuitas a mujeres de cualquier edad, cuando la incidencia se concentra entre los 50 y 60 años.

5. Alta sospecha de malignidad. Requiere biopsia para confirmar diagnóstico. Más de 95% de posibilidades de malignidad.

En 2003 se incluyó, en la cuarta edición del Atlas de mamografía, una sexta categoría que indica malignidad comprobada mediante biopsia.

Los programas de detección temprana en América Latina han tendido a generarse desde organizaciones de la sociedad civil en alianza con empresas farmacéuticas¹³. En general, estas asociaciones civiles se dedican a la promoción de la autoexploración y de la realización de estudios de mastografía entre las mujeres. Los estudios parecen tender a practicarse en los servicios de seguridad social o de manera privada, de suerte que las mujeres no derechohabientes o de escasos recursos corren el riesgo de no acceder a ellos.

Sobre esta base técnica que arroja la literatura especializada acerca de las características que debieran tener servicios de detección temprana y oportuna de este tipo de cáncer, se ha efectuado la evaluación del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal (PAICMA), que presenta este Informe.

Se trata de un Programa pionero que el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal opera desde 2005. El PAICMA desarrolla acciones para (1) la detección temprana del cáncer de mama en mujeres de 40 años y más, o de menor edad con alto factor de riesgo; (2) la atención especializada a las usuarias cuyo resultado sea sospechoso o altamente sospechoso; y (3) el fomento de la cultura de autocuidado entre las mujeres.

La detección del cáncer de mama consiste básicamente en la realización de mastografías de pesquisa a las mujeres que asisten a las Jornadas de Salud que realiza el Programa. Los estudios mastográficos son realizados e interpretados por prestadoras de servicios subrogados.

¹³ Es el caso de la Iniciativa Ser, que tiene como objetivo la prevención y la detección precoz del cáncer de mama y es una acción conjunta entre el laboratorio Novartis y la compañía Sony Pictures Televisión Internacional (www.iniciativaser.com.mx). También es el caso de la Fundación CIM*AB (<http://www.fundacioncima.org/cancerdemama.htm>) y la Fundación Carso (http://www.salud.carso.org/prog_cancer01.html) en México.

En los inicios del Programa, estos estudios se practicaban exclusivamente a través de unidades móviles equipadas con mastógrafos. A partir de 2007, se combina esta modalidad itinerante con la prestación del servicio de estudios mastográficos las instalaciones clínicas.

Los estudios necesarios para la confirmación de diagnóstico en casos sospechosos, altamente sospechosos o no concluyentes, y el tratamiento y control postoperatorio en los casos necesarios, son brindados por las prestadoras de servicios subrogados sin costo para las usuarias.

El fomento de la cultura de autocuidado de las mujeres consiste en la distribución de folletos y la impartición de una plática a las usuarias, sobre prevención de cáncer de mama, derechos sexuales y reproductivos, y los servicios que brinda el INMUJERES- DF.

Para la presente evaluación se ha utilizado la Metodología del Marco Lógico¹⁴, que es una herramienta de análisis e integración de los procesos de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Esta metodología enfatiza en la orientación por objetivos. Así, propone que el diseño de los programas y proyectos inicie con el planteamiento del problema que se pretende atender y las alternativas de solución (Árbol de Problemas y Árbol de Objetivos) con la premisa de que los proyectos y programas son diseñados para resolver los problemas a los que se enfrenta la población objetivo.

La metodología propone un análisis de los problemas a manera de imagen de la realidad; un análisis de los objetivos que expresan la imagen del futuro o la realidad que se pretende alcanzar, así como los supuestos que deben darse para que las cosas ocurran de acuerdo a los objetivos. Se sigue un análisis de estrategias, es decir, de las alternativas de respuesta, con los componentes y actividades a que están asociadas para producir los resultados esperados. Finalmente estarían los indicadores para dar cuenta de los resultados. Posteriormente, la idea del programa se expresa en un plan operativo lógico para la ejecución que comúnmente se conoce como “matriz de marco lógico”.

¹⁴ Pacheco, J. et al (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Área de proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, CEPAL. Serie Manuales.

Esta matriz se compone de cuatro columnas y cuatro filas. Las columnas detallan: (1) el resumen narrativo de los objetivos y actividades; (2) los indicadores; (3) los medios de verificación y (4) los supuestos. Las filas contienen (1) el Fin, que es una descripción de la solución a problemas de nivel superior e importancia nacional, sectorial o regional. En la Administración Pública mexicana se ha incorporado la práctica de indicar en el Fin al Objetivo de la política sectorial con el que está alineado el programa; (2) el Propósito que se debe lograr cuando el proyecto se haya ejecutado; (3) los componentes, que son los bienes o servicios que el programa va a ofrecer para lograr el Propósito y (4) las actividades, es decir, la lista de acciones o tareas que se deben llevar a cabo para producir cada componente.

La matriz se construye de forma que exista coherencia lógica tanto en la relación vertical como en la horizontal. En la lógica vertical las actividades especificadas para cada componente deben ser las necesarias para producirlo; los componentes a su vez deben ser necesarios y suficientes para lograr el Propósito y, si se logra el Propósito, el programa contribuirá a alcanzar el Fin. En la lógica horizontal, se deben establecer los indicadores, medios de verificación y supuestos para el Fin, Propósito, Componentes y Actividades.

Así, la aplicación de esta metodología facilita el diseño de programas con coherencia y articulación lógica de los elementos integrantes. Además, permite que desde el diseño se contemplen las diferentes fases: operación, seguimiento y evaluación.

TEMAS DE LA EVALUACIÓN DE DISEÑO

1. Antecedentes

1.1. Tomando en consideración las Reglas de Operación (RO) y/o la información del Programa referido, describir en qué consiste y cuál es su objetivo.

El Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama desarrolla acciones para la detección temprana del cáncer de mama¹⁵; para la atención especializada a las usuarias cuyo diagnóstico resulte sospechoso o positivo y para el fomento de la cultura de autocuidado entre las mujeres.

La detección del cáncer de mama consiste básicamente en la realización de mastografías de pesquisa a las mujeres que asisten a las Jornadas de Salud que realiza el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (INMUJERES DF). Los estudios mastográficos son realizados e interpretados por prestadoras de servicios subrogados. Asimismo, los estudios necesarios para la confirmación de diagnóstico en casos sospechosos, altamente sospechosos o no concluyentes, y el tratamiento y control postoperatorio en los casos necesarios, son brindados por las prestadoras de servicios subrogados sin costo para las usuarias.

El fomento de la cultura de autocuidado de las mujeres consiste en la distribución de folletos y la impartición de una plática a las usuarias, sobre prevención de cáncer de mama, derechos sexuales y reproductivos, y los servicios que brinda el INMUJERES D.F.

Entre 2005 y 2008 el Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal (PAICMA) se planteó dos objetivos generales, según se detalla en el documento “Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal” (2005) y en los

¹⁵ La detección temprana se realiza a través de estudios (mastografías y/o ultrasonidos) en mujeres asintomáticas. La detección oportuna, en cambio, incluye a las mujeres con lesiones o síntomas sospechosos.

Lineamientos y Mecanismos de Operación del PAICMA publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal en 2007 y 2008¹⁶. Estos objetivos fueron:

1. Fomentar desde una perspectiva de género una cultura de prevención de la salud integral de las mujeres y el conocimiento y ejercicio de sus derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos;
2. Coadyuvar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del Distrito Federal, por medio de la detección oportuna del padecimiento, diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico y canalización a una institución especializada en los casos que requieran quimioterapia y/o radioterapia.

Para 2009, las Reglas de Operación establecen un solo objetivo general:

Coadyuvar en la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres que residan o transiten en el Distrito Federal mediante la realización del estudio de mastografía de pesquisa, diagnóstico y tratamiento en mujeres de 40 años, preferentemente.

Tal formulación refiere más bien a una estrategia que a un objetivo, pues el Programa está orientado a disminuir la mortalidad por cáncer de mama a través de acciones que le permitan la detección temprana en mujeres de 40 años y más, o mujeres de menor edad cuando presenten un factor alto de riesgo¹⁷.

¹⁶ En 2007, los Lineamientos y Mecanismos de Operación del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal, se publicaron en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 31 de enero de 2007. En 2008, se publicaron el 31 de enero, y el 28 de febrero se publicó una Aclaración.

¹⁷ Los factores de riesgo enumerados en la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2002) son: 1. Mujer mayor de 40 años; 2. Historia personal o familiar de cáncer de mama; 3. Nuligesta; 4. Primer embarazo a término después de los 30 años de edad; 5. Antecedentes de patología mamaria benigna; 6. Vida menstrual de más de 40 años y 7. Obesidad

1.2 ¿Cuáles son las dependencias involucradas en el Programa? (haga un organigrama de la unidad responsable del Programa).

Hasta 2008, la coordinación general del PAICMA estuvo formalmente a cargo de la Dirección de Coordinación del Sistema de Unidades del INMUJERES-DF¹⁸. En las Reglas de Operación de 2009 se señala que la entidad responsable del Programa es el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

El diseño, coordinación, operación y seguimiento del Programa está a cargo de un equipo de 49 personas, 42 de las cuales están contratadas por la modalidad de honorarios. El organigrama adjunto detalla la organización del PAICMA¹⁹. La estructura orgánica del Programa tiene una coordinación general y tres áreas:

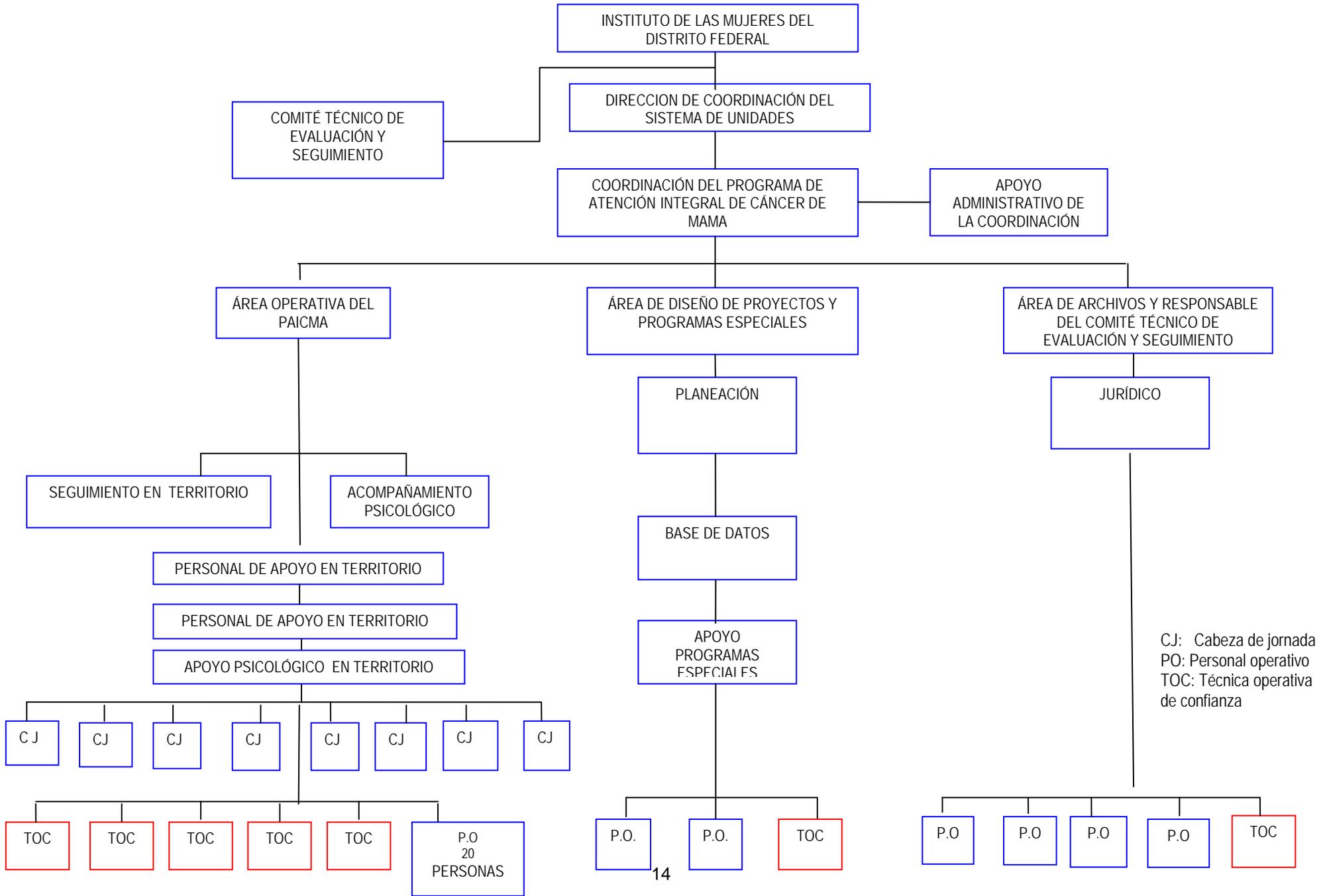
- Un área operativa que se encarga de toda la operación de las jornadas, lo que incluye los aspectos logísticos y el despliegue de la actividad en territorio; el seguimiento a las mujeres y la operación de la entrega de resultados. La Cabeza de Jornada coordina la operación en territorio. El personal operativo realiza diversas tareas durante las Jornadas (imparte pláticas, registra usuarias), captura los registros diariamente y brinda información telefónica sobre los servicios del Programa. Las actividades de seguimiento (llamadas telefónicas a las mujeres que se realizaron la mastografía para convocarlas a volver a practicársela, comunicación con las usuarias con resultado sospechoso o positivo y acompañamiento psicológico) están a cargo de psicólogas.

¹⁸ La Coordinadora del PAICMA, Licda. Lourdes de la Cruz Ortega, señaló en entrevista realizada el 22 de junio de 2009 que el Programa aparecía adscrito a la Dirección de Coordinación del Sistema de Unidades del INMUJERES-DF en los Lineamientos y mecanismos de operación de 2007 y 2008 porque esta es una Dirección de la estructura del Instituto. Sin embargo, en la práctica esta Dirección no tiene ninguna responsabilidad sobre el Programa (ni en el diseño, ni en la operación, ni en el seguimiento). Toda la operación está bajo la responsabilidad de una estructura conformada por personal contratado por la modalidad de honorarios que no figura en ningún documento oficial porque carece de atribuciones para firmar de manera oficial.

¹⁹ Este organigrama fue brindado por la coordinación del Programa el 1 de julio de 2009.

- Un área de diseño de proyectos y Programas especiales, que desarrolla básicamente dos funciones: el diseño y supervisión de la base de datos y el apoyo a otros Programas a solicitud de la Secretaría de Desarrollo Social²⁰.
- Un área de archivos y responsable del Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento, que se hace cargo de los convenios, el seguimiento a las reuniones del Comité y el resguardo del material y documentos que genera el PAICMA.

²⁰ A este respecto, en entrevista la coordinadora del PAICMA señaló que esta Secretaría solicita eventualmente apoyo para la repartición de vales para útiles escolares, vales para uniformes u otros Programas sociales.



Desde la existencia del PAICMA -en 2005- se conformó el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa para evaluar y verificar los resultados del PAICMA, y dar el visto bueno para que se realicen las gestiones necesarias que permitan cumplir con los pagos, previo análisis en el cumplimiento de las metas y con base en el informe mensual que se presente en cada sesión. El Comité está integrado por:

Un representante de la Secretaría de Desarrollo Social

Un representante de la Secretaría de Salud

Un representante de la Secretaría de Finanzas

Un representante de la Oficialía Mayor

Un representante de la Contraloría General

Un representante de la Contraloría Ciudadana

Un representante de Consejería Jurídica y de Servicios Legales.

Un representante de cada una de las prestadoras de servicios subrogados (a partir de 2008).

1.3 ¿Se encuentra alineado el Programa con los objetivos de la Política de Desarrollo Social estipulados en la Ley de Desarrollo Social y en el Programa de Desarrollo Social 2007-2012? En caso positivo ¿con cuáles de dichos objetivos?

El PAICMA si está alineado con los objetivos de la Política de Desarrollo Social estipulados tanto en la Ley de Desarrollo Social como en el Programa en la materia 2007-2012. En el caso de la Ley, está alineado con los objetivos II y VII que señalan:

II. Promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales de los habitantes del Distrito Federal en particular en materia de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo e infraestructura social;

VII. Fomentar la equidad de género en el diseño y operación de las políticas públicas y en las relaciones sociales;

En el caso del Programa de Desarrollo Social 2007-2012, el PAICMA está alineado con su Objetivo General, que plantea:

Desarrollar una política social tendencialmente universal, integral, transversal, participativa y territorializada que permita avanzar en el goce efectivo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de los habitantes de la ciudad para abatir la desigualdad, promover la equidad social y de género, desarrollar la inclusión y la cohesión social en la perspectiva de la acumulación de derechos y la continuación en la construcción de un régimen y un Estado social de derechos en la Ciudad de México.

Asimismo, el PAICMA está alienado con los siguientes objetivos específicos del Programa de Desarrollo Social 2007-2012:

- *Avanzar hacia la plena universalidad del derecho a la salud y la protección social para la población que no goza de seguridad social formal y afrontar los retos epidemiológicos y sanitarios que implica la transición sociodemográfica y epidemiológica del Distrito Federal en términos de cobertura, accesibilidad, pertinencia, calidad y calidez de los servicios;*
- *Abatir las brechas de desigualdad de género entre mujeres y hombres, principalmente, en materia de ingresos, empleo, educación, salud, vivienda, propiedad y patrimonio, tiempo libre y acceso a la justicia;*

Lo anterior, por cuanto el Programa ofrece un servicio indispensable para hacer accesible el goce al derecho a la salud de las mujeres en riesgo de presentar cáncer de mama y que no están aseguradas o tienen escasos recursos, a través de la aplicación de mastografías de pesquisa y su tratamiento en caso de resultados sospechosos o positivos.

1.4 ¿En qué año se originó el Programa? ¿Cuál ha sido su trayectoria desde su creación a la fecha? (Describir los cambios identificando en qué aspectos se dan: cobertura, componentes, presupuesto, requisitos de asignación, registro, indicadores)

El PAICMA se originó en 2005. Durante los dos primeros años funcionó con lineamientos establecidos en el documento “Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama”, que detalla la justificación, población objetivo, objetivos, metas, estrategias, actividades, seguimiento y evaluación, y recursos del Programa. Es hasta el 31 de enero de 2007 que se publican en la Gaceta Oficial del Distrito Federal los “Lineamientos y Mecanismos de Operación” del Programa.

El Programa no ha definido con claridad su cobertura. Entre 2005 y 2007 su población objetivo eran mujeres de 40 años y más, o de menor edad con alto factor de riesgo de presentar cáncer de mama, habitantes del Distrito Federal. La población objetivo se amplió en 2008, pues se incluye a las mujeres que circulan por el Distrito Federal. Esta ampliación respondió a la demanda del servicio por parte de mujeres que trabajan en la ciudad pero viven en municipios conurbados del Estado de México.

Las metas del Programa se reducen a la aplicación de mastografías por año, que ha variado sustantivamente en los cinco años de operaciones, como se puede observar en el siguiente cuadro:

**Evolución de la meta de estudios mastográficos PAICMA
2005-2009**

| Año | Meta de estudios mastográficos |
|------------|---------------------------------------|
| 2005 | 80,000 |
| 2007 | 125,000 |
| 2008 | 60,000 |
| 2009 | 50,000 |

La disminución de la meta anual a partir de 2007 se explica, de acuerdo a la Coordinadora del Programa, en razón a la decisión tomada a partir del cambio de gobierno en 2006, de poner más acento en el control de los procedimientos y de la calidad en todo el proceso implicado en el PAICMA.

Los componentes del Programa se mantuvieron idénticos entre 2005 y 2008. Éstos son: (1) Detección del cáncer de mama en población de riesgo a través de aplicación de mastografías de pesquisa, (2) Atención especializada para casos sospechosos o positivos y (3) Promoción de derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos de las mujeres. Para 2009, las Reglas de Operación denotan un cambio en el último componente, que se acota al “Fomento de la cultura de prevención del cáncer de mama entre las usuarias del PAICMA”. Esta delimitación es más compatible con las actividades que realmente realiza, que el de la promoción de derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, se limita a las usuarias del PAICMA, lo que le resta la cobertura necesaria para la prevención.

En lo que hace al presupuesto, lo primero que se debe anotar es que los datos sobre la asignación presupuestaria de 2005 se obtuvieron de la Auditoría Financiera realizada por la Contaduría Mayor de Hacienda de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal²¹, pues en la documentación del PAICMA no aparece esta información para ese año.

El detalle del presupuesto asignado por años se presenta en el siguiente cuadro:

**Presupuesto asignado al PAICMA
2005-2009**

| Año | Presupuesto asignado (en pesos mexicanos) |
|------------|--|
| 2005 | 23 millones 893 mil |
| 2007 | 50 millones |
| 2008 | 42 millones 500 mil |
| 2009 | 22 millones 500 mil |

²¹ <http://www.cmhaldf.gob.mx/IR/CP2005/AEPE1405.pdf>

En 2007 el PAICMA recibió un presupuesto que duplicó el de 2005. En 2008 este monto permaneció estable en la primera versión de los Lineamientos y Mecanismos de Operación publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 31 de enero de 2008. Sin embargo, en la Gaceta Oficial del 28 de febrero del mismo año se publicó una aclaración al Programa en que se le reducen asignan \$7 millones 500 mil pesos. Para 2009 el presupuesto se reduce aún más, quedando en sólo 45% del monto asignado dos años antes.

En los Lineamientos y Mecanismos de Operación de 2007 y 2008, y en las Reglas de Operación de 2009, se estipulan los procedimientos de instrumentación de las Jornadas de Salud. En 2007 y 2008 los procedimientos presentaron escasos cambios:

- En 2007 se plantea como actividad inicial el registro de general “de personas” que acuden a todos los servicios, en 2008 se mantiene esta actividad pero se visibiliza que las sujetas del registro son mujeres.
- En 2007 el proceso de atención para la toma de mastografías se descompone en la plática de prevención, el registro y el llenado de fichas. En 2008 se incorpora la historia clínica, y se sustituye el llenado de la ficha por una hoja de folio.
- En ambos años, la tercera actividad es la toma de mastografías de pesquisa
- En 2007 aparece el llenado de la historia clínica después de la mastografía, y luego la captura diaria de la Cédula de Detección y su remisión al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama (SICAM). En 2007 se elimina la remisión al SICAM²².
- Tanto en 2007 como en 2008 aparecen también como actividades la realización de servicios médicos por las instituciones participantes; la realización de asesorías psicológicas, jurídicas y laborales, y visitas de supervisión y monitoreo de responsables operativos.

²² En entrevista realizada a la Coordinadora del PAICMA el 25 de junio de 2009, se le consultó sobre la remisión de casos al SICAM y no pudo precisar si se está realizando. Los y las entrevistadas de las prestadoras de servicios subrogados señalaron que no se están reportando casos al SICAM, pues este Sistema aún no se encuentra en operación.

En las Reglas de Operación de 2009 las actividades de operación de la Jornada son más dirigida al objetivo de la Jornada, pero solamente se estipulan las que realiza el personal del PAICMA: informar sobre los requisitos para la realización del estudio a las mujeres, registrar sus datos, y brindarles información sobre el Programa y temas vinculados con la detección oportuna del cáncer de mama

Las actividades que realizan las prestadoras de servicios subrogados ligadas al componente de detección temprana del cáncer de mama fueron excluidas de las Reglas de Operación. Cabe señalar que estas actividades son sustantivas (llenado de la historia clínica, discriminación en caso que las mujeres sean menores de 40 años y toma del estudio mastográfico) y deben ser explicitadas en las ROP aunque sean realizadas por las prestadoras de servicios.

En lo que se refiere a los indicadores del PAICMA, los cambios más importantes se registran en 2008 y 2009. En 2008 se modificaron dos de los diez indicadores: en 2005 y 2007 se plantearon como indicadores “número de personas registradas para su estudio” y el “número de estudios realizados”. En 2008 se incorpora en ambos indicadores como denominador “sobre los estudios Programados”, lo que facilita la utilización del indicador para evaluar la meta propuesta.

Siete indicadores continuaron siendo enunciados como cantidad absoluta (número de pláticas realizadas y personas atendidas, número y tipo de estudios a pacientes sospechosas, número de pacientes positivas, número y tipo de estudios a pacientes sospechosas, número de pacientes positivas, número de canalizaciones de pacientes a instituciones especializadas, y número de personas atendidas en los servicios médicos, por tipo e institución).

Por último, cabe señalar que desde 2005 y hasta 2008 se plantea como indicador “Porcentaje de adherencia bianual a la mastografía de pesquisa”, sin que el enunciado aclare cuál es el universo con respecto al que se calcula el porcentaje.

En las Reglas de Operación de 2009 se presentan cambios en los indicadores. La primera modificación que se observa es que todos se calculan como porcentaje, con lo que se eliminan las cantidades absolutas en los enunciados. Otra modificación

importante es que se plantean indicadores para medir el cumplimiento de las metas de estudios mastográficos, jornadas y pláticas. Cabe señalar, sin embargo, que en las Reglas solamente se explicita la meta de mastografías. Se integra un indicador que mide el cumplimiento de la entrega de resultados respecto a los estudios realizados, lo que apunta a depurar la recolección de datos de las usuarias.

Además, se incorporan cuatro indicadores que están mal formulados en las ROP 2009:

- Total de estudios realizados en el año/ Total de estudios entregados *100
- Total de estudios realizados / total de estudios con diagnóstico negativo de cáncer de mama * 100
- Total de estudios realizados / total de estudios con diagnóstico positivo de cáncer de mama
- Total de estudios realizados / total de estudios con diagnóstico no concluyente

El error en la formulación de éstos consiste en que numerador y denominador están invertidos, y en los dos últimos se excluyó la multiplicación por 100 que permite la expresión en términos porcentuales.

También se eliminó el único indicador que permitía valorar la eficacia de las actividades de detección temprana y/o la continuidad en las revisiones periódicas en casos necesarios; aproximándose de esta suerte a mediciones de impacto en el alcance de los objetivos del Programa. Nos referimos a la medición de la adherencia²³ que a pesar de presentar problemas de formulación se orientaba a estimar la extensión de la cultura del autocuidado de la salud entre las mujeres.

²³ La adherencia es la decisión de la persona de cumplir con las instrucciones de profesionales de la salud. Se utiliza comúnmente para referir al cumplimiento del régimen terapéutico por parte de la o el paciente. Para la detección temprana del cáncer de mama se promueve la adherencia en términos de la realización de mastografías subsecuentes de manera voluntaria.

1.5 ¿Se reflejan estos cambios en las RO? Hacer un cuadro comparativo.

Lineamientos del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal 2005-2008

| | Programa Atención Integral de Cáncer de Mama en el DF (2005) | Lineamientos y mecanismos de operación del PAICMA DF 2007 (publicado en Gaceta Oficial DF 31 enero 2007) | Lineamientos y mecanismos de operación del PAICMA 2008 (publicados en la Gaceta Oficial el 31 de enero de 2008 y con Aclaración del 28 de febrero de 2008) | Reglas de Operación del PAICMA 2009 (publicadas en la Gaceta Oficial el 30 de enero de 2009) |
|--|---|--|---|---|
| Población objetivo | Mujeres de 40 años y más, o de menor edad con alto factor de riesgo, que habitan el Distrito Federal. | Mujeres de 40 años y más, o de menor edad con alto factor de riesgo, que habitan el Distrito Federal. | Mujeres de 40 años y más, o de menor edad con alto factor de riesgo, que habiten <u>o circulen</u> por el Distrito Federal | Mujeres de 40 años y más que residan o transiten en el Distrito Federa. |
| Meta anual | 80 mil mastografías | 125 mil mastografías | 60 mil mastografías | 50 mil mastografías |
| Componentes | 1. Detección del cáncer de mama en población de riesgo a través de realización de mastografías de pesquisa, 2. Atención especializada para casos sospechosos o positivos 3. Promoción de derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos de las mujeres. | IDEM | IDEM | 1. Detección temprana del cáncer de mama en mujeres asintomáticas de 40 años y más, a través de la realización de mastografías de pesquisa, 2. Atención especializada para casos sospechosos o positivos 3. Fomento de cultura de prevención del cáncer de mama en las beneficiarias del Programa |
| Presupuesto | 23 millones 898 mil pesos* | 50 millones de pesos | 42 millones 500 mil pesos | 22 millones 500 mil pesos |
| Requisitos para ser beneficiarias | *Preferentemente mujeres no aseguradas y de escasos recursos. *Mayores de 40 años y excepcionalmente de edad menor cuando presenten un factor de alto riesgo. *Que habiten en zonas urbanas y rurales de las 16 delegaciones del Distrito Federal | IDEM | *Mayores de 40 años y excepcionalmente de edad menor cuando presenten un factor de alto riesgo. *Preferentemente no aseguradas y de escasos recursos. * Que habiten <u>o circulen</u> cotidianamente en zonas urbanas y rurales de las 16 Delegaciones que conforman el Distrito Federal. | * A partir de los 40 años, asintomáticas y sin diagnóstico previo de cáncer de mama; * No estar lactando; * Presentarse al momento del estudio sin talco, desodorante, crema o perfume en la región superior del cuerpo preferentemente con el baño diario y rasurada de las axilas; |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | Programa Atención Integral de Cáncer de Mama en el DF (2005) | Lineamientos y mecanismos de operación del PAICMA DF 2007 (publicado en Gaceta Oficial DF 31 enero 2007) | Lineamientos y mecanismos de operación del PAICMA 2008 (publicados en la Gaceta Oficial el 31 de enero de 2008 y con Aclaración del 28 de febrero de 2008) | Reglas de Operación del PAICMA 2009 (publicadas en la Gaceta Oficial el 30 de enero de 2009) |
| | | | | * Mostrar comprobante de domicilio y/o identificación; * Proporcionar los datos personales para recibir el comprobante de estudio (folio). |
| Procedimientos de instrumentación de las jornadas (incluye registro) | No hay información | <ul style="list-style-type: none"> • Registro de general de personas que acuden a los servicios • Proceso de atención para la toma de mastografías (plática de prevención, registro y llenado de fichas) • Toma de mastografías de pesquisa • Llenado de Historia Clínica y captura diaria de la Cédula de Detección y su remisión al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama (SICAM) • Prestación de servicios médicos por las instituciones participantes • Prestación de asesorías psicológicas, jurídicas y laborales • Visitas de supervisión y monitoreo de responsables operativos. | <p>2. Actividades de Operación de la Jornada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro general de mujeres que acuden a los servicios. • Proceso de atención para la toma de mastografías (plática de prevención, registro y llenado de hoja de folio). • Toma de mastografías de pesquisa. • Llenado de Historia Clínica y captura diaria en la base de datos del Programa. • Prestación de servicios médicos por las instituciones, que en su caso participen. • Prestación de asesorías psicológicas, jurídicas y laborales. • Visitas de supervisión y monitoreo de responsables operativos. | <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre los requisitos para la realización de los estudios; • Registrar los datos de las mujeres que acuden a la realización de estudio de mastografía de pesquisa; • Brindar información sobre el Programa y temas inherentes a la detección oportuna de cáncer de mama. |
| Indicadores | Número de personas registradas para estudio | Número de personas registradas para estudio; | Número de mujeres registradas; sobre los estudios Programados. | Total de estudios realizados en el año/ Total de estudios Programados *100 |
| | Número de estudios realizados | Número de estudios realizados; | Número de estudios realizados; sobre los estudios Programados. | Total de estudios realizados en el año/ Total de estudios entregados *100 |
| | Número de pláticas realizadas y personas atendidas | Número de pláticas realizadas y personas atendidas; | Número de pláticas realizadas y personas atendidas; | Total de pláticas realizadas/ Total de pláticas Programadas *100 |

| | Programa Atención Integral de Cáncer de Mama en el DF (2005) | Lineamientos y mecanismos de operación del PAICMA DF 2007 (publicado en Gaceta Oficial DF 31 enero 2007) | Lineamientos y mecanismos de operación del PAICMA 2008 (publicados en la Gaceta Oficial el 31 de enero de 2008 y con Aclaración del 28 de febrero de 2008) | Reglas de Operación del PAICMA 2009 (publicadas en la Gaceta Oficial el 30 de enero de 2009) |
|--|---|---|---|---|
| | Número y tipo de estudios (realizados) a pacientes sospechosas | Número y tipo de estudios (realizados) a pacientes sospechosas; | Número y tipo de estudios a pacientes sospechosas; | Total de jornadas realizadas /Total de jornadas Programadas *100 |
| | Número y tipo de estudios (realizados) a pacientes positivas | Número y tipo de estudios (realizados) a pacientes positivas; | Número y tipo de estudios (realizados) a pacientes positivas; | Total de estudios realizados /Total de estudios con diagnóstico negativo de Cáncer de mama*100 |
| | Número de pacientes positivas | Número de pacientes positivas; | Número de pacientes positivas; | Total de estudios realizados/ Total de estudios con diagnóstico positivo de Cáncer de Mama |
| | Número de canalizaciones de pacientes a instituciones especializadas | Número de canalizaciones de pacientes a instituciones especializadas; | Número de canalizaciones de pacientes a instituciones especializadas; | Total de estudios realizados /Total de estudios con diagnostico no concluyente |
| | Porcentaje de adherencia bianual a la mastografía de pesquisa | Porcentaje de adherencia bianual a la mastografía de pesquisa; | Porcentaje de adherencia bianual a la Mastografía de pesquisa; | Se elimina |
| | Número de personas atendidas en los servicios médicos, por tipo e institución | Número de personas atendidas en los servicios médicos, por tipo e institución; y | Número de personas atendidas en los servicios médicos, por tipo e institución; y | Se elimina |
| | Número de personas que recibieron asesorías psicológicas, jurídicas y laborales | Número de personas que recibieron asesorías psicológicas, jurídicas y laborales | Número de personas que recibieron asesorías psicológicas, jurídicas y laborales. | Se elimina |

* Información tomada de la Auditoría Financiera realizada por la Contaduría Mayor de <http://www.cmhaldf.gob.mx/IR/CP2005/AEPE1405.pdf>

2. Relevancia de la(s) necesidad(es) o problema(s) atendido(s)

2.1. ¿Qué tan relevantes son los problemas o necesidades que busca atender el Programa? (Aportar datos del propio Programa que indiquen la magnitud e importancia del problema)

El cáncer de mama se presenta actualmente con mayor frecuencia y causa más muertes entre las mujeres. A nivel mundial, de los casi 6 millones de tumores malignos que tuvieron las mujeres en 2007, el cáncer de mama se ubicó en el primer lugar con 1.3 millones²⁴. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que el número de casos aumenta en todo el mundo, aunque existen diferencias relevantes tanto en la tasa de incidencia como en el riesgo de muerte, vinculadas a la región geográfica y al nivel de desarrollo. En 2007 se registraron alrededor de 548 mil muertes por cáncer de mama en el mundo, de las que 72% sucedieron en países de bajos y medianos ingresos²⁵.

De acuerdo a estos mismas estimaciones entre 2002 y 2007 el número de casos siguió siendo mayor en los países desarrollados que en los que se encuentran en desarrollo, aunque el incremento del número de casos nuevos entre 2002 y 200, fue dos veces mayor en los países en desarrollo, que el observado en los países desarrollados.

En América Latina, la incidencia y mortalidad del cáncer de mama se vienen incrementando debido a un conjunto de factores combinados: 1) el envejecimiento de la población; 2) los cambios en los patrones reproductivos; 3) una mayor exposición a los factores de riesgo y, 4) la falta de acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado²⁶.

²⁴ Brandan, ME y Villaseñor, Y. (2006). *Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México*. Revista de Cancerología (1), pp. 147-162.

²⁵ Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. (2009) *Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 350-360.

²⁶ Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. (2009) *Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 350-360.

Así, en América Latina y el Caribe se registran cerca de 100 mil casos anuales de cáncer de mama, mostrándose un incremento de 18% entre 1979 y 2005²⁷. Y aunque México se ubica entre los países con menor incidencia de cáncer de mama de la región, presentó el mayor incremento en el número de muertes por este padecimiento, en este período (84%). Los países de mayor incidencia en esta región son los sudamericanos, especialmente Uruguay y Argentina, cuyas tasas de incidencia alcanzaron en 2002, la cifra de 83 y 75 por cada 100 mil mujeres, respectivamente²⁸.

En lo que a la mortalidad refiere, datos de la Organización Mundial de la Salud indican que en 2004, los países de alto ingreso tuvieron 31% de las defunciones por cáncer de mama. En los países de ingreso medio se concentró 44% de las defunciones y en los países pobres el 24%.

De acuerdo a Lozano y colaboradores (2009), 18% de las defunciones por tumores malignos y 3% de las muertes entre las mujeres de América Latina y el Caribe, en 2005, tuvieron como origen el cáncer de mama. De suerte que el riesgo de morir por cáncer de mama en las mujeres que viven en Bahamas, Barbados, Trinidad y Tobago, Argentina, Cuba y Uruguay, fue cuatro a cinco veces más alto que en Salvador, Nicaragua, Guatemala y México. Desafortunadamente la tasa de mortalidad por este padecimiento en la región, manifiesta una tendencia creciente, en las últimas décadas.

En México, el cáncer de mama constituye ya un problema de salud pública pues es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres mayores de 25 años, observándose también una tendencia creciente de la mortalidad²⁹. En 2006, la tasa de mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres mexicanas alcanzó la cifra de 16 por cada 100 mil³⁰.

²⁷ Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. (2009). *Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe*. Revista de Salud Pública en México, vol. 51, suplemento 2, pp. 147-156.

²⁸ Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. (2009). *Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe*. Revista de Salud Pública en México, vol. 51, suplemento 2, pp. 147-156.

²⁹ Cabe subrayar que desde 2007 el cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres mexicanas, mas no es la principal causa de muerte en el país ni entre el total de la población como pudiera interpretarse de frases como "Considerando que el cáncer de mama es la primera causa de muerte en nuestro país" (Manual de capacitación PAICMA, 2008) y "Por ello, actualmente en el DF es la primera causa de mortalidad por cáncer" (Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama en el Distrito Federal, 2005).

³⁰ Cáncer de mama: enfrentando un serio problema de salud pública en México. En *El Hospital*. Diciembre 2007. Consulta disponible en internet en

En el comparativo entre 172 países, México se ubicó en 2002 en el lugar 101 de incidencia y 135 de mortalidad³¹. Sin embargo, la tendencia ascendente y el envejecimiento de la población permiten a las especialistas proyectar que en 12 años (es decir 2014) la incidencia de este padecimiento será similar a la que se presenta actualmente en Norteamérica, que hoy en día ocupa el primer lugar en el mundo, con 99.4 casos de cáncer de mama por cada 100 mil mujeres.

Anteriormente, de acuerdo a la tendencia en México, el cáncer de mama ocupaba el segundo lugar de mortalidad, precedido por el cáncer cérvico-uterino. Sin embargo en 2006 ocupó el primer lugar entre las causas de muerte por cáncer entre las mujeres. Datos preliminares de 2007 indican que este año murieron 4597 mexicanas por este padecimiento, lo que implica una tasa de 16.5 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más. Esto es el triple de lo que se registró en 1955³².

En nuestro país, al igual que en el resto del mundo, el número de casos y la tasa de mortalidad se elevan con la edad. No obstante algunos informes sugieren la presencia en México de un patrón de incidencia del cáncer de mama a una edad más temprana que lo que ocurre en otras partes del mundo, con un alto porcentaje de casos en las mujeres entre 40 y 50 años³³. Es decir, alrededor de 10 años antes de la edad en que se presenta en otros países del continente americano y de Europa. Lo que plantea la necesidad de generar Programas de detección a edades más tempranas de las que se sugieren en otras latitudes.

http://www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ARTICULOS/doc_60196_HTML.html?idDocumento=60196

³¹ Agencia Internacional de Investigación en Cáncer-IARC por sus siglas en inglés, citado por Martínez, Uribe y Hernández (2009).

³² Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. (2009) *Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 350-360.

³³ Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga y Hernández-Ávila (2009) señalan que en el 46% de las mujeres mexicanas afectadas por el cáncer de mama éste se presenta antes de los 50 años, y el grupo de edad más afectado es el de 40-49 años de edad.

En años recientes se ha desarrollado investigación en el país sobre las especificidades que presenta el cáncer de mama en las diferentes regiones y entidades federativas³⁴. De acuerdo a éstos, la incidencia del padecimiento en el país presenta variaciones regionales vinculadas con los factores de riesgo, los patrones reproductivos y el ritmo del envejecimiento poblacional. Así, en 2006 las tasas de mortalidad más altas por este padecimiento se presentaron en el Distrito Federal (13.2)³⁵ y en la región norte del país (11.8). Aún cuando el Distrito Federal presentó una disminución de la tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de mama entre 2000 y 2006. En tanto que las regiones norte, centro y sur del país mantuvieron un comportamiento ascendente³⁶. Según dichos estudios la tendencia a la baja de la mortalidad observada en el Distrito Federal, estaría asociada a los Programas de detección temprana y atención oportuna, que son más frecuentes o constantes en esta región por la densidad de los servicios de salud ya antedicha.

También es preciso señalar que si bien ningún país del mundo ha logrado revertir las tendencias crecientes a la incidencia de este cáncer, el Reino Unido, Australia, Canadá y Estados Unidos, han logrado una notable disminución en las tasas de mortalidad, como resultado de agresivas campañas de detección temprana y tratamiento oportuno y adecuado³⁷.

En este sentido, diversos estudios asocian la alta mortalidad por cáncer de mama a una detección tardía. De acuerdo a Brandan y Villaseñor (2009) *“una célula cancerosa de mama generalmente se duplica cada 100-300 días. Una neoplasia de mama de 1 cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer*

³⁴ Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. (2009). *Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 208-219.

³⁵ Esta cifra debe matizarse considerando que las tasas de mortalidad en el Distrito Federal tienen un sesgo derivado de la densidad de servicios hospitalarios y de especialidades en esta entidad federativa, a la que acuden gran cantidad de personas que no habitan en la ciudad. Lo anterior plantea la necesidad de solicitar un registro más fino de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en el Distrito Federal, de suerte que la tasa elimine a las mujeres que mueren en la entidad federativa pero que no son residentes.

³⁶ Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. (2009). *Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 208-219.

³⁷ Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. (2009) *Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe*. Revista Salud Pública en México, vol. 51, suplemento 2, pp. 147-156.

tiene, como mínimo, unos 7 años de evolución. Esta simple estimación sugiere la utilidad de la detección temprana, con métodos capaces de visualizar alteraciones (subclínicas) de tamaño inferior a un centímetro”.

Es por estudios como el anteriormente citado que se ha recomendado enfatizar en Programas que faciliten la detección temprana y el tratamiento adecuado, para reducir la mortalidad. En tal sentido, las medidas para reducir la mortalidad se basan en el tamizaje y el diagnóstico oportuno mediante la autoexploración³⁸, la exploración clínica³⁹ y la mastografía⁴⁰. Justamente respondiendo a este tipo de evidencias, en México se formuló la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2002).

Ciertamente hay también estudios como el de Martínez, Uribe y Hernández (2000) que plantean que la autoexploración y exploración clínica no muestran evidencias consistentes de que sólo con estos recursos se pueda obtener un impacto en el descenso de la mortalidad. De suerte que su valor actual se refiere más bien a la visibilización del problema y no tanto a su contribución para la detección. Lo anterior por cuanto la autoexploración puede generar entre las mujeres una suerte de “falsa seguridad” que incluso podría tener a retrasar la participación en Programas de mastografía⁴¹. En este sentido, las autoras sugieren que la mejor recomendación es la mastografía y la realización de autoexploraciones en los períodos entre mastografías.

³⁸ Observación y palpación que realiza la mujer de sus propios pechos.

³⁹ Observación y palpación de los pechos por parte de personal de salud (médicos, médicas o enfermeras)

⁴⁰ La mastografía o mamografía es una imagen plana de la glándula mamaria obtenida mediante un instrumento de rayos X; su finalidad es reconocer lesiones pequeñas (menores de 0.5 cm) para posibilitar un diagnóstico temprano.

⁴¹ Las autoras citan el estudio de Kusters, JP, Gotzshce, PC. (2008) *Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer*. Cochrane Breast Cancer Group Cochrane Database of Systematic Reviews, que sugiere que la autoexploración, además de no abatir la mortalidad por cáncer de mama, puede ocasionar problemas de sobretratamiento. Estas conclusiones se basan en la reciente publicación de dos ensayos aleatorizados en los que participaron cerca de 400 000 mujeres en Rusia y Shanghai, en los que se comparó el autoexamen de mama con no hacer nada. El riesgo relativo estimado de morir de cáncer de mama en ambos grupos fue de 1.05. En el grupo de autoexploración se llevó a cabo el doble de biopsias ($n=3\ 406$) y el resultado fue negativo. El estudio concluye que es necesario instrumentar Programas de educación dirigidos a sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica inmediata si descubren anomalías, pero haciendo énfasis en las limitaciones de este procedimiento y en la importancia de participar con regularidad en los Programas de detección temprana basados en la mamografía.

En lo que refiere al examen clínico de mamas por parte del personal de salud, las autoras citadas plantean que si bien ha pocos estudios en el tema, la evidencia sugiere que un buen entrenamiento en la revisión clínica permite tener resultados tan buenos como la mastografía. Sin embargo, los avances tecnológicos incorporados recientemente a los mastógrafos han mejorado la sensibilidad y especificidad de la mamografía, en términos de posibilitar análisis más precisos del tejido mamario. Todo lo cual ha contribuido a robustecer los argumentos para el desarrollo de servicios basados en la toma de mastografías, como recurso de detección temprana u oportuna.

Respecto al Programa en cuestión empero, no se tiene evidencia en la documentación generada por el PAICMA y analizada en esta evaluación, de que se retomen los estudios más recientes en la materia, producidos tanto en México como en otros países latinoamericanos. Lo que podría permitirle desarrollar estrategias más eficaces de atención y fortalecer los mecanismos de detección oportuna. En el único documento que podría hacer la veces de un diagnóstico de la problemática del cáncer de mama en la ciudad (“Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama en el Distrito Federal”, 2005) sólo se señala que este tipo de tumor maligno fue responsable en 2003 de la muerte de 14.4⁴² por cada cien mil mujeres del Distrito Federal; la tasa más alta del país en este rubro, superando con creces a la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino (8.3 por cada 100 mil).

En el citado documento se argumenta también que la experiencia internacional muestra que la probabilidad de que una mujer presente cáncer de mama se relaciona con la edad. En mujeres de 25 años, una de cada 2,500 tiene probabilidad de padecerlo, mientras en mujeres de más de 70 años la probabilidad es de una por cada diez.

De acuerdo a estos datos, se infiere que en el Distrito Federal habita un millón 304 mil 215 mujeres en edad de riesgo, 337 mil 549 de las cuales carecen de seguridad social. Esto significa que del universo total de mujeres capitalinas, la cuarta parte constituiría la población objetivo de este Programa, sin contar con aquellas mujeres de menor edad que tienen algún o algunos factores de riesgo.

⁴² Como ya se señaló, esta cifra debe matizarse considerando que las tasas de mortalidad en el Distrito Federal tienen un sesgo derivado de la densidad de servicios hospitalarios y de especialidades en esta entidad federativa, a la que acuden gran cantidad de personas que no habitan en la ciudad.

2.2. ¿Cuáles son sus principales perfiles y/o su importancia de acuerdo a la bibliografía disponible?

Los factores de riesgo son, sin duda, los perfiles más importantes de este padecimiento en términos de prevención. Brandan y Villaseñor (2006) señalan que el riesgo más importante para sufrir cáncer de mama es ser mujer, pues la relación de cáncer de mama entre mujeres y hombres es aproximadamente de 100 a 1.

- La incidencia de cáncer de mama se incrementa también con la edad, duplicándose por cada década de vida hasta la menopausia, en que el ritmo de crecimiento del riesgo comienza a disminuir inversamente al incremento de la edad.
- Los riesgos se incrementan también por una menarca temprana y una menopausia tardía, que se asocian a periodos prolongados de exposición a estrógenos, que son considerados factor de riesgo incremental en todos los estudios sobre el cáncer de mama.
- El inicio temprano de la menstruación, el término de ésta después de los 55 años, la nuliparidad y los embarazos en edad avanzada, también aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Por el contrario, la gestación a edad temprana y la lactancia parecen ser factores protectores del riesgo⁴³.
- La historia familiar es un factor de alto riesgo: En general, los estudios plantean que las mujeres que han tenido familiares (madre, hermana o hija) que han presentado cáncer de mama incrementan de dos a tres veces la probabilidad de padecerlo.
- La obesidad es otro factor de riesgo, sobre todo si se combina con los otros ya mencionados.

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2002) enumera solamente siete factores de riesgo: 1. Mujer mayor de 40 años; 2. Historia personal o

⁴³ Brandan, ME y Villaseñor, Y. (2006). *Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México*. Revista de Cancerología (1), pp. 147-162.

familiar de cáncer de mama; 3. Nuligesta; 4. Primer embarazo a término después de los 30 años de edad; 5. Antecedentes de patología mamaria benigna; 6. Vida menstrual de más de 40 años y 7. Obesidad.

La bibliografía científica consultada a la que hemos hechos referencia anteriormente, coincide con los factores de riesgo establecidos en la NOM-041-SSA2-2002, con dos excepciones: la obesidad que no es mencionada en todos los estudios y la exposición a estrógenos, que no se incluye en la norma y es reiterada en la mayor parte de las investigaciones en la materia.

Por otra parte, los factores determinantes del problema no son abordados en la documentación del Programa. Por ejemplo, la bibliografía científica nacional e internacional reconoce que el incremento en la incidencia del cáncer de mama está asociado a la transición demográfica (envejecimiento de la población y modificación de los patrones reproductivos). En este sentido, se puede reducir la tasa de mortalidad con Programas de detección temprana y tratamiento oportuno, pero no es previsible el decrecimiento de su ocurrencia debido a factores estructurales como en envejecimiento demográfico, la nuliparidad, nuligestación y la ingesta de estrógenos como anticonceptivos. En cambio, la mortalidad por causa de este cáncer puede disminuirse drásticamente si se atiende oportunamente, lo que implica que los esfuerzos deben dirigirse a la detección temprana y, por tanto, es necesario hacer accesible para las mujeres la información y los servicios -incluyendo la mastografía de pesquisa- que haga posible detectar las primeras lesiones producidas por el cáncer y una atención oportuna.

2.3 ¿Sitúe el Programa en perspectiva comparada respecto a otras ciudades del país o de América Latina? Anexe las referencias de la bibliografía consultada

En América Latina, los Programas de detección temprana han tendido a generarse desde organizaciones de la sociedad civil, en alianza con empresas farmacéuticas⁴⁴. En general

⁴⁴ Es el caso de la Iniciativa Ser, que tiene como objetivo la prevención y la detección precoz del cáncer de mama y es una acción conjunta entre el laboratorio Novartis y la compañía Sony Pictures Televisión Internacional (www.iniciativaser.com.mx). También es el caso de la Fundación CIM*AB (<http://www.fundacioncima.org/cancerdemama.htm>) y la Fundación Carso (http://www.salud.carso.org/prog_cancer01.html) en México.

estas asociaciones civiles se dedican a la promoción de la autoexploración y de la realización de estudios de mastografía entre las mujeres. Los estudios mastográficos parecen tender a practicarse en los servicios de seguridad social o de manera privada, de suerte que las mujeres no derechohabientes o de escasos recursos corren el riesgo de no acceder a ellos.

En este sentido no se encontraron referencias de Programas estatales semejantes en otros países de América Latina, de suerte que el PAICMA parece ser el único Programa estatal en la región que ofrece el servicio de mastografías de pesquisa de manera gratuita e itinerante⁴⁵, que además brinda atención y tratamiento a las mujeres con resultado sospechoso o positivo.

El caso más cercano a un Programa semejante se encuentra en España, donde los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama se iniciaron desde 1990. Actualmente todas las comunidades autonómicas ofrecen este tipo de servicios con una cobertura superior al 90% de la población objetivo. A través de éstos se toman mastografías gratuitas a mujeres asintomática entre los 50 y los 69 años. De acuerdo a la información recabada este Programa es muy escrupuloso para cuidar la calidad y seguridad de las pruebas tomadas, mediante controles frecuentes de los mastógrafos. La garantía de los servicios está centrada en el cumplimiento de las normas de calidad (equivalentes a la norma oficial mexicana) a través de la evaluación periódica de las actividades y los resultados de los diagnósticos. Cabe agregar también que los Programas promueven igualmente la investigación científica en la materia y la especialización del personal⁴⁶.

A nivel nacional, en México también se encontraron pocas referencias a Programas similares formalmente constituidos, aunque en algunas entidades federativas como: Campeche, Morelos, Veracruz y Michoacán, se han realizado jornadas puntuales de aplicación gratuita de mastografías. Actualmente Michoacán implementó el Programa de Prevención y Control del Cáncer de Mama, mismo que inició actividades en mayo de 2009 con la meta de aplicar 25,000 mastografías durante este año.

⁴⁵ En el Distrito Federal existen tres Programas de mastografías gratuitas, el que acá se analiza y otros dos Programas a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y de la Secretaría de Salud, a los que se hará referencia posteriormente.

⁴⁶ <http://ppc.cesga.es/>

3. Identificación del problema y determinación de la población objetivo

3.1 El Programa ¿tiene identificado claramente el problema o necesidad al que trata de atender? Describa la situación.

El Programa sí ha identificado con claridad el problema del incremento en la incidencia del cáncer de mama en las mujeres capitalinas y la creciente mortalidad por causa de este padecimiento. También reconoce que las fallas en la cobertura de la seguridad social son un factor determinante en la falta de acceso a los estudios de mastografía y a información sobre salud sexual y reproductiva, por parte de las mujeres.

Sin embargo, en sus documentos no aporta cifras precisas ni recientes sobre la evolución de la incidencia del cáncer y la mortalidad por este tipo de padecimiento entre las mujeres que residen en el Distrito Federal. En los Lineamientos y Mecanismos de Operación publicados en las Gacetas Oficiales de esta entidad en 2007 y 2008 respectivamente, así como en las Reglas de Operación de 2009, no se encuentran elementos de un diagnóstico que identifique como más precisión el problema, los factores de riesgo o los factores contextuales a que está asociado. Tampoco se presentan cifras sobre la cantidad de mujeres no derechohabientes que habitan en el Distrito Federal, que son su población objetivo de acuerdo a su propia formulación: *mujeres de 40 años y más, preferentemente no aseguradas y de escasos recursos que habitan en las zonas urbanas y rurales de las 16 Delegaciones que conforman el Distrito Federal*. Por lo anterior, tampoco se puede estimar si la meta anual de mastografías es o no suficiente, ni para cuándo el Programa estaría en condiciones de cumplir con el principio de universalidad que fija la Ley de Desarrollo Social.

3.2 ¿Tiene identificado el origen o factores determinantes del problema? Describa la situación

En el Manual de Capacitación de 2008, se enlistan los factores de riesgo detonantes del cáncer de mama, clasificándolos en dos grupos:

- *Factores de riesgo que no pueden ser modificados*
 - *Edad: Más del 80 por ciento de los casos de cáncer de mama ocurren entre las mujeres de 50 años en adelante*
 - *Género: El hecho de ser mujer es el factor de riesgo más importante. Menos de un uno por ciento de los casos de cáncer de mama ocurren en los hombres.*
 - *Genes: Ciertas mutaciones genéticas incrementan el riesgo de cáncer de mama.*
 - *Historia familiar: Tener una madre, hermana o hija que padezca cáncer de mama incrementa el riesgo.*
 - *Historia personal: Una mujer con cáncer en una mama tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer en la otra mama o en otro lugar del mismo seno.*
 - *Raza: Las mujeres blancas, incluidas las latinoamericanas, tienen un riesgo mayor que las mujeres negras o asiáticas de desarrollar cáncer de mama.*
 - *Menstruación/Menopausia: Las mujeres que tuvieron su primera menstruación antes de los 13 años o a quienes les llegó la menopausia después de los 50 se encuentran entre las mujeres que presentan mayor riesgo de padecer la enfermedad.*

- *Factores de riesgo que pueden ser modificados*
 - *Embarazo/Lactancia: Las mujeres que tienen un bebé antes de los 30 años, aquellas que tienen bastantes hijos y las que amamantan están en menos riesgo de padecer cáncer de mama.*
 - *Anticonceptivos orales: El uso prolongado y largo tiempo de las píldoras anticonceptivas puede incrementar ligeramente, en algunos casos, el riesgo de padecer cáncer de mama.*
 - *Terapia de reemplazo hormonal: Utilizar una terapia de reemplazo hormonal combinada (estrógeno más progesterona) por más de cinco años, incrementa el riesgo de padecer cáncer de mama.*
 - *Peso: La obesidad puede incrementar el riesgo de padecer cáncer de mama, especialmente después de la menopausia.*
 - *Alcohol: Tomar regularmente más de dos unidades de alcohol por día incrementa el riesgo de tener cáncer de mama.*

- *Radiación: Mujeres expuestas a altos niveles de radiación, particularmente en el área del pecho (por ejemplo como parte del tratamiento de radiación para tratar otros tipos de cáncer en la niñez) se encuentran en mayor riesgo.*
- *Ejercicio: A pesar de que aún resulta un tema controversial, muchos estudios han sugerido que el ejercicio puede proteger contra el cáncer de mama.*

Esta información se supone es transmitida a las usuarias del servicio en las Jornadas, pero no hay evidencia documental alguna de que se utilice para la elección de estrategias de difusión, o para la identificación, registro y seguimiento de las mismas.

3.3 ¿Cuáles son los supuestos que justifican el Programa y los riesgos de que no se cumplan? ¿Están adecuadamente identificados? Describa la situación

Todo proyecto o Programa tiene una serie de riesgos (financieros, institucionales, sociales, políticos) que podrían hacer que las actividades no se logren producir o que los objetivos no se alcancen a pesar de las actividades que se realizan. La identificación de los riesgos se expresa como un supuesto que debe estar dado o cumplirse de cara a la consecución y alcance de los objetivos y las actividades del mismo. De suerte que en cierto modo representan un juicio de la viabilidad del Programa. En este sentido, hacer explícitos los supuestos es evidencia del conocimiento o la conciencia de los riesgos que podría acarrear que las condiciones establecidas no se cumplieran y por tanto afectar los resultados y la viabilidad del Programa. Lo que esperaría entonces de un buen diseño o una buena planeación es convertir las condición que implica el supuesto, en una actividad que garantice, o cuando menos neutralice los riesgos asociados al mismo.

El análisis de estas condiciones óptimas de funcionamiento del PAICMA, de acuerdo a la metodología del Marco lógico nos ha permitido identificar cinco supuestos que debieran cumplirse para el logro de los objetivos del mismo, aunque ninguno de ellos está consciente o explícitamente señalado en sus documentos. Estos son:

1. *Ignorancia* de la población femenina sobre el cáncer de mama y sus factores de riesgo que se expresa en la escasa práctica de la autoexploración y de los estudios mastográficos periódicos⁴⁷.
2. *Falta de una cultura de autocuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres*. El supuesto es que el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres se expresa en una relación de las mujeres con su cuerpo basada en la ausencia de hábitos y prácticas que inhiben la autoexploración, la exploración clínica y la realización de mastografías periódicamente.
3. *Adherencia a la mastografía*. Uno de los supuestos más importantes del Programa es que las mujeres que se realizan su primera mastografía de pesquisa, regresarán seis, doce o veinticuatro meses después a repetirse el estudio, de acuerdo al resultado obtenido. Este supuesto conlleva la existencia de actividades que promuevan la cultura del autocuidado de las mujeres, pero también la presencia de mecanismos de seguimiento a las usuarias. Sin embargo a la fecha, el único procedimiento implementado es la realización de llamadas telefónicas a las mujeres que se han practicado la mastografía, cuando se acerca la fecha de su nuevo estudio, según lo planteó la Coordinadora del Programa. Sin embargo no se trata de un procedimiento formalmente instaurado ni existen mediciones de su eficacia para garantizar la adherencia, tampoco se han generado indicadores asociados a esta tarea.
4. *Diagnóstico preciso*. Este supuesto consiste en que los resultados que arroja la interpretación de las placas de las mastografías son veraces y precisos, de suerte que se eviten los falsos positivos y falsos negativos. Este supuesto exigiría contar con mecanismos que permitieran verificar la calidad y mantenimiento de los equipos (unidades móviles y mastógrafos); la calidad de los materiales utilizados para el estudio; verificar la calificación y experiencia del personal técnico que practica las mastografías, así como cuidar y vigilar la calidad y exactitud de las interpretaciones. Esto último pasa por verificar los conocimientos y experiencia del

⁴⁷ Al respecto, un estudio plantea que el acceso a los servicios de salud y la derechohabencia constituyen los factores que explican en mayor medida la realización de mastografías entre las mujeres mexicanas. Así, las mujeres que viven en municipios con mayor disponibilidad de unidades de salud, con cobertura de la seguridad social o Seguro Popular, son más propensas a notificar la práctica de una mastografía en el último año (Sosa-Rubí SG, Walker D, Serván E (2009). *Práctica de mastografías y pruebas de Papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México*. Revista de Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 236-245)

personal médico a cargo de los análisis, así como sus condiciones de trabajo. En algunos países se recomienda incluso que los estudios mastográficos sean interpretados dos veces a efecto de verificar el resultado.

5. *Tratamiento adecuado y de calidad.* El PAICMA ofrece atención y tratamiento para las mujeres cuyo resultado sea sospechoso o positivo, sin costo para las usuarias. Para brindar un tratamiento adecuado y de calidad, es preciso que las mujeres obtengan de las prestadoras de servicios subrogados la información que les permita tomar una decisión sobre el tratamiento, y que además reciban el tratamiento adecuado. Sin embargo, ni los Lineamientos y Mecanismos de Operación del Programa ni los convenios establecidos con las prestadoras de servicios subrogados, estipulan los procedimientos o mecanismos de verificación y seguimiento para la atención y tratamiento que reciben las mujeres cuyo resultado fue sospechoso o positivo.

El Programa supone pero no asegura la observación de todas las disposiciones de las Normas de salud: Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2002); Norma Oficial Mexicana Salud ambiental. Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con rayos X (NOM-158-SSA1-1996); Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (NOM-168-SSA1-1996); Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica (NOM-017-SSA2-1994). Sin embargo carece de mecanismos que le permitan verificar su cumplimiento por parte de las prestadoras de servicios subrogados que se hacen cargo de los diagnósticos, la atención y el tratamiento.

3.4 Sus objetivos y estrategias ¿le permiten incidir en el problema? Explique

Parcialmente sí. La aplicación de las mastografías de pesquisa permite detectar el cáncer de mama y si la detección es temprana y el tratamiento es oportuno, adecuado y de calidad, se pueden evitar muertes en las mujeres afectadas. A esto se aboca uno de los dos objetivos generales del Programa en 2009. De acuerdo a ello el Programa debe tener alguna incidencia en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres del Distrito Federal. Aunque ésta incidente no puede ser estimada aún por la falta de indicadores respectivos y por la corta vida del Programa.

El segundo objetivo general alude al fomento de una cultura de prevención de la salud integral de las mujeres, así como la extensión del conocimiento y ejercicio de sus derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos⁴⁸.

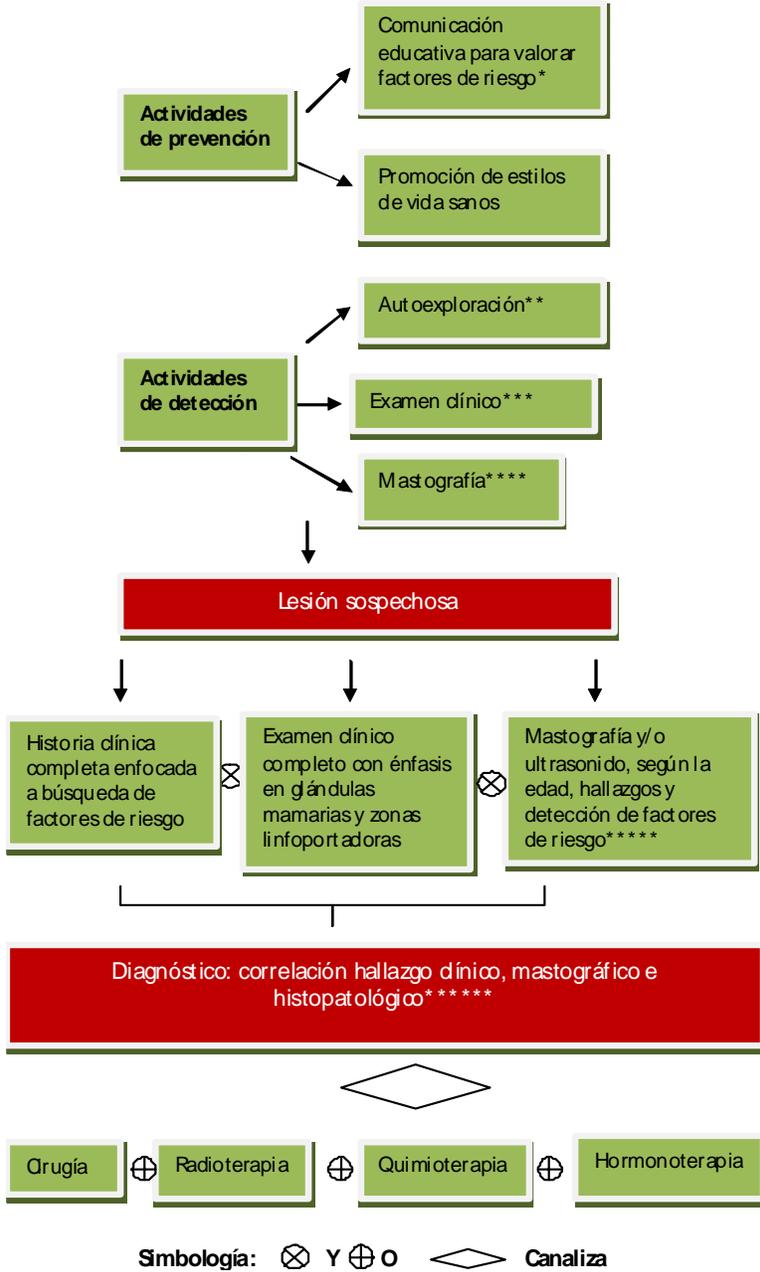
El supuesto es que el logro de este objetivo puede contribuir a reducir el problema por cuanto favorece la cultura del autocuidado y la adhesión a la mastografía. Sin embargo la estrategia que se utiliza es limitada, ya que se reduce a la difusión de folletos distribuidos (en realidad un separador de libros) entre las mujeres que acuden a las Jornadas de Salud Integral. Cuando el fomento y promoción de una cultura del autocuidado requeriría una estrategia de difusión de mayor alcance, que pudiera llegar no sólo a las usuarias del Programa, que ya son capturadas por las Jornadas – por así decirlo- sino a la población objetivo que no se acercan al PAICMA ni a otros servicios de salud.

Por otra parte, tanto a nivel de objetivos como de estrategias de acción, el Programa contempla que las mujeres que presenten resultados sospechosos o positivos serán atendidas de manera gratuita de acuerdo a las disposiciones de la NOM-041-SSA2-2002 (ver esquema). Sin embargo, el Programa no asegura la observación de todas las disposiciones de la Norma y carece de mecanismos que permitan verificar su cumplimiento por parte de las prestadoras de servicios subrogados, que se hacen cargo de la atención y tratamiento.

Finalmente, de 2005 a 2008 el Programa se planteó un objetivo específico referente a la prevención del cáncer cérvico-uterino. Se trata de una actividad importante en el marco del fomento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Sin embargo, durante este lapso careció de una estrategia y actividades que permitieran alcanzarlo. En 2009 este objetivo específico desaparece.

⁴⁸ Recuérdese que este Objetivo General fue eliminado en las Reglas de Operación de 2009.

Disposiciones generales de la NOM-041-SSA2-2002 (para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama)



* Los factores de riesgo enumerados en la NOM-041 son: 1. Mujer mayor de 40 años; 2. Historia personal o familiar de cáncer de mama; 3. Nuligesta; 4. Primer embarazo a término después de los 30 años de edad; 5. Antecedentes de patología mamaria benigna; 6. Vida menstrual de más de 40 años y 7. Obesidad

** La autoexploración se deberá recomendar en forma mensual a partir de la menarca; entre el 7° y 10° día de iniciado el sangrado en la mujer menstruante y en la posmenopáusica se debe realizar en un día fijo elegible por ella. Es función del prestador de servicios de salud señalar la técnica de autoexploración a todas las mujeres que acudan a la unidad de salud. Además, deben organizarse actividades extramuros por la difusión de la misma.

*** El examen clínico debe ser realizado por médico o enfermera capacitados, en forma anual, a todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, previa autorización de la usuaria.

**** La toma de mastografía debe realizarse anualmente o cada dos años, a las mujeres de 40 años a 49 con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada, de existir el recurso. En las unidades médicas de la SSA la mastografía no debe negarse por razones económicas. A toda mujer con familiar (madre o hermana) con cáncer de mama antes de 40 años, se le debe realizar un primer estudio de mastografía diez años antes de la edad en que se presentó el cáncer en la familiar y posteriormente de acuerdo a los hallazgos clínicos, el especialista determinará el seguimiento.

***** Indicaciones clínicas para la toma de mastografía diagnóstica: 1. Mujer con síntomas de patología mamaria a partir de 35 años, 2. Mujer joven con sospecha de cáncer mamario independientemente de la edad, 3. Búsqueda de tumor primario desconocido o 4. Antecedente personal de cáncer mamario. Indicaciones para estudio de ultrasonido: 1. Mujer menor de 35 años con sintomatología mamaria, 2. Mama densa, 3. Caracterización de un nódulo, 4. Densidad asimétrica, 5. Implantes mamarios, 6. Mastitis o abscesos, 7. Embarazo con sintomatología mamaria, 8. Guía de procedimientos intervencionistas o 9. Tumor quístico o sólido. El estudio de ultrasonido no se debe indicar en 1. Detección de cáncer mamario, 2. Mama grasas y 3. Microcalcificaciones

***** El diagnóstico clínico requiere confirmación citohistopatológica mediante una biopsia, efectuada exclusivamente por médico especialista.

3.5 ¿El Programa ha identificado adecuadamente su población objetivo? Fundamente su respuesta.

Parcialmente sí. La formulación de la población objetivo del Programa como: *las mujeres mayores de 40 años visiblemente sanas⁴⁹, preferiblemente no derechohabientes (de seguridad social) y de escasos recursos*. Esta población se estima conformada un tercio de la población femenina habitante en el D.F.

En la justificación del Programa (2005) se señala lo siguiente:

“Se estima, que en el Distrito Federal habitan un millón 304 mil 215 mujeres en edad de riesgo, de las cuales 337 mil 549 no cuentan con seguridad social. Entre 1993 y 1996 un total de 29.084 pacientes presentaron este cáncer, de las cuales 36.8% correspondió al DF.”

Sin embargo, no hay ningún documento que establezca con precisión cuál es la dimensión de esta población objetivo al día de hoy y cómo se distribuye en la distintas Delegaciones del Distrito Federal. Lo cual no deja de ser una paradoja habida cuenta de que existen datos y estimaciones más actualizadas y puntuales sobre la incidencia de cáncer de mama en el Distrito Federal e incluso a nivel delegacional. Así, en la justificación para la ampliación del presupuesto del Programa de Detección Oportuna del Cáncer de Mama del DIF-DF en mayo de 2009, esta institución argumenta que la población de mujeres sin seguridad social en el Distrito Federal asciende a 1 millón 656 mil 200, entre las cuales, 336 mil 72 están entre 40 y 69 años de edad. Con estas cifras se estima que cada año se presenten cerca de 200 nuevos casos de cáncer de mama en la ciudad. El mismo documento señala que las delegaciones Gustavo A. Madero e Iztapalapa concentran la mayor mortalidad por cáncer de mama en el país, según el Registro Nacional de Población⁵⁰.

⁴⁹ El objetivo del Programa es la detección temprana del cáncer de mama, por lo que se atiende exclusivamente a mujeres que no tengan ningún síntoma, lesión o sospecha de padecerlo.

⁵⁰ Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal. Junta de Gobierno. I Sesión Extraordinaria, 11 de mayo 2009.
<http://www.dif.df.gob.mx/transparencia/FXI/2009/ISesionExtraordinaria2009.pdf>

En este sentido resulta poco explicable que el Programa en comento no utilice los mismos datos que otra institución que tiene un Programa de mastografías similar, utiliza para estimar su población objetivo.

Habría que agregar a esta estimación de la población objetivo, a aquellas mujeres que tienen riesgos adicionales de desarrollar la enfermedad aunque está por debajo de la edad fijada por la NOM-041-SSA2-2002 y que como se ha señalado anteriormente, explican que la incidencia del cáncer de mama en México se presente de manera mayoritaria en edades de 40 a 50 años, y no a partir de los 50 años como sucede en otros países del mundo. Por lo que probablemente se requiera iniciar la realización de mastografías a edades más tempranas, incrementando la población objetivo del Programa.

3.6 ¿En el diagnóstico del problema y en la determinación de la población objetivo se tomaron en cuenta las diferencias de género, edad, origen étnico, discapacidad, ámbito territorial; orientación sexual y otras diferencias relevantes entre la población? Describa la situación.

Como ya se señaló anteriormente el PAICMA carece de un diagnóstico que dimensione el problema y documente con datos los perfiles que adopta en el Distrito Federal. El documento "Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama" (2005) que se generó al inició al mismo es el único que contiene datos sobre la incidencia de cáncer de mama en el Distrito Federal. Posteriormente no se ha aportado cifras que muestren la evolución del problema en términos tanto de la incidencia y mortalidad de cáncer de mama, como del acceso a servicios de salud.

No existen documentos generados por el Programa que analicen la distribución territorial de la incidencia y/o mortalidad, la distribución de las mujeres en riesgo, o bien la cobertura lograda por la atención de los servicios de salud. De igual forma, no se han generado documentos ni medidas que evidencien el interés del PAICMA por conocer el estado que guarda la incidencia de este padecimiento en grupos específicos de mujeres.

De acuerdo a la documentación disponible y a las entrevistas efectuadas no hay tampoco algún indicio que se haya buscado atender o brindar facilidades a grupos de población específicas, tales como las mujeres con alguna discapacidad y las mujeres indígenas. Respecto a las primeras es preciso observar que las unidades móviles son inabordables para ellas. Y las mujeres indígenas son con mucha seguridad un grupo con menores disposiciones al autocuidado de la salud, dadas su escasa escolaridad. Así, el riesgo de que estas poblaciones específicas no estén siendo incluidas en la cobertura del PAICMA es alto.

3.7 ¿Existe algún estudio, algún tipo de análisis o justificación analítica o de política pública que sustente la pertinencia del Programa? Describa la situación.

Si la pregunta se refiere a la documentación del Programa la respuesta es negativa. En ninguno de los documentos del Programa se hace referencia a algún estudio realizado por INMUJERES u otra dependencia del gobierno del Distrito Federal que sustente la pertinencia del Programa.

Esto no excluye que el Programa haya abrevado de los numerosos estudios realizados en el país sobre el incremento en la incidencia y mortalidad por cáncer de mama, publicados en su mayoría por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Estos estudios pueden ser el insumo no explicitado para la existencia del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal, en tanto contienen evidencia del incremento en la incidencia y mortalidad por este tipo de tumor maligno en el Distrito Federal.

Respecto a la incidencia de este padecimiento, como ya se indicó en la Pregunta 2, los estudios señalan que en el Distrito Federal se presentan las tasas más altas de mortalidad por este padecimiento en el país (13.2 en 2006)⁵¹ aún cuando la tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de mama entre 2000 y 2006, bajó 18%.

⁵¹ Esta cifra debe matizarse considerando que las tasas de mortalidad en el Distrito Federal tienen un sesgo derivado de la densidad de servicios hospitalarios y de especialidades en esta entidad federativa, a la que acuden gran cantidad de personas que no habitan en la ciudad. Lo anterior plantea la necesidad de solicitar un registro más fino de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en el Distrito Federal, de suerte que la tasa elimine a las mujeres que mueren en la entidad federativa pero que no son residentes.

La información de los estudios disponibles que han sido multicitados en este informe, señalan también que la detección temprana y la atención oportuna correspondiente, reducen la mortalidad por este padecimiento cuya tendencia es crecer debido a cambios estructurales de la población como es el caso de la reducción de la fecundidad y la contracepción por el uso de estrógenos y, el envejecimiento.

3.8 ¿El Programa o el servicio es pertinente respecto al problema a atender y a sus características entre la población? Fundamente su respuesta.

Parcialmente sí. Es un hecho que las mastografías de pesquisa contribuyen a la detección temprana del cáncer de mama. La atención en los casos sospechosos o positivos contribuye también a disminuir la mortalidad por este tumor maligno. Sin embargo como se ha señalado reiteradamente, hace falta desarrollar mecanismos de seguimiento a las prestadoras de servicios subrogados para verificar el cumplimiento de las norma asociadas a la prestación del servicio para asegurar su calidad y cuidar la precisión de los diagnósticos.

Asimismo, atendiendo al supuesto de que una alta cantidad de mujeres en el Distrito Federal no han desarrollado aún los hábitos de autocuidado de su salud que serían deseables para reducir la mortalidad por esta causa, el PAICMA debería fortalecer el componente de difusión y promoción de la cultura del autocuidado, además de reforzar sus bases técnicas, procedimientos y mecanismos de seguimiento y comunicación con las usuarias.

Por otra parte, estudios recientes muestran que la incidencia de cáncer de mama entre las mujeres mexicanas es mayor entre los 40 y 50 años de edad, por lo que sería recomendable iniciar la práctica de las mastografías de pesquisa a los 35 años. Sobre todo en las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo asociados.

Lo mismo puede decirse de las mujeres con discapacidades y las indígenas que por sufrir discriminación o exclusión social e incluso familiar pueden tender a menores

oportunidades de atención y autocuidado. En este sentido, si bien el Programa habla de acciones afirmativas, no contempla ninguna para estos grupos.

3.9 ¿Existen en otros lugares soluciones alternativas al problema que el Programa atiende? ¿Hace el Programa referencia a ellas? Descríbalas.

Si la pregunta se refiere a la existencia de técnicas alternas utilizables en otras latitudes para el mismo propósito, la respuesta es no. Hasta ahora la literatura apunta a reforzar las prácticas de exámenes mastográficos como medida de prevención o diagnóstico oportuno. Pero si se hace referencia a que existan otros Programas similares en el D.F. la respuesta es sí.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal tienen cada una por su parte, Programas de aplicación de mastografías gratuitas. El Programa en comento, sin embargo, no parece tomar en consideración estas intervenciones ni se establece ningún tipo de sinergia con las mismas.

En el caso de la Secretaría de Salud, a través del Programa de la Red de Mastógrafos, ha equipado con 20 equipos de mastografía de tecnología digital a 19 centros de salud de primer nivel y al Centro de Diagnóstico Digital, ubicado en el Centro de Salud “México-España”. De acuerdo a la información recabada los casos sospechosos son remitidos al Centro de Diagnóstico, en donde se realiza una biopsia que se envía al Laboratorio Central de Citopatología para su proceso y diagnóstico. Si el caso se diagnostica como positivo se canaliza a la paciente al nivel de atención necesario para su tratamiento y seguimiento médico. En 2008 este Programa realizó poco más de 4 mil mastografías.

Este servicio se brinda a las mujeres inscritas en el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, cuyo requisito es ser residente en el Distrito Federal y no ser derechohabiente del IMSS, ISSSTE, PEMEX ni SEDENA⁵².

⁵² http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=273

El DIF-DF desarrolla por su parte, el Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama, cuya meta en 2008 fue aplicar 80 mil mastografías en mujeres que viven o trabajan en el Distrito Federal. Este Programa cuenta con ocho unidades móviles equipadas con dos mastógrafos cada una, a través de las cuales realiza estudios en las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal, en coordinación con instituciones públicas y/o privadas. En caso de diagnóstico sospechoso o positivo, las mujeres son remitidas a los servicios de salud del GDF para su atención y tratamiento⁵³.

Aspectos Específicos a considerar en el diseño del Programa

1. ¿Cómo se determina el número de estudios o mamografías a realizar por los prestadores del servicio?

Entre 2005 y 2006 las mastografías fueron realizadas por un solo prestador de servicios subrogados (FUCAM) a través unidades móviles equipadas con mastógrafos. De estos años no existe ningún documento que explique la forma en que se determinó el número de estudios a realizar. El personal que actualmente dirige y opera el PAICMA manifestó no contar con información al respecto.

A partir del cambio de gobierno (2006-2012) la nueva administración del INMUJERES-DF y la Coordinación del PAICMA, incorporaron a otra prestadora de servicios con el objetivo –señalado - de diversificar las opciones y estimular la competencia, en redundancia de mayor calidad en el servicio. Así, en 2007 se incorporó el Grupo Médico EMERCARE, en 2008 al Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) y en 2009 a Magni Gineco-Obstetras, como prestadoras de servicios subrogados.

EMERCARE presentó gran cantidad de problemas y contratiempos en su operación que obligaron a la terminación anticipada del convenio firmado para 2008. Esta experiencia planteó al PAICMA la necesidad de contar con asesoría para elegir a las prestadoras de servicios, por lo que se contactó al INCAN y a la Sociedad Mexicana de Mastología,

⁵³ Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal. Junta de Gobierno. I Sesión Extraordinaria, 11 de mayo 2009.
<http://www.dif.df.gob.mx/transparencia/FXI/2009/ISesionExtraordinaria2009.pdf>

según la información recabada en entrevistas a la Coordinación del PAICMA y a representantes de las tres prestadoras de servicios subrogados.

La asesoría derivó en la firma de un convenio en 2008 con el propio INCAN para la realización de 10 mil mastografías anuales (17% de la meta total). Según lo señaló en entrevista la Dra. Adriana Villaseñor, el propio INCAN planteó al INMUJERES-DF el número máximo de mastografías que estaba en capacidad de realizar. Así, en 2008 a la meta total de estudios (60 mil) se restaron los que el INCAN manifestó estar en capacidad de realizar (10 mil) y el resultado fue asignado a FUCAM (50 mil).

Para 2009 el INMUJERES-DF decidió establecer un convenio con Magni Gineco-Obstetras, empresa en la que participa personal médico de la Sociedad Mexicana de Mastología, y al que se le asignó la meta de realizar 10 mil estudios. Las personas a cargo del Programa por parte de esta prestadora de servicios señalaron que no intervinieron en la asignación de la meta.

Al igual que en 2008, en el año siguiente, una vez establecida la meta total de estudios, el PAICMA sustrajo los que realizarían INCAN y Magni para asignar la cantidad a FUCAM⁵⁴.

Por otra parte, según detalló el personal del INMUJERES-DF en entrevista brindada a Genes, en 2006 el Jefe de Gobierno Marcelo Ebrard propuso una meta bianual de 300 mil mastografías, con base en una estimación de la Secretaría de Salud del DF respecto al número de mujeres que tienen riesgo de presentar cáncer de mama y no cuentan con seguridad social. A esto responde la meta inicial que aparece en los Lineamientos y Mecanismos de Operación del PAICMA publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 31 de enero de 2008 (300 mil mastografías).

De acuerdo a la misma entrevista, el INMUJERES-DF planteó que sus posibilidades de operación no le permitían cumplir esa meta anual, por lo que se decidió reducir la meta anual en la Aclaración a los Lineamientos y Mecanismos de Operación del PAICMA publicada en la Gaceta Oficial el 28 febrero de ese año, quedando en 60 mil mastografías. Aunque cabe agregar que la meta de *número de mastografías* no es equivalente a

⁵⁴ Así, se ha venido disminuyendo la cantidad de estudios asignados a FUCAM.

mujeres atendidas. Toda vez que las mujeres con diagnóstico BI-RADS 3 debe hacerse dos mastografías anuales para estar en condiciones de detección oportuna y a la de resultado BI-RADS 0 se les debe repetir, ya que su resultado no es concluyente.

2. ¿Cuáles son los criterios utilizados para establecer los tiempos de respuesta a las usuarias por parte de los prestadores de servicios, en relación con los tipos de resultado con las mastografías (valores de 0 a 5)?

No existe un tiempo de respuesta establecido con los prestadores de servicios que responda al tipo de resultado de las mastografías. En 2007 los convenios establecieron un período de entrega de los resultados de 30 días naturales. En 2008 y 2009 se convino la entrega en 20 días hábiles, que equivalen prácticamente al mismo número de días naturales. Si bien los resultados como tal se entregan sólo a las usuarias con diagnósticos BI-RADS 0, 1, 2 y 3.

En el caso de los resultados sospechosos (4 y 5) los convenios señalan que las prestadoras de servicios deben fijar citas para que las usuarias se realicen estudios adicionales confirmatorios, 20 días hábiles después de la conclusión de la Jornada. Esto significa que en los hechos las mujeres con resultados sospechosos reciben el mismo trato que las que tuvieron resultados 0, 1, 2, 3, sin las consideraciones de oportunidad debidas a su caso.

Un factor crítico del periodo de entrega de resultados es la duración de la Jornada. La Jornada completa puede ser de cinco días (lunes a viernes) si se realiza en las clínicas de las prestadoras de servicios. En el caso que se realicen con unidades móviles, la Jornada pueden ser de seis días (lunes a sábado) pero hay la posibilidad de que la duración de la Jornada se extienda hasta dos semanas.

Esta variación de las Jornadas no tiene más sustento que la cantidad de usuarias que estima la Secretaría de Desarrollo Social acudirán a solicitar el servicio. Pero como la entrega de resultados depende del día de conclusión de la Jornada, la prolongación de ésta, extiende en los hechos el tiempo de entrega de los resultados.

Cabe destacar que los laboratorios privados en el Distrito Federal entregan el resultado de los estudios mastográficos una semana después de realizados, aunque la normativa internacional establece un máximo de 30 días naturales para la entrega del diagnóstico⁵⁵.

Entrevistas con personal de las prestadoras de servicios permiten apuntar que el punto crítico de la entrega a tiempo de los resultados, es la cantidad de placas que un radiólogo puede interpretar sin incurrir en errores. Prestadoras como INCAN y MAGNI Gineco-Obstetras que hacen los estudios mastográficos en sus instalaciones, pueden día a día hacer la interpretación de los mismos sin sobrecargar el trabajo de los radiólogos, e incluso repetir el estudio ese mismo día si este salió velado u obscuro en el primer intento. De esta manera estas prestadoras podrían entregar los resultados casi en tiempo igual que los servicios radiológicos privados, En cambio FUCAM subcontrata la interpretación a radiólogos a los que les entregan los paquetes de las Jornadas completas, y una vez que éstas concluyeron. Con atrasos adicionales si las placas salen mal y se tiene que avisar a las usuarias para que se haga un nuevo estudio.

En este sentido el parámetro de los 20 días hábiles para la entrega de resultados está fijado a partir del límite de tiempo menor en la entrega de resultados disponible para FUCAM.

3. ¿Varían estos criterios según los prestadores del servicio?

Contractualmente sí. Pero esta variación está más relacionada con el año de los convenios que con las empresas prestadoras. De 2005 a 2007 el plazo convenido para la entrega de resultados con FUCAM fue de 30 días naturales, sin especificar a partir de circunstancia iniciaba el conteo. EMERCARE prestó servicios sólo cinco meses en 2007 y durante este lapso el tiempo de entrega fue igualmente de 30 días naturales.

En 2008, FUCAM e INCAN tuvieron establecido un plazo de 20 días hábiles contados a partir del día de conclusión de la Jornada. En 2009 se estableció este mismo plazo con las tres prestadoras habilitadas que son INCAN, FUCAM y Magni Gineco – Obstetras.

⁵⁵ <http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/pcc-breast-cancer-guidelines.htm>

De acuerdo a las entrevistas, la fijación de este plazo para la entrega de resultados ha permitido establecer con precisión la fecha en que se entregarán estos diagnósticos a las usuarias y, asignarles un Folio, con el cual en la fecha convenida, puede recoger sus resultados. Esto no sucedía anteriormente y por ello era menos previsible y controlable el proceso de entrega de resultados a las usuarias.

4. ¿Cómo se justifica o en qué se sustentan los ajustes de metas de atención entre un año y otro?

En entrevista la Coordinadora del Programa señaló que el ajuste anual de las metas ha respondido a la valoración de las posibilidades de operación del PAICMA, así como de la experiencia en el año previo. Así, señaló que la disminución de la meta de atención entre 2007 y 2009 obedeció a una decisión orientada a optimizar la calidad en los procedimientos y el servicio, en el sentido de poder dar seguimiento a todas las mujeres que se realizan el estudio.

El argumento es que al plantear la meta de estudios deben considerarse tanto las posibilidades de la práctica de mastografías por parte de las prestadoras de servicios, como el cumplimiento de todos los procedimientos de operación de los que está a cargo del PAICMA. De acuerdo a esto para ampliar la meta de atención se requiere un incremento del presupuesto y un fortalecimiento de la estructura operativa. De esta suerte en el fondo, es la restricción presupuestal la que determina en última instancia las metas del Programa.

5. ¿Cuenta el Programa con mecanismos para el seguimiento de avances y metas (físicas y financieras)?

Sí. Existe un Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa que hasta 2007 se reunía trimestralmente y que durante 2008 y 2009 se ha reunido “de acuerdo al calendario Programado”⁵⁶.

⁵⁶ Para 2008, esta información se verificó a través de las Minutas de Sesiones y del Informe anual del PAICMA. Para 2009, la Coordinadora del PAICMA señaló en entrevista que el Comité se ha

En estas reuniones la UR del Programa entrega reportes del avance de metas físicas y financieras por parte de las prestadoras de servicios subrogados, que consisten en el número de jornadas en que han participado, el número de estudios realizados y los diagnósticos obtenidos. También se entrega un Informe anual en que se reporta el cumplimiento de las metas.

Desde su constitución y hasta 2006, este Comité autorizó el pago anticipado de las mastografías y los servicios prestados, a las empresas de servicios subrogados. De 2007 y 2008 el Comité comenzó a dar seguimiento al cumplimiento de las metas acordadas en el contexto de las modificaciones incorporadas a la operación del Programa y a los convenios con las prestadoras de servicios subrogados. En particular, al ingreso de nuevas prestadoras de servicios y al pago contra entrega de informes de resultados y servicios entregados, por parte de las prestadoras de servicios subrogados.

Por otra parte, a partir de las observaciones realizadas al PAICMA por la Contaduría Mayor de Hacienda de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en 2006, se inició en 2007 un proceso de generación de formatos y mecanismos que permiten tener información de control para verificar y dar seguimiento interno a los avances y metas físicas.

Actualmente el PAICMA cuenta con los siguientes mecanismos que permiten dar seguimiento a los avances:

- Un formato foliado en que se registra a las mujeres que se practican la mastografía. Después del estudio mastográfico durante la Jornada, cada usuaria recibe el folio en que se indica la fecha, hora y lugar de la entrega de los resultados del estudio. Con este número puede preguntar o recoger sus resultados aún cuando no haya asistido al evento de entrega.
- Un reporte diario de las Jornadas que consigna el nombre y número de mujeres que se realizaron la mastografía de pesquisa.

reunido de acuerdo al calendario Programado. Esta información no pudo verificarse ya que la presente evaluación no tuvo acceso a toda documentación respectiva a 2009.

- Un reporte semanal o quincenal, según sea el caso, de la Jornada completa⁵⁷ con el nombre y número de estudios realizados.
- Una base de datos que se alimenta periódicamente, con los datos de las usuarias (nombre, fecha de nacimiento, dirección, teléfono, RFC, derechohabiencia), incluyendo los resultados de los estudios realizados y, si es el caso, el tipo de tratamiento brindado.
- Personal del Programa, además, verifica el contenido de los sobres con los resultados que entregan las prestadoras de servicios subrogados. Así, se aseguran que cuenten con los datos de la jornada, el folio correspondiente a la mujer que se realizó el estudio, y se verifica que esté integrada la placa y la interpretación.

Es importante destacar que si bien las prestadoras de servicios informan sobre los tratamientos a las mujeres con cáncer de mama, no existen mecanismos de verificación y seguimiento de la oportunidad y calidad de dichos tratamientos. Tampoco existe ningún mecanismo o procedimiento que permita valorar la calidad de la atención brindada por parte de las prestadoras de servicios subrogados.

6. ¿Estos mecanismos incluyen a las organizaciones privadas que prestan servicios?

A partir de 2008 se integró un representante de cada una de las prestadoras de servicios subrogados al Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa. Esta es la única instancia y etapa del proceso en que participan. Todo el trabajo logístico, el seguimiento y supervisión está a cargo del personal del PAICMA.

Como se afirmó en la pregunta anterior los mecanismos de seguimiento hasta ahora habilitados, sobre todo de 2008 en adelante, han avanzado en la documentación de procedimientos rutinarios y decisiones anteriormente no formalizadas. Pero todavía no

⁵⁷ La Jornada completa puede ser de cinco días (lunes a viernes) si se realiza en las clínicas de las prestadoras de servicios; en el caso que se realicen con unidades móviles, pueden ser de seis días (lunes a sábado) o, hasta de dos semanas. Esta variación de las Jornadas no tiene más sustento que la cantidad de usuarias que estima la Secretaría de Desarrollo Social que acudirán a solicitar el servicio. Pero como la entrega de resultados depende del día de conclusión de la Jornada, la prolongación de ésta, extiende en los hechos el tiempo de entrega de los resultados.

existen procedimientos de seguimiento y verificación de la calidad y del cumplimiento de las normas de salud relacionadas con el servicio, que prestan las instituciones y empresas que prestan los servicios subrogados.

7. ¿Se cuenta con algún mecanismo para medir la incidencia directa del Programa en la disminución de la estadística de mortalidad y morbilidad por cáncer de mama en el DF?

No. Actualmente se lleva registro de los estudios realizados, los resultados y el seguimiento a los casos sospechosos o positivos. Pero a pesar de que se registra el tratamiento que se les da a las usuarias con resultados positivos, este registro no es riguroso, ni se ha dado seguimiento posterior al mismo para tener datos sobre desenlace de los casos. Por otra parte no se han establecido indicadores que permiten valorar el impacto del Programa en las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama de las mujeres capitalinas, en relación a las mujeres del país.

Ciertamente el Programa es muy reciente para impactar en estos indicadores, sin embargo pudieran construirse y aplicarse ya algunos de ellos, por ejemplo: *Número de mujeres que se practican mastografías en el Distrito Federal y, Tasas de detección temprana de cáncer de mama*, para estimar qué tanto contribuye a la reducción de la morbi-mortalidad por cáncer de mama de las mujeres residentes en el Distrito Federal.

8. ¿Es pertinente y consistente el Protocolo de atención con los objetivos del Programa?

El Programa carece de un Protocolo de atención propiamente dicho aun cuando ha venido avanzando en la generación de mecanismos estandarizados de atención. Así, se han ido formalizando ciertos procedimientos básicos de la operación del Programa en una especie de guía que incluye:

- La plática sobre cáncer de mama que imparte el personal del PAICMA *in situ*, para la que, en 2009 se generó un guión que precisa los contenidos. Anteriormente

cada servidora pública impartía la plática con contenidos similares, ya que no se habían establecido de manera formal.

- El registro de las usuarias que antes de 2008 no incluía todos los datos personales y formas de localización y que ahora incluye número telefónico de casa-habitación, número telefónico para dejar recados, número telefónico celular y dirección completa. En 2008 el formato de registro incorporó todos los datos de las usuarias, incluyendo su firma, es un registro foliado y, además, se entrega el original a cada usuaria para que con él retire el resultado. El PAICMA se reserva copia del registro para cotejar los sobres con resultados que entregan las prestadoras de servicios.
- Hasta 2007, la fecha, hora y lugar de la entrega de resultados se establecía aleatoriamente y se comunicaba a las usuarias telefónicamente, en el supuesto que éstas hubieran dejado su número telefónico o que este hubiera quedado registrado, pero no eran infrecuentes los casos en el registro disponible de datos personales no permitía ubicar a las usuarias y entregarles sus resultados.
- Desde 2008, a partir del Folio que se entrega en el momento de la toma de mastografía, se consigna la fecha, hora y lugar de la entrega. Lo que da mayor certidumbre a la entrega e implica una Programación previa de estos eventos, evita la carga de la localización telefónica, no siempre lograda y, con ello, deriva en una mayor eficacia del servicio. Esto se ha manifestado en la entrega de resultados ya que se ha elevado 80% la asistencia de usuarias a recoger su diagnóstico⁵⁸.
- Un texto que utilizan las psicólogas para comunicar a las mujeres con resultado sospechoso o positivo la necesidad que se realicen un estudio confirmatorio, que se elaboró con apoyo de la Sociedad Mexicana de Mastología.

Actualmente también los Lineamientos y Mecanismos de operación establecen la obligación de que las prestadoras de servicios subrogados cumplan las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2002) pero no se han dispuesto mecanismos de seguimiento y evaluación para verificar si esto es realmente así.

⁵⁸ Según lo informaron en entrevista la Coordinadora del PAICMA y la Coordinadora del área de operación de este Programa, la asistencia a los eventos de entrega de resultados ha alcanzado ya 80% de las usuarias por Jornada.

Por otra parte, según información proporcionada por la Coordinadora del PAICMA, las prestadoras de servicios subrogados han introducido en los hechos, algunos criterios para la aplicación de mastografía, que pueden considerarse como avance de procedimientos más formalizados de atención. Por ejemplo, si es conveniente realizar o no el estudio mastográfico a mujeres menores de 40 años, con base en su factor de riesgo. La valoración del riesgo en todo caso es determinada por el o la médica que completa la historia clínica, previo al registro.

Es también el caso de las mujeres que solicitan realizarse la mastografía por haberse encontrado algo irregular en el procedimiento de la auto exploración, ya que de acuerdo a la formulación del Programa las mastografías se aplican a mujeres asintomáticas. Representantes de FUCAM e INCAN en entrevista plantearon que en estos casos, sugieren a la solicitante realizarse la mastografía en los servicios clínicos que ofrecen estas instituciones, al margen del PAICMA, cubriendo ellas mismas los costos de la misma.

Cabe recordar que las prestadoras de servicios subrogados están comprometidas a brindar los servicios de confirmación de diagnóstico en casos sospechosos, así como proporcionar tratamiento a las mujeres a las que se diagnostique cáncer de mama. Esto implica que tienen un incentivo negativo en la atención a mujeres con lesiones sospechosas, ya que se eleva la probabilidad de que el diagnóstico BI-RADS sea 3, 4 o 5.

9. ¿Se puede distinguir en la incidencia en las mujeres que se atienden en los hospitales de la SSDF, respecto a las que se atienden en los hospitales federales? En caso afirmativo aporte datos.

No existen datos e indicadores ni en el Programa, ni en el Sistema de Salud del GDF que puedan dar cuenta de esto. En todo caso y aún en el supuesto de que sí los hubiera o se generaran en los próximos años, sería necesario un estudio de control ex profeso a las usuarias del PAICMA y con datos de las mujeres por un periodo de al menos entre 5 y 7 años, para estar en condiciones de diferenciar el impacto de Programa entre los servicios de los dos niveles de gobierno.

4. Consistencia interna entre objetivos, estrategias y RO del Programa

4.1 ¿Existe consistencia lógica entre los objetivos, metas y RO? Fundamente su respuesta

No en todos los casos. El Programa tuvo de 2005 a 2008, dos objetivos generales y cinco objetivos específicos que no variaron. Para 2009, las Reglas de Operación contemplan un solo objetivo general, cuya formulación no parece ser adecuada porque se está tomando como objetivo lo que en realidad es una estrategia.

Es decir, ante la formulación del problema “elevada morbi-mortalidad de las mujeres mayores de 40 años en el DF por incidencia del cáncer de mama”, que es la razón de existencia del PAICMA; el objetivo lógico formulado en términos positivos debería ser “Coadyuvar a elevar la salud y la esperanza de vida de las mujeres de más de 40 años en el DF, coadyuvando a la reducción de la morbi-mortalidad por cáncer de mama”. Y la correspondiente estrategia sería entonces: *Hacer accesibles los servicios gratuitos de mastografía de pesquisa para favorecer la detección temprana del cáncer de mama, el diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado, en mujeres de más de 40 años preferentemente sin cobertura de salud por seguridad social y de escasos recursos.*

| Lineamientos y Mecanismos de Operación 2005-2008 | | Reglas de Operación 2009 |
|---|---|--|
| Objetivos Generales | 1. <i>Fomentar desde una perspectiva de género una cultura de prevención de la salud integral de las mujeres y el conocimiento y ejercicio de sus derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos</i> | Se suprime como objetivo general y se conserva como objetivo específico |
| | 2. <i>Coadyuvar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del Distrito Federal, por medio de la detección oportuna del padecimiento, diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico y canalización a una institución especializada en los casos que requieran quimioterapia y/o radioterapia.</i> | Coadyuvar en la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres que residan o transiten en el Distrito Federal mediante la realización del estudio de mastografía de pesquisa, diagnóstico y tratamiento en mujeres de 40 años, preferentemente. |
| Objetivos Específicos | 1.- <i>Sensibilizar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos para su salud integral y mejoramiento de la calidad de vida.</i> | 1.- <i>Realizar acciones afirmativas que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres;</i> |
| | 2.- <i>Fomentar en la sociedad, especialmente en las mujeres, una concientización sobre la importancia de la prevención del cáncer de mama, así como su detección oportuna.</i> | 2.- <i>Informar a las mujeres sobre la importancia del cuidado y la apropiación de su cuerpo a través de la autoexploración para la detección oportuna de cáncer de mama;</i> |

| Lineamientos y Mecanismos de Operación 2005-2008 (continúa) | | Reglas de Operación 2009 |
|--|---|---|
| Objetivos Específicos | <i>3.- Dar seguimiento y atención a las personas con resultados sospechosos o positivos, con el fin de realizar los estudios complementarios así como los procedimientos quirúrgicos y de intervención mamaria que sean necesarios.</i> | <i>3.- Brindar atención [médica] a las mujeres del Programa, que no cuentan con seguridad social y cuyo resultado requiere de estudios complementarios o atención médica de acuerdo a las indicaciones del prestador de servicios subrogados;</i> |
| | <i>4.- Realizar acciones para prevenir el cáncer cérvico-uterino, así como otras enfermedades de alta incidencia en la población.</i> | <i>4.- Fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama en las mujeres beneficiarias del Programa;</i> |
| | <i>5.- Brindar información y orientación a las mujeres sobre sus derechos por medio de servicios de asesoría psicológica, jurídica y laboral.</i> | <i>5.- Informar a las mujeres de los servicios que brinda el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal;</i> |
| | | <i>6.- Brindar acompañamiento psicológico a las mujeres cuyo resultado indique sospecha, alta sospecha y/o confirmación de cáncer de mama.</i> |

En este sentido los objetivos generales de 2005-2008 están mejor formulados que en 2009, de acuerdo al árbol de problemas relacionado con la incidencia de la morbilidad por cáncer de mama y la mortalidad asociada al mismo. Ya que se trata de un problema que puede ser detectado a tiempo si existe una cultura de auto cuidado a la salud por parte de las mujeres, y si éstas tienen a su disposición medios para practicarse las mastografías que se recomienda hacer periódicamente, después de los 40 años.

El objetivo general de 2009 es más acotado respecto al problema, ya que no se refiere directamente al problema mismo y suprime su contribución a la disminución de las tasas de morbi-mortalidad por este padecimiento, en la manera en que está formulado, para reducirse a la prestación de un servicio del que se omiten incluso las características de

ser: *una detección oportuna, un diagnóstico preciso, y un tratamiento adecuado*, que debe cumplir - de acuerdo a la literatura médica disponible- para ser más eficiente en el objetivo de atender el propósito principal del mismo.

Respecto a los objetivos específicos planteados en la etapa 2005-2008, éstos se encontraban alineados correctamente con los objetivos generales. Si bien no contaron con actividades para sustentarse a cabalidad. Llama la atención el objetivo específico que señalaba *“Realizar acciones para prevenir el cáncer cérvico uterino, así como otras enfermedades de alta incidencia en la población”*, que no tenía ninguna meta vinculada ni ningún componente o actividad que permitiera realizarlo. Este objetivo se elimina en las Reglas de Operación 2009.

En 2009 se formula un solo objetivo general muy acodado para el propósito del Programa, como ya se mencionó, pero con seis objetivos específicos algunos de los cuales no están alineados con la formulación del objetivo general, en otros casos lo rebasan y en otros más se consignan como objetivos específicos lo que en realidad son estrategias o actividades ligadas a la atención de las usuarias de los servicios

En el primer caso, de no alineación con el objetivo general se encuentra el objetivo específico identificado en el Cuadro adjunto con el No. 1 y formulado como: *Realizar acciones afirmativas que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*”, que como se advierte no es un objetivo directamente ligado con la concreción del propósito de la detección oportuna.

Ciertamente el fomento a los derechos sexuales y reproductivos puede contribuir a que las mujeres conozcan y exijan estos derechos, y a que, en esa medida, demanden servicios para su bienestar. Pero no aporta una incidencia directa en los rendimientos del Programa, sino se desarrollan estrategias focalizadas y acciones dirigidas a fomentar el autocuidado del cuerpo. Sobre todo en grupos donde la marginación, la ignorancia y la pobreza, colocan a las mujeres en situaciones de resistencia y rechazo a las prácticas de auto exploración y al olvido de las necesidades de su salud.

Un segundo caso de no alineación con el objetivo general es el del correlativo específico no. 5 *Informar a las mujeres de los servicios que brinda el Instituto de las Mujeres del*

Distrito Federal; que más bien parece un agregado para elevar los rendimientos marginales del Programa, que un objetivo ligado al propósito general..

En el segundo caso está el objetivo específico No. 4: *Fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama en las mujeres beneficiarias del Programa*, directamente relacionado con el problema objeto del Programa, ya que es un factor crítico de la detección oportuna. En este caso habría que devolverle su carácter de objetivo general, como lo tuvo entre 2005-2008 ya que debería encabezar todo un componente del Programa dirigido a fortalecer la adhesión a la mastografía de las usuarias del Programa y a fortalecer las prácticas del autocuidado y la exploración. En todo caso a este objetivo general quedaría alineado el objetivo No. 2: *Informar a las mujeres sobre la importancia del cuidado y la apropiación de su cuerpo a través de la autoexploración para la detección oportuna de cáncer de mama*. Aún cuando la manera en que está formulado remite más bien a una actividad concreta: dar información.

La propuesta sería retomar los dos objetivos generales tal cual estaban formulados en la etapa 2005-2008. En tanto el ordenamiento de los objetivos específicos debería ser el siguiente:

1. Brindar atención médica a las mujeres del Programa que no cuentan con seguridad social y cuyo resultado requiere de estudios complementarios o atención médica de acuerdo a las indicaciones del prestador de servicios subrogados.

2. Desarrollar estrategias específicas para brindar el servicio de mastografía de pesquisa a mujeres mayores de 40 años no aseguradas, indígenas y con necesidades especiales.

1. Brindar acompañamiento psicológico a mujeres cuyo resultado indique sospecha, alta sospecha y/o confirmación de cáncer de mama.

Es preciso señalar que las estrategias y actividades relacionadas con los objetivos generales o específicos relacionados con:

- *Fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama en las mujeres beneficiarias del Programa; Sensibilizar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos para su salud integral y mejoramiento de la calidad de vida;*
- *Realizar acciones afirmativas que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres;*
- *Fomentar en la sociedad, especialmente en las mujeres, una concientización sobre la importancia de la prevención del cáncer de mama, así como su detección oportuna;*

Tanto en el periodo 2005-2008 como en 2009, no son consistentes para alcanzarlos, pues se trata simplemente de distribución de folletería y de una plática que se imparte a las usuarias que llegan a las Jornadas y por tanto con alcances muy limitado respecto a los objetivos generales o específicos que pretenden alcanzar.

En lo tocante a las metas, se han registrado los cambios más importantes del Programa. Así, en 2005 la meta fue “Realizar mastografías de pesquisa”, sin establecer una cantidad específica como expresión de la meta.

Las metas establecidas en 2007 y 2008 presentan deficiencias de definición y formulación. En algunos casos, las metas son enunciadas como objetivos (Sensibilizar a las mujeres que se realizaron la mastografía sobre la importancia del cuidado a la salud integral (2008)) en vez de establecer valores numéricos estimados a alcanzar como concreción del objetivo perseguido. En otros casos lo que se presenta como metas son en realidad actividades o procedimientos a implementar para producir el objetivo (Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes; Realizar eventos de entrega de resultados (2007-2008)).

Adicionalmente, no todas las metas están alineadas con los objetivos. Así, por ejemplo, uno de los objetivos generales se plantea “*Coadyuvar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del DF, por medio de la detección oportuna del padecimiento, diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico y*

canalización a una institución especializada en los casos que requieran quimioterapia y/o radioterapia”, pero no existe una meta que detalle el número o proporción en que se esperan disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama entre la población femenina del DF como resultado del Programa.

En el mismo sentido, el segundo objetivo general en 2007 y 2008 se propone *“Fomentar desde una perspectiva de género una cultura de prevención de la salud integral de las mujeres y el conocimiento y ejercicio de sus derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos”* pero no se establece una meta concreta para tal objetivo.

Para 2007 mejora sustantivamente la formulación al plantear *“Realizar 125 mil estudios de mastografías de pesquisa en todo el Distrito Federal”*. Los Lineamientos y Mecanismos de Operación publicados el 31 de enero de 2008 mantienen esta formulación cuantitativa, pero se incrementa la meta a 300 mil mastografías de pesquisa, es decir, 2.4 veces más que el año anterior. Aunque en la Aclaración publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de febrero se reduce a 60 mil mastografías. Esto es equivalente a 48% de la meta de 2007

Se mejoró también la formulación de las metas referidas a la impresión y distribución de volantes para la difusión de las Jornadas de Salud, así como de folletos sobre prevención del cáncer de mama, pues a partir de 2008 se define la cantidad de folletos que se propone distribuir.

Para 2007 se estableció una meta de 20 mil volantes por Jornada y 200 mil folletos sobre prevención. Para 2008, 10 mil volantes por Jornada, aproximadamente, y la misma cantidad de folletos. Sin embargo, la ausencia de una meta numérica de Jornadas no ha permitido cuantificar la cantidad de volantes que se esperaba imprimir y distribuir.

Por otra parte, la temática de los folletos incluye, en 2008, los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios que ofrece el INMUJERES DF. Se agrega también una nueva meta orientada a consolidar Grupos de Autoayuda para las mujeres con cáncer de mama. De esta suerte, las normas del Programa se aproximan en mayor medida al cumplimiento del primer objetivo específico.

En 2008 aparece como meta: *Canalizar a la prestadora de servicios subrogados para que atienda, con estudios adicionales o tratamientos especializados a las mujeres cuyo resultado es sospechoso, altamente sospechoso o si se trata de un estudio no concluyente, así como su seguimiento y control postoperatorio, en los casos necesarios,* que es en realidad una actividad, ligada a la prestación de servicios de atención médica, componente del objetivo general. Y en 2009 aparece formulada como meta : *Coordinar jornadas de salud con las unidades móviles en las unidades territoriales clasificadas de alto y muy alto grado de marginación,* que es en realidad una actividad de proceso ligada a la prestación del servicio toma de mastografías gratuitas.

Es por tanto muy común que las actividades para generar los componentes del Programa y producir los objetivos del mismo se presenten como metas y sin referencia a cantidades, ya que se tratan de procedimientos rutinarios que resulta difícil cuantificar su reiteración.

En 2005 se estableció como meta lo que era más bien una estrategia de focalización programática que señalaba *“Atender preferentemente a mujeres que habitan en unidades territoriales de muy alta y alta marginalidad”*. Pero desaparece en 2007, lo que también abona por la depuración en la definición y formulación de las metas. De 2005 a 2008 igualmente aparece anexada un objetivo/meta que es: *“proporcionar diversos servicios de las instituciones participantes”* que es un actividad marginal al Programa y a los objetivos que se persiguen que sobrecarga la actividad principal. Esta actividad ya no aparece en 2009 lo cual es adecuado.

En 2009, se vuelven a incorporar cambios en las metas estipuladas en las Reglas de Operación, pero se siguen presentando problemas de formulación. Excepto los estudios mastográficos y la distribución de folletos, ninguna de las otras metas está formulada como tal. Es decir estableciendo el valor numérico a alcanzar, por lo que se refieren más bien a actividades ligadas a alguno de los objetivos y componentes del Programa (Coordinar jornadas de salud con las unidades móviles en las unidades territoriales, organizar entregas de estudios de mastografía para las beneficiarias, realizar la difusión de las jornadas).

**Metas del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal
2005-2009**

| Año/ 2005 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|
| Realizar mastografías de pesquisa (sin referencia a cantidad) | Realizar 125 mil estudios de mastografías de pesquisa en todo el Distrito Federal; | Realizar 60 mil estudios de mastografías de pesquisa, mediante Jornadas de Salud Integral en las 16 delegaciones del D.F., conforme a la vigencia del convenio.; | Realizar 50 mil estudios de mastografías de pesquisa a mujeres a partir de 40 años que residan o transiten en las 16 demarcaciones políticas del Distrito Federal |
| Atender preferentemente a mujeres que habitan en unidades territoriales de muy alta y alta marginalidad | | | |
| Realizar jornadas de salud integral en las 16 delegaciones del DF | Llevar a cabo Jornadas de Salud Integral en las 16 Delegaciones del DF durante el período de comprendido de febrero de 2006 a julio del 2007 | | Coordinar jornadas de salud con las unidades móviles en las unidades territoriales clasificadas de alto y muy alto grado de marginación. |
| | | Sensibilizar a las mujeres que se realizaron una Mastografía, sobre la importancia del cuidado de la salud integral | |
| Realizar estudios diagnósticos complementarios a pacientes sospechosas y positivas y tratamiento quirúrgico a las pacientes que lo requieran, así como su seguimiento y control posoperatorio | Realizar estudios diagnósticos complementarios a pacientes sospechosas y positivas y tratamiento quirúrgico a las pacientes que lo requieran, así como su seguimiento y control posoperatorio | Canalizar a la prestadora de servicios subrogados para que atienda, con estudios adicionales o tratamientos especializados a las mujeres cuyo resultado es sospechoso, altamente sospechoso o si se trata de un estudio no concluyente, así como su seguimiento y control postoperatorio, en los casos necesarios | |

| Año/ 2005 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|--|--|--|
| Transmitir información y prevención del cáncer de mama por jornada | Realizar pláticas de Información y Prevención del Cáncer de Mama por Jornada; | Realizar pláticas de Información y Prevención del Cáncer de Mama por Jornada; | Impartir pláticas diarias, durante cada una de las jornadas de mastografías, sobre temas como detección oportuna de cáncer de mama y derechos sexuales y reproductivos; |
| Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes | Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes; | Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes | |
| Proporcionar orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las jornadas a la población que así lo requiera | Proporcionar orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las Jornadas a la población que así lo requiera; | Proporcionar orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las Jornadas a la población que así lo requiera; | |
| Realizar eventos generales de entrega de resultados | Realizar eventos generales de entrega de resultados; | Realizar eventos de entrega de resultados | Organizar entregas de estudios de mastografía para las mujeres beneficiarias del Programa |
| Imprimir y distribuir volantes por jornada para su difusión | Imprimir y distribuir 20 mil volantes por Jornada para su difusión; | Imprimir y distribuir 10 mil volantes, aproximadamente, por Jornada para su difusión; | Realizar la difusión de las jornadas con volantes y carteles; |
| Imprimir y distribuir folletos sobre prevención de cáncer de mama a población objetivo y a mujeres de menor edad | Imprimir y distribuir 200 mil folletos sobre prevención de Cáncer de Mama a población objetivo y a mujeres de menor edad; | Imprimir y distribuir 200 mil folletos sobre prevención de Cáncer de Mama, derechos sexuales y reproductivos y servicio del INMUJERES- D.F., a población objetivo y a mujeres de menor edad; | Distribuir 200 mil folletos sobre temas relacionados con la prevención de cáncer de mama, derechos sexuales y reproductivos y servicios que presta el INMUJERES-DF en las unidades delegacionales; |
| | | Consolidar un Grupo de Ayuda Mutua para las mujeres con cáncer de mama. | Conformar grupos de acompañamiento psicológico para las mujeres con cáncer de mama. |

4.2 ¿Existe congruencia entre los objetivos que persigue el Programa y los servicios o apoyos que presta? Fundamente su respuesta

Parcialmente sí. En abono a la explicación de la respuesta a esta pregunta, hay que señalar que con mucha frecuencia la documentación del Programa asimila el concepto de *detección temprana* con *detección oportuna*, que son dos cuestiones distintas de acuerdo a la literatura médica especializada.

La detección temprana es aquella que se realiza a través de estudios (mastografías y/o ultrasonidos) en *mujeres asintomáticas*. Y remite a la detección de incidencia del cáncer en tanto supone que la inexistencia de sospecha incrementa la probabilidad de que el tumor esté poco desarrollado. Es por decirlo así el nivel más preventivo de atención del problema, ya que incrementa notablemente las probabilidades de vida y requiere tratamientos menos agresivos y costosos.

La detección oportuna, en cambio incluye a las mujeres con lesiones o síntomas sospechosos, lo que implica una mayor probabilidad de que el hallazgo sea maligno. Remite a la prevalencia (el tumor ha prevalecido por algún tiempo).

En los países de bajos ingresos la mayor parte de los cánceres de mama se detectan tardíamente porque son poco extendidas las prácticas de autoexploración, exploración clínica y la práctica de mastografía de pesquisa. En este sentido el Programa debiera proponerse los dos tipos de detección, pero con mucha claridad acerca de la diferencia de ambos, procurando que los servicios respondan a las exigencias de calidad que esto supone.

Para los objetivos vinculados directamente con la detección temprana, los servicios de mastografía que se han planteado son una buena base, pero haría falta extenderlos a mujeres de edades más tempranas (40 años) que de acuerdo a la literatura especializada son un grupo de riesgo sobre todo en México.

El fomento a una cultura de autocuidado, es un objetivo crítico para los resultados del Programa en términos de impactar en la reducción de la morbi-mortalidad por cáncer de mama. Tanto en lo que hace a la detección temprana como en la detección oportuna, ya que permitiría conseguir *la adherencia a la mastografía*. En este caso sería necesario que el Programa fortaleciera las acciones relacionados con la información de los riesgos, las prácticas de autocuidado de manera más extensiva y sistemática, para alcanzar no solo a las usuarias que llegan a las Jornadas, sino a toda la población objetivo.

El seguimiento a las usuarias con diagnóstico BI-RADS 3, 4 y 5 es parte de las condiciones necesarias para el diagnóstico oportuno, ya que si pasa mucho tiempo entre un estudio y otro, o se da seguimiento a los resultados que indican la presencia de lesiones sospechosas o altamente sospechosa, el desenlace puede ser fatal para la usuaria. En estos casos al servicio de la mastografía debe agregarse, un sistema oportuno de avisos, que a su vez requiere tanto un mecanismo ágil para informar a las mujeres de sus próximas citas, como un registro muy eficiente (base de datos) completo y consistente que sea su soporte. Este mismo registro debiera integrar los tratamientos prescritos a cada usuaria, además de mecanismos para la verificación de la calidad de los diagnósticos y la pertinencia de los tratamientos, así como la vigilancia en el cumplimiento de las normas de salud relacionadas con los servicios.

Estos elementos están ausentes en el Programa, ya que aún cuando se lleva un registro con datos de las usuarias, éste no tiene las características necesarias para sustentar servicios de buena calidad y tampoco existen mecanismos de verificación.

Para analizar la congruencia entre objetivos y servicios se realizó el cuadro siguiente.

Relación objetivos-servicios prestados por el PAICMA

2005-2008

| Objetivo | Servicio relacionados |
|--|--|
| Coadyuvar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del DF, por medio de la detección oportuna del padecimiento, diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico y canalización a una institución especializada en los casos que requieran quimioterapia y/o radioterapia. | - Estudios de mastografía de pesquisa - Atención médica (incluyendo tratamiento hormonal o quirúrgico) en casos sospechosos y positivos a mujeres no derechohabientes. |
| Fomentar desde una perspectiva de género una cultura de prevención de la salud integral de las mujeres y el conocimiento y ejercicio de sus derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos. | - Entrega de impresos sobre derechos sexuales y reproductivos y servicios que proporciona INMUJERES-DF durante las Jornadas de Salud Integral de las Mujeres. |
| Específicos | |
| Sensibilizar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos para su salud integral y mejoramiento de la calidad de vida. | |
| Fomentar en la sociedad, especialmente en las mujeres, una concientización sobre la importancia de la prevención del cáncer de mama, así como su detección oportuna. | - Entrega de impresos sobre derechos sexuales y reproductivos y servicios que proporciona INMUJERES-DF durante las Jornadas de Salud Integral de las Mujeres. |
| Dar seguimiento y atención a las personas con resultados sospechosos o positivos, con el fin de realizar los estudios complementarios así como los procedimientos quirúrgicos y de intervención mamaria que sean necesarios. | - Atención médica (incluyendo tratamiento hormonal o quirúrgico) en casos sospechosos y positivos por parte de las prestadoras de servicios subrogados a mujeres no derechohabientes. - Acompañamiento psicológico a mujeres con diagnóstico sospechoso y altamente sospechoso de cáncer de mama. |
| Realizar acciones para prevenir el cáncer cérvico uterino, así como otras enfermedades de alta incidencia en la población | |
| Brindar información y orientación a las mujeres sobre sus derechos por medio de servicios de asesoría psicológica, jurídica y laboral. | - Orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las Jornadas a la población que así lo requiera |

Relación objetivos-servicios prestados por el PAICMA

2009

| Objetivo | Servicios relacionados |
|---|--|
| Coadyuvar en la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres que residan o transiten en el Distrito Federal mediante la realización del estudio de mastografía de pesquisa, diagnóstico y tratamiento en mujeres de 40 años, preferentemente. | - Estudios de mastografía de pesquisa - Atención médica (incluyendo tratamiento hormonal o quirúrgico) en casos sospechosos y positivos a mujeres no derechohabientes. |
| Específicos | |
| Realizar acciones afirmativas que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; | |
| Informar a las mujeres sobre la importancia del cuidado y la apropiación de su cuerpo a través de la autoexploración para la detección oportuna de cáncer de mama; | Pláticas diarias, durante cada una de las Jornadas, sobre temas como detección oportuna de cáncer de mama y derechos sexuales y reproductivos |
| Brindar atención a las mujeres del Programa, que no cuentan con seguridad social y cuyo resultado requiere de estudios complementarios o atención médica de acuerdo a las indicaciones del prestador de servicios subrogados; | Canalización a prestadoras de servicios subrogados para atención médica (incluyendo tratamiento hormonal o quirúrgico) en casos sospechosos y positivos, y de mujeres no derechohabientes. |
| Fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama en las mujeres beneficiarias del Programa; | Pláticas diarias, durante cada una de las Jornadas, sobre temas como detección oportuna de cáncer de mama y derechos sexuales y reproductivos |
| Informar a las mujeres de los servicios que brinda el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal; | Entrega de folletos sobre servicios que brinda el INMUJERES-DF |
| Brindar acompañamiento psicológico a las mujeres cuyo resultado indique sospecha, alta sospecha y/o confirmación de cáncer de mama. | Acompañamiento psicológico a mujeres con resultado sospechoso o positivo de cáncer de mama durante el proceso de confirmación del diagnóstico y el tratamiento. |

4.3 ¿Las estrategias del Programa son congruentes con sus objetivos? Fundamente su respuesta

Parcialmente. En términos generales el Programa se ha planteado una estrategia territorial e itinerante que le permite ofrecer las mastografías de pesquisa en los espacios en que se localizan las mujeres por su residencia o su trabajo. Esta estrategia es congruente con el objetivo general propuesto de 2005-2008: *“Coadyuvar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del DF, por medio de la detección oportuna del padecimiento, diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico y canalización a una institución especializada en los casos que requieran quimioterapia y/o radioterapia”*. , Así como con el planteado para 2009 *“Coadyuvar en la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres que residan o transiten en el Distrito Federal mediante la realización del estudio de mastografía de pesquisa, diagnóstico y tratamiento en mujeres de 40 años, preferentemente”*.

Sin embargo la “detección oportuna”, el “diagnóstico preciso” y el “tratamiento adecuado”, que son condicionantes de la buena calidad de los servicios y por ende del logro del objetivo general del Programa, no tienen hasta el momento estrategias y mecanismos para ser garantizados. En este sentido sería necesario que la unidad responsable del Programa instrumentara mecanismos y procedimientos *ad hoc.*, como los señalados en la pregunta anterior.

En lo tocante a los objetivos específicos, como puede observarse no se colocan las estrategias adecuadas a nivel de la formulación, o, se toma como objetivos lo que son actividades o estrategias para producir alguno de los objetivos específicos (Ver cuadro Resumen Comparativo de las ROP 2005-2009).

Para el caso del objetivo específico planteado desde 2005 hasta 2008 como *“Dar seguimiento y atención a las personas con resultados sospechosos o positivos, con el fin de realizar los estudios complementarios así como los procedimientos quirúrgicos y de intervención mamaria que sean necesarios”*, el PAICMA planteó una estrategia de atención a través de las prestadoras de servicios subrogados. Así, las mujeres cuyo

resultado fuera sospechoso o positivo serían atendidas por dichas prestadoras de servicios sin costo adicional.

Esto implica que en el monto convenido para la realización de cierta cantidad de mastografías se incluye los tratamientos de aquellas que lo requieran. Con esta estrategia se da cumplimiento al objetivo específico planteado en 2009 de la siguiente forma: *“Brindar atención a las mujeres del Programa, que no cuentan con seguridad social y cuyo resultado requiere de estudios complementarios o atención médica de acuerdo a las indicaciones del prestador de servicios subrogados”*.

La debilidad de esta estrategia es doble: por un lado no existen mecanismos de seguimiento médico para evaluar la precisión de los diagnósticos ni la oportunidad y calidad de los tratamientos ofrecidos. El Programa carece de un dispositivo con personal formado para tal actividad, además de los procedimientos o protocolos que serían necesarios para este mecanismo. Por el otro, las prestadoras de los servicios tienen incentivos negativos a la detección de lesiones en las usuarias ya que se le elevan los costos del servicio en la medida en que se eleva la detección de lesiones. En este sentido sería recomendable desvincular los servicios de las mastografías y el de los tratamientos con prestadores distintos, para evitar el cruce de incentivos.

En lo que refiere a los objetivos vinculados a la divulgación de derechos sexuales y reproductivos y a la cultura de prevención integral de la salud, como ha sido señalado el Programa plantea una estrategia limitada a la impresión y distribución de folletos durante las Jornadas, lo que resulta insuficiente para un objetivo de tan amplio alcance.

4.4 ¿Los productos y componentes del Programa guardan congruencia con los objetivos del mismo? Fundamente su respuesta

Parcialmente. De acuerdo a la metodología del marco lógico se puede afirmar que el Programa plantea lógicamente tres componentes, dos de ellos han permanecido idénticos desde 2005 hasta la fecha:

(1) servicios de mastografías para la detección temprana, oportuna y precisa del cáncer de mama en mujeres de 40 años y más o mujeres de menor edad cuando presenten un factor alto de riesgo;

(2) Atención especializada y apoyo psicológico a las mujeres cuyo diagnóstico resulte sospechoso o positivo.

(3) El tercer componente de 2005 a 2008 refería a la promoción de la salud reproductiva y los derechos humanos de las mujeres, y en 2009 al fomento a la cultura de prevención del cáncer de mama entre las usuarias.

Los componentes planteados hasta 2008 guardan congruencia con los dos objetivos generales, aunque ya se ha señalado que las actividades no permiten producir los componentes.

En 2009, en cambio, el objetivo general no está planteado como tal, sino que refiere más bien a una estrategia, ya que está formulado como: *Coadyuvar en la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres que residan o transiten en el Distrito Federal mediante la realización del estudio de mastografía de pesquisa, diagnóstico y tratamiento en mujeres de 40 años, preferentemente.* Sin referirse a ningún propósito o fin identificado del desarrollo social o la salud de las mujeres. En este sentido no está alineado a ningún objetivo o línea de acción de la política social y aparece como un Programa de política instrumental, sin relación a valores.

Por otra parte, tampoco se definen mecanismos y actividades relacionadas con el cómo se va a acceder a los objetivos, e incluso algunos de los objetivos específicos son en realidad estrategias o actividades de los componentes. De suerte que los componentes 2) y 3) no cuentan con estrategias y actividades suficientes para producirlos.

4.5 ¿Son suficientes los productos y componentes para alcanzar los objetivos perseguidos? Fundamente su respuesta

Parcialmente sí. Con estos componentes se podrían cumplir los objetivos del Programa que competen a la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer de mama. Sin embargo, el detalle de las actividades evidencia la dificultad de producir los resultados en cada uno de los componentes, y, en consecuencia, lograr los objetivos propuestos.

Por ejemplo, la detección oportuna está estrechamente ligada a: 1) el diagnóstico preciso y 2) la adherencia a la mastografía por parte de las usuarias, y estas cuestiones requieren actividades que aseguren su consecución. Para ello sería necesario desarrollar mecanismos, bases técnicas, actividades y procedimientos de supervisión y validación de los diagnósticos; y actividades y bases técnicas para sustentar el fomento a la adherencia a las mastografías.

En el caso de los objetivos que refieren a la promoción de la salud reproductiva y los derechos humanos de las mujeres entre 2005 y 2008, y al fomento de la cultura del autocuidado de la salud, planteado en 2009, las actividades propuestas son muy limitadas para dar cuerpo a éste que es un componente esencial de la prevención.

4.6 ¿Los productos y componentes son consistentes con la concepción general de los objetivos y son suficientes para producirlos? Fundamente su respuesta

No. Como ya se apuntó en las preguntas anteriores, los objetivos generales y específicos de la etapa 2005-2008 eran amplios y bien orientados al problema, pero poco sustentados en las actividades previstas para producir los componentes involucrados.

En 2009 por el contrario, para cerrar la brecha entre objetivos, componentes y actividades, se tomó la decisión de reducir los objetivos generales a uno solo y formularlo de manera instrumental sin referencia a propósito de largo alcance. Y se colocó entre los objetivos específicos, a acciones amplias que configuran componentes del Programa (vgr.

“acciones positivas para garantizar derechos sexuales y productivos;” fomento a la cultura de autocuidado, etc.”) que no encuentras asidero en las estrategias y actividades desarrolladas.

4.7 ¿Los productos, componentes y estrategias del Programa cumplen con los principios de la Ley de Desarrollo Social? Fundamente su respuesta

Los productos, componentes y estrategias del Programa cumplen de manera parcial con los siguientes principios estipulados en el artículo 4 de la Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal:

- *Universalidad.* El Programa se plantea cubrir con el servicios a todas las mujeres de su población objetivo (mujeres mayores de 40 preferentemente sin seguridad social y de escasos recursos) Sin embargo la cobertura del Programa sea venido reduciendo por restricciones presupuestarias. Es decir, que solamente una proporción de mujeres con riesgo de presentar cáncer de mama pueden ser atendidas por el PAICMA con el señalamiento de que número de mastografías no equivale a número de mujeres atendidas. Sería recomendable en este sentido que el Programa se propusiera un plan de cobertura total de su población objetivo a cinco años plazo
- *Igualdad, equidad social y justicia distributiva.* El Programa brinda un servicio de salud básico, en forma gratuita para las mujeres (aplicación de mastografías y tratamiento en caso necesario) especialmente dirigido a las que carecen de acceso asegurado a servicios de salud y son de escasos recursos, con lo cual contribuye en términos generales a este principio. E incluso propone “acciones afirmativas para garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”.

En la práctica empero no ha desarrollado mecanismos que permitan a grupos específicos de mujeres (indígenas, con discapacidad, adultas mayores, mujeres privadas de su libertad, sexo servidoras) acceder efectivamente a sus servicios. Las mujeres indígenas son probablemente, las que tienen menores oportunidades

de acceso a los mismos en virtud de barreras sociales y culturales (menores recursos económicos, sin derechos de acceso a servicios de salud por seguridad social y, escasa cultura del autocuidado). En el caso de las mujeres con discapacidad es indispensable hacerles accesible la práctica del estudio, pues hasta el momento no es posible que una persona con proceso de movilización realice la mastografía en las unidades móviles. Una alternativa sería destinar los servicios de las clínicas de las prestadoras de servicios subrogados a estos grupos con necesidades especiales.

- *Equidad de género y diversidad.* El Programa de suyo ofrece un servicio destinado exclusivamente a las mujeres y en este sentido contribuye a promover y garantizar sus derechos a la salud. El Programa parte del criterio de que la alta incidencia y mortalidad por cáncer de mama constituye un problema de género porque las mujeres posponen o descuidan el cuidado de su salud, en vista de que se dedican a atender a sus familiares. El Programa es sensible igualmente al hecho de que la incorporación de las mujeres al mercado laboral ha generado una sobrecarga de trabajo (doble jornada) que les resta tiempo para su cuidado y genera mayor desgaste físico y psicológico.
- *Territorialidad,* en tanto el servicio se ofrece en el espacio en que habitan o trabajan las mujeres. Las jornadas de salud integral se desarrollan a través de la interacción del INMUJERES-DF con las Delegaciones Políticas, lo que también da cuenta de un esfuerzo por articular las políticas sociales en los dos ámbitos de gobierno (entidad federativa-delegación).

Para los restantes principios estipulados en la Ley de Desarrollo Social se observan nulas o menores evidencias de cumplimiento. Así, el Programa no contempla ningún mecanismo o procedimiento de *transparencia* que permita cumplir con dicho principio.

Las mujeres que se practican el estudio no son consultadas sobre la calidad del servicio ni cuentan con mecanismos que les permitan acceder a información sobre las prestadoras de servicios subrogados.

Tampoco existen mecanismos orientados a incorporar a la ciudadanía femenina en el diseño, operación o evaluación del Programa, con lo que no se da cumplimiento al principio de *participación ciudadana*.

En el mismo tenor, no se cumple el principio de *exigibilidad* en tanto no existe un protocolo de atención que enfatice la aplicación de estudios mastográficos como un derecho de las mujeres, ni documentos (folletos, trípticos, etc.) que planteen la realización de dichas mastografías como parte de las obligaciones del gobierno en el marco de las garantías al derecho a la salud.

No queda clara tampoco la forma en que el Programa da cumplimiento a los principios de *integralidad y efectividad*. El principio de integralidad plantea la articulación y complementariedad entre cada una de las políticas y Programas sociales. El PAICMA desarrollaba hasta 2008, Jornadas de Salud con participación de diferentes dependencias del gobierno de la ciudad, sin embargo, no se trataba de una política planeada de manera integral sino de una actividad en que las dependencias ofrecían diversos servicios sin ninguna articulación. Cabe señalar que el PAICMA permanece como un Programa aislado y desarticulado de los otros Programas similares en la SS y el DIF.

Respecto a la efectividad, los documentos del Programa no permiten evaluar si la subrogación de servicios es la alternativa más austera y con el menor costo administrativo. O si, a la larga el efecto de la subrogación es no propiciar o fortalecer la extensión de la red de servicios públicos de salud especializados del GDF⁵⁹.

Por otro lado, a lo largo de cinco años de existencia el Programa no ha realizado procesos de licitación pública para la subrogación del servicio, debido a que los recursos asignados derivan de la partida presupuestal 4108 (*ayudas y donativos a instituciones sin fines de lucro*)⁶⁰ que está eximida de dicho proceso.

⁵⁹ Según informó la Coordinadora del Programa en entrevista, la decisión de subrogar el servicio, se tomó como alternativa a las insuficiencias de la estructura de salud del GDF para prestar este tipo de servicios.

⁶⁰ <http://www.finanzas.df.gob.mx/codigo/libroTercero.pdf>

4.8 ¿La selección de la población beneficiada cumple con el orden de prelación del Reglamento de la Ley de Desarrollo Social: universalidad-focalización territorial-focalización sectorial-focalización individual?

No existe un proceso de selección de la población beneficiaria, pues el Programa brinda el servicio de mastografías de pesquisa a todas las mujeres mayores de 40 años o menores de esa edad que tengan un alto factor de riesgo de presentar cáncer de mama y, que acudan a las Jornadas de Salud Integral. O bien, a las que se presenten en el Parque La Alameda Central para ser trasladadas a las clínicas de las prestadoras de servicios subrogados previa cita.

Antes de 2009, las Jornadas de Salud Integral de las Mujeres se instalaban alternadamente en las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal, sin que existiera un criterio de focalización territorial. En 2009 se eliminaron los convenios con las Delegaciones Políticas y es la Secretaría de Desarrollo Social quien define las localidades en que se instalarán las Jornadas. Aunque esta modificación puede acercar el servicio a mujeres de menores recursos a través de un criterio de focalización territorial dictado por la Secretaría de Desarrollo Social, tiene un alto costo operativo para el PAICMA. Lo anterior por cuanto todo el trabajo logístico dejó de ser asumido por las Delegaciones Políticas para ser asumido por el Programa⁶¹.

4.9 ¿Existe algún conjunto de indicadores construido ex profeso para dar cuenta de los avances y resultados del Programa? Describa la situación.

El Programa si cuenta con indicadores, sin embargo en los Informes presentados al Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento no hay ninguna evidencia de que se calculen para dar cuenta del logro de los objetivos, ya que son indicadores de metas físicas y avance financiero, que documentan el alcance de la meta de mastografías, la

⁶¹ La logística de instalación de la Jornada es altamente compleja, sobre todo si se toma en cuenta que el PAICMA carece del material básico para la instalación (sillas, tablonés, carpas). Así, la logística implica: asegurar la presencia de personal de seguridad pública; definición del espacio de ubicación (que debe ser accesible para el ingreso de la unidad móvil, plano para lograr realizar los estudios y en un área relativamente amplia pero que no constituya un espacio de alta concentración de personas para evitar daños a la unidad o alteraciones en la toma de placas); asegurar la planta de luz; y toda la difusión (colocación de carteles y distribución de volantes).

clasificación de los diagnósticos y los pagos que se dan a prestadoras de servicios subrogados, con base en la información que entregan las propias agencias subrogadas..

En todo caso, estos indicadores son insuficientes para evaluar los resultados y para dar seguimiento a los avances, resultados e impacto del Programa (Ver cuadro Resumen Comparativo de las ROP 2005-2009).

4.10 ¿Cuenta el Programa con mecanismos de monitoreo y evaluación interna? Descríbalos y valórellos.

El Programa contempla un mecanismo formal de evaluación, que es el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento. Este Comité está facultado para verificar los resultados de las prestadoras de servicios subrogados y dar el visto bueno para que se realicen las gestiones necesarias que permitan cumplir con los pagos. Sus funciones no están orientadas a monitorear y evaluar las acciones de la operación del Programa, sino a los trámites de ejecución.

La Unidad Responsable del Programa, puso en marcha diversos recursos para el monitoreo, a raíz de las observaciones realizadas por la Contaduría Mayor de Hacienda de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en 2006.

Las observaciones efectuadas por este organismo refieren básicamente a la necesidad de que el INMUJERES-DF tuviera evidencia documental de todos los procesos que implica la operación del Programa. Sugirió la implementación de medidas de control a fin de garantizar evidencia documental de todas las comunicaciones, acuerdos, convenios, reuniones, citas y juntas de trabajo que se lleven a cabo, incluyendo listas de asistencia con firmas y rúbricas de las usuarias que asisten a los servicios; la celebración de convenios de colaboración con las Delegaciones y Dependencias del Gobierno del Distrito Federal, a fin de formalizar los compromisos asumidos por las partes en lo que refiere al PAICMA; la salvaguarda de archivo, resguardo y control de los documentos que integran los expedientes de las usuarias del servicio de mastografía; La entrega al INMUJERES-GDF de la totalidad de estudios realizados durante las jornadas por parte de las empresas o asociaciones que prestan los servicios subrogados, con anterioridad a la fecha

programada para la entrega a las usuarias; el establecimiento de mecanismos de control para garantizar que se registren los datos de las usuarias a fin de posibilitar su posterior localización telefónica o mediante visita domiciliaria; entre otras.

En respuesta a estas observaciones, el INMUJERES-DF desarrolló una serie de formatos para la captura de información, como son: minuta de reuniones; conciliación diaria de las Jornadas de Salud; conciliación mensual de las Jornadas; registros integrados a la base de datos; registro de datos generales de las usuarias; seguimiento de casos, entre otros. También destinó un espacio al archivo y resguardo de la documentación relacionada con el Programa; firmó convenios con las Delegaciones y Dependencias del Gobierno del Distrito Federal que ofrecen servicios durante las Jornadas de Salud y se establecieron operativos durante las jornadas.

Adicionalmente, se ha establecido una reunión semanal del personal operativo del Programa para compartir y discutir las incidencias del trabajo en territorio. Debe señalarse que no se lleva un registro de los puntos discutidos ni se trata de juntas formales que deriven en acuerdos. De suerte que se puede señalar que se ha iniciado un proceso de formalización de los procedimientos de la operación del Programa, que abre paso al monitoreo de las acciones.

Sin embargo este proceso aún no deriva en mecanismos de evaluación interna, entre otras razones, porque la mayor parte de las ocupaciones del personal (incluyendo la coordinación) se consumen en la operación y logística. Sigue por tanto sin existir seguimiento y alimentación de indicadores de gestión, de resultados y de impacto. Una situación particular al respecto es el caso de las metas del Programa, ya que con excepción de las mastografías y los folletos no hay metas numéricas precisas.

4.11 Construya el marco lógico del Programa con base en la siguiente lista:

- **objetivo general**
- **objetivos específicos**
- **metas**
- **supuestos y riesgos**

- **estrategias**
- **componentes**
- **actividades**
- **medios de verificación y fuentes de información**
- **Indicadores de seguimiento**
- **periodización de la información**
- **comentarios**

En atención a la modificación de los objetivos, metas e indicadores que presentó el Programa en las Reglas de Operación de 2009, se presentan a continuación dos matrices de marco lógico: una construida con base en los Lineamientos y Mecanismos de Operación de 2008, y otra con base en la Reglas de Operación de 2009. Como se puede inferir estas matrices han sido elaboradas por la evaluadora, ya que el Programa no cuenta con ellas. En esta elaboración se utiliza la metodología del Marco Lógico para ordenar los distintos elementos de formulación del PAICMA en el orden establecido, pero no se colman los vacíos del Programa. En el apartado de recomendaciones se propone una nueva Matriz de Marco lógico para el Programa.

MATRIZ MARCO LÓGICO 2008⁶²

Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|--|--|--------------|------------------------|--|------------------------|---|
| FIN | Fomentar desde una perspectiva de género una cultura de prevención de la salud integral de las mujeres y el conocimiento y ejercicio de sus derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos. | No se indica | No se indica | No se indica | Instituto de las Mujeres del Distrito Federal | No se indican | No se indican |
| PROPÓSITO | Coadyuvar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del Distrito Federal, por medio de la detección oportuna del padecimiento, diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico y canalización a una institución especializada en los casos que requieran quimioterapia y/o | -Porcentaje de adherencia bianual a la Mastografía de pesquisa | No se indica | Bianual | -Instituto de las Mujeres del Distrito Federal -Prestadoras de servicios subrogados | No se indican | -Las mujeres acuden a realizarse la mastografía oportunamente. -Las prestadoras de servicios subrogados realizan el diagnóstico con precisión y calidad. - Se incrementa el número de mujeres que se realiza el |

⁶² Construida a partir de los Lineamientos y Mecanismos de Operación del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal, 2008, y de información brindada en entrevista por la Coordinadora del PAICMA los días 22 y 25 de junio de 2009.

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-----------------------|--|--------------|--------------|------------------------|---|------------------------|-------------------------------------|
| | radioterapia. | | | | | | estudio mastográfico oportunamente. |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | Sensibilizar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos para su salud integral y mejoramiento de la calidad de vida. | No se indica | No se indica | No se indica | INMUJERES-DF | No se indica | |
| | Fomentar en la sociedad, especialmente en las mujeres, una concientización sobre la importancia de la prevención del cáncer de mama, así como su detección oportuna. | No se indica | No se indica | No se indica | INMUJERES-DF | No se indica | |
| | Dar seguimiento y atención a las personas con resultados sospechosos o positivos, con el fin de realizar los estudios complementarios así como los procedimientos quirúrgicos y de intervención mamaria que sean necesarios. | No se indica | No se indica | No se indica | INMUJERES-DF Prestadoras de servicios subrogados | No se indica | |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|--|--------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------|--|
| | Realizar acciones para prevenir el cáncer cérvico-uterino, así como otras enfermedades de alta incidencia en la población. | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | |
| | Brindar información y orientación a las mujeres sobre sus derechos por medio de servicios de asesoría psicológica, jurídica y laboral. | No se indica | No se indica | No se indica | Unidades Delegacionales de la Mujer | No se indica | |
| COMPONENTES | C-1. Detección temprana, oportuna y diagnóstico preciso del cáncer de mama en mujeres de 40 años y más o mujeres de menor edad cuando presenten un factor alto de riesgo | No se indica | -Número de pacientes positivas | Anual | -Prestadoras de servicios subrogados | No se indica | Los estudios son interpretados adecuadamente, evitando falsos positivos y falsos negativos |
| | C-2. Atención especializada a mujeres con diagnóstico sospechoso o positivo de cáncer de mama | No se indica | No se indica | No se indica | -Prestadoras de servicios subrogados | No se indica | Prestadoras de servicios subrogados brindan atención y tratamiento adecuado, con oportunidad y calidad |
| | C-3. Promoción de la salud reproductiva y | No se indica | No se indica | No se indica | -Instituto de las Mujeres | No se indica | No se indican |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|---|--------------|--------------|------------------------|--|------------------------|--|
| | los derechos humanos de las mujeres | | | | del Distrito Federal | | |
| ACTIVIDADES | <i>Planeación y logística de las jornadas de salud integral para mujeres</i> C-1.A.1. Reunión de Coordinación interinstitucional. Para establecer los convenios y acuerdos operativos como son la realización de las Jornadas de Salud, así como requerimientos, apoyos o compromisos de cada institución participante | No se indica | No se indica | No se indica | -Instituto de las Mujeres del Distrito Federal -Secretaría de Desarrollo Social-DF -Secretaría de Salud-DF -Instituto de la Juventud -Instituto del Glaucoma -DIF/DF -Instituto de Asistencia e Integración Social | No se indican | Dependencias con que se firmó el convenio de colaboración acuden a la reunión de coordinación. |
| | C-1.A.2.Reunión de Coordinación Delegacional. Para establecer los convenios, acordar fechas y determinar lugares de realización de las Jornadas de Salud, apoyos logísticos y responsables de cada actividad | No se indica | No se indica | No se indica | -Instituto de las Mujeres del DF - Delegaciones Políticas | No se indican | |
| | C-1.A.3.Difusión de la Jornada. Reunión para establecer la coordinación con | No se indica | No se indica | No se indica | -Secretaría de Desarrollo Social-DF -Subsecretaría | No se indica | |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|--|--------------|---|-----------------------------|--|---|---|
| | instituciones participantes con la finalidad de establecer la ruta de distribución de volantes y carteles promocionando la Jornada | | | | de Participación Ciudadana del DF -Delegaciones Políticas | | |
| | <i>Operación de la jornada</i> C-1.A.4. Registro general de mujeres que acuden a los servicios. | No se indica | -Número de mujeres registradas, sobre los estudios Programados. | Diaria | -Personal de PAICMA | -Formato foliado de registro con datos generales F2_PAICMA_07 (nombre, edad, teléfono, domicilio) | Las usuarias brindan los datos correctos |
| | C-1.A.5. Plática de prevención | No se indica | -Número de pláticas realizadas y personas atendidas | Diaria/ por Jornada / Anual | -Personal PAICMA | No se indica | La plática se imparte en lenguaje accesible para las mujeres |
| | C-1.A.6. Llenado de historia clínica | No se indica | No se indica | No se indica | -Prestadoras de servicios subrogados | No se indica | Personal de las prestadoras de servicios subrogados completan la historia clínica de cada usuaria |
| | C-1.A.7. Toma de mastografías de pesquisa. | No se indica | -Número de estudios realizados, sobre los | Anual | - Prestadoras de servicios subrogados | - Informes (parciales y final) de las prestadoras | |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|--|--------------|--|------------------------|--|--|---|
| | | | estudios Programados. | | | de servicios subrogados | |
| | C-1.A.8.Captura diaria en la base de datos del Programa | No se indica | No se indica | No se indica | -Personal PAICMA | No se indica | |
| | C-1.A.9. Visitas de supervisión y monitoreo de responsables operativos | No se indica | No se indica | No se indica | -Cabeza de jornada PAICMA | | |
| | C-1.A.10. Entrega de resultados | No se indica | No se indica | No se indica | -Instituto de las Mujeres del Distrito Federal | - Listado firmado de mujeres que acuden a retirar resultado. | - Las mujeres con resultado negativo acuden al evento de entrega. - Las mujeres con resultado positivo son localizadas telefónicamente o en su domicilio |
| | C-1.A.11. Seguimiento a usuarias que no acudieron oportunamente a la entrega por medio de notificaciones telefónicas y visitas domiciliarias | No se indica | No se indica | No se indica | -Personal PAICMA | No se indica | Las mujeres deben brindar sus datos correctos para poder ser localizadas telefónicamente o en su domicilio |
| | C-2.A.1. Canalización a la prestadora de servicios subrogados para que atienda, con | No se indica | -Número de pacientes positivas -Número de | Anual | Prestadoras de servicios subrogados | Informe médico de la prestadora | Prestadoras de servicios subrogados brindan |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|---|--------------|---|------------------------|-------------------------------------|---|--|
| | estudios adicionales o tratamientos especializados, a las mujeres cuyo resultado es sospechoso, altamente sospechoso o no concluyente | | canalizaciones de pacientes a instituciones especializadas - Número y tipo de estudios a pacientes positivas | | | de servicios subrogados de las personas que requirieron del proceso de atención médica | atención y tratamiento adecuado con oportunidad y calidad |
| | C-2.A. 2. Seguimiento y control postoperatorio, en los casos necesarios. | No se indica | No se indica | No se indica | Prestadoras de servicios subrogados | Informe de la prestadora de servicios subrogados de las personas que requirieron tratamiento | El tratamiento brindado por las prestadoras de servicios subrogados es adecuado, oportuno y de calidad |
| | C-2.A.3. Consolidación de un grupo de ayuda mutua para las mujeres con cáncer de mama en el DF | No se indica | No se indica | No se indica | Personal PAICMA | -Listado firmado de mujeres que acuden al grupo de ayuda -Manual para grupo de ayuda mutua | Las mujeres a las que se les detecta cáncer de mama acuden al grupo de ayuda mutua |
| | C-3.A.1. Asesorías psicológicas, jurídicas y laborales durante las jornadas de salud integral de la mujer | No se indica | Número de personas que recibieron asesorías psicológicas, jurídicas y laborales. | No se indica | Unidades delegacionales de la Mujer | No se indica | -Las mujeres que acuden a la Jornada solicitan asesorías |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|--------------------------|---|--------------------|----------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| | C-3.A.2. Impresión y distribución de folletos sobre prevención de cáncer de mama, derechos sexuales y reproductivos, y servicio del INMUJERES DF a población objetivo | No se indica | No se indica | No se indica | Instituto de las Mujeres del DF | No se indica | |

MATRIZ MARCO LÓGICO 2009⁶³

Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-----------------------|---|--------------|--------------|------------------------|--|------------------------|--|
| FIN | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | No se indican | No se indican |
| PROPÓSITO | Coadyuvar en la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres que residan o transiten en el Distrito Federal mediante la realización del estudio de mastografía de pesquisa, diagnóstico y tratamiento en mujeres de 40 años, preferentemente. | No se indica | No se indica | | -Instituto de las Mujeres del Distrito Federal -Prestadoras de servicios subrogados | No se indican | -Las mujeres acuden a realizarse la mastografía oportunamente -Las prestadoras de servicios subrogados realizan el diagnóstico con precisión y calidad, y brindan el tratamiento adecuado. - Se incrementa el número de mujeres que se realiza el estudio mastográfico oportunamente |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | Realizar acciones afirmativas que | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | |

⁶³ Construida a partir de las Reglas de Operación del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal, 2009, y de información brindada en entrevista por la Coordinadora del PAICMA los días 22 y 25 de junio de 2009.

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|---|--------------|--|------------------------|----------------------|------------------------|---------------------|
| | garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; | | | | | | |
| | Informar a las mujeres sobre la importancia del cuidado y la apropiación de su cuerpo a través de la autoexploración para la detección oportuna de cáncer de mama; | No se indica | - Total de pláticas realizadas/ Total de pláticas Programadas *100 | Anula | INMUJERES-DF | No se indica | |
| | Brindar atención a las mujeres del programa, que no cuentan con seguridad social y cuyo resultado requiere de estudios complementarios o atención médica de acuerdo a las indicaciones del prestador de servicios subrogados; | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | |
| | Fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama en las mujeres beneficiarias del programa; | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | |
| | Informar a las mujeres de los servicios que brinda el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal; | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|---|--------------|---|------------------------|--|---|--|
| | Brindar acompañamiento psicológico a las mujeres cuyo resultado indique sospecha, alta sospecha y/o confirmación de cáncer de mama. | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | No se indica | |
| COMPONENTES | C-1.Detección del cáncer de mama en mujeres de 40 años y más o mujeres de menor edad cuando presenten un factor alto de riesgo | No se indica | Total de estudios realizados/ Total de estudios con diagnóstico positivo de Cáncer de Mama ⁶⁴ | Anual | -Prestadoras de servicios subrogados | -Informe de las prestadoras de servicios subrogados | Los estudios son interpretados adecuadamente, evitando falsos positivos y falsos negativos |
| | C-2. Atención especializada a mujeres con diagnóstico sospechoso o positivo de cáncer de mama | No se indica | No se indica | No se indica | -Prestadoras de servicios subrogados | No se indica | Prestadoras de servicios subrogados brindan atención y tratamiento adecuado, con oportunidad y calidad |
| | C-3. Fomento de la cultura de prevención del cáncer de mama | No se indica | No se indica | No se indica | -Instituto de las Mujeres del Distrito Federal | No se indica | No se indican |
| ACTIVIDADES | 1. Planeación, coordinación y logística C-1.A.1.Realizar | No se indica | No se indica | No se indica | -Instituto de las Mujeres del Distrito Federal | No se indican | No se indican |

⁶⁴ Como se señaló anteriormente, este indicador está mal formulado: la proporción se indica incorrectamente porque numerador y denominador están invertidos, y, además, se omitió la multiplicación por 100 que permite el cálculo de un porcentaje.

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|--|--------------|--------------|------------------------|---|---|---|
| | reuniones de coordinación interinstitucional con dependencias de gobierno u organizaciones sociales y civiles para informarles sobre los lineamientos y requerimientos del Programa; | | | | - Dependencias de gobierno - Organizaciones sociales y civiles | | |
| | C-1.A.2. Verificar que el área destinada para la instalación de las unidades móviles cumpla con los requerimientos mínimos necesarios. | No se indica | No se indica | No se indica | -Instituto de las Mujeres del DF | No se indican | Se verifica previamente el área apropiada para la instalación de las unidades móviles |
| | C-1.A.3. Distribuir volantes y carteles en la zona circundante a la sede de la jornada. | No se indica | No se indica | No se indica | INMUJERES -DF | No se indica | |
| | <i>Operación de la Jornada de salud</i> C-1.A.4. Informar sobre los requisitos para la realización de los estudios; | No se indica | No se indica | No se indica | INMUJERES -DF | No se indica | |
| | C-1.A.5. Registrar los datos de las mujeres que acuden a la realización de estudio de mastografía de pesquisa; | No se indica | No se indica | No se indica | -Personal de PAICMA | -Formato foliado de registro con datos generales F2_PAICM | Las usuarias brindan los datos correctos |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|--|--------------|---|-----------------------------|---------------------------------------|---|---|
| | | | | | | A_07 (nombre, edad, teléfono, domicilio) | |
| | C-1.A.6. Brindar información sobre el Programa y temas inherentes a la detección oportuna de cáncer de mama. | No se indica | - Total de pláticas realizadas/ Total de pláticas Programadas *100 | Diaria/ por Jornada / Anual | -Personal PAICMA | No se indica | La plática se imparte en lenguaje accesible para las mujeres |
| | C-1.A.7. Llenado de historia clínica | No se indica | No se indica | No se indica | -Prestadoras de servicios subrogados | No se indica | Personal de las prestadoras de servicios subrogados completan la historia clínica de cada usuaria de acuerdo a la NOM-041-SSA2-2002 |
| | C-1.A.8. Toma de mastografías de pesquisa | No se indica | Total de estudios realizados en el año/ Total de estudios Programados *100 | Anual | - Prestadoras de servicios subrogados | - Informes (parciales y final) de las prestadoras de servicios subrogados | |
| | C-1.A.9.Captura diaria en la base de datos del Programa | No se indica | No se indica | No se indica | -Personal PAICMA | No se indica | |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|--|--------------|---|---|--|---|--|
| | C-1.A.10. Entrega de resultados | No se indica | Total de estudios realizados en el año/ Total de estudios entregados *100 ⁶⁵ | No se indica | -Instituto de las Mujeres del Distrito Federal | - Listado firmado de mujeres que acuden a retirar resultado. | - Las mujeres con resultado negativo acuden al evento de entrega. |
| | C-1.A.11. Seguimiento a usuarias que no acudieron oportunamente a la entrega por medio de notificaciones telefónicas y visitas domiciliarias | No se indica | No se indica | No se indica | -Personal PAICMA | No se indica | Las mujeres brindan sus datos correctos para poder ser localizadas telefónicamente o en su domicilio |
| | C-2.A.1. Comunicación telefónica con la usuaria para concertar cita para estudio confirmatorio | No se indica | No se indica | No se indica | -Personal PAICMA | No se indica | Las mujeres brindan sus datos correctos para poder ser localizadas telefónicamente |
| | C-2.A.2. Canalización a la prestadora de servicios subrogados para que atienda, con estudios adicionales o tratamientos especializados, a las mujeres cuyo resultado | No se indica | No se indica | -Total de estudios realizados/ Total de estudios con diagnóstico positivo de Cáncer de Mama | - Prestadoras de servicios subrogados | Informe médico de la prestadora de servicios subrogados de las personas | Prestadoras de servicios subrogados brindan atención y tratamiento adecuado con oportunidad y |

⁶⁵ Este indicador también está mal formulado: la proporción se indica incorrectamente porque numerador y denominador están invertidos.

⁶⁶ Como se señaló anteriormente, estos indicadores están mal formulados: la proporción se indica incorrectamente porque numerador y denominador están invertidos, y, además, se omitió la multiplicación por 100 que permite el cálculo de un porcentaje.

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|--|--------------|---------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| | es sospechoso, altamente sospechoso o no concluyente | | | -Total de estudios realizados /Total de estudios con diagnóstico no concluyente ⁶⁶ | | que requirieron del proceso de atención médica | calidad, siguiendo la normatividad oficial mexicana ⁶⁷ . |
| | C-2.A.3. Seguimiento y control postoperatorio, en los casos necesarios. | No se indica | No se indica | No se indica | Prestadoras de servicios subrogados | Informe de la prestadora de servicios subrogados de las personas que requirieron tratamiento | El tratamiento brindado por las prestadoras de servicios subrogados es adecuado, oportuno y de calidad |
| | C-2.A.4. Conformación de grupos de acompañamiento psicológico para las mujeres con cáncer de mama. | No se indica | No se indica | No se indica | Personal PAICMA | -Listado firmado de mujeres que acuden al grupo de acompañamiento -Manual para grupo de ayuda mutua | Las mujeres a las que se les detecta cáncer de mama acuden al grupo de acompañamiento |
| | C-3.A.1. Pláticas sobre prevención de cáncer de mama, enfatizando en la | No se indica | - Total de pláticas realizadas/ | No se indica | Personal PAICMA | No se indica | La plática se realiza en lenguaje |

⁶⁷ Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2002); Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio (NOM-007-SSA2-1993); Norma Oficial Mexicana Salud ambiental. Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con rayos X (NOM-158-SSA1-1996); Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (NOM-168-SSA1-1998); Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica (NOM-017-SSA2-1994).

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Actores involucrados | Medios de verificación | Supuestos y riesgos |
|-------------------|--|-------------|------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|
| | importancia de la autoexploración y la realización de mastografías subsecuentes. | | Total de pláticas Programadas *100 | | | | accesible para las mujeres |

La elaboración de estas matrices de Marco Lógico del PAICMA evidencia problemas de diseño, en ambos casos, en términos de la articulación vertical y horizontal. En la línea vertical, con excepción de la detección del cáncer de mama, las actividades son insuficientes para producir los componentes.

En este sentido, el componente de atención especializada para las mujeres con resultado sospechoso o negativo se ha dejado en manos de las prestadoras de servicios, de suerte que el Programa carece de mecanismos para garantizar y verificar que la atención y el tratamiento sean adecuados, oportunos y con calidad. Una recomendación en esta dirección sería constituir una Comisión con especialistas en la materia que brindara asesoría a la coordinación del PAICMA en el seguimiento a la atención, tratamientos y control post-operatorio de las mujeres con resultado sospechoso o positivo.

Por otra parte, el componente de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se pretendía producir -hasta 2008- a través de dos actividades: la difusión mediante la distribución de folletos, y las asesorías psicológicas, jurídicas y laborales a las mujeres, ambas actividades durante las Jornadas⁶⁸. Estas actividades eran insuficientes para producir el componente, pues se deberían incluir actividades de difusión y promoción del autocuidado de la salud de mucho mayor alcance, incluyendo a grupos específicos de mujeres (indígenas, con discapacidad) y a jóvenes que aún no alcanzan la edad de riesgo pero entre quienes es importante inculcar la práctica de la autoexploración, por ejemplo. Esta observación se mantiene para el componente que se integra en 2009, de fomento de la prevención del cáncer de mama, pues éste se limita a las usuarias del PAICMA cuando debiera dirigirse más bien a las mujeres que no acuden a realizarse la mastografía para atraerlas hacia las prácticas que permiten la detección temprana.

El diseño del Programa también muestra deficiencias en términos de la articulación horizontal de la matriz. Por un lado, es notable la ausencia de indicadores y medios de verificación que permitan monitorear y evaluar el cumplimiento de varias de las actividades, componentes y objetivos del Programa, tanto en 2008 como en 2009. Destaca en particular la ausencia de indicadores de dos de los componentes (atención especializada a mujeres con resultado sospechoso o positivo, y promoción de derechos

⁶⁸ Recuérdese que en 2009 se dejaron de brindar las asesorías psicológicas, jurídicas y laborales durante las Jornadas. Las mujeres que solicitan este tipo de asesorías son referidas a la Unidad delegacional de la mujer respectiva, según lo señaló en entrevista la Coordinadora del PAICMA.

sexuales y reproductivos de las mujeres/fomento de una cultura de prevención del cáncer de mama); y de más de la mitad de las actividades con que opera el PAICMA.

Es importante también señalar que en los casos en que el Programa ha generado indicadores, éstos son de resultado, y sigue careciendo de indicadores de proceso y de impacto. Los indicadores de proceso permitirían el monitoreo y seguimiento, abriendo paso al mejoramiento del servicio.

Como se ha señalado previamente, varios indicadores presentan problemas de formulación. En 2009, llama especialmente la atención la inclusión de cuatro indicadores en que está invertida la relación numerador-denominador y tres en que se excluyó la multiplicación por 100 que permite el cálculo del porcentaje. Asimismo, en 2009 se omitió el indicador que -aunque mal planteado- se orientada a medir la adherencia a la mastografía.

Cabe señalar que los supuestos de los que parte el Programa para su operación han sido inferidos de la documentación y las entrevistas con el personal del Programa, pero no están explicitados en ningún documento.

Aspectos específicos a considerar

10. ¿Existe redundancia o complementariedad de este Programa con otro semejante en el GDF?

Existen dos Programas más dedicados a detectar oportunamente el cáncer de mama a través de la realización de mastografías gratuitas, uno es implementado por la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el otro, por Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal

La Secretaría de Salud tiene un Programa denominado “Red de Mastógrafos”, a través del cual se ha equipado con 20 equipos de mastografía de tecnología digital a 19 centros de salud de primer nivel y al Centro de Diagnóstico Digital, ubicado en el Centro de Salud “México-España”. Este servicio se brinda a las mujeres inscritas en el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, cuyo requisito es ser residente en el Distrito

Federal y no ser derechohabiente del IMSS, ISSSTE, PEMEX ni SEDENA. Los casos sospechosos son remitidos al Centro de Diagnóstico, en donde se realiza una biopsia que se envía al Laboratorio Central de Citopatología para su proceso y diagnóstico. Si el caso se diagnostica como positivo se canaliza a la paciente al nivel de atención necesario para su tratamiento y seguimiento médico. En 2008 a través de este Programa se efectuaron poco más de 4 mil mastografías⁶⁹.

El DIF-DF, tiene el “Programa de Detección Oportuna de Cáncer de Mama”, cuya meta en 2008 fue aplicar 80 mil mastografías. A este Programa pueden acceder las mujeres que viven o trabajan en el Distrito Federal. El Programa cuenta con ocho unidades móviles equipadas con dos mastógrafos cada una, a través de los que realizan estudios en las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal, en coordinación con instituciones públicas y/o privadas⁷⁰.

No existe ningún mecanismo de coordinación entre los Programas de las tres dependencias. No existen metas conjuntas; ni integración de las bases de datos que permita no repetir la mastografía a una mujer o bien, determinar tendencias territoriales, por edad, etc.

Los tres programas son complementarios, pues podrían orientarse a atender poblaciones distintas. Además de que pudieran optimizar esfuerzos y crear mecanismos conjuntos de verificación de calidad de los servicios, estudios de población objetivo (Ver respuesta 4.2) si en vez de diseñarse y operar de manera autónoma, se articularan y complementarían.

11. ¿Cuáles son las diferencias y complementariedad, en su caso, de este Programa con el que está bajo responsabilidad del DIF-DF y con la SSDF?

Existen dos diferencias entre los Programas del DIF-DF y la SSDF respecto al PAICMA: (1) la inclusión de mujeres que no residen en el DF dentro de la población beneficiaria del

⁶⁹ http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=273

⁷⁰ Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal. Junta de Gobierno. I Sesión Extraordinaria, 11 de mayo 2009. <http://www.dif.df.gob.mx/transparencia/FXI/2009/ISesionExtraordinaria2009.pdf>

PAICMA, pues este Programa incluye a mujeres que “circulan” por las Delegaciones Políticas del Distrito Federal. No es requisito que las mujeres no sean derechohabientes, aunque se señala en los Lineamientos y Mecanismos de Operación que el PAICMA se dirige preferentemente a mujeres no aseguradas y de escasos recursos. El Programa de la SSDF exige a las mujeres pertenecer al Programa de Servicios Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, cuyo requisito es ser residente en el Distrito Federal y no ser derechohabiente del IMSS, ISSSTE, PEMEX ni SEDENA. En el caso del DIF-DF, se señala que las mujeres deben “vivir o trabajar” en el Distrito Federal. (2) Las mujeres cuyo resultado sea sospechoso o positivo en los Programas del DIF-DF y SSDF son remitidas a hospitales de la SSDF para su tratamiento. En el caso del PAICMA, la atención y tratamiento es brindado por las prestadoras de servicios subrogados en caso que no sean derechohabientes de algún servicio de salud.

5. Congruencia externa de las Reglas de Operación, objetivos, estrategias y componentes del Programa con los objetivos de la política de desarrollo social

5.1 Las RO del Programa son consistentes con los principios de la política social establecidos en el Artículo 4º de la Ley de Desarrollo Social del DF (LDS)? Describa en qué medida estos principios están incorporados al Programa.

Los Lineamientos y Mecanismos de Operación del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama son consistentes, en el discurso, con seis de los principios estipulados en el artículo 4 de la Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal.

- El PAICMA ofrece el servicio de mastografías de pesquisa gratuitas a todas las habitantes de la ciudad mayores de 40 años -o de menor edad con alto factor de riesgos-, y con ello es consistente con el principio de *universalidad*. Sin embargo, la cobertura del Programa se limita a una cantidad de mastografías por año, por lo que solamente una proporción de mujeres con riesgo de presentar cáncer de mama pueden acceder al servicio.
- Las mastografías de pesquisa constituyen un servicio de salud básico, de suerte que ofrecerlo de manera gratuita es consistente con los principios de igualdad y justicia distributiva.
- En el caso de los principios de equidad social y diversidad, el Programa carece de medidas o mecanismos que posibiliten la práctica de mastografías para grupos específicos (mujeres indígenas, con discapacidad y adultas mayores) que enfrentan barreras de acceso. Las mujeres indígenas tienden a tener menores oportunidades de acceso a los servicios de mastografía en virtud de barreras sociales y culturales (no derechohabencia, menores recursos económicos y escasa cultura del autocuidado entre las mujeres). En el caso de las mujeres con discapacidad y las adultas mayores, las barreras arquitectónicas impiden el acceso a una unidad móvil, por lo que actualmente su única alternativa es acudir a una de las clínicas de las prestadoras de servicios subrogados. Sin embargo, el PAICMA tendría que desarrollar una estrategia que contemple estos grupos de

población a efecto de no excluirlos por omisión. De igual forma, los folletos que se distribuyen durante las Jornadas impiden el acceso a mujeres con discapacidad visual e indígenas que no leen español.

- Finalmente, el servicio se ofrece a través de las Jornadas de Salud en los espacios en que circulan las mujeres, lo que es consistente con el principio de territorialidad. Hasta 2008, la planeación y logística de las Jornadas se desarrollaban a través de la interacción del INMUJERES-DF con las Delegaciones Políticas, lo que también daba cuenta de un esfuerzo por articular las políticas sociales en los dos ámbitos de gobierno (entidad federativa-delegación). A partir de 2009 estas actividades son de responsabilidad absoluta del Instituto, quien solamente coordina con la Secretaría de Desarrollo Social la ubicación de la Jornada con base en criterios de focalización territorial.

Para los restantes principios estipulados en la Ley de Desarrollo Social se observan menores evidencias de consistencia:

- La consistencia con el principio de integralidad no es suficientemente clara en los Lineamientos y Mecanismos de Operación del PAICMA. Aunque hasta 2008 el Programa desarrollaba Jornadas de salud con participación de diferentes dependencias que parecían acercarse al principio de integralidad, en la práctica los servicios ofrecidos carecían de articulación, motivo por el cual en 2009 se decidió eliminar los convenios con otras dependencias para que ofrecieran sus servicios.
- Respecto a la efectividad, como se ha señalado, las reglas de operación no argumentan si la subrogación de servicios es la alternativa más austera y con el menor costo administrativo y tampoco cuenta con mecanismos de evaluación de impacto ni indicadores que permitan aproximarse al mismo.

Finalmente, los lineamientos y mecanismos de operación del PAICMA son omisos respecto a tres principios de la política social: no se contempla ningún mecanismo o procedimiento de transparencia que permita cumplir con dicho principio, ni existen mecanismos orientados a incorporar a la ciudadanía en el diseño, operación o evaluación del Programa, con lo que no se da cumplimiento al principio de participación ciudadana.

En el mismo sentido, el PAICMA carece de procedimientos o mecanismos que hagan posible practicar el principio de exigibilidad.

5.2 ¿Existen mecanismos para detectar la demanda de la población o la ciudadanía en este Programa? Descríbalos y valórellos.

No existe ningún mecanismo que permita detectar la demanda de la población. Hasta 2008 las Jornadas de Salud se programaban de acuerdo a los convenios con las dependencias del GDF, las Delegaciones Políticas y las prestadoras de servicios. Actualmente se programan en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social. Otra posibilidad es que se instalen unidades móviles a solicitud de dependencias, organizaciones -particularmente sindicatos-, instituciones y empresas radicadas en el Distrito Federal.

5.3 ¿Hay organizaciones civiles participando en el Programa? ¿en qué fases del Programa se da esta participación? Descríbala y valórela.

No, excepto las prestadoras de servicios subrogados, no existe vinculación con organizaciones civiles.

El único contacto con organizaciones refiere a que algunos sindicatos solicitan la implementación de una jornada de aplicación de mastografías. En este caso, los sindicatos o instituciones aportan el espacio y condiciones logísticas (planta de luz, mesas, sillas, carpas, etc.) y se comprometen a llevar a 50 mujeres por día. La Jornada, sin embargo, no es exclusiva para las mujeres de esa institución, sino que se puede ofrecer el servicio a cualquier mujer que se presente a solicitarlo.

5.4 ¿Cuenta el Programa o servicio con algún mecanismo que permita conocer y medir el grado de satisfacción de la población con su prestación? Descríbalo y valórelo.

No existe ningún mecanismo de consulta a las usuarias para medir su grado de satisfacción respecto al servicio recibido.

5.5 ¿Prevé el Programa o los servicios, mecanismos de difusión adecuados para que la población conozca sus beneficios y procedimientos de acceso y dónde ocurrir para alcanzar sus beneficios? Descríbalos y valórelos.

Existen dos mecanismos de difusión de los servicios de mastografía de pesquisa que brinda el PAICMA:

- El sitio Web del INMUJERES-DF, en el que se ha incluido una liga que despliega los lugares en que se ubicarán las jornadas de salud integral de las mujeres durante la semana en curso y los teléfonos para solicitar información. Este mecanismo de difusión presenta varios problemas. Por un lado, no es accesible para un importante número de mujeres que no disponen servicio de internet o que no conocen al Instituto. Adicionalmente, para aquellas que logren enterarse a través del sitio de este Programa, es sumamente difícil contactar telefónicamente con el personal para solicitar información, ya que las líneas están siempre saturadas. En este sentido, en entrevista el personal del Programa confirmó este problema argumentando que las líneas se saturan no solamente por el ingreso de llamadas, sino porque el personal procura localizar telefónicamente a las mujeres que se han realizado estudios para comunicarles los resultados en caso de ser sospechosos o negativos.
- La difusión que se realiza en territorio, previo a la realización de la Jornada. Hasta 2008, las Delegaciones Políticas se encargaban de la difusión y el INMUJERES-DF reforzaba esta tarea colocando carteles en sitios de alta concurrencia de mujeres (mercados, parques, etc.) y repartiendo volantes, entre

cinco y diez días antes de la realización de la jornada. Durante 2009, la difusión ha estado a cargo exclusivamente el INMUJERES-DF.

Cabe señalar que no se cuenta con procedimientos ni indicadores que permitan valorar o verificar el impacto de estos mecanismos de difusión.

Asimismo, el Programa no contempla mecanismos de difusión masiva que permitan a las mujeres del Distrito Federal no solamente acceder a los servicios de mastografía de pesquisa, sino conocer sus derechos sexuales y reproductivos.

5.6 ¿Cuenta el Programa con un sistema de rendición de cuentas? Descríbalos y valórelos.

El PAICMA solamente contempla dos mecanismos de rendición de cuentas: la presentación de informes por parte de las prestadoras de servicios subrogados y su presentación ante el Comité Técnico de Seguimiento y Evaluación, y los Informes anuales del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

No existe ningún mecanismo de rendición de cuentas a la ciudadanía ni es posible acceder a información sobre el cumplimiento del Programa de manera externa. Esto impide a la ciudadanía conocer el avance del Programa y su impacto en la disminución de la incidencia de un padecimiento que constituye ya un problema de salud pública en la ciudad.

Aspectos específicos a considerar

12. ¿Cómo se justifica la subrogación de servicios privados?

No existe ningún documento o estudio que justifique la subrogación del servicio de los estudios mastográficos. En entrevista, la Coordinadora del PAICMA señaló que el país -no solamente la ciudad- carece de la infraestructura y personal de salud especializado que permita ofrecer el diagnóstico veraz de los estudios mastográficos, así como el

tratamiento oportuno, sobre todo en los casos que requieren hormonoterapia. De igual forma, señaló que la red de hospitales y clínicas de la SS-DF no cuenta con la capacidad instalada y los recursos que le permitan atender a las mujeres que presentan lesiones cancerígenas. Sobre todo en el caso que requieran hormonoterapia, que es un tratamiento sumamente costoso. Estas razones, a criterio de la Coordinadora, explican la decisión de subrogar los servicios.

Los datos relacionados con las capacidades institucionales de atención se refieren, además, a que en México solamente 110 profesionales en radiología son especialistas en mama, según lo confirmó personal del INCAN. De suerte que la mayor parte de los estudios mastográficos que se realizan en servicios de salud pública y privados - incluyendo los laboratorios clínicos- son interpretados por profesionales en radiología sin especialidad en mama y esto puede provocar tanto falsos positivos como falsos negativos⁷¹. Las prestadoras de servicios subrogados que tienen convenio actualmente con INMUJERES-DF cuentan con personal de radiología con especialidad en mama, según lo señalaron en sendas entrevistas representantes de INCAN, FUCAM y Magni Gineco-Obstetras.

13. ¿Cómo se vincula esta estrategia con la garantía pública del derecho a la salud y el fortalecimiento de los servicios públicos?

La estrategia de subrogación de servicios de mastografía y tratamiento para las mujeres que lo requieran, ha permitido atender una necesidad de salud pública en el corto plazo. Sin embargo a largo plazo claramente no es una estrategia que permita la sostenibilidad del servicio, ni contribuye a fortalecer la red de servicios públicos especializados de salud del GDF.

En este sentido debiera estudiarse la conveniencia de integrar un Servicio Especializado de Atención al cáncer de mama, con las disponibilidad de equipo, personal y recursos de los tres programa y en todo caso subrogar los servicios de atención médica al INCAN , así

⁷¹ La Dra. Villaseñor, del INCAN, comentó en entrevista que actualmente este Instituto está desarrollando un agresivo Programa de capacitación a través de diplomados que permitan elevar la cantidad de radiólogos y radiólogas con especialidad en mama. También señaló que la escasez de este tipo de especialistas es un problema de ámbito mundial.

como emprender un programa de formación de radiólogos con alguna de las universidades o institutos tecnológicos que están en la ciudad.

14. ¿Es consistente la entrega de resultados en eventos públicos con los derechos de las mujeres a la confidencialidad y los principios de la política social establecidos en la Ley de Desarrollo Social del DF?

No. La entrega de resultados en un evento público viola el derecho a la confidencialidad aún y cuando ninguno de los diagnósticos entregados sea positivo. Aunque es preciso aclarar que solamente se entregan en eventos públicos los resultados no concluyentes o negativos (BI-RADS 0, 1, 2 y 3) de las usuarias que asistieron a las jornadas de salud. Los resultados de las mujeres que se realizaron el estudio en las clínicas se entregan personalmente en las oficinas del INMUJERES-DF.

La exclusión de los resultados positivos de la entrega pública está justificada en la idea de brindar contención a las mujeres. Psicólogas del PAICMA se comunican telefónicamente con las mujeres cuyo resultado fue positivo (BI-RADS 4 y 5) con el objeto de brindar contención frente a la noticia y comunicarles la fecha de su biopsia para descartar la malignidad de la lesión diagnosticada.

A criterio de la coordinadora del Programa, los eventos públicos se conciben como una “felicitación pública” para las mujeres que están sanas y se han realizado el estudio. La entrega pública se presta al manejo político-corporativo y es poco contributiva a la consolidación de una cultura ciudadana y de derecho entre las y los habitantes del Distrito Federal

**15. ¿Existe una normatividad aplicable para la subrogación de servicios privados?
¿Se cumple?**

El Distrito Federal carece de una normatividad orientada a la subrogación de los servicios, tanto en lo que refiere a la delimitación de los servicios que pueden ser subrogados como

a los mecanismos de seguimiento. Pareciera que en todos los casos en que se subrogan los servicios, se firma un convenio como es el caso del PAICMA.

La Ley General de Salud se limita a establecer en su artículo 8 “Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios”.

Así, no existe un aparato normativo que regule las condiciones y seguimiento para la subrogación de servicios.

16. ¿Tiene el Programa un sistema de indicadores suficiente y adecuado para monitorear la eficiencia en la detección, tratamiento y oportunidad de los servicios?

No. El PAICMA carece de mecanismos, procedimientos y de un sistema de indicadores completo que le permita registrar el número de mujeres atendidas por tipo de diagnóstico; la adherencia a las mastografía por edad, ingresos, estado civil, escolaridad; el número de usuarias con diagnóstico BI-RADS 4 y 5 por tipo de tratamiento. Pudiendo con los datos derivados hacer estudios de prospectiva del problema y de análisis de impacto, conocimiento, difusión y utilización de sus servicios.

Podría igualmente monitorear y verificar la calidad de los servicios prestados por las organizaciones o asociaciones de servicios subrogados en términos de las normas de salud atingentes, por ejemplo número de falsos positivos y falsos negativos por prestadora; número de mujeres atendidas por tratamiento según prestadora. Satisfacción de las usuarias con los servicios y con los tratamientos.

Para garantizar la calidad de los diagnóstico, la pertinencia de los tratamiento y la oportunidad de la atención, se podría instaurar una Comisión Médica que le permitiera verificar la especialización y conocimientos del personal técnico que aplica los estudios y del personal médico que interpreta las mastografías; el cumplimiento de las normas y de procedimientos actualmente estandarizados como la doble interpretación de cada estudio; y la certeza de las interpretaciones. A este último efecto podrían realizarse muestreos al azar de los resultados para determinar la proporción de falsos positivos y falsos negativos,

y compararlos con la probabilidad estadística que se ha estimado para este tipo de estudios.

De igual manera, debieran existir procedimientos e indicadores que permitan verificar que el tratamiento brindado por las prestadoras de servicios subrogados sea adecuado, oportuno y de calidad; así como un mecanismo que permita captar las percepciones de las usuarias sobre la calidez en el servicio.

Respecto a la atención y tratamiento a las mujeres con resultado sospechoso o positivo, la Comisión Médica podría también asesorar a la Coordinación del PAICMA en la generación de un sistema de indicadores para verificar el cumplimiento de la NOM-041-SSA2-2002 y monitorear el tratamiento y la evolución de las pacientes.

TEMAS DE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA

1. Recursos

1.1 ¿Cuenta el programa con los recursos financieros, humanos y materiales suficientes para el logro de sus objetivos y metas? Explique.

No. Los recursos financieros son insuficientes para atender a la población objetivo. De hecho las metas han debido ajustarse a los recursos disponibles. A la fecha los recursos asignados prácticamente se destinan a cubrir el costo de los estudios sin que haya disponibilidad para fortalecer la estructura operativa del programa o invertir en material y equipo.

Relación presupuesto asignado y costo unitario de estudios mastográficos 2005-2009

| Año | Presupuesto asignado | Meta de estudios mastográficos | Costo unitario de estudio mastográfico | Monto destinado al pago de estudios |
|------|----------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|
| 2005 | 23 millones 893 mil | 80,000 | \$380 | 30 millones 400 mil* |
| 2007 | 50 millones | 125,000 | \$380 | 47 millones 500 mil |
| 2008 | 42 millones 500 mil | 60,000 | \$380 | 22 millones 800 mil |
| 2009 | 22 millones 500 mil | 50,000 | \$450 | 22 millones 500 mil |

* El 31 de diciembre se habían realizado 42,473 mastografías, que se pagaron con el monto presupuestal señalado.

En 2008 se asignaron al programa 42 millones 500 mil pesos, de los cuales invirtió 53% (22 millones 800 mil pesos) en el pago a las prestadoras de servicios subrogados para la realización de los 60 mil estudios planteados como meta anual. En 2009 en cambio el presupuesto del programa sólo alcanzó para cubrir los 22 millones 500 mil pesos del costo de las 50 mil mastografía fijadas como meta, y los tratamientos a las usuarias que los requirieron. Es preciso señalar que para ajustarse a esa restricción presupuestal el PAICMA, en 2009, debió bajar su meta de atención 17% respecto al año anterior, en razón a que el costo de los servicios subrogados se incrementó 18% pasando de 380 pesos por costo unitario a 450 pesos.

En este sentido, los recursos se destinan en su totalidad al pago de las prestadoras de servicios permitiendo alcanzar las metas de estudios mastográficos y de atención y tratamiento de los casos sospechosos o positivos. Esta circunstancia hace que el Programa se sustente hasta el momento, en una racionalidad centrada en la realización de mastografías, como si la mastografía por si fuera suficiente, ya que no se procuran las garantías técnicas debidas en la operación, a modo de solventar eficientemente el diagnóstico oportuno y preciso, la calidad del tratamiento y, la adherencia a la mastografía. Ya que se carece de recursos para financiar los requerimientos de equipo, materiales y personal necesarios para sustentar el seguimiento, operación y evaluación de los servicios, lo que es especialmente crítico para los casos sospechosos o positivos y para la prevención del cáncer de mama a través de la promoción de una cultura del autocuidado de las mujeres⁷².

1.2 Describa las principales necesidades en términos de fortalecimiento y mejora de los recursos humanos y técnicos.

El PAICMA tiene importantes necesidades no cubiertas para el fortalecimiento y mejora de las actividades que desarrolla. En lo que a recursos humanos se refiere, sin cambios dramáticos en el Programa sería necesario en el corto plazo un proceso de definición de las funciones y tareas del personal que en muchos sentidos es multipropósito. Se han realizado algunos esfuerzos en este sentido que se reflejan en el organigrama del PAICMA, pero en la práctica las cargas de trabajo se distribuyen sin distinción de área, puesto, función o formación.

Una cuestión central es enfocar las tareas de cada persona en la operación del Programa eliminando la práctica de que las y los trabajadores “apoyen” otros programas de la Secretaría de Desarrollo Social⁷³.

⁷² En entrevista, la Coordinadora del programa señaló que no sabía cómo se distribuía el monto restante del pago a las prestadoras de servicios en 2008 (19 millones 700 mil pesos). Se puede inferir que con esa cantidad se ejecutó el componente de difusión de derechos (impresión de folletos) y se realizaba el pago del personal del programa, que está contratado por honorarios. Para 2009, no se conoce el origen de los recursos con que se cubren las actividades de la operación del programa.

⁷³ En entrevista realizada el 25 de junio la Coordinadora del PAICMA señaló que la Secretaría de Desarrollo Social solicita apoyo de personal para la entrega de los beneficios de otros programas sociales.

En términos de recursos técnicos y materiales, las principales necesidades identificadas son las siguientes:

- Líneas telefónicas. Actualmente el programa tiene cuatro líneas para la atención al público, que están saturadas la mayor parte del día, por la solicitud de información de potenciales y actuales usuarias, además que desde esas mismas líneas también se realizan llamadas para localizar a las mujeres con resultado sospechoso o positivo; para dar seguimiento a las que están en tratamiento y para localizar a mujeres que han cumplido el plazo para realizarse la nueva mastografía. Una alternativa posible es establecer una línea de atención a usuarias a través de Locatel para que por esta vía se informe del Programa, del calendario de realización de Jornadas en las diversas Delegaciones y de la entrega de resultados. Otra es informar sobre los resultados y citas de usuarias con diagnósticos BI-RADS 0,1, 2, 3 a través de una Página WEB con los números de folios que se les asignan en las Jornadas o en las clínicas de los servicios subrogados. Y dejar la localización telefónica directa para las usuarias con resultados BI-RADS 4 y 5.
- Base de datos y terminales que permitan la captura remota. Actualmente la información sobre las usuarias del programa se integra a los formatos de forma manual en las Jornadas de Salud o en las clínicas en que se realizan los estudios mastográficos. Posteriormente, el personal captura los datos en las oficinas del INMUJERES-DF. La captura remota tendría dos beneficios: (1) permitiría que los datos de las usuarias se ingresen “*on line*” durante las Jornadas, lo que maximizaría el aprovechamiento del personal *in situ* y permitiría que este mismo personal, durante las tardes, pueda atender otras tareas en vez de encargarse de hacer la captura. (2) Posibilitaría detectar a mujeres que ya se han realizado el estudio mastográfico durante el año en curso con el PAICMA. De esta manera se podría evitar las duplicaciones de estudios⁷⁴.

⁷⁴ Cabe señalar que se han presentado casos de mujeres que acuden a dos Jornadas, durante el mismo año, a realizarse el estudio mastográfico. Actualmente son detectadas hasta que se capturan los datos en las oficinas, es decir, cuando ya se realizó el estudio por segunda vez. Esto no solo implica un desperdicio de recursos, sino que además pone en riesgo a las mujeres al ser irradiadas en dos ocasiones seguidas.

- Materiales para la instalación de las Jornadas (carpas, tabloneros, sillas) ya que el PAICMA debe gestionar estos implementos con otras dependencias, pues se cancelaron los Convenios con las Delegaciones Políticas que se encargaba de toda la logística.

Sería muy importante que la Unidad Responsable del Programa o aún la Secretaría de Finanzas del GDF hiciera un estudio para evaluar la conveniencia de continuar con el esquema de subrogación de servicios, tanto en términos financieros como de calidad del servicio; en lugar de establecer una unidad *ad hoc* que fortalezca la red de servicios de salud especializados del GDF. Ya que esto permitiría acumulación de equipos, experiencia y sobre todo profesionalización de los servicios.

1.3 En caso de subejercicio de los recursos financieros ¿se cuenta con algún tipo de análisis o explicación?

La información recibida no evidencia subejercicio de los recursos financieros que se destinan al pago a las prestadoras de servicios subrogados para la aplicación de estudios mastográficos y se desconoce si ha habido subejercicios en el monto restante de presupuesto, al menos en 2008 y ejercicios anteriores. En entrevista la coordinadora del programa señaló que no ha existido subejercicio de los recursos financieros.

1.4 ¿Los recursos financieros del programa están en función de las metas o, por el contrario, las metas están en función de los recursos financieros disponibles?

La Coordinadora del programa señaló en entrevista que el personal a cargo del PAICMA realiza anualmente la propuesta del presupuesto que requiere para el desarrollo del programa en el siguiente año. Esta propuesta, que se efectúa durante el mes de octubre, se realiza con base en la meta de estudios programada. En caso que se asigne un presupuesto menor al solicitado, el PAICMA procede a disminuir la meta de estudios de mastografía de pesquisa a realizar.

También señaló que la complejidad de la operación del programa les ha impuesto la necesidad de no incrementar la meta de mastografías sin recursos para soportar el proceso de registro y seguimiento de casos. Así, en función de esto en 2008 se disminuyó la meta de estudios a realizar en la Aclaración de los Lineamientos y Mecanismos de Operación publicados en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de febrero de 2008. Y para 2009 se planteó una meta menor aún, optando según señaló, o por priorizar por la calidad en el servicio en términos de mejorar la organización de las Jornadas de Salud; verificar las buenas condiciones del contenido de los sobres con resultados (placa e interpretación); disminuir los períodos de espera del resultado y localizar a las mujeres con resultado sospechoso o negativo. Sin embargo esto no ha bastado para hacer más eficiente el servicio y sobre todo garantizar su calidad. En este sentido si continúa el Programa tal cual existe hoy sería necesario incrementar el presupuesto para mejorar la calidad de los procesos.

1.5 ¿Hay oportunidad en la entrega y ministración de recursos y transferencias? En caso negativo ¿cómo afecta el cumplimiento de las metas?

Según se detalla en las minutas de las sesiones del Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa, las prestadoras de servicios subrogados han recibido los pagos de acuerdo a lo establecido en los convenios. Esto es, contra comprobación de los estudios realizados a partir de 2007, ya que en 2005 y 2006 las ministraciones a las prestadoras de servicios subrogados, se realizaban con anterioridad a la realización de los estudios, constituyendo un pago adelantado.

Es importante señalar que a partir de 2007, la transferencia de los recursos del GDF al PAICMA no tiende a producirse con oportunidad. Según lo señaló en entrevista la Coordinadora del programa, esto no ha afectado la realización de estudios porque las prestadoras de servicios “saben que se les va a pagar”. Aun cuando sí genera problemas con el personal, que en su mayoría está contratado por honorarios y es afectado con el retraso en los pagos. Los problemas varían desde el descontento hasta la renuncia, afectando la operación del programa.

Aspectos específicos a considerar en la Operación del Programa

17. ¿Cómo se determina el costo por estudio/meta de atención?

El costo de los estudios se determina en negociación de la Coordinación del PAICMA con las prestadoras de servicios subrogados. Éstas últimas proponen un monto que se negocia colectivamente, de manera que para todas las prestadoras se asigna un costo igual por estudio. De 2005 a 2008 el costo por estudio se estimó en \$380 y en 2009 el costo unitario ascendió a \$450. Este monto incluye la realización de las mastografías de pesquisa, su interpretación y el paquete de resultados (sobre, placas e interpretación impresa); así como las pruebas confirmatorias en caso de resultado no concluyente, sospechoso o positivo. Involucra también el tratamiento a las mujeres con resultados positivos siempre y cuando no sean derechohabientes de seguridad social.

Desde esta perspectiva las prestadoras del servicio de mastografía de pesquisa tienen un incentivo negativo a la detección de cáncer, que es un riesgo para el buen funcionamiento del Programa. En caso de continuar con el esquema de subrogación del servicio la sugerencia sería que se separen los convenios de servicios de pesquisa y servicios de atención y tratamiento y, de ser posible, las empresas o instituciones prestadoras de servicios de pesquisa y las que hagan lo propio en materia de tratamiento sean distintas, para romper este doble incentivo.

Las y los representantes de las tres prestadoras de servicios subrogados (FUCAM, INCAN y Magni Gineco Obstetras) coincidieron en cambio en asegurar que el monto de \$450 por estudio es insuficiente para cubrir el costo de la toma del estudio, su interpretación y los estudios posteriores en caso de diagnóstico sospechoso o positivo. Son distintas las razones por las que estas prestadoras de servicios aceptaron este monto, y también son diferentes los mecanismos a través de los cuales enfrentan la “insuficiencia del recurso”. Al respecto:

- Representantes de Magni Gineco Obstetras señalaron que sus estimaciones presupuestarias indican que corren un alto riesgo de pérdida en la práctica de estudios por un costo unitario inferior a \$500. En este supuesto, la decisión de participar en el programa, según señalan, obedeció a un interés por posicionarse

como la mejor práctica clínica documentada en detección de cáncer de mama en el país. Así, el vínculo con el PAICMA permite a esta empresa ofrecer un servicio accesible a una cantidad importante de mujeres, lo que les posibilita además la sistematización de esta práctica y, en el mediano plazo, la acumulación de información que puede abrir paso a la investigación en la materia. De acuerdo a sus registros, hasta julio de 2009, habían detectado cáncer en tres de las poco más de cinco mil mujeres a las que habían practicado estudios mastográficos. Estos casos se han referido a un centro oncológico pues la empresa no cuenta con el servicio de tratamiento especializado. La confirmación del diagnóstico sí se realiza en Magni Gineco Obstetras.

- En el caso de INCAN, se planteó que el monto convenido solamente alcanza a cubrir la realización de los estudios. El INCAN realiza los estudios confirmatorios y brinda el tratamiento a las mujeres a las que se detecta cáncer de mama. El beneficio obtenido refiere a la ampliación de la cobertura de los servicios que ofrece la institución, así como a la posibilidad de acumular información que abre paso a la investigación científica, tomando en cuenta que el INCAN es un hospital-escuela.
- Finalmente, el coordinador de unidades móviles de FUCAM señaló que la drástica disminución de estudios les ha afectado directamente, pues para esta fundación el bajo precio de las mastografías se compensaba con el volumen de estudios realizados. De acuerdo al entrevistado, en 2009, han logrado enfrentar la reducción de los ingresos obtenidos por el PAICMA a través de la inscripción de las mujeres con cáncer de mama en el Seguro Popular. Esto permite a FUCAM brindar el tratamiento requerido, pues es costado por el Seguro Popular.

18. ¿Cómo y por cuánto varían los costos de atención por cada prestador de servicios?

No existe información para saber el costo real del servicio por cada prestadora. Los convenios de 2007 y 2008 establecen un pago de \$380 (trescientos ochenta pesos 00/100 MN) por cada estudio realizado, para todas las prestadoras de servicios que han

participado en el programa (FUCAM, Emercare e INCAN). Para 2009 el monto ascendió a \$450 por estudio. Es previsible que la inflación y la devaluación incrementen para 2010 ese costo unitario, restringiendo aún más la meta de atención.

No hay estudios disponibles para saber si el costo unitario de los servicios que se ha establecido para los prestadores de servicios subrogados, implica una renta relativa mayor para algunos de ellos. Sobre todo para aquellos que disponen directamente de personal para la interpretación de los estudios mastográficos, como es el caso del INCAN y Magni Gineco-Obstetras. De suerte que el costo unitario establecido en realidad funcionara como un costo sombra para cubrir los costos operativos de FUCAM que carece de radiólogos y que debe subcontratar el servicio de interpretación de placas.

19. ¿Cómo se explican las variaciones anuales de recursos financieros, en las RO en la perspectiva de la progresividad de la política social del GDF?

Las variaciones anuales de recursos financieros impactan directamente en la cantidad de estudios mastográficos que realiza el PAICMA. Así, de 2005 a 2007 los recursos se incrementaron, permitiendo aplicar cada año más mastografías que el anterior. Para 2008 los Lineamientos y Mecanismos de Operación estipulaban una asignación presupuestaria que permitió elevar la meta de estudios. Pero como ya se indicó en febrero de ese año se publicó una aclaración en que se disminuyó tanto el presupuesto como la meta de estudios. Igualmente, para 2009 se observa una notable disminución presupuestaria.

Como ya se ha señalado, la coordinadora del PAICMA planteó en entrevista que “se ha decidido priorizar en el mejoramiento en la calidad del servicio y en el seguimiento”. Así, la disminución en los recursos a partir de 2008 se explica en relación con las restricciones financieras establecidas por la disponibilidad de recursos como son los costos de operación que implican mejorar el registro y la sistematización de los procesos.

Cabe enfatizar que el mejoramiento de los servicios exige efectuar un mejor seguimiento de la calidad de los procesos y mayor vigilancia respecto a la calidad de los servicios subrogados. Esto requiere fortalecer y mejorar los procedimientos, evitar el cambio

permanente de personal e incrementar los recursos humanos disponibles, así como informatizar los procedimientos, desarrollar protocolos, etc. Todo lo cual probablemente requiera incrementar el presupuesto para no reducir la cobertura, ya que esto no aporta a la progresividad de la política social del GDF.

20. ¿Existe transferencia involuntaria de recursos al gobierno federal a partir de la derivación de casos al Instituto Nacional de Cancerología?

“Transferir” -de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española de la Lengua- es hacer un traslado de fondos que no tienen contraprestación en la adquisición de bienes o en la prestación de servicios. Y lo que ha establecido el INMUJERES-DF con el INCAN es un convenio de contraprestación, que de acuerdo al INCAN no le arroja ninguna ganancia.

En 2008 el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal estableció un Convenio con el Instituto Nacional de Cancerología en el que éste último se compromete a realizar 10,000 mastografías de tamizaje sin costo en sus instalaciones y a entregar un informes con el detalle de los resultados, además a brindar atención y tratamiento a las mujeres cuyo resultado haya sido sospechoso o positivo, sin costo para las usuarias.

Por este servicio, el INMUJERES-DF aportó la suma de \$3.800,000 (tres millones ochocientos mil pesos 00/100 MN) al Instituto. Para 2009 por la misma cantidad de mastografías se estableció un convenio por \$4.500,000 (cuatro millones quinientos mil pesos 00/100 MN).

Se trata de una relación contractual entre una prestadora de servicios y el INMUJERES-DF, de ninguna manera implica transferencia de recursos a una dependencia del gobierno federal. Además de que no existe ningún impedimento jurídico para que las instituciones o dependencias del Distrito Federal establezcan convenios o soliciten servicios subrogados con instituciones o dependencias del gobierno federal.

2. Consistencia de la operación con el diseño y el logro de los resultados esperados

2.1 ¿Son suficientes las actividades del programa para el logro de los objetivos del programa? Describa y valore.

Las actividades del programa no son suficientes para cumplir los objetivos del Programa. Cabe señalar que el objetivo general que entre 2005 y 2008 se planteó como “*Coadyuvar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del DF, por medio de la detección oportuna del padecimiento, diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico y canalización a una institución especializada en los casos que requieran quimioterapia y/o radioterapia*”, en 2009 se formuló de la siguiente manera: “*Coadyuvar en la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres que residan o transiten en el Distrito Federal mediante la realización del estudio de mastografía de pesquisa, diagnóstico y tratamiento en mujeres de 40 años, preferentemente*”. Si reducimos el componente principal del programa a la detección oportuna, al margen de que ello no implica que el propósito principal debería ser el que estaba formulado en 2005-2008, se advierten insuficiencias o debilidades de ciertas actividades y procesos para garantizar el alcance de los objetivos.

Lo anterior por cuanto la detección oportuna conlleva (1) la adherencia a la mastografía por parte de las usuarias, y (2) la garantía de diagnóstico preciso (eliminación de falsos positivos y falsos negativos). Y estos dos elementos suponen la existencia de:

- a) acciones más asertivas y extensas para fomentar la cultura de auto-cuidado de la salud por parte de las mujeres que integran la población objetivo (mayores de 40 años sin síntomas y menores de 40 años con alto factor de riesgo), así como de las que son usuarias del programa, lo que exige estrategias de información y comunicación más intensiva y amplia que la distribución de impresos durante las Jornadas, y pláticas durante las mismas. Por ello, la actividad no debiera restringirse a las usuarias del PAICMA. Por el contrario, para lograr estos objetivos se precisa de una campaña de difusión de amplio alcance, dirigida a mujeres de diferentes grupos de edad, de suerte que realmente se incida en los patrones culturales que obstaculizan el autocuidado de las mujeres y el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

- b) No se puede descontar la presencia de un buen sistema de registro y seguimiento de usuarias y resultados actualizado, consistente, completo, oportuno y eficiente. Ya que es crítico avisar con oportunidad a las mujeres de sus resultados, sobre todo cuando son sospechosos. Igualmente, sería necesario que dicho sistema pueda calendarizar los próximos estudios mastográficos para las usuarias en correspondencia con el diagnóstico. La propuesta de una línea Locatel para el servicio de información de un *call center* automatizado, puede ser una alternativa para los primeros avisos.

- c) Respecto al diagnóstico preciso sería tal vez interesante establecer un grupo de especialistas/expertos que regularmente evalúe la pertinencia de los diagnósticos emitidos por las prestadoras de los servicios, y realizara revisiones periódicas del estado de los equipos (sobre todo en las unidades móviles). Sin descontar la vigilancia de la observación de la normatividad oficial mexicana en la materia por parte de las prestadoras.

En este sentido, en la actualidad el INMUJERES-DF carece de procedimientos o mecanismos para dar seguimiento a los casos sospechosos y positivos, que le permitan verificar la oportunidad y calidad del tratamiento brindado.

Entre 2005 y 2008, un objetivo específico se propuso "*Brindar información y orientación a las mujeres sobre sus derechos por medio de servicios de asesoría psicológica, jurídica y laboral*". Hasta 2008, durante las Jornadas de Salud integral para las mujeres, personal del INMUJERES-DF brindaba estas asesorías a las usuarias que lo solicitaban, pero a partir de 2009 se remite a las mujeres que solicitan esta asesoría a las Unidades Delegacionales de la Mujer. En cualquier caso, esta actividad es insuficiente en tanto la información sobre los derechos debiera orientarse a concientizar a las mujeres de su condición de sujetas de derecho, así como a divulgar los derechos humanos de las mujeres. La asesoría psicológica, jurídica y laboral, en este sentido, podría ser una de las actividades para lograr el objetivo, pero no la única.

2.2 ¿Hay consistencia y coherencia entre el diseño y la operación? Describa y valore.

No. La operación del PAICMA se concentra en la aplicación de mastografías que es una condición necesaria pero no suficiente para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, pero no evalúa o monitorea la calidad de los servicios, carece de estrategias para asegurar la adherencia a la mastografía y son insuficientes las estrategias y actividades para la atención de los casos sospechosos o positivos y para la promoción de una cultura de autocuidado de las mujeres y la difusión de sus derechos sexuales y reproductivos.

Las actividades que desarrolla el personal del PAICMA se reducen a la planeación y logística de las Jornadas de Salud, a la entrega de resultados y a la integración de la información de las usuarias. Así, no hay consistencia entre el diseño y la operación.

2.3 ¿Los mecanismos de transferencia de recursos, entrega de apoyos o prestación de servicios funcionan eficaz y oportunamente? Describa y valore.

El PAICMA brinda el servicio de estudios mastográficos de pesquisa y tratamiento a las mujeres con resultado sospechoso o positivo. El servicio de toma de mastografía funciona de manera eficaz, a través de dos vías: la instalación de unidades móviles (Jornadas de Salud) o la realización de los estudios en las clínicas de las prestadoras de servicios subrogados. En el primer caso, las mujeres acuden a los lugares en que se instalan las unidades móviles equipadas con mastógrafos que se ubican en distintas colonias para el desarrollo de la jornada. Se trata de un modelo itinerante en que las unidades móviles se trasladan semanalmente por las Delegaciones del Distrito Federal. Se atienden cuatro Delegaciones simultáneamente. En el segundo caso, las mujeres deben concertar una cita telefónicamente con el personal del PAICMA y acudir al Parque La Alameda para ser trasladadas en un autobús de RTP hasta la clínica de la prestadora de servicios subrogados para que se le efectúe la mastografía. También es posible que las usuarias se presenten directamente en las instalaciones de las prestadoras.

En el esquema itinerante la prestadora que brinda el servicio es FUCAM, a través de cuatro unidades móviles, que son propiedad del GDF y fueron asignadas a esta

Fundación en Comodato⁷⁵. La práctica de estudios mastográficos en clínica es brindada por las otras dos prestadoras de servicios (INCAN y Magni Gineco-Obstetras).

En cualquiera de las dos modalidades de Jornada, previo a la realización del estudio, se completa un folio con los datos de las usuarias, en el que se señala la fecha, hora y lugar de entrega de los resultados. Las mujeres reciben una copia de este folio, misma que deben presentar para retirar su diagnóstico. En caso que el resultado sea sospechoso o positivo, personal del PAICMA localiza telefónicamente a las mujeres para comunicarles que es necesario que se realicen un estudio confirmatorio y la fecha de su cita. En las Reglas de Operación de 2009 se establece que el PAICMA debe realizar un máximo de tres intentos por localizar telefónicamente. Si no se tiene éxito, se efectúa una visita domiciliaria.

El PAICMA no ha desarrollado procedimientos ni mecanismos para dar seguimiento a las mujeres que requieren algún tipo de tratamiento. Solamente se les brinda acompañamiento psicológico durante el proceso y esto sólo en caso de que no sean derechohabientes de algún servicio de salud.

2.4 ¿Son suficientes y eficientes para lograr los resultados esperados? Describe y valore.

Parcialmente. El PAICMA se propone lograr resultados en dos caminos: elevar la cantidad de mujeres que se realizan mastografías como medio para disminuir la morbi-mortalidad por cáncer de mama, y fomentar la cultura del autocuidado entre las mujeres, lo que a su vez incidiría en un incremento de la práctica de las mastografías.

El servicio de toma de mastografías gratuitas es eficiente para lograr un incremento en el número de mujeres que se las practica anualmente aunque no garantiza la adherencia a la práctica del estudio que sería deseable. Cabe plantear, además, que los recursos no son suficientes para brindar el servicio a todas las mujeres mayores de 40 años, no derechohabientes y de escasos recursos que habitan o circulan por el Distrito Federal.

⁷⁵ El Comodato incluye el resguardo y mantenimiento de las unidades móviles, lo que incluye tanto automóvil como mastógrafos.

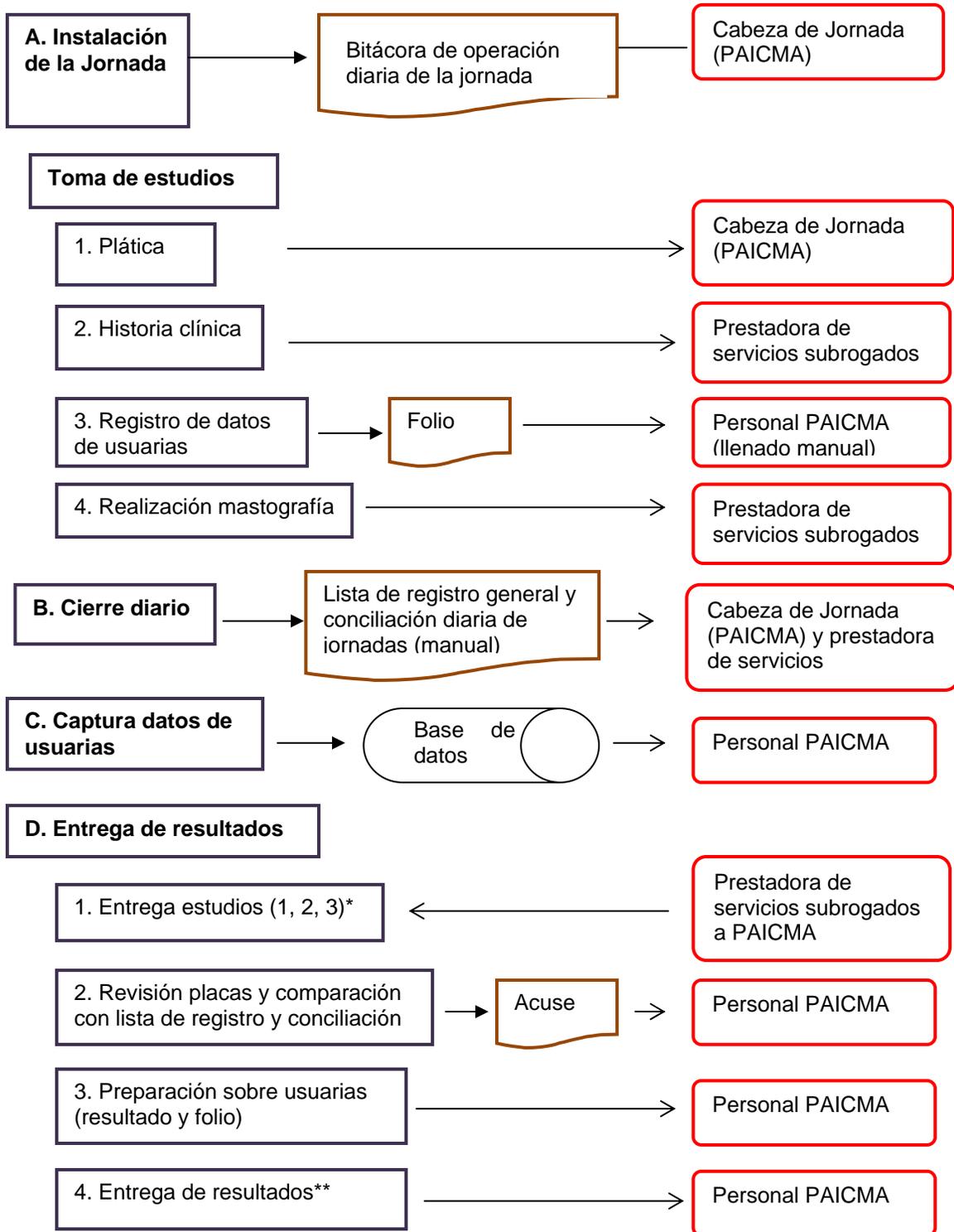
Asimismo, hace falta destinar recursos para la realización de un estudio que evalúe la adherencia al programa, esto es, la cantidad de usuarias que se han realizado mastografías subsecuentes a partir de ser usuarias del PAICMA y las razones por las que algunas no se adhieren a esta práctica de salud. Se requiere también conocer la calidad de los diagnósticos y la pertinencia de los tratamientos.

Finalmente, la distribución de folletos no puede ser considerada una estrategia suficiente ni eficiente para lograr los cambios en los hábitos que implica una cultura del autocuidado entre las mujeres.

2.5 Describa en un diagrama de flujo las actividades principales; en qué consiste cada una de las etapas del ciclo del programa referido. Identifique en el diagrama los actores clave, los actores de soporte y los actores críticos en el funcionamiento del programa.

La actividad central del PAICMA es la toma de mastografías y la distribución de impresos que se realiza durante las Jornadas de Salud. En torno a ellas, está organizada la operación del Programa que se desarrolla a continuación.

JORNADA DE SALUD Y PROCESO DE ENTREGA DE RESULTADOS



*Los estudios con resultado 0 (indefinido), 4 y 5 (con lesión sospechosa) los entrega la prestadora de servicios subrogados a las usuarias cuando acuden a la cita para estudio confirmatorio. El aviso lo da el PAICMA.

** Los resultados de estudios realizados en Jornadas se entregan en eventos públicos y los que se realizaron en las instalaciones de las prestadoras de servicios subrogados se entregan en las oficinas del INMUJERES-DF.

2.6 Describa el proceso de entrega de los bienes y/o prestación de servicios del programa a partir de los actores involucrados (distinguir entre actores de la misma institución, nivel y dependencia de gobierno, de los que son de otros niveles y dependencias de gobierno).

El proceso de realización de estudios en las Jornadas de Salud inicia con la instalación de los tableros, sillas, material impreso y carpa. La Jornada inicia a las 9:00 hrs. La Cabeza de Jornada del PAICMA imparte una plática a las mujeres que desean practicarse la mastografía, en que ofrece información básica sobre el cáncer de mama, promueve la práctica de la exploración, les explica los requisitos (edad, ausencia de lesiones o sospechas, acudir sin desodorante ni perfume, con la axila rasurada) y les indica cómo será el procedimiento. Posteriormente, personal de las prestadoras de servicios subrogados llena la historia clínica de cada usuaria que se realizará la mastografía. Después, una servidora pública del PAICMA completa el folio con los datos personales de la usuaria, y luego se realiza el estudio. Al final de cada día la persona responsable de la prestadora de servicios subrogados y la Cabeza de Jornada completan y firman la Lista de Registro General y Conciliación Diaria de Jornadas, en que se detalla sede, domicilio, modalidad y fecha de la Jornada, así como el número de folio, nombre, edad, teléfono, domicilio y CURP de las mujeres que se practicaron la mastografía.

Ese mismo día, por la tarde, el personal del PAICMA captura en las oficinas del INMUJERES-DF los datos de las mujeres que se realizaron el estudio.

20 días hábiles después del día en que concluyó la Jornada las prestadoras de servicios subrogados entregan al personal del PAICMA los estudios con resultados 1, 2 y 3. El personal revisa las placas, los concilia con sus listados de usuarias y firma un acuse a la prestadora de servicios subrogados. Posteriormente, grapen el folio al sobre con el resultado. Los resultados 0 (indefinido), 4 y 5 (lesiones sospechosas) son entregados por las prestadoras de servicios a las usuarias cuando acuden a su cita para estudio confirmatorio. El PAICMA se encarga de contactarlas para informarles el día y hora de su cita. Las Reglas de Operación de 2009 indican que el PAICMA debe realizar tres intentos de localización telefónica y, si no se tiene éxito, una visita domiciliaria.

La entrega de resultados a las usuarias se realiza en un evento público cuando las Jornadas se realizaron “en territorio”, y en las oficinas del INMUJERES-DF cuando los estudios se practicaron en la clínica de las prestadoras de servicios subrogados.

2.7 ¿Hay coherencia lógica y fluidez operativa entre la planeación, operación, seguimiento y evaluación del programa?

El programa no cumple estas cuatro etapas del proceso. En lo que refiere a la planeación, el PAICMA carece de elementos para el diagnóstico actualizado de la población objetivo; para focalización en grupos de alto riesgo; para atención a grupos con necesidades especiales; para la definición de acciones afirmativas para garantizar la equidad social, territorialidad y transparencia.

No se establecen metas numéricas para las actividades ni se han generado indicadores suficientes y pertinentes para la evaluación del proceso, sus resultados e impacto.

No existe coherencia lógica ni fluidez operativa entre la planeación, la operación y el seguimiento. La “motivación” que dio origen al programa no es del conocimiento de la actual coordinación, de suerte que la planeación de cada año -a partir de 2007- responde a la valoración de la operación del año anterior y al techo presupuestal fijado por la Secretaría de Finanzas. No obstante, se advierte una sensible mejora de los procesos y procedimientos de 2008 a la fecha.

El proceso, empero, sigue basado en las “experiencias de la operación del año anterior” sin integrar información actualizada sobre las características que ha adquirido el cáncer de mama en la ciudad. Ni estudios sobre las usuarias del Programa que permitan conocer las bondades y debilidades del Programa, así como estimar su contribución a la reducción de la morbi-mortalidad por cáncer de mama. En este sentido, existe una suerte de “inversión” del proceso de planeación, que deriva de la ausencia de diagnósticos y evaluaciones que se actualicen periódicamente para orientar los cambios año con año.

Los esfuerzos realizados para generar procedimientos estandarizados en la operación aún no permiten calificar el proceso de seguimiento de la operación del PAICMA como suficiente y consistente con el diseño. Se han establecido formatos para las diferentes actividades y etapas que integran la operación, y la información capturada en estos formatos está siendo integrada a bases de datos; asimismo, se han establecido reuniones semanales de trabajo del personal que labora en las Jornadas y se ha generado mayor documentación de las decisiones en atención frente a las observaciones de la CMHALDF.

Sin embargo, aún no existen mecanismos formales de seguimiento a las actividades y tareas de la operación del programa. No se verifica en campo el respeto a los requisitos de acceso al Programa ni los contenidos de la plática, tampoco existen mecanismos o procedimientos que permitan verificar la oportunidad, calidad y calidez, con que se comunica a las mujeres el diagnóstico sospechoso o positivo.

Aspectos específicos a considerar

21. ¿La subrogación de servicios privados ha positiva para las usuarias del programa? Explique.

La subrogación de los servicios privados ha sido positiva pues permite a una gran cantidad de mujeres acceder a la realización de un estudio eficaz de detección temprana del cáncer de mama. Sin embargo, en el mediano y largo plazo puede no garantizar la sostenibilidad del servicio ni coadyuvar a fortalecer la red de servicios de salud especializados del GDF. Lo que puede afectar tanto a las usuarias actuales -porque no podrían continuarse realizando el estudio de manera semestral o anual, según el diagnóstico obtenido- como a las mujeres de la población objetivo que aún no satisfacen su demanda de atención.

22. ¿Los criterios para los diagnósticos a profundidad y tratamiento médico quirúrgico para los casos positivos son los más modernos, en las empresas prestadoras del servicio?

Si. A las mujeres con BI-RADS 4 y 5, las tres prestadoras de servicios les realizan estudios confirmatorios que pueden incluir ultrasonidos y biopsias. En caso de confirmarse el tumor maligno, FUCAM e INCAN aplican tratamientos que incluyen quimioterapia, hormonoterapia y mastectomía. En el caso de Magni Gineco Obstetras las mujeres son referidas a un Centro Oncológico.

Sin embargo, no existen mecanismos de seguimiento por parte del INMUJERES-DF para verificar que los tratamientos sean los más adecuados, modernos y oportunos.

23. ¿Qué procedimientos y mecanismos establece el programa para garantizar un seguimiento sistemático de las detecciones y los tratamientos en los casos positivos y negativos?

El programa carece de procedimientos o mecanismos que le permitan garantizar un seguimiento sistemático de las detecciones y los tratamientos en los casos positivos o sospechosos. Así, las prestadoras de servicios se comprometen en el convenio a brindar la atención y tratamiento a las mujeres con resultado positivo o sospechoso según lo establece la NOM-041-SSA2-2002, pero ni los convenios ni las reglas de operación establecen ningún procedimiento o mecanismo que permita verificar el cumplimiento de este compromiso.

24. ¿Hay consistencia entre el tiempo que transcurre entre la realización de la prueba y la entrega de resultados, atendiendo a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana correspondiente?

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2002) no establece un lapso para la entrega de resultados del estudio de mastografía de pesquisa, pero las

Normas internacionales para la salud de mama y el control de cáncer de mama (*Iniciativa Mundial de Salud de la Mama / Breast Health Global Initiative / BHGI, 2006*) establecen un lapso óptimo de 15 días hábiles para la entrega de resultados a partir de la toma del estudio de pesquisa y un lapso aceptable de 20 días hábiles.

En 2008 el PAICMA procuró acortar el plazo que transcurre entre la realización de las pruebas y la entrega de resultados a INMUJERES. Así, mientras anteriormente se establecía un plazo de 30 días naturales, en 2008 los convenios indican 20 días hábiles, condición que se mantiene para 2009. Con ello se pretendió hacer posible la entrega de los diagnósticos a las usuarias un mes después de practicado el estudio.

Cabe aclarar que los 20 días hábiles corren a partir del día en que concluye la Jornada. Las Jornadas en unidad móvil normalmente tienen una duración de seis días (de lunes a sábado), pero en algunos casos se prolongan hasta por dos semanas. Las Jornadas en clínica tienen una duración de cinco días (de lunes a viernes). Tomando en cuenta que 20 días hábiles implican, al menos 28 días naturales, el INMUJERES-DF recibe el diagnóstico de las mujeres que se realizaron el estudio el primer día de la Jornada por lo menos 35 días naturales después. Así, las mujeres podrían llegar a tener el resultado en un plazo superior a 40 días naturales. Este lapso puede ser fatal en los casos en que se detectan lesiones malignas que requieran tratamiento urgente. En este caso debiera establecerse un dispositivo para la comunicación expedita de los resultados sospechosos o altamente sospechosos.

25. ¿El tiempo en la entrega de resultados varía de una prestadora de servicios a otra?

No. En todos los convenios se establecen los mismos períodos de entrega de la prestadora de servicios al INMUJERES. En 2008 y 2009 este lapso fue de 20 días hábiles.

Sin embargo, en los hechos sí existen variaciones en el período de entrega de resultados de las prestadoras de servicios al INMUJERES-DF. Así, Magni Gineco-obstetras, que empezó a prestar servicios en 2009, señaló en entrevista que se ha fijado un plazo de

entrega de 15 días hábiles. INCAN ha llegado a entregar los estudios una semana después de realizados. FUCAM es la única prestadora de servicios subrogados que entrega los resultados 20 días hábiles después del último día de la Jornada, y su representante manifestó en la entrevista que consideran ese plazo muy corto, aceptando que han tenido dificultades para cumplirlo.

26. ¿Existe seguimiento tanto para los diagnósticos positivos, como para los negativos; y quien es el responsable de este seguimiento?

El programa no tiene mecanismos para dar seguimiento a los diagnósticos. Para los diagnósticos positivos hay *acompañamiento psicológico* por parte del personal del PAICMA. Este acompañamiento consiste en: una llamada telefónica por parte de una psicóloga que transmite a la mujer la noticia del diagnóstico sospechoso y la comunicación de la fecha de cita para la realización de un estudio confirmatorio (biopsia). Se sugiere a la mujer asistir acompañada a dicha cita, pero en cualquier caso una psicóloga asiste con la mujer a esta cita, y a las subsiguientes en caso de requerir un tratamiento. Esto solamente sucede en caso que las mujeres no sean derechohabientes, pues si lo son, se les remite al servicio de salud al que están adscritas y el PAICMA se desliga del seguimiento.

El acompañamiento psicológico se consigna por escrito en formatos que incluyen la firma de la usuaria y la psicóloga. La información es incorporada a la base de datos del programa.

Sin embargo, no existen mecanismos de seguimiento que permitan verificar que los tratamientos proporcionados por las prestadoras de servicios subrogados sean adecuados, oportunos y de calidad.

En el caso de las mujeres con resultado negativo, personal del programa está implementado la práctica de convocarlas, a través de una llamada telefónica, a la realización de una nueva mastografía, seis meses, uno o dos años después de que se efectuaron el estudio, según el diagnóstico BI-RADS. Este procedimiento aún no se encuentra formalmente establecido ni se realiza de manera regular.

3. Congruencia de las actividades con los principios de la política de desarrollo social del D.F, (artículo 4º. De la LDS-DF)

3.1 ¿Las actividades expresan y sustentan el objetivo y razón de ser del programa en relación con los principios de la política de desarrollo social?

Las actividades que contempla el PAICMA expresan y sustentan de manera limitada el objetivo del programa en relación con los principios de la política de desarrollo social estipulados en el artículo 4 de la Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal.

La actividad fundamental del PAICMA es la aplicación de mastografías, servicio al que pueden acceder todas las habitantes de la ciudad mayores de 40 años -o de menor edad con alto factor de riesgo-. Con ello el programa podría acercarse a cumplir con los principios de universalidad y justicia distributiva, sin embargo, la cobertura se limita a una cantidad determinada de mastografías por año, lo que redundaría en que solamente una porción de las mujeres en riesgo de presentar cáncer de mama puedan acceder efectivamente al servicio.

Por otra parte, el PAICMA pretende difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y así promover el autocuidado de la salud. Las actividades correspondientes son insuficientes, pero en cuanto a principios de equidad de género y diversidad, se acerca al cumplimiento.

La práctica de las mastografías a través de unidades móviles durante las Jornadas de Salud permite dar cumplimiento al principio de territorialidad, en tanto el servicio se ofrece en el espacio en que habitan o trabajan las mujeres. Hasta 2008, estas Jornadas se desarrollaban a través de la interacción del INMUJERES-DF con las Delegaciones Políticas, lo que también daba cuenta de un esfuerzo por articular las políticas sociales en los dos ámbitos de gobierno (entidad federativa-delegación). Sin embargo, en 2009 no se firmaron convenios con las Delegaciones y solamente existe un convenio con la Secretaría de Desarrollo Social, a través del cual se determinan las localidades en que se instalarán las unidades móviles. En este sentido, se ha centralizado la decisión en detrimento de la territorialidad.

En el mismo sentido, el principio de integralidad plantea la articulación y complementariedad entre cada una de las políticas y programas sociales. El PAICMA desarrollaba, hasta 2008, Jornadas de Salud con participación de diferentes dependencias del gobierno de la ciudad, sin embargo, no se trataba de una política planeada de manera integral, sino de una actividad en que las dependencias ofrecían información sobre sus servicios sin ninguna articulación. Cabe recordar que este tipo de Jornadas se suspendió en 2009 y actualmente sólo se ofrecen las mastografías gratuitas

La práctica de estudios mastográficos también permite cumplir parcialmente con los principios de igualdad y equidad social, pues se ofrece un servicio de salud básico en forma gratuita a las mujeres en riesgo de presentar cáncer de mama. Sin embargo, debe señalarse que el PAICMA no ha desarrollado ningún mecanismo o procedimiento que permita a grupos específicos de mujeres (indígenas, con discapacidad, privadas de libertad) acceder efectivamente al servicio. Cabe señalar que las mujeres indígenas deberían ser objeto de acciones positivas por parte del programa y tener mayores oportunidades de acceso a las mastografías en razón de la pobreza, la precariedad de su inserción laboral y una escasa cultura del autocuidado. Es el caso también de las mujeres con discapacidades físicas que no pueden utilizar el servicio que se presta en las unidades móviles porque tienen escaleras, de suerte que el personal del PAICMA las remite a las clínicas de las prestadoras de servicios subrogados.

Vinculado a lo anterior, el programa no contempla actividades que permitan a estos grupos hacer cumplir su derecho a la práctica de este estudio y en esa medida no cumple con el principio de exigibilidad.

Asimismo, no se contempla ningún mecanismo o procedimiento de transparencia que permita cumplir con dicho principio; tampoco existen mecanismos orientados a incorporar a la ciudadanía en el diseño, operación o evaluación del programa, con lo que no se da cumplimiento al principio de participación ciudadana, ni se cumple con el principio de efectividad en tanto los documentos del programa no permiten evaluar si la subrogación de servicios es la alternativa más austera y con el menor costo administrativo. Cabe señalar que el servicio no se ha licitado porque los recursos derivan de la partida presupuestal 4108 (ayudas y donativos) que no requiere de dicho proceso.

3.2 ¿Existe información actualizada que permita identificar claramente a los beneficiarios(as) y el registro en los padrones cumple con los lineamientos de la Ley de Desarrollo Social del DF y su Reglamento?

Sí existe información actualizada que permite identificar a las mujeres que han sido beneficiarias del PAICMA a partir de 2008. Del período 2005-2007 persiste un vacío en la sistematización de la información que impide identificar a las usuarias, pues no existían formatos de registro ni bases de datos.

Actualmente, en la base de datos se incluye información personal de las beneficiarias (nombre, edad, dirección, teléfono, RFC), los resultados de su estudio mastográfico y, si en los casos sospechosos o positivos, información sobre el seguimiento.

Sin embargo, la información integrada no se apega a lo que establece el artículo 58 del Reglamento de la Ley de Desarrollo Social en términos de los datos personales que debe solicitarse a las usuarias, pues no se consigna la pertenencia étnica, el grado máximo de estudios, el tiempo de residencia en el Distrito Federal ni la ocupación.

También debe destacarse que el artículo 57 del Reglamento estipula que la información respecto al número de beneficiarios/as, su distribución por sexo y grupo de edad, los recursos asignados y su distribución por unidades territoriales debe ser pública, actualizarse anualmente y estar disponible a través del Sistema de Información del Desarrollo Social del Distrito Federal.

En el caso del PAICMA, las consultas en línea (<http://www.sideso.df.gob.mx/index.php?id=328>) realizadas en la semana del 20 al 24 de julio no permitieron descargar el archivo con la información respecto al padrón de beneficiarias de 2007, que es el único que se ha incorporado.

3.3 ¿Se respetan los montos de los apoyos y los componentes del programa y/o servicio en la entrega a la población?

Este programa no entrega apoyos de carácter económico a la población beneficiaria, sino que ofrece un servicio de aplicación de mastografías, tratamiento a las mujeres cuyo resultado sea sospechoso o positivo, y fomento de la cultura del autocuidado de la salud.

Los dos primeros componentes (aplicación de mastografías y tratamiento a mujeres con resultado sospechoso o positivo) se brindan a través de prestadoras de servicios subrogados. El último componente presenta importantes debilidades, pues solamente contempla una actividad de distribución de impresos y las pláticas durante las Jornadas de Salud.

3.4 ¿Existen registro y documentación avalada del cumplimiento de una administración oportuna y confiable de los recursos del programa?

Parcialmente sí. Existe un registro y documentación del cumplimiento de la administración de los recursos del programa que se destinan al pago a las prestadoras de servicios subrogadas, a partir de 2007. Esta información se encuentra en los anexos de las minutas de las sesiones del Comité de Evaluación y Seguimiento.

Respecto a los recursos restantes, no existe registro, documentación ni información que permita conocer su distribución y administración. La coordinación del programa no conoce esta información.

3.5 ¿Se cumplen los principios de transparencia, rendición de cuentas, no clientelismo y no condicionalidad política en la entrega de los apoyos y/o servicios? ¿Cuáles son los procedimientos de verificación de lo anterior?

No existe ningún procedimiento que permita verificar la transparencia, rendición de cuentas, no clientelismo y no condicionalidad política en la entrega de los servicios. En el caso de la transparencia y rendición de cuentas, el programa carece de mecanismos que

permitan acceder a información sobre los resultados, los recursos, el personal, la organización. En el sitio Web del INMUJERES-DF solamente se incluye información sobre los requisitos para la práctica de la mastografía y sobre los sitios en que se localizarán las Jornadas de Salud durante la semana en curso. En el sitio Web del Sistema de Información del Desarrollo Social del Distrito Federal no se puede acceder a la información sobre las beneficiarias del PAICMA.

3.6 ¿El programa opera en función de minimizar la inversión de tiempo que deban hacer los beneficiarios o derechohabientes para acceder a los programas y servicios?

No. Existen dos formas de acceder al servicio de mastografía:

1. Las mujeres pueden asistir a la Jornada de Salud Integral para realizarse la mastografía. En este caso, se presentan en el sitio en que se ubica la unidad móvil, en donde reciben una ficha y deben esperar a que las mujeres que llegaron previamente se practiquen el estudio. Diariamente se realizan 50 mastografías en cada unidad móvil, por lo es posible que las mujeres esperen más de una hora para efectuarse el estudio.
2. Las mujeres también pueden llamar telefónicamente al INMUJERES-DF para concertar una cita para la práctica del estudio en una de las clínicas de las prestadoras de servicios subrogados. En este caso, deben presentarse en el Parque La Alameda, de donde son trasladadas en un autobús RTP hasta la clínica. Los estudios se realizan de acuerdo a las citas telefónicas, pero todas las mujeres deben presentarse en el Parque a la misma hora y esperar la salida del autobús al término de la Jornada. También es posible que las usuarias asistan directamente a la clínica, en cuyo caso se intercalan con las que llegaron a través del autobús.

Aspectos específicos a considerar

27. ¿El programa garantiza el objetivo de ser de carácter preventivo y detección oportuna?

El programa garantiza el objetivo de detección temprana pero es dudosa la detección oportuna del cáncer de mama. La detección temprana se refiere al hallazgo de lesiones a través del tamizaje en mujeres asintomáticas. La detección oportuna, en cambio, incluye el hallazgo de cáncer en mujeres que a través de la autoexploración o la exploración clínica hayan identificado lesiones sospechosas.

Por lo anterior, el PAICMA se orienta a la detección temprana de cáncer de mama. Desarrolla acciones que también permiten la detección oportuna, pero solamente para usuarias cuyo diagnóstico exija la práctica de un nuevo estudio (BI-RADS 3), para lo cual requiere implementar mecanismos que garanticen la adherencia a la mastografía.

Adicionalmente, las actividades que desarrolla el PAICMA para la prevención del cáncer de mama son insuficientes, pues se limitan al contenido de la plática y distribución de impresos durante las Jornadas.

No existen actividades de promoción de la cultura del autocuidado de las mujeres, la difusión de la autoexploración y la exploración clínica, así como información sobre los factores de riesgo para las mujeres que no asisten a practicarse la mastografía en el marco del PAICMA.

28. El programa tiene como uno de sus objetivos promover la cultura de prevención, ¿se cumple este objetivo?

No se cumple este objetivo porque el programa solamente contempla la impresión de materiales que se distribuyen durante las jornadas de salud a las que se presentan las mujeres para realizarse los estudios de mastografía.

No hay actividades que promuevan una cultura de autocuidado de la salud entre las mujeres del Distrito Federal. Ello implicaría la difusión de hábitos saludables de vida en términos de la alimentación, la actividad física, así como la revisión periódica.

4. Sustentación y retroalimentación de los procesos

4.1 ¿Las actividades de seguimiento del programa son sistemáticas y regulares? Descríbalas.

No existen actividades sistemáticas de seguimiento de la operación del programa. Se han implementado desde 2008 algunas reuniones del personal y se ha realizado un esfuerzo importante por sistematizar y resguardar la información, pero aún no se han diseñado procedimientos y procesos estandarizados y sistemáticos que permitan verificar el cumplimiento de la operación en campo, y que verifiquen la calidad y pertinencia de los servicios prestados y permita evaluar la operación. No se supervisan sistemáticamente las llamadas telefónicas ni se revisa o utiliza regularmente la base de datos.

4.2 ¿Existen información concentrada, sistematizada y analizada de las diversas fases del programa? Describa la situación.

Parcialmente. El PAICMA cuenta, desde 2007, con formatos que permiten concentrar información sobre:

- las Jornadas de Salud, a través de dos formatos: la “Bitácora de operación diaria de la jornada” que incluye el nombre de las mujeres que se realizaron el estudio durante el día, detalles de la logística e incidencias que se presentaron en la Jornada, y la “Lista de registro general y conciliación diaria de jornadas “en que la Cabeza de Jornada por parte de INMUJERES y la persona que representó a la prestadora de servicios subrogados en cada día de la Jornada, manifiestan su acuerdo respecto a las mujeres que se practicaron el estudio.
- los datos personales de las usuarias de los servicios mastográficos (nombre, edad, dirección, teléfonos de ubicación, RFC)
- las mujeres que retiran el resultado

Para todas fases y actividades implicadas en el programa (número de llamadas telefónicas realizadas para ubicar a las mujeres con resultado sospechoso o positivo, número de visitas domiciliarias para ubicar a las mujeres con resultado sospechoso o positivo que no se ubicaron telefónicamente, entre otras) no existe información concentrada ni sistematizada.

La información de las usuarias se captura diariamente en una base de datos, pero solamente se procesa y analiza para la entrega de informes. El resto de la información no se sistematiza ni analiza, permanece concentrada y resguardada en el archivo del PAICMA.

4.3 ¿Se utiliza esta información para dar seguimiento, evaluar y reprogramar las acciones? Describa la información.

No. La información sobre las usuarias se utiliza para la presentación de informes y el resto de información generada no se utiliza de manera sistemática ni regular para dar seguimiento, evaluar o reprogramar las acciones del programa.

Lo que sí sucede es que, con base en la experiencia de operación de cada año, la coordinación del programa propone cambios para la operación del año siguiente.

4.4 ¿Se cuenta con los recursos humanos y la estructura organizacional suficiente para realizar las diferentes actividades, entregar los apoyos y/o prestar los servicios que componen programa? Describa la situación.

No. La mayor parte del personal del programa se dedica a las actividades operativas (asistencia a las Jornadas, recibir y realizar llamadas telefónicas). Una persona se encarga de dar mantenimiento a la base de datos, y cuatro personas al archivo físico de la documentación.

El programa requiere de mayor especialización en las funciones, de suerte que las personas que asisten a las Jornadas no sean las mismas que capturen los datos y

realicen las llamadas. Asimismo, es indispensable suspender la práctica de utilizar - aunque sea de manera eventual- al personal del PAICMA para apoyar la entrega de apoyos de otros programas de la Secretaría de Desarrollo Social.

Aspectos específicos a considerar

29. ¿Existe un sistema de información o registro integrado de las beneficiarias, sus diagnósticos y el seguimiento de las mismas por parte de las empresas prestadoras del servicio?

Actualmente el PAICMA cuenta con una base de datos de las beneficiarias con sus datos personales, sus diagnósticos e información sobre el seguimiento a las mujeres con resultado sospechoso o positivo. Los esfuerzos por tener un registro completo y consistente de las beneficiarias iniciaron en 2008, en atención a las observaciones de la CMHALDF.

Existen formatos que permiten homogeneizar la información que se integra sobre las mujeres y sus diagnósticos, pero sobre el seguimiento a las mujeres con resultado sospechoso o positivo no existe un registro sistemático porque se incluye solamente información sobre la asistencia a la cita y, de manera opcional, valoraciones de la psicóloga que acompaña a las mujeres durante el proceso.

5. Metas

5.1 ¿Existe claridad en el registro y cumplimiento de metas?

No. El cuadro adjunto tiene el detalle de las metas que aparecen en los documentos programáticos del PAICMA de 2005 a 2009. El primer elemento que destaca es que la mayor parte de los enunciados no se corresponden con una meta, pues ni siquiera proponen la cantidad que debe ser cumplida. A pesar de lo anterior, debe señalarse que se ha mejorado la formulación de algunas metas. Así, en 2005 se propuso “Realizar mastografías de pesquisa” y para 2007 mejora sustantivamente la formulación de la meta al plantear “Realizar 125 mil estudios de mastografías de pesquisa en todo el Distrito Federal”. Los lineamientos y mecanismos de operación publicados el 31 de enero de 2008 mantienen esta formulación pero la meta se incrementa a 300 mil mastografías de pesquisa, pero en la aclaración publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de febrero la meta se redujo a 60 mil mastografías. En 2009 la meta de estudios mastográficos vuelve a reducirse a 50 mil.

En el mismo sentido se mejoró la formulación de las metas referidas a la impresión y distribución de volantes para la difusión de las jornadas de salud integral de las mujeres, así como de folletos sobre prevención del cáncer de mama. En 2005 solamente se enunciaba esta meta sin incorporar la cantidad de volantes y folletos que se proponía imprimir y distribuir el programa. Para 2007 se estableció una meta de 20 mil volantes por jornada y 200 mil folletos sobre prevención; y para 2008 10 mil volantes por jornada, aproximadamente, y la misma cantidad de folletos. Sin embargo, la ausencia de una meta numérica de jornadas no permite cuantificar la cantidad de volantes que se esperaba imprimir y distribuir. En 2009 la meta establecida es de 200 mil folletos. Por otra parte, desde 2008 la temática de los folletos se extiende a los derechos sexuales y reproductivos, y los servicios que ofrece el INMUJERES DF.

Asimismo, en 2007 y 2008 desaparece como meta un lineamiento de focalización programático que señalaba “Atender preferentemente a mujeres que habitan en unidades territoriales de muy alta y alta marginalidad”, lo que también abona por la depuración en la definición y formulación de las metas.

Empero, se debe señalar que varias metas establecidas en 2007, 2008 y 2009 presentan deficiencias de definición y formulación. En algunos casos, las metas aparecen enunciadas como objetivos (Sensibilizar a las mujeres que se realizaron la mastografía, sobre la importancia del cuidado a la salud integral (2008)), en otros casos están vagamente formuladas, lo que dificulta su seguimiento y evaluación (Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes; Realizar eventos de entrega de resultados (2007-2008)) y algunos procedimientos o actividades aparecen como metas (Impartir pláticas diarias, durante cada una de las jornadas de mastografías, sobre temas como detección oportuna de cáncer de mama y derechos sexuales y reproductivos (2009)).

Pero, además, la única meta para la que se registra el cumplimiento es el número de estudios mastográficos. No se registra la distribución de folletos sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se registran las pláticas en el marco de la bitácora de las jornadas pero no como una unidad para verificar el cumplimiento de la meta, y en el caso de las asesorías no existió ningún mecanismo de registro ni seguimiento porque eran brindadas por personal de las unidades delegacionales. Esto también ocurría con los servicios que ofrecían otras dependencias.

**Metas del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal
2005-2009**

| 2005 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|--|---|---|
| Realizar mastografías de pesquisa | Realizar 125 mil estudios de mastografías de pesquisa en todo el Distrito Federal; | Realizar 60 mil estudios de mastografías de pesquisa, mediante Jornadas de Salud Integral en las 16 delegaciones del D.F., conforme a la vigencia del convenio.; | Realizar 50 mil estudios de mastografías de pesquisa a mujeres a partir de 40 años que residan o transiten en las 16 demarcaciones políticas del Distrito Federal |
| Atender preferentemente a mujeres que habitan en unidades territoriales de muy alta y alta marginalidad | | | |
| Realizar jornadas de salud integral en las 16 delegaciones del DF | Llevar a cabo Jornadas de Salud Integral en las 16 Delegaciones del DF durante el período de comprendido de febrero de 2006 a julio del 2007 | | Coordinar jornadas de salud con las unidades móviles en las unidades territoriales clasificadas de alto y muy alto grado de marginación |
| | | Sensibilizar a las mujeres que se realizaron una Mastografía, sobre la importancia del cuidado de la salud integral | |
| Realizar estudios diagnósticos complementarios a pacientes sospechosas y positivas y tratamiento quirúrgico a las pacientes que lo requieran, así como su seguimiento y control posoperatorio | Realizar estudios diagnósticos complementarios a pacientes sospechosas y positivas y tratamiento quirúrgico a las pacientes que lo requieran, así como su seguimiento y control postoperatorio | Canalizar a la prestadora de servicios subrogados para que atienda, con estudios adicionales o tratamientos especializados a las mujeres cuyo resultado es sospechoso, altamente sospechoso o si se trata de un estudio no concluyente, así como su seguimiento y control postoperatorio, en los casos necesarios | |

| 2005 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|--|--|--|
| Transmitir información y prevención del cáncer de mama por jornada | Realizar pláticas de Información y Prevención del Cáncer de Mama por Jornada; | Realizar pláticas de Información y Prevención del Cáncer de Mama por Jornada; | Impartir pláticas diarias, durante cada una de las jornadas de mastografías, sobre temas como detección oportuna de cáncer de mama y derechos sexuales y reproductivos; |
| Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes | Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes; | Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes | |
| Proporcionar orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las jornadas a la población que así lo requiera | Proporcionar orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las Jornadas a la población que así lo requiera; | Proporcionar orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las Jornadas a la población que así lo requiera; | |
| Realizar eventos generales de entrega de resultados | Realizar eventos generales de entrega de resultados; | Realizar eventos de entrega de resultados | Organizar entregas de estudios de mastografía para las mujeres beneficiarias del Programa |
| Imprimir y distribuir volantes por jornada para su difusión | Imprimir y distribuir 20 mil volantes por Jornada para su difusión; | Imprimir y distribuir 10 mil volantes, aproximadamente, por Jornada para su difusión; | Realizar la difusión de las jornadas con volantes y carteles; |
| Imprimir y distribuir folletos sobre prevención de cáncer de mama a población objetivo y a mujeres de menor edad | Imprimir y distribuir 200 mil folletos sobre prevención de Cáncer de Mama a población objetivo y a mujeres de menor edad; | Imprimir y distribuir 200 mil folletos sobre prevención de Cáncer de Mama, derechos sexuales y reproductivos y servicio del Inmujeres- D.F., a población objetivo y a mujeres de menor edad; | Distribuir 200 mil folletos sobre temas relacionados con la prevención de cáncer de mama, derechos sexuales y reproductivos y servicios que presta el Inmujeres-DF en las unidades delegacionales; |
| | | Consolidar un Grupo de Ayuda Mutua para las mujeres con cáncer de mama. | Conformar grupos de acompañamiento psicológico para las mujeres con cáncer de mama. |

5.2 Desglose y analice las unidades de medida, los procedimientos de registro y la consistencia de los reportes de cumplimiento de metas.

El registro de las mastografías ha mejorado sustantivamente a partir de 2007, cuando se incorporó un formato foliado en que se anotan todos los datos personales de las usuarias del servicio. Así, se tiene un registro de los estudios realizados, mismo que además se confirma con el formato de bitácora diaria de la jornada, en que la prestadora de servicios y la Cabeza de jornada concilian su información. Como se ha señalado, además, la información se captura diariamente en una base de datos que permite el registro digital.

Como ya se señaló, no existe registro de las restantes metas, al menos no en términos que permitan su seguimiento y verificación del cumplimiento. Esto es, las actividades probablemente se realizan, pero no existen mecanismos ni procedimientos que permitan verificarlo ni registro que permita elaborar un reporte consistente de cumplimiento de las metas.

5.3 En casos de incumplimiento o sobrecumplimiento de metas ¿existe algún análisis o explicación?

No ha habido casos de incumplimiento o sobrecumplimiento de metas de aplicación de estudios mastográficos, que es la única meta que se registra.

5.4 En los programas de transferencias ¿hay consistencia entre el reporte de metas de cobertura y los padrones de beneficiarios? Describa la situación.

Este programa no es de transferencias. Se brinda un servicio de mastografía. Es de destacar, sin embargo, que el PAICMA no ha estimado su cobertura.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES RESPECTO AL DISEÑO Y LA OPERACIÓN

6. CONCLUSIONES

6.1 Valoración global del diseño.

El diseño del PAICMA muestra problemas de formulación y consistencia lógica en toda la línea horizontal, desde los objetivos hasta los indicadores. Así como en la línea horizontal de los componentes y actividades necesarias para producir los objetivos.

a) Alineación y consistencia entre el problema y los objetivos

Se advierte un retroceso en la consistencia lógica de los objetivos generales, en 2009, respecto a los años anteriores.

Los objetivos generales de 2005-2008 están mejor alineados (ver Matrices de Marco Lógico) con el problema de la morbilidad por cáncer de mama y la mortalidad asociada al mismo. De acuerdo a la literatura especializada, si se detecta a tiempo el cáncer de mama, merced a una cultura de auto cuidado a la salud por parte de las mujeres, y a la disponibilidad de éstas a medios para practicarse las mastografías que se recomienda hacer periódicamente, después de los 40 años, la mortalidad por esta causa puede reducirse. De modo tal que un programa de detección temprana u oportuna de este padecimiento por medio de estudios mastográficos gratuitos, puede en efecto contribuir a esta reducción.

El objetivo general de 2009 en cambio es más acotado y no se alinea directamente al problema mismo, ya que se suprime de su formulación la contribución a la disminución de las tasas de morbi-mortalidad por este padecimiento. De esta suerte la manera en que está formulado reduce el Programa a la prestación de un servicio del que se omiten incluso las características de ser un servicio que garantice: *una detección oportuna, un diagnóstico preciso, y un tratamiento adecuado*. Características que debe cumplir - de acuerdo a la literatura médica disponible- para ser más eficiente en el objetivo de responder al propósito principal del mismo.

En lo tocante a los objetivos específicos, en la etapa 2005-2008, se encontraban también alineados correctamente con los objetivos generales. Si bien no contaron en el diseño con actividades para sustentarse a cabalidad e incluso hubo un objetivo específico para el cual nunca hubo meta, ni actividad que pudiera producirlo⁷⁶.

En 2009 se formulan seis objetivos específicos, algunos de los cuales no están alineados con la formulación del objetivo general, en otros casos lo rebasan y en otros más se consignan como objetivos específicos lo que en realidad son estrategias o actividades ligadas a la atención de las usuarias de los servicios

En el primer caso, de no alineación con el objetivo general se encuentra el objetivo específico identificado como: *Realizar acciones afirmativas que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*”, que como se advierte no es un objetivo directamente ligado con la concreción del propósito de la detección oportuna. Ciertamente el fomento a los derechos sexuales y reproductivos puede contribuir a que las mujeres conozcan y exijan estos derechos, y a que, en esa medida, demanden servicios para su bienestar. Pero como tal no aporta una incidencia directa en los rendimientos del Programa. La única posibilidad de que lo hiciera así haría necesario, que se desarrollan estrategias focalizadas y acciones dirigidas a fomentar el autocuidado del cuerpo. Sobre todo en grupos donde la marginación, la ignorancia y la pobreza, colocan a las mujeres en situaciones de resistencia y rechazo a las prácticas de auto exploración y al olvido de las necesidades de su salud. Pero no es el caso, de modo que este objetivo específico no se ve traducido en componente de Programa.

Un segundo caso de no alineación con el objetivo general es el del objetivo específico: *Informar a las mujeres de los servicios que brinda el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal*; que es más bien un agregado tal vez dirigido a elevar los rendimientos marginales del Programa, pero que tampoco contribuye en la lógica de integración del Programa al propósito general.

⁷⁶ Fue el caso del objetivo específico que señalaba “*Realizar acciones para prevenir el cáncer cérvico uterino, así como otras enfermedades de alta incidencia en la población*”, que no tuvo ninguna meta vinculada ni ningún componente o actividad que permitiera realizarlo.

En el segundo caso está el objetivo específico: *Fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama en las mujeres beneficiarias del Programa*, directamente relacionado con el problema objeto del Programa, ya que es un factor crítico de la detección oportuna. Que más que ser un objetivo específico, debe ser un objetivo general por cuanto debiera ser encabezar todo un componente del Programa dirigido a fortalecer la adhesión a la mastografía de las usuarias del Programa y a fortalecer las prácticas del autocuidado y la exploración.

A este objetivo general debería quedaría alineado el objetivo específico: *Informar a las mujeres sobre la importancia del cuidado y la apropiación de su cuerpo a través de la autoexploración para la detección oportuna de cáncer de mama*, que en realidad es una actividad concreta: dar información, no un objetivo específico

b) Alineación de objetivos, estrategias o actividades

Las estrategias y actividades relacionadas con los objetivos generales o específicos relacionados con:

- *Fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama en las mujeres beneficiarias del Programa; Sensibilizar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos para su salud integral y mejoramiento de la calidad de vida;*
- *Realizar acciones afirmativas que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres;*
- *Fomentar en la sociedad, especialmente en las mujeres, una concientización sobre la importancia de la prevención del cáncer de mama, así como su detección oportuna;*

Tanto en el periodo 2005-2008 como en 2009, no son suficientes para alcanzarlos, pues las acciones son simplemente de distribución de folletería y de una plática que se imparte a las usuarias que llegan a las Jornadas y por tanto con alcances muy limitados respecto a los objetivos generales o específicos que pretenden alcanzar. Tampoco hay en el

diseño de 2005-2009 la consideración de actividades necesarias para garantizar o vigilar la detección oportuna, el diagnóstico preciso, y el tratamiento adecuado.

En 2009 la RO no incluyen entre las actividades del Programa aquellos componentes y actividades que no dependen directamente de la UR, de modo que quedan externalizados del marco de planeación, los componentes y actividades a cargo de las prestadoras de los servicios subrogados, como es el caso de las mastografías. Se invisibilizan con ello aquellas etapas del servicio que son cruciales para la calidad de los diagnósticos y de los tratamientos. En este sentido el diseño omite actividades y mecanismos de control y seguimiento a las prestadoras de servicio, sobre todo las que tienen que ver con la observancia de las normas de salud relacionadas con el mismo.

c) Alineación y consistencia de las metas

En lo tocante a las metas, se han registrado los cambios más importantes del Programa. Así, en 2005 la meta fue “Realizar mastografías de pesquisa”, sin establecer una cantidad específica como expresión de la meta.

Las metas establecidas en 2007 y 2008 presentan deficiencias de definición y formulación. En algunos casos las metas son enunciadas como objetivos (Sensibilizar a las mujeres que se realizaron la mastografía sobre la importancia del cuidado a la salud integral (2008)) en vez de establecer valores numéricos estimados a alcanzar como concreción del objetivo perseguido o de la actividad desarrollada.

En otros casos lo que se presenta como metas son en realidad actividades o procedimientos a implementar para producir el objetivo (Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes; Realizar eventos de entrega de resultados (2007-2008)).

No todas las metas están alineadas con los objetivos y las actividades. Así, por ejemplo, uno de los objetivos generales se plantea “*Coadyuvar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del DF, por medio de la detección oportuna del padecimiento, diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico y canalización a una institución especializada en los casos que requieran quimioterapia y/o radioterapia*”, pero no existe una meta que detalle el número o proporción en que se

esperan disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, entre la población femenina del DF, como resultado del Programa.

En el mismo sentido, el segundo objetivo general en 2007 y 2008 se propone “*Fomentar desde una perspectiva de género una cultura de prevención de la salud integral de las mujeres y el conocimiento y ejercicio de sus derechos humanos, con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos*” pero no se establece una meta concreta para tal objetivo.

Para 2007 mejora sustantivamente la formulación de metas al plantear “Realizar 125 mil estudios de mastografías de pesquisa en todo el Distrito Federal”. Se mejoró también la formulación de las metas referidas a la impresión y distribución de volantes para la difusión de las Jornadas de Salud, así como de folletos sobre prevención del cáncer de mama, pues a partir de 2008 se define la cantidad de folletos que se propone distribuir. Sin embargo, la ausencia de una meta numérica de Jornadas a realizar, no ha permitido cuantificar la cantidad de volantes que se esperaba imprimir y distribuir.

En 2008 aparece como meta: *Canalizar a la prestadora de servicios subrogados para que atienda, con estudios adicionales o tratamientos especializados a las mujeres cuyo resultado es sospechoso, altamente sospechoso o si se trata de un estudio no concluyente, así como su seguimiento y control postoperatorio, en los casos necesarios*, que es en realidad una actividad, ligada a la prestación de servicios de atención médica, componente del objetivo general. Y en 2009 aparece formulada como meta : *Coordinar jornadas de salud con las unidades móviles en las unidades territoriales clasificadas de alto y muy alto grado de marginación*, que es en realidad una actividad de proceso ligada a la prestación del servicio toma de mastografías gratuitas.

Es por tanto muy común que las actividades para generar los componentes del Programa y producir los objetivos del mismo se presenten como metas y sin referencia a cantidades, ya que se tratan de procedimientos rutinarios que resulta difícil cuantificar su reiteración.

En 2005 se estableció como meta lo que era más bien una estrategia de focalización programática que señalaba “*Atender preferentemente a mujeres que habitan en unidades*

territoriales de muy alta y alta marginalidad". Pero desaparece en 2007, lo que también abona por la depuración en la definición y formulación de las metas. De 2005 a 2008 igualmente aparece anexada un objetivo/meta que es: "proporcionar diversos servicios de las instituciones participantes" que es un actividad marginal al Programa y a los objetivos que se persiguen que sobrecarga la actividad principal. Esta actividad ya no aparece en 2009 lo cual es adecuado.

En 2009, se vuelven a incorporar cambios en las metas estipuladas en las Reglas de Operación, pero se siguen presentando problemas de formulación. Excepto los estudios mastográficos y la distribución de folletos, ninguna de las otras metas está formulada como tal. Es decir estableciendo el valor numérico a alcanzar, por lo que se refieren más bien a actividades ligadas a alguno de los objetivos y componentes del Programa (Coordinar jornadas de salud con las unidades móviles en las unidades territoriales, organizar entregas de estudios de mastografía para las beneficiarias, realizar la difusión de las jornadas).

d) Alienación objetivos, componentes, actividades, indicadores.

En lo que se refiere a los indicadores del PAICMA, tiene insuficiencias notables, pero también ha sido en este aspecto donde más cambios se han producido entre 2005 a 2009.

En el año se inicio 10 indicadores del Programa refieren mas al conteo de actividades que a la producción de componentes y a la contribución de los objetivos.

1. Número de personas registradas para estudio;
2. Número de estudios realizados;
3. Número de pláticas realizadas y personas atendidas;
4. Número y tipo de estudios a pacientes sospechosas;
5. Número y tipo de estudios (realizados) a pacientes positivas;
6. Número de pacientes positivas;
7. Número de canalizaciones de pacientes a instituciones especializadas;
8. Número de personas atendidas en los servicios médicos, por tipo e institución; y

9. Número de personas que recibieron asesorías psicológicas, jurídicas y laborales.
10. Porcentaje de adherencia bianual a la Mastografía de pesquisa

En 2008 se modificaron dos de los diez indicadores quedando como sigue:

Número de mujeres registradas; sobre los estudios Programados.

Número de estudios realizados; sobre los estudios Programados

Esta nueva formulación facilita la utilización del indicador para evaluar la meta propuesta.

Es importante anotar que de 2005 a 2008 se plantea un indicador: “Porcentaje de adherencia bianual a la mastografía de pesquisa”. Este indicador muy alineado con los objetivo empero, no tuvo la formulación adecuada ya que el enunciado no aclara cuál es el universo con respecto al que se calcula el porcentaje. Además de no haber sido nunca construido porque los datos necesarios para ello no se generaron.

En 2009 hay cambios en los indicadores. Se plantean por primera vez indicadores para medir el cumplimiento de las metas de estudios mastográficos, jornadas y pláticas, como porcentaje. Se integra un indicador que mide el cumplimiento de la entrega de resultados respecto a los estudios realizados, lo que apunta a depurar la recolección de datos de las usuarias.

1. $\text{Total de estudios realizados en el año} / \text{Total de estudios Programados} * 100$
2. $\text{Total de estudios realizados en el año} / \text{Total de estudios entregados} * 100$
3. $\text{Total de pláticas realizadas} / \text{Total de pláticas Programadas} * 100$
4. $\text{Total de jornadas realizadas} / \text{Total de jornadas Programadas} * 100$
5. $\text{Total de estudios realizados} / \text{Total de estudios con diagnóstico negativo de Cáncer de mama} * 100$
6. $\text{Total de estudios realizados} / \text{Total de estudios con diagnóstico positivo de Cáncer de Mama}$
7. $\text{Total de estudios realizados} / \text{Total de estudios con diagnóstico no concluyente}$

Sin embargo, cuatro de los nuevos indicadores se formulan de manera errónea porque numerador y denominador están invertidos, y en los dos últimos se excluye la multiplicación por 100 que permite la expresión en términos porcentuales. Estos son:

- Total de estudios realizados en el año/ Total de estudios entregados *100
- Total de estudios realizados / total de estudios con diagnóstico negativo de cáncer de mama * 100
- Total de estudios realizados / total de estudios con diagnóstico positivo de cáncer de mama.
- Total de estudios realizados / total de estudios con diagnóstico no concluyente

Y se eliminó el único indicador que permitía valorar la eficacia de las actividades de detección temprana y/o la continuidad en las revisiones periódicas en casos necesarios; aproximándose de esta suerte a mediciones de impacto en el alcance de los objetivos del Programa. Nos referimos a la medición de la adherencia⁷⁷ que a pesar de presentar problemas de formulación se orientaba a estimar la extensión de la cultura del autocuidado de la salud entre las mujeres y, en esa medida el logro del programa en términos de impactos sobre las usuarias.

6.2 Valoración global de la operación.

La operación es quizá la etapa del programa que ha sufrido mayores modificaciones y en la que los esfuerzos de la nueva administración de gobierno (2006-2012) por introducir mejoras han sido más evidentes. En gran medida para responder a las observaciones realizadas al Programa por parte de la Contaduría Mayor de Hacienda de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal en 2006. Con la generación de formatos y mecanismos se tiene más información para controlar, verificar y dar seguimiento interno a los avances en las metas físicas.

⁷⁷ La adherencia es la decisión de la persona de cumplir con las instrucciones de profesionales de la salud. Se utiliza comúnmente para referir al cumplimiento del régimen terapéutico por parte de la o el paciente. Para la detección temprana del cáncer de mama se promueve la adherencia en términos de la realización de mastografías subsecuentes de manera voluntaria.

Actualmente el PAICMA cuenta con 5 nuevos procedimientos para un registro más completo y sistemático de las usuarias, actividades ligadas a la organización de las Jornadas y control de los resultados de los estudios entregados por las prestadoras de servicios subrogados. Pero quizá la mejora más sustantiva sea la mayor certeza acerca de las fechas de entrega de los resultados a las usuarias con un folio que asocia e identifica a cada usuaria con un paquete de resultados.

Esto deriva directamente del mejor control que se tiene de las condiciones de entrega de los resultados por parte de las prestadoras de servicio, ya que además de haberse diversificado (de una a tres prestadores) han propiciado un marco de mayor competitividad en la prestación de los servicios. Hay mayor claridad en las reglas del juego y más rendición de cuentas de parte de las mismas. Sin embargo el programa permanece sin introducir control en la calidad de los servicios prestados y todavía echa en falta mayor protocolización, estandarización e informatización de los procedimientos.

6.3 Valoración global de la relación entre diseño y operación

La racionalidad de la UR respecto al programa parece desde su inicio colocarse más en el plano de la operación que en el diseño. Esto es parte de una cultura muy extendida entre los servidores públicos mexicanos, cuyo objetivo, políticamente orientado, es “dar prioridad a la entrega de servicios a la gente”, e invertir mucho menos tiempo y recursos en las tareas de orden conceptual, metodológico, de planeación y evaluación, de los programas públicos.

En este caso, mientras la operación ha mejorado, el diseño no parece hacer lo propio. En parte esto se debe a la falta de personal *ad hoc* para tareas de planeación y a la sobrecarga de trabajo

6.4 Identificación de problemas de diseño y operación, sus relaciones y prioridades.

Es muy importante lograr un despliegue equilibrado entre diseño y operación para ampliar el margen de rendimientos e impactos del programa. Además de que en la medida en que

los responsables de su implementación tengan conciencia clara de todos los requisitos y elementos necesarios para asegurar la calidad de los servicios y se aproximen a mediciones de esto, podrán sustraerse de los quehaceres de la operación y proyectar su experiencia cotidiana a mejorar los alcances del programa.

Prioridades del Diseño:

1) Alinear los objetivos con el problema; eliminar objetivos que no produzcan los resultados esperados y desarrollar para cada componente del programa, actividades que los produzcan e indicadores que midan el alcance de las acciones. Concretamente la meta de *número de mastografías* no es equivalente a mujeres atendidas. Toda vez que las mujeres con diagnóstico BI-RADS 3 debe hacerse dos mastografías anuales para estar en condiciones de detección oportuna y a la que obtienen resultado BI-RADS 0 se les debe repetir la mastografía, ya que su resultado no es concluyente. También puede darse el caso de mujeres que sin estar en este supuesto, se realicen dos o más estudios durante un año a partir de su asistencia a distintas Jornadas (lo cual ya ha ocurrido).

2) Diseñar acciones para satisfacer efectivamente todos los principios de la política social del GDF, especialmente equidad social, diversidad, territorialidad, participación ciudadana, transparencia, rendición de cuentas.

Prioridades de la operación:

1) Integrar un registro completo, consistente, oportuno y eficiente para el seguimiento de las usuarias (diagnóstico, mastografías subsecuentes, citas, tratamientos, resultados) con todos los datos personales y sociodemográficos necesarios, para que puedan elaborarse indicadores diversos y se integre una base de datos que permita estimar la incidencia del programa en grupos sociales diversos.

2) Implementar Jornadas para grupos especiales como mujeres con discapacidad, indígenas, privadas de libertad, sexoservidoras.

3) Crear mecanismos de seguimiento y vigilancia de la calidad de los servicios subrogados, particularmente en lo que se refiere a las normas de salud involucradas, en los diagnósticos o interpretación de las placas y en el tratamiento médico.

- 4) Descargar al personal de tareas adicionales que no son las del Programa y caminar hacia la diferenciación de tareas y funciones.
- 5) Desarrollar procedimientos y mecanismos de verificación de la oportunidad y calidad de los tratamientos aplicados por las prestadoras de servicios subrogados a las mujeres a las que se detecta cáncer.

Entre las fallas detectadas en el Programa con respecto al cumplimiento de la NOM 041-SSA2-2002 destacan:

1. No se desarrollan acciones para promover el examen clínico realizado por médico o enfermera capacitados.
2. Carece de mecanismos para garantizar la toma subsecuente de mastografías.
3. No se establecen con claridad los factores de riesgos que se consideran “altos” en el caso de las mujeres con riesgos incrementados y antes de los 40 años.
4. Carece de procedimientos y mecanismos que le permitan verificar la veracidad de los diagnósticos.

6.5 Del análisis del diseño y la operación ¿cuál o cuáles son las fortalezas y debilidades del programa? ¿Cuáles sus alcances y sus restricciones? (Justifique)

Fortalezas

1. El programa atiende con oportuna antelación un problema de salud pública en México, como es el incremento de la mortalidad por cáncer de mama, a través de una estrategia que ha demostrado ser eficiente: la detección temprana a través de mastografías de pesquisa.

La literatura científica en la materia asocia la alta mortalidad por cáncer de mama a una detección tardía, por ello, se ha insistido en la necesidad de enfatizar en la detección temprana y el tratamiento adecuado. En este sentido, el inicio de las operaciones del PAICMA podría permitir al gobierno de la ciudad incidir directamente en la disminución de la mortalidad en un momento en que las tasas no son todavía críticas en comparación con otras latitudes.

2. El PAICMA ha desarrollado una estrategia de atención en territorio que permite acercar el servicio de mastografías a su población objetivo.

3. El programa ofrece un servicio integral a las usuarias a las que se detecte cáncer. Así, además de la detección, brinda tratamiento médico y acompañamiento psicológico a las mujeres con cáncer.

Debilidades

1. El diseño presenta deficiencias importantes. En 2009 se plantea una estrategia como objetivo general; los objetivos, componentes, metas e indicadores no son consistentes, lo que no solamente deriva en una clara desarticulación interna, sino que redundante en la ausencia de mecanismos y procedimientos que permitan hacer más efectiva la operación, darle seguimiento y evaluar sus resultados e impacto. Hace falta un diseño puntual, cuidadoso y completo que integre todas las actividades necesarias eficacia y calidad

2. El programa carece de un proceso informatizado de planeación, que se sustente en diagnósticos actualizados. Hasta el momento, las mejoras al programa se realizan con base en la experiencia no sistematizada de operación y a discreción de UR.

3. El programa carece de procedimientos regulares que le permitan verificar la calidad de los equipos y materiales utilizados para la toma de estudios, la veracidad de las interpretaciones y los tratamientos implementados en caso de confirmación de cáncer de mama. Cabe subrayar que la literatura científica señala que el riesgo de los programas de mastografía masivos justamente radica en el incremento de falsos positivos y falsos negativos derivado de los escasos controles de calidad tanto en la realización de los estudios como en su interpretación.

4. El programa no ha desarrollado una estrategia que le permita fomentar la realización de mastografías subsecuentes entre las usuarias, de suerte que pueda generar una población “cautiva” con adherencia a los estudios. En este sentido, el componente de fomento de la cultura de autocuidado de las mujeres es el que presenta mayores debilidades en términos de que las actividades son insuficientes para producirlo.

Alcances

1. El Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal permite incidir directamente en la disminución de la tasa de mortalidad por cáncer de mama. Es un programa pionero en México y América Latina, en tanto integra la detección temprana y el tratamiento especializado a las mujeres con diagnóstico sospechoso o positivo, lo que le permite incidir directamente en la disminución de la tasa de mortalidad por cáncer de mama y podría posicionarlo como una buena práctica en materia de salud.
2. La vinculación del PAICMA con instituciones de salud especializadas en investigación, atención y tratamiento, como el Instituto Nacional de Cancerología, puede abrir paso a la sistematización de la experiencia, a la investigación científica, promover la especialización en mama de radiólogos, protocolos de detección y atención.

Restricciones

1. Limitaciones presupuestarias que impactan directamente en la disminución de la meta de atención, en la escasez de recursos para la operación y, particularmente, para el desarrollo de actividades del componente de fomento de la cultura de autocuidado de la salud entre las mujeres.
2. El programa opera con una estructura de personal contratado mayoritariamente por honorarios. Esto deriva en una alta rotación del personal, lo que impide la acumulación de conocimiento y experiencia.
3. La escasez de radiólogos especializados en mama en el país y en el Distrito Federal.

7. RECOMENDACIONES

7.1 Enliste y explique cada una de las propuestas de recomendaciones para la mejora en el diseño, la operación y en los diferentes puntos específicos

Recomendaciones para la mejora en el diseño

1. El diseño debe revisarse anualmente de acuerdo a las tendencias que presenta la incidencia y mortalidad por cáncer de mama en la ciudad. Asimismo, a estas alturas ya es posible realizar una focalización territorial de las Jornadas que responda tanto a la incidencia del cáncer, como a las carencias en acceso a servicios de salud.
2. Es necesario alinear los objetivos del programa con el problema; eliminar objetivos que no produzcan los resultados esperados y desarrollar para cada componente, actividades que los produzcan e indicadores que midan el alcance de las acciones. Se adjunta una propuesta de Árbol de Problemas, Árbol de Objetivos y Matriz de Marco Lógico.
3. Diseñar acciones para satisfacer efectivamente todos los principios de la política social del GDF, especialmente equidad social, diversidad, territorialidad, participación ciudadana, transparencia y rendición de cuentas.
4. La meta de mastografías debe dividirse entre las nuevas usuarias y las usuarias de mastografía subsecuente. Las unidades móviles podrían encargarse exclusivamente de la práctica de estudios a nuevas usuarias y las prestadoras de servicios que realizan los estudios en clínica pueden encargarse de los estudios subsecuentes. Para ello, el INMUJERES-DF debe generar un mecanismo que le permita localizar a las mujeres seis meses, un año o dos años después de que se realizaron el estudio, según el diagnóstico.
5. El componente de promoción del autocuidado de la salud entre las mujeres requiere implementar una campaña de divulgación de las prácticas que posibilitan la detección temprana del cáncer de mama: autoexploración, exploración clínica y estudios mastográficos. Esta campaña debe realizarse no sólo entre usuarias del PAICMA, sino entre la población objetivo e incluso en mujeres de menor de edad. Asimismo, se debería incluir una actividad orientada a capacitar al personal de los servicios de salud del DF en la práctica de la exploración clínica.
6. Los tres programas de aplicación de mastografías gratuitas del GDF deben coordinarse a efecto de multiplicar el efecto de las actividades orientadas a detectar oportunamente el cáncer de mama y fomentar en la población femenina los hábitos de autocuidado de la salud. La Secretaría de Salud debiera ejercer la "cabeza de sector" en una actividad coordinada que permita que los tres programas tengan una base de datos integrada de suerte que se conozca el número y características sociodemográficas de las mujeres que se benefician de estos programas

Recomendaciones para la mejora de la operación

1. Integrar un registro completo, consistente, oportuno y eficiente para el seguimiento de las usuarias (diagnóstico, mastografías subsecuentes, citas, tratamientos, resultados) con todos los datos personales y sociodemográficos necesarios, para que puedan elaborarse indicadores diversos y se integre una base de datos que permita estimar la incidencia del programa en grupos sociales diversos.
2. Dotar de terminales que permitan la captura remota de las usuarias durante las Jornadas (*in situ*), lo que permitiría maximizar el aprovechamiento del personal y permitiría que, durante las tardes, se dedique a otras tareas en vez de encargarse de la captura. Además, posibilitaría detectar a mujeres que ya se han realizado el estudio mastográfico durante el año en curso con el PAICMA, evitando así la duplicación del estudio.
3. Crear mecanismos de seguimiento y vigilancia de la calidad de los servicios subrogados, particularmente en lo que se refiere a las normas de salud involucradas, en los diagnósticos o interpretación de las placas y en el tratamiento médico.
4. Estandarizar la duración de las Jornadas en territorio a una semana y fijar la entrega de resultados de los estudios a INMUJERES en 20 días hábiles contados a partir del tercer día de operación de la Jornada.
5. Contar un consejo asesor que permita verificar la calidad de los equipos y materiales utilizados para la toma de estudios, la veracidad de las interpretaciones y los tratamientos implementados en caso de confirmación de cáncer de mama.
6. Integrar un órgano de consulta con especialistas en cáncer de mama y Organizaciones de la Sociedad Civil con experiencia en la atención de la problemática, que permita fortalecer los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las acciones y resultados del Programa.
7. Implementar Jornadas en poblaciones con necesidades especiales: mujeres indígenas, con discapacidad, privadas de libertad, sexoservidoras.
8. Descargar al personal de tareas adicionales que no son las del Programa y caminar hacia la diferenciación de tareas y funciones.
9. Levantar una encuesta de satisfacción de las usuarias que permita conocer sus percepciones sobre el servicio que ofrece el INMUJERES-DF y las prestadoras de servicios.
10. Restablecer los Convenios con Delegaciones Políticas con miras a que proporcionen la logística y difundan las Jornadas de Salud en territorio. Esto permitiría, por una parte, desahogar de las tareas de logística al personal del

PAICMA, y, por otra parte, abona a favor de la integralidad que es uno de los principios de la política social del DF.

11. Establecer convenios y desarrollar alianzas con instituciones de educación superior y especializadas, a fin de formar mujeres radiólogas especializadas mama.

7.2 Proponga plazos y procedimientos posibles para la instrumentación de las recomendaciones

A corto plazo:

1. El diseño debe revisarse anualmente de acuerdo a las tendencias que presenta la incidencia y mortalidad por cáncer de mama en la ciudad. Asimismo, a estas alturas ya es posible realizar una focalización territorial de las Jornadas que responda tanto a la incidencia del cáncer, como a las carencias en acceso a servicios de salud.
2. Es necesario alinear los objetivos del programa con el problema; eliminar objetivos que no produzcan los resultados esperados y desarrollar para cada componente, actividades que los produzcan e indicadores que midan el alcance de las acciones.
3. Diseñar acciones para satisfacer efectivamente todos los principios de la política social del GDF, especialmente equidad social, diversidad, territorialidad, participación ciudadana, transparencia y rendición de cuentas.
4. Estandarizar la duración de las Jornadas en territorio a una semana y fijar la entrega de resultados de los estudios a INMUJERES en 20 días hábiles contados a partir del tercer día de operación de la Jornada
5. La meta de mastografías debe dividirse entre las nuevas usuarias y las usuarias de mastografía subsecuente. Las unidades móviles podrían encargarse exclusivamente de la práctica de estudios a nuevas usuarias y las prestadoras de servicios que realizan los estudios en clínica pueden encargarse de los estudios subsecuentes. Para ello, el INMUJERES-DF debe generar un mecanismo que le permita localizar a las mujeres seis meses, un año o dos años después de que se realizaron el estudio, según el diagnóstico.
6. El componente de promoción del autocuidado de la salud entre las mujeres. requiere implementar una campaña de divulgación de las prácticas que posibilitan la detección temprana del cáncer de mama: autoexploración, exploración clínica y estudios mastográficos. Esta campaña debe realizarse no sólo entre usuarias del PAICMA, sino entre la población objetivo e incluso en mujeres de menor de edad. Asimismo, se debería incluir una actividad orientada a capacitar al personal de los servicios de salud del DF en la práctica de la exploración clínica.
7. Integrar un registro completo, consistente, oportuno y eficiente para el seguimiento de las usuarias (diagnóstico, mastografías subsecuentes, citas, tratamientos, resultados) con todos los datos personales y sociodemográficos necesarios, para

que puedan elaborarse indicadores diversos y se integre una base de datos que permita estimar la incidencia del programa en grupos sociales diversos.

8. Crear mecanismos de seguimiento y vigilancia de la calidad de los servicios subrogados, particularmente en lo que se refiere a las normas de salud involucradas, en los diagnósticos o interpretación de las placas y en el tratamiento médico.
9. Contar un consejo asesor que permita verificar la calidad de los equipos y materiales utilizados para la toma de estudios, la veracidad de las interpretaciones y los tratamientos implementados en caso de confirmación de cáncer de mama.
10. Integrar un órgano de consulta con especialistas en cáncer de mama y Organizaciones de la Sociedad Civil con experiencia en la atención de la problemática, que permita fortalecer los procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las acciones y resultados del Programa.
11. Descargar al personal de tareas adicionales que no son las del Programa y caminar hacia la diferenciación de tareas y funciones.
12. Levantar una encuesta de satisfacción de las usuarias que permita conocer sus percepciones sobre el servicio que ofrece el INMUJERES-DF y las prestadoras de servicios.
13. Restablecer los Convenios con Delegaciones Políticas con miras a que proporcionen la logística y difundan las Jornadas de Salud en territorio. Esto permitiría, por una parte, desahogar de las tareas de logística al personal del PAICMA, y, por otra parte, abona a favor de la integralidad que es uno de los principios de la política social del DF.
14. Establecer convenios y desarrollar alianzas con instituciones de educación superior y especializadas, a fin de formar mujeres radiólogas especializadas mama.

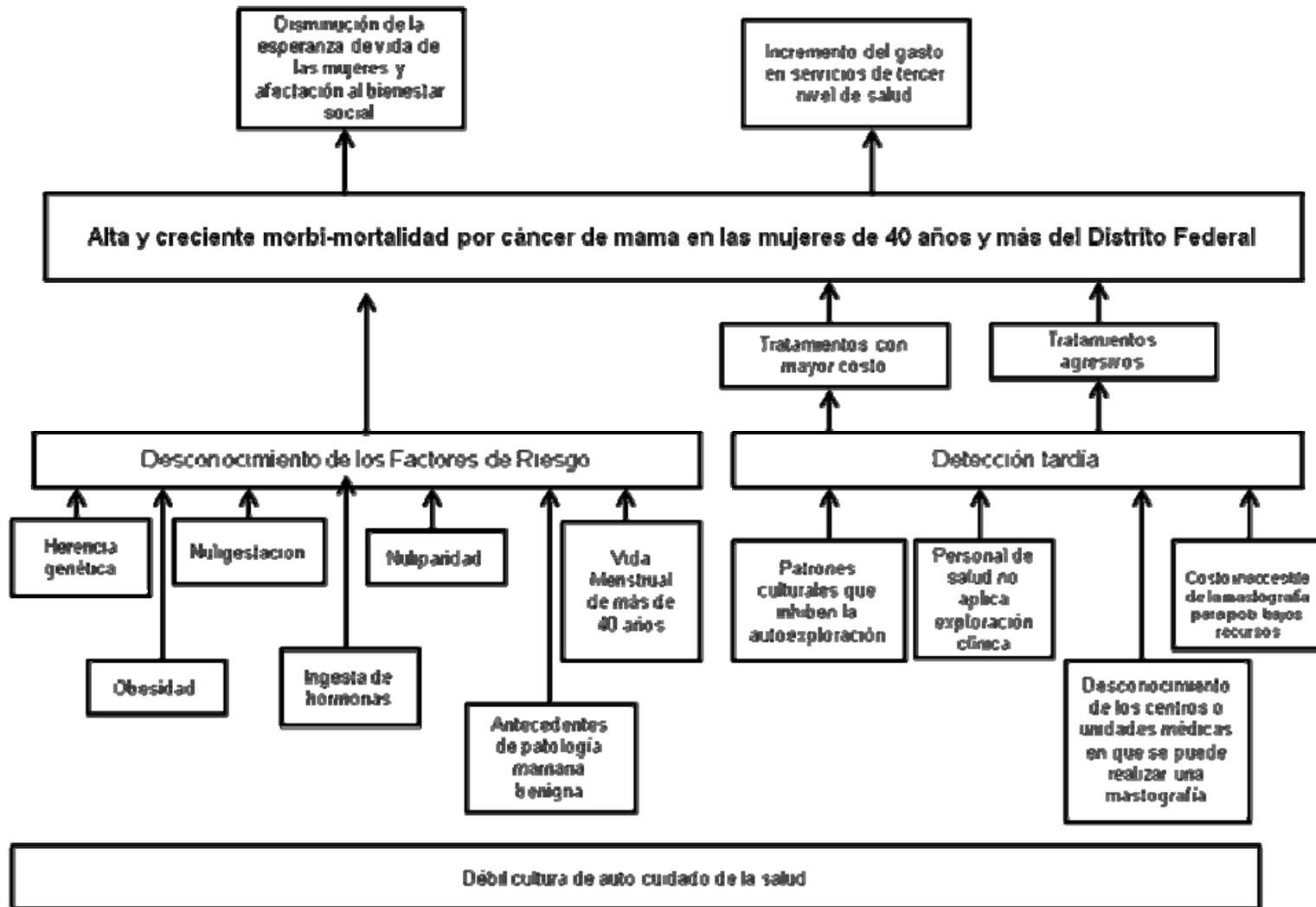
A mediano plazo:

15. Los tres programas de aplicación de mastografías gratuitas del GDF deben coordinarse a efecto de multiplicar el efecto de las actividades orientadas a detectar oportunamente el cáncer de mama y fomentar en la población femenina los hábitos de autocuidado de la salud. La Secretaría de Salud debiera ejercer la "cabeza de sector" en una actividad coordinada que permita que los tres programas tengan una base de datos integrada de suerte que se conozca el número y características sociodemográficas de las mujeres que se benefician de estos programas
16. Dotar de terminales que permitan la captura remota de las usuarias durante las Jornadas (*in situ*), lo que permitiría maximizar el aprovechamiento del personal y permitiría que, durante las tardes, se dedique a otras tareas en vez de encargarse de la captura. Además, posibilitaría detectar a mujeres que ya se han realizado el

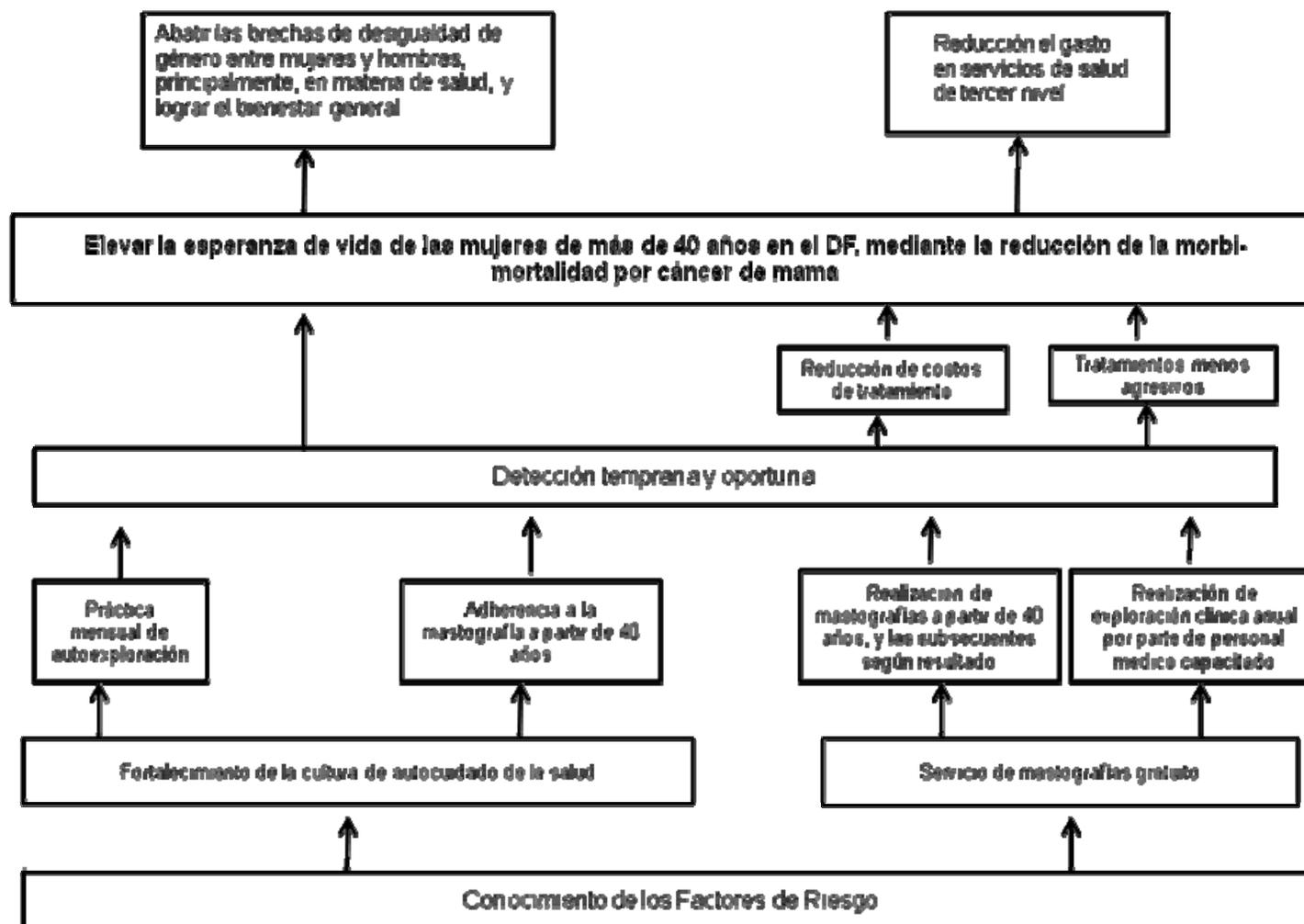
estudio mastográfico durante el año en curso con el PAICMA, evitando así la duplicación del estudio.

17. Implementar Jornadas en poblaciones con necesidades especiales: mujeres indígenas, con discapacidad, privadas de libertad, sexoservidoras.

Árbol de Problemas del PAICMA



Árbol de Objetivos del PAICMA



PROPUESTA
MATRIZ MARCO LÓGICO
Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama en el Distrito Federal

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Medios de verificación | Supuestos |
|-------------------|--|--|---|------------------------|----------------------------------|---|
| FIN | Abatir las brechas de desigualdad de género entre mujeres y hombres, principalmente, en materia de ingresos, empleo, educación, salud, vivienda, propiedad y patrimonio, tiempo libre y acceso a la justicia (Objetivo Específico Programa de Desarrollo Social GDF) | | | | | |
| PROPÓSITO | Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en el Distrito Federal, por medio de la detección temprana del padecimiento, diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado. | Mortalidad por cáncer de mama en las mujeres que habitan en el Distrito Federal/ | Tasa de mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres que habitan en el Distrito Federal en el año de inicio del programa - Tasa de mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres que habitan en el Distrito Federal de cada año. | Anual | Estadísticas Secretaría de Salud | El programa continúa y se institucionaliza como política pública del GDF |
| | | Cobertura del programa | Número de mujeres que se realizan la mastografía a través del PAICMA/Número | Anual | Registros PAICMA INEGI | Se registran adecuadamente las usuarias del PAICMA se integra una base de datos |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Medios de verificación | Supuestos |
|-------------------|--|--|---|------------------------|--|---|
| | | | de mujeres de 40 años y más, sin seguridad social y con bajos ingresos en el D.F. * 100 | | | sistemática, completa y consistente, con todos los datos personales y sociodemográficos. |
| COMPONENTES | C-1.Detección temprana y oportuna del cáncer de mama en mujeres de 40 años y más, o mujeres de menor edad cuando presenten un factor alto de riesgo, preferentemente sin seguridad social y con bajos ingresos | Incidencia del cáncer de mama entre usuarias de PAICMA | Usuaris del PAICMA a las que se detecta cáncer de mama/Total de mujeres tamizadas por PAICMA *100 | Anual | Registros del PAICMA. El PAICMA, la SS-DF y la SSA Federal registran oportunamente. | Se garantiza el diagnóstico preciso y la adhesión a la mastografía de las usuarias del programa. Sistema de aviso de resultados y citas eficiente. |
| | | Usuaris que se practican mastografías según diagnóstico BI-RADS , 1, 2, 3, 4, 5, | Usuaris con diagnóstico BIRADS 1, 2 /total de usuarias que se practicaron mastografías X100 | Anual | Registros del PAICMA Estadísticas Secretaría de Salud Federal Estadísticas SS-DF | |
| | C-2. Atención especializada a mujeres con diagnóstico sospechoso o positivo de cáncer de mama | Porcentajes por tipo de tratamiento a través de PAICMA | Mujeres que reciben tratamiento a través del PAICMA por tipo de tratamiento /Usuaris que reciben tratamiento a través de PAICMA * 100 | Anual | Registros PAICMA | Se registra el seguimiento y la atención de las usuarias de PAICMA a las que se brinda tratamiento |
| | | Tasa de sobre vida por cáncer de mama entre | Usuaris del PAICMA que sobreviven al | Anual | Registros PAICMA | Se registra el seguimiento y la atención de las |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Medios de verificación | Supuestos |
|-------------------|---|--|--|------------------------|-------------------------------|--|
| | | usuarias del PAICMA | cáncer de mama / Usuarias del PAICMA que reciben tratamiento * 100 | | | usuarias de PAICMA a las que se brinda tratamiento |
| COMPONENTES | C-3. Fomento de la cultura del auto cuidado de salud entre las mujeres que habitan en el Distrito Federal | Conocimiento de factores de riesgo y práctica de hábitos de auto cuidado de la salud entre usuarias del PAICMA | Número de mujeres que habitan en el Distrito Federal que conocen factores de riesgo y hábitos de auto cuidado de la salud / Mujeres que habitan en el DF | Semestral | Encuesta realizada por PAICMA | PAICMA elabora encuesta para indagar el conocimiento de las mujeres del DF sobre hábitos de auto cuidado de la salud después de campaña de fomento |
| | | Adherencia a la mastografía de las usuarias del programa | Número de mastografía promedio por usuarias por año Número de usuarias que se realizan mastografías subsecuentes en el tiempo prescrito/ sobre el número total acumulado de usuarias del PAICMA | Anual Bianual | Registro PAICMA | La base de datos identifica a usuarias adherentes y no adherentes. |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Medios de verificación | Supuestos |
|-------------------|---|---|---|------------------------|--|---|
| ACTIVIDADES | C-1. A.1. Coordinación interinstitucional para establecer los convenios y acuerdos operativos para la realización de las Jornadas de Salud. | Convenios establecidos con dependencias del DF y Delegaciones Políticas para el apoyo a la logística de las Jornadas de Salud | Número de convenios establecidos con Delegaciones Políticas del DF y con dependencias del GDF para el apoyo a la logística de las Jornadas de Salud | Anual | Convenios firmados con las 16 Delegaciones Políticas del DF y con dependencias clave para la logística de las Jornadas (Secretaría de Seguridad, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Salud) | |
| | C-1. A.2. Contratación de prestadoras de servicios subrogados | Convenios con prestadoras de servicios subrogados | Número de convenios establecidos con prestadoras de servicios subrogados | Anual | Convenios firmados con prestadoras de servicios subrogados | Estudio sobre costo unitario del servicio y estimación de costo de tratamiento según tasa de incidencia. Se evalúa el cumplimiento del convenio en el año anterior y la calidad de los servicios prestados. |
| | | Mastografías subsecuentes a usuarias del PAICMA | (Número de mujeres que se realizan la mastografía subsecuente con PAICMA/Número de mujeres que se | Anual | Registros PAICMA | -Base de datos genera alerta para realización de mastografía subsecuente. -PAICMA convoca a mujeres a |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Medios de verificación | Supuestos |
|-------------------|--|------------------------------|---|------------------------|---|---|
| | | | realizaron la mastografía dos años antes)*100 | | | realizarse nuevamente la mastografía - Mujeres acuden a realizarse mastografía subsecuente - Se registra la realización de la mastografía subsecuente |
| ACTIVIDADES | C-1. A. 3. Operación de las Jornadas de Salud | Jornadas realizadas | (Número de Jornadas de Salud realizadas / Número de Jornadas de Salud programadas)*100 | Anual | Bitácora de Jornadas | Se planea anticipadamente la realización de las Jornadas |
| | | Mastografías realizadas | (Número de mastografías de pesquisa realizadas / Número de mastografías programadas) * 100 | Anual | Folios de realización de estudios Historias clínicas | |
| | C-1.A. 4. Protocolos para la verificación del buen estado de los equipos, y de la especialización y experiencia del personal que interpreta los estudios | | Protocolos elaborados para la verificación Tasa de reducción absoluta de falsos positivos, falsos negativos , BIRADS 0 | Anual | Protocolos elaborados Registro de resultados de estudios | Registro de resultados de estudio mastográfico con detalle de falsos positivos y falsos negativos |
| | C-1.A.5. Aplicación de encuesta de satisfacción a usuarias sobre servicio | Satisfacción de las usuarias | | | Anual | |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Medios de verificación | Supuestos |
|-------------------|--|---|--|------------------------|---|---|
| | prestado por PAICMA y por prestadoras de servicios | | | | | |
| ACTIVIDADES | C- 1. A. 6. Entrega de resultados | Resultados entregados a usuarios de PAICMA | (Número de mujeres con BIRADS 1, 2 y 3 a las que se entrega resultado / Número de mujeres con BIRADS 1, 2 y 3) *100 | Semanal (por Jornada) | - Bitácora de realización de jornada - Listado firmado de mujeres que retiran resultados | Todos los formatos se completan oportunamente y con datos correctos |
| | C-1.A7. Seguimiento a usuarias que no acudieron oportunamente a la entrega por medio de notificaciones telefónicas y visitas domiciliarias | | Número de usuarias que no acudieron a entrega de resultados a las que se logra entregar en instalaciones de INMUJERES-DF/Usuarias que no acudieron a evento de entrega * 100 | Semanal (por Jornada) | - Listado firmado de mujeres que retiran resultados | |
| | C-2. A. 1. Concertación de cita a usuarias con BIRADS 0, 4 y 5 | Porcentaje de usuarias a las que se contacta para cita de estudio confirmatorio | Número de usuarias a las que se contacta para cita de estudio confirmatorio/ Número de usuarias con BIRADS 0, 4 y 5 * 100 | Anual | - Formato con detalle de confirmación de cita de estudio. | |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Medios de verificación | Supuestos |
|-------------------|---|---|---|------------------------|--|---|
| ACTIVIDADES | C-2. A. 3. Realización de estudios confirmatorios para mujeres con BIRADS 0 | Porcentaje de usuarias a las que se practica estudios confirmatorios | - Número de usuarias con BIRADS 0 que se realizan estudios confirmatorios / Total de usuarias con BIRADS 0, 4 y 5 * 100 | Anual | Informe médico de la prestadora de servicios subrogados de las mujeres que requirieron estudio confirmatorio y nuevo diagnóstico | Seguimiento a prestadoras de servicios para verificar que practican estudios confirmatorios |
| | C-2. A. 4. Tratamiento a mujeres a las que se detecta cáncer de mama | Porcentaje de mujeres a las que se detecta cáncer de mama con PAICMA que reciben tratamiento a través de PAICMA | (Usuarias de PAICMA a las que se detecta cáncer de mama por tipo de tratamiento / Usuarias de PAICMA a las que se detecta cáncer de mama) *100 | Anual | Informe de prestadoras de servicios subrogados | Se establecen mecanismos para verificar tratamiento adecuado, oportuno y de calidad. |
| | C-2. A. 5. Acompañamiento psicológico a mujeres con cáncer de mama | Porcentaje de mujeres con cáncer de mama que reciben acompañamiento psicológico | (Usuarias de PAICMA a las que se detecta cáncer de mama que reciben acompañamiento psicológico / Usuarias de PAICMA a las que se detecta cáncer de mama) *100 | Anual | Formato de asistencia a terapia / grupo de ayuda mutua | |
| | C-2. A.6. Protocolos para la monitoreo de la pertinencia, oportunidad y calidad de los tratamientos | | Protocolos elaborados para la verificación | Anual | Protocolos elaborados | Conformación de Comité de asesoría especializada |

| Resumen narrativo | Objetivos | Indicadores | Fórmula | Frecuencia de medición | Medios de verificación | Supuestos |
|-------------------|--|---|---|------------------------|--|--|
| | brindados por las prestadoras de servicios a las usuarias a las que se detecta cáncer | | Uso de tratamientos menos agresivos / total de tratamientos brindados * 100 | | Registro de tratamientos aplicados | |
| ACTIVIDADES | C-2. A.7. Aplicación de encuesta de satisfacción a usuarias con tratamientos recibidos | Satisfacción de usuarias con tratamiento | | Anual | Encuesta aplicada por PAICMA | |
| | C-3. A. 1. Diseño de campaña permanente sobre factores de riesgo de cáncer de mama y hábitos de auto cuidado de la salud para mujeres del Distrito Federal | | Número folletos, carteles distribuidos Número de spot de radio difundidos Duración de la campaña | Anual | Materiales impresos, carteles, spot | Se realiza estudio demoscópico antes y después de la campaña que mida el cambio en la percepción de la cultura de auto cuidado de la salud en mujer mayores de 40 años |
| | C-3. A. 2. Implementación de campaña | | | | | |
| | C-3. A.3 . Capacitación al personal de los servicios de salud del GDF en la práctica de la exploración clínica | Porcentaje de servidores/as públicos de servicios de salud GDF capacitados/as | Personal capacitado por PAICMA en práctica de exploración clínica/Total de enfermeras, médicas/os de servicios de salud GDF * 100 | Anual | Guías descriptivas de la capacitación Materiales didácticos Lista de registro de personal capacitado | |

Referencias bibliográficas

- Anderson, B (2007). *El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sinopsis de las Normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama*. The Breast Journal, La revista oficial de la Sociedad Estadounidense contra las Enfermedades Mamarias, La Sociedad Internacional Senológica y la Sociedad Internacional de Anatomía Patológica de la Mama. Vol. 13, Suplemento 1.
- Brandan, ME y Villaseñor, Y. (2006). *Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México*. Revista de Cancerología (1), pp. 147-162.
- Cotelo, Estela (2004). *Mamografía y Cáncer de Mama en Uruguay*. Mesa Redonda Mamografía: Situación Actual, Río, Brasil.
- Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. (2009). *Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe*. Revista de Salud Pública en México, vol. 51, suplemento 2, pp. 147-156.
- Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. (2009) *Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 350-360.
- Pacheco, J. et al (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Área de proyectos y programación de inversiones. Santiago de Chile, CEPAL. Serie Manuales.
- Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. (2009). *Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006*. Revista Salud Pública de México, vol. 51, suplemento 2, pp. 208-219.
- Smith, R. et al (2007). *El Cáncer de Mama en los Países de Recursos Limitados: Detección Temprana y Acceso a la Asistencia*. The Breast Journal, La revista oficial de la Sociedad Estadounidense contra las Enfermedades Mamarias, La Sociedad Internacional Senológica y la Sociedad Internacional de Anatomía Patológica de la Mama. Vol. 13, Suplemento 1.

Consultas en internet

Auditoría Financiera realizada por la Contaduría Mayor de Hacienda de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal <http://www.cmhaldf.gob.mx/IR/CP2005/AEPE1405.pdf>

Fundación CIM*AB <http://www.fundacioncima.org/cancerdemama.htm>

Fundación Carso http://www.salud.carso.org/prog_cancer01.html

Iniciativa Ser www.iniciativaser.com.mx

Programa de la Red de Mastógrafos de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=273

Programas de Detección Precoz de Cáncer de España <http://ppc.cesga.es/>

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Distrito Federal. Junta de Gobierno. I Sesión Extraordinaria, 11 de mayo 2009.

<http://www.dif.df.gob.mx/transparencia/FXI/2009/ISesionExtraordinaria2009.pdf>

Entrevistas

Licda. Lourdes de la Cruz Ortega. Coordinadora General del PAICMA, 22 y 25 de junio 2009.

Licda. Rosa Aurora Uscanga Sánchez, Coordinadora Operativa. Magni-Gineco Obstetras, 29 de julio 2009.

Dr. Luis Horacio Aguilar Espinoza, Director Médico del Programa. Magni-Gineco Obstetras, 29 de julio 2009.

Dr. Santos Regino Uscanga, Representante Magni Gineco-Obstetras, 29 de julio 2009.

Dra. Yolanda Villaseñor, INCAN, 6 de agosto 2009

Lic. Miguel Ángel Ruiz, Coordinador de Unidades Móviles y enlace con INMUJERES-DF, FUCAM, 6 de agosto 2009.

CUADRO RESUMEN REGLAS OPERACIÓN PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL CÁNCER DE MA

| | 2005-2006 | 2007 | 2008 |
|-------------------------------|---|--|---|
| Documento programático | Programa Atención Integral de Cáncer de Mama en el Distrito Federal (2005) | Lineamientos y mecanismos de operación del PAICMA DF 2007 (publicados en Gaceta Oficial DF, el 31 enero 2007) | Lineamientos y mecanismos de operación del PAICMA 2008 (publicados en la Gaceta Oficial DF el 31 de enero de 2008 y con Aclaración del 28 de febrero de 2008) |
| Objetivos generales | Coayudar en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del DF, por medio de la detección oportuna del padecimiento, diagnóstico preciso, tratamiento quirúrgico y canalización a una institución especializada en los casos que requieran quimioterapia y/o radioterapia. | IDEM | IDEM |
| | Fomentar desde una perspectiva de género una cultura de prevención de la salud integral de las mujeres y el conocimiento y ejercicio de sus der. humanos, con énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos. | IDEM | IDEM |
| | Sensibilizar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos | Sensibilizar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos <u>para su salud integral</u> | Sensibilizar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos <u>para su salud integral y mejoramiento de la calidad de vida.</u> |
| | Fomentar una concientización sobre la importancia del cáncer de mama, así como su detección oportuna. | IDEM | Fomentar <u>en la sociedad, especialmente en las mujeres,</u> una concientización sobre la importancia de la prevención del cáncer de mama, así como su detección oportuna. |

| | | | |
|------------------------------|---|---|--|
| Objetivos específicos | Dar seguimiento y atención a las personas con resultados sospechosos o positivos, a fin de realizar los estudios complementarios así como los procedimientos quirúrgicos y de intervención mamaria que sean necesarios. | Dar seguimiento y atención a las personas con resultados sospechosos o positivos, a fin de realizar los estudios complementarios así como los procedimientos quirúrgicos y de intervención mamaria que sean necesarios. | Dar seguimiento y atención a las personas con resultados sospechosos o positivos, con el fin de realizar los estudios complementarios así como los procedimientos quirúrgicos y de intervención mamaria que sean necesarios. |
| | Realizar acciones para prevenir el cáncer cérvico uterino, así como otras enfermedades de alta incidencia en la población. | IDEM | IDEM |
| | Brindar información y orientación a las mujeres sobre sus derechos por medio de servicios de asesoría psicológica, jurídica y laboral. | Brindar información y orientación a las mujeres sobre sus derechos por medio de servicios de asesoría psicológica, jurídica y laboral. | Brindar información y orientación a las mujeres sobre sus derechos por medio de servicios de asesoría psicológica, jurídica y laboral. |
| | | | |
| | Realizar mastografías de pesquisa | Realizar 125 mil estudios de mastografías de pesquisa en todo el Distrito Federal; | Realizar 60 mil estudios de mastografías de pesquisa, mediante Jornadas de Salud Integral en en las 16 delegaciones del D.F., conforme a la vigencia del convenio.; |
| | Atender preferentemente a mujeres que habitan en unidades territoriales de muy alta y alta marginalidad | | |
| | Realizar jornadas de salud integral en las 16 delegaciones del DF | Llevar a cabo Jornadas de Salud Integral en las 16 Delegaciones del DF durante el período de comprendido de febrero de 2006 a julio del 2007; | |

Metas

| | | |
|--|---|--|
| Realizar estudios diagnósticos complementarios a pacientes sospechosas y positivas y tratamiento quirúrgico a las pacientes que lo requieran, así como su seguimiento y control posoperatorio. | Realizar estudios diagnósticos complementarios a pacientes sospechosas y positivas y tratamiento quirúrgico a las pacientes que lo requieran, así como su seguimiento y control postoperatorio; | Canalizar a la prestadora de servicios subrogados para que atienda, con estudios adicionales o tratamientos especializados a las mujeres cuyo resultado es sospechoso, altamente sospechoso o si se trata de un estudio no concluyente, así como su seguimiento y control postoperatorio, en los casos necesarios; |
| | | Sensibilizar a las mujeres que se realizaron una Mastografía, sobre la importancia del cuidado de la salud integral; |
| Transmitir información y prevención del cáncer de mama por jornada | Realizar pláticas de Información y Prevención del Cáncer de Mama por Jornada; | Realizar pláticas de Información y Prevención del Cáncer de Mama por Jornada; |
| Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes | Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes; | Proporcionar diversos servicios de instituciones participantes; |
| Proporcionar orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las jornadas a la población que así lo requiera | Proporcionar orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las Jornadas a la población que así lo requiera; | Proporcionar orientación y asesoría en materia psicológica, jurídica y laboral en cada una de las Jornadas a la población que así lo requiera; |
| Realizar eventos generales de entrega de resultados | Realizar eventos generales de entrega de resultados; | Realizar eventos de entrega de resultados; |
| Imprimir y distribuir volantes por jornada para su difusión | Imprimir y distribuir 20 mil volantes por Jornada para su difusión; | Imprimir y distribuir 10 mil volantes, aproximadamente, por Jornada para su difusión; |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | Imprimir y distribuir folletos sobre prevención de cáncer de mama a población objetivo y a mujeres de menor edad | Imprimir y distribuir 200 mil folletos sobre prevención de Cáncer de Mama a población objetivo y a mujeres de menor edad; | Imprimir y distribuir 200 mil folletos sobre prevención de Cáncer de Mama, derechos sexuales y reproductivos y servicio del Inmujeres-D.F., a población objetivo y a mujeres de menor edad; |
| | | | Consolidar un Grupo de Ayuda Mutua para las mujeres con cáncer de mama. |
| Requisitos y procedimientos de acceso | *Preferentemente mujeres no aseguradas y de escasos recursos. *Mujeres mayores de 40 años y excepcionalmente de edad menor cuando presenten un factor de alto riesgo. *Que habiten en zonas urbanas y rurales de las 16 delegaciones DF | IDEM | <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres mayores de 40 años y excepcionalmente de edad menor cuando presenten un factor de alto riesgo. • Preferentemente a mujeres no aseguradas y de escasos recursos. • Que habiten <u>o circulen</u> cotidianamente en zonas urbanas y rurales de las 16 Delegaciones que conforman el Distrito Federal. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Procedimientos de instrumentación | | <p>1. Actividades planeación y logística:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunión de Coordinación interinstitucional. Para establecer los acuerdos operativos: requerimientos y apoyos o compromisos de cada institución participante. • Reunión de Coordinación Delegacional. Para acordar fechas y determinar lugares de realización, apoyos logísticos y responsables de cada actividad. • Difusión. Para establecer la coordinación con Participación Ciudadana del DF y/o Delegacional y Desarrollo Social para la distribución de volantes y carteles promocionando la Jornada, con quince días de anticipación a su realización. | <p>1. Actividades de planeación y logística:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunión de Coordinación interinstitucional. Para establecer los convenios y acuerdos operativos como son la realización de las Jornadas de Salud, así como requerimientos, apoyos o compromisos de cada institución participante. • Reunión de Coordinación Delegacional. Para establecer los convenios, acordar fechas y determinar lugares de realización de las Jornadas de Salud, apoyos logísticos y responsables de cada actividad. • Difusión. Para establecer la coordinación con la Secretaría de Desarrollo Social, Subsecretaría de Participación Ciudadana del DF y Delegacional con la finalidad de establecer la ruta de distribución de volantes y carteles promocionando la Jornada, con la debida anticipación a su realización. |
| | | <p>2. Actividades de Operación de la Jornada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de general de personas que acuden a todos los servicios • Proceso de atención para la toma de mastografías (plática de prevención, registro y llenado de fichas) • Toma de mastografías de pesquisa • Llenado de Historia Clínica y captura diaria de la Cédula de Detección y su remisión al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer de Mama (SICAM) • Realización de servicios médicos por las instituciones participantes • Realización de asesorías psicológicas, jurídicas y laborales • Visitas de supervisión y monitoreo de responsables operativos. | <p>2. Actividades de Operación de la Jornada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro general de mujeres que acuden a los servicios. • Proceso de atención para la toma de mastografías (plática de prevención, historia clínica, registro y llenado de hoja de folio). • Toma de mastografías de pesquisa. • Llenado de Historia Clínica y captura diaria en la base de datos del Programa. • Servicios médicos por las instituciones, que en su caso participen. • Asesorías psicológicas, jurídicas y laborales. • Visitas de supervisión y monitoreo de responsables operativos. • Asesorías psicológicas, jurídicas y laborales. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Mecanismos de evaluación e indicadores</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de coordinación de los responsables operativos de Inmujeres DF y la Asociación con quien se firme el convenio para realizar los estudios. • Entrega de la relación de estudios realizados clasificados por negativos, con sospecha y por repetir. • Reunión de conciliación de Resultados Inmujeres DF y Asociación, para verificar estudios realizados • Comunicación con personas que deberán presentarse para estudios complementarios o repetición de estudios • Proceso de atención médica a personas con resultados sospechosos o positivos y, en su caso, canalización a instituciones especializadas • Reportes de las personas que requirieron del proceso de atención médica • Evento general de entrega de resultados negativos • Seguimiento a usuarias que no acudieron oportunamente a la entrega de resultados negativos (notificaciones telefónicas, visitas domiciliarias) • Realización de Informes Parciales y Final por parte de las Unidades Delegacionales del INMUJERES DF y la Asociación. | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de coordinación de las y los responsables operativos de Inmujeres DF y la prestadora de servicios subrogados con quien se firme el convenio para realizar los estudios. • Entrega de la relación de estudios realizados clasificados por negativos, con sospecha y por repetir. • Conciliación de resultados de los responsables operativos del Inmujeres DF y la Prestadora de Servicios Subrogados, para verificar el estado físico de los estudios realizados. • Localización de las mujeres que deberán presentarse para estudios complementarios o repetición de estudios. • Proceso de atención médica a personas con resultados sospechosos o positivos por la prestadora de servicios subrogados y, en su caso, canalización a instituciones especializadas. • Informe médico de la prestadora de servicios subrogados de las personas que requirieron del proceso de atención médica. • Evento de entrega de resultados negativos en las sedes delegacionales correspondientes. • Seguimiento a usuarias que no acudieron oportunamente a la entrega de resultados negativos por medio de notificaciones telefónicas y visitas domiciliarias. • Presentación de informes parciales y final por parte de la prestadora de servicios subrogados y el INMUJERES DF, ante el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del PAICMA. |
| | Número de personas registradas para estudio | Número de personas registradas para estudio; | • Número de mujeres registradas; sobre los estudios programados. |
| | Número de estudios realizados | Número de estudios realizados; | • Número de estudios realizados; sobre los estudios programados. |
| | Número de pláticas realizadas y personas atendidas | Número de pláticas realizadas y personas atendidas; | • Número de pláticas realizadas y personas atendidas; |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Indicadores de seguimiento y evaluación | Número y tipo de estudios a pacientes sospechosas | Número y tipo de estudios a pacientes sospechosas; | • Número y tipo de estudios a pacientes sospechosas; |
| | Número y tipo de estudios a pacientes positivas | Número y tipo de estudios a pacientes positivas; | • Número y tipo de estudios a pacientes positivas; |
| | Número de pacientes positivas | Número de pacientes positivas; | • Número de pacientes positivas; |
| | Número de canalizaciones de pacientes a instituciones especializadas | Número de canalizaciones de pacientes a instituciones especializadas; | • Número de canalizaciones de pacientes a instituciones especializadas; |
| | Porcentaje de adherencia bianual a la mastografía de pesquisa | Porcentaje de adherencia bianual a la mastografía de pesquisa; | • Porcentaje de adherencia bianual a la Mastografía de pesquisa; |
| | Número de personas atendidas en los servicios médicos, por tipo e institución | Número de personas atendidas en los servicios médicos, por tipo e institución; y | • Número de personas atendidas en los servicios médicos, por tipo e institución; y |
| | Número de personas que recibieron asesorías psicológicas, jurídicas y laborales | Número de personas que recibieron asesorías psicológicas, jurídicas y laborales | • Número de personas que recibieron asesorías psicológicas, jurídicas y laborales. |
| Presupuesto | | 50 millones de pesos | 42 millones 500 mil pesos |

Mecanismos de seguimiento

Se conformará como órgano de vigilancia y seguimiento general un Comité Técnico, coordinado por Inmujeres DF, e integrado por:
-Un representante de la Secretaría de Desarrollo Social, Un representante de la Secretaría de Salud, Un representante de la Secretaría de Finanzas, Un representante de la Oficialía Mayor, Un representante de la Contraloría General, Un Representante de la Contraloría Ciudadana. Que tendrá por objeto evaluar y verificar los resultados del Programa; su ejercicio financiero y su apego a la normatividad vigente en todo lo relacionado a la prestación del servicio médico para la detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, para ello se reunirán trimestralmente

Se conformará como órgano de vigilancia un Comité de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama, coordinado por Inmujeres DF, e integrado por: Un representante de la Secretaría de Desarrollo Social; Un representante de la Secretaría de Salud; Un representante de la Secretaría de Finanzas; Un representante de la Oficialía Mayor; Un representante de la Contraloría General; Un representante de la Contraloría Ciudadana; Un representante de la prestadora de servicios subrogados

| | | | |
|------------------------------------|--|---|--|
| <p>Actores involucrados</p> | <p>FUCAM: prevención y detección en todo lo concerniente a aspectos médicos. INMUJERES DF: asesorías psicológicas, jurídicas, laborales e información sobre derechos de las mujeres. Coordinación con otras instituciones para brindar otros servicios que coadyuven a su desarrollo integral (Delegaciones, Jurisdicción Sanitaria, DIF DF, Instituto de Glaucoma, Inst. Juventud, Participación Ciudadana del DF, Inst. Asistencia e Integración Social y Dir. Gral. Equidad y Desarrollo)</p> | <p>FUCAM y EMERCARE: detección de cáncer de mama. INMUJERES DF: asesorías psicológicas, jurídicas, laborales e información sobre los derechos de las mujeres. Coordinación con otras instituciones que coadyuven a su desarrollo integral (delegaciones, DIF DF, Inst. Juventud, Secretaría de Desarrollo Social)</p> | <p>FUCAM e INCAN: detección de cáncer de mama. INMUJERES DF: asesorías psicológicas, jurídicas, laborales e información sobre los derechos de las mujeres. Coordinación con otras instituciones que coadyuven a su desarrollo integral (delegaciones, DIF DF, Inst. Juventud, Secretaría de Desarrollo Social)</p> |
|------------------------------------|--|---|--|

MA EN EL DISTRITO FEDERAL 2005-2009

| 2009 | Observaciones |
|---|---|
| Reglas de Operación del PAICMA (publicadas en la Gaceta Oficial DF el 30 de enero de 2009) | |
| Coadyuvar en la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres que residan o transiten en el Distrito Federal mediante la realización del estudio de mastografía de pesquisa, diagnóstico y tratamiento en mujeres de 40 años, preferentemente. | En 2009 se troca el objetivo y en su lugar se plantea lo que corresponde a una estrategia. |
| | Se elimina un objetivo general ligado estrechamente al Propósito del programa. |
| Realizar acciones afirmativas que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; | Para ninguna de sus formulaciones ha tenido actividades o servicios relacionados. |
| Informar a las mujeres sobre la importancia del cuidado y la apropiación de su cuerpo a través de la autoexploración para la detección oportuna del cáncer de mama | En la formulación de 2009 se trata más bien de una actividad ligada al cuarto objetivo específico |

| | |
|---|---|
| Brindar atención a las mujeres del programa, que no cuentan con seguridad social y cuyo resultado requiere de estudios complementarios o atención médica de acuerdo a las indicaciones del prestador de servicios subrogados; | |
| | Era un objetivo que no contaba con ninguna actividad o servicio que permitiera su logro |
| | No era una actividad sustantiva del Programa, que estuviera ligada al Propósito del PAICMA |
| Fomentar una cultura de prevención del cáncer de mama en las mujeres beneficiarias del programa; | Debería extenderse a toda la población objetivo. Son necesarias más actividades, pues solamente se propone la distribución de impresos y las pláticas |
| Informar a las mujeres de los servicios que brinda el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal; | Es una actividad, no un objetivo, y no está ligada al Propósito del PAICMA. |
| Brindar acompañamiento psicológico a las mujeres cuyo resultado indique sospecha, alta sospecha y/o confirmación de cáncer de mama. | |
| Realizar 50 mil estudios de mastografías de pesquisa a mujeres a partir de 40 años que residan o transiten en las 16 demarcaciones políticas del Distrito Federal | Desde 2007 se mejoró la formulación de la meta, identificando con claridad el valor numérico esperado. |
| | Era un criterio de focalización, no una meta. |
| Coordinar jornadas de salud con las unidades móviles en las unidades territoriales clasificadas de alto y muy alto grado de marginación; | Es una actividad |

| | |
|---|--|
| | Presentaba problemas de formulación porque se trataba de un procedimiento y no de una meta. |
| | Está formulada como objetivo y no como meta. |
| Impartir pláticas diarias, durante cada una de las jornadas de mastografías, sobre temas como detección oportuna de cáncer de mama y derechos sexuales y reproductivos; | Está formulada como actividad |
| | Es una actividad que no está ligada al propósito del PAICMA |
| | Es un servicio, no ligado al propósito del PAICMA |
| Organizar entregas de estudios de mastografía para las mujeres beneficiarias del Programa; | Es una actividad |
| Realizar la difusión de las jornadas con volantes y carteles; | En la formulación 2007 y 2008 se plantea como meta cuantificable. En 2009 se formula como actividad. |

| | |
|---|-------------------------------------|
| <p>Distribuir 200 mil folletos sobre temas relacionados con la prevención de cáncer de mama, derechos sexuales y reproductivos y servicios que presta el Inmujeres-DF en las unidades delegacionales;</p> | |
| <p>Conformar grupos de acompañamiento psicológico para las mujeres con cáncer de mama.</p> | <p>Es un servicio y no una meta</p> |
| <p>Mujeres a partir de los 40 años, asintomáticas y sin diagnóstico previo de cáncer de mama; • No estar lactando; • Presentarse al momento del estudio sin talco, desodorante, crema o perfume en la región superior del cuerpo preferentemente con el baño diario y rasurada de las axilas; • Mostrar comprobante de domicilio y/o identificación; • Proporcionar los datos personales para recibir el comprobante de estudio (folio), los cuales estarán protegidos conforme a la Ley de datos personales.</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>1. Planeación, coordinación y logística</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar reuniones de coordinación interinstitucional con dependencias de gobierno u organizaciones sociales y civiles para informarles sobre los lineamientos y requerimientos del programa;• Verificar que el área destinada para la instalación de las unidades móviles cumpla con los requerimientos mínimos necesarios. | <p>En 2009 el PAICMA asume las actividades de logística que implican carga de trabajo.</p> |
| <p>2. Difusión del Programa:</p> <p>-Instituto de las Mujeres del Distrito Federal a través de las Unidades Delegacionales y del Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama, en los teléfonos 5512 2781, 5512 2808 y 5512 2762 en las extensiones 134, 138 y 139; Página de internet. Cada semana será publicado el calendario de las jornadas de salud en la página web del Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (www.inmujeres.df.gob.mx); LOCATEL. Por medio del Sistema de Localización Telefónica podrá conocer la sede y requisitos para acceder al Programa de Atención Integral de Cáncer de mama (5688 1111); Distribuir volantes y carteles en la zona circundante a la sede de la jornada.</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>3. Operación de la Jornada de salud</p> <ul style="list-style-type: none">• Informar sobre los requisitos para la realización de los estudios;• Registrar los datos de las mujeres que acuden a la realización de estudio de mastografía de pesquisa;• Brindar información sobre el programa y temas inherentes a la detección oportuna de cáncer de mama. | <p>Solo se explicitan las actividades que desarrolla el personal del PAICMA y no las que implementan las prestadoras de servicios, como la toma de mastografías, que son sustantivas.</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>La operación del Programa es evaluada por las siguientes instancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consejo de Evaluación del Desarrollo Social 2. Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama <p>Los documentos con los que contarán son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación de estudios realizados clasificados por negativos y sospechosos; • Relación de estudios no concluyentes; • Relación de pacientes cuyo estudio es sospechoso o altamente sospechoso; • Relación de pacientes cuyo estudio es necesario repetir; • Informe del total de estudios realizados; • Informe médico de la prestadora de servicios subrogados de las personas que requirieron del proceso de atención médica; • Relación de mujeres que no acudieron oportunamente a la entrega de resultados con diagnóstico negativos; • Presentación de informes parciales y final por parte de la prestadora de servicios subrogados y el INMUJERES DF, ante el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama. | |
| <p>Total de estudios realizados en el año/ Total de estudios programados *100</p> | <p>Problemas de formulación 2005-2008</p> |
| <p>· Total de estudios realizados en el año/ Total de estudios entregados *100</p> | <p>En 2009, está invertido numerador y denominador</p> |
| <p>· Total de pláticas realizadas/ Total de pláticas programadas *100</p> | |

| | |
|--|---|
| · Total de jornadas realizadas /Total de jornadas programadas *100 | |
| · Total de estudios realizados /Total de estudios con diagnóstico negativo de Cáncer de mama*100 | En 2009, está invertido numerador y denominador |
| · Total de estudios realizados/ Total de estudios con diagnóstico positivo de Cáncer de Mama | En 2009, está invertido numerador y denominador. Se omitió *100 |
| · Total de estudios realizados /Total de estudios con diagnostico no concluyente | En 2009, está invertido numerador y denominador. Se omitió *100 |
| | Problemas de formulación |
| | |
| | |
| 22 millones 500 mil pesos | 2009: todo el presupuesto se consume en el pago de prestadoras de servicios |

Se conformará el Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama, como instancia de evaluación y seguimiento, el cual está integrado por:

Miembros permanentes

Un representante de la Secretaría de Desarrollo Social

Un representante de la Secretaría de Salud

Un representante de la Secretaría de Finanzas

Un representante de la Oficialía Mayor

Un representante de la Contraloría General

Un representante de Consejería Jurídica y de Servicios Legales

Invitados permanentes

Un representante de la Contraloría Ciudadana

Titular de la Coordinación Administrativa del Inmujeres-DF

Titular de la Dirección de Coordinación del Sistema de Unidades Delegacionales del Inmujeres-DF

Titular de la JUD de Coordinación de Enlace Jurídico

Titular de la JUD de Recursos Humanos y Financieros

El Comité tendrá la facultad de evaluar y verificar los resultados del programa, así como autorizar el pago de las ministraciones correspondientes a los estudios realizados.

| | |
|---|--|
| <p>INMUJERES-DF: planeación, logística y operación de Jornadas FUCAM, INCAN y Magni Gineco-obstetras: detección de cáncer de mama y tratamiento a casos detectados.</p> | |
|---|--|