

PERCEPCIONES Y VIVENCIAS DE LA MUJER EN
RELACION A LA POLITICA PUBLICA PREVENTIVA DEL
CANCER DE MAMA.

POR: YUSSRA ALMEYDA HIRMAS

Tesis presentada a la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo
para optar al grado académico de Magíster en Políticas Públicas

PROFESOR GUÍA:

SRA. IRIS DELGADO BECERRA.

Santiago

Julio 2020

Agradecimientos.

A mi madre por su apoyo incondicional y a mi profesora guía por su compromiso y compañía en la trayectoria de esta tesis.

Tabla de Contenidos.

I	Lista de abreviaturas:	pag. III
II	Resumen.....	pag. IV
III	Introducción.....	pag. VI
IV	Planteamiento del Problema.....	pag. IX
V	Marco Referencial y Conceptual.....	pag. XIII
VI	Objetivos de Investigación.....	pag. XXXII
VII	Hipótesis.....	pag. XXXIV
VIII	Metodología de Investigación.....	pag. XXXV
IX	Análisis.....	pag. XLIII
X	Conclusiones.....	pag. LXIV
XI	Notas.....	pag. LXXVII
XII	Referencias Bibliográficas.....	pag. LXXVIII
	Anexo 1, GLOBOCAN 2018.....	pag. LXXXI
	Anexo 2, Matriz de Necesidades y Satisfactores.....	pag. LXXXII
	Anexo 3, Entrevista.....	pag. LXXXV
	Anexo 4, Diagrama 1 Análisis Cualitativo Objetivo 1.....	pag. XCI
	Anexo 5, Diagrama 2 Análisis Cualitativo Objetivo 2.....	pag. XCII
	Anexo 6, Diagrama 3 Análisis Cualitativo Objetivo 3.....	pag. XCIII

I. Lista de abreviaturas.

AUGE: Acceso Universal de Garantías Explícitas.

APS: Atención Primaria de Salud.

CA: Cáncer.

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.

CESFAM: Centro de Salud Familiar.

DEIS: Departamento de Estadística e Información de Salud.

DS: Decreto Supremo.

EMPA: Examen de Medicina Preventiva del Adulto.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

GES: Garantías Explícitas en Salud.

IPS: Instituciones Prestadoras de Salud.

ISAPRE: Institución de Salud Previsional.

MINSAL: Ministerio de Salud.

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

II. Resumen.

Las mujeres chilenas, presentan una alta mortalidad a consecuencia del CA de mama. La política pública preventiva de este cáncer, busca revertir esta tendencia a través de estrategias que logren pesquisar esta enfermedad tempranamente, que desde el año 2009 la posiciona como primera causa de muerte oncológica de la mujer en Chile.

La presente investigación utiliza un diseño mixto, realiza en primer lugar un análisis estadístico de la cobertura del examen de mamografía en mujeres del sistema público de salud año 2013 y 2017, en base a la información de la encuesta de hogares de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN. Se analizan también, las razones, que entregan las mujeres en la encuesta del año 2017, de por qué no se realizan una mamografía.

Adicionalmente con el propósito de conocer el tema desde una mirada más profunda, se buscó conocer las percepciones y vivencias de las mujeres beneficiarias del dispositivo preventivo chileno, EMPA CA de mama, por medio de la aplicación de 10 entrevistas, que permitieron explorar sus experiencias desde una concepción fenomenológica, atendiendo a la profundidad de sus relatos.

Las conclusiones obtenidas en base en análisis de los resultados dejan al descubierto los puntos críticos donde la política preventiva del CA de mama se

encuentra debilitada, abriendo una puerta para introducir observaciones a su estrategia de aplicación.

III. Introducción.

El CA de mama femenino constituye un problema de salud pública, causando más de 1.500 defunciones anuales, en Chile en los últimos años¹.

El cáncer constituye la segunda causa de muerte femenina y es el CA de mama el que ocupa el primer lugar por muerte oncológica, desde el año 2009 en Chile.

Para hacer frente a la problemática planteada, desde la institucionalidad se han implementado diversas políticas públicas de salud. Entre éstas se encuentra el Examen de Medicina Preventiva del Adulto de CA de mama, EMPA CA de mama, garantizado explícitamente para todas las mujeres chilenas y ejecutado hace más de 14 años. Este dispositivo ha sufrido variaciones de cobertura a lo largo de los años, sin embargo hace 7 años se ha conservado para mujeres de 50 a 59 años de edad, asintomáticas, con una mamografía cada tres años, en esa década de sus vidas y con una meta de cobertura del 25% de la población beneficiada.

Sin perjuicio de lo indicado, la mortalidad por tumor maligno de mama, no ha logrado ser controlada a la baja, lo que hace cuestionar la efectividad de la estrategia adoptada por la autoridad política y de salud y la prioridad que este problema representa para las mismas.

Es en el mencionado marco de ideas, que la presente investigación realiza un análisis estadístico de la cobertura del examen de mamografía en mujeres del sistema público de salud año 2013 y 2017, en base a la información que

proporcionó la encuesta probabilística CASEN, en consulta directa a la población, en su módulo de salud. Asimismo las razones, que esgrimieron para no practicárselo en la versión del año 2017 del mencionado instrumento.

Con el propósito de conocer el tema desde una mirada más profunda, se buscó conocer las percepciones y vivencias de las mujeres beneficiarias del dispositivo preventivo, ya mencionado, por medio de la aplicación de 10 entrevistas, que nos permitieron explorar sus experiencias desde una concepción fenomenológica, atendiendo a la profundidad de sus relatos. ¿Conocen el EMPA de CA de mama? ¿Se presentan barreras personales y del sistema de salud, para acceder a él? Estas son algunas de las interrogantes que se busca despejar en este estudio.

En la primera parte de este trabajo se entrega una exposición general del problema, CA de mama femenino, lo que permitió reconocerlo como un desafío pendiente para nuestra sociedad a nivel mundial y consentir como esencial su prevención y pesquisa precoz, por el buen pronóstico de mejora en etapas iniciales. Luego se exponen las perspectivas referenciales, que han abordado la problemática estudiada y conceptualizaciones pertinentes, que permitan arraigar las interrogantes de investigación, con conocimientos y estudios previos.

Asentado el problema y el acercamiento que han tenido a él distintos estudiosos, se exponen los objetivos e hipótesis del presente estudio y la metodología de

enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo, para finalizar con el análisis de los datos obtenidos y sus conclusiones, haciendo una relación con las hipótesis planteadas.

IV. Planteamiento del Problema.

En la actualidad, el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial y asimismo a nivel nacional. En algunas regiones de Chile ya es la primera, superando a las causas relacionadas con el sistema circulatorio/cardiovascular. Se proyecta que para el decenio 2020 sea la primera causa de muerte en Chile y también se espera que afecte principalmente a las mujeres².

Respecto al CA de mama, éste es un problema de envergadura y se ha ido instalando progresivamente en nuestro país. En el año 2013 hubo 1.389 fallecimientos de esta causa, el año 2015 hubo 1.522 y el 2017 se produjeron 1.504 muertes, según informes de Estadísticas Vitales del INE, de los años mencionados.

Es así que desde el año 2009 constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Chile³. Al realizar una revisión diacrónica, el cáncer femenino con mayor mortalidad en Chile era históricamente el gástrico. Desde 1986 pasó a ocupar ese primer lugar el cáncer vesicular, secundado por el gástrico. A partir del año 2000 el segundo lugar pasó a ser ocupado por el CA de mama hasta el 2008. El año 2009 el cáncer mamario ocupó el primer lugar en fallecimientos femeninos por esa causa, con 1.338 muertes, lugar que mantiene hasta hoy; La tasa de mortalidad a pesar de mantenerse estable en la década de los 90, entre 12 y 13 por 100.000 mujeres de todas las edades, tuvo un aumento importante en la década siguiente⁴.

Según lo consignado en Guía Clínica Cáncer de Mama MINSAL, 2015, nuestro país, en este cáncer presentó una mortalidad observada de 15,7 por cada 100.000 mujeres el año 2012, de las cuales 1.367 fueron defunciones de mujeres y de ellas solo el 0.29% fueron defunciones de varones, evidenciando que el CA de mama afecta preferentemente a mujeres. Asimismo señala que la incidencia estimada 2012, en la Región de Los Ríos, Antofagasta y Bío Bío, reportan tasas que varían entre 32,3, 31,9 y 29,6 casos nuevos por 100.000 mujeres respectivamente. Otro antecedente significativo es encontrar el diagnóstico “Tumor Maligno de la mama parte no especificada”, como la primera causa oncológica más frecuente de egresos hospitalarios, ocupando este primer lugar anualmente, desde el año 2010 al 2016⁵.

La Superintendencia de Salud, aporta el dato de 160.689 casos Ges/Auge en modalidad FONASA, acumulados desde julio 2005 a diciembre 2019, por problema de salud CA de mama y 33.898 en sistema de salud ISAPRE. Desglosa que entre enero 2019 a diciembre 2019, los ingresos de casos GES/AUGE, modalidad FONASA, fue de 7.970 casos y 1.463 casos de ISAPRE⁶

En atención a las estadísticas nacionales crecientes en el tiempo (incidencia y mortalidad), el CA de mama es considerado un problema de salud pública y para abordar esta condición epidemiológica, la acción preventiva se ha ido intensificando con los años. Nuestro sistema sanitario ha debido ir desarrollando y reconstruyendo estrategias preventivas y curativas. Dentro de las preventivas,

la más relevante es el EMPA de CA de mama y la curativa de mayor connotación es el AUGÉ de CA de mama, ambas forman parte de la Política Pública de Salud, y constituyen prestaciones de salud con garantías explícitas y de acceso universal.

El EMPA de CA de mama, es el Examen Médico Preventivo en el Adulto, para la detección temprana de un CA de mama, dirigido actualmente a mujeres entre 50 y 59 años de edad, sin sintomatología, de allí su carácter de preventivo. Consiste actualmente en tres mamografías, a practicarse una cada 3 años, dentro de ese rango etario, con garantía de oportunidad en la atención, acceso universal y con protección económica (sin costo). La mujer tiene derecho a practicárselas a través del sistema público, en la Atención Primaria de Salud, APS (Consultorios, CESFAM,) o a través de su ISAPRE, según corresponda.

Cabe señalar que el incremento de la meta de cobertura en el tiempo, y el aumento del derecho a tres mamografías preventivas, dice relación con la evolución de la mortalidad e incidencia del Cáncer mamario en Chile. Incluso para brindar mayor oportunidad y facilidad a la mujer para someterse a estos exámenes preventivos, se ha complementado con el derecho a permiso laboral anual, sin descuento remuneracional, para las mujeres trabajadoras, consagrado en la Ley N°20.769, del año 2014, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

No obstante, que nuestro país cuenta con políticas públicas para el acceso a una medicina preventiva de esta patología los datos oficiales muestran que sigue

siendo un problema de salud pública. El dato más reciente logrado es el del año 2017 con 1.504 mujeres fallecidas⁷

Por todo lo anterior, cabe preguntarse, ¿Cómo se está comportando el uso de las mamografías en mujeres usuarias del Servicio Público de Salud?, ¿Cuáles son los obstáculos que encuentra la mujer en el sistema de salud, al hacer uso del dispositivo preventivo EMPA CA de mama?, ¿Lo conocen?, ¿Lo están usando?, ¿Habrán barreras emocionales ante esta enfermedad? La exploración en estas interrogantes invita a entrar en esos territorios y acercarse a las vivencias de la mujer en su trayectoria hacia el uso de la mentada política preventiva EMPA de mama. Iluminar y develar este recorrido es el propósito y constituye la esencia que inspiró la presente investigación.

V. Marco Referencial y Conceptual.

Entenderemos por el CA de mama el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo. En Chile este problema de salud, cuenta con garantía explícita para su prevención y para el tratamiento de 38 tipos de enfermedades de CA de mama desde el año 2005. Entre éstas, varios tipos de carcinomas y de tumores malignos, en las distintas zonas de este órgano⁸.

La evolución de la tasa de mortalidad por CA de mama en Chile se ha incrementado con fuerza estas últimas dos décadas. El año 2008 fue de 14,5 por 100.000 mujeres⁹ El 2012 ascendió a 15,7 por 100.000 mujeres, con 1.367 muertes¹⁰. El año 2017 hubo 1.504 mujeres fallecidas por esta causa¹¹. Relevante es recordar que el CA de mama en Chile es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer desde hace 11 años, específicamente desde el año 2009 hasta hoy.

La política pública preventiva en Chile para el cáncer mamario, ha evolucionado de menos a más. Para llegar a lo que es hoy es el EMPA de CA de mama, para la población femenina asintomática, se incorporó con una incipiente política el año 1995 con el Programa de CA de mama, que incluyó el examen físico mamario (realizado por profesional de la salud) y el entrenamiento en autoexamen de mama como estrategia de screening. El 2001 la mamografía se incluye como

prestación en la atención primaria de salud y comienza un aumento progresivo de su uso como técnica de tamizaje poblacional.¹²

Lo anterior en atención a que el examen de mamografía es el que presenta un mayor costo efectivo, para la pesquisa precoz de un CA mamario, es decir para detectarlo en una etapificación inicial. El tamizaje mamario de buena calidad disminuye la tasa de mortalidad por este cáncer. Las mujeres que acceden a un programa de tamizaje, tienen más posibilidades de acceder a una cirugía conservadora, dado que el diagnóstico se hace en etapas más favorables del desarrollo de la patología, mejorando el pronóstico¹³. Junto con ello mejora la calidad de vida de esa paciente y su proceso de reinserción familiar, social y laboral. Un tamizaje se entiende como la estrategia para detectar una enfermedad en una población presuntamente sana, con el objetivo de lograr una detección precoz¹⁴. Complementa esta definición lo expuesto en la Estrategia Nacional del Cáncer 2016, presentando el tamizaje como la aplicación organizada y sistemática del diagnóstico temprano que contribuye mejorando los resultados de sobrevida y secuelas, para pacientes que puedan ser tratadas en etapas tempranas de la enfermedad.

Es así que ya en el año 2005 por D.S. N°228 del MINSAL, se garantiza explícitamente una mamografía preventiva de CA de mama a las mujeres de 50 años de edad, con una meta de cobertura del 10% de la población beneficiaria. El 2007 por D.S. N°44 del MINSAL, la meta de cobertura del examen de medicina

preventiva mamográfico se incrementa a un 20% de la población beneficiaria. Ya en el 2010, D.S. N°1 del MINSAL, la garantía se incrementa a dos mamografías, en el rango de edad de la mujer de 50 a 54 años de edad (una cada 3 años) y la meta de cobertura sube al 25% de la población beneficiaria. Finalmente, por medio de los D.S. N°4, N°3 y N°22 de los años 2013, 2016 y 2019 respectivamente, se establece la política preventiva que rige hasta hoy, garantizando una mamografía cada 3 años, en mujeres entre 50 y 59 años de edad, y manteniendo la meta de cobertura del 25% de la población beneficiaria. Es de señalar que esta garantía es considerada un derecho para la mujer y por lo tanto puede exigirla, independiente del sistema previsional de salud que posea.

No obstante estas mejoras, las estadísticas de incidencia y mortalidad se manifiestan históricamente al alza. El número estimado de nuevos casos por CA de mama femenino en Chile el año 2018, alcanzaría los 5.393 casos, ocupando el primer lugar con un 20,8% en la incidencia por patología de cáncer según estimaciones de GLOBOCAN 2018 (ANEXO 1).

Un antecedente relevante es que en Chile la mortalidad por CA de mama en la mujer, se produce a edades inferiores comparativamente con países desarrollados. La mediana de edad de muerte por CA de mama, es dos años menor que en EEUU (66 versus 68 años). Esto puede deberse entre otros factores, a la estrategia preventiva chilena, que a pesar de mejorar en el tiempo (desde 2013 garantiza 1 mamografía cada 3 años en mujeres de 50 a 59 años

asintomáticas), continúa débil en comparación con países desarrollados. A modo de referencia en Inglaterra la mamografía se ofrece a mujeres de 50 a 70 años de edad y en estudio, en mujeres de 47 a 73 años. La cobertura de mamografía de Chile, es la más baja entre los países de la OCDE¹⁵.

Enmarcado dentro de las políticas públicas de prevención de CA de mama, el Estado de Chile, con el propósito de concretar mejoras en la detección precoz y disminución de su mortalidad, generó como complemento a la garantía EMPA CA de mama, un permiso laboral. Consiste en medio día de trabajo al año, para realización del examen de mamografía, al cual pueden acceder las trabajadoras mayores de 40 años, sin soportar descuento en sus remuneraciones, por dicho concepto y a ser considerado como trabajado para todos los efectos legales (Ley 20.769). Lo anterior constituye una manifestación del realce que tiene para la autoridad sanitaria, la práctica de este examen, pues a diferencia de otros, se encuentra contenido expresamente en una disposición legal inserta en el Código del Trabajo, desde el año 2014. Se devela el propósito de protección para apoyar la desaceleración de las alarmantes estadísticas de este problema de salud, mediante la práctica preventiva mamográfica.

En nuestro país es la Superintendencia de Salud la entidad encargada de supervigilar a los sistemas de salud FONASA e ISAPRES en relación al cumplimiento de los exámenes de medicina preventiva. El último Informe de Fiscalización N°15 del 30 de enero de 2015, señala que no se dispone de

información vinculada a las coberturas de los usuarios de la salud pública FONASA, respecto de los distintos exámenes preventivos garantizados y vigentes en el país, incluido el EMPA de mama. No obstante, cuenta con la información entregada por las ISAPRES, y todas dan cumplimiento a la meta de cobertura EMPA CA de mama en mujeres de 50 a 59 años de edad¹⁶.

En este sentido, el presente trabajo contempló medir cuantitativamente la cobertura del examen mamográfico año 2013 y 2017, utilizando para ello la Encuesta CASEN, en el mismo grupo de población con cobertura EMPA CA de mama, es decir, mujeres entre los 50 y 59 años de edad, filtrado por sistema público de salud, FONASA y conocer las causas que indican éstas para justificar el no haberse realizado la mamografía, utilizando para ello los datos de la Encuesta CASEN 2017.

Otro componente importante es la sobrevida por esta patología. Más del 60% de los cánceres son curables, y la tasa es mucho mayor para ciertos tipos, incluyendo tiroides, testículo, mama, melanoma y leucemia infantil¹⁷. La sobrevida global de pacientes con CA de mama en Chile es de un 90% a 5 años. Aunque solo un 5.5 % de las pacientes se presentan inicialmente con enfermedad metastásica (Etapa IV), entre un 30% a un 80% de los pacientes con enfermedad loco-regional inicial (Etapas I a III), recaerán a los 10 años de diagnóstico. En el subgrupo del CA de mama metastásico la sobrevida a 5 años es de un 20 %, y su tratamiento es sólo paliativo¹⁸.

La OMS considera al CA de mama uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, incluso el más frecuente en la mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo, duplicándose los casos nuevos anuales en los últimos 25 años. No obstante, en los países desarrollados su incidencia se ha incrementado y la mortalidad ha retrocedido, debido a la detección temprana y tratamientos efectivos. Al respecto en el artículo Tendencias del Cáncer de Mama en América Latina y el Caribe, sus autores realizan una importante observación que no debe obviarse, al señalar que el padecimiento del CA de mama, puede ocurrir en mujeres de cualquier nivel social, económico y étnico, aunque las mujeres con mayor desventaja social y menores recursos son las más vulnerables¹⁹.

La observación anterior se relaciona con la población objetivo de la presente investigación, ya que está situada en mujeres usuarias del sistema público de salud, específicamente a través de la APS, (Consultorios y CESFAM), donde se concentran las personas con ingresos económicos más bajos.

La puerta de entrada más usual del EMPA de mama para las usuarias del Sistema Público de Salud FONASA, se inicia en la APS, traducida en la atención en consultorios o CESFAM (varios en cada comuna, según número de habitantes), donde la población cubierta y asintomática solicita hora de atención en forma presencial para usar esta garantía. Llegado el día es atendida por el profesional de la salud a cargo del programa, usualmente matrona o enfermera, y ésta gestiona el requerimiento de la mamografía, por lo general con prestador

privado, externo, en convenio. Una vez agendado el examen, el consultorio toma contacto con la usuaria y le entrega la fecha y horario fijado por el prestador. Cuando las placas e informe mamográfico son recibidos en el consultorio, la mujer es avisada telefónicamente y deberá agendar hora con la matrona o enfermera a cargo, para conocer el resultado de su mamografía. Si el resultado arroja sospecha de cáncer, será derivada con interconsulta a médico especialista para evaluación-biopsia, y de ser necesario pasará a ser atendida en establecimiento de alta complejidad para cirugía, quimioterapia, o radioterapia. El itinerario descrito es un formato tipo ya que cada consultorio tiene sus variantes y sus peculiaridades respecto a los tiempos y formas de funcionar.

El estudio “Barreras de acceso, percepciones, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama: Análisis de Casos Cartagena-Colombia”, (2018), ha sido un importante referente para la línea de investigación cualitativa. El propósito de este estudio fue identificar barreras de acceso a los servicios de salud y percepciones de las usuarias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer en Colombia. Contempló entrevistas en profundidad al personal de la salud y grupo focal, con mujeres ya diagnosticadas con CA de mama. Para los propósitos de la presente tesis se hará solo referencia a los resultados encontrados en las mujeres usuarias y no en el personal de salud.

Las mujeres diagnosticadas, piensan que las mayores barreras por las que no acuden a citas de revisión o examen especializado son: miedo, vergüenza y

descuido. Aduciendo que viven todo el tiempo muy ocupadas con cosas de la casa y los hijos, y otras se llenan de razones para creer que la situación no es preocupante y que mejorará. Todas coinciden en afirmar que “no siempre se cuenta con toda la información, por miedo al diagnóstico e incluso a la muerte”. Otras barreras que afloraron son que “no se cuenta con seguro o servicio de salud”, o que muchas están solas y “sin el apoyo de la familia, esposo o una red de apoyo”. Estiman que las autorizaciones se demoran, porque “la atención de parte de las EPS son un negocio”. “Las EPS buscan ganancias como cualquier empresa”. Para comprender lo señalado, las EPS, son empresas del Sistema de Salud en Colombia, que prestan servicios de salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas, accediendo a un plan de salud. El aporte obligatorio para salud es del 9% del sueldo y de éste se destina aproximadamente un 2.3% a la EPS para acceder a clínicas y centros médicos privados y la diferencia va al Seguro Social para acceso a hospitales y centros médicos de Es Salud. Asimismo, expresan que los tiempos de espera para consulta general y aún más para especialista son demorados, hay mucha gente demandando el servicio y poco personal. Sienten que en todo el sistema la mujer sigue siendo relegada y no se le da la importancia que merece y debe poseer dentro de la sociedad. Consideran que “lamentablemente es necesario recurrir a un medio judicial como es la Tutela” (mecanismo de ejercicio del derecho a la salud en el sistema sanitario). Sin embargo hay personas que no tienen el conocimiento e iniciativa

para instaurar una acción de tutela. Coinciden en que el trato recibido por los profesionales de la salud es normal, cordial, pero no afectuoso.

Dentro de las conclusiones, los autores señalan que las mujeres sienten que su rol en la sociedad sigue siendo relegado y aún más en el sistema de salud. Consideran que las barreras son inherentes a la estructura del sistema y que cada paciente es considerado una parte más del proceso. En esta conclusión los autores hacen alusión a lo que se denominan “Normalización de las Barreras”, donde una serie de barreras se consideran como parte normal de la atención de una EPS: es normal que se demoren para asignar citas y autorizaciones, que no entreguen los medicamentos, entre otros.

Esa investigación presentó relevancia para el presente proyecto, y aunque se desarrolla con mujeres ya diagnosticadas con cáncer, en otro ámbito geográfico y otra cultura, igualmente está situado en un país Latinoamericano, con una idiosincrasia y cultura más cercana a la nuestra, que la de países europeos o asiáticos, por ejemplo.

Giraldo & Ceballos (2011), acuñaron el concepto de “*Normalización de las barreras en el sistema de salud*”, producto de un estudio cualitativo que realizaron en Medellín de Colombia a mujeres diagnosticadas con CA de mama, establecen que la “*normalización de las barreras*” dice relación con la invisibilización que hacen las mujeres (pacientes), de las barreras del sistema de salud, llegando a

considerarlas como naturales. Conciben que el sistema de salud es inmodificable. Las autoras lo atribuyen en parte a que las mujeres todavía carecen de la educación básica para identificar y navegar por el sistema de salud, y superar las barreras inherentes para recibir la atención médica de calidad que se merecen. Aceptan como algo normal, el bajo nivel de atención que reciben. Ya con las primeras entrevistas lograron identificar las barreras del diagnóstico y tratamiento. No obstante, las mujeres no las percibían, no se percataban que parte de sus vivencias eran verdaderas barreras de acceso. Al respecto observaron notorias diferencias en la postura de las mujeres que contaban con un mejor seguro de salud versus las que contaban con un seguro de salud más limitado y nivel socioeconómico más bajo, presentando estas últimas la tendencia patente a esa normalización.

En el análisis de resultados consideraron condiciones causales determinadas por el sistema de salud colombiano con sus barreras, y por otra parte contemplaron las condiciones intervinientes o estructurales, referidas al estatus socioeconómico, estatus de afiliación, nivel educativo, rol del profesional de la salud. Las interacciones de ambas llevan a que las mujeres que participaron del estudio, aunque vivencian las barreras no las identifican, sino que las asumen como algo cotidiano. Dos de las mujeres descubrieron que tenían cáncer y no contaban con seguro de salud y sus tratamientos fueron retrasados: “Entonces...como yo fui a pedir cita y resulta que mi marido me había sacado de la EPS, para ponerme al día tenía que cancelar como 8 meses... ¡que lío tan

horrible! Se me fueron casi 6 meses porque había perdido antigüedad...”. Solo algunas de ellas usaron el recurso legal de Tutela como único medio para garantizar su derecho a la vida o asistir a grupos de apoyo como estrategias de acción, logrando algunas sentirse con capacidad de negociar con su terapeuta. Incluso las afiliadas a una EPS no mejoraban su situación sustancialmente. Una paciente exhibe relatando lo vivido para acceder a una biopsia: “porque la biopsia... no estaba en el Programa Obligatorio de Salud (POS), si, entonces tenía que hacer que lo aceptara un comité”. Es decir, ellas asumen como aceptable que los servicios los acepte un comité. Otra experiencia nos dice: “Por qué..., esto está requete pago, imagínese, el esposo ya jubilado y le siguen sacando plata, entonces por qué no le pueden dar la orden a uno... no le hace caso para una mamografía, eso no es justo, ahora me la voy a tener que hacer particular,...”. Cuando las mujeres finalmente acceden a consulta con el profesional, enfrentan barreras comunicacionales de las que son más conscientes: “... un médico tiene 10 minutos para evaluar un paciente, con seguridad no se detiene mucho en un examen de mama...” Otro relato de una participante que le dice al doctor: “yo rezo mucho para que mi Dios me ayude y para que le ayude a usted para que me dé el diagnóstico que es, pero yo más no puedo hacer”. Otra experiencia expresa: “yo empecé con ese cansancio... y yo consultaba y no, y nada, nada... yo dije van a pensar que estoy fastidiando... y fui y ya hubo alguien que supiera algo de esos signos y me remitió”. Por ende, había médicos que se negaban a dar la orden de mamografía. Otra vivencia de

una mujer con un cáncer avanzado, nos manifiesta: "... me salió un morado en el seno, fui a IPS... me dijeron que eso parecía un chupao. Yo le dije... yo no he tenido relaciones y segundo eso me duele mucho. La profesional responde: "no, es que, eso es lo que parece; entonces por qué no me manda a hacer una mamografía, ¡ah no! Es que con la edad que usted tiene no necesita mamografía y en ese caso la tendría que ver un ginecólogo". Las mujeres no se sentían con la habilidad de convencer a los médicos para que les realizaran su examen y ellas deben interactuar con profesionales que por lo general no ofrecen esa posibilidad.

Aclaran las autoras que el concepto "*Normalización de las barreras del sistema de salud*", lo desarrollaron a partir del análisis de los datos y que no surgió in vivo de los datos, sino que fue la abstracción de un proceso complejo y con una minuciosa búsqueda del término preciso que pudiera dar cuenta de este fenómeno.

Esta abstracción, "*Normalización de las barreras del sistema de salud*", entre otros aspectos, también fue observado indirectamente en los relatos arrojados en el estudio, como un dato que subyace a ellos, para percibir si aparece develado en las usuarias del sistema de salud público chileno, específicamente en la APS desplegada en los consultorios y en los CESFAM. A diferencia de estas dos investigaciones colombianas, se trabajó con mujeres asintomáticas, en el nivel preventivo, sin sospecha de enfermedad y no con mujeres ya diagnosticadas.

Será de valiosa contribución, la propuesta de Max-Neef y su equipo transdisciplinario, plasmada en el documento “Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro”, (1986). La definen como un aporte para una filosofía del desarrollo y se traduce en la integración de líneas de reflexión, de investigación y de acción como colaboración para construir un nuevo paradigma del desarrollo, menos mecanicista y más humano, situado en el contexto latinoamericano. 2En “Desarrollo a Escala Humana” plantean un desarrollo sustentado en la satisfacción de las necesidades universales, referido a las personas y no a los objetos. Hacen la diferencia entre las necesidades y los satisfactores de ellas variando según sea el contexto cultural.

Se hace necesario explicitarse en la conceptualización y funcionamiento de la taxonomía que señalan. Las necesidades se reconocen como interdependientes, ya que un satisfactor puede contribuir a satisfacer diversas necesidades a la vez o una necesidad requerir diversos satisfactores. Lo ilustran con la lactancia como satisfactor que contribuye a que el bebé reciba satisfacción simultánea para distintas necesidades, como la subsistencia, la protección, la necesidad de afecto, y la de identidad, situación que sería distinta si recibe alimentación mecánica²⁰. A su vez una sociedad, por ejemplo, consumista o ascética, adoptará diferentes estilos de satisfactores para cubrir la misma necesidad fundamental, lo que cambia será la calidad, cantidad y posibilidades de acceso a los satisfactores.

Clarifican que los satisfactores no son los bienes económicos disponibles, sino todo aquello que, por representar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuye a la realización de las necesidades humanas. En este contexto los satisfactores pueden incluir prácticas sociales, comportamientos y actitudes, valores, normas, formas de organización, espacios, condiciones subjetivas, entre otras formas. A modo de ejemplo, un tipo de estructura familiar puede ser un satisfactor de la necesidad de *Protección*, como también un mismo satisfactor puede realizar necesidades distintas en culturas distintas o vivirse de modo divergente por las mismas necesidades en contextos diferentes²¹.

La taxonomía de necesidades la proponen en una matriz como una opción abierta y no normativa, ya que cada persona o grupo puede construir y llenar la suya según su cultura, circunstancias, limitaciones y aspiraciones²². La que exponen es una matriz según categorías axiológicas con una columna con las 9 necesidades universales fundamentales: *Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad, y Libertad* y en la línea horizontal necesidades según categorías existenciales con las dimensiones *Ser, Tener, Hacer, y Estar*²³ (Anexo 2). De este modo la matriz da origen y se completa con satisfactores que se proponen como ejemplos de satisfactores posibles (podrían variar según quién la construye). Para mayor comprensión se presentan 5 de las 9 *Necesidades* universales, por ser las más vinculadas con el estudio

desarrollado y algunos de sus satisfactores genéricos, construidos por los autores.

Necesidad de Entendimiento:

- **En formas de *Hacer*:** satisfactores como investigar, estudiar, experimentar, educar, meditar, analizar, interpretar, etc.
- **En formas de *Tener*:** satisfactores como literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales, etc.
- **En formas de *Estar*:** satisfactores ámbitos de interacción formativa como escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia, etc.
- **En formas de *Ser*:** satisfactores como curiosidad, conciencia crítica, racionalidad, disciplina, intuición, asombro etc.

Necesidad de Afecto:

- **En formas de *Hacer*:** satisfactores como expresar emociones, compartir, apreciar, cuidar, acariciar, cultivar.
- **En formas de *Tener*:** satisfactores como amistades, familia, pareja, animales domésticos, plantas, jardines etc.
- **En formas de *Estar*:** satisfactores como espacios de encuentro, privacidad, hogar etc.
- **En formas de *Ser*:** satisfactores como autoestima, respeto, tolerancia, receptividad emotiva, humor, voluntad, pasión, solidaridad etc.

Necesidad de Identidad:

- **En formas de Hacer:** satisfactores como comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer etc.
- **En formas de Tener:** satisfactores como símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo, etc.
- **En Formas de Estar:** satisfactores como: entornos cotidianos, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas, etc.
- **En formas de Ser:** satisfactores como pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad, etc.

Necesidad de Subsistencia:

- **En formas de Hacer:** satisfactores como alimentar, trabajar, procrear, descansar, etc.
- **En formas de Tener:** satisfactores como abrigo, trabajo, alimentación etc.
- **En formas de Estar:** satisfactores como entorno vital, entorno social etc.
- **En formas de Ser:** satisfactores como salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad.

Necesidad de Protección:

- **En formas de Hacer:** satisfactores como cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender, etc.

- **En formas de Tener:** satisfactores como sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo, etc.
- **En formas de Estar:** contorno vital, contorno social, morada, etc.
- **En formas de ser:** satisfactores como cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad, etc.

Los autores del documento también describen una tipología conceptual de satisfactores, en la cual distinguen 5 tipos²⁴.

- **Satisfactores destructores o violadores:** son de efecto paradójal. Al aplicarse para satisfacer una necesidad imposibilitan la satisfacción de otras. Ejemplo. El satisfactor armamentismo cubre la necesidad de Protección, pero imposibilita la de Subsistencia, Afecto, Participación y Libertad. La burocracia satisface necesidad de Protección pero imposibilita la de Entendimiento, Afecto, Identidad, Creación.
- **Seudo-satisfactores:** estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad. Generalmente son inducidos por la propaganda o publicidad u otra forma de persuasión. Ejemplo. La moda aparenta satisfacer la necesidad de Identidad.
- **Satisfactores inhibidores:** por el modo en que satisfacen una necesidad (generalmente sobre-satisfacen), dificultan la satisfacción de otras. Salvo excepciones, emanan de hábitos arraigados o ritualizados. Ejemplo el satisfactor

Familia Protectora, satisface necesidad de Protección, pero inhibe las de Afecto, Entendimiento, Identidad, Participación, Ocio.

- **Satisfactores singulares:** satisfacen una sola necesidad y son neutros respecto de la satisfacción de otras necesidades. Su generación suele estar ligada a instituciones. Ejemplo Programa suministro de alimentos, satisface necesidad fundamental de Subsistencia.
- **Satisfactores Sinérgicos:** por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen simultáneamente con otras necesidades humanas. Sinergia entendida como forma de potenciación, donde la potencia de los elementos asociados, es mayor que la potencia sumada de los elementos tomados aisladamente. Ejemplo, El satisfactor meditación, cubre la necesidad de Entendimiento y a su vez estimula la de Ocio, Creación e Identidad. Los juegos didácticos satisfacen necesidad de Ocio y estimulan la de Entendimiento y creación.

La sistematización expuesta es uno de las formas que se usó para interpretar los resultados del estudio. En cuanto a los satisfactores consignados en el documento consultado, en ningún caso se plantean como definitivos, si no que más bien son una referencia y un método de estandarización. Cada cual puede contar con una matriz, independiente del contexto geográfico y cultural, ya sea en forma individual, grupal o institucional, tal como será analizado, desde los

satisfactorios instalados por nuestra institucionalidad en las políticas públicas consultadas y la percepción que tienen de ellas, las mujeres entrevistadas.

VI. Objetivos de Investigación.

6.1 Objetivo General Cuantitativo:

- Comparar la cobertura de acceso al examen mamográfico de CA de mama, entre los años 2013 y 2017 y las razones de las mujeres que no se lo practican.

6.1.1 Objetivos Específicos Cuantitativos:

- Comparar en base a la encuesta CASEN año 2013 y 2017, la cobertura en Chile del examen mamográfico, de las mujeres entre 50 a 59 años y que pertenecen sistema público de salud.
- Conocer, en base a la encuesta CASEN 2017, los motivos que manifiestan las mujeres entre 50 a 59 años del sistema público de salud, respecto a no haberse hecho el examen mamográfico.

6.2 Objetivo General Cualitativo:

- Conocer las percepciones y vivencias de la mujer en relación a la política pública preventiva del CA de mama.

6.2.1Objetivos Específicos Cualitativos:

- Conocer cuáles son las complejidades a las que se enfrenta la mujer al realizarse el examen preventivo del CA de mama, EMPA, en el sistema público de salud.

- Explorar respecto a barreras emocionales y psicológicas en la mujer, al participar del examen preventivo EMPA del CA de mama, en el sistema público de salud.
- Develar el nivel de conocimiento de la mujer respecto al examen preventivo de CA de mama EMPA, en el sistema público de salud.

VII. Hipótesis.

7.1 Enfoque Cuantitativo:

- La cobertura del examen mamográfico por CA de mama, entre los años 2013 y 2017 se ha mantenido estable en mujeres entre 50 y 59 años de edad, pertenecientes al sistema público de salud.
- Las mujeres entre 50 y 59 años de edad del sistema público de salud, no se practican el examen mamográfico por razones vinculadas principalmente al desconocimiento o desinformación del mismo.

7.2 Enfoque Cualitativo:

- La mujer con cobertura EMPA, de CA de mama, en el sistema público de salud, se ve expuesta a obstáculos administrativos o experiencias negativas en el contexto de la APS (consultorio o CESFAM).
- La mujer con cobertura EMPA de CA de mama en el sistema público de salud, presenta barreras personales, de tipo emocional y psicológico, que limitan su cuidado preventivo en torno al CA de mama.
- Existe desinformación respecto al examen mamográfico preventivo, EMPA, de CA de mama, en mujeres entre los 50 y 59 años de edad del sistema público de salud.

VIII. METODOLOGIA.

El presente estudio se efectuó bajo un diseño de investigación con enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo, que nos permitió dar respuesta a los objetivos planteados, siempre enmarcado en el género femenino, perteneciente al sistema público de salud, FONASA, y en el rango etario de 50 a 59 años, población objetivo del programa EMPA CA de mama.

8.1 Enfoque Cuantitativo:

Los dos primeros objetivos específicos se respondieron desde una perspectiva de abordaje cuantitativo, en base a la encuesta CASEN, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Para responder el primer objetivo específico se realizó una comparación de los resultados obtenidos en el año 2013 y 2017, para el segundo se utiliza la base de resultados año 2017, última encuesta aplicada .

8.1.1 Muestra (Población)

Como se ha mencionado, para resolver las interrogantes, se utilizó datos CASEN, encuesta que se aplica a los hogares chilenos desde el año 1987, cada dos o tres años. Su propósito es conocer periódicamente la realidad socioeconómica de los hogares chilenos y el acceso de la población a los principales programas y políticas sociales implementadas en Chile. Esta encuesta recoge información de la población en áreas como educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos para la toma de decisiones en la formulación de políticas públicas. El módulo de salud es el que será utilizado para la presente investigación.

Gracias a su diseño esta encuesta tiene las características de ser un estudio que permite conocer la realidad de la población de país a través de una muestra probabilística, estratificada y estadísticamente representativa del total de la población del país, con altos estándares de validez y confiabilidad. Por tanto constituye un instrumento idóneo, para abordar y responder los objetivos e hipótesis de este estudio.

Para responder los objetivos específicos de la parte cuantitativa de esta investigación se utilizaron las siguientes preguntas del módulo de salud del cuestionario:

- En los últimos tres años ¿se ha hecho una mamografía?
- ¿Por qué no se la ha hecho?

En la encuesta CASEN estas preguntas son realizadas a mujeres mayores de 35 años de edad, y para efecto de este estudio se filtró para mujeres entre 50 y 59 años de edad del sistema público de salud, para hacerlo compatible con el rango de edad del EMPA CA de Mama garantizado para la mujer chilena (asintomática). Las respuestas posibles a la pregunta; En los últimos tres años ¿se ha hecho una mamografía?, son:

- 1.- Sí durante el último año
- 2.- Si hace más de un año y hasta 2 años
3. Sí hace más de 2 años y hasta tres años

4. No

9. No sabe/no recuerdas.

Dado que el EMPA de CA de mama señala que su cobertura es una mamografía cada tres años, en el rango etario de 50 a 59 años de edad para los efectos de este estudio se ha considerado “Si accede” a las categorías 1 2 y 3 y como No acceso la opción 4. Para facilitar el análisis se excluyó la opción 9 que en ambas versiones de la encuesta es menor al 5% de las mujeres encuestadas.

A partir del procedimiento descrito se generó para ambos años de la encuesta, 2013 y 2017 la variable “**Acceso a mamografía**” (si/no), la que permitió contestar el objetivo específico 1 del análisis cuantitativo

Utilizando la variable Acceso a mamografía se calculó la distribución de frecuencias para los años 2013 y 2017. Estas frecuencias fueron calculadas para las mujeres de 50 a 59 años que declaran pertenecer a sistema público de salud (FONASA) para el total de país y para la Región de Valparaíso.

Para verificar si el acceso ha tenido un cambio estadísticamente significativo entre los años 2013 y 2017, se utilizó el test de comparación de proporciones asumiendo un error alfa menor a 5%.

Cabe mencionar que la selección de la población de la región de Valparaíso responde a que el instrumento cualitativo, fue aplicado a mujeres residentes en esa región.

En relación a las razones que reportan las mujeres para no haberse realizado el examen de mamografía dentro de los 3 últimos años. La encuesta CASEN establece las siguientes categorías:

1. No sabe dónde hacérselo.
2. Le da miedo o le disgusta.
3. Se le olvida hacérselo.
4. No cree que lo necesite.
5. No conoce ese examen
6. No sabía que tenía que hacerse ese examen.
7. El horario del consultorio no le sirve.
8. No tiene tiempo.
9. No ha podido conseguir hora.
10. No tiene dinero.
11. No le corresponde.
12. Otra razón.
13. No sabe.

A partir de esta información, las 11 primeras razones fueron agrupadas en 4 dimensiones de acuerdo al siguiente esquema.

Esquema 1. Dimensiones de barreras de acceso a mamografía.

Dimensión barrera de acceso	Razón encuesta CASEN 2017
Desconocimiento	1) No sabe dónde hacérsela
	5) No conoce ese examen

	6) No sabía que tenía que hacerse ese examen
	11) No le corresponde
	4) No cree que la necesite
Sistema público no ofrece las condiciones	7) El horario del consultorio no le sirve
	9) No ha podido conseguir hora
Barreras de disposición personal	2) Le da miedo o le disgusta
	3) Se le olvida hacérsela
	8) No tiene tiempo
Limitación económica	10) No tiene dinero

Aplicando el esquema 1 y con la información de la CASEN 2017 se creó una variable denominada “barreras de acceso” utilizando esta nueva variable se respondió en segundo objetivo específico cuantitativo.

Cabe mencionar que las opciones 12 (otra razón) y 13 (no sabe), fueron excluidas del análisis dado que no se sabe realmente a qué dimensión es posible atribuir estas razones. Estas dos alternativas suman un 16%.

8.1.2 Instrumento de Análisis:

El instrumento corresponde a las preguntas específicas del módulo de salud de la Encuesta CASEN. Para el año 2013 es la pregunta s12 y para el 2017 la s10 y s11.

El análisis estadístico de las bases de datos se realizó con el programa Statistical Package for Social Science, SPSS versión 24.0. Para la comparación de

proporciones de los distintos años se utilizó el EPIDAT 4.0 que es un software de análisis epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud.

8.2 Enfoque Cualitativo:

Los tres últimos objetivos específicos, se exploraron desde una concepción cualitativa de característica fenomenológica. Se conocieron los aspectos estudiados, a través de una entrevista semiestructurada (Anexo 3) que facilitó el relato que las mujeres hacen de sus experiencias, emociones y conocimientos. En sus expresiones se buscan sus verdades subjetivas, su propio entendimiento del fenómeno reflejado en los objetivos. Vinculando el primero de los objetivos al fenómeno denominado “normalización de las barreras del sistema de salud”, abstracción analítica de Giraldo & Ceballos.

8.2.1 Muestra:

Se utilizó una muestra por oportunidad de 10 mujeres, reclutándose las unidades de análisis por contacto según definición previa de esas unidades, como mujeres que fuesen usuarias del Servicio Público de Salud, FONASA y residentes en comunas la V Región. Éstas serían las características de contexto que nos ayudarían a responder a los objetivos de investigación planteados. Adicionalmente debían ser mujeres entre 50 y 59 años de edad, dada la naturaleza del fenómeno de estudio. El rango de edad fue establecido en concordancia con la población objetivo del EMPA para el CA de mama en Chile, incluido en el Régimen General de Garantías en Salud. El tamaño de la muestra

fue de 10 mujeres, coincidente con lo sugerido de acuerdo al tipo de estudio con perspectiva fenomenológica, y que permitió explorar el fenómeno investigado, a través de las experiencias y significados del grupo social descrito. Asimismo la muestra abordada, estaba en concordancia con la capacidad operativa de recolección y análisis.

8.2.2 Instrumento de Análisis

Para el análisis de las entrevistas se utilizó, el modelo propuesto por Roberto Hernández Sampieri, que incorpora las concepciones de diversos teóricos. Constó de las siguientes etapas: 1) Codificación Abierta: estructuración de los datos en categorías/significados, con sus unidades de texto (citas) y códigos. 2) Codificación Axial de las categorías agrupándolas en relación a los objetivos, en temas y patrones, por compartir un mismo o similar significado, llamadas también metacategorías, y denominando a cada metacategoría con el significado que mejor la represente. 3) Relación de las metacategorías conformadas generando diagramas y el conocimiento resultante con sus respectivos relatos y citas de las unidades de texto que mejor lo signifiquen.

IX. Análisis (Datos)

9.1 Análisis Cuantitativo.

Objetivo cuantitativo N°1: Comparar en base a la encuesta CASEN año 2013 y 2017, la cobertura en Chile del examen mamográfico, de las mujeres entre 50 a 59 años y que pertenecen sistema público de salud.

El año 2013 según los datos de la Encuesta CASEN el 68,5% de las mujeres pertenecientes al sistema público de salud se realizaron una mamografía en los últimos 3 años, IC95% [68,43-68,63]. Es decir, en el país aproximadamente 614 mil mujeres se realizaron dicho examen. El año 2017, la cifra aumento a 737 mil mujeres lo que equivale al 74,3%, con un IC95% [74,23-74,27] (Figura 1 y Tabla 1).

Tabla 1: Cobertura de acceso a Mamografía en los últimos tres años CASEN 2013 y CASEN 2017, CHILE.

Acceso a Mamografía	CASEN 2013			CASEN 2017		
	N°	%	IC 95%	N°	%	IC 95%
Si	613.394	68,5	[68,43-68,63]	736.992	74,3	[74,23-74,27]
No	281.695	31,5	[31,38-31,57]	254.720	25,7	[25,63-25,77]
Total	895.089	100,0	--	991.712	100,0	--

Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2013 y 2017

Se observa un aumento en la cobertura de 5,8 puntos porcentuales, para verificar si el cambio en las coberturas es estadísticamente significativo se aplicó un test de diferencia de proporciones. Dicho test nos permite establecer que el cambio de cobertura de acceso a la mamografía si es estadísticamente significativo ($p < 0,001$). Esto se confirma también con los intervalos de confianza estimados para ambos años, puesto que estos no se interceptan entre si.

Tabla 2: Test de Comparación de proporciones

Población	Porcentaje (%)
1	74,315
2	68,529

Intervalo de confianza (95,0%)

Diferencia de proporciones	Límite inferior	Límite superior
0,058	0,057	0,059

Prueba de comparación de proporciones

Contraste	Estadístico z	Valor p
Bilateral	87,985	0,000

Elaboración propia en base a CASEN 2013 y 2017.

Dado que el análisis cualitativo se realizó a mujeres residentes de la región de Valparaíso, se repitió el mismo análisis descrito, para ahora para el universo de mujeres de 50 a 59 años del sistema público que declara ser residentes de la región de Valparaíso.

En la tabla 3 se observa que el acceso a Mamografía el año 2013 en la región de Valparaíso alcanzaba al 65,9% de las mujeres de 50 a 59 años pertenecientes al sistema Público de Salud con un IC95% de [65,61-66,20]. Esta cobertura aumenta a 74,7%, IC 95% [74,43-74,96] el año 2017. En otras palabras, el aumento de acceso a mamografía entre los años 2013 y 2017 en la región de Valparaíso es de 8,8 puntos porcentuales, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Tabla 4).

Tabla 3 Cobertura de acceso a Mamografía en los últimos tres años CASEN 2013 y CASEN 2017, REGION DE VALPARAÍSO

Acceso a Mamografía	CASEN 2013			CASEN 2017		
	N°	%	IC 95%	N°	%	IC 95%
Si	65.738	65,9	[65,61-66,20]	78.960	74,7	[74,43-74,96]
No	34.004	34,1	[33,8-34,39]	26.748	25,3	[25,04-25,57]
Total	99.742	100,0	--	105.708	100,0	--

Elaboración propia en base a CASEN 2013 y 2017.

Tabla 4: Test de Comparación de proporciones acceso a mamografía año 2013 y 2017

Población	Porcentaje (%)
1	74,706
2	65,908

Intervalo de confianza (95,0%)

Diferencia de proporciones	Límite inferior	Límite superior
0,088	0,084	0,092

Prueba de comparación de proporciones

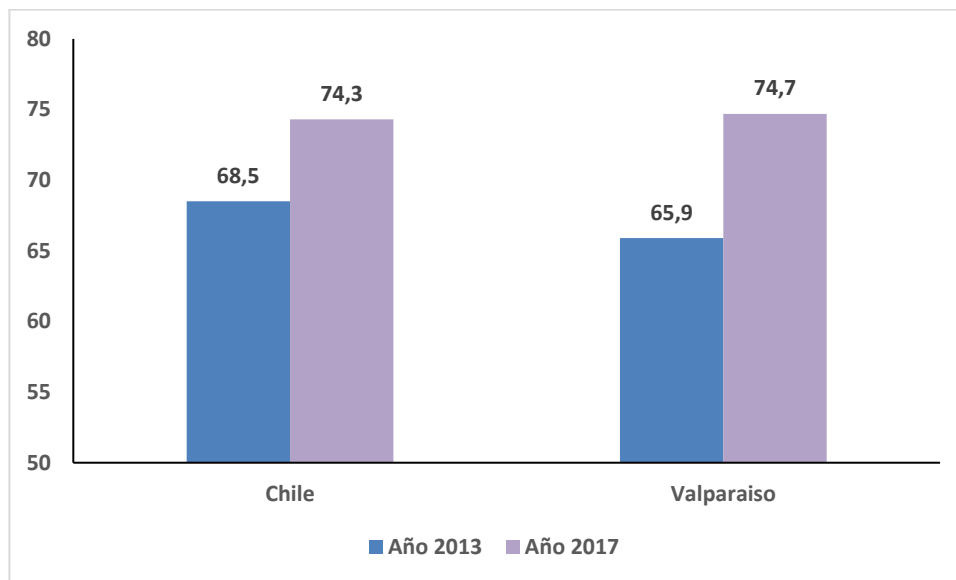
Contraste	Estadístico z	Valor p
Bilateral	43,674	0,000

Elaboración propia en base a CASEN 2013 y 2017.

Complementariamente a lo señalado, la Figura 1, muestra para el país y para la región de Valparaíso, el acceso a mamografía entre los años 2013 y 2017. Es interesante destacar que, las mujeres de 50 a 59 años pertenecientes a FONASA que declaran vivir en la región de Valparaíso el año 2013, tenían una cobertura menor que el país (68,5% y 65,9% país y Valparaíso respectivamente) el año 2017, la cobertura para esta región es levemente superior a la de Chile (74,3% y

74,7%) esto se explica porque el aumento, para la región fue mayor que el aumento observado en el país.

Figura 1: Cobertura de acceso a mamografía años 2013 y 2017 para Chile y Valparaíso.



Elaboración propia en base a CASEN 2013 y 2017

Objetivo cuantitativo N°2: Conocer, en base a la encuesta CASEN 2017, los motivos que manifiestan las mujeres entre 50 a 59 años del sistema público de salud, respecto a no haberse hecho el examen mamográfico.

La Encuesta CASEN 2017 presenta la oportunidad de conocer, a nivel nacional y también a nivel de la región, la razón declarada por cada encuestada para no realizarse el examen de mamografía. Tal como se señala en la metodología,

estas razones fueron agrupadas en cuatro categorías y a partir del cual se generó una variable denominada “barreras de acceso”.

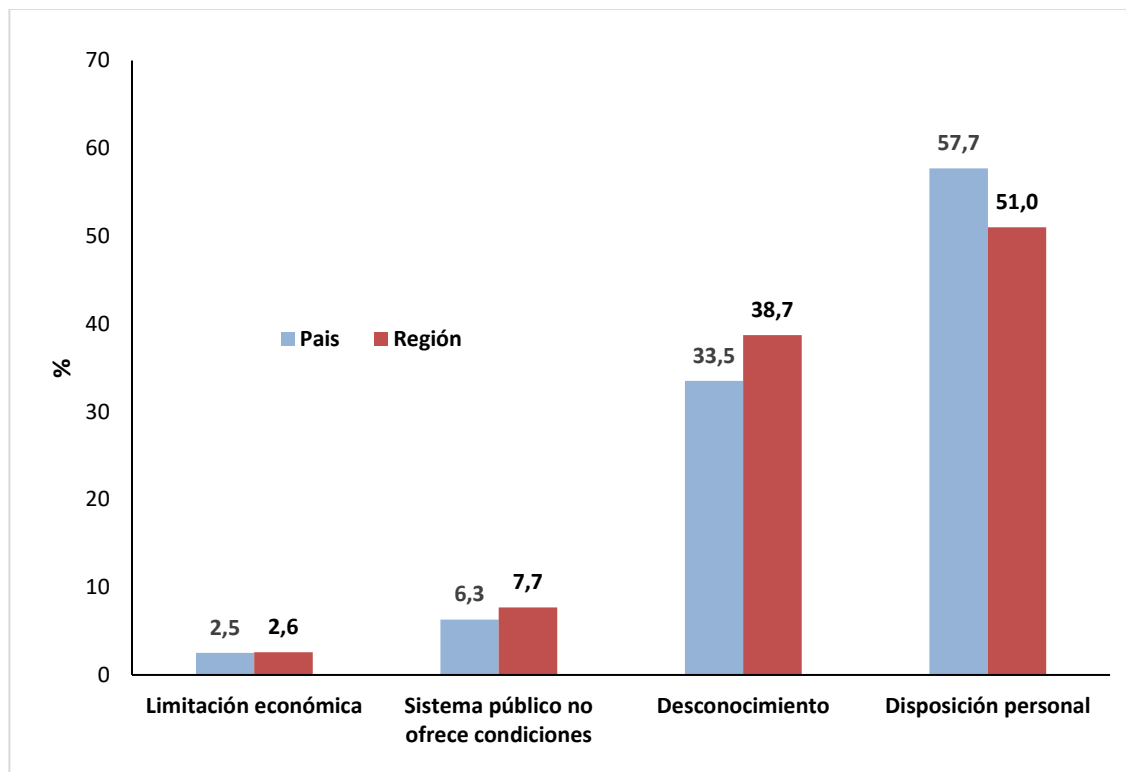
La tabla 5 y Figura 2 muestra la distribución porcentual de la variable de “barreras de acceso” para las mujeres de entre 50 a 59 años de edad, pertenecientes al sistema público de salud, comparando la situación del país y de la región de Valparaíso según la encuesta CASEN 2017. Se observa, que en el país más de 100 mil mujeres correspondientes al 57,7% señala como argumento para no haberse hecho la monografía en los últimos tres años una razón relacionada con la dimensión de “Disposición Personal”. En la región de Valparaíso, esta dimensión también tiene la mayor proporción alcanzando el 51%. Por otra parte, la dimensión con menor representación corresponde a “Limitación Económica” en que es similar para el país y Valparaíso con 2,6” y 2,5% respectivamente.

Tabla 5. Dimensiones de barrera de acceso a mamografía, para el país y región de Valparaíso, CASEN 2017

Dimensiones de barreras de acceso	País		Región	
	N	%	N	%
Limitación económica	4.512	2,5	596	2,6
Sistema público no ofrece condiciones	11.379	6,3	1.752	7,7
Desconocimiento	60.385	33,5	8.864	38,7
Disposición personal	104.030	57,7	11.671	51,0
Total	180.306	100,0	22.883	100,0

Elaboración propia en base a CASEN 2013 y 2017

Figura 1: Dimensiones de barrera de acceso a mamografía, para el país y región de Valparaíso, CASEN 2017



Elaboración propia en base a Encuesta CASEN 2017

9.2 Análisis Cualitativo:

La Metodología de la Investigación, de Hernández Sampieri y colaboradores, donde aúnan propuestas y miradas, también de otros amantes de la investigación, se ha constituido en la guía principal para este estudio y para significar e interpretar los datos obtenidos en la aproximación cualitativa del fenómeno indagado.

Objetivo cualitativo N°1: Conocer cuáles son las complejidades a las que se enfrenta la mujer al realizarse el examen de preventivo del CA de mama, EMPA, en el sistema público de salud. Se conformaron 5 metacategorías (Diagrama, Anexo 4):

- **Consultorio o CESFAM no informa sobre el EMPA CA de mama y su continuidad como *proceso* en el rango etario establecido.**

Las mujeres entrevistadas, quienes se encuentran en el rango etario para participar en el *proceso* del EMPA CA de mama, consistente en el derecho a 3 mamografías sin costo, 1 cada 3 años entre 50 y 59 años de edad en mujeres sin sintomatología, se explayan respecto a la incomprensión de su garantía EMPA en cuestión. Se estimó crear esta metacategoría y separarla de la metacategoría “No conoce sobre el programa EMPA CA de mama”, ya que se le ha dado otra connotación, que traspasa la barrera de la información, la cual puede ser adquirida a través de diversos medios y formas de comunicación. En esta

ocasión fue identificada como complejidad del sistema de salud al no ser asumido este importante propósito como parte de la misión de los profesionales a cargo, (específicamente matronas y en algunos centros enfermeras). Son ellos los operadores y ejecutores de esta política pública, concretamente en la APS. Se percibió sin embargo, como primer hallazgo, que no fluye el traspaso a las mujeres para que se interioricen y estén conscientes de este relevante dispositivo de detección precoz del CA de mama en mujeres sin sospecha, como un *proceso* con una extensión de 10 años en la vida de una mujer. No es lo mismo detectar un CA de mama en etapa I o II, que en etapa III o IV. En la III, en comparación a las anteriores, es mayor el trastorno psicosocial de la paciente, mucho más masivas las intervenciones, mayor profundidad de reconstrucción de las mamas, sometimiento a más tratamientos (quimioterapia y radioterapia), y menor expectativa de vida. Detectarlo en la etapa IV, es más grave aún puesto que se prestan solo auxilios paliativos, no ha lugar intervenciones y tratamientos curativos, por el nivel metastásico de avance y obviamente se exponen a menor sobrevida.

Al comentarles de qué se trata el *proceso* del EMPA de CA de mama y consultarles si les han explicado esto en el consultorio o la matrona, lo descrito se refleja claramente cuando ellas relatan: “No, nada”; “ No me ha dicho el consultorio, ...nadie me explicó, ni la matrona, ni el centro del examen, nadie”; “No eso, solo que había que hacérsela, hay poca información” “Me he hecho dos en el consultorio, sin síntomas, pero no sabía que era el EMPA. No me dijeron

que me podía tomar la tercera”; “No. Siempre me he preguntado cada cuanto es bueno hacérsela”; “A uno no le explican todo, no me explicaron nada sobre las mamografías”; “Yo fui por el PAP y me dijeron que me tocaba hacerme una mamografía, pero no me explicó que son tres, nada de eso”; “no tenía idea de eso”. Como segundo hallazgo, se observa en los comentarios de las participantes que ellas no están ejerciendo su derecho, o no toman la iniciativa. Muchas veces no son llamadas a participar en él: “Nunca. Tengo ficha, pero no me han llamado”; “las veces que he ido, me dicen la vamos a llamar, pero hasta ahora no”; “No me han dicho, a fines de enero fui a la matrona por el dispositivo, pero no me dijo nada”; “Cuando voy a la matrona por otra cosa y me mandan hacérmela, pero hace tiempo que no me mandan”; “Nunca me han llamado”. Se refleja que las mujeres no son “arquitectos de su propio destino”, asumen una postura pasiva, no son involucradas y si las llaman a hacerse “la mamografía” participan en forma atomizada en una fracción del *proceso*, pero sin consciencia del *proceso* en su conjunto y de su derecho a todas sus etapas. Se percibe que se presenta lo observado por Giraldo & Ceballos en Colombia, lo que definieron como “Normalización de las barreras del sistema de salud”, ya que estas mujeres chilenas actúan ignorando el contenido de este programa preventivo, actúan sumisamente, esperando ser conducidas, sin saber que pueden exigirlo, sin sentirse empoderadas para ejercer su derecho, y aceptando las circunstancias como “normales”.

- **Percepción negativa de los tiempos de espera para atención EMPA CA de mama.**

Se transparentó esta complejidad en forma clara en los comentarios de las participantes: “Es complicado ir al consultorio, conseguir la hora cuesta mucho, cualquier hora”; “Ufff, los tiempos de espera”; “en este consultorio está saturado, hay que ir a las 6 de la mañana... y hay que volver otro día hasta que encuentre hora...”; “Mucho tiempo, ir muchas veces. Uno se aburre de tanto ir. Uno se tiene que armar de paciencia”; “Que no tramiten tanto, que no espere tanto...”; “Nunca tenían hora, hay que ir el primer lunes del mes y ahí te dicen que quedan estas horas”; “...tenía que pedir hora para la matrona y me dieron para 3 meses”; “Pedí hora para la matrona, voy allá a sacar número para la matrona, antes de las 7 (refiriéndose a las 7 de la mañana), me dan hora para un mes más”; “...se demoran un mundo.”; “Tiempos de espera que sean menos, si fuera una urgencia tendrfa que ir particular”.

Con exposiciones muy sentidas transmiten su apreciación en cuanto a los tiempos de espera para lograr hora de atención y el malestar de tener que ir presencialmente en horario muy temprano para agendar una de las horas que el consultorio asignará ese día, pero para la atención efectiva en otro día que puede ser, según sus versiones, en 1, 2, o 3 meses más. Al situarse en la estación de invierno, les significa salir de casa aproximadamente a las 6:30 horas, oscuro, con exposición al peligro, con escasa locomoción colectiva circulando. Se

transforma en una verdadera barrera para las mujeres acceder al cuidado preventivo mediante el EMPA CA de mama. No obstante sus relatos no se ven exacerbados por la rabia o por la sensación de injusticia, sino más bien por la aceptación ante esta circunstancia sobre la cual no tienen injerencia. Podemos interpretarlo como otra “Normalización de las barreras del sistema de salud”, fenómeno que está presente en las circunstancias descritas en relación a la percepción que tienen de las dificultades que encuentran para agendar horas en el EMPA estudiado, dentro del sistema público de salud chileno. La resignación se hace presente en estas mujeres.

- **No se considera disponibilidad horaria de la mujer para asignar fechas y horas en para su participación en EMPA CA de mama.**

Lo anterior emerge de sus relatos, que transparentan la desconsideración del consultorio por su circunstancia: “No, no puedo ir en los horarios que ellos me dan. Fui como 3 veces a pedir la hora y no me servía. Es a tal hora y no me dieron opción”; “... me gustaría que me preguntaran para organizarme”; “Tengo que pedir permiso si estoy trabajando”; “me dicen tiene que estar tal día. Son así y te dicen tiene que ir, sino va a perder”; “Me llamaron y me dieron la hora y fecha. Punto (para la mamografía)”; “No me consultan la hora y me la dan solamente. No puedo fallar”. Las mujeres se sienten coartadas con la imposición de fecha y horario, a lo cual se suma lo antes exhibido sobre excesivos tiempos de espera y agendar en forma presencial y a tempranas horas de la mañana. Con esta

indiferencia se invisibiliza a la persona que está requiriendo el servicio, ella no es importante, no empatizan con ella si ese día debe asistir a un trabajo o si en ese horario retira a lleva a su nieto de la escuela, a modo de ejemplo. Lo transforman en un apático sistema, no obstante las mujeres lo tienen asumido como “normal”.

- **No se informa el resultado de la mamografía.**

Este aspecto sorprende al ser observado a través de los relatos. Las mujeres quedan en la incertidumbre, porque no se les aplica un protocolo preestablecido para comunicarles el resultado de cada mamografía. Excepcionalmente las contactan telefónicamente para que se presenten a conocer el informe mamográfico. Dependerá de su insistencia por conocerlo, de los tiempos que se tome el prestador en convenio para hacer llegar al consultorio las placas e informes, de la disposición y del tiempo que dispongan los funcionarios del consultorio: “No, hasta el día de hoy. Fui a preguntar a fines de marzo si había llegado y me dijeron que aún no llegaba el resultado. Me dijeron que si sale algo fallado me avisaban”; “ Aún no se comunican, fue hace 4 meses. Pienso que está bien porque si está mala me van a llamar”; “...yo tengo que estar consultando si llegó (los resultados de la mamografía) y vuelvo a pedir hora a la matrona”; “Hasta el día de hoy no sé y por eso hay tanto cáncer. Cuántas mujeres tendrán el pecho denso y no saben”; “Si salen malos la vamos a llamar, si salen buenas no. A mí no me han llamado desde que me la hice en noviembre del 2019”; “... y yo tampoco he ido, me quedé con la respuesta que si están bien no

te llamamos”. Es decir una mujer puede creer que resultó sin sospecha de cáncer su mamografía dado que no la han llamado, sin embargo puede obedecer a un error el que no le hayan informado, tan simple como que se les olvidó o se extravió una valija con los informes, o la administración del prestador aún los tiene en su poder, descoordinación por cambio de personal, etc. Hace unos años un grupo de exámenes de SIDA positivos no fueron informados a los pacientes por este tipo de razones. Las mujeres dejan en manos de otros, su calidad de vida, su sobrevivencia, sin ningún control de su parte. Esos “otros” que no siempre tienen una vocación intachable de servidores públicos, o están afectados por el síndrome de burnout presente especialmente en el personal sanitario, o funcionarios con grandes cargas de trabajo que podrían olvidar notificar un informe que acuse sospecha. Vuelve a aparecer la aceptación de una circunstancia que debería tener un estándar de funcionamiento más metódico, con más respeto por la dignidad de las mujeres: “Una está acostumbrada que se demoren en citarte para los resultados, es así”. Respuestas como “si salen malos la vamos a llamar, si salen buenos no”, está lejos de ser aceptable, sin embargo se naturaliza este tipo de respuestas, y algunas deambulan una y otra vez al consultorio para saber si habrá llegado su informe.

- **Percepción negativa del trato del personal sanitario.**

Esta barrera resultó más equilibrada en cuanto a percepciones en positivo, en especial respecto de las matronas, y en negativo, y no por ello menos relevante

evidenciar aquellos relatos que las mujeres les atribuyen una connotación de frialdad, en especial a los tecnólogos que toman el examen mamográfico y en menor cuantía del personal administrativo: "...son parcos, no son amables, poca paciencia, no tienen buen carácter"; "Más o menos, media fría, es a la suerte de la olla"; Era como indiferente la señorita. Cumplió con lo que tenía que hacer, solo me dijo ponga el brazo así, no se mueva"; "Me preguntó si antes había hecho el examen, era muy metódica, enfocada en su pega. No fue tan simpática, no me explicó nada"; "No me gustó mucho porque cuando vio que venía del consultorio. No tuvo buen tono, le dije que me dolía y fue pesado, fome, me dijo tiene que aguantar"; "Según en qué posición va uno. Si uno va bien, ir con paciencia, con buenos modales. A veces ellos piensan que es gratis y uno se siente mal"; No tiene que ver con disponer de más recursos o con mayor infraestructura del lugar, ya que el buen trato no tiene costo y forma parte de los satisfactores de la necesidad de *Afecto* de todo ser humano.

Objetivo Cualitativo N°2: Explorar respecto a barreras emocionales y psicológicas en la mujer al participar del examen EMPA Cáncer de mama en el sistema público de salud. Se conformaron 2 metacategorías (Diagrama, Anexo 5):

- **Escasa motivación de la mujer por el autocuidado de su salud**

Se inició la conversación con la intención de situarnos en el contexto del autocuidado por la salud de la participante. Cuando se expresan sobre qué hacen para dar solución si están enfermas, o si consideran que se preocupan por su salud, aparecen estos relatos en la mayoría de ellas: “Me automedico, paracetamol por mi cuenta”; “Nooo, con el hecho que fumo...”; “La verdad no. Solo comer adecuadamente”; “Antes, ahora no realmente por tiempo, gastar plata del bolsillo porque a veces en el consultorio no resulta...”; “No. De partida soy fumadora, soy golosa, tengo diabetes, colesterol”; “... veo cómo me siento, mi ánimo y lo que hago me acuesto. Soy reacia para los remedios, tomo harta agua”; “Tomo remedios caseros, ya no voy al médico”; “Me hago la lesa, quejosa no soy”; El gran autocuidado para ellas es cuando ya no resisten la enfermedad o malestar, recién en esa circunstancia acuden por atención médica: “...tiene que ser extremo para ir al doctor...”; “visito al doctor cuando ya no doy más. Antes uso calmantes”; “No voy al tiro al doctor, no quiero faltar a mi trabajo, espero hasta sentirme muy mal”; “Voy a médico, pero tengo que estar muy grave”; “Ir al médico, pero cuando uno ya no da más”. Es evidente la postergación de ellas mismas en las expresiones y lenguaje categórico que usan para referirse al autocuidado de su salud. En palabras de Giraldo y Ceballos, estaríamos observando autobarreras presentes en ellas, que incluso no las perciben. Para las participantes es natural aplazar el cuidado de su salud, hasta que sus síntomas se hagan insoportables, aún teniendo la instancia en la APS, sin costo, sin embargo no la usan cotidianamente.

Todas conocían el examen de mamografía y saben su finalidad al decir “es para saber si uno tiene cáncer de mama”; “...para ver el éste del cáncer”; “es para ver si uno tiene un quiste”. Sin embargo al conversar respecto a si se preocupan del cuidado de su salud, no afloró la mención de este auto cuidado, como ejercido de parte de ellas, a pesar que la mayoría se lo ha practicado en el consultorio. Se devela que en sus controles en alguna instancia de atención médica del consultorio, son derivadas a atención con la matrona para estos efectos: “...la doctora que atiende por crónico me mandó” (refiriéndose a que la derivó a la matrona para hacerse la mamografía); “ ...antes iba a la matrona por las pastillas y me hacían el examen...” . No se asume el autocuidado, éste queda en manos de otro que decidirá cuándo la convocará para un chequeo. También puede develar el acomodo a un sistema que funciona con programas, metas, y acciones predefinidas, sobre el cual no se tiene injerencia, generándose conductas adaptativas al sistema.

- **Preocupaciones emocionales y psicológicas ante un eventual diagnóstico de cáncer de mama.**

Ante la idea hipotética de padecer un diagnóstico de CA de mama, expresan sus preocupaciones, emocionales y psicológicas, y la mayoría de las participantes piensan en la muerte como único destino y emerge con fuerza la preocupación por la familia, en especial por los hijos: “Muerte. Arreglaría todas mis cosas, para

que mi hija no tenga problemas. Hasta el terreno lo regularizaría para que mi hija no tenga problemas. Si el doctor me dice, ahí me haría el tratamiento, pero lo primero lo otro”; “Que me voy a morir, yo no me moriría nunca, le tengo terror, pánico, no existir. Quiero ver mi nieta grande”; “Se me viene el mundo abajo... me pongo a pensar en mi mamá quién la va cuidar, y yo le he dado todo a ella”; “Dolor, familia, muerte. Me asusta por la familia, sobre todo por mis hijos”; “Altiro muerte, me queda poco. Pienso en la familia. Tengo que terminar cosas...”; La mayoría de las mujeres piensan automáticamente en la muerte, no vislumbraron otra opción, y sin abandonar la dedicación por la familia. Este comportamiento está muy arraigado en la idiosincrasia de la mujer chilena. Otras expresaron su inmediata relación con la muerte: “Muerte altiro no más, por la experiencia”; “Me da ataque, veo otros médicos. Pienso que me estoy muriendo altiro”; “Es terrible, lo peor morirse. Que esté avanzando si no se descubre a tiempo”; “yo le trabajé a una nutricionista. Usaba peluca y después se mejoró y después me enteré que falleció y estaba en buenas manos. Qué queda para uno”; como también un relato de mucha resignación: “Será, hay que aceptarlo, honestamente me quedaría sin tratamiento, ya cumplí mi ciclo de vida, mi hija ya está lista. Me emociona esto...” Las mujeres entrevistadas no conectan con la posibilidad de tratamiento y recuperación ante un eventual diagnóstico de cáncer de mama. Fueron muy extremas y desesperanzadas.

Objetivo Cualitativo N°3: Develar el nivel de conocimiento de las mujeres usuarias del Sistema Público de Salud, respecto al examen preventivo del CA de mama EMPA. Se conformaron 3 metacategorías (Diagrama, Anexo 6):

- **No conoce sobre el programa EMPA de CA de mama y su continuidad.**

En relación a este objetivo se expuso a las participantes explicativamente en qué consistía este proceso EMPA CA de mama como prestaciones de salud garantizado a todas las mujeres chilenas asintomáticas, durante su lapso de vida de 50 a 59 años de edad. Las expresiones se manifestaron con el mismo significado, usando distintas expresiones, entre éstas: “No tenía idea, eso sí que no lo sabía, ni el tramo de edad”; “No conocía esta información, pedí la interconsulta por mi cuenta”; “No, no sabía”; “Ni idea”; “No eso. Solo que había que hacérsela, hay poca información”; “No. Siempre me he preguntado cada cuánto es bueno hacérsela”. Solo una de las mujeres expresó un conocimiento leve ante la presentación explicativa del programa EMPA: “No sabía mucho, pero me dijeron que a partir de los 50 años”.

Esta garantía para efecto del estudio, se ha considerado como un *satisfactor* de la *Necesidad Humana de Protección* y contribuye a la necesidad de *Subsistencia, Entendimiento* y la de *Creación*, en concordancia con la propuesta de Max-Neef y sus investigadores. Estas expresiones encienden una luz de alarma, ya que la garantía actual está vigente desde el año 2013 con 3

mamografías en ese rango etario, sin embargo no se conoce su contenido, siendo relevante para detectar tempranamente la principal causa de muerte por cáncer de la mujer en Chile. Cabe preguntarse por la promoción y difusión del mismo, desde la institucionalidad, en diferentes formatos y medios de comunicación, como también por la interacción con el consultorio o CESFAM, instancia de salud en el que todas las participantes expresaron encontrarse inscritas, sin embargo ellas no conocen este proceso de salud.

- **Desconocimiento del permiso laboral para practicarse el examen mamográfico.**

Como segundo aspecto relacionado y en la misma dinámica anterior, se les presentó el contenido de la ley de permiso laboral vigente hace 6 años, para practicarse el examen mamográfico, sin descuento de remuneración, durante la media jornada de permiso para este efecto. Las participantes coinciden en su mayoría, excepto dos de ellas, en no conocer esta facilidad, a pesar que 8 de ellas son trabajadoras: “No sabía, no lo he usado, lo usaría para uno, cualquier día”; “No sabía, ni la menor idea lo de la ley laboral, ahora me lo haría”; “No sabía, verdad, nunca, sí lo usaría”; “No, para nada” “ No tenía idea, es bueno que no me descuenten” y otras expresiones similares. Las 2 mujeres que estaban en conocimiento, expresaron: “Lo supe hace un mes”; “Lo supe por internet viendo la ley laboral hace un año...”

Nuevamente se cuestiona la promoción y difusión de este satisfactor desde las instancias que forman parte del tejido social como lo son las instituciones de salud pública en especial las APS, desde instituciones laborales, empleadores y otros, como también desde las propias mujeres. Ha sido interesante lo que expresa una de las dos participantes que conocían esta normativa, cuando dice: “Lo supe por internet, viendo la ley laboral hace un año”. Algo devela de su curiosidad por estudiar o investigar desde su necesidad de *Entendimiento* en la categoría existencial del Hacer.

- **Desconocimiento de que el tratamiento del CA de mama está garantizado por ley AUGE.**

Se percibe similar desconocimiento cuando se les presenta que en Chile existe el Plan AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) o GES (Garantías Explícitas en Salud), consagrado legalmente, para tratar el CA de Mama para toda mujer mayor de 15 años, en caso de ser diagnosticada con esta enfermedad, tendrá derecho a tratar oportunamente y con tiempos garantizados de espera su cáncer de mama (operaciones, quimioterapia, radioterapia, reconstrucción), sin costo o a bajo costo según sus ingresos. Al respecto las participantes comentan: “Sabía por otras enfermedades, pero no que cáncer de mama estaba en el AUGE”; “Tampoco sabía, no leo nunca los avisos, trabajo sola”; “No. Pensé que era para las personas más adultas”; “No sabía para el cáncer de mama. Mientras uno no se enferma no sabe”; “No sabía”; “Supe por una conocida que me contó

algo, pero no tenía idea de detalles”; “... no tenía idea”. Este satisfactor que apunta directamente a la necesidad de *Subsistencia* se encuentra vigente desde hace 15 años de parte del Estado. Algo han escuchado algunas pero no tienen claridad, poco concreto su saber. Las mujeres que expresan saber, dicen haberse enterado por las noticias, por carteles del consultorio, por televisión, por amistades. Sobresale el aporte del entorno social y los medios de comunicación que desde sus espacios de interacción les han colaborado a la necesidad de *Entendimiento*. Aún cuando este satisfactor es de tipo curativo y el EMPA en estudio pertenece a la esfera preventiva, se optó por incorporarlo ya que sí tienen relación por abordar un tema en común y por ser uno continuidad del otro en caso de resultar con sospecha de cáncer en el EMPA. Las participantes conceptualmente están más familiarizadas con el AUGE o GES para tratarles un eventual cáncer que con aquello que les ayuda a detectarlo tempranamente con mayores expectativas de mejora.

X Conclusiones.

10.1 Conclusiones Cuantitativas.

En relación a la comparación años 2013 y 2017, basada en la Encuesta CASEN a nivel nacional, la cobertura del examen mamográfico, en mujeres de 50 a 59

años de edad, del sistema público de salud presento un incremento del 5,8%, ya que el año 2013 esta cobertura fue de un 68,5% de mujeres, de un total de 613.394 mujeres que declararon haberse realizado este examen de mamografía dentro de los últimos tres años y el año 2017 fue de un 74,3%, de un total de 736.992 mujeres que declararon haberse practicado el examen.

Sin embargo, esta diferencia podría ser explicada por estar utilizando dos muestras distintas de datos. A nivel preliminar es posible observar que, dado los intervalos de confianza estimados para ambos grupos, estos no se interceptan entre sí. Esto sería una primera evidencia de diferencia entre los años. Para asegurarse se aplicó el test estadístico de comparación de proporciones, que evidenció que es posible rechazar la hipótesis inicialmente planteada que afirmaba que la cobertura se habría mantenido estable, entre los años 2013 y 2017, ya que ese 5,8% de diferencia resultó estadísticamente significativo.

En relación a la comparación años 2013 y 2017, basada en la Encuesta CASEN a nivel de la Región de Valparaíso, la cobertura del examen mamográfico, en mujeres de 50 a 59 años de edad, del sistema público de salud presenta un incremento de 8,8 puntos porcentuales, ya que el año 2013 esta cobertura fue de un 65,9% de mujeres, de un total de 65.738 que declararon haberse realizado este examen de mamografía dentro de los últimos tres años y el año 2017 fue de un 74,7%, de un total de 780960 mujeres que declararon haberse practicado el examen.

No obstante lo anterior, la mejora de cobertura reflejada durante el periodo de los años 2013 a 2017, podría ser explicada por estar utilizando dos muestras distintas de datos, de mujeres de la V Región. Por tanto al igual que en la muestra nacional, antes analizada se aplicó test de comparación de proporciones, cuyo resultado lleva a concluir que las diferencias de cobertura de los años 2013 y 2017, son estadísticamente significativas.

Por tanto los resultados a nivel nacional y de la V Región fueron similares, reportando esta última una diferencia mayor de cobertura en un 0,4 en año 2017.

Los resultados, previamente relatados, permiten observar una mejoría en torno al aumento de la cobertura del examen mamográfico a nivel nacional entre los años 2013 y 2017. No obstante, aún existiría un 25% de mujeres que no se han realizado el examen de mamografía en los tres últimos años, generando un riesgo tanto a nivel familiar, como gubernamental, esto último en relación a la última Encuesta CASEN 2017.

En línea con lo anterior, la revisión de los resultados de la Encuesta CASEN 2017, a nivel nacional y de la Región de Valparaíso, respecto a las motivos que reportan las mujeres para no realizarse el examen, refleja de forma contundente que las razones de “Disposición Personal” estarían guiando a gran parte de esta población a la no realización del examen con cerca de un 57,7% y 51% respectivamente. Es menester recordar que dentro de esta categoría están

aquellas que reportan no habérselo realizado porque “le da Miedo o le disgusta”, “No tiene tiempo”, “Se le olvida hacérselo”.

Por otra parte, razones tales como el “Desconocimiento” con un 33,5% a nivel nacional y 38,7% a nivel de la Región de Valparaíso y aquellas relacionadas a las “Condiciones de atención del sistema público”, con un 6,3% y 7,7% respectivamente.

Adicionalmente las barreras económicas a nivel nacional y de la V Región parecen no ser un factor determinante para la realización del examen por parte de aquellas mujeres inscritas en el sistema público de salud. Solo un 2,5% y 2,6 de ellas mencionan una razón de este tipo como su primera respuesta.

Es de señalar que se presenta una limitación para medir los motivos de no haberse practicado el examen, en la Encuesta CASEN 2017. Esta limitación es del 16% de las mujeres que contestaron “no sabe” u “otra razón”, desconocida del por qué no se ha hecho la mamografía.

Los resultados fueron muy categóricos, y la hipótesis no fue confirmada, ya que se postuló que era la categoría “Desconocimiento” la principal razón, sin embargo arrojó una baja representación, con un 33,5% a nivel nacional y 38,7 a nivel de la V Región., versus la “Disposición Personal” con un 57,7% y 51,0% respectivamente

Es importante señalar que la Encuesta CASEN, en la primera pregunta que se analizó en este estudio (¿en los últimos 3 años se ha hecho una mamografía?), no discrimina si esas mamografías se las hicieron por sospecha de enfermedad, es decir presentando algún síntoma alertador, o si fueron hechas en el contexto de la garantía EMPA CA de mama dirigido a mujeres sin sintomatología de acuerdo a la naturaleza de este dispositivo preventivo, estudiado en la medición cualitativa. Para acercar ambos análisis, el cuantitativo y el cualitativo, se filtró la Encuesta CASEN a mujeres entre 50 y 59 años de edad, y con sistema de salud público FONASA. No obstante lo anterior, estas precauciones cautelares no las hace asimilables totalmente.

En relación al objetivo general cuantitativo, se estima que se logro concretar la comparación de cobertura del examen de mamografía cotejando los años 2013 y 2017, en base a la Encuesta CASEN de esos años. Se alcanzo una cobertura declarativa de 68,5% y 74,3% respectivamente, a nivel nacional, cuya diferencia resulto estadísticamente significativa, luego de aplicar el test estadístico de comparación de proporciones para esos efectos. Similar situación ocurrió al cotejar mismos años en la V Región, que se presento con un incremento de cobertura de 65,9% y 74,7%, presentando la Región de Valparaíso un avance superior en 0,4 puntos al expuesto a nivel nacional, en la Encuesta CASEN 2017.

Asimismo se extrajo las razones esgrimidas por las mujeres que no se han hecho una mamografía, dentro de los últimos 3 años, logrando establecer que no

obedecía prioritariamente a motivos de desconocimiento, según la hipótesis establecida, siendo ampliamente sobrepasada por razones de disposición personal.

10.2 Conclusiones Cualitativas:

El trabajo de campo desplegado en esta investigación exploratoria, ha permitido conocer la experiencia de mujeres con la política pública preventiva del CA de mama, desde sus propias subjetividades y puntos de vista, en su calidad de población objetivo de esta política garantizada por el Estado de Chile.

Las complejidades encontradas en los relatos de las participantes, dan cuenta de variadas circunstancias que se congregan como problemas, trabas prioritariamente del sistema público de salud, y también barreras personales presentes en las mismas mujeres en el contexto de su participación en el proceso estudiado.

Aquellos problemas detectados en el sistema público de salud, irrumpen con facilidad y quedan expuestos en sus conversaciones, con una importante carga de aceptación por parte de ellas. Específicamente producto de la categorización y codificación axial surgieron “El consultorio no informa sobre el EMPA CA de mama y su continuidad como *proceso* en el rango etario”, “Percepción negativa de los tiempos de espera para atención EMPA CA de mama”, “No se considera disponibilidad horaria para asignar fechas y horas para su participación en EMPA

CA de mama”, “No se informa resultado de la mamografía”, “Percepción negativa del trato del personal sanitario”. Se interpreta que estas complejidades las aceptan pasivamente como parte de su vida cotidiana, es a lo que tienen acceso con el sistema de salud al que acceden, exhibiendo una resignación aprendida de generación en generación. Claramente el fenómeno conceptualizado en estudio colombiano por Giraldo & Ceballos, “Normalización de las Barreras en el sistema de Salud”, está también latente tras las expresiones de estas mujeres chilenas, las que se habitúan a las barreras, y pasan a ser naturales en el contexto de la atención del dispositivo preventivo estudiado. Incluso no se revelan y no expresan rabias en sus relatos, más bien su actitud es pasiva, sin mayor cuestionamiento. Variadas y sentidas expresiones dieron cuenta de las complejidades encontradas, según lo expuesto en el desarrollo del Análisis Cualitativo.

Adicionalmente se pudo abstraer dos hallazgos vinculados a la complejidad detectada “el consultorio no informa sobre el EMPA CA de mama y su continuidad como *proceso*.” Han emergido del análisis de los datos, y develados indirectamente por ellos y podrían ser llamados, el primero como “Sin sentido de *proceso* preventivo” y el segundo como “Sin sentido de *derecho* preventivo”.

El EMPA de CA de mama está presentes en nuestra política pública, normado explícitamente y con el propósito de frenar la mortalidad de la primera causa de muerte por cáncer en la mujer chilena, por ende es de sentido común que las

mujeres del sistema público de salud lo conozcan, lo asimilen y lo ejerzan en toda su magnitud. Sin embargo queda en manos de consultorio, en sus funcionarios, la determinación de darlo a conocer a las mujeres como *proceso* durante una década de sus vidas, promoverlo y aplicarlo. Llegan a ser oportunistas y asistemáticos los esquemas de administración y aplicación que hace el consultorio de este dispositivo. Impiden a estas mujeres, que se ocupen de completar el *proceso* durante esa década, y que se puedan comprometer en primer lugar con sí mismas y el cuidado de su salud y calidad de vida, detectando esta enfermedad lo más tempranamente posible. Hacerse las mamografías dependerá si la matrona u otro profesional improvisadamente, o tal vez cuando falta para llegar a la meta de cobertura fijada por el MINSAL, se disponen a ello o si ya se alcanzó la meta establecida, que es bastante baja por cierto (25% de la población beneficiaria), se deja de dar énfasis a brindar esta garantía. Garantía que traducen en “una mamografía”, pero no como la participación en un *proceso*. La segunda abstracción, “Sin sentido de derecho preventivo” es consecuencia de la desinformación sobre el dispositivo, limitando e imposibilitando que quede en manos de las mujeres, el ejercer y exigir este derecho, como sujetos de derecho que son.

Se deduce que existiendo el satisfactor preventivo EMPA CA de Mama, como dispositivo formal que cubre la necesidad universal de Protección, dispositivo normado, con su estructura y recursos asignados, sin embargo, no fluye a las mujeres, y no es cogido por ellas, como proceso durante una década de sus vidas

y tampoco como derecho garantizado, en virtud de la mortalidad por CA de mama que continua en ascenso sin control.

Al situarse en las vivencias de las mujeres, se encontró otras situaciones que ligada a la anterior, se traducen en barreras importantes de accesibilidad como son los tiempos de espera para lograr horas de atención con el o la profesional a cargo del EMPA CA de mama, la dificultad al tener que concurrir presencialmente, casi al alba con los riesgos que ello implica, a agendar hora para concretarla hasta en 3 meses más adelante. Sumado a ello, la desconsideración del sistema en relación a la disponibilidad horaria de la mujer para agendar las horas de atención, ya que son impositivas. Este también es un factor de deshumanización que presenta el sistema de salud, al ser indiferentes ante la disponibilidad horaria de la mujer, con nula consideración de los compromisos laborales o personales de las mujeres entrevistadas. Agrava la situación el no comunicar formalmente el resultado del examen mamográfico a la usuaria, constituyéndose en un sinsentido omitir tan relevante instancia. Si a eso le sumamos algunos tratos e interacciones despersonalizadas de los funcionarios que intervienen en el proceso, el resultado es desalentador. Si no se despliega el buen trato en forma natural, como piso mínimo en una relación entre personas, se estará afectando en mayor o menor medida su autoestima. Los satisfactores de respeto, tolerancia, y receptividad emotiva son esenciales para la realización de la necesidad de *Afecto*, en toda interacción que se precie de valiosa y sinérgica. Todas las complejidades mencionadas han sido identificadas como

barreras para acceder al dispositivo EMPA CA de mama, en cuanto a oportunidad y calidad del mismo. Como también se observan aceptadas por las mujeres como naturales, y no oponen resistencia a ellas esto las sitúa dentro de la conceptualización de “Normalización de las barreras del sistema de salud”.

En relación al primer objetivo cualitativo señalado, se ha logrado conocer complejidades presentes en el sistema de salud chileno, emergiendo incluso algunas no mencionadas en los dos estudios colombianos referenciados. Con lo expuesto en el análisis, la primera hipótesis, como también surgieron abstracciones de los datos expuestos. En consecuencia la primera hipótesis cualitativa resulta lograda toda vez que se conocieron variados administrativos y experiencias negativas en el contexto de sus cuidados preventivos del cáncer de mama y vinculados a la “normalización de las barreras del sistema de salud”.

En la exploración de barreras psicológicas y emocionales al participar en el EMPA CA de Mama, se identificaron las categorías “Escasa motivación de la mujer por el autocuidado de su salud” y “Preocupaciones emocionales y psicológicas ante un eventual diagnóstico de cáncer”, ambas nos revelan la postergación que la mujer hace de sí misma. Relatan que no buscan atención médica hasta que la situación ya se torna insoportable para ellas. Con esta carga la mujer se presenta en el contexto del examen EMPA CA de Mama, constituyendo una arraigada autobarrera a costas. Es así que la realización de sus necesidades de Subsistencia y Protección quedan relegadas. La acompañan sus miedos y pensamientos angustiosos ante la posibilidad de resultar con un eventual

diagnóstico de cáncer, pasando a formar parte de autobarreras que está latentes en la experiencia de someterse a un chequeo para detectar alguna sospecha de esa enfermedad. Asocian el diagnóstico con muerte segura y a corto plazo emergiendo inmediatamente la preocupación por su familia, y en un primer plano por los hijos más que por sí mismas. Ante la necesidad universal de *Afecto*, ellas se postergan para cubrir esa necesidad en sus hijos y familia, para brindarles cuidados, incluso cuando es su propia vida la que está en juego: “Pienso en mis hijos, igual están grandes, pero igual dejar a mis hijos...”.

Respecto al segundo objetivo, se logró identificar las dos barreras emocionales y psicológicas mencionadas, que están presentes en las participantes en su vida cotidiana y las acompañan en su trayecto de cuidados preventivos de este problema de salud. En relación a la hipótesis planteada si bien ambas, “escasa motivación por su autocuidado” y “preocupaciones emocionales y psicológicas ante un eventual diagnóstico de cáncer de mama”, no emergieron explícitamente de las entrevistadas como barreras, por la lectura que se hizo de sus relatos, se las identificó como barreras que limitan sus cuidados preventivos, dado que están presentes en la mujer, al vivir la experiencia preventiva de CA de mama como también en otras circunstancias cotidianas cotidiana de sus vidas.

En relación al propósito de develar el nivel de conocimiento de la mujer respecto al examen preventivo de CA de mama EMPA, en el sistema público de salud, se conversó con ellas si estaban en conocimiento de tres aspectos relacionados. El

primero, el programa de examen preventivo EMPA CA de Mama, el segundo, la ley de permiso laboral para estos efectos, y finalmente la garantía AUGE para tratar este cáncer. Previamente se les explicó su contenido y en los tres aspectos se develó un importante desconocimiento en sus relatos, con énfasis en el EMPA CA de mama como proceso y como derecho, y la ley de permiso laboral. No se han informado por los medios de comunicación, ni en interacciones con pares, y tampoco en el consultorio, según se expuso inicialmente en el análisis. Sólo se realizan una mamografía cuando el consultorio las deriva oportunamente para ello, pero sin conocer su sentido y sus etapas. Se detectó una carencia significativa de información al no conocer la ley laboral mencionada publicada hace 6 años que brinda permiso laboral a la mujer durante su jornada de trabajo para practicarse el examen de mamografía, a pesar que las mujeres participantes eran en su mayoría mujeres que se encontraban trabajando. Se observa fallas en la difusión, desde la institucionalidad pertinente como de empleadores para su ejercicio. *Satisfactores*, como los 3 mencionados, inspirados en cubrir la *Necesidad Fundamental de Protección* a la vida de las mujeres no son conocidos y aprehendidos por ellas. Estas mujeres no han sido informadas de estas oportunidades que buscan favorecer la práctica continua del cuidado de su salud. *Satisfactores* favorecedores que descansan prácticamente en el anonimato.

En atención a lo expuesto, se considera logrado el objetivo de develar el nivel de conocimiento respecto al EMPA de CA de mama. Resultó evidenciado el casi

nulo conocimiento y comprensión de los satisfactores implementados específicamente para la mujer y destinados a proteger su vida y su calidad de vida. Resulta incomprensible que siendo ella y su vida el propósito que los inspiró, sin embargo no los conocen o tienen una noción incompleta y atomizada de alguno de ellos. Desde la institucionalidad de salud y laboral, ha errado la difusión y promoción de estos dispositivos.

Cabe mencionar como información emergente, que las mujeres sienten que cuentan con red de apoyo familiar en caso de enfermar por esta causa. Como también el trato de las matronas o enfermeras a cargo del programa lo consideran bueno y amable. Asimismo conocían la existencia del examen de mamografía y la gran mayoría se lo había practicado al menos una vez.

El objetivo general cualitativo fue logrado, a través de los relatos que permitieron acceder a las percepciones y vivencias de las mujeres en el contexto del EMPA CA de mama, que aplica en mujeres asintomáticas.

Se rescataron sus experiencias con sus sentimientos y frustraciones en la trayectoria de participación en este proceso preventivo en el sistema público de salud, proceso que definitivamente no conocían y que no tenían asimilado, como proceso ni como derecho, durante 10 años de su vida.

Todas las complejidades que deben enfrentar se observaron como normalizadas por ellas, sumado a ello se conoció de la postergación de su autocuidado en

salud y de sus miedos ante un eventual diagnóstico de cáncer. Finalmente se develó el desconocimiento y desinformación que tienen las mujeres de los dispositivos garantizados para proteger su propia vida.

XI. Notas:

¹Anuario de Estadísticas Vitales, 2017, Instituto Nacional de Estadística, <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>, *índice 1.2.2.2.6-14, código C50, CIE10*.

²Plan Nacional de Cáncer 2018-2028, 2018, Ministerio de Salud, p.14.

³Icaza, et. al, 2017, p.107.

⁴Serra, 2011, p. 553.

⁵Plan Nacional de Cáncer 2018-2028, 2018, Ministerio de Salud, p.141.

⁶Casos GES Acumulados a Junio 2019, Superintendencia de Salud, <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-18644.html>

⁷Anuario de Estadísticas Vitales, 2017, Instituto Nacional de Estadística, <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>, *índice 1.2.2.2.6-14, código C50, CIE10*

⁸Decreto Supremo N° 22, 2019, Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, Ministerio de Salud, Art. 3, N°8.

- ⁹Icaza, et.al, 2017, p. 107
- ¹⁰Guías Clínicas AUGE Cáncer De mama, 2015, Ministerio de Salud, p. 10.
- ¹¹Anuario de Estadísticas Vitales, 2017, Instituto Nacional de Estadística, <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>, *índice 1.2.2.2.6-14, código C50, CIE10*.
- ¹² Estrategia Nacional de Cáncer, 2016, Ministerio de Salud, p.39.
- ¹³ Estrategia Nacional de Cáncer, 2016, Ministerio de Salud, p.39.
- ¹⁴ Plan Nacional de Cáncer 2018-2028, 2018, Ministerio de Salud, p.67.
- ¹⁵ Icaza, et. al, 2017, p.112.
- ¹⁶ Informe de Fiscalización N° 15, 2015, Superintendencia de Salud, p.4.
- ¹⁷ Estrategia Nacional de Cáncer, 2016, Ministerio de Salud, p.55.
- ¹⁸ Guía Clínica Cáncer de mama, 2010, Ministerio de Salud p.34
- ¹⁹ Lozano, et. al, 2009, p.148.
- ²⁰Max Neef et. al,pag 26.
- ²¹Max-Neef et. al,1986, p35.
- ²²Max Neef et. al, 1986, p 41.
- ²³ Max-Neef et. Al,1986, p 42.
- ²⁴Max-Neef et. al, 1986, p. 43-47.

XII Referencias Bibliográficas.

CASTRO Verónica y TUESCA Rafael, *Barreras de Acceso, Percepciones, Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama: Análisis de Casos Cartagena-Colombia*, Colombia, 2018, Vol. 2, p. 91-100. Soporte en línea <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1768>

GIRALDO Clara y CEBALLOS Grey, *Acostumbrarse a las Barreras: Estudio Cualitativo de las Barreras del Sistema de Salud Colombiano para el Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de Cáncer de Mama*, Colombia, 2011, N°2

Vol. 12. Soporte en línea

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1768>

HERNANDEZ Roberto, FERNANDEZ Carlos y BAPTISTA Pilar, *Metodología de la Investigación*, México, 2014, 6° edición.

ICAZA Gloria, NÚÑEZ Loreto y BUGUEÑO Herna, *Descripción Epidemiológica de la Mortalidad por Cáncer de Mama en Mujeres en Chile*, Revista Médica Chilena, 2017, N°1 Vol. 145, p. 106-114. Soporte en línea

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100014

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, *Estadísticas Vitales 2017*, Chile, 2017. Soporte en línea <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>

JADUE Liliana, *Epidemiología del Cáncer en Chile*, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Presentación de Power Point, Chile, 2019. Soporte en línea <https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2019/09/liliana-jadue.pdf>

MINISTERIO DE SALUD, *Estrategia Nacional de Cáncer*, Chile, 2016. Soporte en línea <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>

LOZANO Rafael, GÓMEZ Héctor, LEWIS Sarah, TORRES Luisa y LÓPEZ Lizbeth, *Tendencias del Cáncer de Mama en América Latina y El Caribe*,

Cuernavaca,, 2009, Supl. 2 Vol. 51, p. 147-156. Soporte en línea

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800004

MAX-NEEF Manfred, ELIZALDE Antonio y HOPENHAYN Martín, *Desarrollo a Escala Humana una Opción para el Futuro*, Cepaur, número especial 1986.

Soporte en línea http://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf

MINISTERIO DE SALUD, *Guía Clínica Cáncer de Mama*, Chile, 2010. Soporte en línea <https://www.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c4423d1e04001011f011398.pdf>

MINISTERIO DE SALUD, *Guías Clínicas AUGE Cáncer de Mama*, Chile, 2015.

Soporte en línea <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf>

MINISTERIO DE SALUD, *Plan Nacional de Cáncer 2018-2028*, Chile, 2018.

Soporte en línea https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf

SERRA Iván, *Cáncer de mama en Chile: Pasado, Presente y Futuro*, Revista Chilena de Cirugía, 2011, N°6 Vol. 63, p. 553-556. Soporte en línea

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000600001

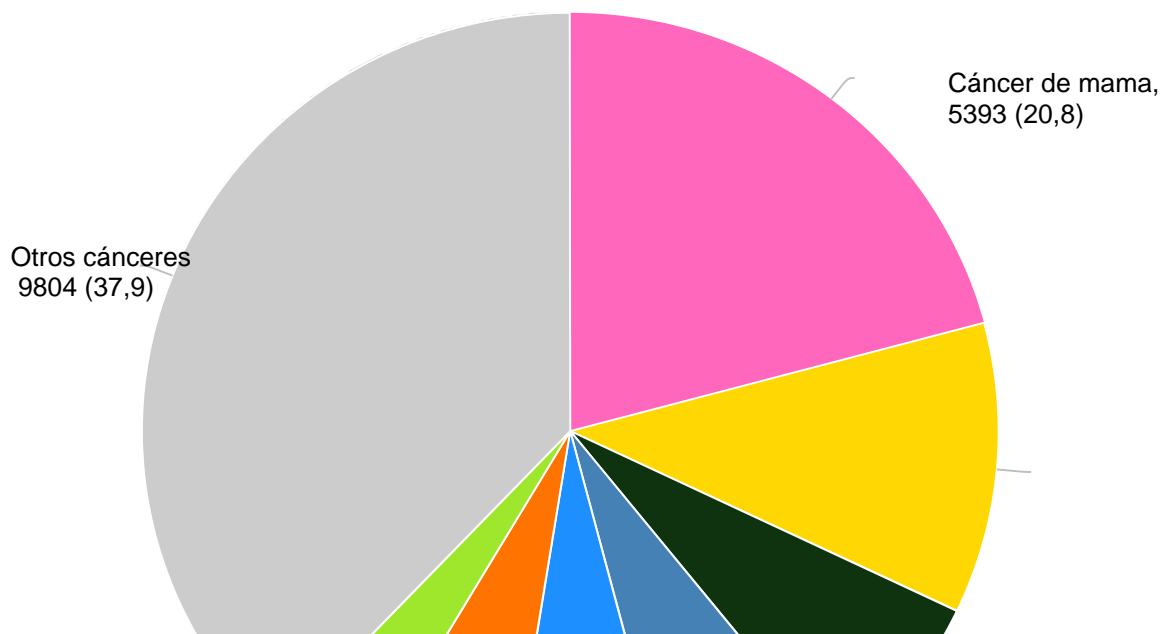
SUPERINTENDENCIA DE SALUD, *Casos GES (AUGE) Acumulados a Junio 2019*, Chile, 2019. Soporte en línea

<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-18644.html>

SUPERINTENDENCIA DE SALUD, *Informe de Fiscalización N°15 Examen de Medicina Preventiva Julio 2013- Junio 2014*, Chile, 2015. Soporte en línea <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-12482.html>

Anexo 1.

Número estimado de casos nuevos en 2018, Chile, mujeres todas las edades.



Cáncer
colorrectal
2912 (11,3)

Cáncer vesícula
biliar
1848 (11,1)
Cáncer de estómago
1733 (6,7)

Cáncer uterino
933 (3,6)

Cáncer de Cuello uterino
1549 (6%)

Cáncer de pulmón
1710 (6,6)

Data source: Globocan 2018
Graph production: Global Cancer Observatory
(<http://gco.iarc.fr>)

Anexo 2.

Matriz de Necesidades y Satisfactores Max-Neef y colaboradores.

Necesidades según categorías existenciales	Ser	Tener	Hacer	Estar
Necesidades según categorías Axiológicas				
Subsistencia	1/Salud física, salud mental, equilibrio,	2/Alimentación, abrigo trabajo	3/Alimentar, procrear,	4/Entorno vital, entorno social.

	solidaridad, humor, adaptabilidad		descansar, trabajar	
Protección	5/Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad.	6/Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo.	7/Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender.	8/Contorno vital, contorno social, morada.
Afecto	9/Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor.	10/Amistades, parejas, familia, animales, domésticos, plantas, jardines.	11/Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar.	12/Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.
Entendimiento	13/Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	14/Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales.	15/Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar.	16/Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia.
Participación	17/Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor.	18/Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo.	19/Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar.	20/Ambitos de interacción participativa: partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias.
Ocio	21/Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor,	22/Juegos, espectáculos, fiestas, calma.	23/Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear,	24/Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre,

	tranquilidad, sensualidad.		evocar, relajarse, divertirse, jugar.	ambientes, paisajes.
Creación	25/Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad.	26/Habilidades, destrezas, método, trabajo.	27/Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar.	28/Ámbitos de producción y retroalimentación: talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal.
Identidad	29/Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad.	30/Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo.	31, comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, actualizarse, crecer.	32/Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas.
Libertad	33/Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia.	34/Igualdad de derechos.	35/Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar.	36/Plasticidad espacio-temporal.

Anexo 3.

Entrevista: Exploración de la percepción de mujeres del sistema público de salud, vinculadas al examen preventivo de CA de Mama contenido en la Política Pública de Salud.

- 1) Si Ud. se sintiera enferma o con algún malestar ¿qué haría para solucionarlo?
- 2) ¿En relación a su persona, consideras que se preocupa por el cuidado de su salud? ¿Cuáles son tus cuidados?

3) ¿Se encuentra inscrita en el consultorio o CESFAM de su sector? En caso negativo ¿por qué no?

4) Ud. ha escuchado hablar de que examen de Mamografía permite conocer si tiene un quiste o tumor en sus mamas? ¿qué sabe de este examen?

5) ¿Se ha realizado 1 o más veces el examen mamográfico? ¿Dónde? ¿Cuándo fue la última vez?

5.1 Eliminada.

5.2 En nuestro país existe un Programa Preventivo de Detección a tiempo o Precoz del CA de mama, o sea antes que usted sienta algún síntoma o palpe alguna protuberancia en sus mamas. Consiste en que entre los 50 y 59 años de edad usted tiene derecho a practicarse 3 mamografías gratis (una cada 3 años), solicitándolas en su consultorio o CESFAM. ¿Conocía Ud. esta información? ¿Conocía que es en ese tramo de edad entre 50 y 59 años de edad?

5.3 ¿Ha recibido la indicación de su consultorio o CESFAM, para participar en ese Programa Preventivo? ¿Cuándo? ¿Quién le entregó esa información/invitación? ¿Le explicaron de qué se trataba el examen y su finalidad?

5.4 ¿Conoce una ley chilena que le otorga medio día de permiso laboral al año para mujeres mayores de 40 años sin descuento de sueldo para realizarse este examen preventivo u otros ginecológicos? ¿Ha hecho uso de ese permiso alguna vez? ¿Cuál es su opinión al respecto?

6) Si se ha realizado 1 o más Mamografías, ¿Dónde han sido y cuándo fue la última vez?

6.1 Realizarle la pregunta 5.2

6.2 Realizarle pregunta 5.3.

7) ¿Ha gestionado en su Consultorio una o más mamografías preventivas (sin síntomas de tumor o enfermedad) dentro de este Programa Preventivo de 3 Mamografías gratis entre los 50 y 59 años de edad o se las ha realizado en forma particular u otra opción?

7.1 Si se la (s) hizo en forma particular y no gestionada a través del consultorio, en este Programa gratuito, ¿Por qué optó por practicársela en forma particular?

8) Si se ha hecho las Mamografías Preventivas gestionadas en el consultorio o CESFAM (los consultorios o CESFAM no cuentan con Mamógrafos, pero es el consultorio quien tiene que derivar con una orden válida por ellos solamente, para que les hagan la Mamo. en el hospital de derivación del Servicio de Salud o a prestadores externos en convenio y el resultado del examen es informado al consultorio). ¿Hace cuánto tiempo se la realizó la última vez? ¿Lo hizo por iniciativa suya o porque la contactó el consultorio o CESFAM?

9) Respecto a esa última experiencia gestionada en el Consultorio, descríbame o cuénteme paso a paso todas las gestiones o trámites o etapas que tuvo que hacer para hacerse la mamografía, desde pedir la hora con la matrona para solicitarla hasta que le comunicaron los resultados del examen.

10) ¿Siente que ha sido una gestión simple y fácil de lograr o tuvo una experiencia con alguna dificultad o tramitadora para concretarla? ¿Por qué fue fácil? o ¿por qué fue dificultoso?

11) ¿Qué tan agradable o no tan agradable considera que fue el trato del personal administrativo o de servicios en esa última experiencia, tanto del Consultorio como del prestador que hizo el examen? (secretaria qué da las horas, el guardia del consultorio, personal de aseo, los auxiliares enfermería. etc.)

12) ¿Cómo sintió el trato que tuvo la matrona con usted en esa última gestión de su examen preventivo de mamas?

13) ¿Qué opinión tienes del trato que le dio el tecnólogo (a) o “doctor (a)” que le hizo la mamografía?

14) ¿Dónde se hizo esa última Mamografía? en el Hospital o en el Centro en Especialidades o la derivaron a un Centro Médico Particular en convenio con el consultorio?

15) ¿Cuándo le avisaron la fecha, hora y lugar del examen mamográfico preventivo, fue por teléfono o tuvo que ir periódicamente al consultorio a saber si ya tenían esa interconsulta?

15.1 ¿Se comunicaron con usted previamente por teléfono u otro medio, para acomodar la fecha y horario según sus necesidades?

16) ¿La contactaron del Consultorio, por fono o citación, para comunicarte los resultados de tu Mamografía Preventiva, una vez que el Hospital o prestador externo hizo llegar los resultados al Consultorio?

16.1 Eliminada.

16.2 ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que acudió al Consultorio a pedir la hora con la matrona hasta que le comunicaron los resultados de su mamografía? ¿Lo considera poco tiempo de espera o mucho?

16.3 ¿No sabe el resultado de esa Mamografía? ¿Hace cuánto tiempo fue?

17) ¿La matrona u otro profesional de la salud le explicó o le informó que tenía derecho a 3 Mamografías Preventivas (sin síntomas de enfermedad) gratis y cuándo le correspondía la siguiente?

18) Eliminada.

19) ¿Qué le gustaría cambiar del camino que tiene que recorrer una mujer para realizarse el examen preventivo de mama? ¿Tiene alguna idea para hacerlo más amigable o sugerencia para proponer al Consultorio, al Hospital o prestador externo?

20) ¿Hay personas en su grupo familiar o amistades o en su trabajo, que la motiven a realizarse este examen mamográfico preventivo? ¿Le consultan por los resultados?

20.1 Si le nombro el diagnóstico de cáncer de mama, ¿cuál es la primera idea que viene a su mente? ¿Cómo sería su reacción?

20.2 ¿Siente Ud. que tendría ayuda y apoyo para poder hacerse un tratamiento en caso de un diagnóstico de cáncer de mama? ¿De quién?

20.3 ¿En su familia o círculo cercano, ha habido alguien con diagnóstico de cáncer de mama? ¿Le preocupa mucho que le pueda pasar? ¿Qué es lo que le preocupa?

21) Desde el año 2014 existe una Ley en Chile que otorga permiso de medio día laboral al año sin descuento en el sueldo para hacerte una Mamografía u otro examen ginecológico. ¿Sabe de la existencia de este permiso laboral? ¿Lo ha usado alguna vez? ¿Alguna conocida suya sabe si lo ha usado?

21.1 Si no sabía de esta Ley: ahora que sabe ¿Cree que usaría ese permiso laboral anual sin descuento?

22) En Chile, en caso que a una mujer le diagnostiquen la presencia de cáncer de mamas, tendrá derecho a tratamiento garantizado y prontamente y sin costo o a bajo costo en el Sistema Público de Salud. Así está asegurado por ley AUGE. ¿Sabía que esto era así? ¿Cómo se enteró?

23) ¿Está en conocimiento de que un tumor mamario canceroso detectado o diagnosticado a tiempo, precozmente, tiene muchísimas posibilidades de sanarse?

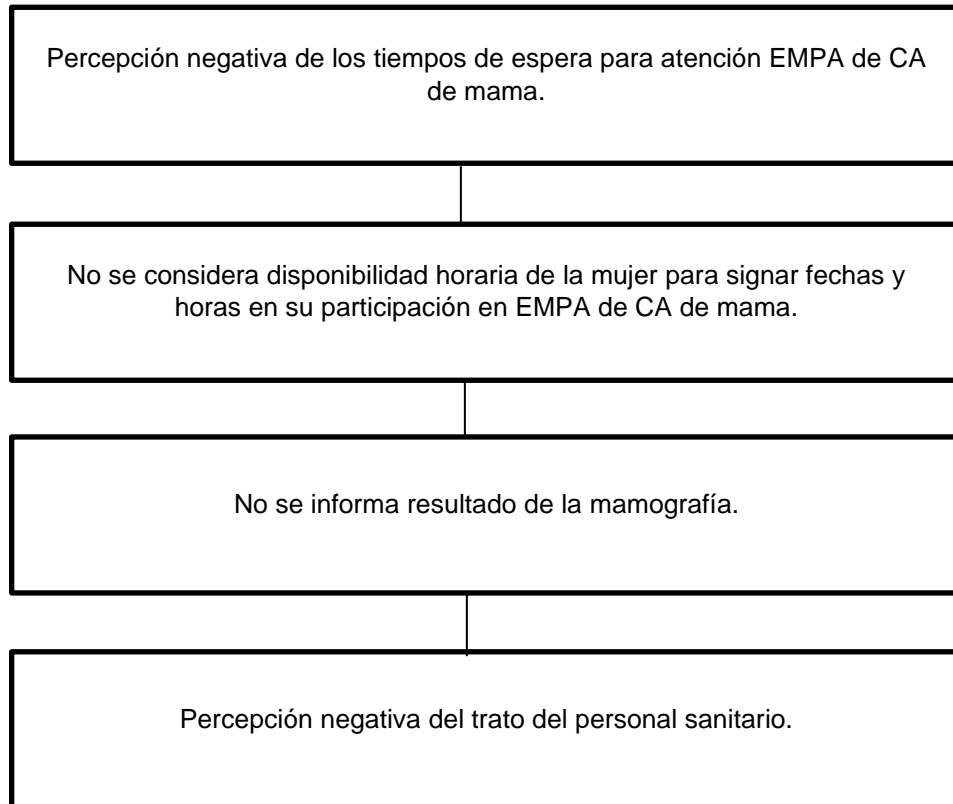
24) Ya hemos terminado esta entrevista, y estoy muy agradecida de su buena disposición para participar en el estudio. Si tiene alguna idea para ayudar a que este proceso sea mejor para usted y muchas otras mujeres.

Anexo 4.

Diagrama N°1.

Objetivo específico cualitativo: Conocer cuáles son las complejidades a las que se enfrenta la mujer al realizarse el examen preventivo del CA de mama, EMPA, en el sistema público de salud.

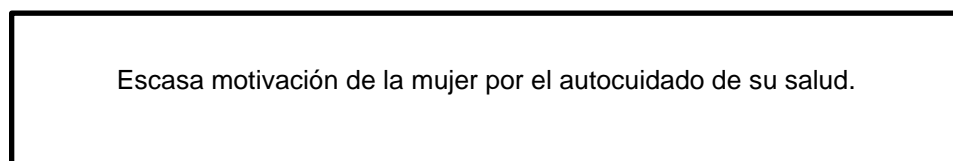
Consultorio o CESFAM no informa sobre el EMPA de mama y su continuidad, como proceso en el rango etario.



Anexo 5.

Diagrama N°2.

Objetivo específico cualitativo: Explorar respecto a barreras emocionales y psicológicas en la mujer, al participar del examen preventivo EMPA del CA de mama, en el sistema público de salud.



Preocupaciones emocionales y psicológicas ante eventual diagnóstico de CA de mama.

Anexo 6.

Diagrama N°3.

Objetivo específico cualitativo: Develar el nivel de conocimiento de la mujer respecto al examen preventivo de CA de mama EMPA, en el sistema público de salud.

No conoce sobre el EMPA de CA de mama y su continuidad.

Desconocimiento del permiso laboral para practicarse examen mamográfico.

Desconocimiento de que el tratamiento de CA de mama está garantizado por Ley AUGE.

