

Diplomado de Profundización Gestión de la Salud Pública

Contextualización General de la Salud Pública

Presentado Por:

Kelly Johana Jiménez Ayala
Natalia Vargas Ortiz
Soad Caro Romero
Yuri Liliana Jaramillo Díaz
Wilson Steban Baquero Martínez

Presentado A: MAGDA GIOANNA CRUZ

Curso: DIPLOMADO DE PROFUNDIZACION GESTION DE LA SALUD PUBLICA

Grupo: 3

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Mayo - 2019

Tabla de Contenido

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
MARCO TEORICO	6
ESTADISTICAS MUNDIALES DE CANCER	7
ANALISIS DE LA SITUACIÓN.....	8
CANCER DE MAMA EN MUJERES ENTRE LAS EDADES DE 35 A 50 AÑOS EN EL DISTRITO DE AGUABLANCA - CALI VALLE DEL CAUCA	10
INSTRUMENTOS DE DH.....	19
Reglamentación expedida por el Ministerio de Salud	19
OBJETIVO GENERAL	21
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
COMPONENTES DE SALUD PUBLICA.....	22
ACTORES	23
ESTRATEGIAS.....	24
RESULTADOS.....	30
ANEXOS	31
FOLLETO CANCER DE MAMA.....	31

RESUMEN

El presente estudio de profundización se realizó teniendo en cuenta la información relacionada con el cáncer de mama en la ciudad de Cali, Colombia; donde se identifican diversos estudios de la incidencia y prevalencia de cáncer de mama en la población.

A pesar de la gran cantidad de intervenciones realizadas para la prevención de cáncer de mama, aún la incidencia del mismo es alta lo cual incrementa la mortalidad por la misma situación.

En esta investigación se determina que los factores protectores que se establecen hasta el momento no han sido los mejores por lo tanto se proponen estrategias de fortalecimiento institucional que propenda por mejorar las condiciones generales de la población.

PALABRAS CLAVES

Cáncer: Tumor maligno, duro o ulceroso, que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes

Enfermedad: Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

Prevalencia: Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado. Por tanto, podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo.

Cáncer de mama: Es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control. Existen distintos tipos de cáncer de mama. El tipo de cáncer de mama depende de qué células de la mama se vuelven cancerosas.

Morbilidad: Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a las revisiones realizadas y los diferentes artículos científicos establecen que el cáncer de mama es una enfermedad de impacto mundial, que tiene una alta prevalencia en países desarrollados y en vías de desarrollo (MSPS Colciencias, 2013). Es el segundo cáncer más común en el mundo y el más frecuente entre las mujeres, con cerca de 1,67 millones de casos nuevos diagnosticados en 2012 (25% de todos los cánceres).

“El cáncer de mama es la forma más común de cáncer en mujeres. Hay 200.000 casos nuevos de cáncer de mama cada año, dando por resultado 47.000 muertes por año. El riesgo en el curso de la vida del cáncer de mama es uno en ocho para una mujer a la edad 20. Para los pacientes menores de 60 años, la oportunidad para ser diagnosticado con el cáncer de mama es 1 en cerca de 400 de un año dado” Las enfermedades mamarias son muy frecuentes, y el cáncer mamario aparece a lo largo de la vida en 1 de cada 8 mujeres. Pero 9 y medio entre 10 mujeres con diagnóstico oportuno de cáncer mamario, se curan, y no sufren mutilaciones en su tratamiento.

En consecuencia de acuerdo a la revisión bibliográfica y se encuentra que el Análisis de la Situación de Salud 2018 para el Municipio de Santiago de Cali, muy importante el alto índice de Cáncer de mama en las mujeres, para lo que se contextualizara la problemática del cáncer de mama.

¿Qué es el cáncer de mama?

El cáncer es una enfermedad caracterizada por la proliferación anormal y desordenada de células que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor maligno en un determinado tejido u órgano. Los tumores malignos se conocen por su capacidad de destruir e invadir tejidos y órganos tanto cercanos como los que están lejos del tumor original. Hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon.

¿Cómo se origina?

Como sabemos que la mama está formada por lóbulos y lobulillos que forman conductos mamarios, estos son conductos que conducen la leche para el hijo nacido después del parto. Las células cancerosas o malignas son las que entran en juego, quitándole nutrientes y espacios a las células normales, es decir que aparecen cuando los procesos que controlan la reproducción de este celular normal se alteran, permite que la única célula anormal se multiplique con rapidez. Luego de esto se forma una masa de células cancerosas, denominada tumor, que puede invadir o destruir el tejido mamario normal, y con el tiempo diseminarse a otras partes del cuerpo. A este proceso se le llama metástasis. Aunque todavía no se conoce muy bien la etiología del cáncer de mamas. Es decir, el origen de estas “células malignas”.

Causas

Al igual que en otros cánceres, la causa o causas que provocan el cáncer de mama no se conocen. No obstante, los especialistas han identificado los factores de riesgo que predisponen a desarrollar la enfermedad:

-Edad: Es el principal factor de riesgo. A medida que la mujer se hace mayor tiene más posibilidades de padecer cáncer de mama.

-Genética: Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama tienen más riesgo. Éste se incrementa si el familiar es la madre, hermana o hija.

-Factores reproductivos: Aquellos agentes que aumentan la exposición a los estrógenos endógenos, como la aparición temprana de la primera regla, la menopausia tardía o el uso de terapia hormonal sustitutiva después de la menopausia aumentan el riesgo de cáncer de mama. No haber dado a luz nunca también está relacionado con este cáncer.

-Cáncer de mama anterior: Aquellas pacientes que han tenido un cáncer de mama invasivo tienen más riesgo de padecer un cáncer de mama contra lateral.

-Densidad mamaria: Si es alta, también se relaciona con este cáncer.

-Radiaciones ionizantes: La exposición a este tipo de radiaciones, especialmente durante la pubertad, aumenta la posibilidad de tener cáncer de mama.

¿Cómo se puede detectar tempranamente el cáncer?

El cáncer se puede identificar tempranamente, mediante estrategias de detección temprana, las cuales se orientan a reconocer oportunamente la presencia de la enfermedad antes de que aparezcan los síntomas, lo que permite (en caso de encontrar la enfermedad) instaurar un tratamiento a tiempo aumentando la probabilidad de curación. Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a la identificación oportuna de una enfermedad específica, en un punto de su historia natural, en el que puede ser tratado con el menor impacto posible y la mayor probabilidad de curación.

Las actividades de detección temprana en cáncer se realizan en dos grupos de población:

Personas sanas a quienes se les realiza de manera rutinaria una prueba específica de detección

*Personas que presentan síntomas sospechosos relacionados con la enfermedad a quienes se les realiza una prueba específica de detección. En Colombia, se tienen definidas pruebas específicas para la detección temprana para el cáncer de mama:

- Autoexamen de mama, desde los 15 años, cada mes
- Examen clínico de la mama cada año a partir de los 40 años de edad
- Mamografía cada dos años a toda mujer entre 50 y 69 años de edad

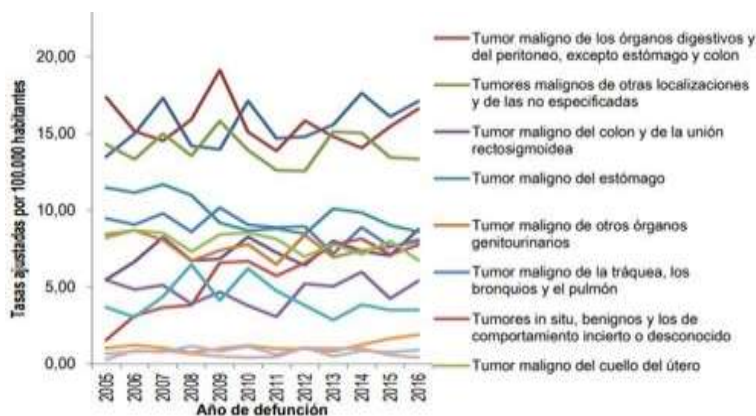
MARCO TEORICO

Una de las principales evidencias de cáncer que se tienen registradas son de masas tumorales encontradas en los huesos fosilizados de hombres prehistóricos que datan de hace 1.5 millones de años. De hecho se tienen registros de momias Egipcias son carcinoma nasofaríngeo y sarcoma osteogenico que datan de hace 5 mil años aproximadamente. Fueron los egipcios los que reconocieron por primera vez que había distintos tipos de tumores. Hipocrates (460 – 370AC), en Grecia, le dio el nombre de “oncos” a las masas tumorales y uso por primera vez el termino carcinoma (cangrejo). El fenómeno de la metástasis (meta, mas alla; stasis, alojamiento) fue reconocido por Galeno alrededor del año 200 A.C. Fue hasta el siglo XIX (D.C) que, gracias al microscopio personas como Johannes Muller y Kart von Rokitanski le otorgaron al cáncer su base como enfermedad celular.

El cáncer parece ser una enfermedad tan antigua como lo es la vida en nuestro planeta. En Colombia, cada año aparecen aproximadamente 7 mil nuevos casos de cáncer de seno y para el año 2015 esta cifra aumento a 9.500 según la Liga Colombiana contra el Cáncer. En 2013 el cáncer de mama fue el que más muertes causó entre las mujeres en Colombia con el 16.82 %, seguido por el cáncer de útero con el 12.53 %, estómago 11.68 %; tráquea, bronquios y pulmón con el 10.95 %. Por lo general la atención a mujeres con sospecha de este tipo de cáncer es demorada e impacta negativamente en el pronóstico y por supuesto en la efectividad del tratamiento.

Según el ASIS de Cali menciona que “...El tumor maligno de mama en la mujer presentó tres puntuaciones significativas para los años 2007, 2010, 2014 y 2016 de 17,3, 17,1, 17,6 y 16,59 por cada cien mil mujeres respectivamente. La tendencia de este tipo de mortalidad es fluctuante en el tiempo, incrementándose levemente para el año 2013 en 15,56 respecto a 2012 en 14,78 y decaer para el año 2015 con 16,09 por cada cien mil mujeres...”

Figura. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Neoplasias en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2016.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del SISPRO.

Tabla 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las Neoplasias en mujeres. Municipio de Santiago de Cali. 2005-2016.

Neoplasias	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mujeres												
Tumor maligno de la mama de la mujer	13,49	14,98	17,30	14,19	13,96	17,11	14,67	14,78	15,57	17,63	16,09	17,09
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	17,36	15,14	14,52	15,91	19,12	15,09	13,86	15,82	14,79	14,05	15,44	16,59
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	14,29	13,31	14,98	13,54	15,80	13,90	12,60	12,55	15,12	15,02	13,44	13,34
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	5,49	6,65	8,25	6,71	6,84	8,26	7,24	6,41	8,00	7,35	7,05	8,75
Tumor maligno del estómago	11,47	11,14	11,68	10,98	9,18	8,67	8,80	8,46	10,10	9,85	9,02	8,61
Tumor maligno de otros órganos	8,43	8,68	8,07	6,70	7,39	7,78	6,47	8,40	6,94	7,38	7,59	8,10
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	9,46	9,07	9,79	8,59	10,17	9,06	8,87	8,94	7,16	8,89	7,63	7,96
Tumores in situ, benignos y los de	1,54	3,14	3,66	3,82	6,57	6,68	5,73	6,58	7,75	8,14	7,11	7,74
Tumor maligno del cuello del útero	8,20	8,69	8,52	7,31	8,42	8,52	8,13	6,98	7,78	7,14	8,00	6,75
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos	5,45	4,84	5,13	3,91	4,69	3,79	3,07	5,21	5,05	5,98	4,24	5,40
Leucemia	3,69	3,04	4,37	6,46	4,13	6,20	4,75	3,81	2,85	3,85	3,50	3,51
Tumor maligno del cuerpo del útero	1,03	1,22	1,05	0,73	0,98	1,19	0,99	0,98	0,80	1,25	1,64	1,90
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,28	0,87	0,76	1,16	0,82	1,13	0,63	1,07	0,48	0,86	0,76	0,89
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea,	0,65	0,81	0,86	0,65	0,49	0,41	0,45	1,04	0,99	1,00	0,58	0,42

ESTADÍSTICAS MUNDIALES DE CANCER

Estadísticas generales: carga que representa el cáncer a nivel mundial

- El cáncer es una de las causas principales de muerte alrededor del mundo. En 2012, hubo 14,1 millones de casos nuevos y 8,2 muertes relacionadas con el cáncer.
- 57 % de los nuevos casos de cáncer en 2012 ocurrieron en regiones menos desarrolladas del mundo que incluyen Centroamérica y partes de África y Asia; 65 % de las muertes por cáncer en el mundo también ocurrieron en estas regiones.
- El número de casos nuevos de cáncer se prevé que aumente a cerca de 23,6 millones para 2030. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Se estima que este año, en los Estados Unidos, a 271,270 personas (268,600 mujeres y 2,670 hombres) se les diagnosticará cáncer de mama invasivo. El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres (excluido el cáncer de piel).

- Alrededor del 6 % de las mujeres tienen cáncer de mama metastásico cuando este se les diagnostica por primera vez. Se necesitan más investigaciones para determinar cuántas personas con cáncer de mama no metastásico posteriormente presentan cáncer de mama metastásico.
- El cáncer de mama es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres. Se estima que este año se producirán unas 42,260 muertes (41,760 mujeres y 500 hombres) a causa del cáncer de mama. El cáncer de mama metastásico generará la amplia mayoría de dichas muertes.
- La tasa de sobrevivencia a 5 años indica el porcentaje de personas que sobrevive al menos 5 años una vez detectado el cáncer. El término “porcentaje” significa cuántas personas de cada 100. La tasa de sobrevivencia a 5 años de las mujeres con cáncer de mama metastásico es del 27 %. La tasa de sobrevivencia a 5 años de los hombres con cáncer de mama metastásico es del 25 %. Es importante recordar que el cáncer de mama es tratable en cualquier estadio. Los tratamientos del cáncer de mama metastásico mejoran todo el tiempo y se ha demostrado que ayudan a las personas con cáncer de mama metastásico a vivir más años con una mejor calidad de vida.

ANALISIS DE LA SITUACIÓN

Empezar por mencionar el contexto territorial. El municipio de Santiago de Cali está ubicado en el Departamento del Valle del Cauca. Tiene una superficie total de 560.3 Km² de los cuales 120.9 Km² corresponde a comunas, 437.2 Km² a corregimientos y 2.2 a Protección Rio Cauca (km²). Esta organizado en 22 comunas en el área urbana y en el área rural en 15 corregimientos.

Su accesibilidad geográfica: A Cali se tiene acceso por vía terrestre, fluvial y aérea, esta última a través del Terminal de Palmaseca ubicado en el municipio de Palmira.

Contexto demográfico

Población

Para el año 2017 las proyecciones de población del DANE corresponden a 2'420.114 habitantes, con un 47.8% (1.156.839) de población masculina y un 52.2% (1.263.275) de población femenina, con un índice de masculinidad de 92, lo que significa que por cada 100 mujeres residentes en cali hay 92 hombres. Esta situación deficitaria se observa a partir del grupo de 30-34 años como consecuencia del mayor riesgo de mortalidad en el grupo masculino.

El mayor porcentaje de habitantes corresponde a la población de 20 a 24 años(8,5%) seguida de la población de 25 a 29 años(8,4%), mientras el grupo con menor población corresponde a los mayores de 80 años (1,7) 8 . El municipio de Santiago de Cali es la tercera ciudad más poblada de Colombia.

De la ciudad de Cali la propuesta esta dirigido al distrito de Agua Blanca, está ubicado en el oriente de la ciudad de Cali, en el departamento del Valle Del Cauca. Cuenta con aproximadamente 1.200.000 habitantes los cuales están distribuidos en 4 comunas, La comuna 13 (la más grande compuesta por 23 barrios), la comuna 14 (compuesta por 10 barrios) la comuna 15 (compuesta por 7 barrios) y la comuna 21, distribuidas en una zona de 5.600 hectáreas que ocupan un 30% de la población caleña.

En esta área no todo la población cuenta con servicios públicos, es un área sobrepoblada, con sectores de invasiones que no son aptos para vivir. No cuentan con buenas vías para tener una comunicación con el resto de la ciudad de Cali, es una población con falta de oportunidad, desempleo, pobreza, falta de crecimiento económico y la posibilidad de tener una buena educación. Es un área con mucha violencia social e inseguridad, por la falta de dichas oportunidades.



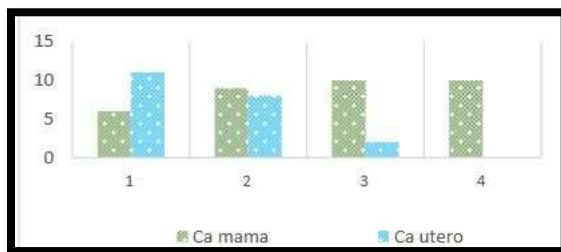
Imagenes tomadas de

http://3.bp.blogspot.com/-XbUoA_x5VN0/T2xx2DBN1VI/AAAAAAAAADU/rSSWy0dwDQY/s1600/JARILLON.jpg

CANCER DE MAMA EN MUJERES ENTRE LAS EDADES DE 35 A 50 AÑOS EN EL DISTRITO DE AGUABLANCA - CALI VALLE DEL CAUCA

El análisis de esta enfermedad abarca las variables básicas de identificación y caracterización demográfica de datos básicos para Cáncer de mama luego se analiza las variables específicas de diagnóstico del cáncer. Para el primer periodo epidemiológico del año 2016, solo se notificaron al SIVIGILA dos casos de Cáncer de mama. Para el año 2017, se identifican 56 casos, cifra que consolida casos de Cáncer de mama y de útero notificados.

Distribución de la notificación de casos de Cáncer de mama reportados al SIVIGILA, en el primer periodo epidemiológico en el municipio de Santiago de Cali. 2017



Se puede observar que las semanas epidemiológicas del primer periodo epidemiológico del año la notificación de Cáncer de mama presentó un aumento y se mantuvo presente.

Primer periodo del año 2017 para el primer periodo epidemiológico, se notificaron al SIVIGILA 35 casos de Cáncer de mama, representando el 65% del total de la notificación.

Distribución de la notificación de Cáncer de mama por semana epidemiológica en el primer periodo del año 2017.

Semana	Ca mama	Ca útero	Total
1	6	11	17
2	9	8	17
3	10	2	12
4	10	0	10
Total	35	21	56

El departamento del Valle del cauca es el primer departamento con mayor número de casos por procedencia, que junto con Bogotá, Antioquia, Norte de Santander y Nariño registraron el mayor número de casos, concentrando el 74,5 % de la procedencia de los casos.

Distribución de los casos de Cáncer de mama notificados al SIVIGILA en el primer periodo epidemiológico del año 2017 en el municipio de Santiago de Cali por rango de edades.

Grupo de edad	Ca Mama	FR	CA Útero	FR
20-24	0	0,0	3	14,3
25-29	0	0,0	3	14,3
30-34	0	0,0	2	9,5
35-39	4	11,4	3	14,3
40-44	7	20,0	2	9,5
45-49	2	5,7	2	9,5
50-54	3	8,6	1	4,8
55-59	0	0,0	1	4,8
60-64	3	8,6	1	4,8
65-69	3	8,6	2	9,5
70-74	5	14,3	1	4,8
75-79	6	17,1	0	0
80-84	1	2,9	0	0
85-89	1	2,9	0	0
Total	35	100,0	21	100

Según grupo de edad, del total de casos notificados para el primer periodo epidemiológico del año 2017, se evidencia que para Cáncer de mama el porcentaje más alto se encuentra en las mujeres entre los 40 a 44 años de edad con 7 reportes; el segundo grupo de edad con más casos de Cáncer notificados fue el que comprende entre los 75 a 79 años de edad. En el Boletín Epidemiológico Semanal del Instituto Nacional de Salud, se evidencia que para el primer periodo se notificaron un total de 276 casos de Cáncer de mama y cuello uterino.

Distribución de los casos de Cáncer de mama según afiliación al Sistema General de seguridad social en salud en el primer periodo del año 2017 en el municipio de Santiago de Cali.

Afiliación SGSSS	Ca mama	FR	Ca útero	FR
Contributivo	14	40,0	2	9,5
Excepción	1	2,9	0	0,0
Indeterminado	0	0,0	3	14,3
Subsidiado	20	57,1	16	76,2
Total general	35	100,0	21	100,0

Teniendo en cuenta la afiliación al sistema general de seguridad social, la tabla muestra que del total de Cáncer de mama notificados en el primer periodo epidemiológico, el 57,1% (20 casos) se encuentran afiliados al régimen subsidiado y el 40% (14 casos) pertenecen al régimen contributivo.

Clasificación de los casos de Cáncer de mama notificados al SIVIGILA durante el primer periodo epidemiológico del año 2017 como mortabilidad en el municipio de Santiago de Cali.

Condición final	Ca mama	Ca útero	Total
Vivo	33	18	51
Muerto	2	3	5
Total general	35	21	56

Del total de casos notificados al sistema de información SIVIGILA, se evidenció que según la clasificación de los casos de Cáncer de mama por condición final en el primer periodo se reportaron dos fallecimientos en este periodo atribuidos a Cáncer de mama.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022

En el Plan Decenal de Salud Pública busca que la reducción en las inequidades de salud cada vez se reduzcan y permitan la accesibilidad de la población a las garantías mínimas que determinen y busquen mejorar la calidad de vida; además con los objetivos establecidos en especial el de mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable y en especial a este tipo e enfermedades que generan detrimento en la sociedad e inestabilidad en la misma.

Como se tiene establecido en sus 8 dimensiones prioritarias que permiten el desarrollo de la población y como cada una va enfocada a la reducción de la enfermedad y apuntan a las diferentes estrategias para mejorar las condiciones de salud y bienestar en entornos saludables; es por eso que como fundamento del plan decenal de salud pública creando condiciones para garantizar el bienestar integral y la calidad de vida de la población.

Además con ello se dan las pautas y los puntos de partida de cada una de las estrategias a usa de forma individual y colectiva de las necesidades de la población; dándole una planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de dichos procesos en la sociedad.

El cáncer de mama se ubica dentro de la línea operativa de la promoción de la salud, ya que estas son un conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable.

Esta línea incluye acciones de:

- Formulación de políticas públicas
- Movilización social
- Generación de entornos saludables
- Generación de capacidades sociales e individuales
- Participación ciudadana
- Educación en salud

Según pobreza y estrato socioeconómico: Varios autores a nivel mundial, han mostrado que la incidencia y mortalidad por cáncer puede variar a través de los grupos sociales según su posición social y/o su nivel de pobreza. Una amplia evidencia de inequidades en cáncer demuestra como poblaciones socialmente más vulnerables y en mayor desventaja social y económica, tienen una alta probabilidad de desarrollar cáncer, sufrir la enfermedad sin recibir cuidados adecuados y oportunidad en tratamiento, y por tanto, de morir mucho más pronto. En relación a las desigualdades a nivel de supervivencia en cáncer de mama, la evidencia ha demostrado como el riesgo relativo de la muerte a cinco años después del diagnóstico de cáncer, al comparar el grupo más pobre con el más rico, oscila entre 1,3 y 1,5. Es decir las personas de grupos sociales más pobres tienen mínimo 1,3 veces más riesgo de morir que el grupo de personas más rica. Y aunque, esta evidencia es amplia para países europeos y Estados Unidos, es limitada en países de América Latina y el Caribe.

En 2008 un estudio llevado a cabo entre México y Colombia evidenció la relación entre el pronóstico de padecer cáncer de mama y el nivel socio económico de quien lo padecía; lo que conllevaba a una marcada inequidad en la probabilidad de padecer y morir de esta patología entre las mujeres de menor nivel socioeconómico según un mayor índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, A nivel departamental, en 2011 en el 18 departamento de Antioquia, se encontró que tanto la mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino tienen alta relación con los niveles de pobreza. En síntesis, las clases sociales con mayores desventajas tienen incidencias y mortalidades más altas. Estas desigualdades en salud, son explicadas con base al comportamiento de diferentes determinantes sociales, como el nivel educativo, las condiciones de trabajo y factores biológicos, a los cuales se enfrenta el grupo de personas de la clase social con mayor desventaja. Aunque para la mayoría de los estudios se ha evidenciado la tendencia a aumentar los casos y las tasas de mortalidad por cáncer en los niveles socioeconómicos más desafortunados, existen estudios que han evidenciado que en el caso de cáncer de mama los resultados son inversos; es decir, la mortalidad va en contra de los niveles socioeconómicos más afortunados.

Según pertenencia étnica: las inequidades sociales en salud en Estados Unidos han sido entendidas como las diferencias raciales entre la población negra y blanca. Por tanto, Estados Unidos, proporciona evidencia considerable de desigualdades a nivel de pertenencia étnica en la incidencia, mortalidad y supervivencia de cáncer de mama, ya que allí parte importante de su evidencia se ha preocupado por conocer la forma en que ser una mujer blanca, asiática, afrodescendiente o hispana

determina las tasas de incidencia, mortalidad y supervivencia entre grupos de mujeres a nivel cultural. En general demuestran como las desigualdades en las tasas de mortalidad y supervivencia de cáncer de mama en los diferentes grupos étnicos pueden explicarse en parte por la distribución del estadio de cáncer de mama en el momento del diagnóstico, lo que puede estar relacionado con el nivel socioeconómico de las mujeres de los diferentes grupos étnicos. Por ejemplo, en Estados Unidos, las mujeres afroamericanas presentan un estadio más avanzado para el cáncer de mama en comparación con las mujeres blancas. Del mismo modo, proporciona evidencia sobre como las mujeres afroamericanas de grupos socioeconómicos más bajos dentro de una ciudad, tienen una probabilidad más alta de presentar la enfermedad en estadios más avanzados cuando las capta el sistema de salud comparado con mujeres con cáncer de mama de mejor posición social. Otros estudios también han evidenciado las desigualdades en cáncer de mama en relación a la etnia, donde se muestra que las mujeres negras tienen mayor riesgo de morir por cáncer de mama. Sin embargo, en Colombia, no existen estudios que demuestren la relación entre la etnia (ser mujer afrocolombiana, indígena, palanquera o raizal) y las desigualdades en cáncer de mama.

Según Analfabetismo y nivel de escolaridad: El analfabetismo ha marcado grandes brechas de desigualdad en la mortalidad por cáncer de mama en diferentes estudios. ¹⁹ El analfabetismo es una barrera al autocuidado y acceso de los servicios de salud que ha mostrado estar relacionado al aumento de la mortalidad por esta patología. se determinó que el conocimiento acerca del autoexamen de seno y la realización de mamografías es mayor entre las mujeres con mayor logro educativo y que habitan en zonas urbanas en las grandes ciudades. En resumen, un mejor nivel educativo, mejor nivel de riqueza mejora el acceso a diagnósticos y tratamiento temprano, mientras que mujeres con menor logro educativo (sin primaria o bachillerato, o sin educación alguna) se encuentran en una desventaja para obtener mejores resultados de salud, encontraron como las desigualdades educativas en la mortalidad por cáncer en Colombia están incrementando en términos absolutos y relativos. Sin embargo, se ha relacionado que mejores niveles de educación se presentan mayores tasas de mortalidad por cáncer de mama.

Determinantes Intermedios Según acceso a los servicios del sistema de salud (detección temprana, diagnóstico y tratamiento): Un bajo desempeño del sistema de atención de salud tiene un impacto significativo en la etapa clínica del cáncer de mama y puede estar asociado con la existencia de desigualdades en salud. Estas desigualdades, pueden evidenciarse en la baja oportunidad de diagnóstico e inicio de tratamiento, abandonos, retrasos y dificultades en la continuidad de los mismos. Existe suficiente literatura describiendo desigualdades en la detección temprana y en el inicio oportuno del tratamiento de cáncer de mama en el mundo. De manera similar, estos estudios han demostrado por ejemplo, que el comportamiento de las tasas de incidencia de cáncer de mama en muchos países de ALC son influenciadas por la falta de oportunidad en acceso a servicios de salud y el inicio de tratamiento de las mujeres. Para contrastar lo anterior, se identificó en Países de ALC factores que explican el acceso a la detección del cáncer de mama en México en función de las características sociodemográficas de las mujeres. De acuerdo con tres encuestas representativas en el ámbito nacional, y logró explicar brechas en la cobertura de programas de detección temprana de cáncer de mama entre distintos grupos de mujeres según características sociodemográficas. En Panamá se llevó a cabo un estudio de barreras y oportunidades en la atención de salud en mujeres con cáncer de mama en Ciudad de Panamá, y se evidenció como un nivel de escolaridad bajo y el cuidado de los hijos son considerados las mayores barreras en la fase de diagnóstico de la

enfermedad. En Colombia, la evidencia de desigualdades en el acceso a actividades de prevención y detección temprana en cáncer de mama es relativamente amplia comparada con otros países de la región. Evaluaron la equidad en la detección temprana del cáncer de mama entre enero de 2005 y junio de 2006, comparando el acceso real y la oportunidad de la mamografía según la condición de afiliación a la seguridad social en salud de la mujer, con un seguimiento retrospectivo en cinco ciudades principales (Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga y Barranquilla), este estudio evidenció que el uso de mamografías para detección temprana del cáncer de mama es inequitativo, ya que tienen menores probabilidades de acceso las mujeres más vulnerables dentro de la escala social. Otro estudio en Colombia, valoró la oferta y disponibilidad de mamógrafos en Colombia, demostró una distribución heterogénea y desigual de los lugares de prestación del servicio de mamografía, así como una insuficiente red de prestación de servicios oncológicos para cáncer de mama en algunos departamentos del país, lo que obligaba a las pacientes a trasladarse a ciudades principales para recibir la prestación. Evidencia adicional demuestra como la disponibilidad de los servicios de mamografía determina fuertemente los resultados de cáncer de mama en Colombia, si se contrasta con la mortalidad e incidencia para el mismo periodo en el que se analiza la oferta y distribución de mamógrafos y demanda de mamografías. A nivel de ciudades, Bogotá ha documentado las desigualdades en la detección del cáncer para las mujeres de la capital, logrando evidenciar amplias desigualdades como por ejemplo que más del 50% de las mujeres sintomáticas han tardado alrededor de tres meses y más entre la primera consulta y el diagnóstico; y más del 60% de los cánceres son identificados en estadios avanzados de la enfermedad, lo cual contribuye a una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad. Según cobertura de salud, analizando por régimen de afiliación, reportó que no se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes regímenes de afiliación. En cuanto a las mujeres afiliadas, las de régimen contributivo tienen mayores facilidades para continuar con los tratamientos, comparadas estaban en régimen subsidiado. Evidenciando mejores oportunidades de acceso en las personas de mejor situación económica. En Colombia, distintos investigadores han afirmado que la población más pobre, indiferentemente al nivel de aseguramiento tiene mayores dificultades para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y cuello uterino. Según área de residencia: Estudios han determinado el impacto de las desigualdades a nivel geográfico en el escenario de la enfermedad al momento del diagnóstico de cáncer de mama y de acuerdo a la edad de las pacientes. Se evidenció que habitar en áreas marginadas de la ciudad puede afectar el diagnóstico de cáncer de mama la cobertura de programas de mamografía e influenciar estadios clínicos, así como la misma supervivencia.

Colombia dispone de una buena evidencia a nivel geográfico. Estudios, han demostrado la existencia de importantes diferencias en la mortalidad por cáncer a nivel geográfico entre departamentos. Por ejemplo, los departamentos de Atlántico, Antioquia, Bogotá D.C, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Valle del Cauca históricamente han presentado tasas de mortalidad más elevadas y se encuentran por encima de la media nacional (superiores a 10 muertes por cada 100.000 mujeres). Evidencia adicional, demuestra como las regiones que concentran la mayor mortalidad por cáncer de mama son indudablemente las regiones del centro del país, con algunas excepciones en la Costa Atlántica. Un hecho relevante es que las áreas de mayor riesgo son todas las ciudades principales. Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medellín, y Santa Marta, contribuyen con las tasas de mortalidad más altas, y tiene sentido debido que son las ciudades donde se encuentran los

servicios de salud de mayor complejidad. Sin embargo, según Marión y colegas, la evidencia disponible aún no hace posible definir claramente un patrón de mortalidad por regiones geográficas o de riesgos a nivel urbano dentro del país. Al interior de las ciudades, en Barranquilla en el año 2010, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mayor proporción el cáncer de mama y el área de residencia. Bogotá también ha contribuido con estudios para mujeres con cáncer de mama en la capital. Sin embargo, análisis comparativos entre ciudades principales y áreas urbanas son prioritarios, pero desafortunadamente son limitados. Según factores Psicosociales: Adicionalmente, algunos estudios han realizado esta misma comparación y hallado que desigualdades en cáncer son resultado de diferencias relacionadas en el conocimiento y prácticas de autocuidado, la prevención, el acceso al diagnóstico, el acceso al tratamiento, y esto su vez determinan la evolución de la enfermedad, el pronóstico, la discapacidad y la probabilidad de morir. La pérdida de la red familiar o de amigos ha sido evidenciada como un factor que afecta la adherencia en el tratamiento y buen pronóstico de la enfermedad impactando en mayor probabilidad de fallecer.

Según factores de hábitos y conductas: En general, comportamientos, ocupación, hábitos y consumos relacionados con la clase social (dieta, tabaco, alcohol, sedentarismo, etc.) determinan los resultados de salud. Se ha demostrado en algunos estudios que un índice de masa corporal por encima de 25 aumenta el riesgo de morir y el consumo de alcohol aumenta el riesgo de morir y aumente en un 43% la incidencia del cáncer de mama. Aun cuando el efecto sobre el diagnóstico precoz del autoexamen está influenciado no solo por el conocimiento de la técnica, sino también por la frecuencia y otras variables, se ha evidenciado que la tasa de mortalidad es mayor en aquellas mujeres que no practican el autoexamen. Teniendo en cuenta este escenario, la investigación en cáncer de mama es una de las prioridades de la salud global y nacional. Aunque existe un claro entendimiento de la existencia de desigualdades en el acceso y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama, este estudio propone utilizar los datos que los recientes progresos del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) y la Encuesta Nacional de Salud 2010 en Colombia, para identificar y analizar las dimensiones y la magnitud de la desigualdad en la mortalidad por cáncer de mama en Colombia.

Líneas operativas

El cáncer de mama es la forma más común de cáncer en mujeres. Siendo este un tema sumamente amplio y de gran magnitud, sobre todo en la población femenina, por lo que en el presente estudio se tocan los temas más relevantes con respecto a este. Teniendo en cuenta la información relacionada con el cáncer de mama en la ciudad de Cali, Colombia que está ubicado en el Departamento del Valle del Cauca.

Se hace un estudio a mujeres entre las edades de 35 a 50 años. Esto con los objetivos de, Identificar las acciones de promoción de la salud para intervenir población objetivo, describir las características del cáncer de mama en la mujer y su efecto en la supervivencia, dar a conocer las ventajas de participar en grupos de apoyo.

Para lograr el resultado del estudio se hace un análisis de situación de comunidad de manera general. Se toma como estrategia priorizar en varias áreas como la detección precoz, promoción y protección de la salud, Calidad de Vida.

La capacidad de entendimiento y asimilación durante el desarrollo de la intervención es obtener como resultado que miles de mujeres pertenecientes a este grupo que se practiquen el examen y gocen de una vida sana y sin complicaciones. Sin duda alguna este es un tema que encamina miles de complicaciones a la hora de ser detectado y que mejor manera de prevenirlo a tiempo y con prácticas, ejemplos y presupuestos disponibles.

Control del riesgo (Prevención primaria): El control del riesgo de cáncer pretende reducir la incidencia de algunos tipos de patologías malignas, para las cuales se han identificado riesgos mediante estudios epidemiológicos y se han probado alternativas de intervención en el terreno de la promoción de la salud y en la protección específica.

Detección temprana de la enfermedad: La detección temprana comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad por cáncer. La detección temprana se puede realizar atendiendo y canalizando adecuadamente los pacientes que presentan síntomas incipientes de la enfermedad o mediante la tamización, la cual consiste en la práctica rutinaria de exámenes en población asintomática definida de acuerdo con el perfil de riesgo. La tamización a su vez, se puede realizar a través de programas de base poblacional en donde se pretende alcanzar a toda la población objeto o mediante programas de base institucional en donde se vincula al programa únicamente personas que entran en contacto con los servicios de salud de forma espontánea.

- Incrementar la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos al 60% antes del 2021.
- Incrementar antes del 2021 la cobertura de mamografía de tamización bianual al 70% en mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100% de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más.

Acciones en el nivel comunitario.

- Desarrollar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la detección temprana de cáncer de mama.
- Generar estrategias de movilización social basadas en el modelo de movilización social para el control del cáncer, orientadas a la promoción de derechos en el SGSSS en relación con detección temprana de cáncer de mama.

Acciones en los servicios de salud

- Implementar la guía de atención integral del cáncer de mama.
- Poner en operación la norma técnica y el programa de detección temprana de cáncer de mama, en el marco del SGSSS.

- Garantizar la continuidad en las acciones de detección temprana de cáncer de mama con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Aplicar los sistemas de seguimiento al cumplimiento de la tamización para cáncer de mama.
- Implementar los sistemas de seguimiento de mujeres positivas a la tamización.
- Promover el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud, orientado al diagnóstico temprano del cáncer de mama.

INSTRUMENTOS DE DH

A partir de la entrada en vigencia de la Ley 1384 de 2010 "*Ley Sandra Ceballos por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia*" y la Ley 1388 de 2010 "*Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia*", desde el Ministerio de Salud y Protección Social se han expedido los siguientes actos administrativos para su debida reglamentación en beneficio de los colombianos afectados por esta enfermedad:

Reglamentación expedida por el Ministerio de Salud

- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022
- Resolución 163 del 1 de febrero de 2012, por la cual se reglamenta el Consejo Nacional y Departamentales de Cáncer Infantil.
- Resolución 2225 de Agosto 9 de 2012, por la cual se nombran a los representantes de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, Organizaciones sin Ánimo de Lucro y Fundaciones, a los padres de familia en el Consejo nacional asesor de Cáncer Infantil.
- Resolución 2590 de Agosto 31 de 2012, por la cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010.
- Resolución 4496 de Diciembre 28 de 2012, por la cual se organiza el sistema de información del cáncer y se crea el observatorio nacional de cáncer.
- Resolución 4504 de Diciembre 28 de 2012, por la cual se dictan disposiciones relacionadas con las Unidades de Atención del Cáncer Infantil.
- Resolución 1383 del 2 de Mayo de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021
- Resolución 1419 del 6 de Mayo de 2013, por la cual se establecen los parámetros y las condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y las unidades Funcionales para la atención integral del cáncer , los lineamientos para su monitoreo y evaluación.
- Resolución 1440 del 6 de Mayo de 2013, por la cual se reglamentan parcialmente los artículos 14 de la Ley 1384 de 2010 y 13 de la Ley 1388 del mismo año.

- Resolución 1441 del 6 de Mayo de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1442 del 6 de Mayo de 2013, por la cual se adoptan las Guías de práctica clínica – GPC para el manejo de las Leucemias y Linfomas en niños, niñas y adolescentes, cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1604 del 17 de mayo de 2013, por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto-Ley 0019 de 2012

OBJETIVO GENERAL

Establecer estrategias de intervención para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres entre las edades de 35 a 50 años en el distrito de Aguablanca en la ciudad de Cali Valle del Cauca.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar las acciones de promoción de la salud para intervenir población objetivo
- ✓ Describir las características del cáncer de mama en la mujer y su efecto en la supervivencia.
- ✓ Dar a conocer las ventajas de participar en grupos de apoyo.

CANCER DE MAMA

PROMOCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve “la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales”. Y dice: “el control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos”.

PREVENCION

El cáncer de mama no se puede prevenir, sin embargo se puede reducir el riesgo realizando ejercicio físico, evitando el sobrepeso y la obesidad tras la menopausia y el consumo regular de alcohol. Evita también el tratamiento hormonal sustitutivo tras la menopausia. Y si existe historia familiar de cáncer de mama, pide consejo genético.

ACTORES

La salud pública, los clínicos y todos actores del sistema deben estar alerta sobre las responsabilidades en la gestión del riesgo del cáncer de mama, de igual manera las direcciones municipales o distritales de salud, las EAPB e IPS deben establecer directrices claras para el manejo de estas patologías.

- ✓ La nación: Esta es la encargada de diseñar, socializar, implementar y evaluar el desarrollo normativo de carácter técnico-científico, administrativo y financiero para el cumplimiento de las metas esperadas
- ✓ Las entidades administradoras de riesgos profesionales: Deben definir y desarrollar el plan anual de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo de las empresas afiliadas, a partir de sus riesgos prioritarios.
- ✓ Entidades territoriales: Aumentar la eficiencia del gasto social para que los recursos se traduzcan en mejores resultados en cobertura y calidad. Estas son las encargadas de desarrollar estrategias comunicativas basadas en el modelo de comunicación para el control del cáncer, orientadas a estimular la detección temprana de cáncer de mama. De la misma manera que generar estrategias de movilización social basadas en el modelo de movilización social para el control del cáncer, orientadas a la promoción de derechos en el SGSSS en relación con detección temprana de cáncer de mama.

Las direcciones departamentales y distritales deberán generar espacios para el análisis del comportamiento del cáncer de mama y cuello uterino en cada territorio, que permitan identificar las áreas de mayor ocurrencia de casos, estableciendo acciones específicas y de investigación para la toma de decisiones en el orden local.

- ✓ Entidades promotoras de salud (EPS): Tienen a su cargo adoptar y aplicar las políticas y las normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridas para el cumplimiento de las metas del plan control del cáncer.
- ✓ La población: Es la directamente implicada a las que van dirigidas las actividades:
 1. Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico - científicas, administrativas y financieras, requeridas para el cumplimiento de las metas del Plan Decenal para el Control del Cáncer.
 2. Ejercer las estrategias de capacitación, información, comunicación y educación que sean entregados por los actores involucrados.
 3. Suministrar toda la información requerida para recoger datos sobre factores de riesgo y poder realizar la intervención adecuada.

ESTRATEGIAS

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales. Las estrategias de detección precoz son el conocimiento de los primeros signos y síntomas. Si se enfocan las estrategias pertinentes y oportunas a las mujeres en cualquier comunidad se podría generar un impacto positivo en pro de la disminución de casos de cáncer de mama. El autoexamen de mama es gratis, requiere de poco tiempo, entonces es importante conocer cómo se realiza para obtener mejores resultados.

Con estos índices en tendencia de crecimiento del cáncer de mama se hace importante realizar una propuesta para intervenir ese problema de salud para tener un impacto positivo en la comunidad.

Propuestas de intervención prioritarias en el periodo 2019-2020. Las estrategias de la propuesta están diseñadas para un periodo de 2019-2020.

Propuesta	Periodo
Análisis de situación de comunidad	2019
Desarrollo e implementación de estrategias	2019
Realizar plan de actividades de capacitación.	2019
Capacitación y promoción del examen de mama a las personas que dirigirán la temática de cáncer de mama.	2019
Llevar a cabo evaluaciones constantes de las actividades para determinar su impacto y sus resultados y garantizar mejor capacitaciones.	2019
Sensibilizar a los profesionales de ca mama	2019
Socializar las prevención a través de capacitaciones a la comunidad	2019
Monitoreo y seguimiento – Sistematizando la información	2020-2020
Capacitación y supervisión del personal de salud en examen clínico de mama - Talleres de capacitación	2019-2020
Contar con un equipo externo para la promoción en las comunidades	2019
Actualizar el mapeo de recursos humanos y materiales para el cáncer de mama	2019-2020
Medición de interés y crecimiento del grupo durante los tres primeros años	2019- 2020
Incorporar en los componentes de promoción dentro del aspecto de	2019-2020

Hábitos y costumbres	
Combinar actividades físicas y virtuales.	2020
Crear una infraestructura para una base de datos integral sobre la supervivencia al cáncer	2020

La Estrategia en cáncer de mama se priorizara en varias áreas:

Promoción y Protección de la Salud: se propone el incremento de programas de alimentación saludable y práctica de ejercicio físico. el aumento de la actividad física se asocia con la reducción del riesgo de desarrollar cáncer de mama y con un riesgo menor de que el cáncer reaparezca después del tratamiento. La actividad física regular puede proteger a las mujeres del cáncer de mama ayudándolas a mantener un peso corporal saludable, disminuyendo los niveles hormonales o provocando cambios en el metabolismo o los factores inmunológicos de la mujer.

Detección precoz: centrados en los programas seguimiento para las personas con alto riesgo de padecer cáncer de mama. Enfocado al autoexamen de mama, y enfatizar en acudir al médico en caso de ser necesario.

Asistencia a adultos con cáncer: se recomienda que las pacientes con sospecha clínica fundada de padecer cáncer de mama no tengan que esperar más de 15 días para la realización de pruebas de confirmación, con un profesional que actúe como referente para el paciente a lo largo del proceso de atención.

Calidad de Vida: proporcionar asistencia psicológica al paciente y sus familiares. Atención psicosocial y educativa desde el momento del diagnóstico para coadyuvar en estos casos.

Investigación: potenciación de una estructura estable de investigación en red; creación y consolidación de grupos de investigación que ofrezcan atención integral al cáncer.

Realizar actividades de sensibilización para pretender crear opiniones favorables y así poder lograr una participación de mujeres alta. Mediante las siguientes medidas:



Reuniones y talleres educativos dando a conocer sobre la prevención de Cáncer de Mama.



<http://yimber.blogspot.com/2008/08/emisoras-am-de-cali-colombia-3-agosto.html>

A través de emisoras; reuniones de barrio, colegios, universidades y empresas con el fin de transmitir información sobre el Cáncer de Mama.

Inclusión de los temas de promoción de la salud de estilos de vida protectores y la prevención del cáncer en las políticas y planes nacionales de salud.



Imágenes tomadas de <http://buenosaires.lacampora.org/wp-content/uploads/2014/09/difusion-2Bapoyo-2Bescolar-6ta-2Bseccion-coronel-2Brosales-4.jpg>



Campañas de sensibilización local: Crear asociaciones, se realiza a través de profesionales sanitarios, material que divulgue la información como carteles, folletos, reuniones con la comunidad. Recursos audiovisuales en los lugares propuestos para la información sobre el cáncer de mama.

Búsqueda de las personas para incorporar en el proyecto, relacionándose con el centro de salud, así se puede llegar concretamente a la población y búsqueda de donaciones de organizaciones no gubernamentales que apoyen el proyecto.

Todas las actividades de campañas se basan en educación a la comunidad dando a conocer la enfermedad y su gravedad de no realizar auto examen de seno y a mujeres mayores de 35 años de la importancia de realizarse la mamografía. Las siguientes son las técnicas educativas participativas que se realizaran en el proyecto:

Técnicas de actuación:

Este es el sociodrama, juego de roles, realizar con los grupos dramatización, esto se realiza mediante la expresión corporal, aquí se puede realizar el ejemplo de cómo se realiza el autoexamen de mama, de medidas saludables, hacer un pro y contra de la enfermedad. Realizarlos en parques, en la casa de junta de acción comunal de los barrios que comprenden el distrito de Agua Blanca, en áreas donde se concentre la mayor cantidad de mujeres que oscilen en estas edades (35-50 años).



Imagen tomada de <https://www.areacucuta.com/wp-content/uploads/2015/10/con-obras-de-teatro-y-charlas-didcticas-alcalda-promueve-previncin-en-cncer-de-seno.jpg>



Imagen tomada de

http://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/101040/alcaldia_de_cali_inventario_la_sede_comunal_del_barrio_el_vallado/info/principal/media/pub/thumbs/thpub_700X400_101040.jpg



Técnicas auditivas y audiovisuales:

Charlas a la comunidad, películas, videos acerca de vivencia de personas que han padecido el cáncer de mama. Con estas técnicas son herramientas de reflexión, donde con cada grupo se realiza una vez terminada la actividad.

Imagen tomada de <http://www.fundacioncarvajal.org.co/wp-content/uploads/2018/10/DSC09463.jpg>



Imagenes tomadas de <https://i0.wp.com/grilloporteno.com/wp-content/uploads/2015/10/cancer.jpg?fit=640%2C393&ssl=1>

Técnicas visuales como textos, pancartas, carteles, cartillas, plegables, afiches. Se pueden realizar con la comunidad, líderes comunitarios, personal sanitario.

Recursos del proyecto



Recurso humano: se debe contar con personal debidamente capacitado e idóneo para poder soportar el desarrollo de las actividades promulgando la prevención y detección precoz del cáncer de mama.

Recurso de materiales:

Contar con papelería, un computador para llevar de manera más organizada las actividades y poder realizar seguimiento, programa informático específico para el Programa de Diagnóstico Precoz de cáncer de mama como instrumento básico para la gestión en la comunidad. Tener un lugar o espacio donde se llevaran a cabo las actividades. Sillas. Tableros.

Lo anterior debe estar encaminado en:

Las actividades deben cumplirse, según los cronogramas de ejecución

Identificar al responsable de su ejecución.

Identificar el cronograma de ejecución a los programas.

Indicadores de seguimiento.

Se debe tener en cuenta que en una enfermedad como el cáncer de mama, los efectos positivos de la información dependen del contenido de ésta, de cómo y de cuándo se emita, se debe incluir información sobre el diagnóstico y características del cáncer de mama, el pronóstico, los procedimientos de diagnóstico como el autoexamen de mama, además de hábitos saludables para obtener un estado de salud óptimo.

Indicadores propuestos para realizar el seguimiento del logro de cada una de las metas propuestas

1. Porcentaje de pacientes que tienen conocimiento de cáncer de mama.
2. Evaluación por el grupo capacitador de cáncer de mama
3. Porcentaje de asistencia a las capacitaciones
4. Proporción de mujeres que asisten a capacitación a las que se somete a una remisión para que asista al médico por sospecha de cáncer de mama.
5. Tasa de incidencia de cáncer en mujeres citadas.

RESULTADOS

La intervención de la comunidad debe hacerse mediante un plan que tenga intervenciones prioritarias y lograr así una mayor concientización de la comunidad. La implementación de las estrategias propuestas puede, en última instancia, mejorar la experiencia general haciendo así que se pueda prevenir un cáncer de mama, con el cambio en su vida diaria, y teniendo conocimiento sobre detección precoz de cáncer de mama conllevando a realizarse el autoexamen de mama. El personal de salud es de vital importancia en el seguimiento de la patología, su objetivo es brindar apoyo tanto al paciente como a su familia, esto se adquieren con habilidades y competencias tanto a nivel profesional como intra personal.

La capacidad de entendimiento y asimilación durante el desarrollo de la intervención es obtener como resultado que miles de mujeres pertenecientes a este grupo no se practiquen el examen y gocen de una vida sana y sin complicaciones. Sin duda alguna este es un tema que encamina miles de complicaciones a la hora de ser detectado y que mejor manera de prevenirlo a tiempo y con prácticas, ejemplos y presupuestos disponibles.

ANEXOS

FOLLETO CANCER DE MAMA

Que más debe saber sobre.....

Métodos de Diagnóstico

Pruebas diagnósticas no invasivas:

Mamografía: Es la radiografía de la mama. Se realiza con un aparato de Rayos X especial para mamas, que con muy baja dosis de radiación es capaz de detectar diversos problemas, principalmente el Cáncer de Mama. Se le solicitará que se desvista de cintura para arriba y coloque el pecho en el equipo especial, llamado mamógrafo. La mama es brevemente comprimida durante el examen, pero esto no es doloroso. La información que aporta en cuanto a neoformaciones, microcalcificaciones y distorsiones del tejido mamario nos orienta a un diagnóstico definitivo.



Ecografía

La ecografía mamaria es una prueba que se complementa con la anterior, en muchas ocasiones permite describir con mejor detalle estructuras intramamarias como los quistes. El médico desliza suavemente sobre la mama una sonda que emite ondas ultrasónicas. Al atravesar los tejidos, esas ondas rebotan en los mismos, produciendo unos ecos ultrasónicos que aparecen representados en la pantalla del ecógrafo y que pueden ser fotografiados.



Presentado por

**Estudiantes de la
Universidad Abierta y a
Distancia, UNAD.**

**La prevención es el
mejor tratamiento....**

CUIDATE...



¿SABIAS QUE?



4 MINUTOS PUEDEN SALVAR TU VIDA...

Cáncer de Mama

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre la población femenina. Concienciar a las mujeres sobre la importancia de conocer las técnicas de autoexploración mamaria, las revisiones periódicas y la mamografía son fundamentales para poder detenerlo a tiempo.

Como también es importante la detección temprana del cáncer de mama mediante el uso de la mamografía es fundamental, ya que “la detección anticipada cambia la historia de la enfermedad”, al ser un factor crítico la evolución y consecuencias de la misma. El diagnóstico precoz es vital pues de él dependen las posibilidades de curación, que pueden ser del 100% si se detecta a tiempo.

La mujer debe aprender a conocer bien su cuerpo y así apreciar cualquier signo de alarma. Los especialistas recomiendan a todas las mujeres mayores de 20 años que realicen la autoexploración mamaria cada mes.

Autoexploración Mamaria

La autoexploración debe realizarla usted misma todos los meses después de la regla, o si ya no la tiene, un día fijo de cada mes.

¿Qué estamos buscando?

- ❖ Un bulto del tamaño de un guisante o una avellana (no tiene que ser doloroso). Una masa dura y densa, inmóvil al palparlo.
- ❖ Anomalías asimétricas. Generalmente sólo aparecen en uno de los senos. Pezón retraído (en una posición invertida a la normal).
- ❖ Cambios en el color de la areola (el círculo de tonalidad oscura que rodea al pezón).
- ❖ Alteraciones en la textura de la piel de la mama (piel de naranja, rojeces, grietas).

Siga estas sencillas instrucciones:



PASO 1. Con buena iluminación y frente a un espejo coloca tus manos detrás de la cabeza y eleva los codos.

Observa ambas mamas, su forma, tamaño, si hay masas o bultos o hundimientos, cambios en la textura y coloración de la piel y posición del pezón.



PASO 2. Para examinar tu mama derecha, coloca tu mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo, con tu mano izquierda, la yema de los dedos, presiona suavemente con movimientos circulares, como siguiendo las agujas del reloj.



PASO 3. Palpa toda la superficie de la mama y determina la presencia de masas o dolor.



PASO 4. Examina el pezón comprimiendo con los dedos pulgar e índice desde arriba hacia abajo y desde los lados. Observa si hay salida de secreción o sangrado.



PASO 5. Examina la axila con la yema de los dedos con movimientos circulares, tratando de determinar la presencia de masa. Ahora examina tu mama izquierda, coloca tu mano izquierda detrás de la cabeza elevando el codo y sigue los pasos anteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acuña L, Sánchez P, Uribe D, Pulido D, Valencia O (2015). *Situación del cáncer en Colombia 2015 Cuenta de Alto Costo; 2015*. 336 p. Recuperado de: <https://cuentadealtocosto.org/>

Boletín de la Organización Mundial de la Salud. (2013). *El enigma del cáncer de mama Recopilación de artículos*. Volumen 91. Número 9. Recuperado el 15 mayo de 2019 de <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/13-020913/es/>

Instituto Nacional de Salud. (2018). *Protocolo de vigilancia epidemiológica en salud pública de cáncer de mama y cuello uterino*. Recuperado de: <http://www.ins.gov.co/buscadoreventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20C%C3%A1ncer%20de%20mama%20y%20cuello%20uterino-.pdf>

Kumar, V., Cotran, R. S., & Robbins, S. L. (2008). *Patología humana*. Elsevier Health Sciences. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cFRHk1p7dqgC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Patología+humana+robbins+8va+edicion&ots=TXToXYllet&sig=3zMYIvn6tSZCOBY4ZBW Dyv_Opg#v=onepage&q&f=false

Martínez Gómez Víctor Manuel (2018). *Informe de evento cáncer de mama y cuello uterino. Colombia, primer semestre 2018*. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/C%C3%81NCER%20DE%20MAMA%20Y%20CUELLO%20UTERINO%20SEMESTRE%20I%202018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Plan Nacional para Control del Cáncer en Colombia*. Recuperado el 15 de Mayo de 2019 de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacionalcontrol-cancer-2012-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. *Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021*. Recuperado el 12 de Mayo de 2019 de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20para%20el%20Control%20del%20C%C3%A1ncer.pdf>