

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



“Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, en Tabasco. 2016”.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRO EN CIENCIAS DE SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

PRESENTA:

JUAN MIGUEL HERNANDEZ VASCONCELOS

DIRECTORA:

DRA. HILDA SANTOS PADRÓN

CODIRECTORA

DRA. SILVIA MARTÍNEZ CALVO

VILLAHERMOSA, TABASCO.

OCTUBRE 2019



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



Of. No. 0589/DACS/JAEP
19 de septiembre de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Juan Miguel Hernández Vasconcelos
Maestría en Ciencias en Salud Pública con énfasis en
Administración de los Servicios de Salud
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. María Isabel Avalos García, Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez, M.A.SS. Alfonso Rodríguez León, Dra. María Asunción Vicente Ruiz y la M.A.E. Carmen De la Cruz García, impresión de la tesis titulada: **"Evaluación de la calidad para la detección del cáncer de mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, en Tabasco. 2016"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Ciencias en Salud Pública con énfasis en Administración de los Servicios de Salud, donde funge como Directora de Tesis la Dra. Hilda santos Padrón.

Atentamente



DACS
DIRECCIÓN

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- Dra. Hilda Santso Padrón.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. María Isabel Avalos GARCÍA.- Sinodal
C.c.o.- Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez.- sinodal
C.c.p.- M.A.S.S. Alfonso Rodríguez Leon .- Sinodal
C.c.p.- Dra. Maria Asuncion Vicente Ruiz.- Sinodal
C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García .- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A
Col. Tamulté de las Barrancas
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



HACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:30 horas del día 05 del mes de septiembre de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Evaluación de la calidad para la detección del cáncer de mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, en Tabasco. 2016"

Presentada por el alumno (a):

Hernández	Vasconcelos	Juan Miguel
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

1	6	2	E	2	7	0	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Maestro en Ciencias en Salud Pública con énfasis en Administración de los Servicios de Salud

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Hilda Santos Padrón
Directora de Tesis

Dra. María Isabel Avalos García

Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez

M.A.S.S. Alfonso Rodríguez León

Dra. María Asunción Vicente Ruiz

M.A.E. Carmen De la Cruz García

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 3 del mes de abril del año 2019, el que suscribe, Juan Miguel Hernández Vasconcelos, alumno del programa de la Maestría en Ciencia en Salud Pública, con número de matrícula 162E27007 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Evaluación de la calidad para la detección del cáncer de mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, en Tabasco. 2016", bajo la Dirección de la Dra. Hilda Santos Padrón, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: enrri29@hotmail.com, Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente de este.

Juan Miguel Hernández Vasconcelos

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco
Tel. (993) 358.15.00 Ext. 6134



DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a Dios, Padre, Hijo y Espíritu Santo, quien me inspira, me ayuda y me compromete para ser cada día mejor mi trabajo basado en el amor, la fe y la caridad para con mis semejantes y por lo cual es necesario tener un adquirir conocimiento científico con calidad y calidez humana, para el buen desempeño de mi carrera profesional.

Dedico a mis padres quienes me dieron vida, educación, apoyo de acuerdo con sus posibilidades en especial a mi madre, María de los Santos, por confiar en mí siempre y por educarme en la cultura del trabajo, la sencillez y el esfuerzo.

Dedico a con todo mi amor y cariño a mi esposa Krystel, por su sacrificio y esfuerzo, por confiar en mi capacidad, aun cuando se pasó por momentos difíciles de embarazo y nacimiento de nuestro hijo, gracias por tu comprensión, cariño y amor.

A mi hijo Mateo, por ser fuente de inspiración buscando ser mejor cada día y que pueda dejarle un buen ejemplo.

Con mucho amor, dedicada a ustedes.

Juan Miguel



AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a las instituciones que me han hecho posible la realización de este trabajo la Secretaria de Salud (SS) del Estado de Tabasco, por permitir laborar en ella y por permitir utilizar algunos datos para esta tesis, a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), División Académica de Ciencias de la Salud (DACs), por darme la oportunidad de estudiar en sus aulas un posgrado.

Muy especial mente a mi directora de tesis la Dra. Hilda Santos Padrón, por la aceptación y seguimiento de mi trabajo. De igual manera muy especialmente a mi codirectora de tesis la Dra. Silvia Calvo Martinez, por la orientación, el soporte y la discusión critica me que ayudo a un mejor aprovechamiento en la tesis.

A todos los profesores del posgrado por los aportes en conocimiento, experiencia y buen ambiente de estudio, en especial a la Mtra. Sarai Aguilar Barojas, por compartir la ciencia de una investigación y su paciencia, al Dr. Alfonso Rodriguez León, por aportar a nuevas formas de pensar en la educación y trabajo con base a su experiencia académica y laboral. agradezco a mis sinodales que estudiaron, revisaron y aprobaron mi tesis.

A mis compañeros de la maestría les agradezco por los buenos momentos académicos y de amistad compartido en las aulas, Israel, Palmer, Mara, Guadalupe, Cristina, Marisol y María José.

Muy agradecido, gracias.

Juan Miguel



ÍNDICE

	Página
Índice de tablas y gráficos.....	IX
Abreviaturas.....	X
Glosario de Términos.....	XII
Resumen.....	XIV
Abstrac.....	XVI
CAPÍTULO 1	
1.1 Introducción.....	1
1.2 Planteamiento del Problema.....	3
1.3 Justificación.....	5
CAPÍTULO 2	
2.1 Marco teórico.....	8
2.1.1 Conceptos y definiciones de calidad.....	8
2.1.2 Estructura de la atención médica.....	12
2.1.3 Proceso de la atención médica.....	13
2.1.4 Resultados de la atención médica.....	13
2.2 Marco referencial.....	16
2.2.1 Antecedentes de la Calidad.....	16
2.2.2 Programa Sectorial de Salud.....	23
2.2.3 Programa de control del Cáncer De Mama.....	25
2.2.4 Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.....	28



CAPÍTULO 3

3.1	Objetivos.....	33
3.1.1	Objetivo general.....	33
3.1.2	Objetivos específicos.....	33
3.2	Material y métodos.....	34
3.2.1	Tipo de Investigación.....	34
3.2.2	Universo.....	34
3.2.3	Método e Instrumento de Recolección de Datos.....	34
3.2.4	Análisis de Datos.....	35
3.2.5	Consideraciones Éticas.....	35

CAPÍTULO 4

4.1	Resultados.....	37
4.1.1	Estructura.....	37
4.1.2	Distribución del Financiamiento en los tres Municipios.....	37
4.1.3	Reducción del Financiamiento 2016.....	38
4.1.4	Mantenimiento preventivo y correctivo de las UMM.....	39
4.1.5	Mantenimiento preventivo-correctivo de equipo e instrumental.....	41
4.1.6	Disponibilidad de la UMM para la cobertura geográfica.....	42
4.1.7	Recursos humanos.....	43
4.1.8	Dotación de personal.....	44
4.2	Procesos.....	45
4.2.1	Población Responsabilidad del PFAM en tres municipios.....	45
4.2.2	Diagnóstico de salud poblacional en las UMM.....	46



4.2.3	Manuales: Organización, procedimientos, exploraciones clínicas mamarias, Normas Oficiales Mexicanas.....	47
4.2.4	Notas y registro de la atención en el expediente clínico.....	48
4.2.5	Personal con capacitaciones sobre el tema de cáncer de Mama.....	49
4.3	Resultados.....	50
4.3.1	Oportunidad de actividades del cáncer de Mama	50
4.3.2	Satisfacción del Usuario.....	51
4.3.3	Evaluación de impacto de las actividades de Programa Cáncer de Mama	52
CAPÍTULO 5		
5.1	Discusión.....	54
5.2	Conclusiones.....	57
5.3	Perspectivas.....	58
CAPÍTULO 6		
6.1	Literatura científica citada.....	59
6.2	Anexos.....	65



INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Página
Tabla 1. Distribución del Financiamiento en los tres Municipios.....	36
Tabla 2. Distribución de las Unidades Médicas Móviles por Municipio...	37
Tabla 3. Mantenimiento programado vs realizado en las UMM.....	39
Tabla 4. Dotación de personal.....	43
Tabla 5. Población Responsabilidad del PFAM en tres municipios.....	45
Gráfico 1. Tipologías, comodatos y donaciones de las UMM en los municipios.....	36
Gráfico 2. Reducción del financiamiento REPSS 2016.....	38
Gráfico 3. Mantenimiento preventivo-correctivo de la UMM.....	40
Gráfico 4. Mantenimiento preventivo correctivo del equipo e instrumental...	41
Gráfico 5. Disponibilidad de las UMM para la cobertura geográfica	42
Gráfico 6. Dotación de personal.....	44
Gráfico 7. Diagnóstico de salud de la población en las UMM.....	46
Gráfico 8. Manuales: Organización, procedimientos, exploraciones clínicas mamarias NOM 41 y NOM 004.....	47
Gráfico 9. Notas y registro de la atención en el expediente clínico.....	48
Gráfico 10. Personal con capacitaciones sobre el tema de cáncer de mama...	49
Gráfico 11. Satisfacción del Usuario.....	51



ABREVIATURAS

PFAM	Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica
IMSS	Mexicano del Seguro Social
PEC	Programa de Extensión de cobertura
PCR	Programa Comunitario Rural
PSR	Programa de Salud Rural
PASSPA	Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
IDH	Índice de Desarrollo Humano
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
UMM	Unidades Médicas Móviles
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación Política de Desarrollo Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
SSA	Secretaría de Salud
SIS	Sistema de Información en Salud de la Secretaría
SINERHIAS	Subsistemas de Prestación de Servicios y de Información de Equipamiento; Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud



SICAM	Sistema de Información de Cáncer de la Mujer del Programa de Prevención y control del Cáncer de Mama
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CA	Cáncer
DGPLADES	Dirección General en Planeación y Desarrollo en Salud
REPS	Régimen de Protección Social en Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
NOM	Norma Oficial Mexicana
CACU	Cáncer Cervicouterino
CAMA	Cáncer mamario
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Calidad	Es el “grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logre los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento”
Control de calidad	Al conjunto de acciones y procesos destinados a garantizar la calidad del equipamiento, instalaciones, servicios, la práctica profesional y la seguridad de los pacientes y del personal de salud.
Cáncer	Al tumor maligno en general que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento y desarrollo y multiplicador celular con capacidad de producir metástasis.
Programa Caravanas de la Salud	Se estableció para atender poblaciones dispersas en comunidades pequeñas y de pocos habitantes, en zonas orográficas de complejo acceso en México.



Unidades Médicas

Son los vehículos automotores accesibles, con diferente capacidad resolutive y acreditadas para prestar servicios de promoción y prevención a la salud.

Móviles

Programa de

Fortalecimiento a la

Atención Médica.

Da continuidad al Programa de Caravanas de la salud.

Convenio

Documento de colaboración en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales, suscrito por el Ejecutivo federal, a través de la secretaria y las entidades federativas, para la ejecución del Programa.

Acreditación

El proceso a través del cual se evalúa un establecimiento de salud, para determinar si cumple con un conjunto de criterios o estándares de capacidad, Calidad y Seguridad.



RESUMEN

Introducción: el artículo 4to, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho humano a la protección de la salud, para lograrlo se desarrolló el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 donde se establecen los objetivos, estrategias y líneas de acción, para materializar el derecho a la protección de la salud. Estos objetivos son congruentes con las metas nacionales establecidas en el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, En ese sentido se desarrolla el PFAM (antes Programa Caravanas de la Salud), con el propósito de acercar los servicios de salud a la población que habita en zonas marginadas, con alta dispersión y difíciles condiciones de acceso debido a su ubicación geográfica.

Objetivo: Evaluar la calidad de las actividades para la detección de cáncer de mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en Tabasco. 2016.

Material y método: Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal, mediante un análisis documental sobre la calidad de la estructura, los procesos y los resultados, de 13 Unidades Médicas Móviles, durante el año 2016.

Resultados: El financiamiento para operar el PFAM tuvo una reducción del 70% promedio comparado con la necesidad presupuestada a través del POA, esto afectó en gran medida el mantenimiento preventivo-correctivo de las UMM. no realizado con 62 %, insuficiente en 38%, el mantenimiento preventivo-correctivo del equipo e instrumental, no realizado en 92%, inadecuado en 8%, el diagnóstico de salud poblacional en las UMM con insuficiente



en 54%, inadecuado 31% y no realizado 15%, personal capacitado en tema de cáncer de mama con insuficiente en 85%, inadecuado 15%, no se alcanzaron las metas de cobertura enseñanza de la autoexploración mamaria en mujeres de 20 años y más con el 19.18% y en las exploraciones clínicas mamarias en mujeres de 25 a 69 años, con 25.69 %.

Conclusión: Con el proceso evaluativo realizado se comprobó que, en términos generales, se afectó la calidad de las actividades para la detección del cáncer de mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, por la reducción del financiamiento en la UMM.

Palabras claves:

Evaluación de la calidad, Cáncer de mama, Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



ABSTRACT

Introduction: Article 4th, the Constitution of the United Mexican States sets the human right to health protection, to achieve this development the program Health Sector 2013-2018 where establish the objectives, strategies and lines of action to realize the right to health protection. These objectives are consistent with national goals set in the National Development Plan 2013-2018, in that sense the PFAM (formerly Health Caravans Program) is developed, with the aim of bringing health services to the population living in marginalized areas with highly dispersed and difficult access due to its geographical location.

Objective: Evaluate the quality of activities for detecting breast cancer in Strengthening Health Care Program in Tabasco, 2016.

Material and method: A descriptive investigation, retrospective and processes and outcomes, 13 Mobile Medical Units, was conducted by a documentary analysis of the quality of the structure during 2016.

Results: Financing operate the PFAM had a reduction of Average 70% compared to the need budgeted through POA This affection largely insufficient-corrective preventative of UMM with not 62%, maintaining 38%, the-corrective preventative equipment and instruments, maintenance not by 92%, inadequate in 8%, diagnosis population health in UMM underinsured by 54%, 31% inadequate and not 15%, subject trained breast cancer underinsured by 85%, 15% inadequate staff, no goals were achieved coverage teaching



breast self examination in women aged 20 years and over with 19.18% and clinical breast examinations in women 25 to 69 years with 25.69%.

Conclusion: With the evaluation process conducted found that, overall, the quality was affected activities for detection of breast cancer in Strengthening Health Care Program for reducing funding in UMM.

Keywords:

Quality assessment, CANCER breast, Strengthening Health Care Program.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

En el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 se establecen los objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal,¹ para materializar el derecho a la protección de la salud. Estos objetivos son congruentes con las metas nacionales establecidas en el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global.*²

Con la Meta II (México Incluyente), se reconoce el derecho humano a la protección de la salud establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mediante el aumento de las oportunidades para mejorar la salud y cerrar las brechas existentes de desigualdad. En esta Meta, quedaron debidamente expuestas dos de sus principales líneas de acción: Otorgar y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad a todos los mexicanos bajo criterios de equidad y eficiencia y fortalecer la red de atención primaria a la salud, con énfasis en unidades móviles de salud.

En ese sentido se desarrolla el PFAM (antes Programa Caravanas de la Salud), con el propósito de acercar los servicios de salud a la población que habita en zonas marginadas, con alta dispersión y difíciles condiciones de acceso debido a su ubicación geográfica. Este programa FAM tiene como Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante el otorgamiento de servicios de atención primaria a la salud a través de las unidades médicas móviles, así como con acciones de promoción, prevención, atención médica



y odontológica. Para desarrollar el PFAM, se establecieron las Reglas de Operación del PFAM, definidas como “un conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar de las unidades médicas móviles, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.”³

Los beneficiarios del PFAM son todos los habitantes de las localidades con cobertura del programa, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica, discapacidad o creencia religiosa. Estos servicios serán otorgados por las Unidades Médicas Móviles y entre las actividades priorizadas por PFAM, están las relacionadas con el Programa Prevención y Control del Cáncer de la Mujer, para la detección oportuna y tratamiento en etapas inicial del cáncer de mama, con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad por este tipo de cáncer.

Resulta imprescindible, para garantizar la realización de estas intervenciones del tamizaje, la movilidad de los servicios a los lugares de residencia de las mujeres en riesgo y para ello, existen las Unidades Médicas Móviles dentro del PFAM. En la Secretaría de Salud del estado de Tabasco, durante casi cuatro décadas, se han desarrollado diversas estrategias y programas para lograr la cobertura de servicios esenciales de salud mediante equipos itinerantes. Ante las restricciones económicas surgidas en los últimos años en la Secretaría de Salud en Tabasco, que limitan la atención que se ofrece con las Unidades Médicas Móviles, es pertinente realizar una investigación que permita identificar la calidad del proceso de atención relacionado con las actividades para la detección precoz del cáncer de mama dentro del PFAM.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como problema a nivel nacional en los años 2012 y 2016 fallecieron; 5,601 y 6,646 mujeres, mientras que, en Tabasco, fueron 84 y 94 en mujeres de 25 y más años con diagnóstico de tumor maligno de mama CIE (50).⁴ Se considera como uno de los factores causales, la baja cobertura de enseñanza en la autoexploración mamaria, de exploraciones clínicas mamarias, de mastografías y seguimiento de pacientes con sospecha o confirmación de CA, especialmente, en las localidades apartadas cuya población debía atenderse por el PFAM. La limitación de recursos materiales parece vincularse al escaso financiamiento recibido para operar dicho programa. En ese sentido, el problema de investigación se relaciona con la falta de evidencias acerca del uso correcto del financiamiento, el desarrollo de las reales competencias de los equipos encargados de ofrecer la atención a la población y la carencia de resultados confiables en la evaluación de la calidad en los procesos.

Es interesante que algunas investigaciones se enfocan a indagar el nivel de satisfacción de las usuarias con la atención que se les ofrece, siempre dirigido al trato bueno o malo que recibieron y no a la calidad del servicio brindado. Por ejemplo, en una encuesta revisada, el 81.2% de las usuarias calificaron el trato del personal como buena y solo el 18.8 % mala,⁵ la cual contrastaba con la baja cobertura de las actividades preventivas acerca del cáncer mamario. También se afirmaba que la satisfacción de la población era aceptable, pero que conocen poco las actividades preventivas acerca del cáncer mamario.



Nuestra investigación se sustenta en otra vertiente del problema que repercute en la presencia del cáncer de mama, es decir, la calidad de la atención en la población blanco-atendida por el PFAM, residente en localidades de alta y muy alta marginación, sometida al riesgo de muerte por ese tipo de cáncer. Ante este evidente problema y en función de la calidad de la atención, surgen algunas interrogantes relacionadas con el proceso evaluativo: En cuanto a Estructura: ¿se dispone de los recursos, financieros, materiales y humanos suficientes y adecuada para brindar la atención médica? En cuanto a Procesos: ¿están definidas las metas, se realizan los diagnósticos de salud, se cumple lo establecido en los manuales de procedimiento y las normas? En cuanto a Resultados: ¿se han realizado evaluaciones de impacto sobre el control del cáncer de mama y la satisfacción de las usuarias acerca de las actividades del PFAM?



1.3 JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es el de mayor incidencia entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los tipos de cáncer femeninos. Se estima que en el año 2004 se notificaron 519 000 muertes por cáncer de mama.”⁶

Mientras la OPS menciona que “el cáncer es uno de los tipos de cáncer más común en las mujeres en la Región de las Américas: “aproximadamente 408.000 mujeres fueron diagnosticadas y 92.000 mujeres murieron por cáncer de mama en 2012

y las proyecciones que el número de mujeres diagnosticadas en las Américas aumentara en un 46% en el 2030.”⁷

En México a partir del año 2006, el cáncer de mama desplaza al cáncer cervicouterino y se ubica como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres.⁸

La tasa de mortalidad nacional en 2016 fue de 18.8 las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son Ciudad de México 32.1, Jalisco 24.3 México 12.1 y para el estado de Tabasco la cifra es de 13.4.⁴



De un estudio realizado en 2009, en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, en la fase IV, el costo de atención promedio por año paciente se estimó en \$110,459 pesos. considerando que la detección temprana del cáncer aumenta las posibilidades de cura y, por lo tanto, disminuye la mortalidad por esta causa. Así como sus costos son significativos en relación el costo de una detección de \$347.00.⁹

Es importante comentar que las políticas para el tamizaje de cáncer de mama en el costo-efectividad mantienen una óptima expansión en México, ya que el costo de vida ganado es menor al dos veces el PIB per cápita del país y este se encuentra en los criterios de la OMS para dicha intervención. Las estrategias para una óptima ruta dependerán de la disponibilidad de recursos financieros y humanos para aplicarla.

Considerando los componentes principales de la detección son la educación para promover un diagnóstico en etapas tempranas y el tamizaje, particularmente importante, mediante exploraciones clínicas mamarias y mamografías.⁷

Con la ejecución del PFAM debe modificarse el cáncer de la mujer, al existir una coyuntura favorable para enfrentar ese problema desde un enfoque integral. Entre los tipos de cáncer que más afectan a la mujer mexicana, se encuentra el cáncer de mama.

Como ya se expresó, en Tabasco se notificaron entre 2014-2016 un total de 275 defunciones en mujeres de 25 y más años distribuidas en: 2016 (94 muertes); en 2015 (98 muertes); y en 2014 (83 muertes).⁴ En cuanto al cumplimiento de los indicadores del PFAM en el estado, en las



evaluaciones internas recientes se detectó que la calidad del Programa de Control de Cáncer mamario es baja, lo que puede influir directamente la baja cobertura de tamizaje por enseñanza y exploración clínica mamaria, y pudiera dar como resultado el aumento de la mortalidad por la baja cobertura de las detecciones. Es pertinente mencionar que el nivel de calidad en la atención ambulatoria alcanzó un promedio general 52.2%.¹⁰

Esta baja cobertura, al parecer, deriva de la falta de recursos financieros, materiales, insumos y el fin de vida media útil de la UMM, todo lo cual contribuye a reducir las detecciones en las localidades apartadas, cuya población debía atenderse con las actividades de las Unidades Médicas Móviles. Tampoco existen evidencias, acerca del desarrollo de las reales competencias de los equipos encargados de ofrecer la atención a la población; ni de la evaluación en la calidad de los procesos. Todo lo expuesto, justifica la realización de esta investigación sustentada en la evaluación del PFAM en tres municipios del estado de Tabasco.



CAPÍTULO 2

2.1 MARCO TEÓRICO

En los Antecedentes del Proyecto, se realizó una síntesis histórica acerca de la gestión de calidad, pero al constituirse en uno de los pilares del proceso investigativo, se consideró oportuno esclarecer, los enfoques teórico-conceptuales sobre la calidad de la atención y su evaluación, que servirán de base para el diseño metodológico del Proyecto y facilitarán la comprensión del ejercicio evaluativo dirigido al PFAM.

2.2.1 CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE CALIDAD

Acerca de la calidad de la atención se han emitido diversos conceptos, aunque siempre está presente el paciente como objeto de atención. Así tenemos que, para la Organización Panamericana de la Salud, la calidad de atención se refiere a: “un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción, por parte del paciente, impacto final en la salud”.¹¹

Además, con relación a la evaluación de la calidad, se consideró que: “la evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la calidad de la atención médica.”¹²

Sin duda unos de los pioneros en los estudios sobre la calidad en la atención médica fue el Profesor Avedis Donabedian (1919-2000), quien fue Profesor Emérito de Salud Pública por la Universidad de Michigan y cuyos trabajos basados en la calidad asistencial, merecieron múltiples galardones. Desde una visión europea se expresa: “la calidad de la atención es un



concepto con muchos elementos que pueden agruparse bajo los siete títulos siguientes: eficacia; efectividad; eficiencia; optimización; aceptabilidad; legitimidad; y equidad.”¹³

Ya en la XXVII Conferencia Sanitaria Panamericana, se señaló que la calidad es una cualidad esencial de la atención médica y que es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud.¹⁴ Desde el organismo rector mundial de la salud, se estimó que la calidad es el “grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logre los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.”¹⁵

Esta definición se amplía cuando se expresa que la calidad es el “grado de conformidad con los principios y prácticas aceptados (normas), grados de adecuación a las necesidades del paciente y grado de consecución de resultados (efectos prácticos) alcanzables, en consonancia con la correcta asignación o uso de los recursos, la expresión calidad de la atención denota en el concepto de que la calidad no equivalente a más tecnología, a tecnología superior o mayor coste.”¹⁵

En fecha un poco más cercana, teóricos de la calidad en la atención definen el proceso de la atención como: “una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes...la calidad del proceso está definida, el en primer lugar como comportamiento normativo”. Este proceso cuenta con dos divisiones que son las de “tratamiento técnico”, la cual tiene dos dimensiones en la que “la relación entre las características del proceso de



atención y sus consecuencias están determinadas, en abstracto, por el estado de la ciencia y la tecnología médicas en cualquier momento dado”; y el “proceso interpersonal”, que son las reglas y normas que surgen de los valores, principios y reglas éticas. Por otro lado, en el concepto de estructura, se incluyen los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica. Los resultados representan “otro de los enfoques indirecto para evaluar la calidad de la atención”, con dos dimensiones: la interpersonal y la subjetividad del paciente al definir la satisfacción como un indicador de la calidad de la atención.¹⁶

En el caso de México, ya mencionamos en los Antecedentes que las primeras experiencias en evaluación de la calidad de la atención médica fueron en 1956 en el “Hospital la Raza” como instrumento exclusivo para el expediente clínico. Recientemente, el estudioso del tema el Dr. Héctor Gerardo Aguirre Gas, ha publicado 43 trabajos de investigación sobre medicina interna y calidad de la atención médica, 19 de ellos incluidos en las índices internacionales y además de capítulos de libros. Este investigador definió la calidad de la atención médica como: “otorgar atención médica al usuario, con oportunidad conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, la del prestador de servicios y la institución.”¹⁷ También, precisó el significado de cada uno de los componentes de su definición, al expresar:

- Atención oportuna: significa otorgar atención en el momento que el paciente lo requiere.
- Usuario: es el sujeto que recibe la atención médica, otorgada por el prestador de servicios.
- La disponibilidad de personal de salud capacitado y actualizado.



- Principios éticos vigentes. Elementos fundamentales:
 - “No hacer daño” y la preservación de la vida;
 - Equidad: independientemente de su extracto social, credo, orígenes y creencias, económico, geográfico, presupuesto entre otros;
 - Humanismo incluye: escuchar con atención al paciente, amabilidad en el trato, en forma personalizada, con respeto al pudor, la comunicación con el usuario es la mejor manera de forma de prevenir la angustia.
- La satisfacción de las necesidades de la salud del paciente: requerimiento de resolver el problema.
- La satisfacción de necesidades de salud de la población: disminuir el nivel de morbilidad y mortalidad en general.

Por último, desde la Secretaría de Salud se propone como definición: “Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución” así define así la calidad de la atención médica.¹⁸

Dentro de este marco teórico, resulta imprescindible referirnos a la evaluación de la calidad, otro elemento clave en el proyecto de investigación. En ese sentido el Dr. Aguirre Gas,¹⁷ la define como: “el análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados. Implica la identificación de los procesos que requieren ser



mejorados, logros alcanzados y los problemas que es necesario resolver”. Además, agrega que “el proceso de evaluación debe estar sustentado en un procedimiento formal, objetivo sistemático y procesal previamente establecido, con conocimiento del mismo, por parte de los evaluadores y los evaluados.”¹⁷ Como síntesis de su propuesta, el propio Aguirre establece en la conocida secuencia (estructura-proceso-resultado) los lineamientos siguientes:

2.1.2 Estructura de la atención médica

- Recursos Físicos: Se evalúa su suficiencia en congruencia con las necesidades de satisfacer la demanda de atención, en cuanto a número y capacidad de las unidades de atención médica, su estado de conservación, el número de consultorios, camas, quirófano, peines de laboratorios, salas de radiodiagnóstico, etc., el número y características de los equipos instrumental y mobiliarios disponibles, sus condiciones de conservación y su estado funcional.

Personal: en cuanto a las autorizaciones de las plazas que se requiere para la prestación de los servicios, previa justificación; cobertura correspondiente con el personal calificado por las instancias administrativas correspondientes; la capacitación del personal en congruencia con las funciones específicas que tiene asignadas para el nivel de atención que se requiere otorgar y con la correcta utilización del tiempo laborable.

Dotación de artículos de consumo: con suficiencia tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, oportunidad en su suministro, con el propósito de lograr que el proceso de la atención se otorgue en forma continua, principalmente en lo que se refiere a



medicamentos, materiales de curación, reactivos de laboratorio y material de radiodiagnóstico.

2.1.3 Proceso de la atención médica

Organización: para estar en condiciones de otorgar atención médica a los usuarios con calidad y eficiencia, es necesario que los servicios cuenten con una organización adecuada que incluya: existencia de un diagnóstico situacional actualizado, determinación de objetivos en función de este diagnóstico situacional, identificación de fortalezas y debilidades y como consecuencia de todo ello una planeación estratégica del trabajo. Deberán existir procedimientos de evaluación en forma programada, con identificación, registro y seguimiento de problemas, hasta su solución.

Proceso de la atención realizado conforme a las normas vigentes determinadas por los expertos en la materia, a los conocimientos médicos actualizados, y al uso adecuado de la tecnología apropiada y coordinación adecuada entre las áreas que intervienen en la atención del paciente.

2.1.4 Resultados de la atención médica

En función de la solución del problema de salud que dio lugar a la atención y de la oportunidad con que esta atención se dio, de acuerdo con la identificación del objetivo de esta, la ausencia de secuelas y complicaciones, la continuidad de la atención y la satisfacción de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución donde se otorgan los servicios.



Ambiente Laboral: Debe considerarse a un ambiente laboral adecuado, como una premisa indispensable para que los servicios se otorguen con calidad y eficiencia, con base en la existencia del liderazgo, integración del equipo de trabajo, administración participativa, reconocimiento por la labor desarrollada con calidad y eficiencia de los conflictos laborales.

En cuanto al proceso evaluativo en sí, en 1983 se propuso una escala cuyo objetivo principal es determinar criterios absolutos de evaluación que, ordenados en forma lógica, permitan establecer juicios de valor útiles, para discriminar el grado de calidad de un concepto. Así se consideró en primera instancia como:

- **Suficiente:** cuando las acciones realizadas y los recursos disponibles condujeron a resultados que permitieron el cumplimiento del objetivo de atención propuesto.
- **Insuficiente:** cuando los resultados obtenidos no permitieron alcanzar el logro del objetivo de atención propuesto.
- **Excelente:** cuando a través de las acciones realizadas y utilización de los recursos disponibles se obtuvieron resultados óptimos* en la evaluación del concepto.
- **No realizado:** no se obtuvieron resultados debido a la omisión de acciones que, requiriéndose, no se llevaron a cabo.
- **Inadecuado:** los resultados en la evaluación del concepto son negativos, con base en que se llevaron a cabo actividades incorrectas o no necesarias, ocasionando deterioro en la calidad de la atención o mal uso de los recursos.



- No evaluable: aplicable a conceptos del sistema de evaluación, que no son factibles de calificar en un servicio determinado.

La aplicación de este sistema puede llevarse a cabo mediante un instrumento en forma de cédula, que contenga los conceptos antes mencionados y esta puede ser modificada para mayor eficiencia conforme a las características y necesidades específicas de evaluación (19)

En esta investigación se aplicaron los lineamientos de Aguirre y esos criterios de clasificación enfocados al objeto de evaluación bien delimitado, como se explica en el apartado de Material y Métodos.

Para evaluar el cumplimiento de las actividades por parte de las UMM, en el PFAM se incluyeron indicadores de desempeño que miden la calidad del proceso de atención. Además, para conocer la productividad del PFAM según lo normado, se dispone de información procedente de los documentos internos y del acceso a la plataforma electrónica del Sistema de Información en Salud de la Secretaría (SIS); en particular, de los subsistemas de Prestación de Servicios y de Información de Equipamiento; Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) y el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer del Programa de Prevención y control del Cáncer de Mama (SICAM).³



2.2 MARCO REFERENCIAL

El término “calidad de la atención” es de uso frecuente en los servicios de salud y resulta conveniente resumir la evolución histórica de su significado. En principio, se sintetizan algunos hitos históricos que permiten reconocer el vínculo entre la profesión médica y la calidad de la atención.

2.2.1 Antecedentes de la Calidad

Obviar la historia, como dijo alguien, es cometer el error de repetirla y, además, el recuento nos permite reconocer que es difícil encontrar "algo nuevo bajo el sol", por eso, con el tema de calidad que en ocasiones se asume como una moda, se decide realizar esta síntesis histórica que se consideró imprescindible en la investigación.

Ya en el Código de Hammurabi, elaborado hacia 1800 A. de C., aparecían trece artículos sobre la práctica de la profesión médica. En China, la medicina se enseñaba en centros especiales, y los estudios cobraban validez mediante exámenes. En Grecia como en Roma, el ejercicio de la Medicina fue una actividad social, enteramente libre, pues no se necesitaba para acceder a ella ningún título ni diploma, sino sólo la bienvenida del público. En el año 931, el califa Al-Muqtadir estableció la obligación de obtener, previo examen, un título para la práctica legal de la profesión.¹⁰

En la península ibérica, en 1289 las cortes de Aragón, reunida en Monzón, tradujeron en un texto legislativo sumamente escueto, la preocupación de los grupos europeos más avanzados por el control profesional de médicos y cirujanos inaugurada por Rogelio II de Sicilia Hacia



1140” Al finalizar la Edad Media, y con la llegada del Renacimiento, en España se crea el Tribunal de Protomedicato, fundado en 1447 por los Reyes Católicos, con la finalidad de dar calidad en la atención sanitaria; institución que pasó luego a las colonias americanas, (...) Durante los siglos XVIII y XIX, en Europa y en los Estados Unidos de América se inició la fundación de sociedades médicas, así como la realización de congresos científicos y publicaciones de periódicos y revistas, con el fin de mejorar la atención a la salud.¹⁰

Como se describe la calidad de la atención médica ha sido preocupación mundial desde etapas pretéritas y así un estudioso del tema reconoce que: “A lo largo de la historia encontramos múltiples manifestaciones que muestran que el hombre ha conseguido satisfacer sus necesidades adquiriendo aquello que le reporta mayor utilidad. Así, de una forma u otra, se preocupa por la calidad de lo que adquiere”. En ese sentido, el propio autor.²⁰ resume su visión de ese desarrollo histórico del término calidad de la atención con mucha mayor especificidad:

Edad Media – Revolución Industrial. Se realiza una comparación de los Primeros gremios artesanales en la Edad media, observamos los primeros ejemplos de lo que actualmente denominamos calidad”.

Revolución Industrial (Finales del siglo XIX). Menciona que los operarios de la fabricas, se ajustaban a los gustos de la época, de manera que el comprador diseñaba y especificaba los requisitos, esto es definía la calidad del producto para que el artesano u operario con sus habilidades, lo fabricara.



Administración Científica – II Guerra Mundial. Aparece la visión de Frederick Wislow Taylor, implicando la separación entre la planificación y la ejecución del trabajo – como solución, se adoptó la creación de la función de inspección en la fábrica, encargado a ésta a una persona responsable de determinar que producto eran buenos y cuáles malos.”.

II Guerra Mundial – Década de los setenta. En Japón se empezaba a aplicar el control de calidad con una amplia difusión de los métodos estadísticos, en Occidente su aplicación era más limitada – para desarrollar un producto de calidad era preciso que todas las divisiones de la empresa y todos sus empleados participaran en el control de la calidad.

Década de los ochenta y noventa del siglo XX. La calidad pasa a ser un requisito necesario para la competitividad de la empresa. Así, los años ochenta y noventa son testigos del importante logro conseguido durante décadas por los japoneses, de quienes se trata de importar soluciones. El asesor de los japoneses no fue otro que el Dr. William Edwards Deming (1900-1993), estadístico estadounidense que escribió varios libros y artículos, y definió la calidad como: “Un producto o servicio posee calidad si le es útil a alguien y disfruta de un mercado bueno y sostenible”.²¹ Su aportación estructural son los Catorce Puntos y Siete Pecados Mortales siguientes:

Catorce Puntos:

- Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio
- Adoptar la nueva filosofía nos encontraremos en una nueva era económica
- Dejar de depender de la inspección para lograr calidad
- Acabar con la práctica de hacer negocios sobre del precio



- Mejorar constantemente y siempre el sistema de producción y servicio
- Métodos modernos de capacitación
- Implantar métodos de liderazgo
- Eliminar el miedo, de manera que cada una pueda trabajar con eficacia
- Romper las barreras entre los departamentos
- Eliminar los eslogans, exhortaciones y metas para pedir a la mano de obra cero defectos y nuevos niveles de productividad
- Este punto se divide en dos: eliminar los estándares de trabajo y eliminar la gestión por objetivos.
- Se exponen dos puntos: Eliminar las barreras que privan al trabajador de su derecho a estar orgulloso de su trabajo y eliminar las barreras que privan al personal de dirección de ingeniería de su derecho a estar orgullosos de su trabajo.
- Implantar un programa riguroso de educación y auto mejora.
- Poner a todo el personal de la compañía a trabajar para conseguir la transformación.

Las siete enfermedades o pecados mortales señaladas por Deming y que aquejan a las empresas

son:

1. La falta de constancia en el propósito de mejorar la calidad.
2. El énfasis en las utilidades a corto plazo, desdeñando la pertenencia del negocio en el mercado y las utilidades a largo plazo con la probabilidad de mejora continua.
3. Las evaluaciones de méritos o de desempeños individual, que permitan las acciones a corto plazo, limitan la planificación a largo plazo, minan el trabajo en equipo y crean



competencia entre las personas de una misma empresa, hasta lograr una compañía con primas donas y feudos en pugna constante los unos contra los otros.

4. La movilidad de alta dirección, que impide las acciones para la permanencia del negocio a largo plazo.
5. Administrar la campaña basándose solo en las cifras visibles.
6. Los costos médicos excesivos.
7. Los altos costos de garantía de operación.

En este recuento conceptual sobre la calidad de la atención, otra reconocida definición de calidad, la expuso Joseph M. Juran, rumano nacionalizado estadounidense, quien considera la calidad como “la ausencia de deficiencias”. Su aporte estructural se denomina Trilogía de Juran, conformada por: Planeación de la calidad, Control de la calidad y Mejoramiento de la calidad.²²

Una muy destacada figura en el campo de la calidad fue el consultor y autor japonés, Kaoru Ishikawa (1915-1989), galardonado por sus múltiples contribuciones a la teoría de control de calidad. La definió mediante varias características y en una de ellas expresó: “cuando se aplica CC, la falsedad desaparece de la empresa.”²³

Por su parte, el norteamericano Phillip B. Crosby, director de calidad en la Internacional Telephone and Telegraph, estableció la llamada administración preventiva y en sus reflexiones expresa: “Cero defectos significa hacer lo que acordamos cuando acordamos hacerlo,”²⁴ y para ello, promovió catorce pasos, que no deben confundirse con los Catorce Puntos descritos en párrafos anteriores:



1. Compromiso de la dirección
2. Equipo para la mejora de la calidad
3. Medición del nivel de calidad
4. Evaluación del costo de la calidad
5. Conciencia de la calidad
6. Sistema de acciones correctivas
7. Establecer comité del Programa Cero Defectos
8. Entrenamiento en supervisión
9. Establecer el día "Cero defectos"
10. Fijar metas
11. Remover causas de errores
12. Dar reconocimiento
13. Formar consejos de calidad
14. Repetir todo de nuevo

Se concluye este recuento internacional de enfoques y definiciones sobre la calidad, con la definición propuesta por la American Society for Quality Control: “La totalidad de las características en una entidad (proceso, producto, organismo, sistema o personas) que le confieren aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas.”²⁵

Por supuesto, nos interesa como se ha analizado el tema calidad de la atención en México, que no estuvo a la zaga. Desde fines del siglo XVIII ya se menciona el término en materiales científicos como el Mercurio Volante o la Gaceta de Méjico, dos publicaciones pioneras en América. Hacia 1893, se fundó en México la primera sociedad médica especializada, la



Sociedad Mexicana de Oftalmología, y en 1898 apareció su revista.¹⁰ Ya mucho más cercano a la actualidad, en el pasado siglo XX, surgieron las primeras experiencias en evaluación de la calidad de la atención médica en 1956, en el “Hospital la Raza” con la creación de un instrumento exclusivo para el expediente clínico.

Los estudios sobre la calidad con mayor rigor científico comienzan en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la década del 80’s, con las primeras evaluaciones en calidad de la atención médica en hospitales. En la Secretaría de Salud se adoptaron los instrumentos evaluativos y hoy ya se dispone en México de un sinnúmero de instrumentos que evalúan la calidad de la atención médica. Un ejemplo de estos estudios se relacionaba con la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención y entre sus resultados se destacaban satisfechos el 90% de los usuarios en instituciones privadas, 82% en la Secretaría de Salud, 81% en otras instituciones públicas y 73% de quienes recibieron atención en servicios de seguridad social.⁵

Finalmente, acerca de la calidad en México, desde la Secretaría de Salud se consideró como “la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud no es la excepción.”¹⁰ De manera que la calidad es un tema que siempre ha estado inmerso en la historia del ser humano, con el propósito dar un valor al producto o servicio con el cual está estrictamente relacionada.



2.2.2 Programa Sectorial de Salud

En el Programa Sectorial de Salud que estuvo vigente en el sexenio anterior 2013-2018 se establecieron los objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apearse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal,¹ para materializar el derecho a la protección de la salud. Estos objetivos son congruentes con las metas nacionales establecidas en el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global.*²

Con la Meta II (México Incluyente), se reconoció el derecho humano a la protección de la salud establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mediante el aumento de las oportunidades para mejorar la salud y cerrar las brechas existentes de desigualdad. En esta Meta, quedaron debidamente expuestas dos de sus principales líneas de acción: Otorgar y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad a todos los mexicanos bajo criterios de equidad y eficiencia y fortalecer la red de atención primaria a la salud, con énfasis en unidades móviles de salud.

En ese sentido se desarrolló el PFAM (antes Programa Caravanas de la Salud), con el propósito de acercar los servicios de salud a la población que habita en zonas marginadas, con alta dispersión y difíciles condiciones de acceso debido a su ubicación geográfica. Este programa FAM tiene como Objetivo: Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante el otorgamiento de servicios de atención primaria a la salud a través de las



unidades médicas móviles, así como con acciones de promoción, prevención, atención médica y odontológica.

Para desarrollar el PFAM, se establecieron las Reglas de Operación del PFAM, definidas como “un conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar de las unidades médicas móviles, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.”³

Los beneficiarios del PFAM son todos los habitantes de las localidades con cobertura del programa, sin importar su condición de género, edad, origen étnico, posición social, económica, discapacidad o creencia religiosa. Estos servicios serán otorgados por las Unidades Médicas Móviles y entre las actividades priorizadas por PFAM, están las relacionadas con el Programa Prevención y Control del Cáncer de la Mujer, para la detección oportuna y tratamiento en etapas inicial del cáncer de mama, con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad por este tipo de cáncer.

Resulta imprescindible, para garantizar la realización de estas intervenciones del tamizaje, la movilidad de los servicios a los lugares de residencia de las mujeres en riesgo y para ello, existen las Unidades Médicas Móviles dentro del PFAM. En la Secretaría de Salud del estado de Tabasco, durante casi cuatro décadas, se han desarrollado diversas estrategias y programas para lograr la cobertura de servicios esenciales de salud mediante equipos itinerantes. Ante las restricciones económicas surgidas en los últimos años en la Secretaría de Salud en Tabasco, que limitan la atención que se ofrece con las Unidades Médicas Móviles, es pertinente realizar



una investigación que permita identificar la calidad del proceso de atención relacionado con las actividades para la detección precoz del cáncer de mama dentro del PFAM.

2.2.3 Programa de Control del Cáncer de Mama

La esperanza de vida en México es una de las más bajas de la ODCE y esto se explica en parte, por los limitados recursos disponibles para el tema de la salud, con los consecuentes impactos en el acceso y la calidad de la atención. El gasto promedio en salud por persona es de \$1080, cuatro veces menor que el promedio de la OCDE que es de \$4003 y existen 2.4 médicos por cada 1000 habitantes, en relación con 3.4 que es la cifra promedio de la OCDE.²⁶

En México el cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres mayores de 25 años. El incremento en el número de casos y en la mortalidad se asocia de manera importante a la transición demográfica, a los estilos de vida poco saludables, al envejecimiento poblacional y al aumento en el número de casos de cáncer. En el año 2012 ocurrieron en el país 73,134 personas por tumores malignos, de los cuales 50.7 % eran mujeres y las muertes por cáncer de mama, cuello uterino y ovario representaron un 30.9%. La tasa de mortalidad nacional en 2016 fue de 18.8, las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son Ciudad de México 32.1, Jalisco 24.3 México 12.1 y para el estado de Tabasco la cifra es de 13.4.⁴

Ante esta situación, uno de los retos 2013-2018 es un cambio en la cultura de la calidad en los procesos de tamizaje, desde la toma de muestra, al procesamiento, interpretación y entrega de resultados, todo alineado a las metas establecidas en el PND, que destaca en su Objetivo 2: Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, mediante la:



Estrategia PROSESA 2.5: Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas principalmente el cáncer cervicouterino y de mama.

Línea de acción del PROSESA: elaborar y difundir evaluaciones de desempeños de los programas de tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama.¹

Como se expuso en la Introducción, el PFAM constituye una estrategia federal que se alinea directamente con la meta nacional "México Incluyente" y responde a los objetivos 1, 2 y 4, del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013 – 2018. Para disminuir las tasas de incidencia y prevalencia del cáncer de mama, deben realizarse acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno; para ello es importante incrementar el acceso y uso efectivo a los servicios, en este caso a través de las pesquisas a las mujeres, independiente de sus características personales como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría, o sea, obtener atención en salud de calidad y cuando se requiera.

En ese sentido se reitera que el propósito del PFAM, es garantizar la oferta de servicios en zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión y difícil acceso geográfico y en su misión se destaca la oferta de atención médica mediante equipos itinerantes de salud y UMM acreditadas, para asegurar la Calidad y eficacia de los servicios que se prestan y contribuir de esta manera en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.²³

Para cumplir con ese propósito, en enero de 2014, existían en el país 754 unidades con mastógrafos para el tamizaje y/o diagnóstico del cáncer de mama, lo cual representa una razón de 6.3 mastógrafos por millón de habitantes. Esta cifra nos ubica en último lugar dentro de los



países de la OCDE (27). y cabe resaltar que las principales instituciones del sector salud SSA, IMSS (incluyendo el Programa de Oportunidades) e ISSSTE, concentra el 96% de los equipos. Sin embargo, pese a los esfuerzos no se ha logrado lo esperado, por eso, la mortalidad continúa elevada. La Secretaría de Salud desde hace varios años, ha implementado un programa a largo plazo para que en un futuro impacte y se observe a través de la detección y diagnóstico oportuno, la disminución de la mortalidad.²⁸

Objeto de evaluación del proyecto

El objeto de evaluación del proyecto de investigación, son las actividades establecidas en el Programa de Prevención y control de Cáncer de la Mujer 2013-2018 y que se realizan en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM). Estas actividades se orientan a la detección del cáncer de mama, mediante tres tipos de intervenciones específicas dirigidas a la población, de acuerdo con su grupo de edad o vulnerabilidad. Cabe mencionar que el programa de cáncer de la mujer tiene sus actividades en:

- Autoexploración: se debe recomendar a partir de los 20 años.
- Examen clínico de las mamas: debe ser realizado anualmente a cada mujer mayor de 25 años que asista a las unidades de salud, por el personal médico o de enfermería capacitado, en condiciones que garanticen el respeto a la privacidad de la mujer,
- Mastografía: la mastografía de tamizaje se recomienda en mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años.



2.2.4 Programa Fortalecimiento a la Atención Médica

En Tabasco, las actividades realizadas con equipos itinerantes no son novedosas, pues de 1959 a 1964, miles de habitantes ribereños tuvieron acceso a los servicios de salud, gracias a la puesta en marcha de un barco denominado "El Mensajero de la Salud", que fue la primera embarcación fluvial de México destinada a realizar programas de salud integrales, mediante continuos recorridos por los ríos de Tabasco (29). Posteriormente y durante casi cuatro décadas, la Secretaría de Salud ha desarrollado diversas estrategias y programas para atender la cobertura de servicios esenciales de salud mediante equipos itinerantes. Destacan ante tales experiencias siete importantes programas, que se describirán en orden cronológico:

1976. Programa de Extensión de cobertura (PEC) destinado a proporcionar mayor atención en materia de salud a las comunidades del área rural de difícil acceso.

1978. Programa Comunitario Rural (PCR) orientado a la atención de poblaciones que habitan localidades de difícil acceso, con menos de 2,500 habitantes, con carencias de recursos y distantes de los centros de salud. El propósito principal del programa era realizar acciones de planificación familiar, control del embarazo y atención a las niñas y niños hasta los cinco años de edad; estas acciones eran llevadas a cabo por el personaje comunitario conocido como Auxiliar de Comunidad.

1981. Se fusionan el PEC y PCR en el Programa de Salud Rural (PSR) que, en 1985, se transformó en la estrategia de Extensión de Cobertura (PEC), para asumir el compromiso de



otorgar servicios de salud a todas aquellas personas que habitan en comunidades rurales de difícil acceso, con un rango de 500 a 2500 habitantes.

1991 a 1995. Operó el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA) en cinco entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Distrito Federal, que sirvió como antecedente inmediato para desarrollar el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

1996 se crea el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud, atender a la población con nulo o limitado acceso a dichos servicios y para hacer frente a los retos en materia de salud pública, en particular de la población más desprotegida de 18 entidades federativas del país.

1997. Inicia operaciones el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), dirigido exclusivamente a personas en pobreza extrema que vivieran en zonas rurales. El Componente de Salud de PROGRESA amplió la cobertura de atención a través de unidades médicas móviles con médico, enfermera y promotor de salud. Durante la administración federal 2000-2006, el programa recibió el nombre de Programa Desarrollo de Salud. (hoy Prospera, Programa de Inclusión Social).

2007. Se establece el Programa Caravanas de la Salud para atender poblaciones dispersas en comunidades pequeñas y de pocos habitantes, en zonas orográficas de complejo acceso en México. El programa abarcó en 2008 “una población de 1.2 millones de personas que habitan



en un poco más 20 mil localidades, en 125 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), en las 32 entidades Federativas³⁰.

2015. Cambia su denominación el Programa Caravanas de la Salud por Unidades Médicas Móviles, con el objeto de garantizar la oferta de servicio en zonas rurales y marginadas del país con alta dispersión y difícil acceso geográfico. Actualmente se denomina Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM) y brinda atención a la población mediante su cartera de servicios de salud, con 154 intervenciones las cuales forman parte del CAUSES 2014 y adicionalmente prestan servicios de telemedicina (3). Estas 154 intervenciones se agrupan en cinco rubros, según lo establecido por las reglas de operación 2015. Dichas intervenciones de se agrupan en 6 conglomerados que se describen a continuación:

Intervenciones en Salud Pública. Acciones de prevención, promoción de la salud, a través de la aplicación de vacunas dirigidas a los diferentes grupos etarios y tipo de población, por ejemplo, grupos de riesgo como son las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adultos mayores y la detección oportuna de enfermedades.

Intervenciones de Atención Medicina General/Familiar y Especialidad. Están destinadas a dar atención a enfermedades infecciosas, no infecciosas, enfermedades crónicas degenerativas, al igual que a la detección precoz de patologías que por su complejidad se referían a otro nivel de atención para su resolución.



Intervenciones Odontológicas. Estas intervenciones están dirigidas a todas las edades y tiene como objetivo, favorecer la formación de hábitos de higiene, la prevención de enfermedades dentales y cuando exista la patología bucal, su oportuna atención odontológica.

Intervenciones de Urgencias. De acuerdo a su naturaleza y gravedad, estas intervenciones demandan atención inmediata al poner en peligro la vida y/o la función de algún órgano; se busca la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico, su canalización a servicios de hospitalización y/o cirugía.

Intervenciones de Cirugía General. Se incluye intervenciones entendiéndose que sólo se apoyará al equipo itinerante de salud, a través del enlace satelital entre la unidad médica móvil y el hospital sede para realizar un diagnóstico certero, y referir al paciente con oportunidad para su atención.

Además, se creó la Coordinación Estatal del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, con la finalidad de actuar como eje rector para el personal de operativo Federal de las 29 UMM, a través del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencias de Recursos Presupuestarios Federales.

Cabe mencionar que existe una distribución de las UMM en el Estado de Tabasco, por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), al otorgar en calidad de comodato 8 unidades en el 2007, para el 2009 hace entrega de 8 unidades médicas móviles y 2 de supervisión, en el 2011 se sustituye 1 unidad en el municipio de Centla y en el 2012 es



entregado 13 unidades que fueron donadas por la paraestatal PEMEX, siendo un total de 29 unidades operativas, 2 de supervisión y una de sustitución, esta son financiadas por a través de dos vías DGPLADES y el RPSS para funcionalidad operativa se realiza un ejercicio presupuestal en el PFAM llamado POA en el cual se desglosa por partidas. Convenio DGPLADES-FAM-CECTR-TAB-02/16 Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.³¹

En el diagnóstico de la DGPLADES en 2015, se refiere una reducción del financiamiento en 70% para el año 2015 y promedio el costo promedio real de una consulta de una UMM es de \$589.64,³² por CONEVAL sobre la evaluación de la calidad del PFAM, se describen los principales hallazgos, útiles a los fines de nuestra investigación: “ no existen evaluaciones de impacto; no reflejan las acciones y resultados en el programa para alcanzar el fin; no se identifican las poblaciones (potencial, objetivo y atendida); se atiende 62.31 % de la población objetivo y la población atendida; dispone de un parque vehicular con cerca del 80% de vida útil (igual o mayor a cinco años); se detectaron reducciones presupuestales que impactaron directamente los resultados del programa; el porcentaje de citologías de primera vez fue 11.85% de acuerdo a su meta.³³



CAPÍTULO 3

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo General

- Evaluar la calidad de las actividades para la detección de cáncer de mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en Tabasco. 2016.

3.1.2 Objetivos Específicos

- Evaluar la disponibilidad de facilidades, infraestructura, financiamiento y recursos humanos en las tres Unidades Médicas Móviles.
- Evaluar el cumplimiento de los procesos, procedimientos y normas establecidas para realizar las actividades preventivas del Programa.
- Evaluar los resultados de las actividades preventivas del Programa en las Unidades Médicas Móviles.



3.2 MATERIAL Y MÉTODOS

3.2.1 Tipo de investigación

Se realizó una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal, mediante un análisis metodológico documental para evaluar la estructura, los procesos y los resultados, en la ejecución de las actividades preventivas del Programa de Cáncer de Mama, incluidas en el PFAM que se desarrolló en el estado de Tabasco en el año 2016.

3.2.2 Universo

Lo conforman 13 Unidades Médicas Móviles del PFAM cuyo personal brindó servicios en 3 municipios del estado de Tabasco, con una plantilla operativa total de 42 trabajadores, de los cuales 13 son médicos, 13 enfermeras, 13 promotores-polivalentes y 3 odontólogos.

3.2.3 Método e instrumento de recolección de datos

Unidades de análisis: Están representadas por los documentos correspondientes al período de estudio y disponibles en las UMM:

- Recursos presupuestarios (Convenios DGPLADES 2012, 2016, REPSS 2012-2016)
- Distribución del gasto por capítulos (Convenios DGPLADES 2016).
- Rutas de las UMM en 2016
- Indicadores de desempeño de la prestación de servicios
- Personal en el estado de Tabasco concepto y partida presupuestaria
- Propuesta del subsidio por costo de operación del PFAM por unidad y tipología, 2016
- Programa Operativo anual 2012. Propuesta de costos de operación anual para las diferentes tipologías.



- 13 comodatos Caravanas de la Salud
- 16 cédulas de supervisión federales del PFAM
- 156 bitácoras de combustibles y su concentrado general
- 13 solicitudes de servicio de mantenimiento vehicular
- 13 bitácoras de mantenimiento vehicular
- Evaluación de las actividades de detección del cáncer de mama SICAM.

3.2.4 Análisis de datos

Se adaptaron indicadores evaluativos según los lineamientos propuestos por Aguirre Gas, 2002 distribuidos en estructura, proceso y resultados, medidos con una adaptación de la escala de Likert con 46 ítems. Esta escala cuali-cuantitativa, se validó dicho instrumento con alfa de Cronbach que nos dio 0,80 de coeficiente esto indica buena consistencia interna entre los ítems seleccionados³⁴ y puede aplicarse en nuestro caso a las 13 UMM que brindaron servicios en los tres municipios seleccionados.

Las dimensiones, conceptos, y valores de medición, se muestran en el cuadro 1 (Anexos) y los datos obtenidos, se procesaron mediante programas computarizados (SPSS) con análisis estadísticos descriptivos de frecuencia y se presentan en tablas, cuadros y gráficos.

3.2.5 Consideraciones Éticas

Se solicitó autorización de la Coordinadora del Programa PFAM en Tabasco. Se otorgó su consentimiento para utilizar la información necesaria para la investigación. Se ratificó el compromiso de no emitir juicios que pudieran lesionar el prestigio del personal directivo o que labora en el Programa.



CAPITULO 4

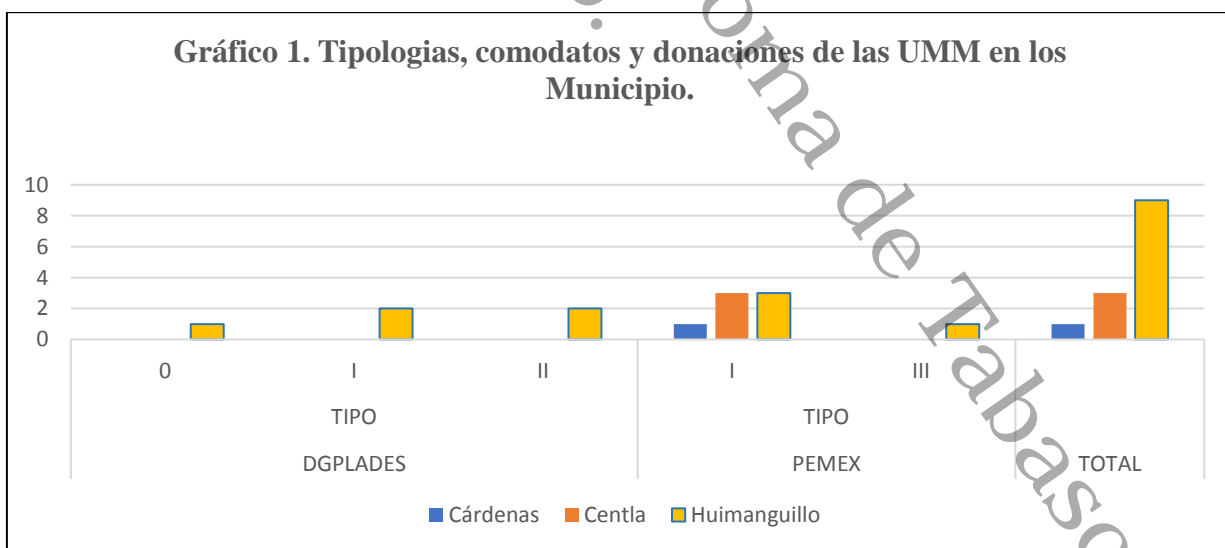
4.1 RESULTADOS

4.1.1 Estructura

Las 13 UMM fueron entregadas entre los años 2007 a 2012, por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y la paraestatal PEMEX. El municipio con el mayor número de unidades es Huimanguillo, como se muestra en la (Tabla 1 y el Gráfico 1).

Municipio	Total, de UMM	Porcentaje
Cárdenas	1	7.6
Centla	3	23.0
Huimanguillo	9	69.2
Total	13	100%

Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica



Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.1.2 Distribución del Financiamiento en los tres Municipios.

La Coordinación del PFAM, recibe el financiamiento para la operación de las UMM, a través de dos fuentes: la Dirección General en Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) y el Régimen de Protección Social en Salud (REPSS). El DGPLADES, lo financia a través de un Convenio de Transferencia de recursos y se dedica al pago de los capítulos 1000 (servicios personales) y 3000 (servicios generales); el Régimen de Protección Social en Salud (REPSS), asigna la cápita en base a las afiliaciones y re-afiliaciones realizadas dentro de la población objetivo del Programa. De estas dos fuentes financieras, el mayor financiamiento corresponde al REPSS (Tabla 2).

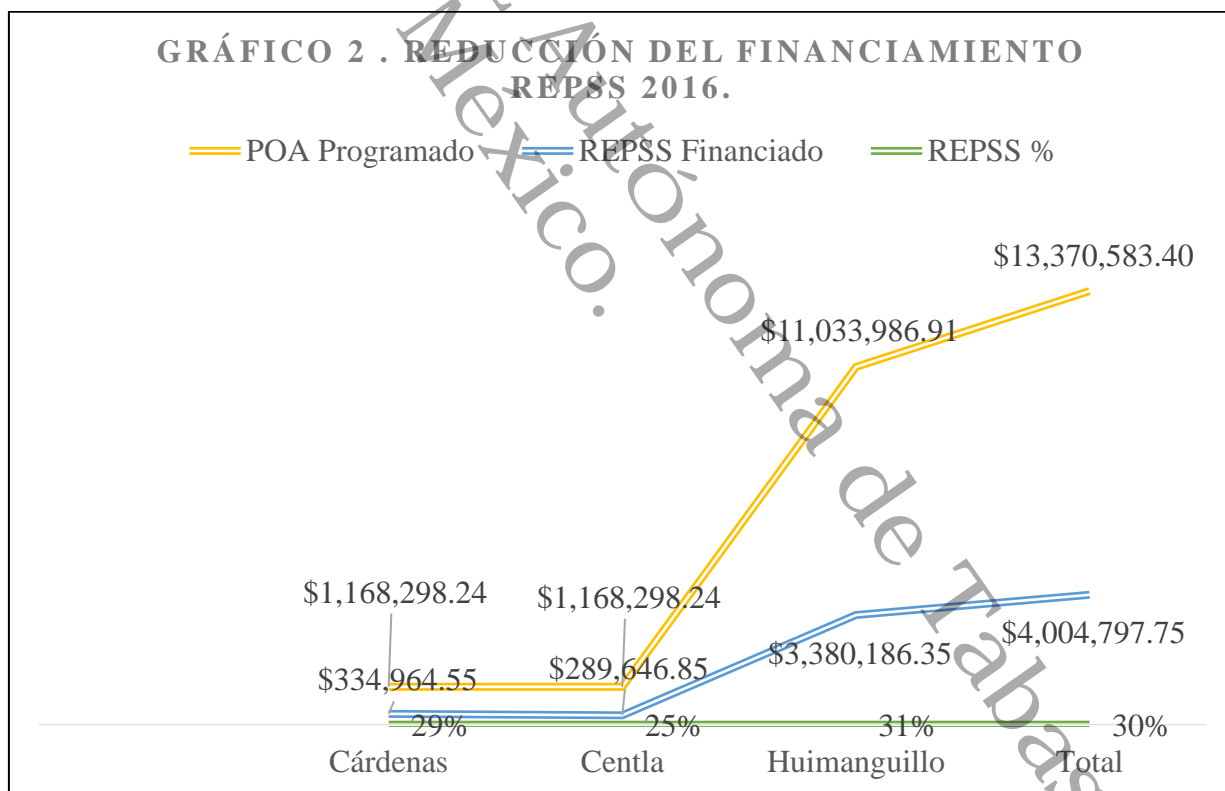
Municipio	DGPLADES		REPSS		Total, Financiado
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
Cárdenas	\$ 31,551.00	8%	\$ 345,014.44	92%	\$ 376,565.44
Centla	\$ 94,653.00	8%	\$ 1,039,928.16	92%	\$ 1,134,581.16
Huimanguillo	\$ 437,840.89	11%	\$ 3,519,625.68	89%	\$ 3,957,466.57
Total	\$ 564,015.89	10%	\$ 4,904,568.28	90%	\$ 5,468,584.17

Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.1.3 Reducción del Financiamiento 2016.

El financiamiento del período 2016 por parte del DGPLADES se mantuvo estable, mientras que el proveniente del REPSS, redujo de nuevo el *per cápita* en 70% promedio en el año 2016. para cubrir lo programado a través del Programa Operativo Anual POA (Gráfico 2), otorgado a través de una cápita de \$172.65 para UMM tipo 0, I y \$178.25 para UMM tipo II, III. Para que operaran las 13 UMM, este financiamiento se realizó a través del otorgamiento de una cápita por cada afiliado al SPSS, que residía en los tres municipios seleccionados. Es importante mencionar que, si estas personas por decisión propia e informada elegían no incorporarse al SPSS, se le proporcionaban gratuitamente las intervenciones derivadas del CAUSES.



Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica



4.1.4 Mantenimiento preventivo y correctivo de las UMM.

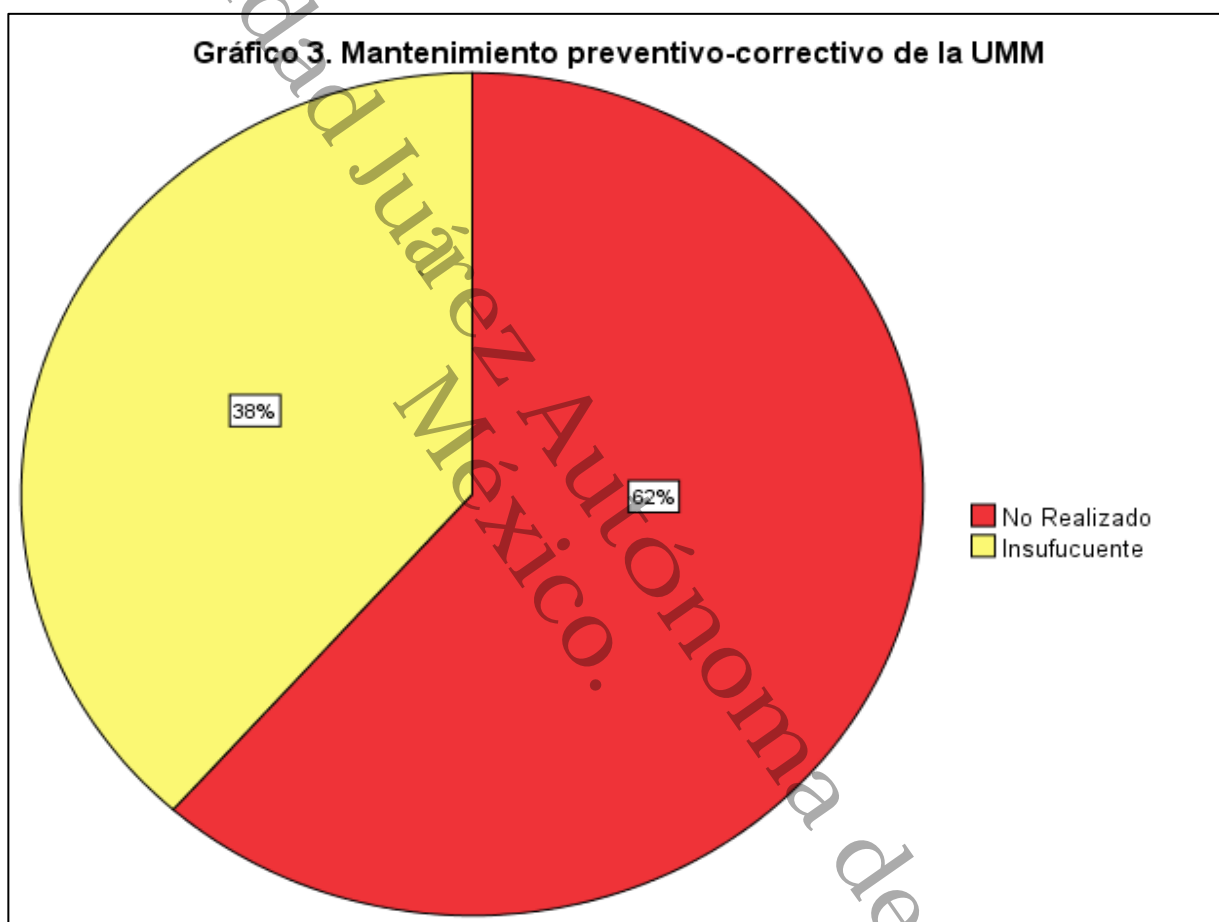
La reducción financiera ocasionó que solo cinco de las 13 unidades recibieran el mantenimiento preventivo-correctivo a realizarse cada 5,000 km o cada 6 meses en el año, según se sugiere en la bitácora de mantenimiento (Tabla 3). De esas cinco UMM en una se prolongó el tiempo de mantenimiento a 65 días en el taller; para esta misma UMM se programaron 3 servicios en el año y solo recibió un servicio. Tampoco funcionaron las plantas eléctricas con las que proveen energía a la unidad en las áreas de consultorios y no se les proporcionó el combustible.

Tabla 3. Mantenimiento Programado vs Realizados en las UMM.							
Municipio	Tipo	Nombre de la Caravana	Km recorrido anual	Servicios de mantenimiento en 2016			Días en el taller
				Programados	Realizados	%	
Cárdenas	I	Cárdenas Caravana No. 1 San Felipe	12,975	3	0	0%	
Centla	I	Caravana Tipo I No. 1 Frontera	2,241	2	0	0%	
	I	Caravana Tipo I No. 3 Frontera	2,408	2	0	0%	
	I	Caravana Tipo I No. 2 Frontera	6,189	2	1	50%	30
Huimanguillo	III	Caravana Tipo III No. 1 Francisco Martínez Gaytan	12,868	3	1	33%	49
	I	Caravana Tipo I No. 3 Caobanal 1a. Sección (Mezcalapa)	14,010	3	1	33%	65
	I	Caravana Tipo I No. 4 Libertad	6,825	2	0	0%	
	I	Caravana Tipo I No. 5 La Azucenita	13,088	3	0	0%	
	I	Caravana Tipo I No. 1 Francisco Rueda 1ra.	12,835	3	1	33%	64
	I	Caravana Tipo I No. 2 Huapacal	15,411	3	0	0%	
	II	Caravana Tipo II No. 3 Gutierrez 3ra.	1,966	2	1	50%	35
	II	Caravana Tipo II No. 4 Pedregalito	13,526	3	0	0%	
0	Caravana Tipo 0 No. 19 Los Naranjos 1a. Sección	5,822	2	0	0%		

Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



En resumen, perdió calidad el servicio de mantenimiento preventivo-correctivo de las UMM., situación derivada de los tiempos para transferir los recursos otorgados por el SPSS al Programa, lo que generó atrasos y el incumplimiento del programa de mantenimiento y del PFAM (Gráfico 3).

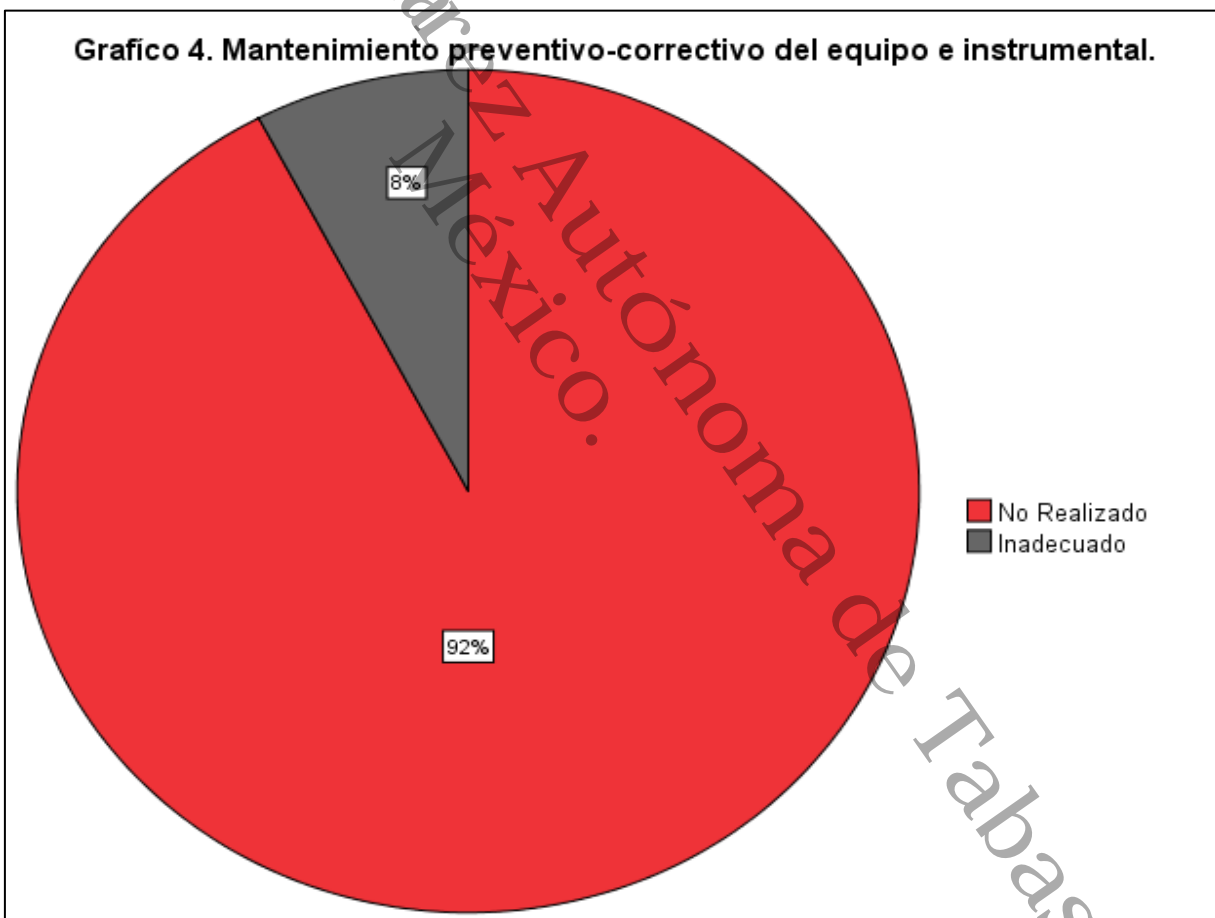


Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.1.5 Mantenimiento preventivo-correctivo de equipo e instrumental.

Es importante resaltar que, para brindar un servicio con calidad, se requiere también contar con los equipos y el instrumental necesario: sillas, escritorios, material de oficina, mesas de exploración, lámparas y en 12 de las 13 UMM (Gráfico 4), estos equipos e instrumental, no reciben Servicio de mantenimiento y pierden calidad al no conservar buen estado desde su otorgamiento. Además, no cuentan con partida presupuestal para este concepto y solo en una Jurisdicción Sanitaria, se ofreció este servicio.

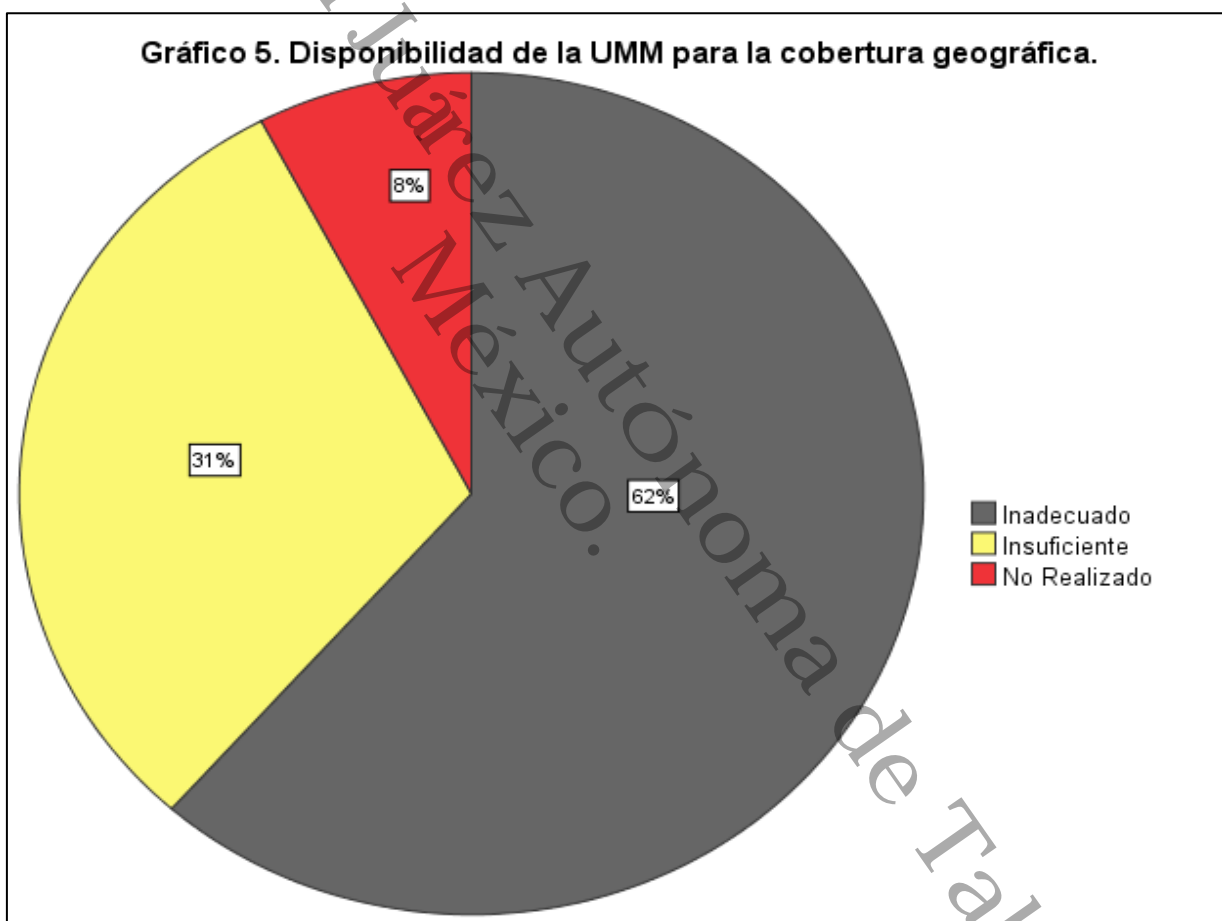


Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.1.6 Disponibilidad de la UMM para la cobertura geográfica.

Finalmente, con relación a la estructura, en el Programa se articula la disponibilidad de la UMM en rutas de atención a la población, para que cubran el espacio geográfico asignado, y realicen las actividades de detección del cáncer de mama. Como se observa en el Gráfico 5, esta disponibilidad fue mal desarrollada con bajo cumplimiento en la asistencia a las localidades en los 220 días programados, por tanto, la calidad estuvo ausente.



Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.1.7 Recursos humanos

No existen dudas de la importancia del personal de salud asignado a las UMM, cuyo desempeño permite cumplir una buena parte de las actividades del Programa del Cáncer de Mama. En la Tabla 4, se muestra la disponibilidad del personal operativo de PFAM en cada una de las UMM.

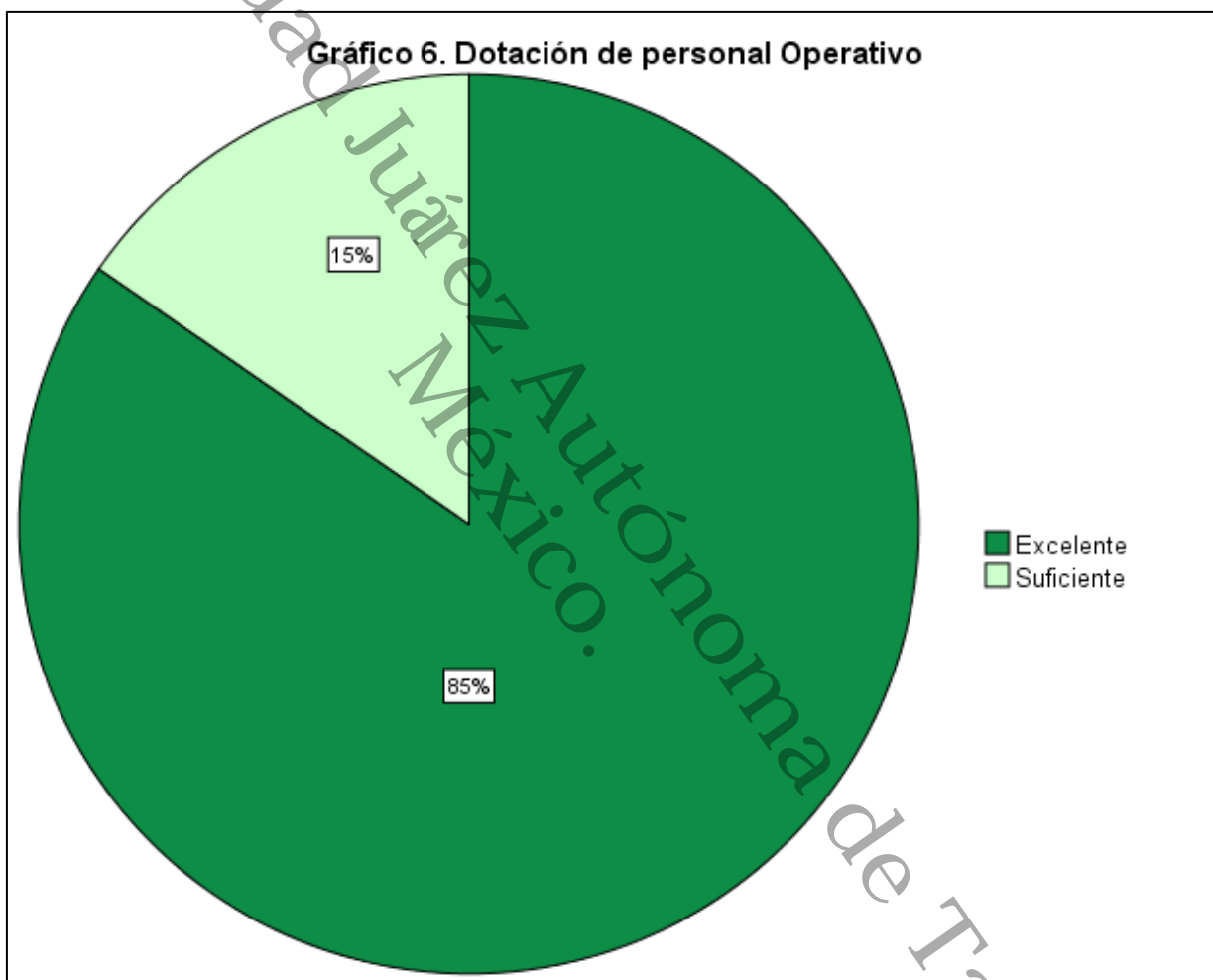
Tabla 4. Dotación de personal					
Municipio	Total, de UMM	Médico	Enfermera	Odontólogo	Promotor
Cárdenas	1	1	1	0	1
Centla	3	3	3	0	3
Huimanguillo	9	9	9	3	9
Total	13	13	13	3	13

Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.1.8 Dotación de personal

El resultado evaluativo en cuanto a la dotación del personal (Gráfico 6), fue excelente, con plazas cubiertas durante el año, para realizar las actividades de detección del cáncer de mama. Aunque tuvieron dos bajas, se suplieron con dos altas de promotores-polivalentes en los municipios de Cárdenas y de Huimanguillo, lo que debe contribuir a la calidad del servicio.



Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.2 Procesos

4.2.1 Población Responsabilidad del PFAM en tres municipios

El proceso es parte importante en la calidad de la atención médica a los usuarios, que debe estar organizada y sustentarse en un diagnóstico situacional que identifique las fortalezas y debilidades para desarrollar estrategias de trabajo, que deben monitorearse y evaluarse. En la (tabla 5), se muestra el porcentaje total de la población del grupo blanco entre la población objetivo del PFAM:

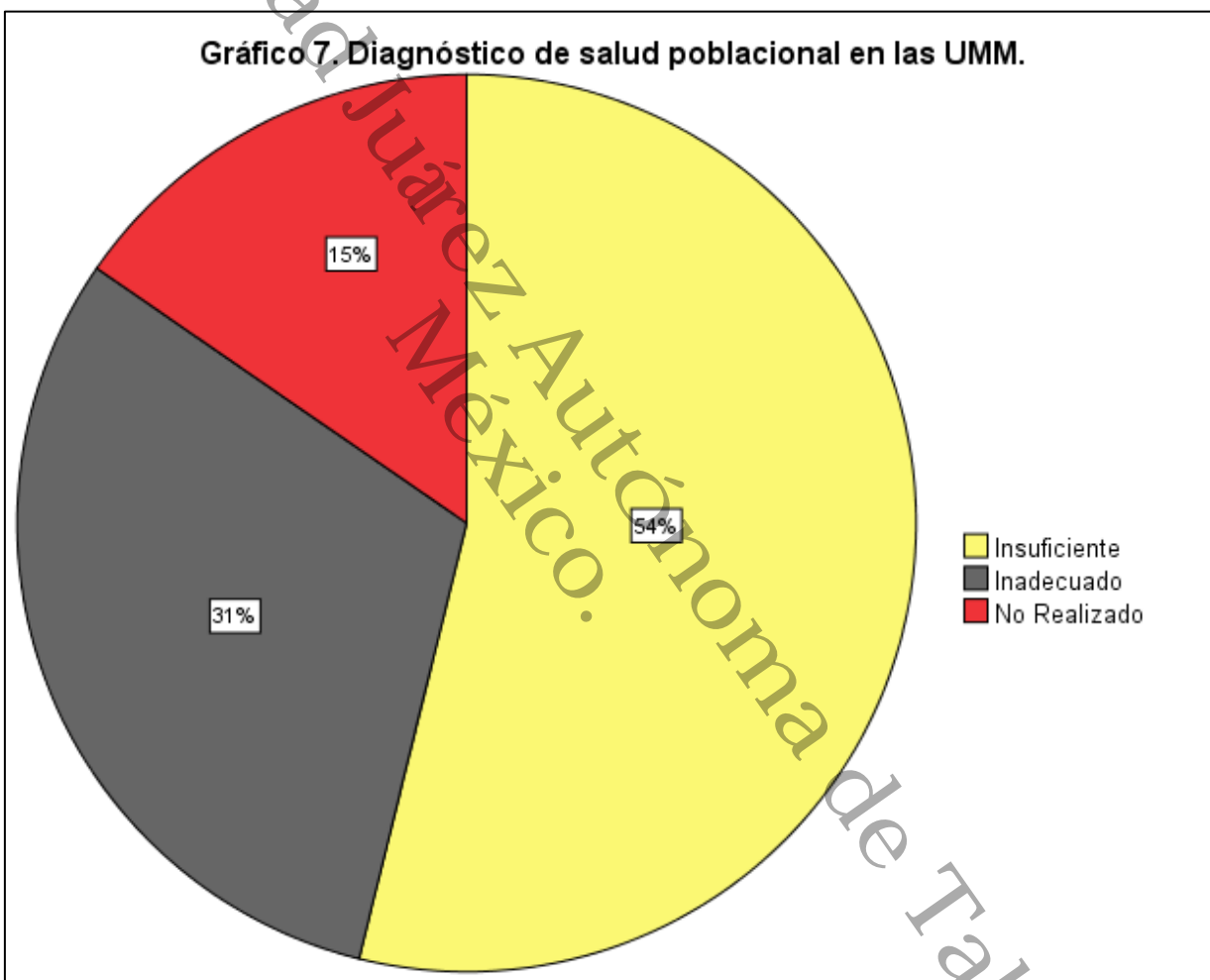
Tabla 5. Población Responsabilidad en tres municipios						
No.	Municipio	CLUES	Población INEGI	Personas afiliadas al seguro popular	Población objetivo del grupo de edad mujeres de 20 y más años.	Porcentaje
1	Cárdenas	TCSSA017193	2,026	1,907	532	26%
2	Centla	TCSSA017205	2,224	1,899	671	30%
3	Centla	TCSSA017210	2,152	2,120	594	28%
4	Centla	TCSSA017222	1,685	1,649	512	30%
5	Huimanguillo	TCSSA017304	1,358	1,080	436	32%
6	Huimanguillo	TCSSA017234	1,925	1,846	507	26%
7	Huimanguillo	TCSSA017246	2,493	2,249	690	28%
8	Huimanguillo	TCSSA017251	2,631	2,288	698	27%
9	Huimanguillo	TCSSA016913	1,604	1,596	420	26%
10	Huimanguillo	TCSSA016930	1,755	1,746	395	23%
11	Huimanguillo	TCSSA016942	1,829	1,829	515	28%
12	Huimanguillo	TCSSA016925	1,626	1,626	420	26%
13	Huimanguillo	TCSSA017164	5,584	4,814	1,523	27%
Total			28,892	26,649	7,913	27%

Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.2.2 Diagnóstico de salud poblacional en las UMM.

Con los datos de la población que atiende cada UMM se elabora el diagnóstico situacional, que debe estar actualizado hasta el año anterior en que se realiza la evaluación. Este importante ejercicio carece de calidad, por una evaluación muy deficiente. Los que se realizaron eran inadecuados o insuficientes. (Gráfico 7).

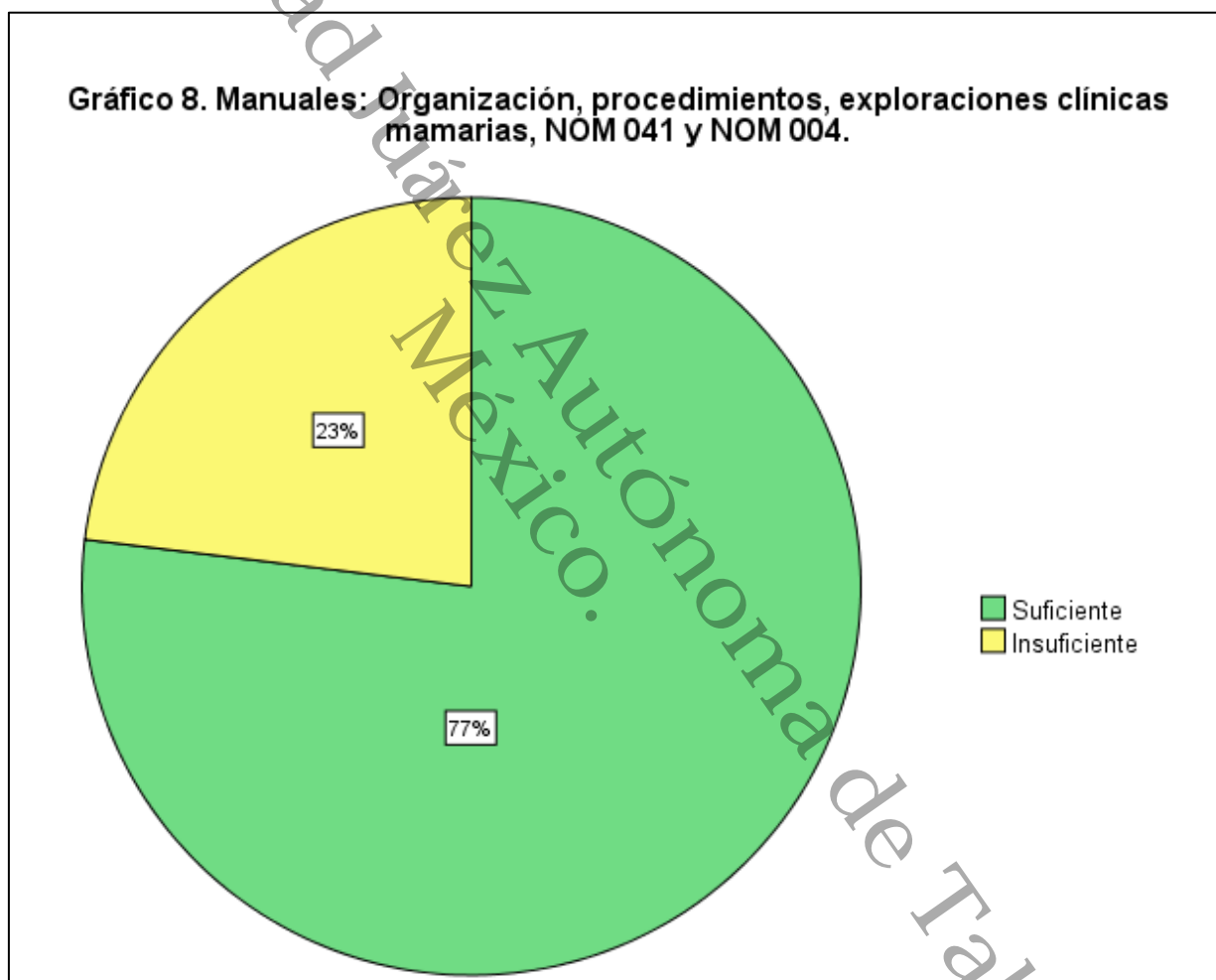


Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.2.3 Manuales: Organización, procedimientos, exploraciones clínicas mamarias, NOM 041 y NOM 004.

Los manuales y normas del PFAM, son guías de los procedimientos que se requieren para alcanzar sus objetivos. (Gráfico 7). En 77% de las UMM se cuenta con suficientes documentos normativos como NOM 041 y NOM 004. En el 23% de las UMM no existe o tienen deterioro sin reposición, por tanto, no se asegura la calidad en el cumplimiento de esas normativas.

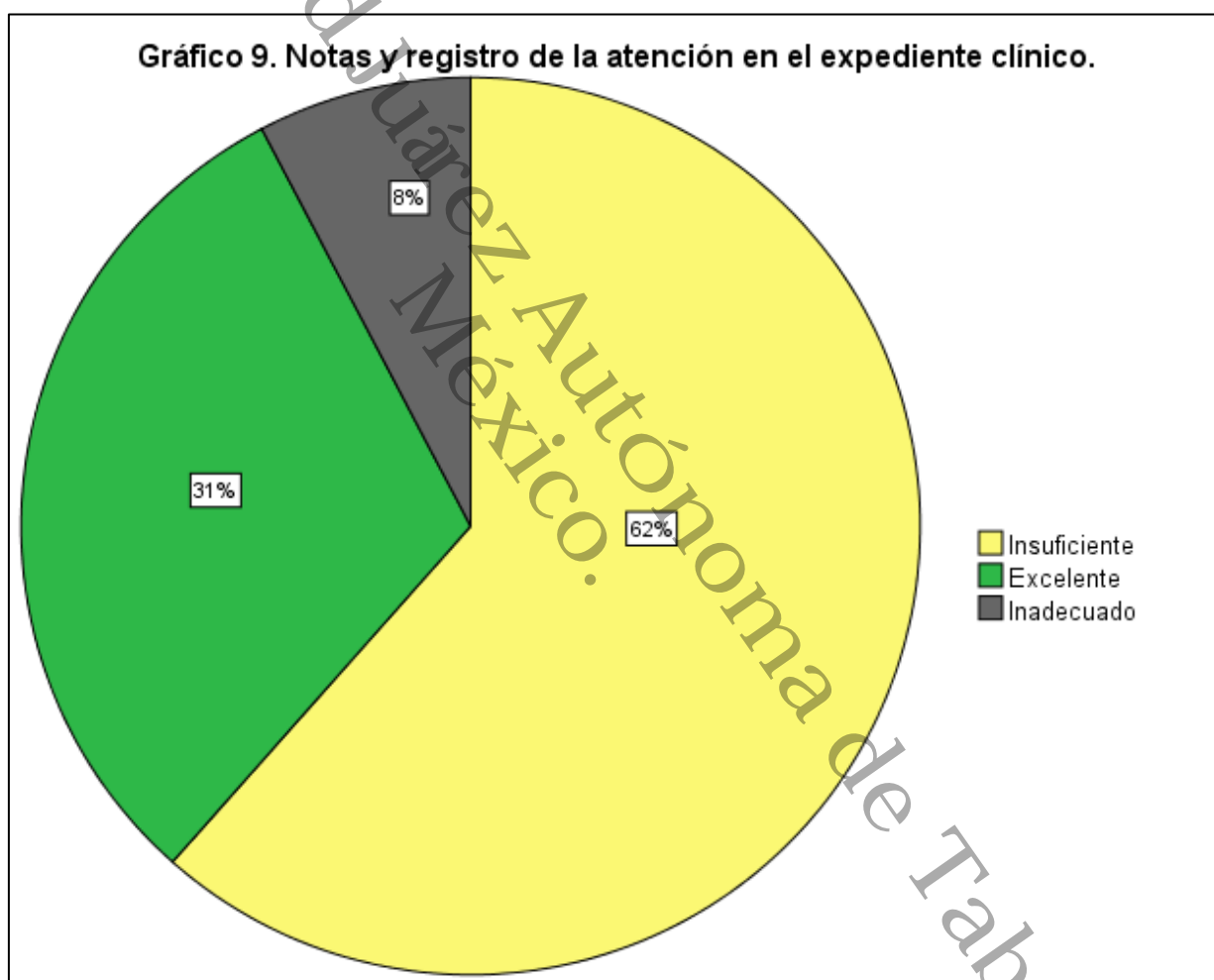


Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.2.4 Notas y registro de la atención en el expediente clínico.

En cuanto a los registros, son parte importante del proceso en la atención médica preventiva del cáncer de mama y está normado realizarlo cada vez que se realice alguna actividad con el usuario, por Norma Oficial Mexicana del expediente clínico NOM-04-SSA3-2012. Fueron insuficientes las notas y registros encontrados en los expedientes lo cual constituye otro incumplimiento de la normatividad. (Gráfico 8).

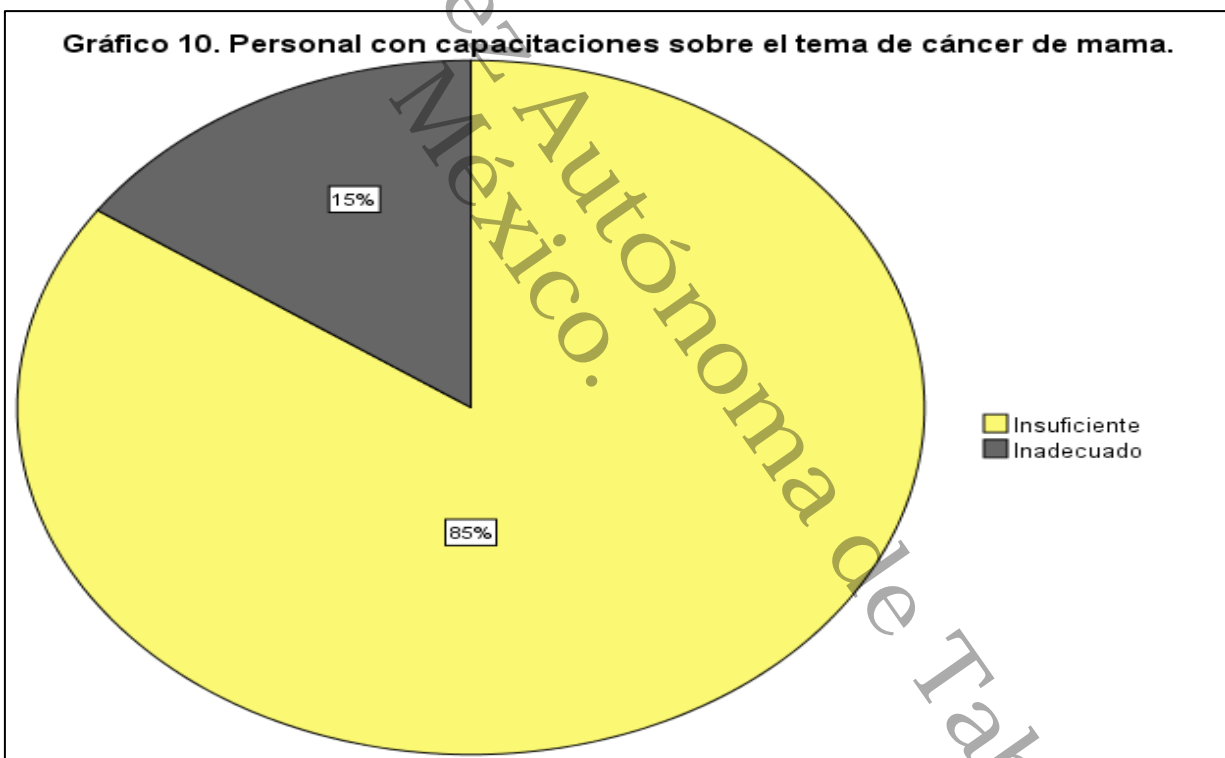


Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.2.5 Personal con capacitaciones sobre el tema de cáncer de mama.

Las actividades de detección de cáncer de mama como consejería, exploraciones clínicas de las mamas y las referencias a mastografías, debe ser proporcionada por personal de salud que haya recibido capacitación específica y este ampliamente informado de los factores de riesgo, la detección, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama, (Gráfico 9). También, resultó insuficiente la capacitación al personal sobre este tema en específico, pues no mostraron la constancia que acredite las capacitaciones. Imposible ofrecer servicio de calidad si el personal no está capacitado.



Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.3 Resultados

4.3.1 Oportunidad de actividades del cáncer de mama en el PFAM

La realización de dos de las tres actividades para la detección del cáncer de mama, obtuvieron porcentaje bajo de cumplimiento en las 13 UMM (Tabla 6). Este resultado es preocupante pues la situación actual del cáncer de mama en Tabasco sugiere que la mortalidad por esta neoplasia mantendrá su tendencia al incremento como ha sucedido en los últimos años, al menos que se diagnostiquen en etapas tempranas. Esto requiere intensificar las acciones básicas de detección, la enseñanza de la autoexploración mamaria; la exploración clínica; y la toma de mastografía.

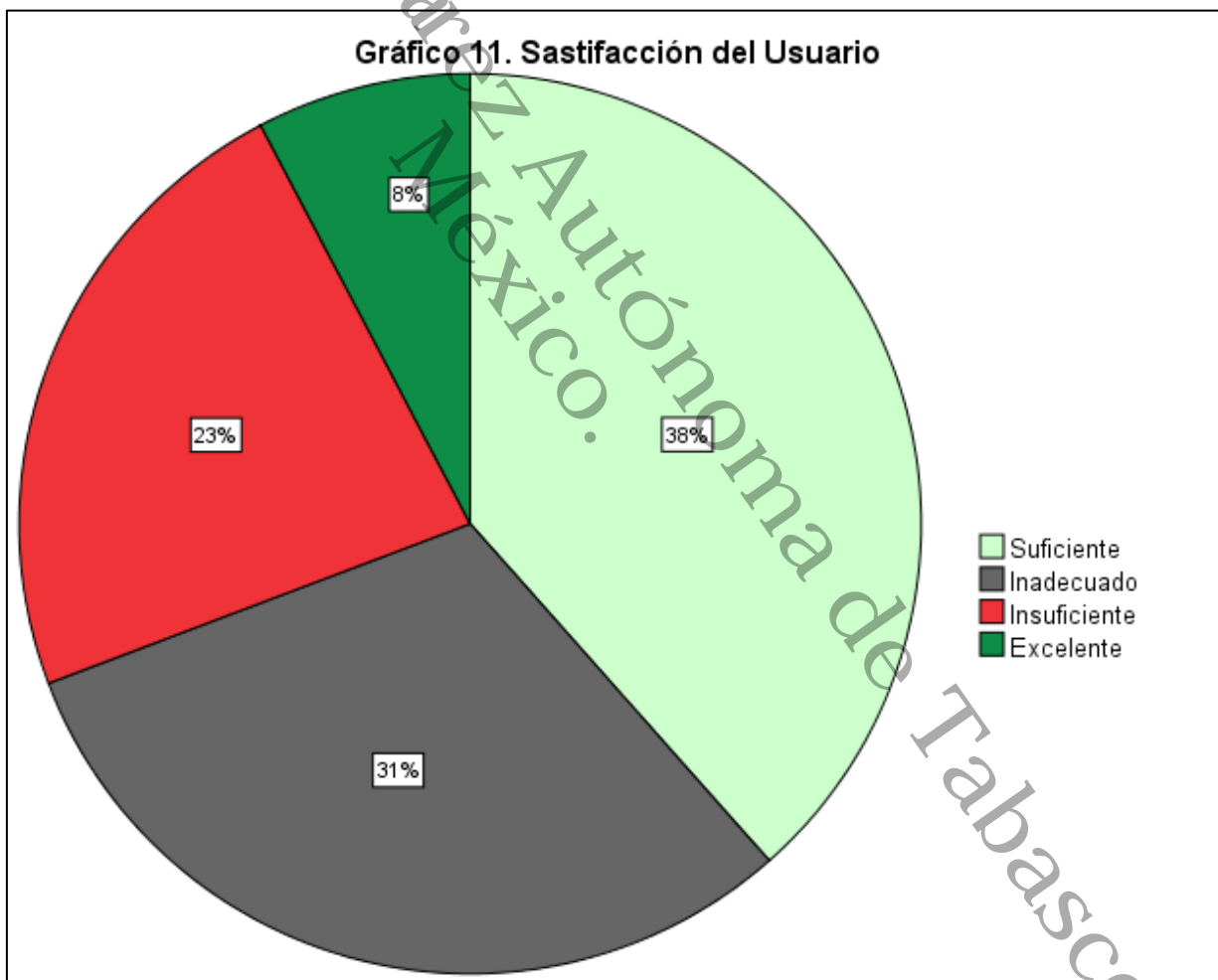
N. o	Municipio	CLUES	Enseñanza; autoexploración mamaria en mujeres de 20 y más años.			Exploraciones clínicas mamarias en grupo de riesgo de 25 a 69 años		
			Meta	Logro	Porcentaje	Meta	Logro	Porcentaje
1	Cárdenas	TCSSA017193	532	21	3.95%	405	41	10.12%
2	Centla	TCSSA017205	671	447	66.62%	461	39	8.46%
3	Centla	TCSSA017210	594	48	8.08%	579	182	31.46%
4	Centla	TCSSA017222	512	15	2.93%	389	152	39.12%
5	Huimanguillo	TCSSA017304	436	74	16.97%	363	102	28.08%
6	Huimanguillo	TCSSA017234	507	182	35.90%	353	89	25.23%
7	Huimanguillo	TCSSA017246	690	10	1.45%	560	142	25.37%
8	Huimanguillo	TCSSA017251	698	436	62.46%	664	102	15.37%
9	Huimanguillo	TCSSA016913	1,523	34	2.23%	380	147	38.67%
10	Huimanguillo	TCSSA016930	420	49	11.67%	345	146	42.26%
11	Huimanguillo	TCSSA016942	395	38	9.62%	374	99	26.48%
12	Huimanguillo	TCSSA016925	515	52	10.10%	363	194	53.40%
13	Huimanguillo	TCSSA017164	420	112	26.67%	1,410	272	19.29%
Totales			7,913	1,518	19.18%	6,645	1,707	25.69%

Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.3.2 Satisfacción del Usuario.

Aunque las encuestas de satisfacción del usuario en ocasiones tienen gran sesgo, en las UMM estudiadas el resultado evaluativo fue suficiente (Gráfico 10). No obstante, ese nivel de calidad, la segunda variable con evaluación más alta fue "inadecuado". Las quejas del usuario se relacionan con la inconstancia de las UMM en acudir a las localidades, así como, el horario de llegada, salida del equipo itinerante, seguimiento de sus enfermedades, mala atención, esta calificación obtenida a través del buzón de quejas y felicitaciones.



Fuente: Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica.



4.3.3 Evaluación de impacto de las actividades de Programa Cáncer de Mama en el PFAM.

En el PFAM no se han realizado evaluaciones de impacto con relación al cáncer de mama en cuanto a mortalidad, mastografías, autoexploración y enseñanza de la autoexploración a nivel nacional, estatal y/o por municipio. Sin embargo, la información disponible en el PFAM sobre las actividades de detección del cáncer de mama es poco confiable en una actividad tan relevante y, sin embargo, los informes son aceptados por la Coordinación del PFAM y está por la DGPLADES, aunque tengan baja confiabilidad.

Se describe brevemente como se inicia y se procesa la información, ya que no se cuenta con un flujograma de la información de las actividades. Esta información se inicia con la identificación de la población de 20 a 69 años y más, a la cual deben brindarse en forma programada las actividades siguientes.

1. La consejería (enseñanza de la autoexploración); se realiza consejería en grupos e individual y se registrar en cartilla nacional de salud de la mujer, libretas y expedientes, con firmas de población asistente o de la usuaria, registro en censos nominales, cuadernillos de metas, registro en formato de seguimiento de CACU-CAMA, el cual es enviado mensualmente a la Coordinación del PFAM.
2. Autoexploración mamaria, no hay registros.
3. La exploración clínica mamaria; se realiza por un profesional de la salud en la UMM preferentemente, se registra en formato FM2, cartilla nacional de salud de la mujer, censo nominal y libreta de entrega de formatos FM2 a la Jurisdicción Sanitaria, esta



captura el FM2 en la plataforma SICAM y en registro en formato de seguimiento de CACU-CAMA, el cual es enviado mensualmente a la Coordinación del PFAM.

4. La mastografía; se realiza el punto 3, con una referencia médica, el FM2 capturado a toda mujer de 40 a 69 años por tamizaje o sospecha, las citas las realiza la Jurisdicción sanitaria y/o la usuaria dicho resultado de la mastografía lo captura la Unidad Médica donde se encuentra el mastografo. No se cuenta con dicha información.

En los indicadores de desempeño de prestación de servicios se analizan las variables; total de exploraciones clínicas y total de casos de cáncer de mama, del Convenio específico de colaboración en transferencia de recursos presupuestarios federales para la operación del PFAM. Y el único medio confiable es el SICAM, sin embargo, este sistema en el año 2016 tuvo dificultades para la captura de los FM1 y los reportes de mastografías el sistema no puede evaluarse al momento de la consulta.



CAPITULO 5

5.1 DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el estudio evaluativo sistémico de Estructura-Proceso-Resultados, se pudo constatar que de las actividades de detección del cáncer de mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica que realizan las 13 UMM evaluadas, carecen de calidad.

Si iniciamos por los resultados del financiamiento de las UMM, es ciertamente asombrosa la diferencia en la disponibilidad del recurso financiero otorgado, con relación a otros años. Para las UMM su Cápita para el año 2016 de \$172.65 para UMM tipo 0, I y \$178.25 para UMM tipo II, III, en un sentido más específico solo se financio el 30% de lo presupuestado teniendo para es año un incremento en las intervenciones plasmadas en las reglas de operación, en la cual esta las actividades de detección del cáncer de mama, es importante tomar en cuenta el costo promedio real por consulta de una UMM es de \$ 589.64 ³² No pueden funcionar bien las UMM si no existe el transporte, el cumplimiento de la ruta y el equipo suficiente y calificado. Por eso, los resultados que obtuvimos evidencian la inadecuada situación en esos imprescindibles elementos para la atención a la mujer residente en zonas marginadas y en edad de padecer cáncer de mama.

Según datos de CONEVAL (2016-2017), el parque vehicular de las UMM cuenta con 80% de vida útil igual o mayor a cinco años, con personal completo, tiene fuente de financiamiento original y tiene a su cargo la atención de las localidades en ruta preexistente. Si comparamos



nuestros resultados, vemos que los vehículos de las 13 UMM evaluadas ya cumplieron el 100% de su vida útil y además, independientemente de la sustitución, no podemos dejar de mencionar el mantenimiento vehicular que fue parcial y en un caso no se realizó; esto afecta mucho la calidad de las actividades de detección del cáncer de mama y se incumple el criterio de Deming (1994): “un producto o servicio posee calidad si le es útil a alguien y disfruta de un mercado bueno y sostenible”. En el caso de los vehículos de las UMM, no existen dudas de la afectación que ocasiona a la calidad del servicio que debe brindar.

Otro importante, si no el más valioso componente de la estructura es el recurso humano. Una buena parte del personal tiene algunos años laborando para el PFAM, sin embargo, fue notorio que este personal no pudiera documentar capacitaciones sobre la detección de cáncer de mama, incumplen con necesarias tareas como los registros adecuados y oportunos en los formatos normativos establecidos, es poco el tiempo de entrenamiento en supervisiones y que transcurran años con esas condiciones de incompetencia. Si que se reduzcan o eliminen a esta situación se añade que para la contratación del personal no existe una buena captación y selección de aspirantes a laborar el PFAM, se entiende que no se alcance un elevado nivel de calidad en las actividades de detección del cáncer de mama. para mejorar estas debilidades debiera implementar se; métodos modernos de capacitación, implementar un programa riguroso de educación y auto mejora, entrenamiento en supervisión, dar conocimiento y repetir todo de nuevo como lo señalan los autores;^{21 y 24}, No puede aceptarse el bajo cumplimiento en dos de las tres actividades del cáncer de mama como se detectó con la enseñanza en autoexploración mamaria y se carece de medición de su calidad.



En resumen, como señala Phillip B Crosby.²⁴ se carece de la “administración preventiva”.

Sería interesante que, con los resultados de esta investigación, pudiere aplicarse el llamado a “la ausencia de deficiencias” (Juran, 1990), con el propósito de que el PFAM sea un medio para acercar los servicios de salud a los municipios con bajo índice de desarrollo humano y a localidades de alta y muy alta marginación, además de contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de calidad, mediante las actividades de detección del cáncer de mama. Así se contribuiría a cumplir con las Metas II (México Incluyente), que reconoce el derecho humano a la protección de la salud en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5.2 CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se demuestra que fue deficiente la calidad en la ejecución de las actividades de detección del cáncer de mama, en las 13 Unidades Médicas Móviles adscritas al Programa Fortalecimiento a la Atención Médica en el año 2016. La reducción del 70 % del financiamiento, se consideró como una posible causa de este resultado, que incidió desde el deterioro posterior de las actividades preventivas del PFAM, comenzando por el deficiente mantenimiento de las UMM los equipos y materiales, hasta la capacitación al personal. Todo esto influye notablemente en la calidad del programa de cáncer de mama ejecutado dentro del PFAM y corrobora el criterio de la baja calidad por carencia de una “administración preventiva” como se requiere ante el grave problema de la mortalidad de la mujer en México y en el Estado de Tabasco.



5.3 PERSPECTIVAS

Generar conciencia de la calidad del servicio.

- Crear consejos de calidad en el PFAM con personal operativo directivo y externo.
- Evaluar sistemáticamente la calidad del trabajo en las UMM.
- Mantener las capacitaciones permanentes al personal de las UMM.

Presentar proyectos de mejora con relación al financiamiento del PFAM que incluyan otras fuentes de financiamiento viable y suficiente que garanticen su operatividad:

- La transferencia de recursos en tiempo y forma.
- Elevar el cápita por medio afiliación al SPSS.
- Modernos sistemas de capacitación para el equipo de las UMM.
- Sustitución del parque vehículos.
- Regionalización mediante un comité de asesor.



CAPITULO 6

6.1 LITERATURA CIENTÍFICA CITADA

1. Secretaría de Salud. México: Programa Sectorial de Salud 2013-2018. [Internet] 2016. [Citado 28 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sectorial-de-salud-21469>
2. Poder Legislativo. Mexico: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República de México. [Internet] 2013. [Citado 24 Nov 2017]. Disponible en: https://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf
3. Secretaría de Salud. México: Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica para el ejercicio fiscal 2016. Secretaria de Salud. [Internet] 2015. [Citado 14 Mar 2016]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421838&fecha=30/12/2015
4. INEGI. Inegi.org.mx [Internet]. 2017; [citado 13 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/default.html#Tabulados>.
5. Ramírez Teresita de J.; Nájera, Patricia; Nigenda, Gustavo. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. 1998 enero-febrero; 40(1) p. 3-12. [Internet] 2018. [Citado 11 Jun 2018]. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6051/7047>.
6. OMS. who.int [Internet]. Ginebra; 2019 [Actualizado 2019; citado 05 May 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>



7. OPS. paho.org [Internet]. Washintong, D.C.; 2018; [citado 11 Nov 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1245:paho-publications&Itemid=1497&lang=es.
8. Secretaría de Salud [Internet]. México; 2011; [citado 06 Agos 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>.
9. Marie Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., & Velázquez, E. (2009). El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México, 51. 2009 Mar; 51(0). . [Internet] 2018. [Citado 02 Agos 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800019.
10. Francisco Hernández Torres. La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus Instituciones: 12 años de Experiencia. México, D.F.: SSA; 2012. p. 10.
11. OPS. iris.paho.org [Internet]. Washintong, D.C.; 2001. [citado 22 Abr 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/40333/calidservesp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
12. OPS. Investigaciones sobre serviciosw de salud: Una antología, Publicaciones Cientificas No. 534, [Internet]. Washintong, D.C, 1992. [citado 31 Otc 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3315/Investigaciones%20sobre%20servicios%20de%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Revista de Organo de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Siete Pilares de la calidad. [Internet] Suplemento No.1 Volumen 16; p. 99. Barcelona, España. 2001. [citado 30 Sep 2017]. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp->



[content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-2parte.pdf](#)

14. OPS. paho.org [Internet]. Washintong, D.C; 2007 [citado 05 Dic 2017]. Disponible en: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=program-documents&alias=368-conferencia-sanitaria-panamericana-27-resolucion-14&Itemid=1179&lang=es.
15. WHO. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. [Internet]. Ginebra; 2009 Enero. [citado 07 Abr 2018]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
16. Reseña de "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación" de Donabedian A. t]. Salud Pública de México. [Internet] México 1990 Marzo-Abril; 32(2): p. 248-249. [citado 04 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=10632217>
17. Aguirre Gas G. Calidad de la Atención Médica Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. [Internet] tercera edicion. Secretaria General Comisión Americana Médico Social, editor. México, D. F.: Noriega Editores; 2002. [citado 07 Abr 2018]. Disponible en: <http://biblioteca.ciess.org/adiss/downloads/549/ADISS2016-501.pdf>.
18. Secretaria de Salud. Definiciones y Conceptos Fundamentales para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención a la Salud. [Internet] Primera editores. Germán Fajardo Dolci Francisco Hernández Torres, México, D.F.: SSA; 2012. [citado 04 Sep 2018]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60109/libro_01.pdf



19. Manuel Ruíz de Chavez, Gregorio Martínez Narváez, Juan Manuel Calvo Ríos, et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas del sector salud. Salud Pública México. [Internet] México 1990 Marzo-Abril ; 32(2). [citado 28 Abr 2018]. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/5284/5432>
20. Juan José Tarí Guilló. Calidad Total: Fuente de Ventaja Competitiva. Publicaciones Universidad de Alicante; [Internet] España:2000. [citado 28 Abr 2018]. Disponible en: <https://www.biblioteca.org.ar/libros/133000.pdf>.
21. The W. Edwards Deming Institute. La Nueva Economía para la industria, el gobierno y la educación, pag. 2, Editorial Díaz de Santos [Internet] Madrid 1994. [citado 21 Abr 2018]. Disponible en: <http://estrategiafocalizada.com/enfoque/LA%20NUEVA%20ECONOMIA.pdf>.
22. Juran JM. Juran y la Planificación para la Calidad, Editorial Díaz de Santos, S. A.; [Internet] Mexico, 1990. [citado 04 Sep 2018]. Disponible en: <http://estrategiafocalizada.com/enfoque/LA%20NUEVA%20ECONOMIA.pdf>
23. Ishikawa K. ¿Qué es el Control Total de la Calidad? La Modalidad Japonesa, Editorial Norma [Internet] Bogotá, 1986. [citado 09 May 2018]. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=MWGOXKteTQwC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
24. Crosby P. Reflexiones Sobre Calidad, [Internet] Editores Mcgraw-Hill Interamericana S. A. de C.V.; México, 1996. [citado 21 Abr 2018]. Disponible en: <https://vdocuments.mx/libro-reflexiones-sobre-calidad-crosby.html>
25. Paz RC, Gómez DG. Administración de la Calidad Total. [Internet]; 2012 [citado 21 Abr



2018. Disponible en: <http://nulan.mdp.edu>.
26. OCEDE. Health at a Glance : OECD [Internet) 2017. [citado 02 May 2018. Disponible en: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>
27. Coneval.org.mx [Internet]. México; 2015. [citado 24 May 2018]; Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Diagnostico/Diagnostico_2015/Salud_P020.pdf
28. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de epidemiológica de cáncer de mama. [Internet] 2011 Junio 09. [citado 01 May 2018]; Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SSA2_2011.pdf
29. Salud Pública Mexico. Mensajero de la Salud No. 1 [Internet] México 1962 Marzo-Abril; 4(2). [citado 07 Abr 2018]; Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/4181/4062>
30. Secretaria de Salud. ACUERDO por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud [Internet] 30 Dic 2007. [citado 04 Sep 2018]; Disponible en: <https://funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2008/12%20SSA%2008/12-01%20SSA%2007%20P.%20Caravanas%20Salud%20ROP%20301207.doc>
31. Secretaria de Salud. Segundo convenio modificadorio al convenio específico de colaboración en materia de de tranferencia de recursos presupuestarios federales para la



- operacion de programa fortalecimiento a la atención médica. [Internet] 2016, [citado 04 Sep 2018]; Disponible en: <https://transparencia.tabasco.gob.mx/media/G2/6/292218.pdf>
32. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud; Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. [Internet] 2016, [citado 10 Abr 2018]; Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/evaluaciones_filtro.html
33. CONEVAL. Diagnóstico del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica. 2016-2017. [Internet] [citado 01 Abr 2018]; Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_12_S200.pdf
34. Heidi Celina Oviedo ACA. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005; XXXIV (4). [Internet] [citado 31 Mar 2017]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>



6.2 ANEXOS

6.2.1 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Cedula de Evaluación de la Calidad para la Detección del Cáncer de Mama en el Programa Fortalecimiento a la Atención Médica						
Municipio						
Unidad Médica Móvil						
CONCEPTOS	VERIFICAR	VALOR				
		E X C E L E N T E	S U F I C I E N T E	I N S U F I C I E N T E	N O R E A L I Z A D O	I N A D E C U A D O
1. RECURSOS FISICOS						
1	Financiamiento.	Analizar la suficiencia presupuestaria en relación con el POA-Transferencia por Seguro Popular y DGPLADES.				
2	Ubicación y accesibilidad de la UMM en la localidad sede y subsede.	Analizar y validar la regionalización de los tres municipios para cubrir la atención de una forma eficiente y eficaz.				
3	Disponibilidad diaria de la UMM.	Analizar la disponibilidad del recurso vehicular.				
4	Mantenimiento preventivo de equipo e instrumental.	Revisar bitácora de mantenimiento y hojas de servicio, así como su inclusión en el programa de mantenimiento preventivo. Verificar buenas condiciones del Instrumental: sillas, escritorios, mesas de exploración con pierneras, lampara de chicote.				
5	Mantenimiento del vehículo.	Revisar bitácora de mantenimiento y hojas de servicio, así como su inclusión en el programa de mantenimiento preventivo. Verificar las condiciones del vehículo.				
6	Amplitud, iluminación, ventilación y temperatura del consultorio UMM.	Evaluar la comodidad existente para brindar y recibir la atención y realizar las actividades preventivas.				



7	Sistemas de localización e intercomunicación de la UMM.	Verificar la existencia, funcionalidad en Operación.						
8	Extintores o equipo contra incendios.	Existencia, Vigencia y Ubicación física.						
9	Mesa de exploración con pierneras.	Existencia, condiciones y funcionalidad.						
10	Escritorio.							
11	Sillas para personal de salud y paciente.	Existencia y condiciones.						
12	Llantas.	Verificar la existencia, funcionalidad en Operación.						
DOTACIÓN DE PERSONAL								
13	Dotación de personal	Verificar la cobertura de plazas						
14	Aprovechamiento de la jornada de trabajo.	Puntualidad, cumplimiento de funciones inherente a las actividades preventivas del PFAM.						
15	Personal con capacitaciones sobre el tema de cáncer de mama.	Comprobar mediante con constancia proporcionada por la Institución que la imparte.						
16	Personal profesional con competencia cultural.	Comprobar mediante con constancia proporcionada por la Institución que la imparte.						
DOTACIÓN DE ARTICULOS DE CONSUMO								
17	Batas, sábanas y biombo para privacidad del paciente.	Verificar la existencia de Solicitud, abasto y existencia.						
18	Material para elaborar croquis de localización de casos en el área.							
19	Espacio y material para la promoción de las Acciones de Preventivas de CAMA: equipo audiovisual, trípticos, etc.							
20	Material para realizar periódico mural.							
21	Formatos para censo nominal de enseñanza y exploraciones clínicas mujeres de 20 a 69 años y de 70 años y más años, censo. Formatos para censo de Mastografía de mujeres de 40 a 69 años.		Verificar la existencia de Solicitud, abasto y existencia.					
22	Cartillas Nacionales de Salud.							
23	Papelería, impresos, y útiles de oficina (FMI).							
24	Artículos de aseo.							



ORGANIZACIÓN						
25	Diagnóstico situacional.	Verificar la existencia sobre el diagnostico situacional elaborado según lo establecido: contenido y tarjetas censales.				
26	Manuales: Organización, procedimientos, exploraciones clínicas mamarias. NOM 041 y NOM 004.	Verificar la existencia de estos documentos normativos y auxiliares.				
27	Cronograma de Evaluaciones.	Verificar en cronograma de fechas para evaluar los resultados según las metas establecida PFAM.				
28	Operación del Programa	Comprobar que la UMM cuenta con una ruta fija, establecida y planeada que garantiza el retorno a las localidades subse de manera regular.				
29	Comité de Salud	Verificar existencia del Comité de Salud de la localidad, su programa de trabajo, que incluye mejoramiento de la salud de la población.				
30	Auxiliar de salud Comunitario	Presencia de la auxiliar en la comunidad, existencia de un programa de trabajo, y conocimiento del idioma local en caso de ser comunidad indígena. Verificar el cumplimiento de sus actividades: identificación de enfermedades, acciones de prevención y promoción para la salud, así como apoyo al equipo de salud itinerante en las actividades regulares programadas.				
PROCESO DE LA ATENCIÓN						
31	Oportunidad para la enseñanza en la autoexploración.	Comprobar las actividades de enseñanza de la autoexploración según registro. Revisión de los documentos que registran las exploraciones clínicas mamarias; censo nominal de mujeres, notificación de las UMM a la coordinación del PFAM y los datos en la plataforma SICAM.				
32	Oportunidad para la atención en exploración clínica mamaria.					
33	Invitaciones para detección de cáncer de mama.	Verificar invitaciones en libretas de visitas domiciliarias.				
34	Información al paciente sobre el uso adecuado de los servicios.	Revisar los registros sobre esa información.				
35	Respeto a la privacidad y al trato digno.	Tomar en cuenta el aislamiento visual y auditivo entre el paciente atendido y los demás				
36	Identificación y medidas de seguridad.	Comprobar la seguridad en función de cumplimiento de los procedimiento generales y específicos del servicio que garantice la integridad del paciente				
37	Registros de enseñanzas en autoexploración a mujeres de 15 y más años.	Verificar censo nominal de mujeres				
38	Registros en formatos del Censo nominal de mujeres de 20 a 69 y 70 y más años.	Verificar censo nominal de mujeres				
39	Registro en formato del Censo	Verificar censo nominal de mujeres.,				



	nominal de mujeres de 40 a 69 en caso de Mastografía.								
40	Notas y/o registro de atención a la mujer en el expediente clínico.	Verificar en expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados al azar.							
41	Material de Promoción de Cáncer de Mama.	Verificar la solicitud, dotación y existencia.							
42	FMI capturados al SICAM.	Verificar en expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados al azar.							
43	Cuadernillo de metas PFAM.	Verificar en el registro el número de actividades según la meta correspondiente.							
44	Cronograma de ruta de la UMM.	Comprobar la existencia del cronograma de ruta mensual en el comité de contraloría social.							
RESULTADOS									
45	Informe Gerencial	Verificar que la fecha de entrega de su información corresponda a la establecida para el cierre mensual.							
46	Referencias	Verificar que se cumpla los criterios clínicos, así como los procedimientos administrativos, en la referencia de las pacientes con sospecha de CAMA.							
47	Seguimiento Casos sospechosos o confirmados.	Comprobar las realizaciones de acciones encaminados al seguimiento de los casos que lo requieran.							
48	Satisfacción del Usuario	Informe de las encuestas a las pacientes en consulta externa durante el año que se revisa.							
49	Evaluación de PFAM	verificar la existencia informe sobre el impacto de la disminución de CAMA.							



6.2.2 Caratula de del Distribución de gasto por capítulo y partida presupuestaria del Convenio Específico en materia de transferencia de recursos presupuestarios Federales.

ANEXO 3 DEL CONVENIO ESPECÍFICO DE COLABORACIÓN EN MATERIA DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PRESUPUESTARIOS FEDERALES

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR CAPÍTULO, CONCEPTO Y PARTIDA PRESUPUESTARIA

A SEGUIMIENTO DE 15 UMM CON GASTOS DE OPERACIÓN PARA 25 UMM	TOTAL 2016
1000 "SERVICIOS PERSONALES"	\$
3700 "SERVICIOS DE TRASLADOS Y VIÁTICOS"	\$
34501 "SEGUROS DE BIENES PATRIMONIALES"	\$
TOTAL	\$

El uso de los recursos económicos para la contratación de seguro de las UMM deberá apogarse a los lineamientos que se emiten por oficio y deben incluirse la totalidad de UMM que se han entregado en comodato a la Entidad: UMM Tipo 0, además de las de supervisión y de sustitución, así como las UMM, tipo 1, 2 y 3

El presente anexo forma parte integrante del Convenio Específico de Colaboración en Materia de Transferencia de Recursos Presupuestarios Federales por la cantidad de \$ (100 M.N.), del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, que celebran por una parte el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud representada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y por la otra parte el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Tabasco por conducto de la Secretaría de Planeación y Finanzas, Secretaría de Salud y Organismo Público Descentralizado "Servicios de Salud del Estado de Tabasco".



6.2.4 Caratula de resultados de la Cédula de supervisión federal aplicada en 2016

Municipio _____
Localidad _____

UMM Tipo II

Resultados

Ponderación	Indicador	Calificación Maxima	Resultados	Calificación	%
8	Infraestructura de Consultorio	42	0	0.00	0.00%
8	Área de Curaciones	10	0	0.00	0.00%
10	Medicina Preventiva	47	0	0.00	0.00%
7	Recursos Humanos	15	0	0.00	0.00%
10	Mantenimiento de UMM	11	0	0.00	0.00%
20	Medicamentos	120	0	0.00	0.00%
15	Atención Médica	128	0	0.00	0.00%
5	Odontología	17	0	0.00	0.00%
4	Referencia y Contrareferencia	12	0	0.00	0.00%
4	Contraloría Social	17	0	0.00	0.00%
4	Satisfacción de Usuario	15	0	0.00	0.00%
5	Informe Gerencial	5	0	0.00	0.00%
100	TOTAL	419	Calificación General	0.00	0.00%