

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ALIANZA
PÚBLICO-PRIVADA PARA EL DESARROLLO ALSALUS EN EL ÁREA DE
SALUD DE SIQUIRRES TRAS SU PRIMER PERIODO DE EJECUCIÓN.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Evaluación de Programas y Proyectos de Desarrollo para optar al grado y título de Maestría Profesional en Evaluación de Programas y Proyectos de Desarrollo

ANN JEANYSU PEREIRA CALVO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2021

Dedicatoria

A todas las mis amigas sobrevivientes de cáncer de mama y su lucha, por ser mi inspiración y motivación para seguir recorriendo mi camino profesional

Agradecimientos

A todas las personas que han creído en mí tanto para trabajar desde el 2012 en las distintas fases de este programa como para desarrollar esta evaluación.

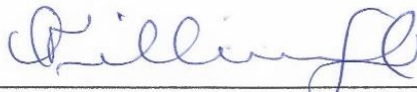
A toda mi red de apoyo familiar y social por sus infinitas muestras de cariño y motivación en este proceso de ser evaluadora.

A las excepcionales evaluadoras que conforman mi comité asesor y al Programa de Posgrado en Evaluación de Programas y Proyectos de Desarrollo de esta Universidad, su director, docentes y administrativos.

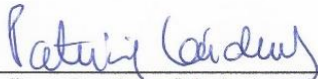
A todas las personas que hacen posible la puesta en marcha de la iniciativa ALSALUS

Gracias

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Evaluación de Programas y Proyectos de Desarrollo de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Evaluación de Programas y Proyectos de Desarrollo”



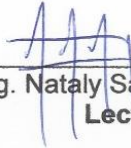
MSc. Olman Villarreal Guzmán
Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrado



Dra. Patricia Cárdenas Valenzuela
Profesora Guía



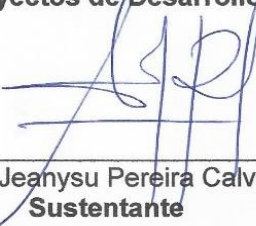
Mag. Ailhyr Bolaños Ulloa
Lectora



Mag. Nataly Salas Rodríguez
Lectora



Mag. Diego Mora Valverde
Representante de Programa de Posgrado en Evaluación de Programas y
Proyectos de Desarrollo



Ann Jeanysu Pereira Calvo
Sustentante

Tabla de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimientos.....	iii
Hoja de aprobación.....	iv
Tabla de contenidos.....	v
RESUMEN	ix
Abstract	x
Lista de cuadros	xi
Lista de tablas	xii
Lista de gráficos	xiii
Lista de ilustraciones.....	xiv
Lista de abreviaciones.....	xv
Introducción.....	1
Capítulo I: El programa y su contexto	3
1.1 Descripción de la Alianza Público Privada para el Desarrollo en la que se inscribe el objeto de evaluación.	3
1.2 Antecedentes de Alianza por su Salud ALSALUS	5
1.2.1. El Proyecto Lazos	5
1.2.2. El cáncer de mama, un problema de Salud Pública	7
1.2.3 Oficialización de la Norma para la atención a personas con cáncer de mama (NTCaMa)	12
1.2.4. Vinculación del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018 con la detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cáncer	13
1.2.5 Plan de distribución de equipos de mamografía y poblaciones adscritas, para la atención oportuna del cáncer de mama.....	16
1.3 Justificación de la evaluación.....	22
1.4 Condiciones que favorecen y limitan la evaluación.....	23
Capítulo II: Referentes Teóricos.....	25
2.1 Teorías que sustentan el programa o servicio del objeto por evaluar o evaluado.	25
2.1.1 Componentes del control del cáncer de mama.....	25
2.1.2 Niveles de atención de la CCSS a las que se refieren las mujeres atendidas en las campañas de mamografías en el ASS durante los años 2018 y 2019.....	34

2.2. Teoría del Programa	37
2.2.1 La Alianza para un programa de tamizaje accesible y equitativo mediante Unidad Móvil de Mamografía en áreas de salud previamente seleccionadas	37
2.2.2 Mapeo de Actores.....	38
2.2.3. Línea lógica de ALSALUS	41
Capítulo III: Estrategia metodológica.....	45
3.1 Diseño evaluativo:.....	45
3.1.1 Problema de evaluación	45
3.1.2 Objeto de evaluación	48
3.1.3 Objetivos de Evaluación	49
3.1.4 Interrogantes:.....	49
3.1.5 Criterios	50
3.2. Participantes y Audiencias	52
3.3. Tipo de evaluación:	55
3.4 Enfoque de Evaluación	56
3.5 Aspectos Metodológicos	59
3.5.1 Técnicas e instrumentos para recolectar la información	59
A- Procedimientos para recolectar la información	59
B- Técnicas de análisis de la información y de valoración.....	65
3.5.2. Estrategia metodológica	69
3.6. Operacionalización de la evaluación.....	70
3.6.1 Operacionalización de la Interrogante 1:	70
¿En qué medida el proyecto facilita cobertura de tamizaje por mamografía en el área de salud de Siquirres durante las campañas realizadas en 2018 y 2019?	70
3.6.2 Operacionalización de la Interrogante 2:	73
¿De qué manera ALSALUS facilita acceso equitativo al diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres de 45 a 69 años adscritas el Área de Salud de Siquirres durante su primer periodo de ejecución?.....	73
3.6.3 Operacionalización de la interrogante 3:.....	75
¿De qué manera las mujeres beneficiadas que recibieron un diagnóstico sospechoso durante el año 2018 ven respondidas sus necesidades de navegación dentro del sistema para dar seguimiento a estas sospechas?	75
3.7. Delimitación temporal.....	78

3.8 Análisis de la Evaluabilidad del proyecto	78
3.9 Estrategias para el seguimiento del proceso evaluativo.	83
3.10 Consideraciones Éticas.....	84
Capítulo IV Análisis de resultados.....	85
4.1 Análisis de la interrogante uno de evaluación	85
¿En qué medida el proyecto facilita cobertura de tamizaje por mamografía en el área de salud de Siquirres durante las campañas realizadas en 2018 y 2019?.....	85
4.2 Análisis del interrogante número dos de evaluación	94
¿De qué manera ALSALUS facilita acceso equitativo al diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres de 45 a 69 años adscritas el Área de Salud de Siquirres durante su primer año de ejecución?.....	94
4.3 Análisis de la interrogante número tres de evaluación.....	110
¿De qué manera las mujeres beneficiadas que recibieron un diagnóstico sospechoso durante el año 2018 ven respondidas sus necesidades de navegación dentro del sistema para dar seguimiento a estas sospechas mediante los protocolos de atención establecidos por el Sistema de Salud? ..	110
Capítulo 5: Conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas	121
5.1 Conclusiones:.....	122
5.1.1 Eficacia del Programa:.....	122
5.1.2 Pertinencia del Programa:	123
5.1.3 Alianza Público Privada para el Desarrollo ALSALUS:.....	126
5.2 Recomendaciones:	128
5.2.1 Recomendaciones para el Programa.....	128
5.2.2 Recomendaciones para la Alianza.....	130
5.3 Lecciones Aprendidas:.....	131
Bibliografía	132
Anexos	135
Anexo 1 Los Actores del Proyecto Lazos durante los primeros años de ejecución	135
Anexo 2: Marco Lógico del Proyecto Lazos	137
Anexo 3 Resumen de los criterios de Wilson y Jungner	141
Anexo 4 Clasificación BIRRADs	143
Anexo 5 Justificación de los cambios realizados para ajustar la encuesta del Gobierno Vasco a la realidad del Programa ALSALUS.....	144

Anexo 6 Encuesta de Satisfacción de las beneficiarias de ALSALUS	146
Anexo 7 Puntajes Categoría Calidad de la planificación y del diseño de la intervención	155
Anexo 8 Reconstrucción del Proceso de Convocatoria y agendado de citas:.....	159
Anexo 9 Reconstrucción de algunas de la experiencia de navegación dentro del sistema a partir del Grupo Focal	160
Anexo 10 Oportunidad de mejora del programa según la percepción de las participantes:	169

RESUMEN

El cáncer de mama es una realidad nacional y mundial, las estadísticas demuestran que es un problema de prioridad para la Salud Pública. Desde el año 2015 el Gobierno de la República a través del Ministerio de Salud decretó la Norma Técnica de atención para el Cáncer de Mama, en ella se designan los lineamientos y protocolos de detección, atención y seguimiento de acatamiento en el territorio nacional. Dicha norma técnica repite el criterio internacional que avala la importancia de crear programas de detección temprana basados en pruebas de tamizaje donde la mamografía ha demostrado ser el método por excelencia para aplicar en masa a las poblaciones en riesgo. En Costa Rica como parte de esta Norma Técnica se establece la creación de un programa de tamizaje que garantice el acceso a mamografía a mujeres asintomáticas de 45 a 69 años cada dos años.

La CCSS como ente ejecutor de las políticas sanitarias en Costa Rica es el encargado de velar por este acceso, por lo que ha creado una Unidad Técnica para realizar estudio técnico que determine la situación país con respecto al acceso. Este estudio técnico determinó la necesidad de crear un programa que brinde atención a comunidades alejadas mediante una unidad móvil con una ruta establecida. De esta necesidad nace la alianza público privada para el desarrollo ALSALUS, que unió actores de diferentes sectores con el objetivo de poner en funcionamiento una unidad móvil de mamografías para dar acceso a mujeres en áreas de salud determinadas.

Esta evaluación pretende valorar la gestión e implementación de las campañas de mamografías en el Área de Salud de Siquirres la cual es una de las áreas de salud que participaron en la iniciativa durante los años 2018 y 2019. Basándose en criterios de Cobertura y Pertinencia con miras a la mejora y al uso de las recomendaciones.

Como parte de la metodología se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas como la encuesta, análisis documental, análisis estadístico, grupo focal y entrevista semiestructurada. La evaluación evidencia la necesidad de cumplimiento de la cobertura y valora las estrategias implementadas para la gestión y ejecución de las campañas y pone en evidencia la aceptación de la temporalidad del seguimiento de los resultados sospechosos de malignidad.

Palabras Clave: tamizaje, mamografía, cáncer de mama, alianza público privada para el desarrollo.

Abstract:

Breast cancer is a national and global reality: statistics show that it is a public health priority. In 2015 the Government of the Republic, through the Ministry of Health decreed the Technical Standard for Breast Cancer Care, which designates the guidelines and protocols for detection and care and monitors compliance in the national territory. This technical standard repeats the international criterion that endorses the importance of creating early detection programs based on screening tests, where mammography has proven to be the method par excellence for mass application to populations at risk.

In Costa Rica, as part of this Technical Standard, the screening program was established to guarantee access to mammography to asymptomatic women aged 45 to 69 every two years.

The CCSS, as the executing entity for health policies in Costa Rica, is responsible for ensuring this access. Therefore, it has created a Technical Unit to carry out a technical study to determine the country's situation regarding access. This technical study has determined the need to create a program that provides care to remote communities through a mobile unit with an established route. From this need, the public-private alliance for development ALSALUS was born, bringing together actors from different sectors with the aim of putting into operation a mobile mammography unit to give women access in certain health areas.

This evaluation aims to assess the management and implementation of mammography campaigns in one of the health areas that participated in the initiative during the years 2018 and 2019, the Siquirres Health Area. It assesses the Coverage and Relevance criteria, with a view to improving and using the recommendations of this evaluation. As part of the methodology, quantitative and qualitative techniques were used, such as a survey, documentary analysis, statistical analysis, focus group, and semi-structured interview. The evaluation concludes there is a need for compliance with the coverage and assesses the strategies implemented for the management and execution of the examination campaigns. It also shows that patients find the length of time it takes to receive test results of the suspicious results of malignancy acceptable.

Lista de cuadros

Cuadro 1 Propuesta de distribución de las diferentes áreas de salud del país que eventualmente se atenderían mediante Unidades de Mamografía Digital Móvil. 2015..... 18

Cuadro 2 Matriz de objetivos, criterios e interrogantes de la evaluación..... 52

Cuadro 3 Matriz de Población Beneficiaria 54

Cuadro 4 Operacionalización de la interrogante uno 72

Cuadro 5 Operacionalización de la interrogante 2 74

Cuadro 6 Operacionalización de la interrogante 3. 77

Cuadro 7 Cronograma de actividades por realizar de julio 2019 a setiembre 2021 78

Lista de tablas

Tabla 1 Resultado esperado de Propuesta Estrategia Sector Salud del PND 2015-2018 con respecto a la detección temprana de cáncer de mama	15
Tabla 2 Plan Anual Institucional 2017	16
Tabla 3 Lista de los lugares que eventualmente se visitarían por medio de Unidades de Mamografía Digital Móvil, según región. 2015.	17
Tabla 4 Puntaje según categoría para definir la evaluabilidad	83
Tabla 5 Desglose de indicadores de cobertura	86
Tabla 6 Cantidad de mujeres atendidas por área de Salud durante los años 2018 y 2019	87
Tabla 7 Aspectos positivos percibidos por las mujeres participantes de la campaña durante el año 2018	104

Lista de gráficos

Gráfico 1 Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica, 2000-2013 (tasa ajustada por 100 000 mujeres)	8
Gráfico 2 Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica. 2000-2010 (tasa ajustada por 100 000 mujeres)	9
Gráfico 3 Incidencia y Mortalidad por cáncer de mama por año, Costa Rica 2000- 2011(tasa ajustada por 100 000 mujeres).....	10
Gráfico 4 labores de cuidado de las mujeres consultadas	96
Gráfico 5 Medio de transporte utilizado para trasladarse a realizarse la mamografía	97
Gráfico 6 Nivel de satisfacción de las mujeres consultada con respecto a las fases del programa	99
Gráfico 7 Sensación de las mujeres consultadas durante el tiempo de espera del resultado de la mamografía.	101
Gráfico 8 Razón por la cual las mujeres consultadas asisten a realizarse la mamografía en la campaña	102
Gráfico 9 Sensación de dolor o molestia durante la realización de la mamografía	103
Gráfico 10 Percepción sobre posible cura del cáncer de mama en su detección temprana y el estado de ánimo de la paciente al ir a la cita.....	105
Gráfico 11 Percepción sobre la posibilidad de tener cáncer de mama según la razón por la que acudió a realizarse el examen.....	106
Gráfico 12 Estado de ánimo en el tiempo de espera del resultado según el tiempo de duración en la entrega del análisis.....	107
Gráfico 13 Opinión sobre el programa según aspectos positivos del mismo.	109
Gráfico 14 Percepción de las expectativas de las mujeres	119

Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Historia natural del cáncer de mama.....	12
Ilustración 2 Antecedentes que dan lugar al nacimiento de ALSALUS	22
Ilustración 3 Etapas de la Estrategia del Control del Cáncer.....	25
Ilustración 4 Programa de Tamizaje Estructurado de Ca Ma	33
Ilustración 5 Red de Servicios Este	36
Ilustración 6 Relación Influencia y Capacidad de toma de decisiones entre los actores del Proyecto	41
Ilustración 7 Cadena de Resultados del Proyecto ALSALUS.....	43
Ilustración 8 Predeterminación del Problema	47
Ilustración 9 Fases del Proyecto	48
Ilustración 10 Matriz de Tipo de Evaluación	55
Ilustración 11 Relación de los enfoques de evaluación con el proyecto.....	59
Ilustración 12 Análisis y Valoración de la Información.....	65
Ilustración 13 Matriz de triangulación de la evaluación	69
Ilustración 14 Diagrama del proceso de navegación dentro del sistema.....	75
Ilustración 15 Cobertura del Programa.....	85
Ilustración 16 Diagrama de Flujo proceso de navegación dentro del sistema construida a partir de la percepción de las mujeres participantes y triangulada con el personal del Área de Salud de Siquirres	111
Ilustración 17 Línea de tiempo del proceso de navegación dentro del sistema de una mujer beneficiaria	113

Lista de abreviaciones

ACR:	Siglas en inglés del Colegio Americano de Radiología American College of Radiology
ALSALUS	Alianza por su Salud
APPD	Alianza Público Privada para el Desarrollo
ALIARSE	Fundación para el Desarrollo y la Sostenibilidad
ASEMECO	Asociación de Servicios Médicos Costarricenses
ASS	Área de Salud de Siquirres
ATAP	Auxiliares Técnicos de Atención Primaria
BAAF	Biopsia por aspiración por aguja fina
BAG	Biopsia por aguja gruesa
BI-RADS	Siglas en ingles estandarizadas para el reporte de imágenes de la mama: Reporte de Imágenes de la Mama y Sistema de Datos, Breast Imaging Reporting and Data System
Bx	Biopsia
BxE	Biopsia estereotáxica
CaMa	Cáncer de mama
CAIS	Centro de Atención Integral en Salud
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CP	Cita Personalizada
CTC	Coordinación Técnica del Cáncer
CL	Cualitativo
CT	Cuantitativo
Cx	Cirugía
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
ECNT	Enfermedades Crónicas no transmisibles
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ECM	Examen Clínico de Mama
HCB	Hospital Clínica Bíblica
HCG	Hospital Calderón Guardia

HTF	Hospital Tony Facio
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación y Política Económica, Costa Rica
MGF	Mamografía
NTCaMa	Norma Técnica para la atención del Cáncer de Mama
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Plan Anual Institucional
PAS	Programa de Acción Social
PDN	Plan Nacional de Desarrollo
QT	Quimioterapia
RNT	Registro Nacional de Tumores
RS	Responsabilidad Social
RT	Radioterapia
SCO	Sociedad Civil Organizada
SS	Sistema de Salud
Tx	Tratamiento
UMM	Unidad Móvil de Mamografía
US	Ultrasonido



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Ann Jeany su Pereira Calvo, con cédula de identidad 304010501, en mi
Condición de autor del TFG titulado EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN
DE LA ALIANZA PÚBLICO- PRIVADA ALSALUS EN EL ÁREA DE SALUD DE SIQUIRRES TRAS SU PRIMER

PERIODO DE EJECUCION

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: N/A _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Introducción.

El cáncer de mama es un problema de salud pública con altos índices de mortalidad en la población costarricense. Las autoridades sanitarias hacen un llamado al sistema de salud a generar alternativas para minimizar los efectos del cáncer de mama en la población, creando normas y procedimientos para el diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

La evidencia demuestra que los programas de tamizaje estructurado contribuyen en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama, por lo que el sistema de salud a través de la Caja Costarricense de Seguro Social ha asumido la tarea de fortalecer el diagnóstico temprano con miras a la creación de un programa nacional de tamizaje

Sin embargo, se han identificado comunidades que por sus características corren el riesgo de quedar descubiertas de la mamografía por lo que se crea ALSALUS, una Alianza Público Privada para el Desarrollo que busca facilitar el acceso de diagnóstico temprano de cáncer de mama a mujeres de zonas rurales mediante una unidad móvil instalada transitoriamente en las comunidades beneficiarias.

El Programa se pone en marcha durante el año 2018 visitando las áreas de salud de la Región Huetar Atlántica de Talamanca, Horquetas- Río Frío, Siquirres. Para esta evaluación se ha elegido evaluar la intervención en el Área de Salud de Siquirres donde el programa desarrolló dos campañas de mamografías durante los años 2018 y 2019 con miras a generar una cobertura igual o mayor al 70% de las mujeres identificadas como población objetivo. Ya que otro objetivo fundamental de ALSALUS es ser la estrategia de tamización por mamografía del Área de Salud de Siquirres.

Esta evaluación buscó valorar la eficacia en el cumplimiento de la cobertura, estrategia de convocatoria y agendado de citas y la pertinencia en el acceso al diagnóstico temprano y al seguimiento de los casos sospechosos que requerían pruebas complementarias para confirmar diagnósticos o tratamiento (Navegación dentro del Sistema).

Para el cumplimiento de los objetivos de evaluación se desarrolló una metodología mixta con la aplicación de cuestionarios a la población beneficiaria y entrevistas semi estructuradas a los actores claves del proceso. Además se consultó mediante un grupo focal la pertinencia del programa respecto a la navegación dentro del sistema.

La evaluación evidenció un incumplimiento en la meta de cobertura que imposibilita la categorización de la iniciativa como un Programa de Tamizaje sin embargo se valora cómo positivo el hecho de lograr una cobertura total mayor al 50% de la población objetivo lo que representa la generación de un acceso al diagnóstico a mujeres de 45 a 69 años que por sus condiciones geográficas no tienen acceso a esta prueba de tamizaje.

La percepción de las mujeres consultadas arrojó que el programa es Pertinente en términos de facilitar acceso equitativo a la población y generar opciones de seguimiento accesibles en forma y tiempo a las mujeres beneficiarias que requirieron pruebas complementarias o tratamiento.

Capítulo I: El programa y su contexto

1.1 Descripción de la Alianza Público Privada para el Desarrollo en la que se inscribe el objeto de evaluación.

Para esta evaluación el término alianza es la “relación entre varios actores para generar mayores capacidades al trabajar activamente” entendiendo a la Alianza Público Privada (APP) como el involucramiento de al menos un ente público con uno privado para lograr objetivos comunes (Casado 2007, p.1).

Desde el siglo XV, con la creación de las primeras ciudades en el Imperio Romano, hasta la actualidad, ha existido una relación activa entre el sector público y el privado, su énfasis se dio con la revolución industrial y la bonanza económica estadounidense que subvencionó a sectores estratégicos; el surgimiento de las economías asiáticas con el apoyo de sus Estados, entre otras prácticas económicas, son ejemplo de que la combinación de las políticas públicas, los objetivos estratégicos de la administración pública y los intereses del sector privado se han aliado durante la historia (Casado, 2007).

En el siglo XX con la dinámica económica de la época surge la necesidad de acuñar el término Alianza Público Privada para el Desarrollo (APPD) pues, se requería definir el tipo de alianza que involucraba también dentro de sus objetivos, trabajar en función de la promoción del desarrollo.

La Alianza por su Salud (ALSALUS), es considerada por sus miembros, como una alianza público-privada para el desarrollo (APPD).

“Una alianza público-privada para el desarrollo (APPD) implica un esfuerzo de colaboración entre dos o más organizaciones del sector público y privado (incluyendo la sociedad civil organizada - SCO), donde se da un compromiso estratégico y voluntario, con objetivos comunes para promover el desarrollo (aunque puedan tener intereses diferentes), compartiendo riesgos, beneficios

y responsabilidades, por medio de la distribución equitativa del poder” (ALIARSE, 2010, pág. 4)

ALSALUS, está conformada por actores de la empresa privada, instituciones públicas y la Sociedad Civil Organizada (SCO) que se unen para dar solución a un problema público: la necesidad de dar sostenibilidad a un programa estructurado de tamizaje para cáncer de mama en cinco áreas de salud que, por sus características geográficas y demográficas, requieren de una unidad móvil de mamografía transitoria para dar cobertura a su población.

La APPD surge como una oportunidad de fusionar los esfuerzos que venía realizando la Unidad Móvil Lazos de la Clínica Bíblica con sus socios fundadores desde el año 2012, y la necesidad evidente del Sistema de Salud (SS) para el cumplimiento de las metas y el avance hacia la estructuración del diagnóstico del cáncer de mama. De esta manera nace en el año 2018 ALSALUS.

Las entidades que conforman esta APPD son:

- **Asociación de Servicios Médicos Costarricenses (ASEMECO)**, a través de su programa de Acción Social
- **Supermercados Auto Mercado**, a través del Movimiento Rosa
- **Caja Costarricense de Seguro Social**, a través de la Coordinación Técnica del Cáncer (CTC)
- **ALIARSE** como facilitador y articulador de la APPD

ALSALUS como APPD se caracteriza por ser una relación voluntaria, colaborativa y formal entre actores de distintos sectores con el objetivo común de buscar un efecto en el desarrollo de la sociedad, realizando transferencias de recursos financieros del sector privado y otros grupos interesados a iniciativas de interés público (Aliarse & MEP, 2018).

Las APPD constituyen una manera de trabajar y aportar competencias estratégicas que se complementan y refuerzan. Los aliados comparten de manera voluntaria, objetivos, beneficios y riesgos. Para ALIARSE (2018) debe primar un ambiente de confianza y transparencia que propicie la optimización de recursos financieros, técnicos, materiales y el intercambio de conocimientos.

Es recomendación de la OMS/OPS (2017) la creación de alianzas estratégicas intersectoriales para incursionar en iniciativas dentro de la estrategia de control del cáncer. Las alianzas permiten visiones complementarias para la solución de un problema público. En el caso de ALSALUS las responsabilidades y riesgos son compartidos. Automercado se encarga de la recolección y búsqueda de fondos para financiar la operación de la Unidad Móvil. ASEMECO, por su parte coordina la operación de los procesos de tamizaje y CCSS como principal prestador de servicios de salud de Costa Rica, del seguimiento, navegación de las pacientes una vez diagnosticadas y del tratamiento oportuno cuando sea requerido.

1.2 Antecedentes de Alianza por su Salud ALSALUS

1.2.1. El Proyecto Lazos

El Proyecto Lazos: Clínica Móvil para la detección temprana del Cáncer de Mama se inició su operación desde el año 2012 y hasta el año 2017 inclusive, con el objetivo de facilitar estudios de mamografías en zona rural y urbana a mujeres que por su condición geográfica, cultural o socioeconómica no tenían acceso a dicho examen (Programa de Acción Social, 2012).

En ese entonces se equipó la Unidad Móvil (UM) del proyecto con un mamógrafo y tecnología de digitalización de imágenes. Se dotó del recurso humano para su operación y administración, y se proporcionó de un equipo humano destinado para la entrega de resultados a las mujeres beneficiarias las campañas de mamografías que se realizaron.

Para el Programa de Acción Social (PAS) el objetivo general del proyecto era: ***Proveer de servicios tempranos de diagnóstico a mujeres adultas de escasos recursos, en zonas rurales en Costa Rica, que tienen difícil acceso a servicios médicos adecuados.***

Para el cumplimiento de su objetivo, el Proyecto Lazos realizaba campañas de mamografías en comunidades rurales y urbanas de las siete provincias de Costa Rica, con una metodología de donaciones compartidas entre el proyecto y una contraparte local y otros actores interesados en proporciones acorde a las necesidades y condiciones propias de cada comunidad. Durante la planificación de las campañas se realizaban visitas de acercamiento para conocer el contexto, las posibilidades de donación y las redes de apoyo disponibles. Coordinando con actores comunitarios tales como gobiernos locales, empresa privada, grupos organizados, entre otros, los procedimientos a realizar para la ejecución de las campañas.

Para el año 2017, tras cinco años de operación, concluye con el cumplimiento de los resultados operativos planificados generando una percepción de éxito en sus ejecutores y financiadores (ver anexo 1: Marco lógico del Proyecto Lazos durante sus primeros cinco años de ejecución). Este proyecto consistía en la realización de campañas de mamografías en comunidades que lo demandaban mediante una Unidad Móvil (UM) de mamografía y su posterior entrega de resultados, con un financiamiento compartido entre el Proyecto y las comunidades

La iniciativa Lazos, contó con el apoyo de socios comerciales para su implementación inicial, tal es el caso de Auto Mercado, el Banco de Costa Rica, Televisora de Costa Rica, la Embajada Alemana y ALIARSE. Para la realización de las campañas de mamografías en las comunidades contaba con la colaboración de distintas organizaciones como empresas locales, gobiernos municipales, grupos comunales, asociaciones de desarrollo, entre otros, quienes colaboraban de

diversas maneras en la organización y realización de actividades propias de las campañas, como apoyo logístico, organización de las agendas de trabajo, búsqueda de donadores, entre otros (ver anexo 2, Relación de los Actores del Proyecto Lazos durante los primeros 5 años de ejecución).

Sin embargo, las campañas de mamografías se realizaban siguiendo la demanda de las comunidades, gestionadas en conjunto con el PAS sin una articulación formal con un Plan Nacional de Desarrollo (PND) o un objetivo país, por lo que consideraba tamizaje oportunista. Es decir, que se presentaba como una oportunidad aislada y no como un programa estructurado. El seguimiento de resultados sospechosos corría por cuenta de las mujeres beneficiadas del servicio, según las posibilidades de cada una de ellas, con el asesoramiento de los ejecutores del proyecto quienes facilitaban referencias médicas según el área de atracción a las que pertenecía cada comunidad.

Después de cinco años de operación y por la coyuntura del sector salud que se explica en los siguientes puntos de este apartado de antecedentes, surge la necesidad de que el Proyecto Lazos se vincule con los esfuerzos del Sistema de Salud para dar respuesta a la realidad que representa el cáncer de mama en Costa Rica. De esta manera surge la alianza ALSALUS para dar continuidad al trabajo del Proyecto Lazos vinculándolo con la necesidad de CCSS de dar cobertura a Regiones de Salud mediante una unidad móvil.

1.2.2. El cáncer de mama, un problema de Salud Pública

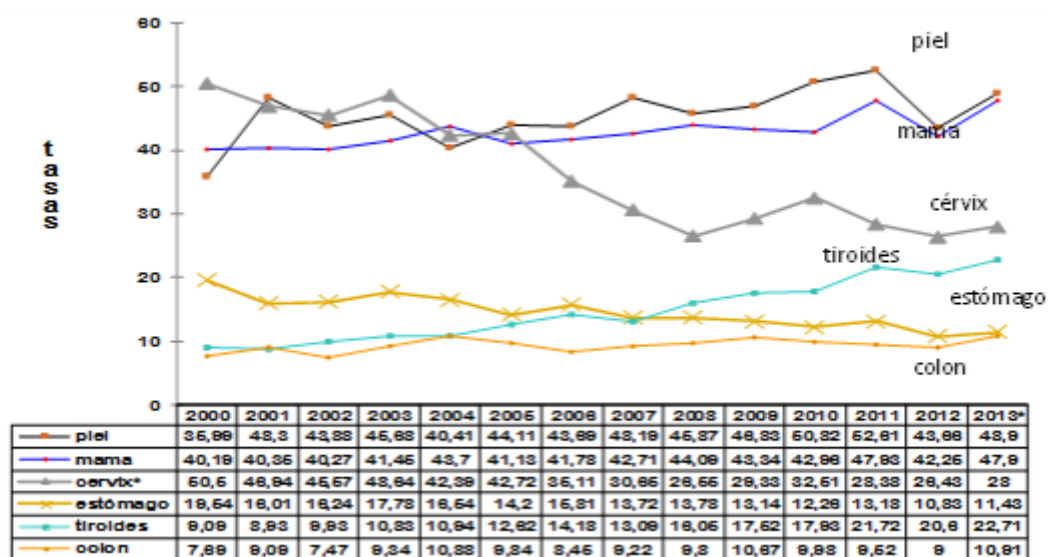
El Cáncer de Mama (CaMa) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y da metástasis a órganos distantes (CCSS, 2013).

Según la Norma Técnica de Atención del Cáncer de Mama, (NTCaMa) refiriéndose a los datos del Ministerio de Salud (2011) este tipo de cáncer es el más frecuente

en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de CaMa está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida de países desarrollados (La Gaceta N°95, 20 mayo 2014).

Al relacionar lo anterior con lo que expresan Lopez- Ríos et all, uno de los efectos de la transición demográfica es el cambio de la estructura por edad de la población; donde pirámide de edades con una base ancha se está transformando en una población con pirámide de edades amplia en las edades adulta tendencia que era característica de los países desarrollados. Lo que produce un aumento en los porcentajes de mujeres adultas en edad de riesgo Esto permite constatar la importancia que tendrá ese grupo de edad que es más susceptible de desarrollar una enfermedad crónico-degenerativa como el cáncer de mama. (Lopez-Ríos, Lazcano- Ponce, Tovar-Guzmán, & Hernández-Avila, 1997)

Gráfico 1 Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica, 2000-2013 (tasa ajustada por 100 000 mujeres)

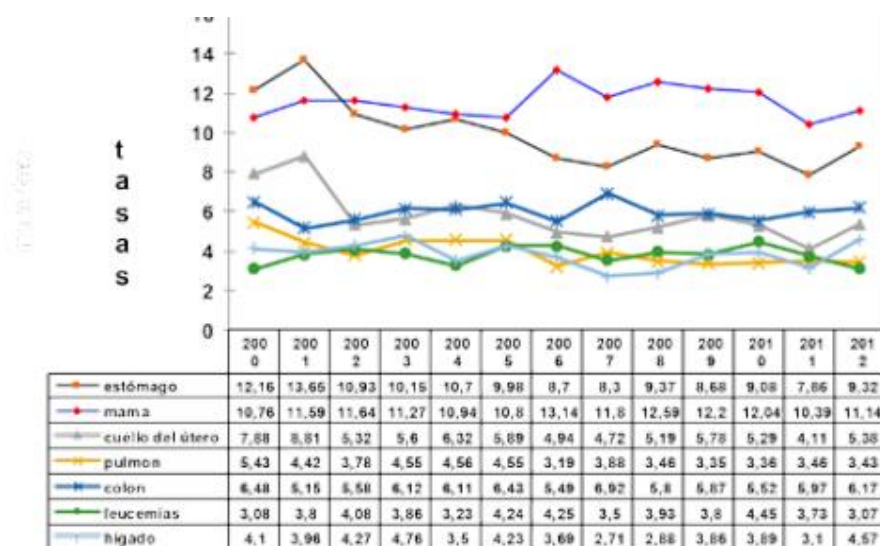


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, RNT

Al analizar la tendencia de los tumores malignos más frecuentes en Costa Rica, en las mujeres en el período 2000 – 2013, se identifica que el CaMa ha mantenido una tendencia generalizada al incremento, a pesar de que en el año 2010 disminuye ligeramente de una tasa de 43,34 por 100.000 mujeres en el año anterior a una tasa de 42,96 por 100.000 mujeres. Para el 2013 su tasa vuelve a incrementar a un 47,9 por cada 100.000 mujeres, es este dato el más alto en este recuento de 13 años, permaneciendo siempre en segundo lugar en incidencia en mujeres en Costa Rica (La Gaceta N° 95 — martes 20 de mayo del 2014).

Con respecto a la distribución geográfica en el año 2010, la incidencia del CaMa en la provincia de San José tiene la tasa ajustada más alta del país (de 49,17 por 100.000 mujeres), le sigue Cartago con 41,41 y en tercer lugar Alajuela con 40,28. La provincia con la tasa menor es Limón con 27,29 por 100.000 mujeres.

Gráfico 2 Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica. 2000-2010 (tasa ajustada por 100 000 mujeres)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, RNT

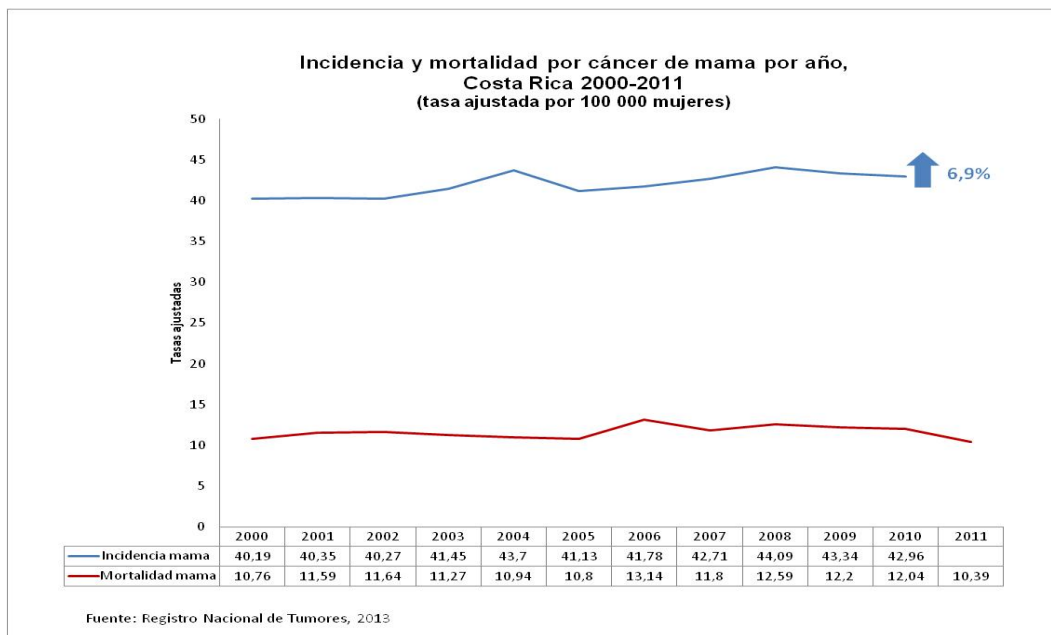
En cuanto a la mortalidad por cáncer en mujeres para el año 2011, el primer lugar le corresponde al cáncer de mama con una tasa ajustada por cada 100 000 mujeres

de 11,14 seguido por el de estómago con 9,32, el de colon con 6,17. En cuarto lugar el de cuello del útero con 5,36.

Al analizar la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer de mama, llama la atención que Guanacaste que tiene una incidencia baja, presenta la tasa de mortalidad ajustada más elevada. Esto hace necesario investigar cuáles son los posibles factores que influyen en este comportamiento. La provincia con menor tasa fue la de Alajuela con 10,01.

Costa Rica tiene el cuarto lugar en América Latina y el primer lugar en Centroamérica y México en mortalidad e incidencia por cáncer de mama. El indicador de incidencia se refiere a los nuevos casos por año y por mortalidad, las muertes por año. La calidad de los datos de incidencia depende de las posibilidades de diagnóstico de los SS, por tal motivo los programas de diagnóstico lo que buscan es una reducción en la mortalidad (Díaz, Piñeros, & Sanchez, 2005).

Gráfico 3 Incidencia y Mortalidad por cáncer de mama por año, Costa Rica 2000-2011(tasa ajustada por 100 000 mujeres)



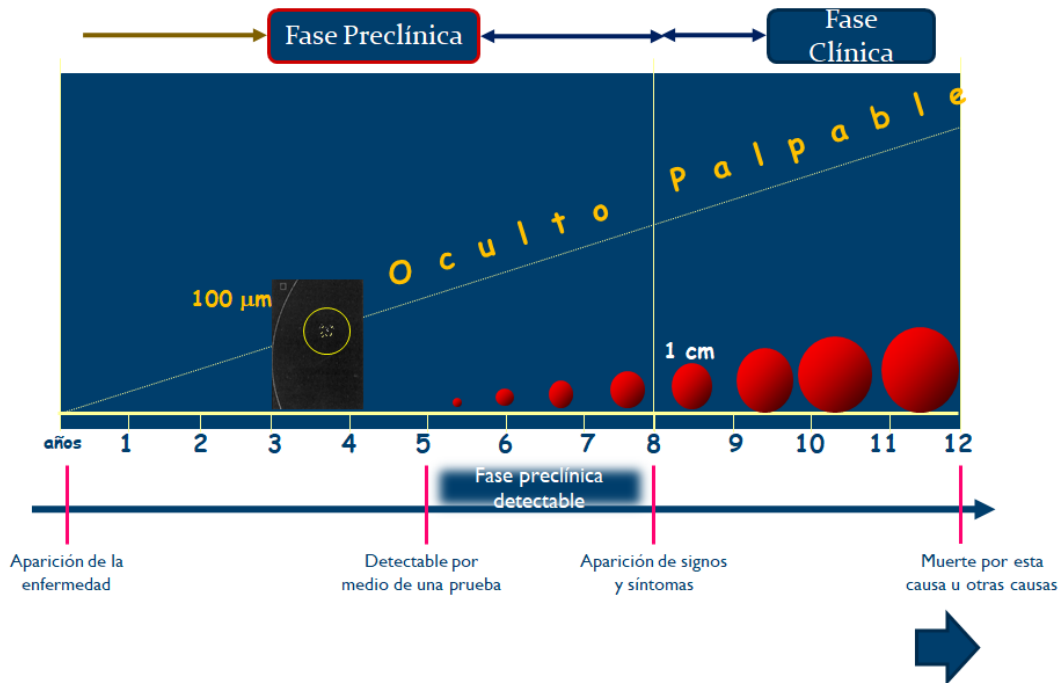
Fuente: CCSS (fecha), basado en Registro Nacional de Tumores 2013.

En la actualidad, se considera que el diagnóstico del cáncer en sus fases iniciales, antes que sea palpable puede mejorar los resultados de los tratamientos y aumentar la sobrevida de la enfermedad y es el único método de cribado que se ha evidenciado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos (International Agency for Research on Cancer, 2008).

El tamizaje basado en esta técnica es muy complejo y absorbe muchos recursos, y no se ha hecho ninguna investigación sobre su eficacia en los entornos con recursos escasos por lo que lo que la OMS y OPS exhortan a los Sistemas de Salud (SS) de los estados miembros a adoptar la estrategia de control del CaMa que mejor se ajuste a los recursos disponibles (OMS, 2007).

La ilustración 2 muestra como la mamografía puede detectar lesiones tan pequeñas incluso antes a la fase preclínica cuando es conocido que los tratamientos son menos invasivos, más efectivos y prevalece un aumento de la sobrevida de la enfermedad. Cuando las lesiones de mama tienen el tamaño detectable por el personal sanitario en las revisiones médicas, el cáncer ya puede tener más de 8 años de evolución, estando avanzada la enfermedad y con posibles metástasis a otros órganos adyacentes y periféricos como huesos, hígado, pulmón y cerebro. Entre más avanzada esté la enfermedad, menor la posibilidad de tratamientos eficientes (CCSS, 2013).

Ilustración 1 Historia natural del cáncer de mama



Fuente: (CCSS, 2013)

1.2.3 Oficialización de la Norma para la atención a personas con cáncer de mama (NTCaMa)

En la Gaceta N° 95 del 20 de mayo del 2014, se establece un hito a nivel nacional para la atención del CaMa con la oficialización de la NTCaMa, decretada por la Ministra de Salud del Gobierno de Laura Chinchilla Miranda, la Dra. Deisy María Corrales Díaz y la Presidencia de la República

La NTCaMa representa el protocolo oficial de atención y demarca las políticas y los lineamientos técnicos para la prevención, detección y tratamiento de la enfermedad del CaMa, surge como una respuesta gubernamental al problema de salud pública que representa este tipo de cáncer y al ser la salud un derecho humano fundamental tutelado por el Estado, por lo tanto a través de las instituciones estatales de debe

velar por la protección de la salud y garantizar el bienestar de las personas, siendo el Ministerio de Salud el ente rector del sector.

Según lo explica la misma NTCaMa, para su realización se hizo un análisis técnico-científico, por medio de la concertación de actores sociales claves en el tema. La Norma aclara que la adopción de los estudios técnicos y científicos solo puede ser parcial, porque se requiere ajustar parámetros a la realidad nacional, o cuando no exista evidencia científica, para sustentar el análisis, se debe recurrir al criterio experto por un grupo ad-hoc.

Para la elaboración de la Norma se contó con la participación de personal médico especialista en oncología, radioterapia, patología, química e imágenes médicas de los principales hospitales nacionales, así como de la información brindada por el Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud, bajo la coordinación de la Unidad de Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas.

1.2.4. Vinculación del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018 con la detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cáncer

Según el MIDEPLAN (2014), Costa Rica es considerado como un país en vías de desarrollo que presenta un perfil epidemiológico similar al de países desarrollados, donde se registra una Esperanza de Vida al Nacer de 79 años y una Esperanza de Vida Saludable de 64,34 años para el año 2010, con una tasa de mortalidad ajustada para el 2013 de 4,2 por cada 1000 habitantes en datos de ese mismo año.

Por otro lado, Costa Rica se caracteriza por una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) entre las cuales las que tienen el indicador de causa de muerte más alto son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas (EPOC).

Es por ello que la meta general de la Estrategia Nacional de Control del Cáncer de Mama que se establece para el período 2013-2021 se enfoca en la reducción de la

mortalidad prematura por las siguientes enfermedades: cáncer, cardiovascular, cerebrovascular, respiratoria crónica, renal crónica de etiología desconocida, y diabetes mellitus (Ministerio de Salud, 2014).

Para el periodo 2015-2018, el Plan Nacional de Desarrollo estableció el proyecto de Detección temprana, control y rehabilitación del cáncer con el objetivo de incrementar la sobrevivencia de las personas con cáncer, donde se esperaba el aumento en la cantidad de mamografías que se realizarán en el grupo etario de mujeres entre 45 y 69 años con una meta de entrega de resultados de estas mamografías en plazos promedio de 30 días después de su ejecución.

Como se aprecia en la tabla 1 para el período 2015-2018 se esperaba aumentar el número de mamografías en 82.889, con aumentos sucesivos año con año.

Tabla 1 Resultado esperado de la propuesta estratégica para el Sector Salud del PND 2015-2018 con respecto a la detección temprana de cáncer de mama

OBJETIVO SECTORIAL		Mejorar el estado de salud de la población y la calidad de vida.				
Programa o proyecto		1.2 Detección temprana, control y rehabilitación de las personas con cáncer				
Objetivo		1.2.1. Incrementar la sobrevivencia de las personas con cáncer, mediante la detección temprana, control y rehabilitación				
Resultado	Indicador	Linea base	Meta del periodo 2015-2018 y anual	Estimación presupuestaria en millones de colones, fuente financiera y programa presupuestario	Riesgo	Nombre de la persona responsable e institución ejecutora
1.2.1.2. Mamografías a nivel nacional incrementadas, con énfasis en mujeres de 45 a 69 años.	Número de mamografías incrementadas.	2013: 117.111	2015-2018: 82.889 2015: 23.442 2016: 46.845 2017: 57.889 2018: 82.889	2015-2018: 9.639,5 CCSS: Proyecto Fortalecimiento del Cáncer, Programa Presupuestario: Programa Atención Integral a la Salud de las Personas	1. Cambios en las prioridades institucionales por la atención de enfermedades emergentes y reemergentes y/o desastres. 2. Limitación de recursos financieros. 3. Resistencia al cambio por parte de los funcionarios 4. Limitación en la disponibilidad de tecnologías.	Luis Bernardo Sáenz Delgado, Director del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer Azua Gonzalo Córdoba, Coordinador Técnico. Jorge Fonseca Renault, Director, Red de Servicios de Salud, CCSS.

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo Costa Rica, 2015-2018.

Para responder a esta demanda la CCSS establece en su Plan Anual Institucional año 2017 (PAI) un incremento a nivel nacional de 42 000 mamografías anuales, meta que da pie a la realización del estudio técnico del diagnóstico institucional de los recursos con los que se contaba para dar respuesta a esta meta. Dicho diagnóstico realizado por la Comisión Técnica del Cáncer de la CCSS, plantea la necesidad de dar cobertura y acceso a regiones de salud determinadas mediante unidades móviles de mamografía (ver 1.2.5 de este capítulo de antecedentes).

Tabla 2 Plan Anual Institucional 2017

Acciones derivadas del PNS y Planes Técnicos Operativos Gerenciales

Plan Anual Institucional (PAI) 2017								
Acciones derivadas del Plan Nacional de Desarrollo y Planes Tácticos Operativos Gerenciales								
Elemento de origen, PND, PEJ, Política, Agenda Fortalecimiento u otros Planes	Objetivo	Producto / Resultado	Descripción de la meta	Indicador	Línea Base	Programación		
						I Sem	II Sem	Anual
1 PND. 1.2 Detección temprana, control y rehabilitación de las personas con Cáncer	1.2.1. Incrementar la sobrevida de las personas con cáncer mediante la detección temprana, control y rehabilitación	1.2.1.2 Mamografías a nivel nacional incrementadas, con énfasis en mujeres de 45 a 69 años	PND 1.2.1.2 / GM Aumentar en 42.000 mamografías a nivel nacional con énfasis en mujeres de 45 a 69 años.	Número de mamografías incrementadas	2013: 117.111	MCA	42.000	42.000

Fuente: Plan Anual Institucional (CCSS, 2017).

1.2.5 Plan de distribución de equipos de mamografía y poblaciones adscritas, para la atención oportuna del cáncer de mama

El Plan de distribución de los equipos de mamografía y poblaciones adscritas, para la atención oportuna de cáncer de mama es un estudio realizado por expertos, coordinado por la CTC de la CCSS, este estudio técnico hace un diagnóstico de los recursos con los que cuenta la institución con el fin de dar accesibilidad y equidad a la población en términos de detección temprana de cáncer de mama. Además de referirse a las poblaciones atendidas en los centros de salud que cuentan con mamógrafo propio, este Plan de distribución realizado en el año 2015 plantea la necesidad de la utilización de unidades móviles de visita periódica y programada para la atención de mujeres en distintas áreas de salud.

“...para las zonas alejadas a los servicios de mamografía y con poblaciones relativamente pequeñas como para justificar la colocación de un equipo fijo, se propone la visita periódica de unidades móviles. Para lo anterior, se requerirían 3 unidades móviles” (CCSS/CTC, 2015).

A continuación, se presentan las Regiones y Áreas de Salud que se recomienda sean beneficiadas con este servicio y la propuesta de distribución de poblaciones por cada unidad móvil según dicho criterio técnico.

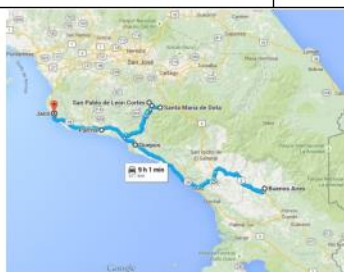
Tabla 3 Lista de los lugares que eventualmente se visitarían por medio de Unidades de Mamografía Digital Móvil, según región. 2015.

Región Brunca	Región Huetar Atlántica	Región Chorotega	Región Huetar Norte
1. A.S. Buenos Aires	2. A.S. Siquirres 3. A.S. Talamanca a. Cl. Hone Creek b. Cl. de Sixaola c. EBAIS Suretka	4. A.S. La Cruz a. Cl. La Cruz b. Cl. Santa Cecilia 5. A.S. Upala	6. A.S. Guatuso 7. A.S. Santa Rosa 8. A.S. Los Chiles
Región Pacífico Central	Región Central Norte	Región Central Sur (Red Este)	Región Central Sur (Red Sur)
9. A.S. Peninsular a. Cl. Cóbano b. Cl. Paquera c. Cl. Lepanto 10. A.S. Garabito 11. A.S. Parrita 12. A.S. Aguirre	13. A.S. Puerto Viejo a. Cl. Puerto Viejo b. Cl. San Miguel 14. A.S. Horquetas	15. A.S. Los Santos a. Cl. Santa María b. Cl. San Marcos c. Cl. San Pablo	Ninguna

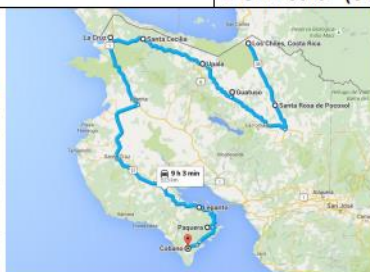
Fuente: (CCSS/CTC, 2015)

Cuadro 1 Propuesta de distribución de las diferentes áreas de salud del país que eventualmente se atenderían mediante Unidades de Mamografía Digital Móvil. 2015.

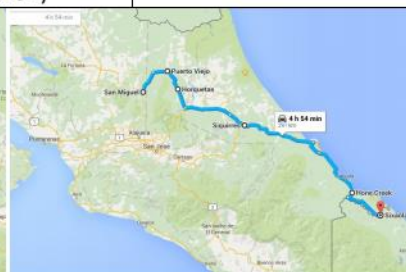
Unidad Móvil de Mamografía	Pacífico	Chorotega - Norte	Atlántica
Población meta	15.542	15.979	13.896
Área de salud por atender (Población)	Buenos Aires (4.420) Garabito (1.507) Parrita (1.966) Aguirre (2.988) Los Santos (4.661)	La Cruz (1.944) Upala (4.711) Los Chiles (2.126) Santa Rosa (2.269) Guatuso (1.778) Peninsular (3.151)	Siquirres (6.296) Talamanca (2.514) Puerto Viejo (2.858) Horquetas (2.528)



Móvil Pacífico



Móvil Chorotega



Móvil Atlántica

Fuente: (CCSS/CTC, 2015)

Como se observa en el cuadro 1, la CTC/CCSS (2015) propone la puesta en marcha de tres UM de mamografía para dar cobertura a las Regiones Pacífico, Chorotega Norte y Atlántica con una población meta de 15 542, 15 979 y 13 896 mujeres entre 45 y 69 años respectivamente. Así mismo, estableció las rutas a recorrer cada dos años para proponer un programa de tamizaje estructurado por mamografía en estas Regiones de Salud.

Según la CTC/CCSS (2015), para la realización de esta propuesta se hizo un análisis de experiencias previas y se conformó un equipo técnico para valorar la viabilidad y utilidad de contar con tres UM de mamografía como alternativa para dar cobertura a zonas alejadas de baja accesibilidad o poca densidad de población. Para la instalación de mamógrafos fijos se realizan evaluaciones de costo beneficio contemplando la cantidad de personas adscritas para mitigar la sub utilización de los equipos y el personal sanitario.

La CTC/CCRSS (2015) determinó la demanda de las unidades móviles de acuerdo con lo siguiente:

- Normativa vigente: el marco normativo se define fundamentalmente por la Norma para la Atención Integral de Personas con Cáncer de Mama del Ministerio de Salud (2015). En esta norma se establece como población por tamizar a todas las mujeres de entre 45 y 69 años y 11 meses, que tengan 2 años o más desde la última mamografía de rutina y que no tengan indicaciones para estudios a menor plazo.
- Población meta: se establece la cantidad de mujeres entre 45 y 69 años y 11 meses, con base en la proyección de estadísticas actuariales de la Caja Costarricense del Seguro Social para el año 2018, las actualizaciones posteriores se harán con base en ese mismo dato por ser el oficial de la CCSS.
- Área geográfica: en la propuesta realizada por CTC y la CCSS (2015) se realiza un análisis que contempla la distancia entre las principales comunidades y los centros de salud más cercanos que cuentan con equipo de mamografía. Basadas en las rutas más habituales utilizadas por las personas usuarias y el transporte público. base en las rutas habituales de las personas y del transporte público. No se contemplan límites geográficos de ninguna índole distintos a distancia/tiempo entre asentamientos o ciudades, con énfasis en la distribución funcional en Áreas de Salud que la CCSS ya posee, pues se considera más bien los desplazamientos tradicionales de las usuarias de los servicios, para favorecer la adherencia a los programas y brindarles mayor comodidad.

La CTC/CCSS (2015) propone las unidades móviles de mamografía como una opción para facilitar el acceso geográfico a las mujeres de las áreas de salud determinadas en el estudio técnico. Citando a Escalona Orcao & Díez Cornago (2003), la accesibilidad se define en relación al tiempo invertido en recorrer la

distancia desde el lugar de residencia de la usuaria al servicio de salud. CTC/CCSS consideran como límite de tiempo de desplazamiento en las zonas rurales de 45 minutos en transporte público, para considerar la accesibilidad geográfica como aceptable.

Con respecto a la cobertura del servicio, CTC/CCSS (2015) propone utilizar una estrategia de convocatoria dirigida a la población delimitada por el proyecto (mujeres de 45 a 69 años) en las áreas de salud seleccionadas, esperando cubrir al menos un 70% de la población proyectada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

Otras fuentes que respaldan que la eficiencia de los programas de tamizaje estructurado se logra si se da una cobertura al menos del 70% son: Las Guías para el Aseguramiento de la Calidad del Programa de Cáncer de Mama de Unión Europea, las Guías de Tamizaje de Argentina y México (CTC/CCSS, 2015).

Otro factor a considerar para la señalización de la ruta es la distancia, en términos de vías de acceso y tiempo recorridos: se calcula el tiempo y la distancia entre todas las Áreas de Salud y el centro que ofrezca mamografías que se encuentre a menor distancia y entre cuyas comunidades se cuente con servicio de transporte público frecuente.

De la misma manera, se define una distancia de 50 +/-10 km como máximo de traslado en zonas rurales. Para Áreas de Salud con una gran extensión territorial se mide distancias desde los principales centros de población buscando si exceden las distancias máximas definidas previamente.

La CTC realizó un estudio en las 103 áreas de salud de la CCSS, donde se contempló el acceso a una mamografía como método de tamizaje y la capacidad de la CCSS para dar cobertura a la población. Variables claves para la creación de un programa estructurado de tamizaje para cáncer de mama. Se estudiaron equipos disponibles y su distribución, así como las condiciones de los servicios de salud con

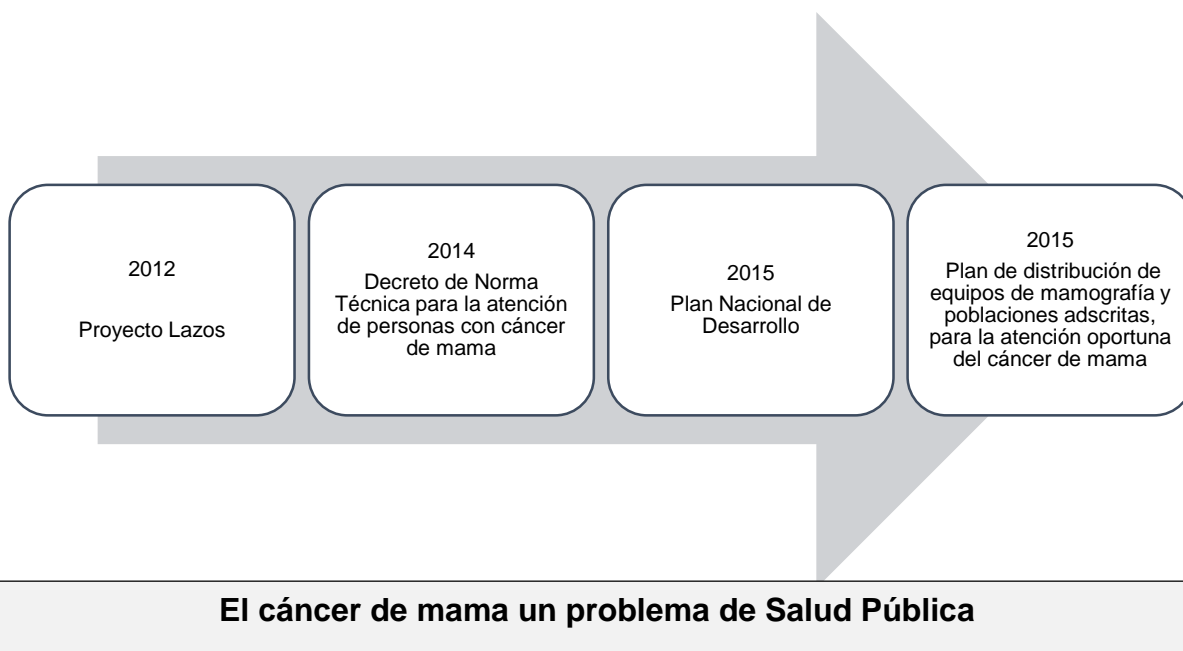
mamógrafos disponibles y su capacidad para satisfacer la demanda de un programa de tamizaje estructurado.

Para la realización del criterio técnico la CTC/CCSS (2015) dividió el proceso de mamografías, en dos subprocesos: Toma de mamografías y Lectura-interpretación del especialista-generación del reporte.

CTC/CCSS (2015) enfatiza en la necesidad de garantizar acceso a la realización de las mamografías, sin embargo, insiste en que no se debe iniciar con la realización masiva de estudios mamográficos sin antes garantizar (como se expuso previamente) tanto la lectura como el abordaje hasta el desenlace final de las usuarias.

Para la puesta en marcha de un programa de tamizaje estructurado, se propone una primera etapa orientada a contar con los equipos, infraestructura y distribución adecuada de las futuras usuarias para abarcar la totalidad de la población nacional de mujeres en el grupo de estudio definido. CTC/CCSS emite una serie de recomendaciones con respecto a las necesidades de nuevos equipos en la CCSS u opciones alternativas para llegar lo más cerca posible de las usuarias, manteniendo la sostenibilidad del programa y con criterios de distribución racional, de equidad, de accesibilidad y estrategias de optimización en la producción de los equipos (CTC/CCSS 2015). En la ilustración 2, se diagrama la línea de tiempo de los antecedentes favorecen nacimiento de la Alianza ALSALUS. Con el PND y la NTCaMa se crea la base legal y de planificación, la cual se complementa con el estudio técnico de la CTC/CCSS. Estos factores aunados a la capacidad instalada del Proyecto Lazos de HCB dan lugar a la creación de esta Alianza con el objetivo de aunar esfuerzos y dar sostenibilidad al proyecto de tamizaje de CaMa mediante UM.

Ilustración 2 Antecedentes que dan lugar al nacimiento de ALSALUS



Fuente: Elaboración propia basada en el análisis del contexto.

1.3 Justificación de la evaluación.

La alianza ALSALUS, es una iniciativa que formó en el 2015 parte de la estrategia nacional de la CCSS “Llegar a tiempo” esta estrategia pretende crear un programa estructurado de tamizaje para CaMa. La primera fase de proyecto consistió en poner en marcha una serie de actividades con el fin de facilitar la prueba de tamizaje en ciertas áreas de salud previamente seleccionadas mediante mamógrafos estacionarios y mamógrafos móviles.

La evaluación de la implementación de esta alianza en la búsqueda de unificar esfuerzos para dar frente a un problema público no solo busca generar lecciones aprendidas para mejorar el desarrollo de las campañas en otras áreas de salud, sino que pretende identificar oportunidades de mejora desde la perspectiva de todos los actores involucrados: aliados, ejecutores en las áreas de salud y población participante.

La evaluación es de carácter formativo, pues buscó valorar la experiencia en la gestión e implementación del programa ALSALUS en el Área de Salud de Siquirres, así como evidenciar los procesos que pudiesen replicarse en otras áreas de salud con características similares. Ya que al ser el objeto de evaluación un programa situado dentro de una estrategia nacional es de gran importancia fomentar la mejora del mismo.

Esta evaluación valoró la eficacia de las etapas de cada una de las campañas, a saber: la estrategia de convocatoria, la ejecución de las pruebas de tamizaje y la entrega de resultados. Así mismo la pertinencia del programa respecto al acceso equitativo del diagnóstico temprano y del seguimiento de los casos sospechosos por parte de la respuesta institucional a sus casos particulares (navegación dentro del Sistema). Por lo que se posibilita una visión integral del proceso en cada una de sus etapas desde adentro y desde la perspectiva de las mujeres participantes.

1.4 Condiciones que favorecen y limitan la evaluación

Se considera que al ser esta una evaluación interna, solicitada por el cliente de la evaluación el dialogo constante y la apertura con la información es una de las principales condiciones que favorecen la planificación y ejecución de esta evaluación. Lo anterior se denotó en el acceso de información de fuente primaria, como por ejemplo, las bases de datos con la información de las personas participantes en las campañas de mamografía, aspecto que favoreció la generación de la evidencia para responder a la interrogante 1 de evaluación.

Otra condición que favoreció el desarrollo de la evaluación es el conocimiento de la operación de la alianza y del contexto del programa, ya que esto contribuye a la comprensión de los hallazgos encontrados y favorece el diálogo con los ejecutores en el área de salud.

Durante el grupo focal, las personas participantes vieron como una señal de compromiso el hecho que ejecutores participaran facilitando el grupo, sin embargo, hubo que facilitar el grupo de manera asertiva para manejar las expectativas de las participantes, incluso algunas de ellas esperaban respuestas médicas a dolencias propias o de familiares. Al esto ser una práctica común en este tipo de actividades los facilitadores las enfrentaron con estrategias propias. Tales como dar respuestas concretas y claras, delimitar el alcance de la actividad, aclarar que en medicina no se pueden dar afirmaciones sin conocer la historia clínica, entre otras.

Como condiciones que limitaron el desarrollo de la evaluación está el hecho de que la evaluadora se encontraba laborando a tiempo completo en zonas rurales por lo que la disponibilidad para el desarrollo de la evaluación es poco. Así como limitación en los recursos para agilizar los procesos de la misma.

Así mismo al ser una evaluación interna, se corre con el riesgo de predisponer los hallazgos por lo que se debe hacer hincapié en la rigurosidad de la metodología para generar evidencia sólida que respalde los mismos.

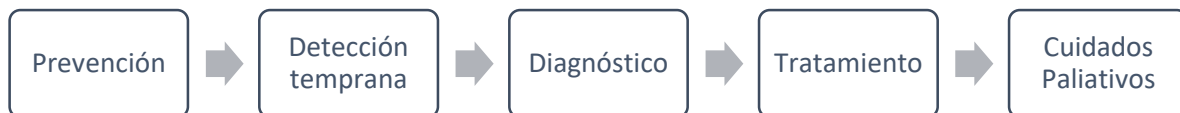
Capítulo II: Referentes Teóricos

2.1 Teorías que sustentan el programa o servicio del objeto por evaluar o evaluado.

2.1.1 Componentes del control del cáncer de mama

Los organismos internacionales que trabajan para el control del cáncer de mama encabezados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan que los planes nacionales de control del cáncer de mama deben comprender estrategias para abordar la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados paliativos.

Ilustración 3 Etapas de la Estrategia del Control del Cáncer



Fuente: Elaboración propia basada en OMS (2007)

Cada estrategia en particular debe basarse en evidencia científica y formularse localmente, teniendo en cuenta la incidencia, el avance de la enfermedad y los recursos disponibles, así como las características fisiopatológicas y los factores socioculturales con un enfoque poblacional y estrategias dirigidas específicamente a las personas de alto riesgo (OPS/OMS).

Estos organismos internacionales recomiendan las mejores prácticas, pero son los Estados miembros quienes formulan sus propias políticas y estrategias para el abordaje integral de la problemática tomando en consideración las variables antes

mencionadas. En el caso de Costa Rica, los lineamientos a seguir para el abordaje del cáncer de mama son los descritos en la Norma Técnica (2015) la cual contempla los apartados de Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Enfermedad.

La iniciativa objeto de esta evaluación es un proyecto cuyo referente teórico gira alrededor del componente de Detección Temprana, el cual suele confundirse con el componente de Prevención. Para efectos de esta evaluación es importante hacer la diferencia entre estos dos conceptos elementales para comprender las teorías a las que responde ALSALUS, ya que al estar estrechamente relacionadas pueden intervenir en la óptica desde la que se ve el proyecto.

Prevención:

La prevención primaria busca disminuir los factores de riesgo para minimizar la probabilidad de padecer la enfermedad, ofrece el mayor potencial de salud pública y el programa de control del cáncer a largo plazo más eficaz en función de los costos. La prevención secundaria, busca la recurrencia de la enfermedad en mujeres que ya la han padecido. Según la OPS/OMS (2007), la prevención del cáncer de mama debe integrarse a los programas integrales de control del cáncer de mama y complementar las campañas de concientización y detección temprana.

Aunque algunos factores de riesgo de cáncer de mama no pueden modificarse, es posible asumir responsabilidad tanto a nivel individual como político para controlar algunos de ellos y reducir el riesgo de cáncer de mama.

Para la OPS/OMS la prevención del cáncer de mama tiene tres componentes:

- 1) modificaciones del comportamiento o modo de vida
- 2) intervención farmacológica (por ejemplo, con tamoxifeno)
- 3) cirugía profiláctica (por ejemplo, mastectomía)

Actualmente no hay estudios que evalúen la rentabilidad de las actividades de prevención del cáncer de mama, pero a medida que se disponga de datos, podrá comprenderse mejor su eficacia en función de los costos a largo plazo. La evaluación del riesgo es un componente fundamental de los programas de prevención rentables, ya que permite identificar a las pacientes de mayor riesgo para que participen en actividades de prevención específicas (OPS/OMS, 2017).

Detección Temprana:

Para el Ministerio de Salud (2014), se podría evitar el sufrimiento y la muerte prematura de millones de pacientes de cáncer si tuvieran acceso puntual a detección temprana y tratamiento. La detección temprana se basa en el concepto de que cuanto antes se detecte el cáncer en su historia natural, más probabilidades hay de que el tratamiento sea eficaz. El propósito de la detección temprana es detectar el cáncer cuando está localizado en el órgano de origen y antes de que invada tejidos cercanos y órganos distantes, o en algunas localizaciones tumorales, detectar una lesión precancerosa cuando existe un alto potencial de curación.

Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer (Anderson et al., 2008).

Hay dos métodos de detección temprana:

- El diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y
- El tamizaje, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las

personas que presenten anomalías indicativas de cáncer antes de que se presenten síntomas evidentes.

La OMS (2007) afirma que un programa de tamizaje es una estrategia mucho más compleja que un programa de diagnóstico precoz. Independientemente del método de detección precoz utilizado, dos aspectos esenciales para el éxito de la detección precoz poblacional son una atenta planificación y un programa bien organizado y sostenible que se focalice en el grupo de población adecuado y garantice la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones. Existen dos tipos de tamizaje, tamizaje oportunista, es decir, realizar mamografías según la oportunidad y tamizaje estructurado, que consiste en un programa planificado, con una población y periodicidad determinada.

La selección de grupos de edad inadecuados, por ejemplo, mujeres jóvenes con bajo riesgo de cáncer de mama, puede traducirse en una disminución del número de cánceres detectados por mujer sometida a cribado, y reducir así el costo eficacia de la medida. Además, esa focalización en las mujeres más jóvenes obligaría a analizar más tumores benignos y provocaría una sobrecarga innecesaria de los servicios de salud, por los recursos diagnósticos adicionales que entrañaría (Yip et al., 2008).

La OMS (2007), reconoce que la detección temprana del cáncer de mama requiere el diagnóstico precoz de las mujeres con síntomas de cáncer de mama, y además puede incluir un tamizaje más intensivo de las mujeres sin síntomas reconocidos de cáncer. Tanto los programas de diagnóstico precoz como de tamizaje deben tener en cuenta el contexto cultural de la comunidad atendida, los recursos disponibles para financiar los programas y la sostenibilidad de tales esfuerzos a lo largo del tiempo.

El diagnóstico precoz de las mujeres asintomáticas depende de la concientización sobre el cáncer de mama de las pacientes, la comunidad y los profesionales de la

salud, y requiere que las mujeres tengan acceso oportuno a los exámenes mamarios, servicios diagnósticos de seguimiento (formación de imágenes, biopsia y anatomía patológica) y tratamiento que corresponda al estadio de la enfermedad (OMS/OPS, 2017).

“El cribado del cáncer de mama exige un enfoque multidisciplinario y consiste en detectar, mediante procedimientos de selección, tumores mamarios en una población aparentemente sana, sin que los mismos sean conocidos por la mujer, se encuentren en fase asintomática y/o en estadio tan temprano que con los tratamientos actuales se consiga un aumento significativo de la supervivencia o curación en un alto porcentaje de casos” (Cameselle et al, 2000).

Según la OMS (2017), el desafío para los SS consiste en mejorar la detección temprana y las acciones de tratamiento, mediante la optimización de los recursos disponibles y la prestación de servicios de salud accesibles, adecuados y aceptables. Los programas de detección temprana eficaces pueden aumentar la proporción de casos de cáncer de mama detectados en los primeros estadios de la enfermedad, y vinculados a un tratamiento eficaz, pueden mejorar los tratamientos y las tasas de supervivencia.

Si bien el criterio de referencia para los programas de detección temprana en los entornos de recursos altos es el tamizaje mamográfico, los programas de tamizaje para la detección temprana pueden ser oportunistas (iniciados durante una consulta ordinaria) u organizados (iniciados por invitación enviada a una población destinataria de pacientes en riesgo). La evidencia respalda que la detección temprana del cáncer de mama mejora la supervivencia, disminuye la morbilidad y reduce el costo de la atención si se diagnostica con prontitud y se trata eficazmente.

La OPS/OMS recomienda que un programa eficaz de detección y diagnóstico tempranos incluya:

- Educación para concientizar sobre la salud mamaria
- Reducción de los obstáculos que impiden el acceso a la atención
- La aplicación de una técnica de diagnóstico
- Diagnóstico oportuno para todas las mujeres con resultados anormales y suministro de tratamiento rápido y adecuado para el estadio del cáncer para todas las mujeres con diagnóstico tisular de cáncer de mama
- Si es factible y pertinente, tamizaje mamográfico, realizado de una manera eficaz en función de los costos, con recursos sostenibles y culturalmente apropiada

La evidencia respalda que, en los últimos 50 años, el tamizaje se ha convertido en uno de los avances más importantes para la salud de las mujeres, dado que, a partir de la evaluación periódica, la tasa de mortalidad por cáncer de mama ha disminuido en más del 30%, en los países desarrollados (Kopans, 2012).

Según Wilson & Jungner (1968), una patología puede someterse a un programa de tamizaje si cumple con los siguientes criterios: (Ver anexo 3)

- Problema Prioritario de Salud Pública.
- Conocida la progresión del estado sano al patológico.
- Las detecciones mediante el tamizaje deben ser susceptibles de tratamiento.
- La prueba, técnica o examen debe ser confiable, poco invasor, fácil de aplicar e inocuo, así como beneficioso en función del costo.

En el caso del cáncer de mama, la OMS/OPS recomiendan como prueba de tamizaje para los países con perfil epidemiológico de países desarrollados, el uso de la mamografía como prueba estandarizada diagnóstica.

Mamografía de tamizaje:

Cada SS define la edad de cobertura de la mamografía según los recursos disponibles; actualmente tanto la Sociedad Americana del Cáncer (ACS), el Colegio Americano de Radiología (ACR), la Asociación Médica Americana (AMA), el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (NCI), el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) y la Red Nacional Integral del Cáncer de los Estados Unidos (NCCN) recomiendan iniciar a la edad de 40 años. Así mismo, no existe un claro consenso internacional en la frecuencia de estos estudios, pero existe una tendencia a recomendar la mamografía a intervalos de dos años.

En Costa Rica se ha definido hacer mamografía de tamizaje a partir de los 45 años cada dos años hasta los 69 años y 11 meses. A su vez debe hacerse una evaluación de la metodología aplicada a los 2 años de oficializada la norma, con el fin de medir el impacto obtenido del tamizaje (Norma técnica para la atención de personas con cáncer de mama, 20 mayo 2014).

Para todas las mujeres menores de 45 años de edad con alto riesgo de cáncer de mama, determinado por herramientas como el modelo de Gail y/o análisis genético, debe realizarse mamografía basal y dar seguimiento a un nivel especializado.

La NTCaMa indica:

- Mamografía de tamizaje entre los 45 a 69 años y 11 meses años cada dos años.
- Pacientes fuera de ese rango se decidirá el tamizaje basado en el riesgo individual y la expectativa de vida en el caso de las mayores de 70 años.

Para la OMS (2007), la mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos (IARC, 2008). El tamizaje basado en esta

técnica es muy complejo y absorbe muchos recursos, y no se ha hecho ninguna investigación sobre su eficacia en los entornos con recursos escasos.

Es decir, el tamizaje estructurado es el establecimiento de un programa formal de tamizaje, en el que deben cumplirse los siguientes requerimientos, además de normas técnicas y administrativas que permitan su aplicación en condiciones óptimas (Díaz, Piñeros, & Sánchez, 2005)

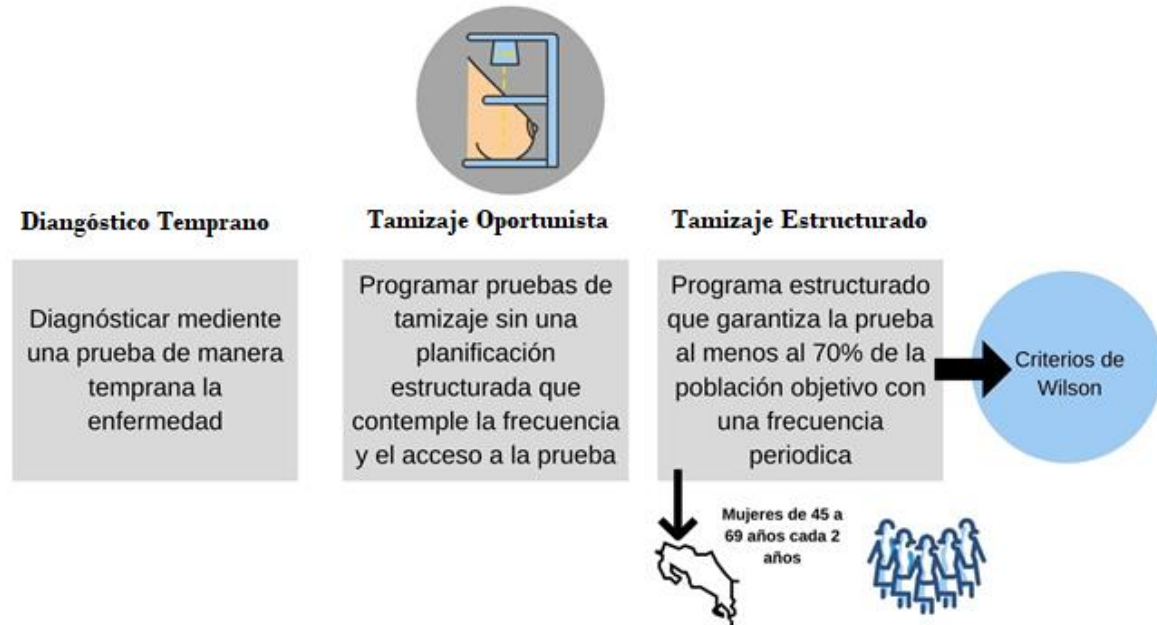
Para Díaz et al (2005) citando a OMS (2002) un programa de Tamizaje Estructurado debe:

- Contar con una política explícita,
- Definir la población que incluya categorías específicas de edad
- Definir las pruebas que se utilizarán y los intervalos de aplicación
- Establecer un equipo responsable de su implementación,
- Garantizar la oferta y la accesibilidad a instituciones de salud para el diagnóstico y el tratamiento oportunos.
- Implementar estrategias de inducción de la demanda
 - Establecer un programa de aseguramiento de la calidad
- Contar con un sistema de información adecuado
 - Detectar la ocurrencia de la enfermedad en la población.
 - Definir una metodología de evaluación y seguimiento.

ALSALUS es un programa que busca realizar tamizaje estructurado, por lo que su estrategia de intervención pretende facilitar la prueba diagnóstica al menos al 70% de la población objetivo con una frecuencia de cada dos años, según lo establece la Norma Técnica del Ministerio de Salud (2014) y ofrecer las opciones de tratamiento oportuno y seguimiento adecuado a las mujeres beneficiarias que así lo requieran.

Ilustración 4 Programa de Tamizaje Estructurado de Ca Ma

DetECCIÓN temprana



Fuente: Elaboración propia basada en OMS (2007).

La ilustración 4 muestra como el concepto de diagnóstico temprano se ve permeado por los programas propuestos por cada SS, donde es el mismo sistema quien define la prueba de tamizaje acorde a sus recursos y siguiendo las recomendaciones de la OMS, la diferencia entre un programa de tamizaje de oportunidad y un tamizaje estructurado es que los segundos aseguran el acceso a la prueba de tamizaje con un 70% de cobertura y una frecuencia determinada sostenida a través del tiempo.

2.1.2 Niveles de atención de la CCSS a las que se refieren las mujeres atendidas en las campañas de mamografías en el ASS durante los años 2018 y 2019

Al pretender evaluar la Navegación dentro del sistema de las mujeres que participaron en las campañas de mamografías en el ASS es necesario ilustrar cómo funciona el Perfil del Sistema de Salud de Costa Rica y así comprender cuales niveles de atención debe recorrer la mujer desde la adquisición de la mamografía hasta la obtención de un tratamiento si así lo requiere.

Según el Perfil de Sistema de Salud de Costa Rica a partir de la Ley de Universalización del Seguro de Salud de 1961, la CCSS es la institución responsable de proveer servicios públicos del seguro de salud y maternidad a toda la población. Estos servicios se planifican a partir de, siete regiones sanitarias y 94 áreas de salud. Y se proveen en tres niveles de atención, relacionados entre sí por mecanismos de referencia y contra referencia de pacientes (OPS, Ministerio de Salud, 2004).

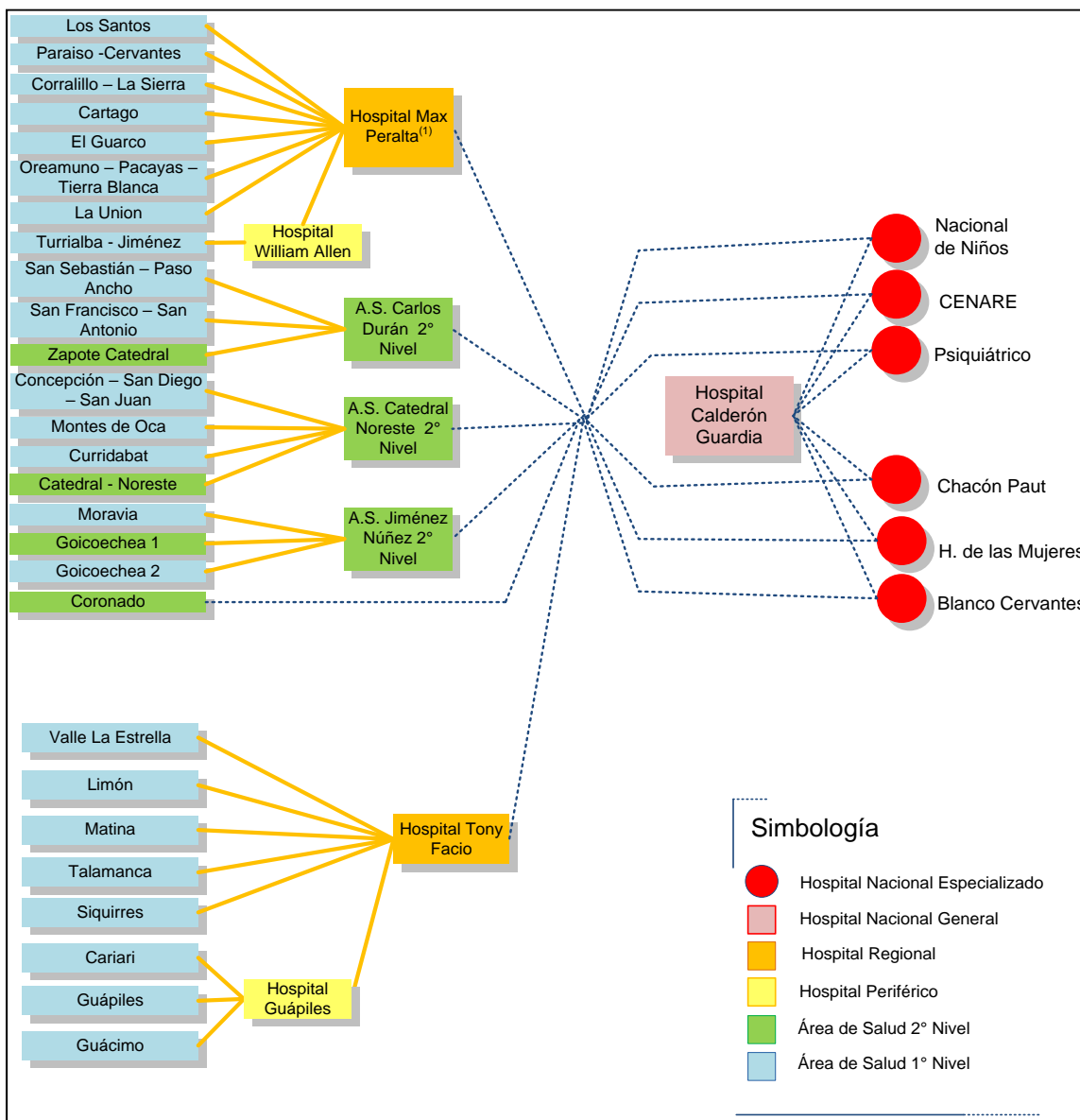
El primer nivel de atención constituye el acceso al sistema de servicios de salud y está formado por las áreas de salud en las que se ofertan servicios de cinco programas de atención integral dirigidos a niños, adolescentes, mujeres, adultos y adulto mayor. Estos servicios se proporcionan en puestos de salud, centros de salud y clínicas, la cuales en su mayoría cuentan con equipos de atención integral de salud o EBAIS (1104) que atienden en promedio a 3,500 habitantes cada uno (OPS, Ministerio de Salud, 2004).

En el segundo nivel se ofertan servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento médico y quirúrgico de las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y, cirugía, en una red nacional formada por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales (OPS, Ministerio de Salud, 2004).

Por su parte, el tercer nivel proporciona atención especializada, así como tratamientos médicos y quirúrgicos complejos, a través de 3 hospitales nacionales generales (México, San Juan de Dios y Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia) y 5 hospitales nacionales especializados (mujeres, niños, geriatría, psiquiatría y rehabilitación).

El Área de Salud de Siquirres pertenece a la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica, que a su vez pertenece a la Red de Servicios Este de la CCSS. En la siguiente ilustración se muestra cómo está compuesta la Red de Servicios Este de la CCSS.

Ilustración 5 Red de Servicios Este



Fuente: CCSS (sf)

2.2. Teoría del Programa

2.2.1 La Alianza para un programa de tamizaje accesible y equitativo mediante Unidad Móvil de Mamografía en áreas de salud previamente seleccionadas

El cáncer de mama es reconocido a nivel mundial, según estadísticas publicadas por el Fondo Mundial de Investigación en Cáncer para el 2018 se reportaron más de 2 millones de casos nuevos de CaMa, representando el cáncer más ocurrente en mujeres y el segundo a nivel general. (Ferlay et al., 2018)

Estos hallazgos no son ajenos a Costa Rica, dónde la detección continúa creciendo En el 2011 fue la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, para el 2015, 1218 mujeres fueron diagnosticadas con esta neoplasia y 296 muertes fueron contabilizadas. (Ministerio de Salud Pública. 2015)

Costa Rica tiene el primer lugar en Centroamérica y México en mortalidad e incidencia por CaMa, creando la necesidad de tener los mejores métodos de diagnóstico, que permitan la detección temprana la implementación de pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos.

Por los datos en incidencia y mortalidad en Costa Rica, se ha considerado el CaMa como un problema para la salud pública del país. Los estándares internacionales consideran al tamizaje estructurado como la solución ideal para mejorar la detección temprana y contribuir a la disminución de la mortalidad del cáncer de mama en países como Costa Rica. Un programa de tamizaje es definido por cada Sistema de Salud considerando la delimitación de la población objetivo, la periodicidad de la prueba y garantizando una cobertura superior o igual al 70%.

Al ser la prueba de tamizaje de cáncer de mama dependiente de la tenencia de equipos de diagnóstico la adquisición de los mismos es previamente analizada por la CCSS ya que su costo operativo es alto.

Para garantizar el acceso equitativo en áreas de salud alejadas de hospitales y con población objetivo insuficiente que amerite la compra de un equipo de diagnóstico propio se propone la creación de unidades móviles que se estacionen periódicamente en estas áreas de salud y cubran con la necesidad de dar acceso equitativo a la población. (CTC/CSS 2015)

Por lo que al identificar la necesidad se propone la iniciativa de dar cobertura y alcance equitativo de una mamografía de tamizaje a las mujeres en las áreas de salud de Talamanca, Siquirres, Puerto Viejo de Sarapiquí, Horquetas Rio Frío y La Zona de los Santos, áreas de salud seleccionadas según recomendaciones de la CTC en el año 2015, basándose en los conceptos de acceso geográfico, cobertura de un programa de tamizaje estructurado y disponibilidad de los equipos. Lo anterior mediante la creación de una ADPP.

Esta necesidad surge de la demanda del PND 2015- 2018 de aumentar en 42 000 el número de mamografías anualmente en el territorio nacional y la puesta en marcha de la norma técnica de atención a las personas con cáncer de mama.

Por lo anterior, se plantea ALSALUS para dar solución a esta problemática mediante la unión de esfuerzos de los aliados para dar sostenibilidad al proyecto mediante la asignación de una unidad móvil de mamografía que permita disminuir la brecha de acceso a diagnóstico temprano de cáncer de mama en 5 áreas de salud determinadas, y generar lecciones aprendidas para una posible implementación dos UM adicionales para dar cobertura a nivel nacional.

2.2.2 Mapeo de Actores.

Los actores claves son aquellos que pueden influir significativamente en la iniciativa o alianza. Actores primarios son aquellos que participan en la alianza, pero solo en forma indirecta o temporal, por ejemplo, proveedores de servicios. Actores secundarios o públicos interesados son aquellos directamente afectados por la alianza, ya sea como beneficiarios o como los que aspiran a incrementar su poder y sus privilegios, o los que podrían verse perjudicados de alguna manera.

Para la Alianza los actores claves son, HCB, Auto Mercado, ALIARSE, CCSS y el Ministerio de Salud como ente rector del sector salud en Costa Rica, el Ministerio de Salud tiene injerencia en la toma de decisiones del sector, no así dentro del proyecto. La relación existente entre los aliados es de cooperación y alianza.

Los cuatro primeros corresponden a los aliados de ALSALUS, siendo HCB dueño del equipo y responsable legal de la operación, se encarga de la ejecución operativa de las campañas, coordina junto con la CTC/CCSS y las Áreas de Salud la planificación, la ejecución y la entrega de los resultados.

Otro de los aliados es la cadena de supermercados Auto Mercado, además de participar activamente en la toma de decisiones de la alianza su rol principal es la organización de las recolectas anuales para financiar parte de la operación anual de ALSALUS. Lo anterior lo realiza a través del programa de Responsabilidad Social llamado Movimiento Rosa, el cual recolecta anualmente entre sus clientes y proveedores gran parte del dinero que sostiene la realización de las mamografías.

ALIARSE cumple su rol como aliado, articulando la alianza y fomentando la participación activa de los participantes de ALSALUS. Por otra parte, la CCSS a través de la CTC participa activamente en la toma de decisiones concernientes a la alianza, coordina junto con las áreas de salud la ejecución de las campañas en las comunidades, se encarga de la distribución de los resultados y de dar seguimiento a los resultados con sospecha de malignidad.

Así mismo, gracias al convenio realizado con la Alianza, las mujeres con resultados sospechosos de malignidad realizan la confirmación del diagnóstico, tratamientos y seguimiento a través de la Red de Sistemas de Salud de la CCSS. Por lo que este es un aliado vital en la ejecución de este proyecto.

Los actores primarios son: el personal de las áreas de salud adscritas a las áreas de salud; entre estos actores existe un vínculo estrecho de cooperación y apoyo; la relación de los actores claves con los actores primarios es estrecha y de acompañamiento. Es de vital importancia que exista una buena comunicación entre los ejecutores del proyecto y los beneficiarios, ya que de esta relación depende el cumplimiento de objetivos y los resultados del mismo.

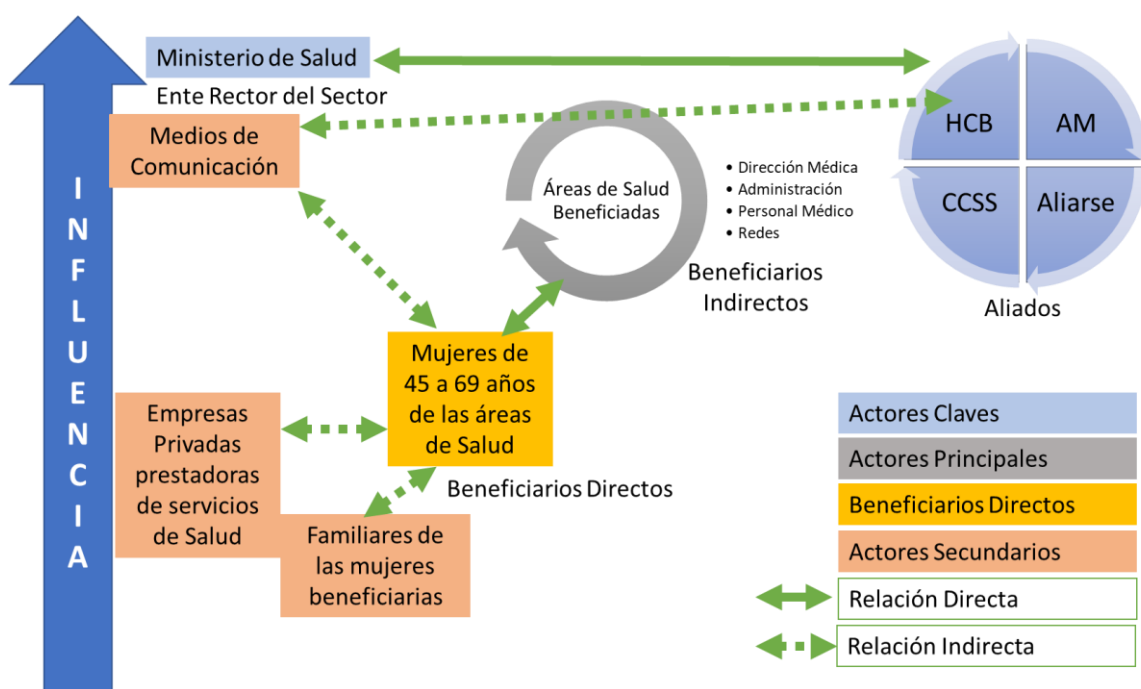
Las personas funcionarias de las Áreas de Salud tienen la responsabilidad de organizar las campañas, realizar la estrategia de convocatoria y garantizar el agendado de las mujeres y el cumplimiento de la asistencia de las mismas a su cita, así como la distribución de los resultados en cada uno de los EBAIS de su área de atracción. Además, a través de la asignación de un profesional médico como representante de la Clínica de Mamas deben responsabilizarse de dar citas para estudios complementarios requeridos en el segundo nivel de atención.

Como actores secundarios se proponen las familias de quienes participan directamente del proyecto, estas familias, son consideradas beneficiarios indirectos de los efectos del proyecto las familias, juegan un papel importante en el autocuidado de las mujeres, el ejercicio de su salud y la vinculación con sus tratamientos. Por otro lado, se toman en consideración los actores secundarios del proyecto, los cuales tienen una relación informal con los otros actores.

Entre los actores secundarios a considerar están los medios de comunicación, los cuales pueden influir en las estrategias planteadas para sensibilizar sobre la importancia de la detección temprana del CaMa y la estrategia de convocatoria y los centros radiológicos locales que al representar una oferta de servicios de

mamografía pueden influir en los objetivos de las campañas, ya que no se tiene control de cuales mujeres tienen acceso a los mismos y la frecuencia con la que se realizan los exámenes.

Ilustración 6 Relación Influencia y Capacidad de toma de decisiones entre los actores del Proyecto



Fuente: Elaboración Propia (2019)

En la ilustración 6 se muestra la relación de influencia de la Alianza y capacidad de injerencia y toma de decisiones por parte de los diferentes actores anteriormente mencionados, así como su rol dentro del proyecto y las relaciones existentes entre ellos.

2.2.3. Línea lógica de ALSALUS

La ilustración 7 indica la línea lógica que sigue ALSALUS, la cual fue construida y validada en conjunto con los ejecutores del proyecto, donde muestra una

representación gráfica de la reconstrucción de la teoría del programa, viéndose en esta secuencia la relación que existe entre el mapeo de actores y la estrategia de la implementación.

El objetivo General de la Alianza es Brindar acceso equitativo y oportuno a la mamografía a mujeres de 45 a 69 años en Áreas de Salud determinadas por el SS, mediante campañas de mamografías a través de UM, lo anterior para certificar la salud de las mamas de estas mujeres creando campañas estructuradas de tamizaje. La estrategia que plantea ALSALUS es crear una alianza que de sostenibilidad económica y operativa a esta iniciativa mediante la captación de recursos.

Los recursos necesarios son personal sanitario y administrativo capacitado y el equipamiento necesario para operar UM en las áreas seleccionadas, así como los permisos de funcionamiento y las licencias de operación al día.

Lo anterior se logrará con la coordinación de campañas de mamografías en las áreas de salud con actividades relacionadas a la convocatoria, realización de las pruebas diagnósticas y entrega de resultados de las mamografías.

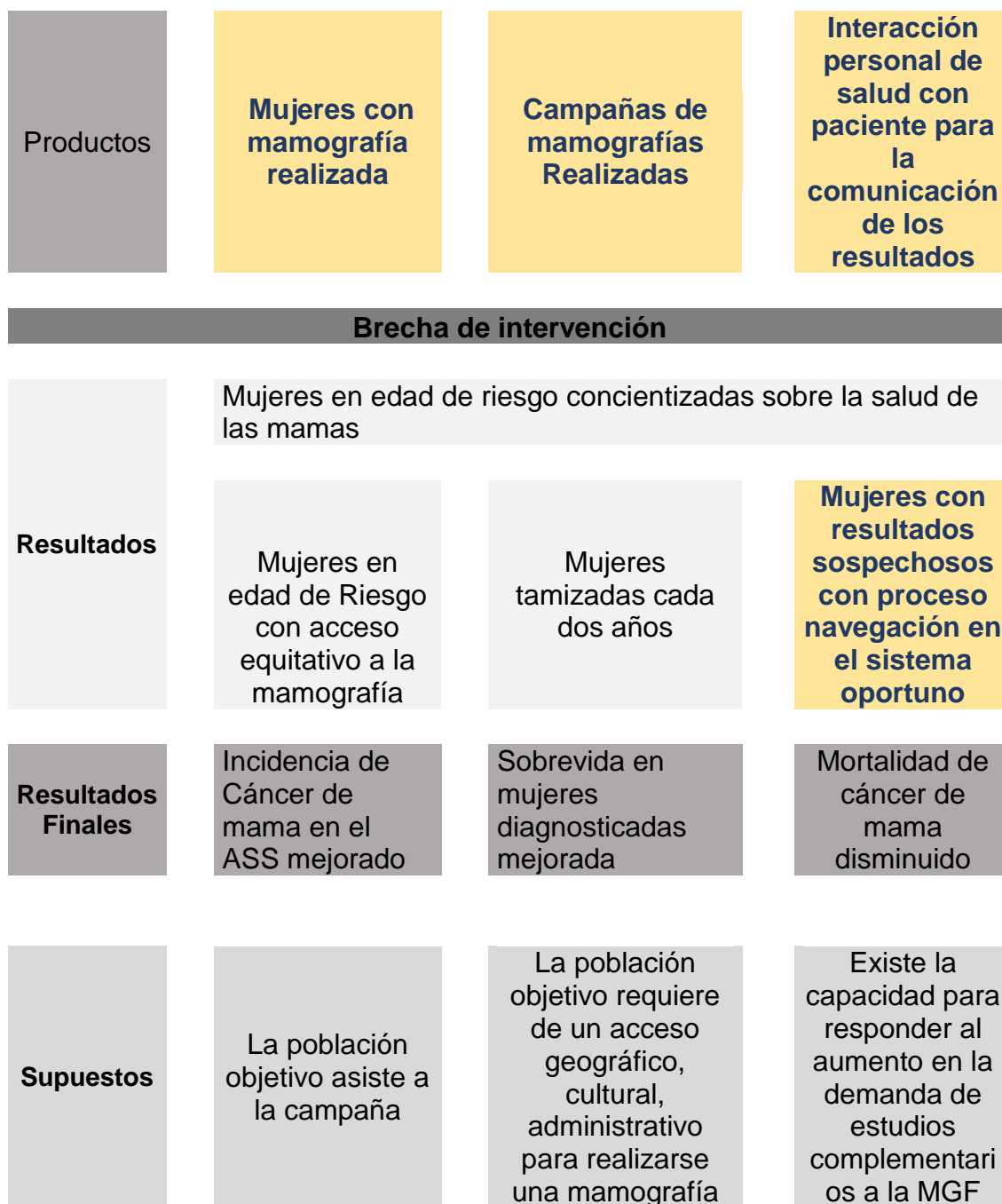
Los productos esperados del proyecto son: Mujeres tamizadas, campañas realizadas y la interacción médico- paciente

Los resultados esperados son: Mujeres en edad de riesgo concientizadas sobre la salud de las mamas, acceso equitativo, acceso geográfico y navegación dentro del sistema satisfactoria.

Para contribuir en la reducción de la mortalidad, el aumento en el diagnóstico temprano y la mejora en la sobrevida de las mujeres diagnosticadas.

Ilustración 7 Cadena de Resultados del Proyecto ALSALUS

Objetivo	Brindar acceso equitativo y oportuno a la mamografía a las mujeres de 45 a 69 años de las áreas de salud determinadas		
Objetivos Específicos	Certificar la Salud de las mamas de las mujeres de 45 a 69 años en las áreas de salud determinadas		
	Realizar campañas de tamizaje por mamografía en las áreas de Salud determinadas		
Estrategias	Crear una APPD para brindar los recursos necesarios para dar sostenibilidad al proyecto de tamizaje estructurado mediante unidades móviles		
Insumos	Personal capacitado en la operación de la UM y Personal médico especialista en Imágenes médicas	Personal de Redes de las áreas de Salud	Personal en la gestión y administración del proyecto
	Unidad Móvil	Equipo de Mamografía	Softwares
	Contratos de mantenimiento preventivo y Correctivo	Permisos de funcionamiento	Certificación de buen funcionamiento
Actividades	Toma de la mamografía e interpretación de los resultados	Convocatoria y gestión de la campaña	Entrega de los resultados



Fuente: Elaboración propia validada por Aliados de ALSALUS, 2019.

Capítulo III: Estrategia metodológica.

3.1 Diseño evaluativo:

3.1.1 Problema de evaluación

Para el análisis del problema de evaluación se utilizó la herramienta PDP diseñada por Crowther (1999), la cual responde a una serie de afirmaciones que se enlazan entre si produciendo una secuencia lógica, que identifica la problemática que pretende solventar el proyecto y el porqué de la intervención. Esta se construye producto del trabajo de la evaluadora y la validación de los aliados.

El cáncer de mama es de alta mortalidad e incidencia en Costa Rica, es un objetivo del SS reducir la mortalidad por cáncer de mama y procurar opciones de tratamiento efectivas para las mujeres que así lo padecen. El eslabón base de esta cadena es la detección temprana. El acceso a la salud es un derecho fundamental y los países son llamados a ofrecer las estrategias viables para garantizar este derecho.

En el caso del CaMa, Costa Rica cuenta con la NTCaMa, la cual dictamina los lineamientos para su diagnóstico, dicha Norma, señala como prueba de tamizaje a la mamografía. La NTCaMa establece las responsabilidades del SS acerca de garantizar el acceso equitativo a la prueba a todas las mujeres de 45 a 69 años con una periodicidad de dos años. La CCSS es el ente encargado de la ejecución de esta Norma Técnica.

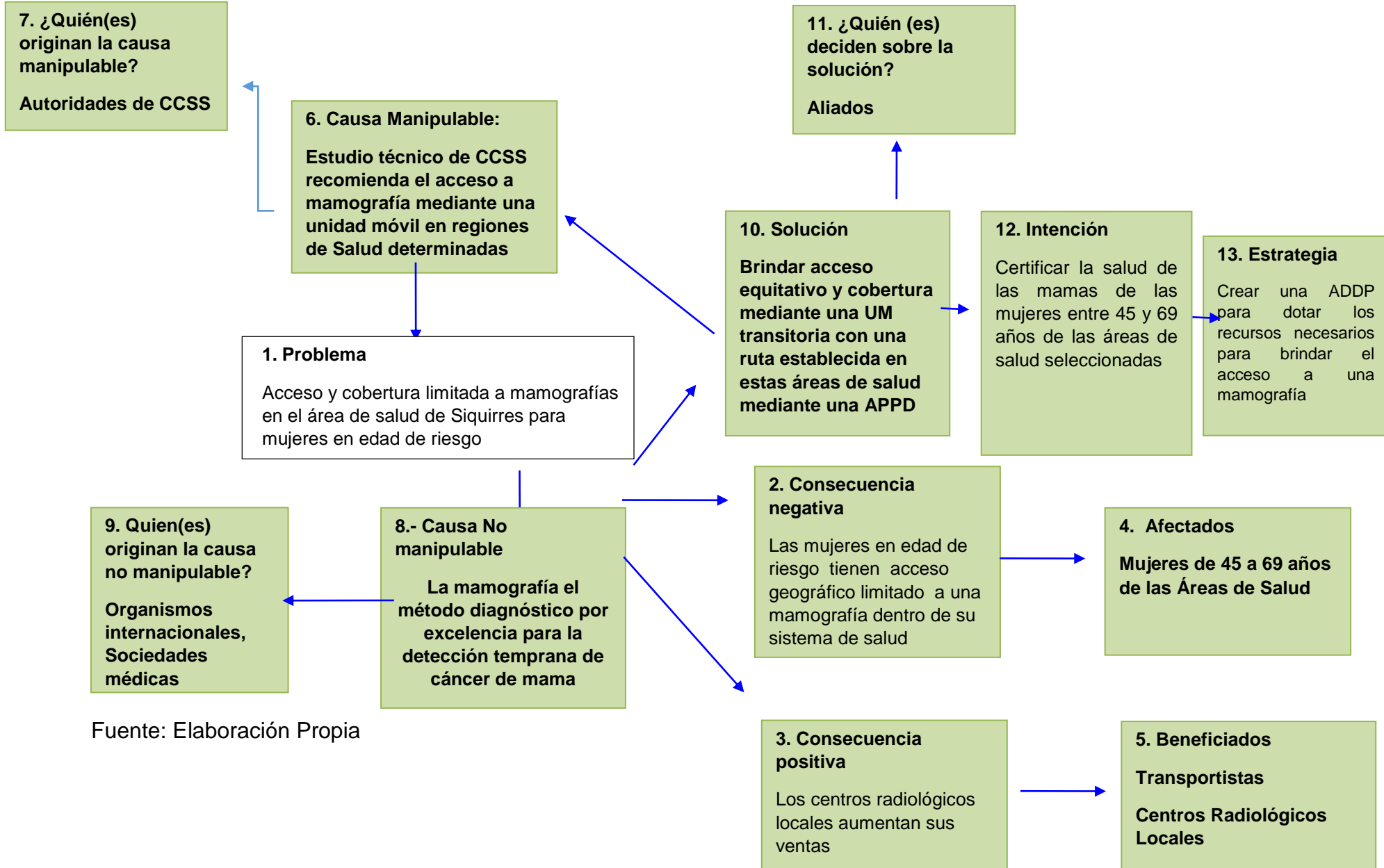
La mayoría de los servicios de mamografía se encuentran en los niveles dos y tres de la estructura de la CCSS y en estudio técnico la CCSS estableció que el ASS es una de las áreas con limitado acceso a la mamografía ya que por las condiciones demográficas y geográficas las mujeres deben invertir un tiempo y recursos en desplazarse. Contrario a otras áreas que tienen un mejor acceso.

La CCSS estableció como conclusión de este informe técnico que una unidad móvil con una ruta establecida sería la solución para facilitar el acceso equitativo y garantizar la cobertura que busca todo programa de tamizaje estructurado.

El acceso limitado a la mamografía como prueba de tamizaje en las mujeres de zonas rurales es un problema de salud pública y la necesidad de un programa de tamización estructurado en zonas rurales con acceso limitado o nulo es un problema del SS por lo tanto el problema de esta evaluación es:

¿En qué medida el proyecto ALSALUS contribuye en la constitución de un programa estructurado de tamizaje facilitando el acceso equitativo a mamografías en el área de salud de Siquirres para mujeres en edad de riesgo?

Ilustración 8 Predeterminación del Problema



Fuente: Elaboración Propia

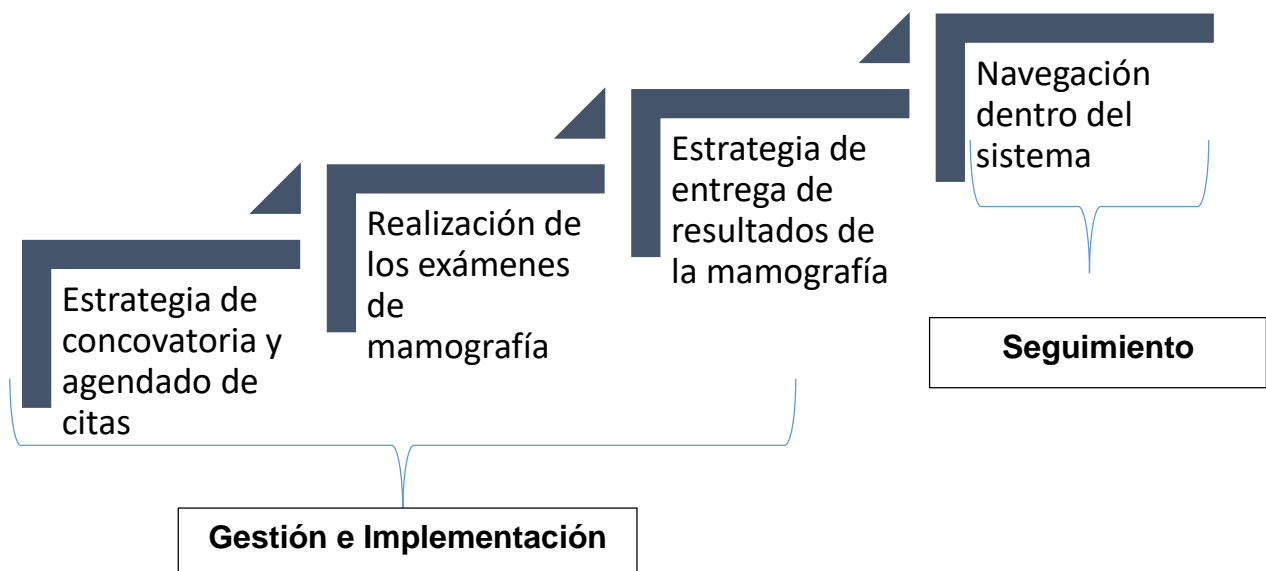
3.1.2 Objeto de evaluación

El objeto sobre el cual se orienta la presente evaluación es la gestión y la implementación del proyecto para el acceso a diagnóstico temprano de cáncer de mama, mediante campañas de mamografía transitorias, dirigidas a mujeres de 45 a 69 años adscritas al Área de Salud de Siquirres durante los años 2018 y 2019 y la navegación dentro del sistema de las mujeres posterior a la realización de las campañas. A partir de este objeto se elaboran los criterios, interrogantes y objetivos de evaluación.

Basado en este objeto se plantearon los aspectos epistemológicos y metodológicos, así como las categorías de análisis, lo cual garantiza la rigurosidad de la evaluación.

En el siguiente diagrama se ilustran los productos de la intervención los cuales son fundamentales para el análisis de las interrogantes.

Ilustración 9 Fases del Proyecto



Fuente: Elaboración Propia

3.1.3 Objetivos de Evaluación

Objetivo General:

Valorar la gestión y la ejecución de ALSALUS en facilitar acceso equitativo de mamografías a mujeres de 45 a 69 años, adscritas al Área de Salud de Siquirres, mediante unidad una móvil, durante los años 2018 y 2019.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la cobertura del programa de tamizaje ALSALUS en el Área de Salud de Siquirres durante los años 2018 y 2019.
- Valorar el acceso equitativo al diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres de 45 a 69 años adscritas al Área de Salud de Siquirres durante su primer periodo de ejecución
- Evaluar la respuesta del programa a las necesidades de las beneficiarias de navegación en el sistema de salud a partir de mamografías sospechosas por malignidad realizadas durante el año 2018 en el área de salud de Siquirres

3.1.4 Interrogantes:

A continuación, se delimitan las interrogantes con el fin de proporcionar una guía orientadora de la evaluación, ya que la búsqueda de las respuestas contribuye a la creación de nuevo conocimiento referente al problema de evaluación.

Durante este proceso de búsqueda se consideran las condiciones del contexto y los antecedentes donde se desarrolla la evaluación. Estas incógnitas contribuyen a desarrollar los criterios de la evaluación que engrosan el diseño metodológico propuesto en esta evaluación.

Interrogante Principal:

¿De qué manera la gestión e implementación de ALSALUS contribuye a la generación de un programa de tamizaje estructurado en el Área de Salud de Siquirres que brinde acceso equitativo al diagnóstico temprano de cáncer de mama a las mujeres 45 a 69 años durante 2018 y 2019?

Interrogantes Secundarias:

- ¿En qué medida el proyecto facilita cobertura de tamizaje por mamografía en el área de salud de Siquirres durante los años 2018 y 2019?
- ¿De qué manera ALSALUS facilita acceso equitativo al diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres de 45 a 69 años adscritas al Área de Salud de Siquirres durante su primer periodo de ejecución?
- ¿De qué manera las mujeres beneficiadas que recibieron un diagnóstico sospechoso durante el año 2018 ven respondidas sus necesidades médicas de navegación dentro del sistema para dar seguimiento a estas sospechas?

3.1.5 Criterios

Para MIDEPLAN (2017) citando a MAEC (2007) y Murciano (2015) los criterios de evaluación son categorías generales de análisis que permiten estructurar las cuestiones que esta debe atender, se conciben también como parámetros para emitir un juicio valorativo acerca de una intervención.

Para efectos de esta evaluación se utiliza uno de los criterios de la OCDE recomendados por MIDEPLAN (2017) los cuales son una aceptación generalizada que permiten enmarcar u orientar los procesos de evaluación; estos son: Pertinencia, Relevancia, Eficiencia, Eficacia, Sostenibilidad e Impacto. Por las características de esta evaluación se consideran los criterios de eficacia y pertinencia.

MIDEPLAN (2017), basándose en la OCDE (2017), Comisión Europea (2016), Stockman y Meyer (2016) define **pertinencia** como la medida en que los objetivos y actividades de una intervención responden y son congruentes con las necesidades de la población meta, objetivos institucionales, políticas del país, o cambios del entorno de la intervención.

Se consideró este criterio para valorar la respuesta de ALSALUS a las necesidades de accesos a la mamografía de las mujeres beneficiarias y la respuesta a los

requerimientos de navegación dentro del sistema de las mujeres que requerían pruebas adicionales para ratificar su diagnóstico o tratamiento a su condición.

Por otro lado, el criterio **eficacia** se define como el grado en el que la intervención ha logrado, o se espera que logre, sus objetivos y sus resultados, incluyendo los resultados diferenciados entre grupos. (MIDEPLAN, 2017)

En este caso se consideró el objetivo del programa de generar un programa de tamizaje estructurado con una cobertura del igual o superior al 70% de la población objetivo. Por lo que se buscó valorar la eficacia del programa en cumplir esta meta aunado a la eficacia en el cumplimiento de los objetivos durante la estrategia de convocatoria y agendado de citas.

Cuadro 2 Matriz de objetivos, criterios e interrogantes de la evaluación

Objeto de Evaluación		
El objeto sobre el cual se orienta la presente evaluación es la gestión y la implementación del proyecto para el acceso a diagnóstico temprano de cáncer de mama, mediante campañas de mamografía transitorias, dirigidas a mujeres de 45 a 69 años adscritas al Área de Salud de Siquirres durante los años 2018 y 2019 y la navegación dentro del sistema de las mujeres posterior a la realización de las campañas.		
Objetivo General		
Valorar la gestión y la ejecución de ALSALUS en facilitar acceso equitativo de mamografías a mujeres de 45 a 69 años, adscritas al Área de Salud de Siquirres, mediante unidad una móvil, durante los años 2018 y 2019.		
Interrogante Principal		
¿De qué manera la gestión e implementación de ALSALUS contribuye a la generación de un programa de tamizaje estructurado en el Área de Salud de Siquirres que brinde acceso equitativo al diagnóstico temprano de cáncer de mama a las mujeres 45 a 69 años durante 2018 y 2019?		
Objetivo Específico	Criterio	Interrogante
Evaluar la cobertura del programa de tamizaje ALSALUS en el Área de Salud de Siquirres durante los años 2018 y 2019	Eficacia	¿En qué medida el proyecto facilita cobertura de tamizaje por mamografía en el área de salud de Siquirres durante las campañas realizadas en los años 2018 y 2019?
Valorar el acceso equitativo al diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres de 45 a 69 años adscritas al Área de Salud de Siquirres durante su primer periodo de ejecución	Pertinencia	¿De qué manera ALSALUS facilita acceso equitativo al diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres de 45 a 69 años adscritas al Área de Salud de Siquirres durante su primer periodo de ejecución?
Evaluar la respuesta del programa a las necesidades de las beneficiarias de navegación en el sistema de salud a partir de mamografías sospechosas por malignidad realizadas durante el año 2018 en el área de salud de Siquirres		¿De qué manera las mujeres beneficiadas que recibieron un diagnóstico sospechoso durante el año 2018 ven respondidas sus necesidades médicas de navegación dentro del sistema para dar seguimiento a estas sospechas?

3.2. Participantes y Audiencias

Para el desarrollo de esta evaluación las poblaciones y audiencias que se consultaran son las siguientes:

Población beneficiaria:

Se entiende por población beneficiaria a las mujeres de 45 a 69 años atendidas en las campañas de mamografías realizadas en Área de Salud de Siquirres durante los meses de julio, agosto y setiembre del 2018 y 2019.

El primer grupo de beneficiarias corresponde a 2386 mujeres que se realizaron la mamografía durante los meses de mayo a setiembre del 2019 y obtuvieron su resultado 45 días después de la realización del examen. Esta población para octubre del año 2018 ya ha cumplido con el proceso de realización de mamografía y obtención del resultado de la misma.

Se consulta la población mediante un cuestionario validado por grupo etario de la zona y por criterio de experto a una muestra simple de 334 mujeres con un 95% de significancia y un 5% de error.

El segundo grupo de beneficiarias corresponde a las 1115 que responde a un remanente de mujeres que fue atendida durante los meses de junio y setiembre del año 2019, debido a que no cumplía con los requisitos en el año 2018. Esta población a la fecha de la evaluación no cuenta con el resultado de su mamografía, por lo que será considerada únicamente para la medición de la cobertura del programa en el área de salud a evaluar.

El tercer grupo de beneficiarias corresponde a las 51 mujeres que durante el año 2018 obtuvieron un resultado con sospecha de malignidad y por lo cual requirieron la realización de procedimientos complementarios que las llevaron a navegar dentro del sistema de salud.

Cuadro 3 Matriz de Población Beneficiaria

Población consultada	Cantidad de personas	Descripción de la consulta
Mujeres de 45 a 69 años adscritas al Área de Salud de Siquirres atendidas durante la campaña de mamografías 2018	2386 mujeres atendidas en el año 2018 (Primera etapa) 334 muestra	Se realizó un muestreo simple al azar de las mujeres atendidas para aplicar los cuestionarios. Se analizaron las bases de datos para obtener descripción de la población beneficiaria y cálculos de cobertura
Mujeres de 45 a 69 años adscritas al Área de Salud de Siquirres atendidas durante la campaña de mamografías 2019	1149 mujeres atendidas en año 2019	Se tomaron en consideración las bases de datos para el análisis de cobertura total del proyecto en el área de salud
Mujeres participantes de la campaña 2018 con resultados sospechosos de malignidad (Resultados BIRADS 4 y 5)	51 mujeres	Se consideraron para la aplicación de técnicas cualitativas, con el fin de analizar la percepción de la eficacia de la navegación de los casos en el sistema

Fuente: Elaboración Propia, 2019

Personal de Área de Salud:

Para el cumplimiento de los objetivos de esta evaluación se consultaron las siguientes personas del Área de Salud de Siquirres

- Directora médica
- Jefatura de Registros y Estadísticas en Salud
- Personal de Registros y Estadísticas en Salud
- Personal Administrativo

Aliados:

Para cumplir con los objetivos de la evaluación se consultaron los siguientes aliados de la APPD:

- Representante de Auto Mercado
- Representante de CTC/CCSS
- Promotor del Proyecto en CCSS

- Representante de Dirección de Comunicación Institucional CCSS
- Directora de Programa de Acción Social ASEMECO
- Representante de Consejo Acción Social ASEMECO
- Jefe de Acción Social de ASEMECO
- Representante de ALIARSE

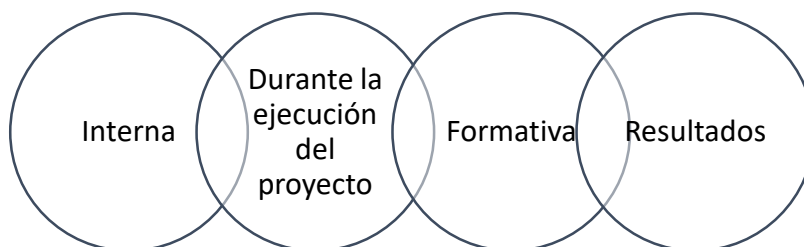
3.3. Tipo de evaluación:

Esta evaluación se realizó después del primer año de ejecución del proyecto debido a su carácter formativo. Por lo tanto, es un proceso de crecimiento interno que plantea un diseño metodológico mixto utilizando técnicas de recolección de la información tanto cualitativas como cuantitativas.

En esta evaluación la relación de los aliados y la evaluadora es de cooperación, ya que existe una apertura de la ALSALUS para facilitar y agilizar el proceso de evaluación de la mejor manera y un compromiso explícito de la utilización de los resultados para la mejora del proyecto.

La temporalidad de la evaluación es intermedia, ya que el proyecto se encuentra en su fase de operación y su intencionalidad es formativa, con miras a promover la mejora del proyecto y la toma de decisiones que contribuya al crecimiento y aprendizaje. Así mismo es una evaluación enfocada en los procesos de gestión e implementación de la alianza en la comunidad, con un componente que buscó evaluar la pertinencia de la implementación de la Navegación dentro del sistema de las mujeres que requirieron estudios adicionales.

Ilustración 10 Matriz de Tipo de Evaluación



Fuente: Elaboración propia, 2019

3.4 Enfoque de Evaluación

Para los efectos de este ejercicio académico, se entenderá por evaluación una actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables, sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura (Nirenberg, Brawerman y Ruiz, 2000).

En este contexto, la evaluación para el cambio parte del hecho que todo proyecto social tiene como el fin en sí mismo cambiar o transformar la realidad de las poblaciones y los contextos que interviene, de ahí que se busca mejorar, generar aprendizaje para potencializar ese cambio, sin embargo, todo cambio genera resistencia en quienes interactúan con el proyecto.

Como lo expresa (Nirenberg, 2001), un proyecto social es la puesta en práctica de estrategias o metodologías para logra transformación. Estas estrategias de acción pueden ser evaluadas para demostrar su eficacia y reproducirse en contextos similares o con las adaptaciones convenientes. Para la autora, el propio proceso evaluativo conlleva a la transformación del mismo programa social en sí. Ya que el solo hecho de evaluar el programa en funcionamiento o evaluar su factibilidad se está pensando en que algo cambie. De cierta forma se espera que con los resultados evaluativos se posibiliten modificaciones a la implementación.

Para la misma autora, no es de extrañar que la evaluación traiga consigo resistencias porque los resultados no son “políticamente viables”, aunque estén técnicamente fundamentados, debido a que existe la posibilidad de que las recomendaciones sugieran la necesidad de cerrar el programa o de introducir ajustes que no convengan (Nirenberg, 2001).

Cuando se pone a prueba una modalidad de intervención considerada innovadora, la evaluación, en tanto incluye un proceso riguroso y sistemático de recolección de

información para emitir juicios fundamentados y recomendaciones útiles, sirve además para probar la eficacia de la intervención innovadora, comparándola con otras formas tradicionales de intervenir en el mismo problema (Nirenberg, 2001).

En este sentido, la evaluación busca integrar dentro de un nuevo esquema lo mejor de las estructuras, actividades y recursos existentes en el programa, modificando aquello que ya no resulta útil, correcto o eficaz, a la luz de la experiencia realizada. Es decir, genera un aprendizaje.

En este enfoque quien evalúa no representa a “quien viene a enseñar”, a transferir su saber a quienes están inmersos en el proyecto, por el contrario, se piensa en el rol del evaluador como facilitador, con un papel importante en cuanto al acompañamiento de los procesos, brindando una perspectiva crítica, involucrando a todos los actores. Existe el reto de hacer evaluaciones útiles para los actores sociales, por encima de la presión de hacer evaluaciones que demuestren el éxito de las iniciativas y justificar la inversión.

Es casi un hecho que por la limitación de recursos, la aparición de problemáticas cada vez más complejas y estratificadas, un clima político cambiante y una aparente variación en la opinión pública y mediática, las evaluaciones van inclinadas a un enfoque casi exclusivo en la rendición de cuentas (como medio para probar que funciona); por lo que surge la necesidad de crear esta evaluación no solo como una herramienta de validación del proyecto, sino como un instrumento de diálogo que colabore con la gestión bajo un enfoque más centrado en la utilidad (evaluar para usar los aprendizajes) o como se refiere Patton (1997), el uso de sus hallazgos.

Reflexionar evaluativamente sobre el proyecto, a partir de una evaluación, puede generar mayor efecto que el uso de hallazgos específicos. Los hallazgos específicos típicamente tienen una ventana pequeña de relevancia. En cambio, aprender a reflexionar evaluativamente puede tener un impacto permanente. Los interesados (stakeholders) que participan activamente en una evaluación desarrollan una creciente capacidad para interpretar evidencia, extraer conclusiones y emitir juicios (Patton, 2003/2004).

Para este enfoque es propicio utilizar la evaluación para enriquecer la calidad del diálogo en escenarios comunitarios y de programas, como también las deliberaciones en el ámbito de las políticas nacionales. No basta con disponer de información confiable y acertada (el sector informado de la ciudadanía informada). Las personas también tienen que saber cómo utilizar la información, esto es, ponderar la evidencia, considerar las contradicciones e inconsistencias, articular los valores y examinar los supuestos, para mencionar solamente unos cuantos significados de reflexionar evaluativamente (Patton, 2003/2004).

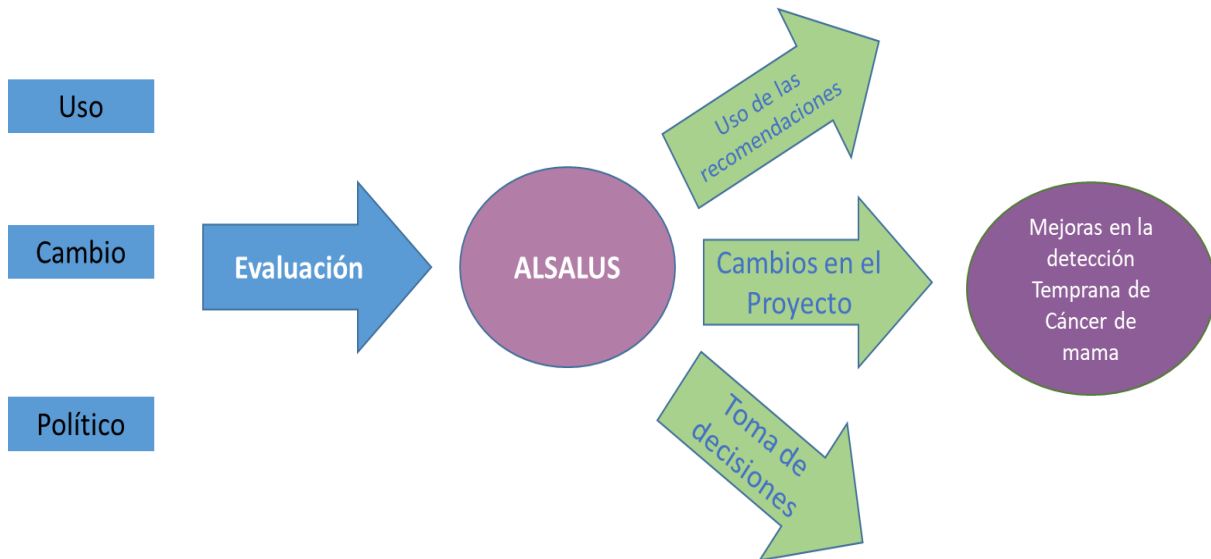
Por otro lado, House (1997) recalca el rol político de la evaluación y su rol en la toma de decisiones, este enfoque sostiene que la evaluación ha de estructurarse a partir de las decisiones reales que haya que tomar, recalcando la importancia de la ética y los valores del evaluador.

De esta manera, la interacción de ambos enfoques pretende que la evaluación como proceso genere aprendizaje y que sus hallazgos sean insumos de diálogo para la utilización de los mismos como una oportunidad de mejora del proyecto en sí y de su gestión.

Por lo tanto, durante el proceso de negociación resultó necesario definir los propósitos de esta evaluación y establecer las preguntas a las que debe dar respuesta, aspectos estrechamente relacionados con los usos y utilidad esperada de la evaluación, y que condicionan el diseño, realización y comunicación.

En la siguiente ilustración se observa la relación de los enfoques de evaluación

Ilustración 11 Relación de los enfoques de evaluación con el proyecto



3.5 Aspectos Metodológicos

3.5.1 Técnicas e instrumentos para recolectar la información

A- Procedimientos para recolectar la información

Para la presente evaluación se pretende utilizar un diseño metodológico mixto con la utilización de técnicas tanto cualitativas como cuantitativas con el fin de triangular los resultados.

Grupo Focal:

El grupo focal se realiza con el fin de obtener un acercamiento con la población beneficiaria del proyecto. Se contará con la participación de las mujeres beneficiarias, con el fin de evidenciar el nivel de satisfacción de las pacientes en términos de acceso y equidad. La sistematización del grupo focal se triangulará con los resultados de los cuestionarios que se aplicarán a esta misma población.

Para Calvente y Rodriguez (2000), grupo focal es una técnica dentro de la categoría de entrevista grupal, sin embargo, constituye una técnica especial, cuya principal

característica es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción en grupo. De esta manera, las actitudes y los puntos de vista del fenómeno se desarrollan en interacción unas con otras.

Como técnica de investigación cualitativa, el grupo focal permite obtener información del grupo que lo compone y por consiguiente del objeto de evaluación. Actualmente se ha demostrado su uso cada vez más frecuente en investigaciones y evaluaciones referentes a temáticas de Promoción de la Salud, como lo recalca Pelicioni (2001), ya sea para las actividades de planificación, educación y en procesos de enseñanza- aprendizaje, aspectos fundamentales para el desarrollo de la detección temprana.

Así mismo para Pelicioni (2001), en evaluación de programas y proyectos, el uso de grupos focales puede contribuir a mejorar la eficiencia y pertinencia de los programas, debido a que se considera la percepción y los intereses de ciertos actores y de la población beneficiaria. También puede servir como una aproximación, para la integración de los participantes y como técnica de diagnóstico, ya que permite la comprensión y reorientación de los programas mediante la incorporación de la perspectiva de la población objetivo de los mismos (Pelicioni, 2001).

El grupo focal se realizó el día 22 de agosto, dirigido a las 51 mujeres que obtuvieron mamografías con resultados sospechosos de malignidad durante la campaña del año 2018. Al grupo focal se convocaron 35 mujeres que se lograron contactar de las cuales asistieron únicamente 13.

Durante el grupo focal se desarrolló una dinámica participativa que se tituló “el autobús de seguimiento” con el fin de dibujar una analogía que ilustrara los pasos que cada mujer debió seguir después de su resultado sospechoso hasta la resolución de su diagnóstico.

Así mismo se facilitó durante la técnica un espacio abierto donde las mujeres expresaron libremente su percepción acerca de los tiempos de cada paso dado, los

sentimientos encontrados y su percepción acerca de la respuesta dada por el Sistema de Salud a sus casos particulares.

Análisis Documental:

Se realiza un análisis de la documentación disponible sobre la alianza, referente a su planificación, su ejecución y los resultados de la ejecución, tales como informes, cronogramas, entre otros.

Esta técnica es parte vital para el análisis de información que forma parte del proceso de adquisición y apropiación de los conocimientos acumulados en distintas fuentes de información. El análisis busca identificar la información "útil", es decir, aquella que interesa al usuario, a partir de una gran cantidad de información (Domínguez, 2007).

El valor de la información resulta de la capacidad que tenga quien evalúa para procesarla, analizarla y relacionarla con las interrogantes de evaluación, de nivel elevado y potencialmente útil para la toma de decisiones en un determinado campo de actividades, pero que estaba implícita, no manifiesta, en los datos (Domínguez, 2007).

Se concibe este análisis desde la recopilación y lectura de textos hasta la interpretación. Es decir, el análisis es una actividad intelectual que logra el arte o la virtud de perfeccionar capacidades profesionales por parte de quien evalúa y la triangulación de esta información recopilada con otras técnicas y métodos tanto cuantitativos como cualitativos, como se pretende en el presente diseño.

Encuesta:

Para la aplicación de la técnica de encuesta se adapta un cuestionario creado y validado como instrumento de recolección de la información. Con el fin de conocer la percepción de la población con respecto a la respuesta del programa a sus necesidades de acceso a la prueba de detección temprana, se aplicó un cuestionario a una muestra de la población participante seleccionada mediante criterio estadístico.

Este tipo de cuestionario es comúnmente utilizado para la comprobación de información en temáticas referentes al sector salud, se utiliza una adaptación de este tipo de instrumento acorde con los objetivos de la evaluación, específicamente para analizar ciertas variables del criterio de pertinencia.

Se entiende por cuestionario al conjunto de preguntas, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre las categorías y variables que interesan de una evaluación, y que puede ser aplicado en formas variadas. El cuestionario es un instrumento muy útil para la recogida de datos, especialmente de aquellos difícilmente accesibles por la distancia o dispersión de los sujetos a los que interesa considerar, o por la dificultad para reunirlos (Muñoz, 2003).

Para Muñoz (2003) paralelo a la entrevista, el cuestionario permite identificar y sugerir hipótesis y validar otros métodos. La finalidad del cuestionario es obtener, de manera sistemática y ordenada, información acerca de la población con la que se trabaja, sobre las variables objeto de la investigación o evaluación.

Para García (2002) el cuestionario debe tener un orden lógico y coherente y debe estar redactado de manera accesible para su fácil aplicación que posibilite la recolección de datos de las fuentes primarias. Otra de las características que señala es que el cuestionario sigue un patrón uniforme que permite catalogar respuestas, y facilita la tabulación y análisis de resultados.

En relación con este concepto, se señalan algunos objetivos del cuestionario (García, 2002).

- Traducir con preguntas precisas los objetivos de evaluación
- Crear un instrumento riguroso y estandarizado, que genere confiabilidad
- Obtener información pertinente a los propósitos de la evaluación
- Diseñar un instrumento que favorezca, motive y genere cooperación entre el evaluador y los participantes.

El cuestionario utilizado toma como base la encuesta de satisfacción de las usuarias del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama del Gobierno Vasco. Esta encuesta tiene más de 10 años de aplicación al igual que la antigüedad del

programa. La encuesta modelo es adaptada para poder ser utilizada en el contexto del Programa ALSALUS, debido a que esta encuesta al ser aplicada en un programa que lleva ya varios años contempla la satisfacción de diferentes grupos poblacionales. Al ser este el primer año de ejecución de ALSALUS se ajustan las preguntas de la encuesta a las preguntas de esta evaluación.

En el anexo 4 se muestra la justificación de los cambios realizados para ajustar la encuesta del Gobierno Vasco a la realidad del Programa ALSALUS.

El cuestionario utilizado queda distribuido de la siguiente manera. La primera parte de la encuesta que corresponde a las preguntas 1 a 7 tiene como objetivo identificar el nivel de satisfacción de las mujeres que participaron en el programa con el proceso de detección temprana del cáncer de mama mediante una unidad móvil de mamografía. En primer lugar, se analiza la satisfacción general de las mujeres a partir de sus opiniones sobre la necesidad y eficacia del programa y su satisfacción con el mismo en su conjunto. Así como con cada una de las principales fases del proceso.

Posteriormente, la encuesta busca valorar la satisfacción de las beneficiarias con respecto a las diferentes fases del proceso por separado.

- Las preguntas 8 a 11 corresponden a la estrategia de convocatoria.
- Las preguntas 12 al 19 corresponden a la realización de las mamografías.
- Y las preguntas 20 a 25 con respecto a la comunicación de los resultados.

El cuestionario concluye con un apartado de percepción de los beneficios y con la identificación de los aspectos que podrían ser objeto de mejora (preguntas 26 a 30). Finalmente, la última parte del cuestionario corresponde a datos demográficos de las beneficiarias (preguntas 31 a 34).

El cuestionario utilizado puede visualizarse completo en el anexo 5.

Entrevista semi- estructurada:

Se realizó una entrevista semi estructurada con los tomadores de decisiones del proyecto con el fin de conocer la pertinencia de los Módulos a las necesidades de la población y responder así a algunas variables del criterio pertinencia:

- Ejecutores del Proyecto
- Aliados
- Representantes de área de salud Siquirres

Se entiende por entrevista semi estructurada, al tipo particular de relación establecida entre quien evalúa y de quien se espera obtener información relacionada con los fenómenos que se evalúan, para obtener información de las fuentes primarias, ya sean resultantes del conocimiento o de la experiencia. Este tipo de entrevista cuenta con una guía previa de preguntas establecidas relacionadas con las variables previamente sistematizadas (Camacho, 2015).

La entrevista como técnica de investigación tiene un objetivo y una planificación previa, las preguntas responden a las variables de evaluación según corresponda a cada interrogante. Es, efectivamente, una acción preparada, que se inscribe en un plan de evaluación preestablecido y que obedece a reglas relativamente sistemáticas que responde, hasta donde esto es factible, a las exigencias de descentramiento y de rigor de la perspectiva científica (Camacho, 2015).

Análisis de Bases de Datos:

Con el fin de realizar el análisis de la cobertura del programa se someterán a análisis estadísticos los datos proporcionados por los ejecutores. Los cuales son recopilados posterior a la ejecución de las campañas.

Comunicación de los resultados:

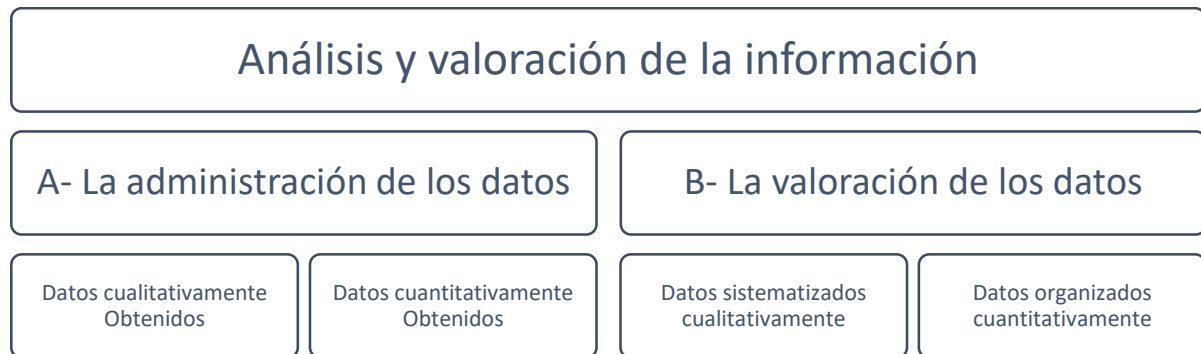
Con el fin de comunicar los resultados del grupo focal y del cuestionario se realizará una presentación los tomadores de decisiones. Se concibe esta técnica como una

herramienta para organizar las relaciones, entre la teoría que sustenta el objeto de evaluación y la información obtenida de las técnicas y los instrumentos aplicados a los participantes de la evaluación, así mismo se visualiza esta presentación como un medio en sí mismo para recolectar y analizar información que contribuya con la construcción de conocimiento.

B- Técnicas de análisis de la información y de valoración

Para Stockmann (2011), en las evaluaciones sociales se persigue el objetivo de valorar la intervención de la manera más objetiva ya sea mediante la utilización de métodos cualitativos, cuantitativos o con diseños mixtos. En este proceso evaluativo es requerido garantizar la rigurosidad a la hora de analizar y valorar la información suministrada por los distintos participantes. Por tal motivo se plantean dos procesos:

Ilustración 12 Análisis y Valoración de la Información



Fuente: Elaboración Propia Basada en Stockmann (2011)

La administración de los datos comprende todas las tareas de planificación y control sobre la información obtenida y según Stockmann, ayuda a considerar la según las necesidades requeridas por el objeto de evaluación, para su posterior análisis y valoración. Es importante que se garantice la seguridad y protección de los datos (Stockmann, 2011).

En el caso de los datos cualitativos obtenidos a partir de la evaluación, se confeccionan las respectivas guías de tipo estructural para las técnicas de entrevistas semi estructuradas, taller de validación, análisis documental y grupo

focal. Todos los datos se adquieren, sistematizan y categorizan acorde con la operacionalización de cada criterio. Estos instrumentos serán de carácter fundamental para determinar los procesos de categorización y transformación de los datos cualitativos a cuantitativos.

Para la administración de los datos cuantitativos es necesaria la consistencia lógica del instrumento; es decir del cuestionario para la operacionalización de la interrogante. Es importante tabular la información una vez se obtengan todos los cuestionarios programados y realizar el cálculo de la cuota de respuesta estadísticamente.

Otro procedimiento importante para la administración de los datos es contemplar un plan de codificación que permita analizar las variables seleccionadas bajo parámetros estadísticos, según la rigurosidad metodológica. Este procedimiento consiste en codificar los datos obtenidos en forma de números, para que puedan ser valorados matemáticamente y analizados por los programas estadísticos, se recomienda considerar la elaboración y el manejo de una matriz de datos y depurar los para su posterior análisis (Stockmann, 2011).

Para la valoración de los datos recopilados, se debe abordar la evaluación a partir de las interrogantes que corresponden a cada criterio, mediante un procedimiento de análisis de resultados abierto, para el posterior desarrollo de juicios valorativos como producto del proceso de evaluación. Stockmann señala que, según la interrogante de evaluación, se debe crear un diseño metodológico mixto con la valoración de datos tanto cuantitativo como cualitativo, para interpretar la realidad de manera adecuada (Stockmann, 2011).

En la valoración de datos sistematizados cualitativamente se utilizan elementos de la investigación social que faciliten la comprensión del objeto de evaluación y descubrir los hechos generados producto de la intervención. Como lo señala Stockmann (2011), la validación científica de los enunciados obtenidos desde la perspectiva subjetiva es intensa en recursos, por lo que hay que contemplar este factor en la correspondiente interpretación. Se considera el uso de programas informáticos como el Atlas Ti para el análisis de los datos cualitativos.

Para la valoración cuantitativa se considera el uso del análisis estadístico en la interpretación de los datos adquiridos producto del cuestionario que permita el tratamiento de variables mediante el método de tabla cruzada, entre otros. Para establecer las relaciones de las variables, se utilizan programas estadísticos como el SPSS para realizar la validación del instrumento, basándose en el diseño respectivo (Batista-Foguet, Coenders, & Alonso, 2004).

Triangulación

Se entiende por triangulación hermenéutica a la acción de unir, clasificar y cruzar toda la información pertinente al objeto de evaluación que surge durante el ejercicio evaluativo, mediante la aplicación de los instrumentos prediseñados y operacionalizados para estos efectos (Cabrera, 2005).

Para la presente evaluación se utiliza el proceso de triangulación que propone Cabrera (2005), el cual consiste en los siguientes pasos:

- ***Seleccionar la información obtenida del trabajo de campo:***

Consiste en distinguir y clasificar la información que es pertinente y relevante para la evaluación.

- **Triangular la información por cada estamento:**

Este paso permite conocer la perspectiva de los distintos sectores de participantes de la evaluación en relación a las interrogantes planteadas, lo que posibilita extraer información mediante un procedimiento inferencial para establecer consideraciones finales. Se recomienda agrupar las conclusiones relevantes por tendencias clasificadas en coincidencias y divergencias en relación con las categorías o dimensiones y variables de análisis.

Se cruzan los resultados a partir de las respuestas dadas por la población participante, según cada variable de análisis, lo que da origen a las conclusiones de primer nivel. Luego se cruzan estas conclusiones agrupándolas según su pertinencia con respecto a la categoría y con ello se obtienen las conclusiones de segundo nivel. Posteriormente se da un cruce de estas conclusiones que trae como resultado el tercer nivel en relación con las interrogantes de evaluación.

- **Triangular la información entre todos los estamentos evaluados:**

Permite establecer relaciones de comparación entre la población participante, la cual consiste en relacionar las conclusiones de tercer nivel, y posteriormente cruzar las conclusiones de segundo nivel para sistematizar más detalladamente la información.

- **Triangular la información con todos los datos obtenidos mediante otros instrumentos:**

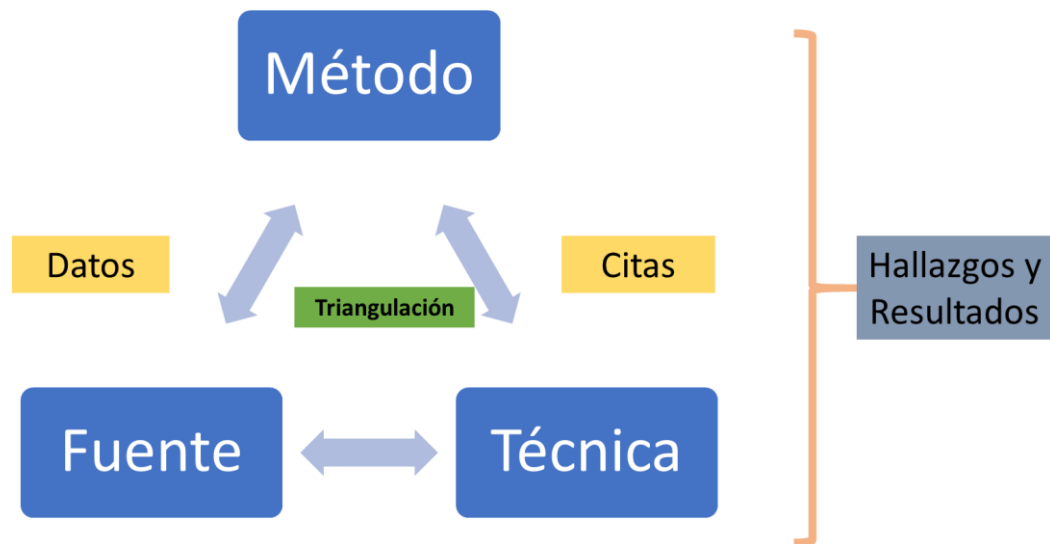
Permite la integración de todo el trabajo de campo, el cual consiste en triangular la información desde los diversos instrumentos, ya sea desde las conclusiones de segundo o tercer nivel con el fin de darle un cuerpo coherente a los resultados de la evaluación.

- **Triangular con la teoría que sustenta al objeto de evaluación:**

Si el objeto de evaluación así lo permite, consiste en la revisión y reflexión de la documentación disponible sobre el objeto y la teoría, es una fuente importante para la construcción del conocimiento y posteriormente relacionarla con la información triangulada del trabajo de campo.

Para la interpretación de la información y construir el conocimiento, es necesario partir de una base teórica que posibilite el ordenamiento sistemático y secuencial, la argumentación de los resultados en términos de los dos criterios de evaluación, y su relación con los objetivos del proyecto y la generación de hábitos en la población intervenida.

Ilustración 13 Matriz de triangulación de la evaluación



Fuente: Elaboración Propia, basado en Cabrera (2005)

3.5.2. Estrategia metodológica

Se implementaron entrevistas semi estructuradas para el análisis de las interrogantes a actores importantes dentro del proceso, así como para la reconstrucción de la información requerida para la reconstrucción de la teoría del programa.

Así mismo, se aplicó una encuesta a una muestra de 335 mujeres de las 2589 que participaron de la campaña de mamografía en el año 2018, la aplicación de los cuestionarios se realizó telefónicamente.

Para conocer la percepción de las mujeres acerca del proceso de navegación dentro del sistema se realizó un grupo focal el día 22 de agosto del año 2019, donde se convocaron a las 51 mujeres que obtuvieron resultados sospechosos por malignidad (BIRRAS 4 y 5), tras la convocatoria asistieron 13 mujeres a este llamado.

3.6. Operacionalización de la evaluación.

Para evaluar este proyecto se utilizarán técnicas tanto cuantitativas como cualitativas, con el fin de triangular los resultados. En este apartado se presenta la operacionalización de cada interrogante y los criterios de evaluación utilizados.

3.6.1 Operacionalización de la Interrogante 1:

¿En qué medida el proyecto facilita cobertura de tamizaje por mamografía en el área de salud de Siquirres durante las campañas realizadas en 2018 y 2019?

Un programa de tamizaje estructurado por cáncer de mama tiene como principal característica el brindar cobertura a la población seleccionada, se ha comprobado que la eficacia de un proyecto de tamizaje se da cuando se abarca al menos al 70% de la población objetivo de determinada área geográfica.

Según la OMS para que un programa de tamizaje sea eficaz,

“es necesario un programa bien organizado y accesible, que disponga de procesos de garantía de la calidad. En el caso del tamizaje, se necesita una cobertura de al menos un 70% de la población. Los programas bien organizados de tamizaje y de detección temprana del cáncer pueden reducir los costos de tratamiento, mejorar los resultados y reducir la mortalidad a nivel de la población. En cambio, la incidencia baja de una enfermedad y la baja calidad de la prueba y los procesos de detección tienen una repercusión negativa en la eficacia de los programas de tamizaje”

Como lo evidencian los expertos una característica que determina la eficacia de un programa de tamizaje es la cobertura proporcionada, por lo que es de interés de esta evaluación comprobar y demostrar el porcentaje de cobertura logrado en el área de salud. Así como, valorar la eficacia de la estrategia de convocatoria y el

agendado de citas ya que ambas categorías se consideran procesos fundamentales para el logro de la cobertura.

El constructo cobertura, tiene como categorías las campañas de mamografías, ya que esta es la vía como el programa busca garantizar cobertura. ALSALUS realizó dos campañas de mamografías en el Área de Salud de Siquirres con el objetivo de tamizar al menos al 70% (en ambas campañas) de la población proyectada según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2018.

Para la realización de las campañas ALSALUS realizó un proceso de inducción en el año 2018 coordinado por la CTC de la CCSS y el Departamento de Comunicación de esta misma institución. Es conocido que este, constituye el eslabón fundamental para garantizar el éxito en términos de cobertura de un programa de tamizaje (OMS, 2007).

Se considera que para lograr la meta de cobertura se debe buscar una estrategia de convocatoria eficiente. Para este proyecto se utilizó la estrategia de convocatoria propuesta y validada por el área de salud. Una vez convocadas las pacientes, el siguiente gran proceso es tener las agendas para que la campaña cuente con la mayor asistencia posible.

Es del interés de esta evaluación conocer la estrategia de convocatoria utilizada por el área de salud para obtener el menor ausentismo posible y así optimizar los recursos. Por lo tanto, se realizarán entrevistas semi estructuradas a los encargados de esta estrategia. Con el afán de documentar la experiencia y la organización del equipo técnico del Área.

Asimismo, es del interés de esta evaluación conocer el aporte que percibe el personal de CCSS al ofrecer el servicio en el Centro de Atención Integral en Salud de Siquirres, con el fin de documentar la experiencia y la mayor cantidad de hallazgos.

Cuadro 4 Operacionalización de la interrogante uno

¿En qué medida el proyecto facilita cobertura de tamizaje por mamografía en el área de salud de Siquirres durante las campañas realizadas en los años 2018 y 2019?

Criterio: Eficacia

Constructo	Categoría	Variable	Indicador		Técnica	Instrumento	Fuente
Cobertura	Campañas de Mamografías	Cobertura del servicio	Cantidad de mamografías realizadas en 2018	CT	Análisis de bases de datos	Guía de análisis	Bases de datos
			Cantidad de mamografías realizadas en 2019				
			Cantidad de mujeres que se realizaron la mamografía en ambas campañas				
			Cantidad de mujeres atendidas				
			Cantidad de mujeres fuera del rango de edad (45 a 69 años)				
			Cantidad de mujeres atendidas que no pertenecen al Área de Salud de Siquirres				
			Porcentaje de Cobertura				
		Estrategia de convocatoria	Medios Utilizados para la convocatoria	CL	Entrevista Semi estructurada	Guía de entrevista	Personal del Área de Salud
			Cantidad de EBAIS asignados para la comunicación de la información	CT			
			Inducción recibida	CL			
			Personal involucrado en el proceso	CL			
		Estrategia de asignación y agendado de citas	Medios utilizados para agendar citas	CL	Entrevista Semi estructurada	Guía de entrevista	Personal del Área de Salud
			Cantidad de EBAIS asignados para el agendado de citas	CL			
Personal involucrado en el proceso de asignación de citas	CL						

3.6.2 Operacionalización de la Interrogante 2:

¿De qué manera ALSALUS facilita acceso equitativo al diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres de 45 a 69 años adscritas el Área de Salud de Siquirres durante su primer periodo de ejecución?

Con el fin de valorar el criterio pertinencia de la iniciativa con respeto al acceso equitativo, se abordó a partir de la definición de dos categorías: acceso geográfico y equidad. Estas dos categorías se extraen del análisis de los recursos con los que se cuenta realizado por CTC de la CCSS en el 2014, donde se enfatiza en proponer la alternativa de unidades móviles para dar cobertura a un programa de tamizaje se basa en la necesidad de reducir la brecha de acceso que tienen las mujeres en las áreas de salud mencionadas en el estudio.

Esta brecha representa una inequidad en el acceso que pueden tener las mujeres que habitan en comunidades adscritas a Áreas de Salud que sí cuentan con mamógrafos fijos y la mayor limitación para la creación de un programa de tamizaje estructurado.

Otro aspecto asociado a la equidad, es la oportunidad de realizar una mamografía que permita a las mujeres continuar con su vida cotidiana con la mínima afectación en términos de tiempo invertido en el desplazamiento.

Es decir, para la CCSS todas las mujeres de todas las áreas de salud deben tener equidad en el acceso al servicio de mamografía, por lo que evaluar esta categoría es importante para el proyecto. Pues la búsqueda de ese acceso equitativo da razón de ser a la creación de la Alianza ALSALUS y poner en marcha una unidad móvil de mamografía.

Asimismo, es del interés de la evaluación conocer los beneficios percibidos en términos de la combinación con labores de asociadas al género, como el cuidado y el autocuidado.

Cuadro 5 Operacionalización de la interrogante 2

¿De qué manera ALSALUS facilita al diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres de 45 a 69 años adscritas al Área de Salud de Siquirres durante su primer periodo de ejecución?

Criterio Pertinencia

Constructo	Categoría	Variable	Indicador		Técnica	Instrumento	Fuente
Acceso equitativo	Geográfica	Distancia recorrida	Cantidad de kilómetros de distancia recorridos	CL	Análisis de rutas	Guía de análisis	Beneficiarias
		Desplazamiento	Cantidad de minutos de desplazamiento al servicio	CT	Encuesta	Cuestionario	Beneficiarias
		Medio de transporte utilizado	Tipo de medio de transporte utilizado	CT			
		Beneficios percibidos con respecto al acceso	Nivel de Satisfacción	CT			
	Equidad	Beneficios percibidos con respecto al cuidado	Nivel de Satisfacción	CT	Encuesta	Cuestionario	Beneficiarias
		Beneficios percibidos con respecto al autocuidado	Nivel de Satisfacción	CT			
Beneficios percibidos con respecto a la equidad		Nivel de Satisfacción	CT				

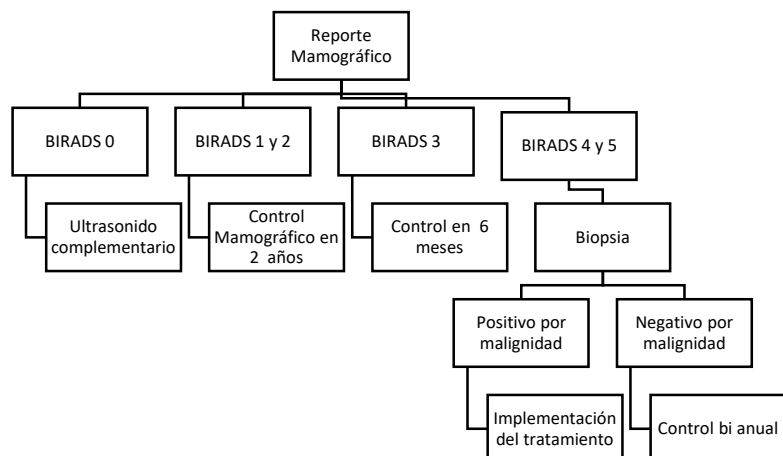
3.6.3 Operacionalización de la interrogante 3:

¿De qué manera las mujeres beneficiadas que recibieron un diagnóstico sospechoso durante el año 2018 ven respondidas sus necesidades de navegación dentro del sistema para dar seguimiento a estas sospechas?

Esta interrogante se refiere a la valoración de la pertinencia de la iniciativa con respecto a la atención oportuna y la navegación de las mujeres dentro del sistema, una vez obtenido un resultado sospechoso. Se entiende por navegación en el sistema, al proceso llevado a cabo una vez realizada la mamografía y obtenido un resultado categoría BI-RADS 4 o 5 (ver anexo 3 Clasificación BIRRADS, ACR 2003).

Este proceso, según la Norma de atención a las personas con cáncer de mama

Ilustración 14 Diagrama del proceso de navegación dentro del sistema



Fuente: Elaboración Propia basada en Ministerio de Salud (2015)

El diagrama de navegación dentro del sistema nos ilustra cuales son las indicaciones y estudios adicionales que requieren las mujeres una vez han obtenido el resultado de las mamografías: en el caso de los resultados categoría 0 deben tener una confirmación mediante un ultrasonido de mama. Las mujeres con resultados 1 y 2 requieren un control bianual y las mujeres con resultados dentro de la categoría 3 van a requerir un control en 6 meses. Por ultimo las mujeres con resultados dentro de las categorías 4 y 5 van a necesitar una biopsia para confirmar o refutar la sospecha de malignidad.

En esta interrogante se asume que, en el diagnóstico temprano del cáncer de mama, el factor tiempo puede significar la diferencia en la evolución y los tratamientos, por tal motivo es del interés de la Alianza, conocer la pertinencia en este proceso. Este aspecto se valoró de manera cualitativa mediante la consulta de la percepción de las atendidas en términos de beneficios obtenidos al haber iniciado el proceso en su misma área de salud, en lugar de tener que desplazarse al hospital regional Tony Facio de Limón (HTF). Para lo cual, se realizó un grupo focal con 13 beneficiadas que obtuvieron un resultado sospechoso.

Cuadro 6 Operacionalización de la interrogante 3.

¿De qué manera las mujeres beneficiadas que recibieron un diagnóstico sospechoso durante el año 2018 ven respondidas sus necesidades médicas de navegación dentro del sistema para dar seguimiento a estas sospechas?

Criterio: Pertinencia

Constructo	Categoría	Variable	Indicador		Técnica	Instrumento	Fuente
Atención Oportuna	Navegación en el sistema	Estrategia de entrega de resultados	Cantidad de días transcurridos entre la realización de los exámenes y la entrega del reporte al área de salud	CT	Análisis Bases de datos	Guía de análisis	ALSALUS
			Cantidad de días transcurridos entre la entrega del reporte al área de salud y entrega de resultados a las beneficiaras	CT			
			Porcentaje de resultados normales	CT			
		Estudios complementarios	Porcentaje de resultados con sospecha de malignidad (Necesidad de Biopsia)	CT	Análisis Bases de datos	Guía de análisis	ALSALUS
			Porcentaje de Resultados con necesidad de Ultrasonido de mama	CT			
			Cantidad de días transcurridos entre la entrega de resultados y realización de biopsias	CT	Análisis Bases de datos	Guía de análisis	Bases de datos del Programa
			Nivel de satisfacción las beneficiaras	CL	Grupo focal	Guía de grupo Focal	Bases de datos del Programa

3.7. Delimitación temporal.

En el siguiente cronograma se presenta la programación de las principales actividades de trabajo y número de semanas que se pretenden invertir con el fin de delimitar el proceso evaluativo dentro del segundo semestre del 2019. Ello, debido a los requerimientos de ALSALUS que desea conocer estos resultados para el segundo semestre del 2021

Cuadro 7 Cronograma de actividades por realizar de julio 2019 a setiembre 2021

Actividades	II semestre 2019	I semestre 2020	II semestre 2020	I semestre 2021	II semestre 2021
Planificación de Evaluación	■				
Revisión de Anteproyecto por parte Comisión de Trabajos Finales de Evaluación del Posgrado	■				
Revisión Bibliográfica y confección de Instrumentos	■				
Validación de Instrumentos		■			
Aplicación de Instrumentos		■			
Análisis de Resultados		■			
Revisión del Documento			■		
Confección de Informe de evaluación				■	
Devolución de Resultados a Aliados					■
Defensa del TFIA					■

3.8 Análisis de la Evaluabilidad del proyecto

Al analizar la evaluabilidad de la intervención, se pretende conocer en qué medida estos pueden ser evaluados, es decir, cuáles características y elementos determinan la posibilidad de realizar la evaluación. Este análisis proporciona la información que facilita la determinación de la tipología y enfoque más adecuados al objeto de evaluación (Gobierno de Navarra, 2008).

El Gobierno de Navarra (2008) define evaluabilidad como el análisis que realiza la persona evaluadora previamente a realizar la evaluación, donde valora la

conveniencia de realizarla, la existencia de las condiciones óptimas para llevarla y proponiendo las mejoras necesarias que preparen a dicha intervención para ser evaluada. Mediante el análisis de evaluabilidad, se estaría determinando las condiciones para definir cuándo ejecutar la evaluación, qué tipo de evaluación realizar y las posibilidades del proyecto de ser evaluado

Por otro lado, Youtiey otros (1998) citados en Alquilino y otros (2015), definen evaluabilidad como el grado en el que las características particulares del diseño de un programa o plan afectan a la habilidad de proveer una evaluación efectiva, buscando el objetivo de reducir incertidumbres sobre la decisión de poner en marcha la evaluación.

Asimismo, este aspecto sienta las bases para que las evaluaciones a realizar tengan más probabilidades de cumplir con las expectativas de los participantes y destinatarios de la evaluación ya que visualiza el alcance de la evaluación. Se analiza la evaluabilidad partir de cinco categorías, para comprobar en qué medida el proyecto en condiciones de ser evaluados (Gobierno de Navarra, 2008).

Estas categorías se comparten con ciertas variaciones en el análisis de evaluabilidad del realizado por Alquilino y otros en el año 2015, en el que se analizan 33 intervenciones sociales en la República de Argentina (Alquilino, Arias, Estevéz y Suaya, 2015)

Para el presente análisis se toma como base la propuesta realizada por el Gobierno de Navarra (2008), donde el análisis de cada categoría se realiza a partir de una serie de interrogantes específicas, cada interrogante tiene una puntuación en una escala de 0%, 25%, 50%, 75% y 100%, la cual es otorgada por la evaluadora para analizar la posibilidad de la evaluación en cada una de estas variables. Posteriormente cada categoría tendrá un peso para la asignación del puntaje final de evaluabilidad según este Protocolo. Ver Anexo #?.

A- Calidad de la planificación y del diseño de la intervención para lograr los efectos deseados:

Tomando como base el Protocolo de Evaluabilidad del Gobierno de Navarra España (2008) se consideran dentro de esta categoría tres subcategorías de análisis.

- Calidad del diagnóstico, centrando la atención especialmente en la definición y articulación de los problemas y necesidades sobre los que se pretende actuar, y en el establecimiento de la cobertura de la intervención.
- Definición de objetivos, valorando especialmente su claridad, viabilidad y carácter realista, así como la relación existente entre problemas y objetivos planteados.
- Examinación de la coherencia interna de la estrategia propuesta en la intervención, es decir, análisis de la congruencia de las relaciones fines-medios que sustentan la propuesta de actuaciones concretas.

En el análisis de esta categoría se estudian las subcategorías para posteriormente obtener el promedio total. En el anexo se muestran las interrogantes planteadas, el puntaje y el promedio para cada subcategoría y el promedio total. El peso de esta categoría en el análisis final de la evaluabilidad de la intervención es de un 20% sobre el total de la puntuación

Al realizar el análisis de esta categoría se concluye que en términos de evaluabilidad, el proyecto tiene un sistema de información aceptable, ya que desde la planificación se plantearon metas que posibiliten el seguimiento de la intervención.

B- Calidad del sistema de información.

El principal factor a considerar para el Gobierno de Navarra es la claridad en el sistema de información, ya que la ausencia de datos de calidad, organizados y estructurados adecuadamente, dificulta conocer los responsables, las actividades planificadas, y limita identificar los elementos clave en el desarrollo de la intervención que pueden motivar sus resultados y efectos (Gobierno de Navarra, 2008).

En el anexo 7, se muestran las interrogantes a evaluar con respecto a esta categoría y el puntaje dado para cada una de ellas, para el presente análisis esta categoría

obtiene un peso del 35% dada la importancia que otorga el Protocolo en el que se basa el mismo.

C- Claridad en los propósitos de la evaluación

El presente apartado pretende analizar las posibilidades de la evaluación y su conveniencia a partir la utilidad de sus resultados para la toma de decisiones y por su capacidad para influir en la planificación y gestión del proyecto. Este factor es de suma importancia para facilitar la práctica evaluativa.

Para asegurar a priori el cumplimiento de las expectativas evaluativas es necesario establecer previamente, de forma clara y explícita, los propósitos de la evaluación, determinando por qué y para qué se evalúa, considerando las necesidades informativas y los intereses de los principales grupos de interés implicados en el desarrollo de la intervención y en la puesta en marcha del proceso evaluativo (Gobierno de Navarra, 2008).

Al aplicar el instrumento de evaluación se evidencia que existe claridad en los objetivos de la evaluación y sus enfoques, así como en las motivaciones que llevan a la Unidad Ejecutora a realizar la evaluación teniendo en promedio un 90%. Para esta evaluación se le ha asignado a este factor un peso de 15% sobre el valor total del análisis de evaluabilidad.

D- Recursos destinados a la evaluación: coste, tiempo y recursos humanos.

Otra de las categorías de análisis según el Gobierno de Navarra para determinar, la posibilidad de realizar la evaluación es la adecuación de los recursos económico-financieros, materiales y humanos, asignados a esta tarea en relación con las necesidades reales detectadas.

Se vincula el diseño de la evaluación con los recursos destinados y determinar la medida en que estos posibilitan dar respuesta a las interrogantes evaluativas y cumplir con las expectativas esperadas por parte de los participantes de la evaluación (Gobierno de Navarra, 2008).

El peso asignado para esta categoría es de un 15% sobre el total de la puntuación asignada al análisis de la evaluabilidad, como se puede apreciar en el siguiente cuadro, al ser la presente evaluación un ejercicio académico y un aporte de la evaluadora, no se considera para el cálculo la variable de recursos financieros. Esta categoría obtuvo un promedio de 92% entre las variables que se contemplaron:

E- Implicación del personal relacionado con la intervención en el seguimiento y evaluación.

Las variables relacionadas con la actitud ante la evaluación por parte de la alianza y la relación de la misma con la evaluadora y otros participantes de la evaluación, es decir:

- La implicación de políticos, gestores y técnicos.
- La existencia de un clima favorable de cooperación.
- La capacidad para diseñar, encargar y coordinar la realización de una evaluación.
- La capacidad para la realización de la evaluación.
- La existencia de elementos del contexto político e institucional que pueden favorecer o entorpecer la evaluación y/o la utilización de sus resultados.

Al analizar esta categoría el puntaje obtenido en esta categoría es de un promedio del 96, 7% con un peso de 15% sobre el total del análisis de la evaluabilidad de la intervención.

Tabla 4 Puntaje según categoría para definir la evaluabilidad

Categoría	Peso	Puntaje
Calidad de la planificación y del diseño de la intervención para lograr los efectos deseados	20%	62,82
Calidad de los sistemas de información	35%	80,79
Claridad en los propósitos de la evaluación	15%	90
Recursos destinados a la evaluación: coste, tiempo y recursos humanos.	15%	92
Implicación del personal relacionado con la intervención en el seguimiento y evaluación.	15%	96,7
	Promedio	82,64

Una vez analizada cada categoría se evidencia que, de acuerdo con la ponderación de los pesos de los promedios obtenido, se puede decir que la intervención, según el protocolo del Gobierno de Navarra, tiene un porcentaje de evaluabilidad del 82,64 %, por lo que se considera un resultado aceptable, y que tras el análisis existen las condiciones para realizar la evaluación.

3.9 Estrategias para el seguimiento del proceso evaluativo.

El proceso evaluativo tendrá una estrategia de seguimiento basada en la comunicación constante con la unidad ejecutora del proyecto y el grupo asesor del trabajo final de graduación, Esta estrategia de comunicación se rige bajo el principio de transparencia y utiliza las siguientes técnicas de seguimiento:

- Redacción de una carta de compromisos con el fin de establecer la relación del cliente de evaluación y la evaluadora en términos de responsabilidades asumidas.
- Desarrollo de reuniones mensuales con el cliente sobre los avances de la evaluación a cotejar con el cronograma establecido los compromisos adquiridos.
- Elaboración de una bitácora de trabajo de campo con el fin de documentar la experiencia y las lecciones aprendidas.

- Reuniones periódicas con el comité asesor con el fin de agilizar los avances del informe final de evaluación.

3.10 Consideraciones Éticas.

La presente evaluación plantea los preceptos éticos que la enmarcan desde su diseño, son el centro de las consideraciones éticas de la evaluación y se contemplan las siguientes acciones: confidencialidad de la información, garantía de la privacidad de las personas informantes, respeto por la autonomía de los y las informantes de participar en la evaluación y realizar la devolución de los resultados y hallazgos evaluativos a las personas e instituciones participantes.

Capítulo IV Análisis de resultados

4.1 Análisis de la interrogante uno de evaluación

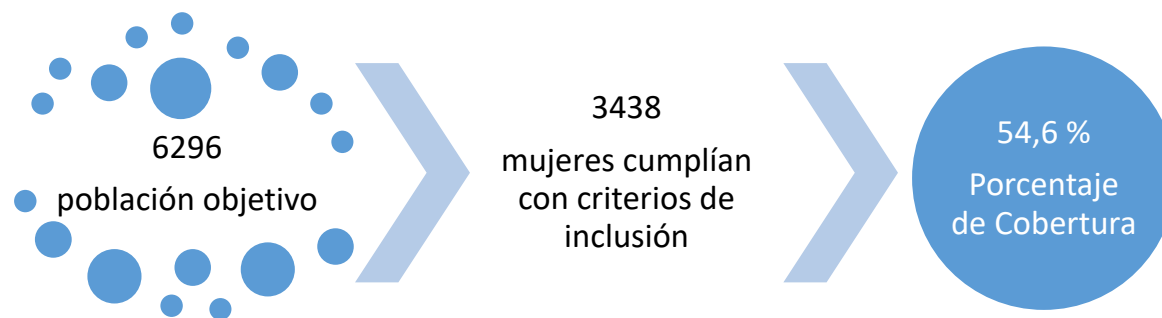
¿En qué medida el proyecto facilita cobertura de tamizaje por mamografía en el área de salud de Siquirres durante las campañas realizadas en 2018 y 2019?

Eficacia en la Cobertura del Servicio:

Para determinar la cobertura del proyecto, se consolidó la información obtenida de las bases de datos del programa de ambas campañas y se seleccionaron las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión de edad y área de salud. Asimismo, se excluyeron las mujeres que se realizaron el examen tanto en el año 2018 como en el año 2019 debido a que dentro de los objetivos del Programa la tamización se realiza cada dos años, por ende estas mujeres no debieron hacerse la prueba en ambas campañas. Al momento de la evaluación, este es el único registro con el que se cuenta para controlar la frecuencia de la prueba.

Al analizar los datos se comprueba que la cobertura del programa fue de un **54,6%**, ya que según datos oficiales de la CCSS citados en CTC (2015) la población meta del programa de tamizaje del Área de Salud de Siquirres es de 6.296 mujeres y cumplieron con los criterios de inclusión 3.438.

Ilustración 15 Cobertura del Programa



Uno de los principales hallazgos es el hecho de que la cobertura no estaba considerando correctamente a la población objetivo, ya que durante las campañas

de mamografías se agendaron mujeres que incumplían los criterios de inclusión del programa. En la Tabla 4, se contabilizan las mujeres beneficiadas que no cumplieron con los criterios de inclusión; ya sea, porque estaban fuera del rango de edad, fuera del área geográfica o con una frecuencia de la prueba menor a dos años. Lo que afecta la contabilización de la cobertura del programa. El 8,3% de las mamografías realizadas corresponden a mujeres que no cumplían criterio de inclusión. Lo que equivale a un valor absoluto de 300 mamografías, lo que indica que se destinaron recursos para realizar mamografías a mujeres fuera del rango de edad.

Tabla 5 Desglose de indicadores de cobertura

Indicador	Cantidad	%
Cantidad de mamografías realizadas en el año 2018	2589	69,26
Cantidad de mamografías realizadas en el año 2019	1149	30,74
Cantidad de mamografías realizadas en 2018 y 2019	3738	100%
Cantidad de mujeres que se realizaron la mamografía en ambas campañas (repetidas)	(33)	0,88
Cantidad de mujeres fuera del rango de edad	(50)	1,34
Cantidad de mujeres de áreas de otras áreas de salud	(217)	5,81
Cantidad de mujeres que cumplen con los requisitos de inclusión	3438	91,97

Fuente: Elaboración Propia basada en datos proporcionados por ALSALUS

Como se mencionó anteriormente, dentro de las campañas fueron atendidas mujeres tanto del área de Salud de Siquirres como de áreas vecinas adscritas al CAIS de Siquirres. Dato que se puede corroborar en la siguiente tabla que presenta la distribución por Áreas de Salud de ambas campañas.

Aunque se considera que este hecho afectó la cobertura, ya que al atender mujeres de otras áreas de salud se utilizan los recursos destinados al desarrollo de exámenes de mama para mujeres de la población objetivo, también se evidencia que parte de los alcances del mismo fue beneficiar a mujeres de áreas de salud vecinas. Este hecho se dio debido a que durante las campañas se otorgaron espacios a mujeres de otras áreas de salud para poder completar la agenda.

Tabla 6 Cantidad de mujeres atendidas por área de Salud durante los años 2018 y 2019

Área de Salud	Cantidad de pacientes	%
Siquirres	3521	94,14
Matina	108	2,91
Guácimo	97	2,62
Otras áreas	8	0,22
Limón	4	0,11
Grand Total	3738	

Fuente: Elaboración Propia. Área de Salud Siquirres 2019

Al respecto, es importante resaltar que los espacios asignados para citas de mamografía deben estar destinados a las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión, y que es responsabilidad del Sistema de Salud proporcionar las herramientas adecuadas para garantizar el cumplimiento de estos criterios de inclusión, en la totalidad de la población a la que se le realiza mamografía en este Programa. Sin embargo, como quedó evidenciado en la tabla anterior, se asignaron citas a 210 mujeres, a pesar que no cumplían con los requisitos, lo que refleja que no se realizó un adecuado filtraje de la población objetivo, siendo la explicación de este hecho, de acuerdo a las consultas realizadas, que se asignaron fechas específicas para otras áreas de salud ya que quedaban espacios disponibles y con el fin de no dejar vacíos los espacios, porque era exigencia del Programa el cumplir con el llenado de la agenda, información que se refleja en el siguiente *cita*:

“Se le asignaron dos semanas al Área de Salud de Matina y Guácimo para llenar los espacios faltantes porque estábamos muy cerca de la fecha de la campaña y se nos dijo que para que viniera la Unidad Móvil tenían que estar llenas las agendas” (E3, 2019)

Eficacia de la Estrategia de Convocatoria

En este tema, cabe mencionar que, previo a la evaluación el Programa, no se había documentado la estrategia de convocatoria, por lo que ese fue uno de los primeros

productos de la evaluación tal como se describe en el Anexo 5. Este elemento es vital para los programas de tamizaje puesto que se necesita convocar y sensibilizar a una gran cantidad de población.

Uno de los componentes de la estrategia de convocatoria es el proceso de inducción que, en el año 2018, consistió en el primer acercamiento de los gestores del Programa al Área de Salud de Siquirres. En ese momento, se presentó el propósito y alcance que se buscaba, así como los lineamientos establecidos, las responsabilidades de las partes involucradas, los criterios de inclusión y se definieron los requerimientos técnicos para la ubicación de la unidad móvil en el CAIS, entre otros. Como parte de este proceso de inducción, la Comisión Técnica del Cáncer de la CCSS también entregó al personal del CAIS material impreso correspondiente a la campaña “Llegar a tiempo”. En el año 2019 no se realizó este proceso de inducción de manera presencial sino que se realizó de forma remota.

La información recolectada permite concluir que durante el 2018, la inducción permitió el acercamiento de los organizadores, establecer un canal de comunicación y diálogo entre la Comisión Técnica del Cáncer y los ejecutores en las áreas de salud. Según la información suministrada en las entrevistas, hubo diferencias entre la inducción recibida durante el año 2019 con respecto al año 2018, lo que influyó en que las estrategias de la campaña no fuesen las mismas que el año anterior.

Respecto a la convocatoria, en el 2018, la población objetivo fue previamente mapeada en el área de salud por el personal Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP). Para motivar su participación, una de las técnicas utilizadas fue la entrega de la “carta de invitación”, la cual permitió la personalización de la convocatoria, ya que la misma se remitió con el nombre de la mujer convocada y fue firmada por la jefatura médica del CAIS. Según las personas entrevistadas durante el año 2018, estas cartas fueron entregadas al Área de Salud con meses de antelación para que esta pudiese hacer la distribución de las mismas, y además, iba acompañada de un material informativo adicional con una línea gráfica alusiva a la Campaña.

Sin embargo, en el año 2019, esta documentación no fue enviada y el personal del Área de Salud tuvo que reproducirlo con recursos limitados. Tal como se explica en el siguiente *extracto de entrevista*:

“En la primera campaña nos avisaron con meses de anticipación, tuvimos tiempo para prepararnos, capacitar a los funcionarios, preparar las instalaciones. Vinieron funcionarios de Oficinas Centrales y la Clínica Bíblica, nos dieron el material a tiempo y pudimos personalizar las cartas. En el segundo año nos dijeron con mucho menos tiempo y nunca nos llegó el material, tuvimos que fotocopiarlo, y usar sobres de manila.” (E3, 2019)

Al consultar a las mujeres beneficiarias acerca del material educativo utilizado durante el año 2018, estas lo calificaron como adecuado. El cual consistía en un sobre alusivo a la campaña, una carta de invitación dirigida a las pacientes, un formulario para ser autocompletado por las mujeres participantes con datos personales y clínicos, y un consentimiento informado. Estos fueron diseñados por el departamento de comunicación de la CCSS y según este mismo departamento, el material fue validado por grupo etario similar al de la población beneficiaria.

Al triangular la información con el personal del área de salud, este afirma que el material impreso tuvo buena aceptación por parte de la población beneficiaria. “Al entregar la hoja de invitación las personas reaccionan de manera positiva, les gusta el material” (E3, 2019)

Por ende, se puede decir que para el año 2018, la entrega de este material fue eficaz pues, se realizó tanto por los ATAP como por el personal de REDES del área de salud. Además, el material cumple con la función de invitar a la población a la realización de la mamografía. No así para el año 2019.

Una tercera fase del proceso de convocatoria es la promoción tanto a nivel comunitario mediante Redes Sociales, comunicados al sector empresarial, medios de comunicación, entre otros. Así mismo, se incluyó dentro de esta fase, el personal de enfermería, ATAP, Médicos de los EBAS, personal de REDES, entre otros.

Siendo estos los medios con los que se cuenta, por lo que se considera como un factor de mejora, tanto en apoyo de recursos como articulación con otros actores.

La promoción a lo interno del área de salud fue eficaz pues se logró un involucramiento del mismo personal. Durante las campañas, parte del trabajo de secretariado fue realizado por diferentes departamentos del CAIS y las labores de mantenimiento fueron atendidas por el personal del CAIS “*Contamos con el apoyo de funcionarios, no solo de REDES [Registros y Estadísticas en Salud] sino de otras áreas como Farmacia, Administración, Mantenimiento para poder cumplir con los requerimientos del desarrollo de las campañas*” (E1, 2019).

En el caso de la promoción a la población se contaron con recursos limitados para estos efectos, cómo redes sociales gratuitas, grupos de Facebook y Whatsapp, al momento de la evaluación no se cuenta con datos para medir la eficacia de este proceso, sin embargo, cabe rescatar el hecho del uso de aplicaciones y redes sociales como métodos de convocatoria y la necesidad de explorar más en esta línea.

Durante el año 2018, la estrategia de convocatoria fue eficaz, se tuvo un proceso de inducción que satisfizo las necesidades de las partes involucradas y se facilitó material impreso de apoyo para complementar el trabajo realizado por las personas funcionarias del Área de Siquirres. Fue durante este año donde se realizó la mayor cantidad de mamografías (2589 exámenes realizados). Obteniéndose durante ese año el 41% de la cobertura poblacional. Lo que equivale a un 58% de la meta estimada.

Los cambios experimentados en la estrategia de convocatoria del año 2019, con respecto al año anterior, afectaron la eficacia de la estrategia durante ese año, ya que no se contó con un proceso de inducción satisfactorio para las partes involucradas ni con el material de apoyo suministrado durante el año 2018.

Las mujeres participantes del Programa valoraron de manera positiva las acciones referentes a la estrategia de convocatoria, la percepción fue favorable: un 85,97% refiere estar totalmente satisfecha, un 10,74% afirma estar muy satisfecha con esta

fase y un 1,49% está en el punto medio, ni satisfecha ni insatisfecha. Este hecho evidencia que las mujeres participantes de los programas de salud femenina aprecian los esfuerzos realizados por el sistema de salud por la promoción de la salud de las mujeres.

Se evidencia el esfuerzo de la estrategia por generar un insumo informativo que invite a la población a participar de las campañas. La misma expresa el propósito del programa de tamizaje y el beneficio buscado en la población. Esta carta se elaboró con ayuda del área de comunicación de la CCSS y, busca hacer un enlace entre el Programa y la población beneficiaria. Al consultar a las mujeres sobre la sensación de haber recibido esta carta de invitación, un 81,8% le pareció una buena iniciativa. Sin embargo, un 11,6% no recuerda haber recibido la carta y para un 5,7% de las mujeres consultadas, esta carta, la dejó indiferente.

Eficacia de la Asignación y agendado de citas

Para el agendado de las citas, se habilitaron las ventanillas de Registros y Estadísticas en Salud (REDES) del 100% de los EBAIS adscritos al Área de Salud mediante la creación propia de una carpeta compartida en red interna del área (al tener la agenda en red permite que todos los EBAIS tengan acceso a la agenda y sus modificaciones en tiempo real.), coordinada por el departamento de REDES del CAIS. Esta carpeta habilita y controla automáticamente los cambios hechos a la agenda. Este hecho permitió que las personas pudieran obtener una cita para la campaña en cualquier comunidad que tuviese habilitado un EBAIS.

El proceso de asignación y agendado de citas es importante para el desarrollo de las campañas y tiene una relación directa con la cobertura. Durante el 2018, el proceso de agendado de citas contribuyó al cumplimiento de la meta operativa en un 92% según datos del Programa de Acción Social.

Sin embargo, aunque el proceso de agendado de citas fue igual para ambas campañas, la meta durante la campaña del 2019 tuvo un cumplimiento del 76,6% lo que evidencia deficiencias en el componente de convocatoria.

Un componente que influyó en que la cobertura fuera eficiente durante el año **2018** fue que, parte de la estrategia para minimizar la pérdida de espacios en la agenda, es la reprogramación de citas de las mujeres que se ausentaron en la cita original. Según datos proporcionados por el Área de Salud de Siquirres, 495 mujeres se ausentaron durante el año 2018 a su cita, de las cuales 163 fueron reprogramadas en fechas posteriores y 230 no fueron localizadas (Bases de Datos Redes CAIS Siquirres, 2019). Un hecho comentado por el personal de Redes del Área de Salud de Siquirres es que existe una tendencia en la población a cambiar su número telefónico y no reportarlo a la institución.

Durante la segunda campaña, se evidenció que la agenda no estuvo llena en su totalidad, lo anterior, según funcionarios del Área, debido a que en experiencias similares con campañas de vacunación “se debe realizar un trabajo de hormiga” en segundas convocatorias, por lo que el trabajo minucioso incurre en mayor esfuerzo y recursos para la convocatoria (E1, 2019). Lo que evidencia que se deben mejorar acciones en la estrategia de convocatoria.

El proceso de agendado de citas evidencia el esfuerzo de las personas funcionarias de área de salud para crear herramientas que faciliten el acceso administrativo a la población objetivo, entendiéndose por acceso administrativo la facilidad de poder acceder a una cita de un examen especializado en el primer nivel de atención, es decir, en el EBAIS de la comunidad, especialmente en cantones tan dispersos geográficamente como Siquirres. Caso contrario, si este Programa no existiera, las mujeres tendrían que solicitar la cita de manera personal al Hospital Tony Facio, en el Cantón Central de Limón; lo que implica inversión de tiempo y recursos para el traslado, además de interrupciones en las labores de cuidado y laborales de las mujeres cuyo caso aplica, por lo que este Programa es eficaz en brindar acceso a la cita de la mamografía y a la mamografía en el Área de Salud.

La evaluación demuestra que la percepción del proyecto por parte del ASS es positiva. El personal del área de salud señala que el programa permite facilitar la prueba de mamografía a las mujeres adscritas al área en el mismo Centro de Atención Integral en Salud, permite el tamizaje y abordaje oportuno de lesiones

pre malignas a la población, aumento de la oferta de servicios ofrecidos por el CASI, representa una oportunidad para favorecer la imagen del Centro de Atención Integral en Salud, disminución en las listas de espera y evidencia el compromiso de los funcionarios con el proyecto.

Cabe resaltar entre los hallazgos de esta interrogante que aunque no se cumple con la cobertura estimada por las metas del proyecto, al ser este un primer acercamiento con un programa de tamizaje en las comunidades los resultados obtenidos en términos de cobertura son favorables para el proyecto.

Así mismo, con respecto a la información recibida en el proceso de inducción recibido por el personal del Área de Salud durante el año 2018 acerca de los procesos de estrategia de convocatoria y agendado de citas fue percibida como positiva, la forma como fue comunicada la llegada de la segunda campaña fue percibida como poco asertiva por el personal del área de salud que debe desplegar esfuerzos y recursos del personal que no son contemplados dentro del presupuesto.

Se evidencia un compromiso por parte de los departamentos dentro del área de salud involucrados ya que no reciben remuneración adicional por el recargo en sus funciones a la hora de asumir los retos que implica el desarrollo de iniciativas como ALSALUS y se deben de trabajar en conjunto con otros proyectos institucionales.

En el caso del año 2019 se implementaron en el ASS simultáneamente que la campaña de mamografías con otros proyectos de: Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y la implementación del expediente digital de hospitalización y quirúrgico (Arca) lo que implica que el personal del área de salud debe recargar funciones sin recibir incentivos.

4.2 Análisis del interrogante número dos de evaluación

¿De qué manera ALSALUS facilita acceso equitativo al diagnóstico de cáncer de mama a las mujeres de 45 a 69 años adscritas el Área de Salud de Siquirres durante su primer año de ejecución?

A partir del análisis de la información, se puede afirmar que el programa es pertinente, pues responde a las necesidades de acceso equitativo a la mamografía y satisface las expectativas de las personas beneficiarias, ya que, además de brindar el servicio de mamografía a más de la mitad de la población objetivo, tiene una excelente percepción por parte de la población beneficiada.

Al consultar a las mujeres acerca de si el programa responde a sus necesidades de diagnóstico en su comunidad, el 100% de las mujeres indica que sí responde a sus requerimientos de diagnóstico para el cáncer de mama. Para un total de 385 mujeres consultadas. Las mujeres saben la importancia de la mamografía y valoran como positivo que se les pueda realizar en su comunidad.

Primeramente, el programa de tamizaje local responde a la necesidad de la población en edad de riesgo al conseguir un diagnóstico temprano y, en segundo lugar, al realizarse en la propia comunidad reduce los tiempos de traslado y la tramitología para el acceso al examen. Al respecto un 99,10% de la población consultada considera que el Programa sí contribuye a la detección temprana del cáncer de mama. Lo cual se considera como positivo porque para el Programa es importante validar si la población ve la utilidad de la mamografía para la detección temprana de cáncer de mama en concordancia con el criterio científico.

La iniciativa es considerada como pertinente ya que la gran mayoría de la población atendida no cuenta con otras opciones para realizarse la mamografía o se le dificulta tener opciones de acceso a la prueba. Evidencia de ello es que el 90,1% de las mujeres encuestadas consideran que es gracias a este proyecto que pueden realizarse la mamografía, y un 98% considera que, si no fuera por la Unidad Móvil, se les imposibilitaría realizarse esta prueba de detección temprana.

Asimismo, el Programa es percibido como pertinente ya que el diagnóstico temprano mejora las opciones de tratamiento, un 58% de las mujeres entrevistadas considera que el cáncer de mama se cura en la mayoría de los casos y un 38% se cura en algunos casos.

Otro hallazgo importante es que el programa de tamizaje viene a responder a una necesidad explícita de temor de padecer cáncer de mama, ya que un 47% de la población consultada tiene miedo de morir por la enfermedad. Facilitar un programa de tamizaje puede contribuir a reducir este temor ya que ofrece diagnóstico oportuno, así como la entrega de resultados a todas las mujeres participantes tengan estos una alteración o no.

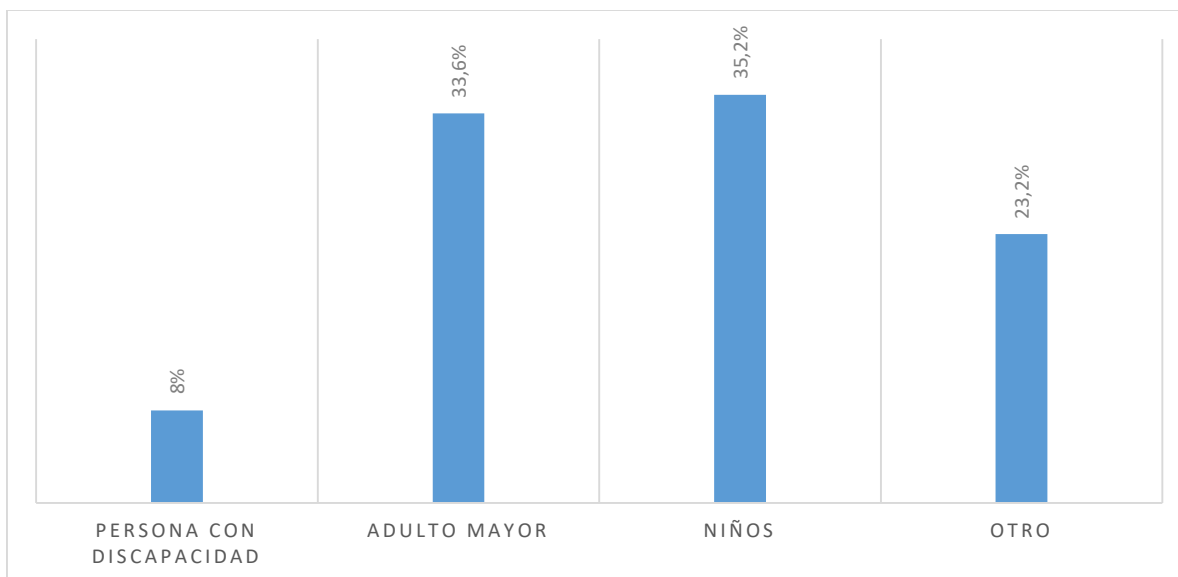
El programa es pertinente en responder a la necesidad de acceso oportuno y geográficamente favorable debido a que las dinámicas laborales y de cuidado de las mujeres beneficiadas en este programa pueden influir en la asistencia a sus citas médicas si estas fueran en el Hospital Tony Facio de Limón, al respecto un 83% de las mujeres dice tener algún trabajo remunerado, destacándose el trabajo doméstico, de cuidado o en labores agroindustriales y un 37,6% dice tener alguna responsabilidad de cuidado dentro de su propio hogar.

Por lo que brindar una mamografía cerca de la comunidad y disminuir tiempos de traslado evidentemente mejora el acceso a mujeres que tienen labores remuneradas o de cuidado de. El 100% de la población afirma no haber tenido complicaciones para trasladarse hasta las instalaciones del CAIS de Siquirres, lugar donde se encontraba la Unidad Móvil durante las campañas.

El 37,6% de las mujeres refiere tener responsabilidades de cuidado de personas menores de edad, adultas mayores o con discapacidad. Es una importante porción de la población beneficiada que presenta mayor dificultad para invertir tiempos en traslados para la realización de un examen médico, por lo que considerar brindar acceso a la mamografía en la comunidad constituye un beneficio tácito para esta población.

En el siguiente gráfico se aprecian las labores de cuidado referidas por ese 37,6% de las mujeres consultadas.

Gráfico 4 labores de cuidado de las mujeres consultadas



Fuente: Elaboración Propia

En promedio las mujeres afirman haber invertido 37,4, minutos en trasladarse de su lugar de residencia hasta el centro de salud. Siendo 120 minutos la cantidad máxima de tiempo registrado y 5 minutos la mínima.

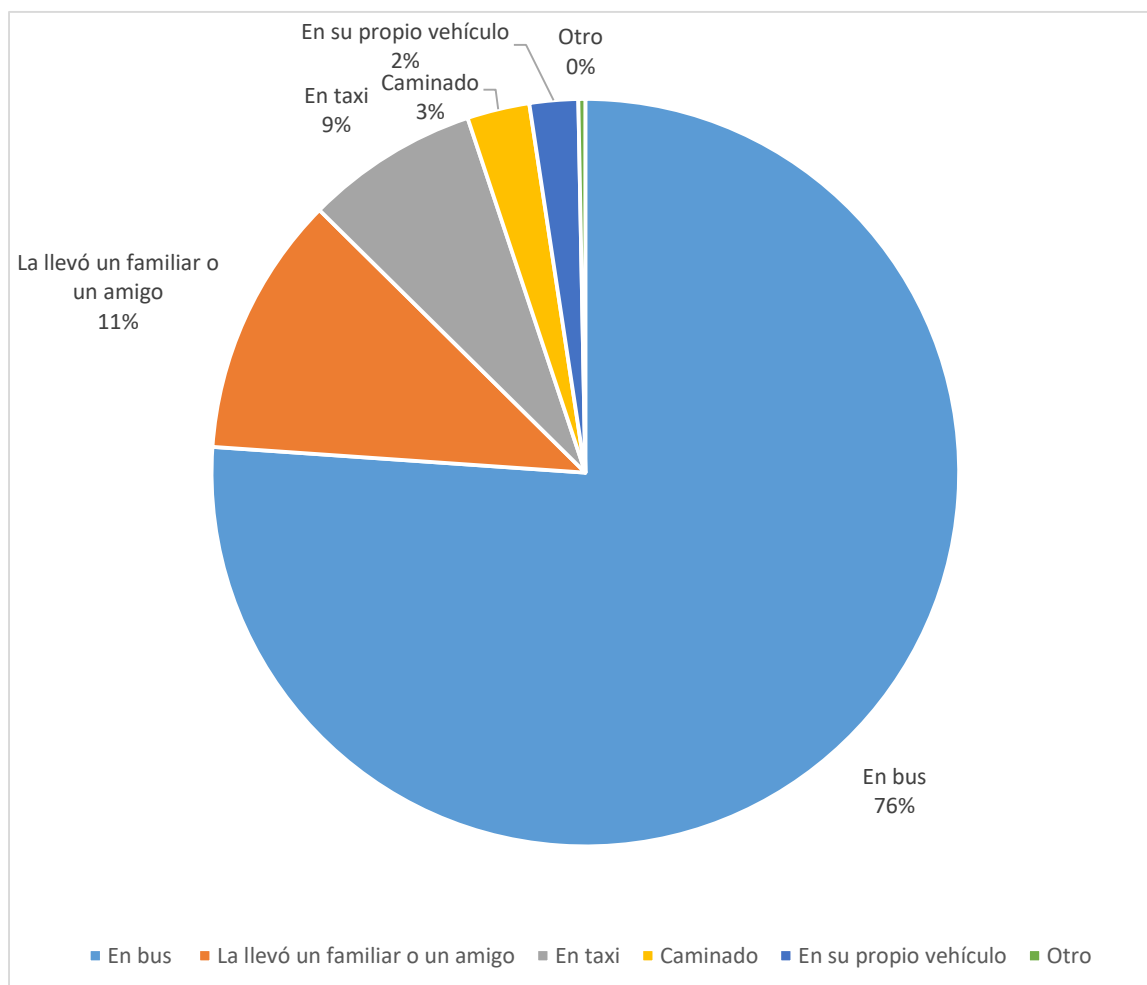
Además, el 85,4% de las mujeres refieren que durante la realización del examen el tiempo de espera fue adecuado para ellas.

Un hallazgo importante de esta evaluación es que las mujeres en la comunidad de Siquirres tienen acceso a medios de transporte para trasladarse a sus citas médicas, así como que trasladarse de su lugar de residencia al CAIS no representa contratiempos o dificultades.

Como se aprecia en el siguiente gráfico, el medio de transporte mayormente utilizado para el traslado hasta la campaña fue el servicio público de autobús, Un 76, 1% de la población utilizó este medio, el cual tiene una frecuencia de cada 20 minutos de 6 de la mañana a 7 de la noche en el recorrido del Centro de Siquirres hasta el CAIS.

Otro medio de transporte utilizado es el vehículo particular un 13,4% de la población se trasladó por sus propios medios y un 7,5% se trasladó en taxi.

Gráfico 5 Medio de transporte utilizado para trasladarse a realizarse la mamografía



Fuente Elaboración Propia

Cabe destacar que el proceso de asignación de citas contempló asignar horarios específicos a las mujeres que residen en comunidades donde el servicio de autobús tiene horarios limitados, lo anterior debido a que el personal responsable (REDES) es local y conoce estas características del servicio de transporte público de áreas rurales.

“Por ejemplo sabemos que a las mujeres del Carmen les sirve mejor trasladarse en la mañana porque ahí solo hay un bus que sale a las 6:00a.m. y se devuelve a medio día. Si se asignan citas en la tarde, esas mujeres no van a poder venir” (E3, 2019)

Además de brindar acceso geográfico, el Programa es pertinente en brindar acceso administrativo, un 81,2% de las mujeres consultadas afirma haber tenido la oportunidad de obtener una cita en el EBAIS al que pertenecen y un 17,6% acudió al CAIS por su cita.

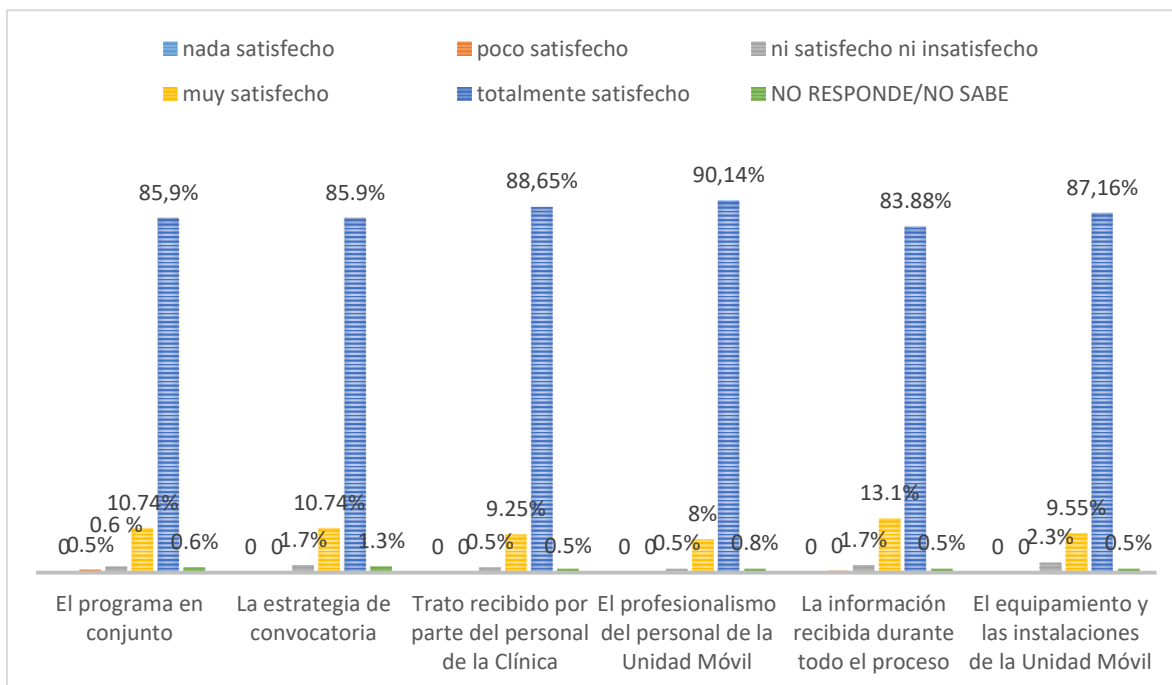
Un hallazgo a considerar es que el proyecto fue percibido con alta satisfacción, para un total de 96,44% de las respuestas. Además, la mayoría de las mujeres beneficiadas se encuentra satisfecha con el trato recibido: 88,65% se encuentra totalmente satisfecha con el trato y un 9,25% muy satisfecha.

Con respecto al trato brindado por el personal de recepción cuando acudió a realizarse el examen, un 86,9% catalogan a este personal como amable y un 10,7% dice que es correcto, mientras que un 1,5% afirma que este personal fue poco correcto a la hora de recibir los documentos.

Respecto al profesionalismo mostrado por el personal de la unidad móvil durante la ejecución de la prueba de tamizaje un 90,14% de las mujeres consultadas afirman estar totalmente satisfechas y un 9,25% muy satisfechas, considerando el trato amable y profesional.

En el siguiente grafico se muestra la satisfacción de las mujeres consultadas respecto a las fases del Programa:

Gráfico 6 Nivel de satisfacción de las mujeres consultada con respecto a las fases del programa



Fuente: Elaboración Propia

Un hallazgo importante con respecto a la pertinencia del Programa es que este responde a las necesidades de acceso equitativo al diagnóstico de cáncer, al brindar el resultado de la mamografía considerando el derecho de las mujeres a conocer su resultado, sea este favorable o no. Este hecho marca la diferencia con respecto a otros programas de tamizaje donde se ofrece el resultado únicamente a las personas que tienen alguna alteración. En este caso, se entrega el informe con el resultado de la prueba a todas las mujeres, ya sean estos resultados, con normalidad o con alteración. Evidencia de esto lo explica una persona entrevistada en el siguiente *verbatim*

“Se asigna una cita para la entrega de resultados con el personal asignado para la clínica de mamas, en esta cita se entregan los resultados a todas las mujeres (tanto los normales como los alterados)

además se les entrega una hoja donde explica el significado de las categorías BI RRADS" (E3, CAIS, 2019)

El hecho de que se asignara una cita médica para entregar el resultado y se ofreciera una explicación tanto verbal como escrita genera satisfacción en la población beneficiaria. Al consultar a las mujeres con respecto a la información recibida durante el programa 83,88% afirma estar totalmente satisfecha con esa información y un 13,13% dice estar muy satisfecha.

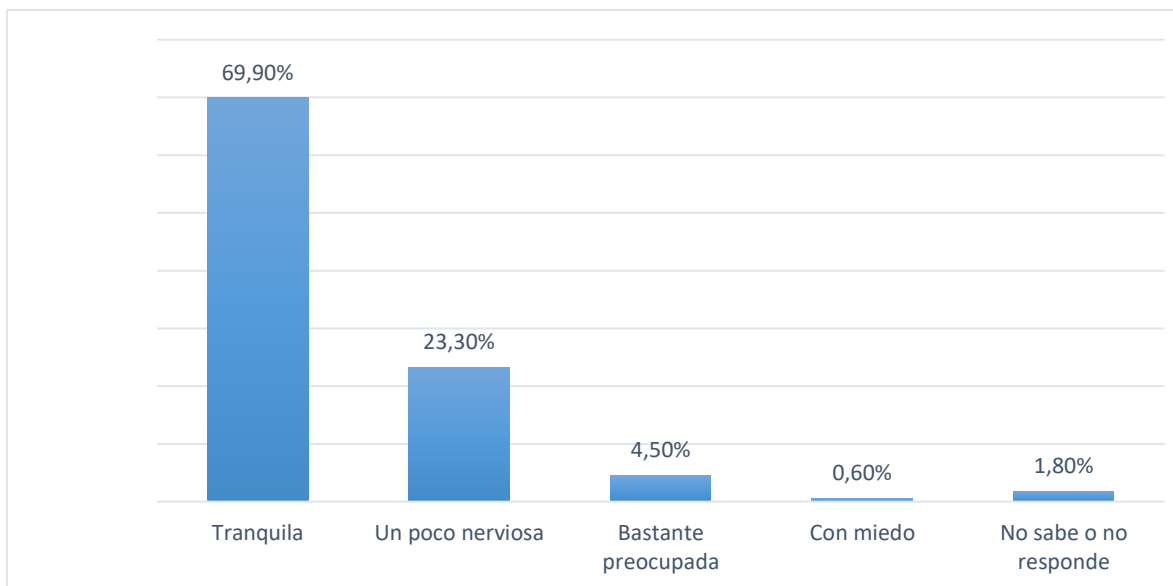
Un 98,7% de la población consultada afirma que se le notificó el resultado, del cual un 93,7% recuerda haber sido citada por el médico tratante para tener la notificación del resultado.

En lo referente a la percepción de las mujeres consultadas acerca del tiempo de espera desde que se realizó la mamografía hasta que fue notificada del mismo un 52,2% considera que ese tiempo de espera es adecuado, un 37,3% dice que fue relativamente poco y un 8,1% que fue mucho. En promedio el tiempo de espera para la entrega de resultados, según los datos suministrados por el área de salud, fue de 66 días.

Con respecto a la información suministrada a la hora de la entrega de resultados, el 93% afirma que fue clara y un 86% dice que fue suficiente. Un 3% de las mujeres no responde a estas interrogantes. Cabe destacar que, un 12% de las mujeres afirma que esta información no fue suficiente, es decir que no les brindó claridad acerca de su condición y un 4% dice que quedó con dudas a la hora de recibir esta información.

Respecto al cómo se sentían las mujeres durante la espera de su resultado, como se muestra en el gráfico 7, el 69,9% de las mujeres afirma que se encontraba tranquila, un 23,3% dice que se encontraba un poco nerviosa y un 5,1% dice encontrarse bastante preocupada o con miedo. Un 95,8% dice haber quedado tranquila después de haber recibido el resultado.

Gráfico 7 Sensación de las mujeres consultadas durante el tiempo de espera del resultado de la mamografía.



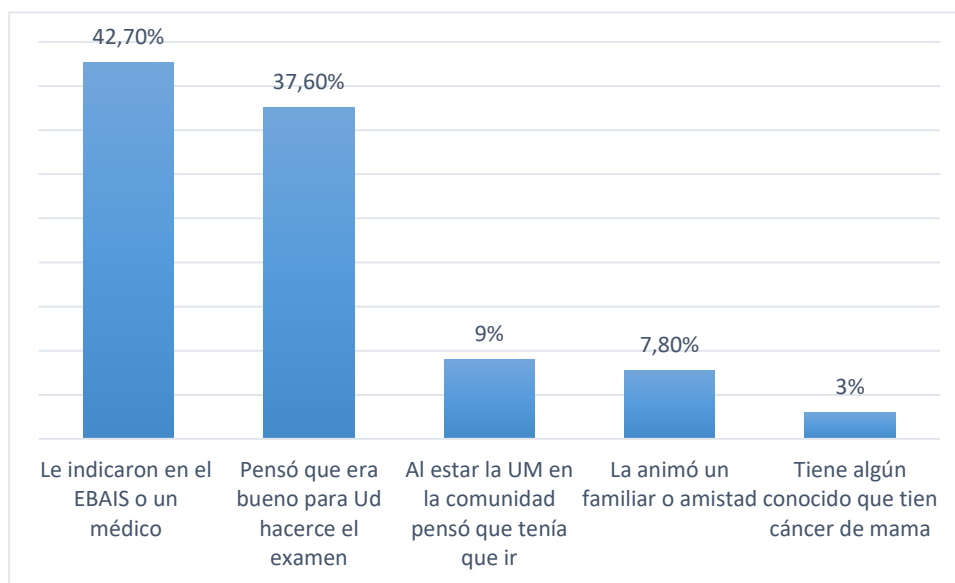
Fuente: Elaboración propia

El Programa es pertinente ya que responde a las necesidades de la población al tener acceso a recursos para el diagnóstico. Antes de iniciar las campañas de mamografías en esta área de salud, el acceso a equipo de mamografía en la comunidad era limitado. Al consultar a las mujeres acerca de su grado de satisfacción con respecto al equipamiento médico utilizado un 87,16% afirman estar totalmente satisfechas y un 9,55% muy satisfechas, por lo que, se considera un balance positivo. Mientras que solo un 2,38% de las mujeres dicen estar ni satisfechas ni insatisfechas.

Cabe destacar que un hallazgo a considerar para el desarrollo del Programa es que el mismo es pertinente con las necesidades de autocuidado, ya que, un 42,7% de las mujeres consultadas acudieron a la prueba por alguna razón, lo que da una noción de autocuidado.

Pese a que la mayoría de la población (57,3%) acudió porque fue invitada por algún profesional de salud en su comunidad, el hecho de que un alto porcentaje de las mujeres haya acudido motivadas por el autocuidado es un aspecto positivo para la sostenibilidad de la iniciativa, ya que la reconvocatoria para futuras campañas, mejora cuando la población está motivada a realizarse la mamografía.

Gráfico 8 Razón por la cual las mujeres consultadas asisten a realizarse la mamografía en la campaña

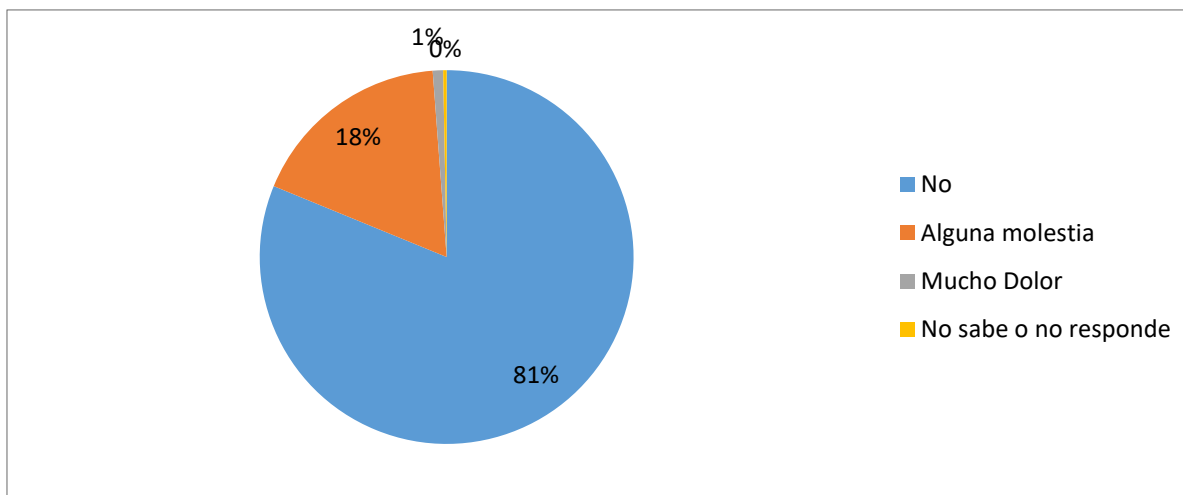


Fuente: Elaboración Propia

Un aspecto a considerar para evaluar el Programa es el estado de ánimo de las mujeres durante la realización de la mamografía, ya que esto influye notoriamente en la asistencia a futuras campañas. Una beneficiaria insatisfecha, aunque conozca su necesidad, puede considerar no volver a realizarse una mamografía por la mala experiencia. Por ejemplo, en la siguiente cita de una persona funcionaria del CAI se evidencia cómo la insatisfacción con el trato recibido durante el examen puede determinar la regularidad con la que asiste a sus citas: “Hemos tenido pacientes que nos dicen que la última vez que se hicieron el examen les dolió tanto que duraron 10 años en hacerse un examen de nuevo” (E5, 2019).

Una variable importante para medir la percepción de las mujeres con respecto a la realización de la mamografía es la sensación de dolor o incomodidad sentida durante el examen. Como se aprecia en el siguiente gráfico, un 81,2% de las mujeres dice no haber sentido dolor durante la mamografía y un 17,6% dice haber sentido una molestia mínima, y solamente un 1% dice haber sentido mucho dolor durante la prueba de diagnóstico.

Gráfico 9 Sensación de dolor o molestia durante la realización de la mamografía



Fuente; Elaboración Propia

La población consultada evidenció que estaba en su mayoría presentaban bajos grados de ansiedad el día del examen, el 66,6% de las consultadas afirma estar tranquila antes del examen y un 28,7% dice tener algún grado de inseguridad; un 4,5% dice estar bastante preocupada o con miedo.

Adicionalmente, se puede señalar que el Programa es pertinente en términos de acceso geográfico, acceso a la detección temprana y seguimiento, acceso a la información, acceso a las necesidades de autocuidado.

La siguiente tabla recopila la información suministrada por las mujeres consultadas con respecto a los aspectos positivos del Programa. El aspecto más destacado es el tema del acceso geográfico y la facilidad para la obtención de una prueba diagnóstica (casi el 50% de las mujeres entrevistadas), así como el acceso al diagnóstico temprano (16,4%) y a la certificación de la salud de las mamas (12,8%). Otro aspecto positivo destacado es la comunicación de los resultados por parte de los profesionales sanitarios en su propio centro de salud. Las mujeres destacaron el hecho de que el tener la prueba cerca de su comunidad y sin ningún costo asociado representa un ahorro económico para ellas y sus familias.

Tabla 7 Aspectos positivos percibidos por las mujeres participantes de la campaña durante el año 2018

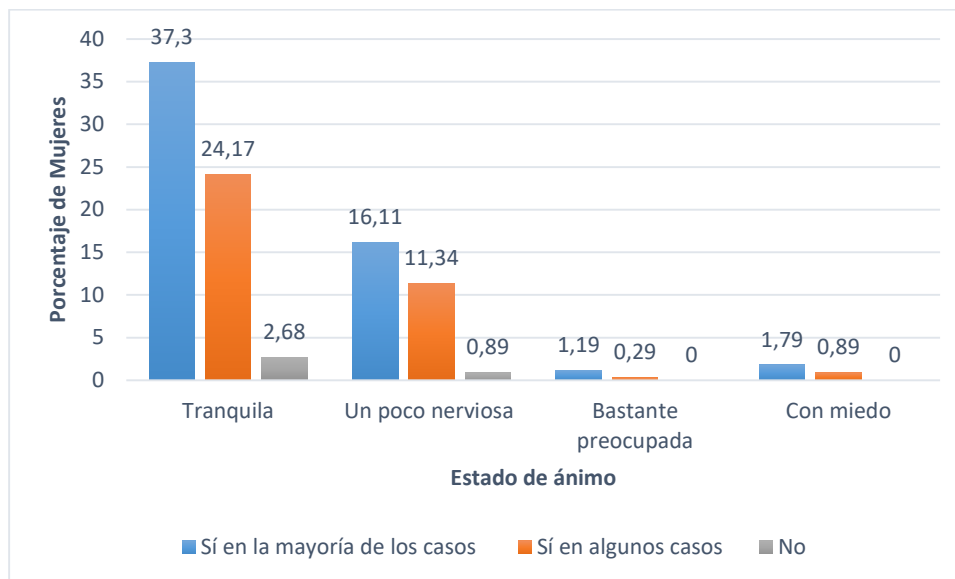
Aspecto positivo	Cantidad de mujeres	Valor relativo
Facilidad en el acceso geográfico	157	46,9%
Acceso a detección temprana y seguimiento	55	16,4%
Entrega de resultados a las mujeres	43	12,8%
El trato recibido durante el examen	32	9,6%
Acceso económico	9	2,7%
Es un programa pensado para la salud femenina	13	3,9%
No responde	26	7,8%
Total:	335	

Un importante hallazgo de esta evaluación es que al realizar el análisis estadístico del Chi-Cuadrado, se comprueba que no existe relación entre el estado de ánimo de las mujeres al momento de la cita y, la percepción de cura de la enfermedad. Aunque durante la prueba, la mayor parte de las mujeres se encontraba tranquila y, reconocieron que el cáncer de mama se puede curar.

Evidencia de ello es que al realizar la prueba de Chi-Cuadrado entre estas dos variables, se acepta la hipótesis nula con un estadístico calculado 1,86 contra 12,59 del valor teórico con 6 grados de libertad, por lo tanto, se concluye que no hay relación entre el estado ánimo y la percepción sobre la cura en etapas tempranas en la detección del cáncer de mama. Para este análisis se utilizó un nivel de significancia para la prueba del 5%.

El siguiente gráfico se presenta la relación entre el estado de ánimo al momento de la cita y la percepción sobre la posibilidad de cura de la enfermedad.

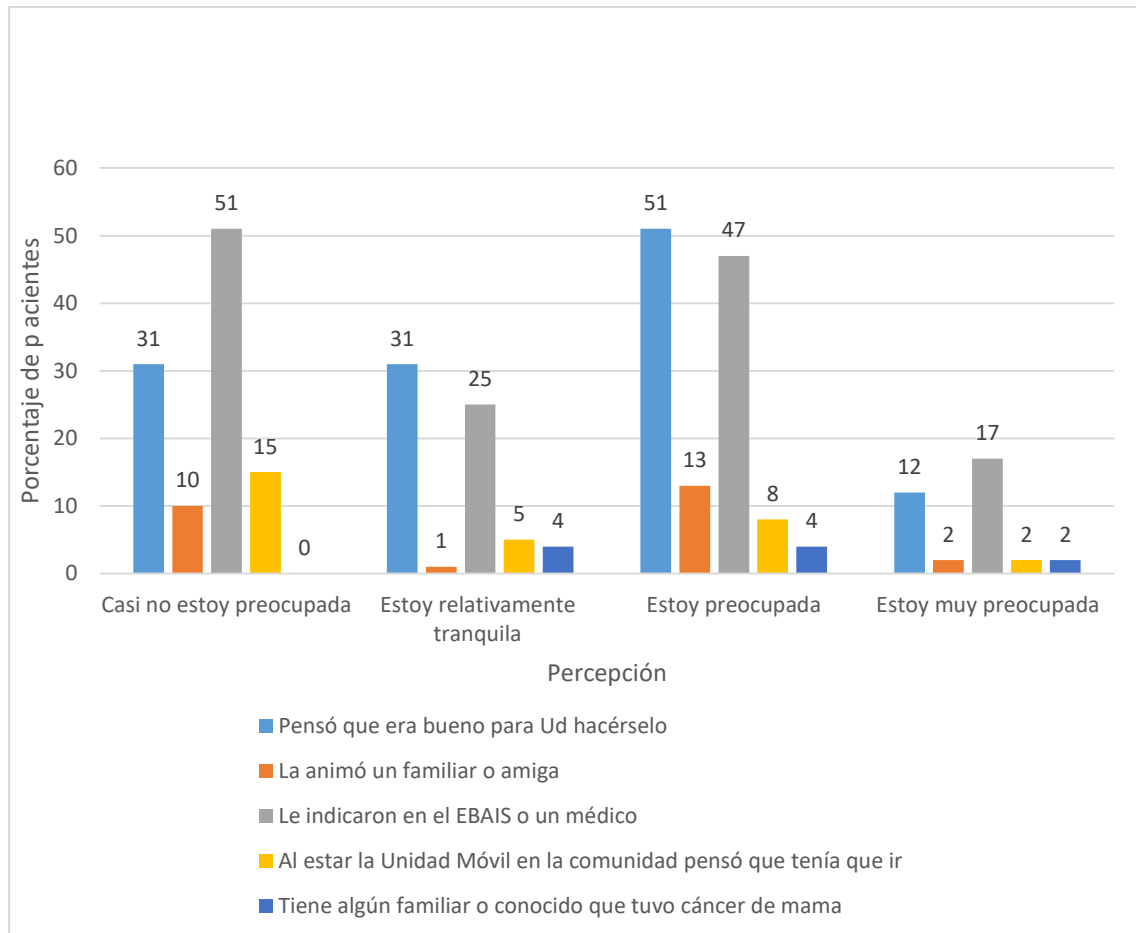
Gráfico 10 Percepción sobre posible cura del cáncer de mama en su detección temprana y el estado de ánimo de la paciente al ir a la cita



Fuente: Elaboración Propia

Al analizar la percepción que tienen las mujeres sobre la posibilidad de tener cáncer de mama y la razón por la cual acudió a realizar el examen, se muestra que generalmente asistieron al examen por referencia del EBAIS o un médico, seguido por el interés propio de realizarse el examen. En el caso de la preocupación percibida por las pacientes, se observa una polarización entre poca y alta preocupación.

Gráfico 11 Percepción sobre la posibilidad de tener cáncer de mama según la razón por la que acudió a realizarse el examen.



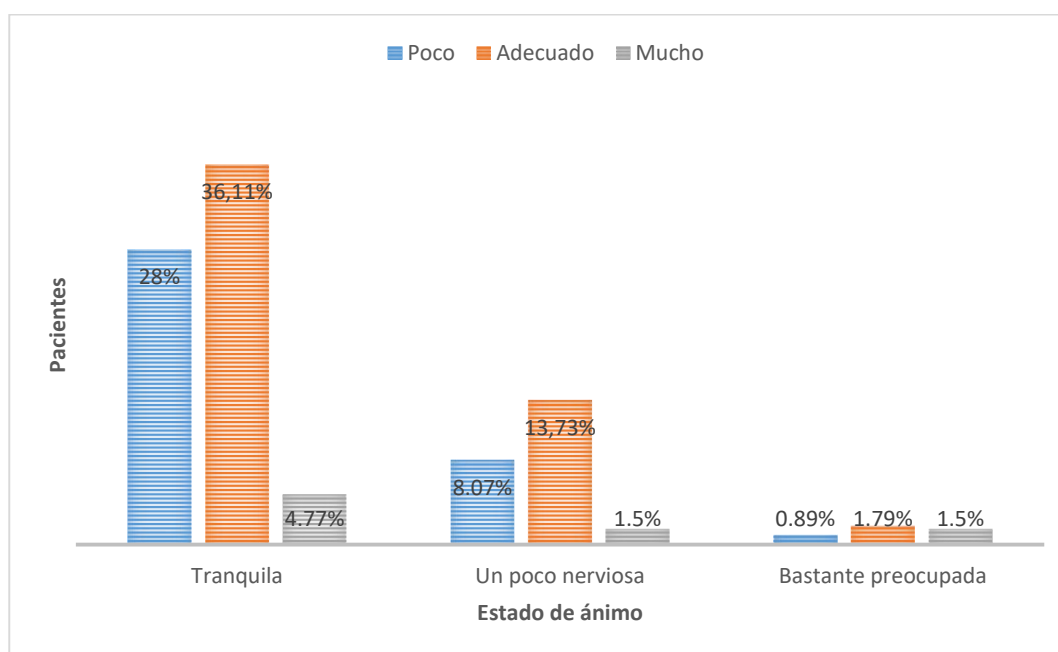
Con el fin de conocer si existe relación entre el estado de ánimo de las mujeres y la razón por la cual se realizaban el examen se decidió utilizar los datos suministrados por el cuestionario y aplicar la prueba de Chi-cuadrado, la cual obtiene un estadístico calculado de 21,61 que es superior al teórico de 21,03 con 12 grados de libertad, por lo que, se rechaza la hipótesis nula de independencia entre estas dos variables, por lo tanto, se concluye que hay relación entre la preocupación percibida por las pacientes y el número de pacientes que se realizan el examen motivadas por su bienestar.

Esto es importante para un programa de tamizaje ya que identifica que realizarse la prueba de tamizaje puede generar confianza en el hecho de estarse cuidando a sí mismas.

Este importante hallazgo permite a los gestores del Programa plantear acciones de promoción de la salud enfocadas en el autocuidado, como estrategia para incentivar a la población a realizarse la mamografía por su bienestar en lugar de por temor o mandato. Lo que va de la línea del pilar de autogestión de la salud.

Con el fin de valorar si la entrega del resultado es percibida por la población como una fuente de estrés, se relacionó el panorama de las pacientes sobre el estado de ánimo en el tiempo de espera del resultado y la duración que se tuvo sobre este tiempo de espera del resultado para entender que impacto está teniendo este tiempo de duración sobre las pacientes.

Gráfico 12 Estado de ánimo en el tiempo de espera del resultado según el tiempo de duración en la entrega del análisis.



Fuente: Elaboración Propia

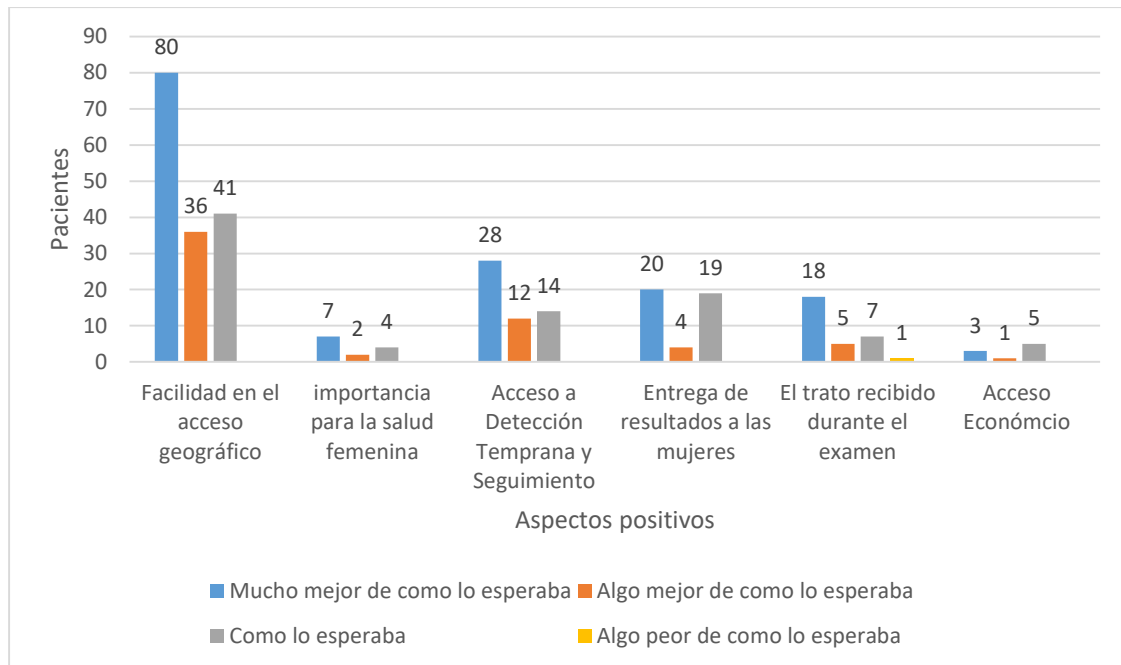
El gráfico anterior nos muestra un estado de ánimo generalmente tranquilo en las pacientes sobre la espera del resultado. Dentro de la prueba Chi-Cuadrado se tiene un estadístico calculado de 16,38 que es superior al valor teórico de 9,49 por lo que se rechaza la hipótesis de independencia y se concluye que hay relación entre el estado de ánimo y la duración en el tiempo de espera. No obstante, se sugiere precaución sobre este resultado, ya que, la tendencia muestra un mayor tiempo de espera sobre las pacientes más preocupadas, donde este último grupo presenta baja cantidad de observaciones por lo que podría sobredimensionar si efecto.

Este es un hallazgo emergente de la evaluación de gran utilidad, ya que relaciona el estado de ánimo de las mujeres respecto al tiempo de espera del resultado de su examen, lo que permite visualizar el programa en su totalidad y evidenciar una oportunidad de mejora, ya que este Programa cuenta con el personal especialista en medicina interpretando los resultados vía remota y al trabajarse con alto volumen de estudios se contaba con un tiempo de 45 días para la entrega del resultado. Por lo que conocer el estado de ánimo de las mujeres durante los tiempos de espera es de gran importancia para la gestión del mismo y valorar este método de trabajo.

Este hallazgo nos ilustra que es necesario mejorar los tiempos de espera en la entrega de resultados. La meta del Programa es entregar los resultados en los 45 días posteriores a la finalización de la campaña; sin embargo, en promedio se demoró 66 días en este trámite, tiempo que según la prueba estadística sí influye en el estado de ánimo de las mujeres.

Finalmente, se muestra la relación entre la opinión generada por las pacientes y su relación con respecto a los aspectos positivos que ellas consideran sobre el Programa. Se observa que las pacientes tuvieron una percepción positiva del programa al indicar en su mayoría que fue mucho mejor de cómo lo esperaban, mientras que la cualidad que más resaltaron del programa consiste en su facilidad de acceso geográfico.

Gráfico 13 Opinión sobre el programa según aspectos positivos del mismo.



Fuente: Elaboración Propia

El análisis de la prueba de Chi-Cuadrado obtiene un estadístico calculado de 20,61 inferior al valor de 25 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que no hay relación entre las variables, lo que nos permite concluir que no se guarda relación entre la opinión del programa y la percepción de las personas entrevistadas.

4.3 Análisis de la interrogante número tres de evaluación

¿De qué manera las mujeres beneficiadas que recibieron un diagnóstico sospechoso durante el año 2018 ven respondidas sus necesidades de navegación dentro del sistema para dar seguimiento a estas sospechas mediante los protocolos de atención establecidos por el Sistema de Salud?

Esta interrogante pretende valorar la respuesta del programa a las necesidades médicas de las pacientes durante el proceso de navegación dentro del sistema de quienes obtuvieron una mamografía con sospecha de malignidad. Este hecho aumenta la demanda por pruebas complementarias confirmatorias de este posible diagnóstico.

En la campaña de mamografías del 2018 un 2% de la población atendida obtuvo resultados sospechosos, por protocolo, estas mujeres requirieron pruebas complementarias para definir su diagnóstico, por ende navegar dentro del sistema de salud

Producto de esta evaluación se reconstruyó el proceso de navegación dentro del sistema, a partir de la experiencia vivida por las mujeres participantes. Ya que, pese a que existe un protocolo, al ser el programa de tamizaje a nivel nacional una experiencia reciente, no existe un proceso estandarizado en tiempo o en forma. La ilustración 16 muestra la ruta de navegación de las mujeres y sus necesidades médicas.

Según los protocolos establecidos por el sistema de salud oficializados en la Norma Técnica del año 2015, las mujeres requieren de una serie de procedimientos que comprenden su proceso de navegación dentro del sistema de salud. Los cuales pueden variar según cada caso específico. En el anexo 9 se detalla cada uno de los pasos del proceso vivido por las mujeres según la reconstrucción realizada a partir de la evaluación.

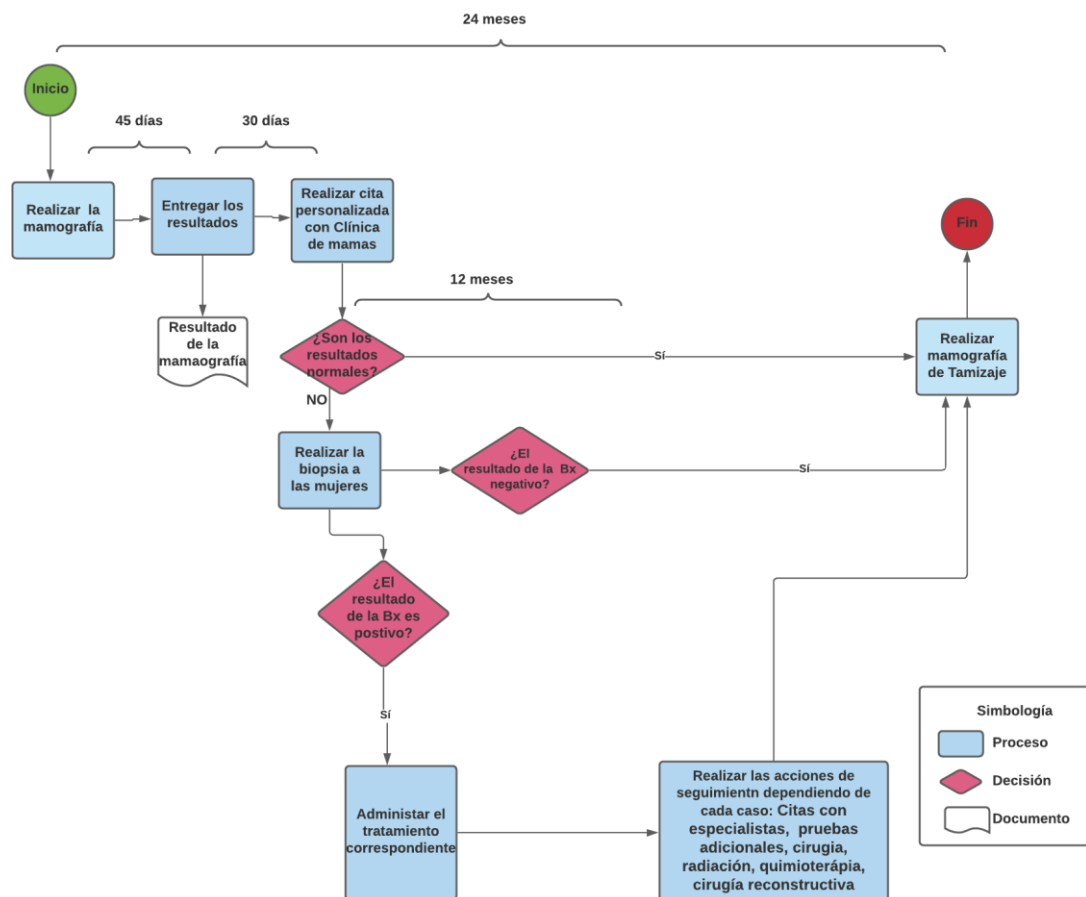
Básicamente una vez obtenido un resultado sospechoso por malignidad en la mamografía inicia este proceso de navegación que concluye cuando ya la

enfermedad ha sido controlada. Estas necesidades pueden ir complejizándose en relación a la evolución de la enfermedad.

Dentro de este proceso se encuentran las siguientes necesidades:

1. La necesidad de pruebas confirmatorias o complementarias
2. La necesidad de citas con especialistas (Oncología, Radiología, Radiooncología, radioterapia, quimioterapia)
3. La necesidad de cirugías
4. La necesidad de tratamientos de quimioterapia
5. La necesidad de tratamientos con radioterapia
6. La necesidad de imágenes de seguimiento o de planificación
7. La necesidad de controles médicos para el seguimiento de la enfermedad

Ilustración 16 Diagrama de Flujo proceso de navegación dentro del sistema construida a partir de la percepción de las mujeres participantes y triangulada con el personal del Área de Salud de Siquirres



Fuente: Elaboración Propia, a partir de Grupo Focal 22 agosto 2019

En el caso de las mujeres que necesitan confirmar su diagnóstico, se puede afirmar que el Sistema responde a las necesidades de navegación ya que el 100% de las mujeres con resultados alterados obtuvieron la consulta personalizada y el acceso a pruebas complementarias en el Hospital Regional o en el Hospital Calderón Guardia.

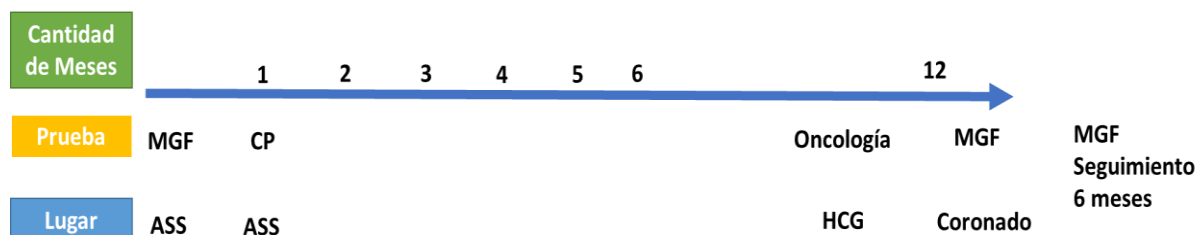
En el 57% de esta población se descartó el diagnóstico de cáncer tras la biopsia, es decir solo requirieron la realización de esta prueba para descartar la enfermedad. Para el restante 43% de la población fue necesario seguimiento adicional por su condición de salud.

De las mujeres que debieron continuar en el proceso de diagnóstico y tras la realización de los estudios el 19,23% con sospechas de las mujeres obtuvo un resultado positivo por cáncer, esto corresponde al 0,03% del total de las mujeres atendidas durante la campaña del 2018.

Con respecto a las mujeres participantes de esta campaña que requirieron opciones de tratamiento ya fueran quirúrgicas, de radiación y/o quimioterapia, se puede decir que el Sistema respondió a sus necesidades, ya que el 100% de las mujeres diagnosticadas tuvieron acceso a sus opciones de tratamiento.

Esto se comprobó gracias al acceso a la información suministrada por la CCSS y se trianguló con el Grupo Focal, para ilustrar este proceso se muestra el caso de una de las mujeres participantes del grupo focal que completó el ciclo de navegación dentro del sistema en un tiempo inferior al año. Es decir, en menos de 12 meses tuvo sus pruebas complementarias, opciones de tratamiento y pruebas de seguimiento. La línea de tiempo referida por la mujer se muestra en la siguiente ilustración.

Ilustración 17 Línea de tiempo del proceso de navegación dentro del sistema de una mujer beneficiaria



Fuente: Elaboración Propia, basado en declaraciones de la participante.

Cabe destacar el esfuerzo institucional tanto a nivel local como la articulación a nivel regional y nacional para dar respuesta a los casos que requerían de opciones de tratamiento. La evaluación encontró que se creó un canal de comunicación entre la clínica de mamas del área de salud de Siquirres y el Hospital Tony Facio de Limón para dar las opciones de pruebas complementarias a las mujeres, incluso se realizó un proyecto de proporcionar un medio de transporte privado para trasladar a las mujeres al Hospital Calderón Guardia para la realización de las biopsias que no pudieron resolverse en Limón.

“A mí me llamaron un día, me dijeron que iban a pasar por mí para ir a San José a hacerme la biopsia, íbamos varias personas también iba gente a hacerse otro tipo de biopsia. Estando allá fue muy rápido y por dicha todo salió bien.” (GF, 2019)

Al triangular esta información con la persona encargada de la Clínica de Mamas, se confirmó que efectivamente este fue un esfuerzo institucional (CCSS) lo que permitió que las mujeres obtuvieran la resolución a su mamografía sospechosa en menos de un año, con un resultado negativo por malignidad en el segundo nivel de atención. Incluso la participante admite que la experiencia de ir al HCG fue satisfactoria.

“La buseta venía con señoras de Limón pasó a Pacuarito y Siquirres fue la última parada, íbamos 15. Fue muy bonito, fue un paseo gratis, luego de allá mandaron el resultado a Limón. Yo fui a la cita y me dijo la doctora que todo había salido bien, que fue una falsa alarma. En ese tiempo yo estaba muy positiva porque yo creo mucho en Dios.”
(GF, 2019)

Como parte del proceso se asignó las funciones de Clínica de Mama al médico encargado de la Clínica del dolor y cuidados paliativos. Este departamento se encargó de entregar los resultados a las mujeres asignándoseles una cita médica para dichos efectos, vía telefónica. Es importante mencionar que existe la tendencia en los programas de tamizaje (por ejemplo, tamizaje para cáncer de cuello de útero) de comunicar los resultados sólo en los casos que requieren seguimiento, por lo que existe una percepción de que a las personas se les entregan los resultados sólo si estos están alterados, por lo que la llamada del centro médico para informar los resultados generó ansiedad en las mujeres.

El siguiente testimonio evidencia la ansiedad generada por las mujeres al recibir la llamada para la entrega de resultados

“A mí me llamaron de la Clínica del Dolor, imagínese como yo me sentí, después me dijeron que tenía que ir a hacerme un ultrasonido, después me dijeron que era una falsa alarma y ya me quedé tranquila”
(GF, 2019)

Cabe destacar que el personal del área de salud se percató de la ansiedad que generaba la llamada referida de “La Clínica del Dolor” y se tomó la decisión sobre la marcha de hacer la aclaración correspondiente a las pacientes, mejora considerada como un acierto.

Por otro lado, según la experiencia del Programa, al aumentarse la oferta de pruebas de mamografías se estima un aumento en la oferta de pruebas complementarias dentro de la Red de Servicios de Salud de CCSS, incluso de pruebas que deben ser resueltas en el tercer nivel de atención que en este caso es

el HCG por lo que se desencadena también un aumento de la demanda de servicios de tratamiento.

“Después de la mamografía me llamaron de la Clínica del Dolor, me mandaron a Limón y me quedé en espera de *esterotaxix* [refiriéndose a biopsia estereotáxica] hasta julio me refirieron al Calderón me dejaron una cita para el primero de agosto y me refirieron a la Clínica de Coronado para repetir una MGF porque había pasado un año. En el Calderón me vio una oncóloga que me refirió a Coronado [Clínica de Coronado CCSS], posterior a lo cual me indicaron MGF cada 6 meses. No encontraron pelota ahí” (GF, 2019)

Pese a que existe un protocolo de atención, cada caso de las mujeres participantes en el grupo focal fue diferente en términos de tiempos y atención, al parecer por una dificultad en la disponibilidad de espacios para ultrasonidos y biopsias en el Hospital Tony Facio.

“Se hace la articulación a lo interno de la institución, sin embargo estamos sujetos a la disponibilidad de espacios y especialistas. Ya que el Hospital tiene su consulta” (Entrevista, 2019)

A las pacientes les dieron la indicación que debían presentarse al hospital de Limón diciendo específicamente que las enviaban asignadas bajo la figura del recargo: “Diga al Doctor que la mando yo”. Así mismo, como en casos específicos los especialistas acuden al recargo de sus agendas con el objetivo de dar respuesta a la necesidad de urgencia “La doctora me atendió cuando terminó todos los pacientes”.

La siguiente cita se refiere a la explicación de la ruta de navegación de una de las mujeres participantes del grupo focal cuya mamografía se realizó el 30 de mayo:

“A los dos meses y medio que me hice la mamografía me llaman de la Clínica del Dolor, el Doctor me mandó a Limón me dijo: “busque a (Apellido) y le dice que yo la mando”

En Limón (Apellido) Me dijo: “Vamos a ver porque la doctora no está atendiendo” pero la doctora (Oncóloga HTF) me dijo que sí me veía cuando terminara los pacientes de cita, ella me vio y me explicó y me puso cita para hacerme la biopsia (creo que es oncóloga, muy atenta muy buena gente). Ella me mandó a hacerme un ultrasonido, me puso cita rápido, entonces me refirió al HCG con el US y la Bx de Limón, en la biopsia me dijeron que salí con algo, a mí me operaron, estoy operada y me quitaron el pecho, tengo quimio por cinco años en pastilla, las primeras que me dieron podían darme hemorragia, podría darme cáncer de útero, a los 3 meses tenía rosadito al orinar, entonces le dije a la doctora y me cambió por la pastilla que estoy tomando ahora. Y me dijeron que la otra que me toca me va a afectar los huesos” (GF, 2019).

Cabe destacar que para las mujeres diagnosticadas por el Programa, el Sistema de Salud ofreció una respuesta afirmativa a sus necesidades de tratamiento y seguimiento de la enfermedad incluyendo además la prótesis a las mujeres mastectomizadas (extirpación quirúrgica de la mama por motivos de salud), esto representa un escalón en el avance hacia la atención integral de las mujeres ya que se visualiza la salud no solo como la ausencia de enfermedad sino como un proceso de bienestar.

“La doctora (Oncología HCG) de oncología me refirió a ginecología. A mi operaron en octubre (2018), y en enero me dieron la prótesis y el brasiere (Sostén para utilizar la prótesis)- Se siente uno un poquito nerviosa pero yo lo cogí tranquila. Antes de esa mamografía “tenía tiempillo” de no hacerla “yo nunca sentí pelotas ni dolores ni nada”. No me había hecho la mamografía antes “por dejada” “eso que se queda uno” “me hice la primera no tenía nada y asume uno que para que” “no se preocupa porque uno no siente nada” (GF, 2019).

Por lo tanto, el Programa al ofrecer un diagnóstico oportuno ofrece una herramienta para que las mujeres que así lo requieren entren al sistema con mayor prontitud

siendo pertinente a las necesidades médicas de estas mujeres que requieren un control oportuno de su enfermedad.

Como parte de los hallazgos de esta evaluación se evidenció que existe un componente de religiosidad y espiritualidad en las mujeres sobre todo cuando expresan sus miedos respecto al proceso de navegación. Las mujeres consultadas adjudican el proceso de tratamiento y cura como una respuesta a sus creencias y oraciones.

Hay una creencia popular de que existe una relación directa entre el tiempo que se tardan en entregar los resultados con la gravedad de la condición de salud lo que influye en la percepción de pertinencia de este proceso.

“cuando fui a Limón que me toquetearon me dijeron que no se siente nada
“para serle sincera yo ya no pienso en eso” “las cosas malas son las que dan
las citas cerquita” (GF, 2019)

Es necesario reforzar la información con respecto a la salud de la mujer, existen muchas inquietudes y pese a que el programa contempla una cita médica para la entrega del resultado esta se enfoca en la mamografía y no en la salud integral de la mujer. Durante el grupo focal surgió naturalmente un periodo de dudas sobre creencias acerca del CaMa. Donde la facilitadora evacuó dudas acerca de incógnitas de las participantes con respecto a la anatomía de la mama, las pruebas complementarias según las características de densidad de las mamas, la diferencia entre US de mamas y mamografía.

“Yo tengo una hija de pechos grandes, le hicieron una mamografía le mandaron US porque salieron 3 pelotas y ahí está esperando el resultado, ella tiene 48, la última vez que se hizo la mamografía no fue hace mucho. Digo yo que no ha salido con nada malo porque si no ya la hubieran llamado”
(GF, 2019)

El Programa no responde en su totalidad a las necesidades de educación para la salud, pues no las contempla en su cadena de resultados. Sin embargo, este es un

factor importante para la sostenibilidad de los programas de tamizaje. De hecho, el proceso de evaluación también funcionó como un espacio para aclarar dudas.

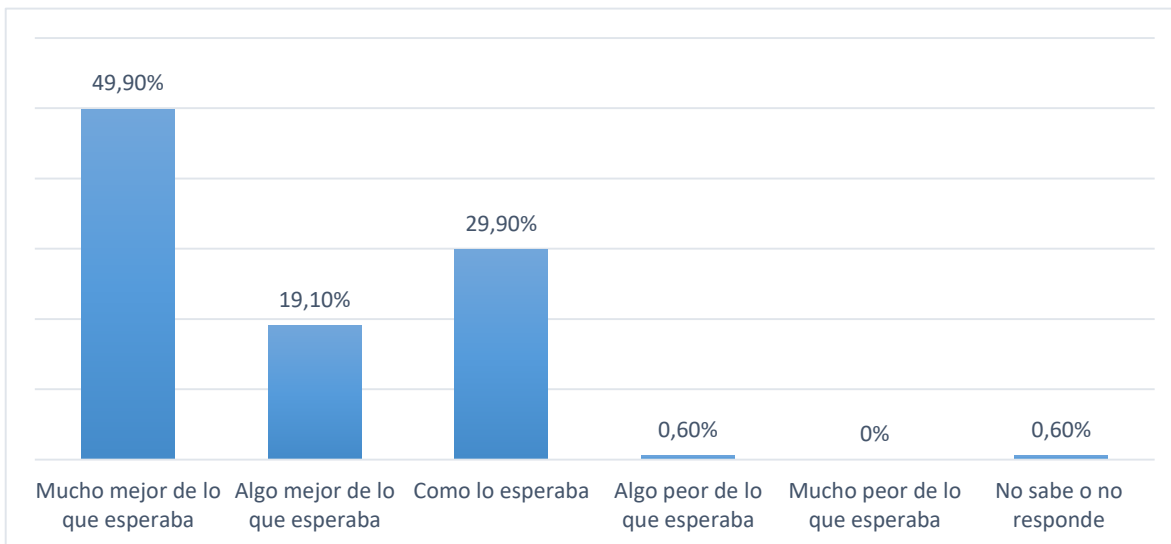
“Tengo otra muchacha que hace 8 años había salido con quistes pequeños, el año pasado le hicieron la mamografía en Limón, le habían recomendado la Biopsia, no se la hicieron porque la doctora le enseñó en la pantalla que aquí no sale nada, tiene 49 años, uno no sabe si eso es verdad o no” (Gf,2019)

En términos generales la percepción de las mujeres con respecto a la navegación dentro del sistema es favorable. Y la imagen de la CCSS es positiva por parte de las mujeres consultadas. La población califica su proceso de navegación como pertinente, el siguiente extracto de un comentario realizado por una de las participantes es evidencia de este hallazgo:

“Cuando requerí la ayuda, tuve una pronta respuesta, en una semana ya me habían resuelto donde atenderme, cuando yo escucho la gente quejándose de la Caja les digo que todas las veces que he requerido de la CCSS me dan buena atención” (GF, 2019)

Respecto a la percepción de las mujeres del Programa en su totalidad, el programa es percibido favorablemente, el siguiente grafico ilustra la percepción de las expectativas de las mujeres en cuanto a su experiencia en el Programa, un 70% señaló haber tenido una experiencia mejor de lo que esperaba y un 30% dijo que la experiencia no superó las expectativas, y solamente un 1,2% indicó que la experiencia fue en algún grado inferior a sus expectativas.

Gráfico 14 Percepción de las expectativas de las mujeres



Fuente: Elaboración Propia

Esta Alianza comprende una de las primeras experiencias en que el sector privado se une con la CCSS para compartir responsabilidades al buscar soluciones para un problema de salud pública como lo es el cáncer de mama. Es importante para la Alianza conocer la respuesta por parte del sistema a las nuevas necesidades generadas a partir del Programa. (Aumento en la demanda de pruebas complementarias, cirugías, tratamientos y demás)

Los siguientes comentarios evidencian la satisfacción de las mujeres con el proceso y la buena imagen del mismo ante la comunidad:

-“Gracias a Dios me llamaron para todo rápido” (GF, 2019)

-“Las atenciones cuando las he requerido han sido magníficas en la CCSS y sinceramente tener la CCSS aquí en Costa Rica es un tesoro, en otros países si hay plata hay salud si no En realidad estoy muy agradecida” (GF, 2019)

-“Yo me siento agradecida porque ni pensaba hacerme la mamografía, pero me hicieron los exámenes y me dijo la muchacha que no me preocupe.” (GF 20,19)

Capítulo 5: Conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas

Esta investigación evaluativa pretendió valorar la contribución de la alianza como facilitador de los recursos financieros y de los procesos de gestión, ejecución de las campañas y entrega de los reportes. Así como facilitador del seguimiento de los resultados sospechoso por malignidad. También del proceso se buscaba evidenciar la gestión y la ejecución del programa y la pertinencia del mismo ante las necesidades de las mujeres que asistieron a las campañas durante los años 2018 y 2019.

Conocer el marco conceptual que encierran los programas de tamizaje y la diferenciación en su clasificación, así como la evolución de la enfermedad del cáncer desde su estado sano al patológico, así como las estrategias de tratamiento y seguimiento de los casos normales y sospechosos fue valioso para la construcción de las categorías, variables e indicadores de análisis pues permitió dimensionar la problemática y el contexto donde se desarrolló la evaluación. Sin embargo, fue el conocimiento del programa y de la estrategia de implementación y gestión de las campañas lo que favoreció la comprensión tanto del contexto socio económico de las poblaciones beneficiarias de las campañas como del contexto del sistema de salud en las zonas rurales.

Al utilizar una metodología con enfoque mixto y con un componente participativo favoreció el abordaje del objeto y la triangulación de la información para generar evidencias que respalden el contenido de esta evaluación tanto desde la perspectiva de los ejecutores de las campañas, los tomadores de decisiones dentro de la alianza y las poblaciones sujetas al programa. El hecho de realizar una evaluación interna favoreció el proceso debido al amplio conocimiento del programa. Los aspectos favorables y las oportunidades de mejora se presentan en este apartado.

5.1 Conclusiones:

5.1.1 Eficacia del Programa:

A continuación, se presentan las conclusiones en relación a la interrogante sobre la eficacia del Programa:

- El análisis de la eficacia inicia con el estudio de la cobertura al ser este elemento un determinante para la catalogación de un programa de tamizaje estructurado y formar parte esencial del objetivo del Programa. La meta del programa era alcanzar una cobertura superior al 70%. Un aspecto favorable a rescatar es que, pese a que no se cumplió con la meta en cerca de 15 puntos porcentuales (%), el Programa se presenta como un primer acercamiento y esfuerzo a tratar alcanzar la cobertura propuesta a esta población tan diversa y, en un cantón con distritos en los que la mayoría habita en zonas alejadas, y que para acceder al mamógrafo fijo más cercano, se debe realizar el proceso de asignación de citas directamente en el Hospital Tony Facio, ubicado en el cantón central de la provincia de Limón. En ese sentido, esta iniciativa se convierte en un facilitador para el proceso de agendado de citas, ya que, las mismas se podían adquirir en los EBAIS de toda el área de salud sin necesidad de desplazarse.
- Respecto a la estrategia de convocatoria y agendado de citas, el uso de tecnologías y redes, como la creación de la carpeta compartida, facilitó el proceso de comunicación y agendado de citas. Este proceso fue clave para garantizar la asistencia a las campañas, y se evidenció que el mismo fue coordinado y articulado entre los EBAIS del área de salud, y con un sistema de comunicación entre el personal de los distintos distritos que comprenden el área de atracción del ASS.
- El uso del material impreso personalizado durante el año 2018 fue un elemento favorable para el proceso de convocatoria que motivó la participación de un porcentaje importante de mujeres. Se evidenció un descenso en los porcentajes de cumplimiento en la segunda campaña con respecto a la primera, debido a un

faltante de material impreso ya que se demostró que este material fue comprendido y aceptado por la población.

- La estrategia de convocatoria y agendado de citas tienen una relación directa con la cobertura, si bien la estrategia de agendado de citas fue eficiente existen oportunidades de mejora en la estrategia de convocatoria para llegar a mayor población.
- La comunicación entre los actores involucrados en la ejecución y gestión de las campañas, tanto en Oficinas Centrales en San José y áreas de salud, es importante para lograr éxito en el desarrollo de estas campañas. Se demostró que el proceso de inducción para el desarrollo de las campañas es necesario para afianzar esa comunicación.
- Las ineficiencias en el logro de la cobertura se deben a faltantes en la asignación de citas en la segunda campaña. En este sentido, el porcentaje de mujeres de otras áreas de salud que fueron atendidas, no fue significativo para el logro de la cobertura propuesta.
- Realizar campañas dos años seguidos dividiendo la meta pudo ser un factor contraproducente ya que se percibe una desmotivación en el personal durante el segundo año de campaña y los esfuerzos en comunicación disminuidos. Es importante que se realicen ambas campañas, como un proceso continuo.

5.1.2 Pertinencia del Programa:

A continuación, se presentan las conclusiones respecto a la interrogante sobre la pertinencia del Programa:

- Se da respuesta a la necesidad de brindar la mamografía de fácil acceso a las mujeres beneficiadas, ya que estas obtienen un examen en su propia comunidad. El Programa es pertinente en términos de brindar acceso geográfico y administrativo a las mujeres en edad de riesgo en la comunidad beneficiaria, ya que, las mujeres ven reducidos sus tiempos de traslado y de espera y se les brinda la cita de la mamografía en su propia comunidad.
- En términos generales, el Programa fue bien percibido por la población beneficiaria ya que, según ellas mismas, responde a las necesidades de acceso

al diagnóstico y existe una tendencia de las mujeres a velar por su autocuidado, fomentar acciones de autocuidado, que es el fin superior de los programas de tamizaje, para lograr el protagonismo de las mujeres en el ejercicio de su propia salud.

- Un alto porcentaje de la población encuestadas ejerce labores remuneradas y de cuidado de personas menores de edad o adultos mayores, por lo que un programa pensado en mejorar el acceso a la mamografía de mujeres en zonas rurales alejadas, facilita el acceso a la salud a las mujeres que ejercen roles asociados a su condición de género, como manera de mitigar las consecuencias del cáncer de mama en estados avanzados en esta población.
- Las mujeres perciben la navegación dentro del sistema como un factor positivo, pues gracias a la APPD se le ofrecen las opciones de diagnóstico confirmatorio y tratamiento requeridas en todos los casos.
- El Programa genera un aumento en la demanda de pruebas complementarias en la Región, la respuesta del Sistema de Salud es pertinente pues todas las mujeres que requerían atención adicional a la mamografía, por resultados sospechosos, recibieron sus exámenes adicionales para confirmar diagnóstico o el tratamiento requerido de manera oportuna (dentro del rango de tiempo aceptado por los ejecutores).
- Pese a que el presupuesto del Proyecto no contempla la ejecución de pruebas complementarias, es compromiso de la CCSS, como aliado de la iniciativa, dar seguimiento a los resultados sospechosos de las mujeres aseguradas por lo que, este compromiso fue cumplido de manera aceptable.
- La percepción con respecto al proceso de navegación dentro del sistema por parte de las mujeres beneficiadas con resultados sospechosos es positiva. En este sentido, los aliados tienen una imagen positiva ante esta población, que se refuerza con la imagen de la CCSS ante la atención de las necesidades de la población. Al ser el HCB una organización que presta servicios de salud de manera privada, su accionar dentro del desarrollo de las campañas en términos de calidad de la atención y calidad de servicio, es reconocida por parte de la población beneficiaria.

- Durante el desarrollo de la evaluación se denotaron necesidades de la población de mujeres rurales relativas a educación para la salud sexual y reproductiva; existen muchas interrogantes acerca de la promoción y prevención de la salud en general.
- Los aliados cuentan con una buena comunicación entre sí, lo que facilita el accionar político y se muestra una apertura a recibir las oportunidades de mejora expuestas en esta evaluación.

5.1.3 Alianza Público Privada para el Desarrollo ALSALUS:

- ALSALUS es la primera Alianza Público Privada para el Desarrollo en Costa Rica que plantea una estrategia para dar solución a un problema en el sector salud, específicamente, en el abordaje de la estrategia del control del cáncer de mama. Este punto de encuentro entre varias organizaciones favorece el acceso a pruebas de tamizaje a mujeres en áreas de salud donde el “know how” de las organizaciones en temas específicos contribuye al desarrollo fluido de la alianza y su gestión
- ALSALUS contribuye con esta estrategia nacional de tamización al ampliar la cobertura en el área de salud de Siquirres, mediante la visita de una unidad móvil equipada con un equipo de mamografía y la entrega de resultados de las pruebas realizadas.
- Como parte de los resultados de esta evaluación se logró la reconstrucción de la teoría del programa de ALSALUS y del proceso de Navegación dentro del Sistema vivido por las mujeres, así como la caracterización de la población beneficiaria. Tener claros estos insumos es una oportunidad para mejorar la estrategia de convocatoria.
- Los resultados de esta evaluación permitieron conocer y visualizar las acciones asertivas del como Programa, las cuales pueden favorecer su posicionamiento como iniciativa colaborativa tanto a nivel público como privado. Los resultados de esta evaluación son una oportunidad de dialogo para la vinculación de nuevos aliados a la iniciativa, su afianzamiento y la búsqueda de oportunidades de desarrollo de nuevos recursos.
- Durante los años 2020 y 2021 la situación Pandemia Nacional así como la necesidad de recambio tecnológico han puesto al Programa en pausa por lo que esta evaluación es un insumo formativo para su continuación, que se proyecta para el año 2022.
- Es importante continuar con el seguimiento de las mujeres que fueron beneficiadas con la prueba durante de las campañas desarrolladas en el Área de Salud de Siquirres en los años 2018 y 2019, ya que la frecuencia de la prueba

también es una variable importante para los programas de tamizaje, por lo que para dar seguimiento a estas mujeres se requiere replicar la campaña tan pronto como la situación sanitaria actual lo permita.

- El mamografo movil es una estrategia complementaria al programa nacional de tamizaje instalado en la CCSS con mamografos fijos. Considerando que ALSALUS es una ADDP que durante los años 2018 y 2019 desarrolló el principal acercamiento a una estrategia de tamizaje, con posibilidades de replicarse en otras áreas de salud, es importante resaltar que la metodología de la Alianza le ha funcionado a ALSALUS en la toma de decisiones pues las organizaciones han encontrado puntos de convergencia.

5.2 Recomendaciones:

5.2.1 Recomendaciones para el Programa

- Continuar con el Programa y facilitar las acciones políticas y económicas para dar continuidad a la atención de las mujeres pues se brinda acceso oportuno y pertinente a las mujeres en edad de riesgo.
- Propiciar espacios de comunicación abiertos entre las áreas de salud involucradas y la alianza para facilitar la comunicación fluida y transparente durante el desarrollo de las campañas.
- Desarrollar un Programa de inducción robusto para el personal que va a desarrollar las actividades de convocatoria, agendado de citas y coordinación de las campañas en las áreas de salud.
- Replicar la estrategia de convocatoria y agendado de citas implementada por el ASS en otras comunidades similares en tamaño y cantidad de población creando protocolos de los procesos con el fin de propiciar su replicabilidad.
- Robustecer las acciones de promoción de la salud asociadas a la mejora de estrategia de convocatoria con el fin de involucrar a la población en el empoderamiento de su propia salud. Es responsabilidad del Programa mejorar los canales de información con respecto al proceso de navegación dentro del sistema contemplando las características de la población como nivel educativo, edad y contexto geográfico.
- Fortalecer la estrategia de convocatoria mediante acciones de promoción de la salud y educación de la salud, construyendo una estrategia de comunicación inclusiva que contemple las características culturales, laborales, socio educativo de la población beneficiaria.
- Velar por que las comunidades donde se instale la unidad móvil cuenten con acceso a medios de transporte público adecuados para las mujeres que residen en comunidades cercanas con el fin de continuar brindado acceso equitativo geográfico y administrativo.

- Se deben estandarizar los procedimientos de atención de las mujeres durante el proceso de navegación dentro del sistema y proporcionar los recursos necesarios dentro del área de salud y la región de salud para favorecer los protocolos de atención durante el aumento en la demanda de estudios complementarios y opciones de tratamiento.
- Pese a que el involucramiento y compromiso del personal del área de salud, se recomienda establecer presupuestos dentro de la misma área de salud para la asignación de la figura administrativa pertinente que ofrezca beneficios a las personas que asumen las funciones adicionales durante el desarrollo de las campañas.
- El indicador de cobertura del Programa es un pilar fundamental para la construcción de la estrategia de tamizaje. Es vital para el Programa que se garanticen las acciones que contemplen un aumento de cobertura sobre todo esta “labor de hormiga” que implica la búsqueda de las pacientes que no acuden por sí mismas, al llamado hecho por la estrategia de convocatoria. Cómo campañas de sensibilización y educación en la comunidad y el área de salud con la población beneficiaria, material visual digital e impreso para distribuir en el área de salud.
- Implementar el enfoque de Derechos Humanos en las distintas fases del Programa: planificación, gestión y evaluación, con el fin de propiciar un entorno favorable para generar acciones referentes a la equidad en el acceso a la salud desde esta perspectiva. Lo anterior a través de la incorporación de indicadores basados en el enfoque de Derechos Humanos para documentar las acciones referentes al concepto de equidad mencionado en la teoría del programa.
- Realizar acciones que fomenten la equidad e inclusión de las mujeres sordas, no videntes, indígenas entre otros en la estrategia de convocatoria como por ejemplo: traducción del material y la carta de invitación a lenguas autóctonas, LESCO, brailles, entre otras.

- Visualizar desde el enfoque de derechos la iniciativa con el fin de documentar la equidad en el acceso al estudio diagnóstico de la mamografía propiciando espacios educativos y de información para las mujeres donde se comunique de manera inclusiva la navegación dentro del sistema, los procedimientos a realizar y los beneficios y efectos secundarios de los tratamientos

5.2.2 Recomendaciones para la Alianza

- Continuar con la metodología Alianza enfatizando en los roles diferenciadores de cada uno de los actores involucrados desde una gobernanza horizontal que permite la comunicación fluida y distribución de roles y responsabilidades.
- Utilizar la capacidad instalada como Alianza para fortalecer la estrategia de control del cáncer de mama planteando iniciativas bajo la modalidad de APPD que permitan contribuir con todos los eslabones que comprenden dicha estrategia.
- Documentar las lecciones aprendidas como Alianza para fomentar esta forma de gestión en iniciativas similares.

5.3 Lecciones Aprendidas:

- El Trabajo Final de Investigación Aplicada para optar por el título de Maestría en Evaluación de Programas y Proyectos de Desarrollo representó un proceso de aprendizaje en sí mismo, pues implica la aplicación de los conocimientos adquiridos durante el programa de estudios y la labor profesional.
- El gran reto de este proceso fue la construcción del juicio de valor como un elemento medular de la evaluación de programas y proyectos, en especial cuando estos son motor del desarrollo. Construir ese criterio experto representa pasar de la demostración de los resultados mediante evidencias a la construcción de los hallazgos y el juicio de valor. Es decir, del positivismo clásico de las profesiones de la salud a la interpretación de las ciencias sociales.
- Conocer el proyecto y los referentes teóricos sin duda alguna facilitan el proceso de evaluación ya que permite ver el proyecto con los ojos conocedores, sin embargo, se debe velar por mantener la rigurosidad durante todo el desarrollo de la misma.
- Una evaluación interna permite ir visualizando las mejoras durante el mismo proceso evaluativo e ir incorporando algunas estrategias para mitigar el riesgo de los proyectos sobre la marcha. ¿Se implementarán estas estrategias?

Bibliografía

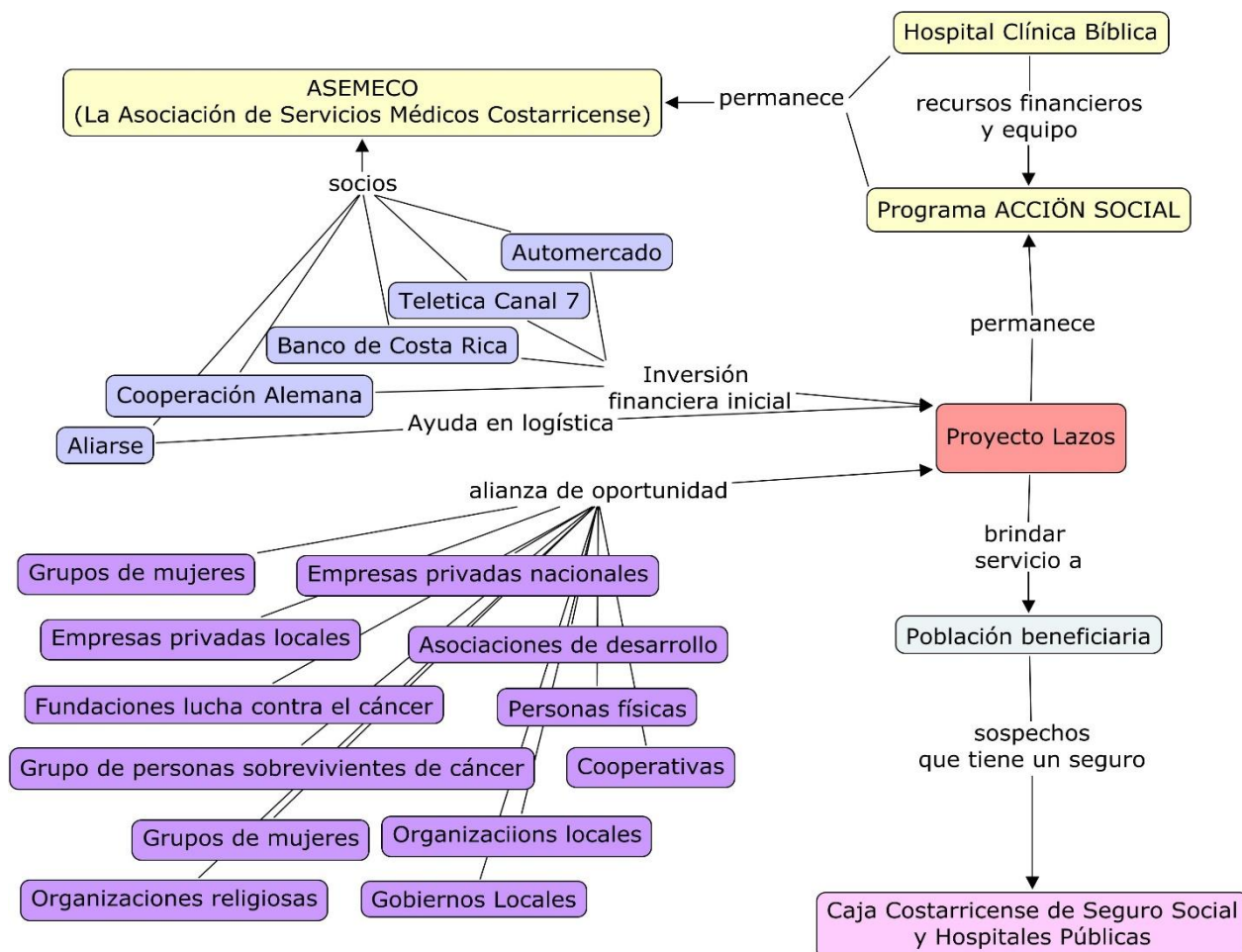
- ALIARSE. (2010). Guía metodológica para la formación y gestión de alianzas público-privadas para el desarrollo.
- Aliarse, & MEP. (2018). Guía de formación de alianzas público privadas para el desarrollo.
- Alquilino, N., Arias, E., Estevéz, S., & Suaya, A. (2015). Hacia un análisis de evaluabilidad de planes y programas sociales: un estudio sobre 33 iniciativas implementadas en Argentina. *Studia Politicæ*, (34), 37-72.
- Batista-Foguet, J., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica* 122(1), 21-27.
- Cabrera, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *theoria*, 14(1), 61-71.
- Calvente, M., & Rodríguez, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25, 181-186.
- Camacho, J. (2015). Perspectivas etnográficas: La observación y la entrevista. *Cuadernos de Antropología* 12, 51-73.
- Casado, F. (2007). *Alianzas Público -Privadas para el Desarrollo*. Madrid: Fundación Carolina.
- CCSS. (2013). Situación del cáncer de mama en Costa Rica.
- CCSS. (2017). *PAI*.
- CCSS/CTC. (2015). Plan de distribución de equipos de mamografía y poblaciones adscritas, para la atención oportuna del cáncer de mama con criterios de accesibilidad y equidad.
- Crowther, W. (1999). *Manual de Investigación- acción para la evaluación científica en el ámbito administrativo*. San José- Costa Rica: EUNED.
- Domínguez, S. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana de Salud Pública* 33, 0-0.
- Fernandez, N. (2012). *Planificación de políticas, programas y proyectos sociales 1 Ed.* Buenos Aires: Fundación CIPPEC.

- García, F. (2002). *EL Cuestionario: Recomendaciones metodológicas para el diseño de cuestionarios. Primera Edición*. México DF: Limusa.
- Ghiso, A. (1999). Acercamientos: el taller en procesos de investigación interactivos. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, (9),, 141-153.
- Gobierno de Navarra. (2008). *Protocolo de Evaluabilidad de las políticas públicas en la Comunidad Foral de Navarra*.
- Gonzalez, L., Gonzalez, M., Nigenda , G., & López, L. (2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. *Salud Pública Mex*, 52:533-543.
- HCB, P. d. (2012). Informe Anial de Labores .
- HCB, P. d. (2013). Informe Anual de Labores .
- HCB, P. d. (2014). Informe anual de labores.
- House, E. (1997). *Evaluación, ética y poder*. Madrid : Morata.
- Humphrey, L., Helfand, M., Chan, B., & Woolf, K. (2002). Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 137(5_Part_1), págs. 347-360.
- MIDEPLAN Costa Rica, M. d. (2017). *Manual de evaluación para las intervenciones públicas: gestión de evaluaciones en el sistema nacional de planificación*. San José: MIDEPLAN.
- MIDEPLAN Costa Rica, M. d. (s.f.). *Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer 2007-2011*.
- MIDEPLAN, C. R. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante"*. San José Costa Rica.
- Ministerio de Salud Costa Rica, M. d. (s.f.). *Plan Nacional de Salud 2010-2021*.
- Muñoz, T. (20 de Marzo de 2003). *El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación*. Obtenido de <http://personal.telefonica.terra.es/web/medellinbadajoz/sociologia/EICuestionario.pdf>
- Nirenberg, O. (2001). Nuevos enfoques en la evaluación de proyectos y programas sociales. *In ponencia presentada en el VI Congreso del CLAD*. Buenos Aires Argentina.
- Nirenberg, O., Brawerman, J., & Ruiz, V. (2000). *Evaluar para la trasformación: innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Norma técnica para la atención de personas con cáncer de mama. (20 mayo 2014). *La Gaceta N°95*, 12-27.

- OMS. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva.
- OMS y OPS. (2000). *Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe*. Ginebra.
- OPS/OMS. (s.f.). Prevención: factores de riesgo y prevención del cáncer de mama.
- OPS/OMS. (s.f.). Planificación: Planificación de programas integrales contra el cáncer de mama. Un llamado a la acción. *Resumen de conocimientos*.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation: The new century text*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Patton, M. Q. (2003/2004). Sobre el uso de la evaluación: la reflexión evaluativa y el uso del proceso. *The Evaluation Exchange*, (págs. Volumen IX, Nro. 4 -).
- Pelicioni, M. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(2), 115-121.
- RAE. (2014). *Diccionario de la lengua española 23 ed.* Madrid: España.
- Saez, S., & Perez, R. (1999). *La intervención psicopedagógica en la salud en el contexto no formal*. Lleida.
- Sáez, S., Marqués, F., & Colell, R. (1995). *Educación para la salud. Técnicas para el trabajo con grupos reducidos*. Lleidá: Pages.
- Salas, A., & Castillo, A. (2003). *Fundamentos Conceptuales y Operativos del Sistema Nacional de Salud y del modelo de Atención en Salud*. CCSS, CENDEISS, Universidad de Costa Rica. San José.
- Ministerio de Salud, M. d. (s.f.). Estrategia Nacional abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y obesidad 2013-2021.
- Stockmann, R. (2011). *Manual de Evaluación. Una guía práctica de procedimientos*. San José: UCR.
- Universidad de Costa Rica. (20 de octubre de 2015). *Unidad de Promoción de la Salud*. UCR. Obtenido de <http://www.ups.ucr.ac.cr/>
- Wilson, J., & Jungner, G. (1968). *Principles and Practice of Screening for Disease*. World Health Organization.

Anexos

Anexo 1 Los Actores del Proyecto Lazos durante los primeros años de ejecución



Fuente: Elaboración Propia, 2015

Hay cuatro niveles de relación entre los actores social, mercado, y organizacional y el Proyecto Lazos. El primer nivel son los amarillos que incluyen Hospital Clínica Bíblica (HCB) y El PAS, ambos permanecen a ASEMECO. PAS da gestión y ejecución al Proyecto Lazos. HCB brinda recursos financieros, personales, equipos, mantenimiento de los equipos, y parte de esos recursos se usan para el Proyecto Lazos. El segundo nivel de cooperación está en color azul, que son actores del mercado u organización social, por ejemplo, Banco de Costa Rica, Auto mercado,

etc. Ellos donaron alrededor de 200,000 dólares para inicial el proyecto. También la organización Aliarse ofreció ayuda logística que fue una contribución muy útil.

El tercero nivel de relación son los en color morado. Ellos son alianza de oportunidad en que ellos ofrecieron recursos financieros, ayuda a organizar, o cooperación a actividades. Las alianzas de oportunidad contribuyen al proyecto a funcionar con su mejor capacidad operativa, para servir la mayor cantidad de personas posibles. Pero esas ayudas no son estables, con recursos limitados, y se requiere procesos de negociación para confirmar disponibilidad de colaboración.

El cuarto nivel de relación son los beneficiarios o, más bien, clientes. Ellas son mujeres mayores que 40 años de edad, vive en zona rural o urbana marginal, y quienes (por su condición geográfica, cultural o socioeconómica) no tengan acceso a dicho examen y en el cumplimiento del mismo.

Lo que necesita a apuntar es que las personas que reciben un reporte de sospecho de maligno y sean aseguradas son referidas a centros de salud de Caja Citarícese de Seguro Social para ser atendidas con tratamiento adecuados y seguimientos necesarios.

Anexo 2: Marco Lógico del Proyecto Lazos



Ver dibujo 2, el insumo del proyecto es donación interno y externo. El donador principal es el Hospital Clínica Bíblica que ofreció equipo, personales, recursos financieros, etc. También muchas otras alianzas de ASEMECO y del proyecto contribuyeron diferentes recursos. Utilizan los insumos, el equipo del proyecto realiza la preparación de las actividades que incluye solicitar permisos, montar máquinas de mamógrafo, seleccionar clientes, etc. Después se realiza las campañas en varias comunidades para tener resultados de análisis de mamógrafos para las mujeres atendidas y para enseñar las mujeres sobre cáncer de mama. Todo ese proceso es para ofrecer servicios diagnósticos a la población femenina meta mediante de una unidad móvil.

Para facilitar una mejor visualización de la teoría del proyecto y un análisis más detallado, se sistematiza el proyecto en la tabla:

Matriz de Modelo de Resultados Proyecto Lazos				
Insumos	Actividades	Productos	Efectos Directos	Efecto Indirecto

<ul style="list-style-type: none"> • Un mamógrafo y un digitalizador de imágenes, impresora, estación de trabajo, • Chasis de camión de 10 toneladas. • Planta eléctrica, tanque de agua potable • Carrocería plomada. • Permisos del funcionamiento y de circulación. • Contratos de mantenimiento. • Personal de electricidad, personal de diseño de la unidad móvil. • Manuales de procedimientos, • Protocolos operativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar una unidad móvil para la detección temprana de cáncer de mama. Equipar una unidad móvil como un centro radiológico. • Obtener los permisos de funcionamiento para operar una unidad móvil. 	<p>La Unidad Móvil Lazos totalmente equipada como un centro radiológico de alta calidad</p>	<p>Ofrecer acceso a servicios de diagnóstico o por imágenes a la población femenina meta mediante de una unidad móvil.</p>	<p>Aumento en la incidencia de Cáncer de Mama, disminución en la mortalidad por cáncer de mama y aumento en la sobrevivencia mediante servicios tempranos de diagnóstico a mujeres adultas de escasos recursos, en zonas rurales en Costa Rica, que tienen difícil acceso a servicios médicos adecuados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Formato de agendas de pacientes. • Transporte para el recurso humano hasta las comunidades beneficiadas. • Viáticos de Hospedaje y Alimentación. • Personal del área de la Salud para la operación de la unidad móvil, (1 médico radiólogo y dos imagenólogas), • Personal del área de 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con las organizaciones locales los requisitos de inscripción, donación, y realización de las campañas. • Se realiza una previa selección de las pacientes que se verán beneficiadas. • Se realizan las campañas durante una semana o dos acorde con la 	<p>Las Campañas de Detección Temprana en las comunidades rurales y centros urbanos con necesidad</p>	<p>Ofrecer acceso a servicios de diagnóstico o por imágenes a la población femenina meta mediante de una unidad móvil.</p>	<p>Aumento en la incidencia de Cáncer de Mama, disminución en la mortalidad por cáncer de mama y aumento en la sobrevivencia mediante servicios tempranos de diagnóstico a mujeres adultas de escasos recursos, en zonas rurales en Costa Rica, que tienen difícil acceso a servicios médicos adecuados.</p>

<p>mantenimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Personal de apoyo y transporte. ● Insumos Para la realización de las mamografías (batas, películas, sobres, papelería). 	<p>necesidad de atención y con la coordinación del Programa de acción Social y la gestión comunal</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ● El diagnóstico médico que refleje sospecha de malignidad con la recomendación del especialista respectivo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar una reunión personalizada con la mujer que poseer un resultado alterado para informar sobre su proceso siguiente. ● Emitir una referencia médica de respaldo para proceder al seguimiento independiente por parte de la paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ● La Referencia Médica hacia las instancias de salud correspondientes. ● La asesoría sobre los procesos siguientes a la obtención de un diagnóstico sospechoso de malignidad hacia instancias en salud para la realización 	<p>Referir a las instancias adecuadas a las personas que necesiten seguimiento por su condición de salud.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Maniqués, ● Afiches. ● Panfletos. ● Videos. ● Personal capacitado, 	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizar charlas informativas sobre la importancia de la detección temprana y el autoexamen. ● Realizar Talleres para mujeres sobre la realización del autoexamen, 	<p>El conocimiento adquirido con respecto a al autoexamen de mama y salud reproductiva</p>	<p>Facilitar la educación de la población meta en los temas de prevención del cáncer y salud reproductiva.</p>	<p>Reducción de Factores de Riesgo extrínsecos a la paciente asociados a estilos de vida poco saludables y desinformación sobre el autocuidado</p>

	salud reproductiva y estilos de vida saludables			
--	--	--	--	--

Anexo 3 Resumen de los criterios de Wilson y Jungner

Principio	Explicación adicional de Wilson y Jungner
La condición buscada debe ser un problema de salud importante.	No depende sólo de la prevalencia; se debe considerar desde el punto de vista del individuo y de la comunidad; Las condiciones con graves consecuencias tanto para los individuos como para la comunidad pueden justificar el cribado.
Debe haber un tratamiento aceptado para los pacientes con enfermedad reconocida.	Quizás el criterio más importante; a menos que haya un tratamiento efectivo, se puede hacer daño; requiere responder 2 preguntas: 1) ¿El tratamiento en el estadio límite presintomático de una enfermedad afecta su curso y pronóstico? 2) ¿El tratamiento de la condición clínica desarrollada en una etapa temprana a la normal afecta su curso y su pronóstico? Si la respuesta a la pregunta 1 no es claramente afirmativa, entonces no hay caso para el cribado. Para la pregunta 2, el tratamiento efectivo se suele «asumir».
Deben estar disponibles instalaciones para diagnóstico y tratamiento.	Debe contar con instalaciones disponibles para el diagnóstico y tratamiento de las personas que se encuentran positivas mediante el cribado.
Debe haber una fase latente reconocible o temprana sintomática.	Debe ser un período razonable asintomático en la historia natural de la condición.
Debe haber una prueba o examen adecuado.	La prueba debe ser fácil y rápida, puede ser menos sensible y específica que una prueba de diagnóstico. En una prueba de cribado, se puede aceptar una tasa de falsos positivos mayor, pero una alta tasa de falsos negativos no sería aceptable.
La prueba debe ser aceptable para la población.	La aceptabilidad está relacionada con la naturaleza del riesgo involucrado y en la medida de que «el terreno está preparado previamente por la educación sanitaria».
La historia natural de la enfermedad, incluyendo el desarrollo de la enfermedad latente a ser declarada, debe ser adecuadamente entendida.	Es necesario haber realizado suficiente investigación para saber 1) ¿Qué cambios deben considerarse patológicos y qué se deben considerar variaciones fisiológicas? Y 2) ¿Los cambios patológicos tempranos son progresivos?

Debe haber una política acordada sobre quienes tratar como pacientes.	Es necesario saber, ¿Existe un tratamiento eficaz que puede detener o revertir los cambios patológicos tempranos? Es posible que no sepamos la respuesta a esta pregunta porque no se han realizado ensayos controlados aleatorios de detección o tratamiento. Debemos tener cuidado y prestar atención al principio hipocrático de primum non nocere (primero no hacer daño). Hay un problema «límitrofes» por el cual se encuentran personas mediante el cribado que no son claramente normales ni anormales. Es importante tener una política clara para el tratamiento o el seguimiento de estas personas.
El costo de la búsqueda de un caso (incluido el diagnóstico) debe estar equilibrado desde el punto de vista económico en relación con los posibles gastos en atención médica en su conjunto.	Hay dos objetivos generales de la detección: mejorar la salud y reducir los costos. No es seguro que el cribado reducirá los costos; Hay una necesidad de ensayos controlados aleatorios de detección para determinar esto, aunque estos ensayos son difíciles de llevar a cabo.
La búsqueda de casos debe ser un proceso continuo y no un proyecto de «una vez por todas».	El beneficio de la detección «de una sola ocasión» es limitado.

Anexo 4 Clasificación BIRADS

Tabla I
CLASIFICACIÓN BIRADS*, 2003

Evaluación Incompleta

Categoría 0: Se requiere evaluación por imágenes (magnificación, focalización, ultrasonido, etc.)

Evaluación Completa-Categorías finales

Categoría 1: Negativa, mama normal

Categoría 2: Hallazgo benigno (fibroadenomas, lesiones grasas, linfonodos intramamarios, etc.).

Categoría 3: Hallazgo probablemente benigno. Sugiere intervalo corto de seguimiento.

Categoría 4: Anomalías sospechosas. Debe considerarse biopsia debido a riesgo de cáncer.

Categoría 4A: Lesiones de baja probabilidad de ser malignas, las cuales sin embargo van a biopsia.

Categoría 4B: Lesiones de sospecha intermedia de malignidad. La conducta dependerá de la correlación radio-histológica.

Categoría 4C: Lesiones de sospecha intermedia de malignidad. La conducta dependerá de la correlación radio-histológica.

Categoría 5: Altamente sugerente de malignidad.

Categoría 6: Se denominan a los cánceres ya confirmados con biopsia, antes de su tratamiento definido (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia).

*American College of Radiology. Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS). Fourth Edition, 2003.

Anexo 5 Justificación de los cambios realizados para ajustar la encuesta del Gobierno Vasco a la realidad del Programa ALSALUS.

Numeración En Encuesta del Gobierno Vasco	Cambios Realizados	Numeración en Encuesta ALSALUS
P. 01 P. 02 P. 04 P.05	Se agrega el concepto Unidad Móvil de Mamografía, ya que el proyecto se implementa mediante la misma	P.01 P.02 P.04 P.05
P. 03	Cambia la redacción en la pregunta y en la escala de respuesta	P.03
P. 06 P. 07 P. 08	Se cambia la redacción para adecuarla al contexto	P. 06 P. 07 P. 08
P. 09 P. 10 P. 11	Se hacen variaciones a la redacción de la pregunta	P. 09
No existe	Se agrega pregunta adicional sobre estrategia de convocatoria	P. 12
P. 12 P. 13 P. 14	Se eliminan porque no aplican, debido a que la estrategia de convocatoria no contempla llamadas telefónicas	
P. 15	Se cambia la redacción para adecuarla al contexto	P. 13
P. 16	Se hacen variaciones a la redacción de la pregunta	P. 14
	Se agrega para evidenciar el acceso a la mamografía en términos de tiempo	P. 15
P. 17	Se adapta para evaluar la satisfacción	P. 16
P. 18	Se hacen variaciones a la redacción de la pregunta	P. 17
P. 19	Se elimina, pues el llenado de documentos se hace previo al examen	
P. 20	La primera parte se conserva, se elimina la segunda parte de la pregunta	P.18
P. 21	Se realizan variaciones mínimas a la redacción	P. 19
P. 22 P. 23 P. 24	Se eliminan pues no corresponden a componentes del proyecto	
	Se agrega pregunta para conocer sobre el proceso de entrega de resultados	P. 20 P. 21 P. 22 P. 23
P. 25 P. 26	Se adapta a las dinámicas del proyecto	P. 24

P. 27 a P.40	No se utilizan, pues no se ajustan a las fases del proyecto	
P. 41 P. 42	Se adaptan a la dinámica del proyecto	P. 26 P. 27
	Se agrega para valorar intereses de la evaluación	P. 28
P.43 P.44 P 45	Se conservan sin variaciones	P.29 P.30 P. 31
	Se agrega para valorar antecedentes de cáncer	P. 32
P.46 P.48	Se conserva con variaciones mínimas	P. 33 P. 34
47	Se elimina	
	Se agrega para valorar las labores de cuidado	P.35

Anexo 6 Encuesta de Satisfacción de las beneficiarias de ALSALUS

Encuesta Número: _____ Encuestadora: _____

Encuestada Original: _____ Edad: _____ Teléfono:

Área de Salud: _____ EBAIS en el que
consulta _____

Realizada (si) (no). Número de llamadas _____ Por qué no?

Sustituta 1: _____ Edad: _____ Teléfono:

Área de Salud: _____ EBAIS en el que
consulta _____

Realizada (si) (no). Número de llamadas _____ Por qué no?

Sustituta 2: _____ Edad: _____ Teléfono:

Área de Salud: _____ EBAIS en el que consulta:

Realizada (si) (no). Número de llamadas _____ Por qué no? _____

Presentación:

Buenos Días, Estoy realizando una encuesta para conocer la opinión de las mujeres que participaron en el proyecto de Unidad Móvil de Mamografía en el CAIS de Siquirres el año pasado. Ud fue seleccionada al azar entre todas las mujeres participantes ¿Sería tan amable de responder unas preguntas sobre su experiencia? Son muy sencillas y terminamos en unos minutos

P. 01 En primer lugar, ¿quisiera que me dijera si cree que el programa de detección temprana de cáncer de mama mediante una unidad móvil es necesario?

Si 1

NO 2

No responde/ No sabe 3

P. 02 ¿Cree que la Unidad Móvil de Mamografía sirve para detectar el cáncer de mama a tiempo?

Si 1

NO 2

No responde/ No sabe 3

P. 03 ¿Cree que el cáncer de mama detectado a tiempo el cáncer de mama puede curarse?

Si, en la mayoría de los casos 1

Sí, en algunos casos 2

NO 3

No responde/ No sabe 4

P. 04 Si no existiera una Unidad Móvil, ¿cree que la mayoría de las mujeres de su comunidad podrían realizarse la mamografía?

SI 1

NO 2

No responde/ No sabe 3

P. 05 ¿Volvería a hacerse la mamografía en la Unidad Móvil cuando la convoquen de nuevo?

SI 1

NO 2

No responde/ No sabe 3

P. 06 ¿Qué piensa sobre la posibilidad de que le de cáncer de mama?

Casi no estoy preocupada 1

Estoy relativamente tranquila 2

Estoy preocupada 3

Estoy muy preocupada 4

No responde/ No sabe 5

P. 07 Ahora quisiera saber su opinión sobre el funcionamiento del programa de detección temprana de cáncer de mama mediante una Unidad Móvil en conjunto y con cada uno de los siguientes aspectos del mismo:

(1 nada satisfecho, 2 poco satisfecho, 3 ni satisfecho ni insatisfecho, 4 muy satisfecho, 5 totalmente satisfecho, 6 no sabe o no responde)

El programa en conjunto	1	2	3	4	5	6	
La estrategia de convocatoria	1	2	3	4	5	6	
Trato recibido por parte del personal de la Clínica			1	2	3	4	5
			6				
El profesionalismo del personal de la Unidad Móvil			1	2	3	4	5
			6				
La información recibida durante todo el proceso			1	2	3	4	5
			6				
El equipamiento y las instalaciones de la Unidad Móvil	1	2	3	4	5	6	

Valoración de las diferentes fases del programa

Estrategia de Convocatoria

P. 08 En Primer lugar recibió una carta donde se le invitaba a participar en el Programa. ¿Qué sensación tuvo al leer la carta?

No recuerda haber recibido una carta 1

Le pareció bien 2

La dejó indiferente 3

Le molestó 4

No responde 5

P. 9 ¿La información que se le proporcionaba en la carta le pareció?

Clara	1
Confusa	2
No leyó la carta	3
No responde	4
¿Y?	
Suficiente	1
Insuficiente	2
No responde	3

P.10 ¿Cuál fue la razón por la que fue a hacerse la mamografía?

Pensó que era bueno para Ud hacérselo	1
La animó un familiar o amiga	2
Le indicaron en el EBAIS o un médico	3
Al estar la Unidad Móvil en la comunidad pensó que tenía que ir	4
Tiene algún familiar o conocido que tuvo cáncer de mama	5
No responde	6

P.11 ¿Dónde Obtuvo la cita para la mamografía?

En el EBAIS	1
Directamente en el CAIS	2
No responde	3

Realización de la mamografía

P.12 Ahora vamos a hablar del día que le hicieron la mamografía ¿Con qué estado de ánimo acudió a la cita? ¿Ud iba?

Tranquila	1
Un poco nerviosa	2
Bastante preocupada	3
Con miedo	4

No sabe o no responde 5

P.13 ¿Tuvo algún problema especial de transporte para trasladarse al centro donde le hicieron la mamografía?

Si 1

No 2

No responde 3

P.14 ¿Cómo se trasladó a realizarse la mamografía?

Caminando 1

En Bus 2

En taxi 3

La llevó un familiar o un amigo 4

En su propio carro 5

Otro 6

P.15 ¿Cuánto tiempo duró en trasladarse a realizarse la mamografía?

Cantidad de minutos _____

P.16 ¿Cuándo llegó a la Unidad Móvil a realizarse la mamografía se le hizo larga la espera para ser atendida?

Bastante 1

Un poco 2

No 3

No se / no responde 4

P.17 ¿La persona que le recibió los documentos le pareció?

Amable 1

Correcta 2

Poco Correcta 3

No sabe o no responde 4

P.18 ¿Cuándo le hicieron la mamografía sintió dolor?

No 1

Alguna molestia	2
Mucho Dolor	3
No sabe o no responde	4

P.19 ¿Las personas que le hicieron la mamografía fueron?

Muy profesionales	1
Correctas	2
Poco	

Correctas	3
-----------	---

Comunicación de los resultados de la mamografía

P. 20 ¿Fue notificada sobre el resultado de la mamografía?

Si 1

No 2

No responde 3

P.21 ¿El tiempo que tuvo que esperar por su resultado fue?

Relativamente Poco 1

Adecuado 2

Mucho 3

No responde 4

P. 22 ¿Cómo fue notificada de su resultado?

Llamada de teléfono 1

La citaron en el EBAIS 2

Otro 3

P. 23 ¿Con respecto al resultado la información que le brindaron fue?

Clara 1

Confusa 2

No responde 3'

¿Y?

Suficiente 1

Insuficiente 2

No responde 3

P.24 Durante el tiempo que esperó por su resultado ¿Cómo se sintió? ¿Estaba?

Tranquila 1

Un poco nerviosa 2

Bastante Preocupada 3

Con miedo 4

No sabe o no responde 5

P.25 Una vez que le comunicaron su resultado ¿se quedó tranquila?

Si 1

No 2

No sabe o no responde 3

Percepción de los beneficios del Programa y elementos de mejora

P.26 Ya casi vamos terminando, ¿podría decirme que le pareció el programa en su totalidad?

Mucho mejor de lo que esperaba 1

Algo mejor de lo que esperaba 2

Como lo esperaba 3

Algo peor de lo que esperaba 4

Mucho peor de lo que esperaba 5

No contesta 6

P. 27 En caso de que volviera la Unidad Móvil de Mamografía ¿Volvería a hacerse la mamografía?

Sí volvería 1

Probablemente sí volvería 2

Probablemente no volvería 3

No volvería 4

No contesta 5

P. 28 En caso de que NO volviera la Unidad Móvil de Mamografía a su comunidad ¿Volvería a hacerse la mamografía?

Sí volvería 1

Probablemente sí volvería 2

Probablemente no volvería 3

No volvería 4

No contesta 5

P.29 ¿Podría decirme cual es el aspecto más positivo del programa?

P.30 ¿Y algún aspecto que se podría mejorar?

P. 31 ¿Tiene algún familiar con antecedentes de cáncer de mama?

Mama 1

Hermana 2

Abuela 3

Tía 4

Otro 5

Ninguno 6

P. 32 ¿Qué estudios ha realizado?

Primaria incompleta 1

Primaria completa 2

Secundaria incompleta 3

Secundaria Completa 4

Estudios Universitarios 5

No responde 6

P.33 ¿Trabaja Fuera de casa?

Si 1

No 2

No responde 3

P. 34 ¿Cuida a algún familiar?

Persona con discapacidad 1

Adulto mayor 2

Nietos 3

Otro 4

No cuida 5

No responde 6

Anexo 7 Puntajes Categoría Calidad de la planificación y del diseño de la intervención

Sub Categoría: Definición de problemas		Puntaje
¿Existe un diagnóstico de los problemas que se pretenden resolver con la intervención?		100%
¿Se ha recogido el diagnóstico en el documento programático de la intervención?		50%
¿Se identifican claramente los problemas y necesidades en el diagnóstico?		100%
¿Están cuantificados o son medibles?		100%
¿Se han definido indicadores que permitan establecer la situación de partida (línea de base) para la posterior valoración de la intervención en relación con la solución de los problemas identificados?		50%
¿Se han identificado las causas de los problemas?		100%
¿Se ha acotado la cobertura de la intervención? Es decir, ¿se han definido las dimensiones institucionales, temporales, sectoriales y geográficas de la intervención?		100%
¿Se ha hecho un análisis de los elementos relevantes del contexto operativo en el que se desarrolla la intervención?		75%
¿Se ha explicitado a quiénes afectan los problemas detectados de manera adecuada? Es decir, ¿se ha definido la población objetivo?		100%
Promedio		77.5%
Sub Categoría: Definición de Objetivos		Puntaje
¿Se han definido explícitamente los objetivos perseguidos con la intervención?		100%
¿Son claros?		75%
¿Son concisos?		100%
¿Están cuantificados o son medibles o valorables?		100%
¿Responden los objetivos de la intervención a las necesidades y problemas detectados?		100%
¿Se ha definido el horizonte temporal en el que se pretenden alcanzar los objetivos?		100%
Promedio		95,8%
Sub Categoría: Coherencia Interna		Puntaje
¿Se han establecido distintos niveles de objetivos?		50%
¿La jerarquía de objetivos responde a relaciones causa-efecto?		50%
¿Son coherentes los objetivos entre sí? Es decir, ¿la consecución de los objetivos de un nivel (por ejemplo, objetivos específicos) implica o puede implicar con bastante probabilidad el logro del objetivo del nivel superior de planificación (por ejemplo, objetivo final)?		50%

¿Se han concretado los objetivos en propuestas de actuación (actividades, acciones)?	50%
¿Son estas propuestas de actuación claras?	100%
¿Son concisas?	75%
¿Concretan un compromiso de acción?	100%
¿Son constatables, es decir, se pueden medir o valorar?	75%
¿Existe coherencia entre las actuaciones propuestas y los objetivos? Es decir, la puesta en marcha de las actividades ¿implica o puede implicar con bastante probabilidad el logro de los objetivos planteados?	100%
¿Se han asignado responsabilidades y presupuesto en relación con la aplicación de las actuaciones?	100%
Promedio	75%
Promedio Categoría	62.82 %

Cuadro 8 Puntaje Categoría Calidad del sistema de información

Sistemas de Información	Puntaje
¿Existe información suficiente sobre los aspectos de la intervención a evaluar que pueda suministrarse para la evaluación?	100%
¿Se ha definido algún procedimiento para la recogida de información sobre la intervención?	100%
¿Es fiable, eficaz, ágil y no muy costoso?	100%
¿Se han definido indicadores para recopilar sistemáticamente la información sobre la evolución de la intervención y sus actividades?	100%
¿Son relevantes los indicadores para la intervención?	100%
¿Son relevantes los indicadores para responder a las preguntas de evaluación que se han pensado?	75%
¿Hacen referencia a los objetivos definidos?	25%
¿Hacen referencia a las actividades definidas?	75%
¿Son los indicadores fiables?	75%
¿Son los indicadores fáciles de obtener?	75%
¿Son fáciles de interpretar?	100%
¿Se ha definido cuándo se debe recoger la información de cada indicador?	75%
¿Se han asignado recursos suficientes (financieros, materiales y humanos) para llevar a cabo el seguimiento?	50%
Promedio	80.79%

9 Puntaje de Claridad en los propósitos de la evaluación

Propósitos de la Evaluación	Puntaje
-----------------------------	---------

¿Se han definido los propósitos de la evaluación?	100%
¿Se han definido las preguntas a las que la evaluación debe dar respuesta?	100%
¿Se ha identificado a los actores implicados en la intervención?	100%
¿Se ha realizado un análisis previo de los principales intereses y posibilidades de participación en el proceso de evaluación?	75%
En la formulación de preguntas de evaluación ¿se ha tenido en cuenta o se tendrán en cuenta los intereses de los grupos más representativos relacionados con la intervención?	75%
¿Se han acotado las dimensiones (temporales, geográficas, institucionales, etc.) de la intervención que van a ser consideradas en la evaluación?	100%
¿Perciben los actores implicados en la intervención la utilidad de la evaluación?	100%
¿Se utilizará la información que suministre la evaluación?	100%
¿Podría la evaluación, si así se concluye, influir en la intervención?	75%
¿Se difundirán los resultados de la evaluación, especialmente entre las organizaciones y entidades implicadas?	75%
Promedio	90%

Puntaje de Recursos Destinados a la Evaluación

Recursos destinados	Puntaje
¿Es el presupuesto adecuado para llevar a cabo la evaluación? Es decir, ¿es el presupuesto disponible un factor que puede limitar la evaluación?	NA
¿El tiempo asignado para realizar la evaluación es suficiente para llevarla a cabo? En definitiva, ¿es el tiempo disponible un factor que puede limitar la evaluación?	100%
¿Cuándo se espera recibir los productos de la evaluación? ¿Estarán a tiempo para que puedan mejorar la intervención?	100%
¿Se va a establecer algún tipo de procedimiento para dar seguimiento a la incorporación de las recomendaciones de la evaluación?	75%
Promedio	92%

Puntaje de Implicación de los actores en relación con la evaluación

Implicación de los actores en relación con la evaluación	Puntaje
¿Hasta qué punto estarán implicados los agentes clave?	100%
¿Existe una actitud favorable hacia la evaluación del personal técnico, gestores y políticos?	75%

¿Existen grupos de presión que puedan interferir en la independencia de la evaluación?	100%
¿Se facilitará al equipo de evaluación el acceso a toda la información y documentación relevante de la intervención, y a los agentes e informantes clave que deban participar en entrevistas, grupos de discusión o cualquier otra técnica de recopilación de información?	100%
¿Se facilitarán los canales de comunicación más adecuados para que el equipo de evaluación recopile la información necesaria?	100%
¿Se facilitará la participación de los “actores implicados” en el desarrollo de la evaluación?	75%
¿Existe o existirá un clima favorable de cooperación entre personas y entidades evaluadoras y evaluadas?	100%
¿Tiene el equipo encargado de gestionar la intervención, formación específica en evaluación?	75%
¿y en la materia objeto de la evaluación?	100%
¿Se va a establecer algún tipo de procedimiento para dar seguimiento al desarrollo de la evaluación?	75 %
¿Se van a asignar responsabilidades en relación con la ejecución, validación y control de calidad de las evaluaciones a realizar?	75%
Promedio	97,6%

Anexo 8 Reconstrucción del Proceso de Convocatoria y agendado de citas:

1. Proceso de Inducción dirigido a las personas ejecutoras en el Área de Salud de Siquirres.

- En el año 2018 se realizó un proceso de inducción tres meses previos a la instalación a de la Unidad Movil donde se explicaron los lineamientos establecidos, responsabilidades de las partes involucradas, criterios de inclusión y se definieron requerimientos técnicos para la ubicación de la Unidad Movil en el CAIS, entre otros.
- Entrega del material impreso de la estrategia llegar a tiempo que incluyó carta de invitación, consentimiento informado, desplegable informativo y sobre alusivo a la campaña

2. Promoción del Programa a lo interno del CAIS y a la comunidad.

- Estrategia de comunicación y promoción de la iniciativa por parte de las autoridades del CAIS hacia el personal de todos los EBAIS mediante uso de redes internas.
- La estrategia de promoción a la comunidad consistió en la decoración alusiva a la campaña del edificio de REDES, uso de aplicaciones móviles y redes sociales para difundir la información. Entre otros.

3. Entrega de las cartas de invitación

- Una parte de las cartas de invitación fueron entregadas por los ATAP en las visitas domiciliarias y en los EBAIS cuando las personas acudieron al llamado para agendar su cita.

4. Creación de la Agenda compartida:

Para el agendado de las citas, se habilitan las ventanillas de Registros y Estadísticas en Salud (REDES) de los nueve EBAIS adscritos al área de salud mediante la creación propia de una carpeta compartida en red coordinada por el departamento de Redes del CAIS. Esta carpeta habilita y controla automáticamente los cambios hechos a la agenda.

Anexo 9 Reconstrucción de algunas de la experiencia de navegación dentro del sistema a partir del Grupo Focal

a. Consulta personalizada en Clínica de mamas: Se coordina una cita con para comunicación de los resultados en la clínica de mamas y coordinar con RORHA las pruebas complementarias. En el caso del ASS se asignó al personal de la Clínica del Dolor tener como recargo de funciones la responsabilidad de Clínica de Mamas.

b. Realización de las pruebas complementarias: se entienden como pruebas complementarias, todas aquellas pruebas que se requieren para complementar el diagnóstico, para pasar de un resultado sospechoso a confirmar o rechazar un diagnóstico. Estas pruebas son Ultrasonido (US) de mamas, Biopsias por aspiración por aguja gruesa (BAAG) , aguja fina (BAAF) o estereotáxica (BxE). Estas pruebas se realizan en hospitales regionales o centrales según la disponibilidad de recursos a nivel institucional.

c. Tratamiento: Las opciones de tratamiento y la combinación de las mismas varían según cada caso y son cirugía, radioterapia, quimioterapia siguiendo los protocolos de la Norma Técnica del año 2015.

d. Seguimiento: las alternativas de control de cada caso según cada Norma Técnica del 2015.

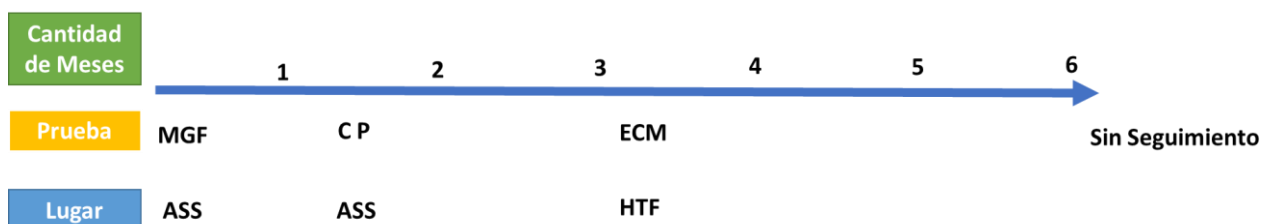
Con el fin de conocer la percepción de las mujeres participantes en el grupo focal de los tiempos transcurridos durante cada una de las etapas del proceso de navegación se construyó colectivamente una línea de tiempo con las experiencias de las mujeres que desearon participar. En el siguiente cuadro se muestran las etapas que cada mujer manifestó participar y la duración de cada una de ellas.

Caso A:

En este caso particular la participante alega que tras la Consulta Personalizada en Clínica de Mamas de ASS, no tuvo acceso a pruebas completarias. Sin embargo, recibió atención profesional en la Clínica de Mamas de ASS y Examen Clínico de Mamas (ECM) en el HTF de Limón. La percepción de la participante con respecto a la respuesta recibida es positiva ya que en el imaginario de las participantes ellas refieren que “es cuando uno está grave que le atienden con prontitud”

Con respecto al procedimiento realizado la participante refiere: “Muy buena atención para hacerme la mamografía, no estábamos apenadas. Mes y medio después me llamaron de la clínica del dolor y me dijeron que “algo apareció” que me tenían que mandar a Limón para hacerme una biopsia, después de eso no sé cuánto (tiempo) pasó para que me llamaran de Limón de la Clínica de Mamas, ahí llegué y lo que me hicieron fue “un tacto, me la tocaron por todo lado” y me pusieron cita a 3 meses para ver si ameritaba hacerme un ultrasonido y dependiendo del US si amerita la biopsia o no, esto fue hace un año y no me han hecho el ultrasonido” (Otra participante dice que el caso de ella fue igual)

Línea de tiempo Caso A



Fuente: Elaboración Propia, basado en declaraciones de la participante.

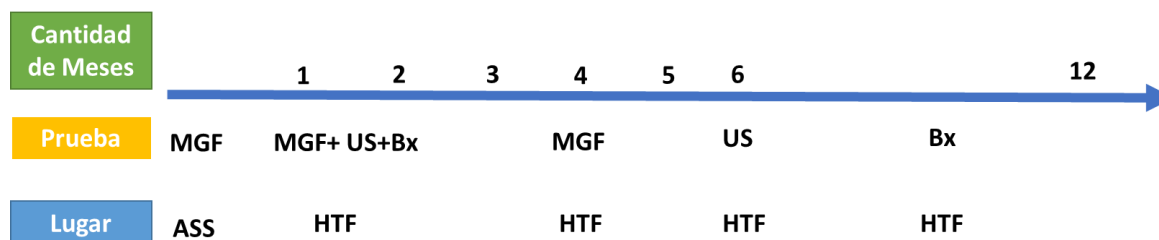
Caso B:

A diferencia del caso ejemplificado anteriormente esta participante no tuvo una CP, si no que a partir del resultado sospechoso obtuvo atención en el segundo nivel de atención, debido a que según refirió la paciente tuvo la oportunidad de ser atendida en el HTF por contactos a lo interno. Esta mujer obtuvo un resultado negativo por

malignidad en su Bx por lo que no requirió de ningún tipo de tratamiento que ameritara referirse al tercer nivel de atención.

“Mi caso brincó directo a Limón sin pasar por la Clínica del Dolor, duró 1 mes entre la mamografía y la llamada de Limón y ahí me repitieron la MGF, el US y biopsia; me dejaron otra cita para una mamografía en 3 meses, me repitieron el US a los 2 meses, hace poco me mandaron a hacer otra biopsia. No me pasaron al Calderón.”

Línea de tiempo Caso B



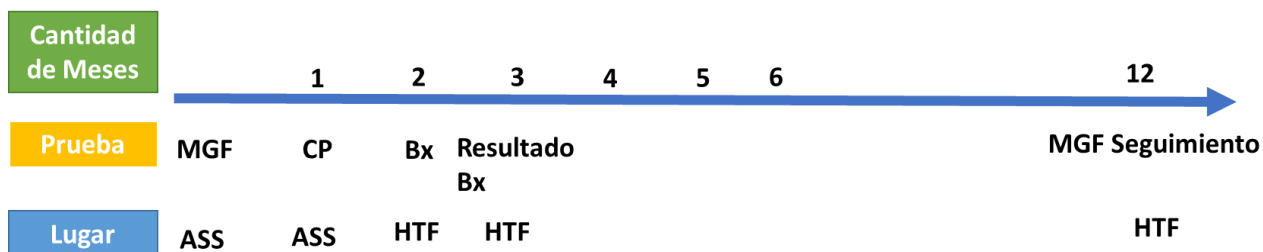
Fuente: Elaboración Propia, basado en declaraciones de la participante.

Caso C:

El caso de esta participante, tuvo una navegación dentro del sistema acorde con lo planificado por la Clínica de mamas y la Dirección Médica del ASS. Pues según el proceso anotado por la mujer, ella tuvo una atención en los dos niveles de atención siguiendo el protocolo establecido y en un lapso menor a los 6 meses obtuvo una respuesta ante un resultado sospechoso en la mamografía.

“Después de la mamografía me llamaron de la Clínica del Dolor para mostrarme como había salido ahí se descubrió una sombrita luego fui a Limón me hicieron 2 biopsias a ambos lados, entre la MGF y la Clínica del Dolor pasó un mes y después a Limón como un mes más. Luego esperé 15 días y me llamaron que fuera por los resultados fue mi hermana a traerlas y feliz porque salí todo bien. Me mandaron la MGF en un año”

Línea de Tiempo Caso C



Fuente: Elaboración Propia, basado en declaraciones de la participante.

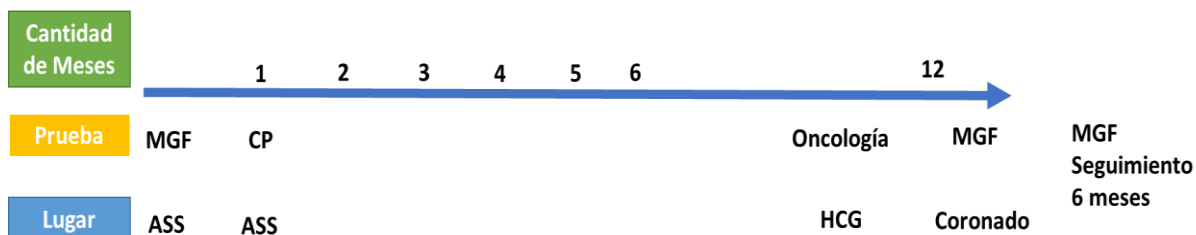
Caso D:

El caso de esta participante es particular porque tras su CP como parte de sus pruebas complementarias se indicaba un BxE, este tipo de procedimiento invasivo no se encontraba disponible en el HTF por lo que según anota la mujer tuvo que ser referida al tercer nivel de atención para completar su diagnóstico. Según su caso particular esta participante sí requirió de cita especializada con oncología. Su proceso de atención fue alrededor de 12 meses.

“Después de la MGF me llamaron de la Clínica del Dolor, me mandaron a Limón y me quedé en espera de esterotax (biopsia estereotáxica) hasta julio me refirieron al Calderón me dejaron una cita para el primero de agosto y me refirieron a la Clínica de Coronado para repetir una MGF porque había pasado un año. En el Calderón me vio una oncóloga que me refirió a Coronado (Clínica de Coronado CCSS), posterior a lo cual me indicaron MGF cada 6 meses. No encontraron pelota ahí”

“En Limón me hicieron US y me dijeron que estaba muy pequeñito y me programaron MGF cada 6 meses.”

Línea de Tiempo Caso D



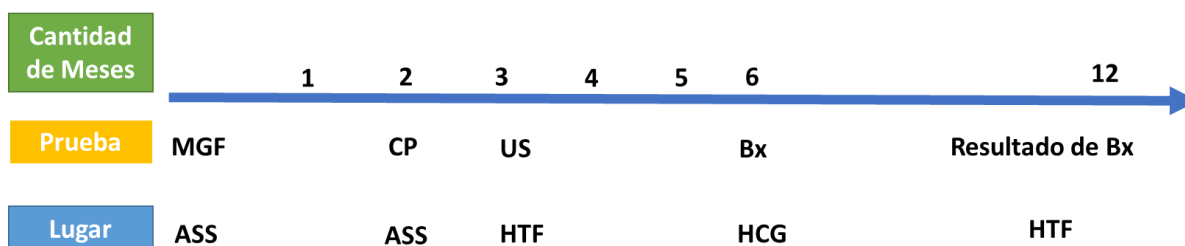
Fuente: Elaboración Propia, basado en declaraciones de la participante.

Caso E:

En este caso particular, la participante refiere que para hacer la Bx fue transferida a al HCG, para este trámite el segundo nivel de atención organizó un traslado de alrededor de 20 personas para que se realizaran este procedimiento en el tercer nivel de atención. Al triangular esta información con encargado de Clínica de Mamas confirmó que efectivamente este fue un esfuerzo institucional (CCSS) donde se coordinó con personas de todo la Región Huetar Atlántica. Cabe destacar que según la mujer en menos de un año ella obtuvo resolución a su mamografía sospechosa. Obteniendo un resultado negativo por malignidad en el segundo nivel de atención. Incluso la participante admite que la experiencia de ir al HCG fue satisfactoria, de osio.

“MMG en CAIS, de ahí pasaron los resultados a la Clínica del Dolor, de ahí me dieron documentos para ir a Limón donde me hicieron US y me dijeron que me estaban llamando, como a los 3 meses me llamaron que estuviera en el CAIS por que salía una buseta para el HCG desde Limón “no llegaron todas las señoras, no aprovecharon” allá sí me hicieron la biopsia, fue un sábado todas iban para hacerse la biopsia. La buseta venía con señoras de Limón pasó a “Pacuarito y Siquirres fue la última parada, íbamos 15. Fue muy bonito, fue un paseo gratis, luego de allá mandaron el resultado a Limón. Yo fui a la cita y me dijo la doctora que todo había salido bien, que fue una falsa alarma. En ese tiempo yo estaba muy positiva porque yo creo mucho en Dios

Línea de Tiempo Caso E



Fuente: Elaboración Propia, basado en declaraciones de la participante.

CASO F:

En este caso la participante al escuchar las historias de las otras mujeres, afirma que la entrega de resultado fue un poco mayor, se resalta el imaginario de las mujeres de que si no llaman con carácter de urgencia, es porque su resultado no es maligno. (Probablemente porque en otro tipo de pruebas de diagnóstico la entrega de resultados no es una norma.). Así mismo, la mujer reconoce que la huelga del 2018 de la CCSS influyó en los tiempos de espera. En este caso en particular la mujer hace referencia a la relación de HCB en la alianza pues ella “llama a preguntar” reconociendo la participación de este actor dentro del proceso. Cabe destacar el reconocimiento de esta y otras participantes de la atención recibida por la Doctora Especialista en Radiología.

Un hallazgo interesante es el autorreconocimiento que hace la participante de su rol dentro del proceso, como su interés y preocupación según ella marcó la diferencia “yo estaba intensísima”. Esta participante sugiere que hizo falta un proceso de cierre. El cual no se dio en los casos anteriores. Sin embargo, esta mujer afirma la necesidad. Se percibe que el tiempo de espera le generó desconfianza.

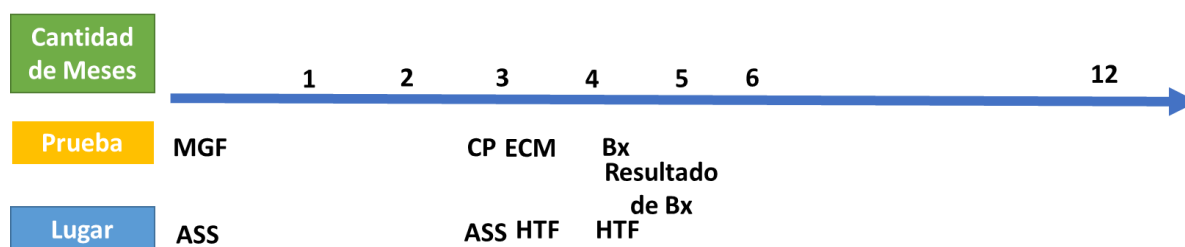
“ Me hicieron la MMG, para mi si duraron mucho tiempo en llamarme para darme el resultado aproximadamente 3 meses, yo asumí que si no llamaron está bien, luego me llamó el Dr. Víquez “necesito que venga mañana” “ese día me dijeron que necesitaba ir a Limón al día siguiente” “ en Limón me atendió una ginecóloga me palpó, luego de un mes (huelga de por medio) yo llamé para solicitar mi cita, Me atendió el Dr Espinoza (RORHA) el me dio una cita para la biopsia en 8 días, fui a

Limón y no aparecía la cita en ningún lado, yo llamé a la Clínica Bíblica, me dijo nosotros llegamos hasta el punto donde se hace la mamografía el resto se encarga la CCSS.

Esa persona (de HCB) se contactó con alguien de Limón y me dieron la cita al día siguiente. “yo estaba intensísima” y empecé a llamar y lo más ocho días me hicieron la biopsia, la Doctora (Radióloga de Limón), espectacularmente atenta amable duró dos horas haciéndome la biopsia, fue dolorosísima porque metía agujas de diferente grueso, lo hacía varias veces, el pecho quedó morado, Ella me atendió lindísima fue super amable.

Rápidamente me llamaron que fuera por el resultado, faltó un médico que me dijera que todo está bien, yo tuve que traer el resultado y me dijeron “no, si hubiera tenido algo malo le hubieran hecho algo más” lo de la huelga fue lo que nos atrasó. En algún momento pensé para que voy a ir a esa móvil tal vez pierden los exámenes”

Línea de Tiempo Caso F



Fuente: Elaboración propia, basada en percepción de participante

Caso G:

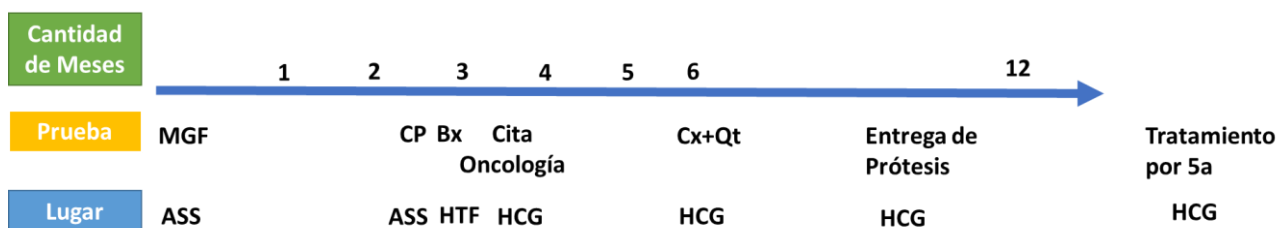
El caso G hace referencia a la única participante que requirió tratamientos pues con las pruebas complementarias se confirmó malignidad. En este caso se evidencia cómo el sistema trabaja de manera particular con cada caso “Diga al Doctor Espinoza que la mando yo” así mismo como en casos específicos los especialistas acuden al recargo de sus agendas con el objetivo de dar respuesta a la necesidad de urgencia “La doctora me atendió cuando terminó todos los pacientes” En esta oportunidad la mujer tuvo una respuesta a su sospecha, tratamiento quirúrgico y con QT en menos de un año posterior a su mamografía. También tuvo un proceso

educativo sobre los efectos secundarios de los tratamientos y una respuesta estética. (Brasiera y prótesis). Así mismo hay un momento de reflexión donde la participante reconoce su responsabilidad en el diagnóstico e insta a el autocuidado a través de las pruebas como la MGF

“MGF 30 de mayo (2018) a los dos meses y medio me llaman de la Clínica del Dolor, el Dr. Víquez me mandó a Limón “busque a Espinoza y le dice que yo la mando” Espinoza “Vamos a ver porque la doctora no está atendiendo” pero la doctora (Oncóloga HTF) me dijo que sí me veía cuando terminara los pacientes de cita, ella me vio y me explicó y me puso cita para hacerme la biopsia (creo que es oncóloga, muy atenta muy buena gente) Ella me mandó a hacerme un US me puso cita rápido, entonces me refirió al HCG con el US y la Bx de Limón, en la biopsia me dijeron que salí con algo, a mí me operaron , estoy operada y me quitaron el pecho, tengo quimio por cinco años en pastilla, las primeras que me dieron podía darme hemorragia , podría darme cáncer de útero, a los 3 meses tenía rosadito al orinar, entonces le dije a la doctora y me cambió por la pastilla que estoy tomando ahora. Y me dijeron que la otra que me toca me va a afectar los huesos”

La doctora (Oncología HCG) de oncología me refirió a ginecología. A mi operaron en octubre (2018), y en enero me dieron la prótesis y el brasiera (Sostén para utilizar la prótesis)- Se siente uno un poquito nerviosa pero yo lo cogí tranquila, Antes de esa MGF “tenía tiempillo” de no hacerla “ “yo nunca sentí pelotas ni dolores ni nada” No me había hecho la mamografía antes “por dejada” “eso que se queda uno” “me hice la primera no tenía nada y asume uno que para que” “no se preocupa porque uno no siente nada”

Línea de Tiempo Caso G



Fuente: Elaboración propia según percepción de la participante

CASO H

El caso H es la experiencia de dos mujeres que refieren que en menos de tres meses se le ofrecieron los servicios de CP en ASS y US en HTF, tras esta prueba complementaria se descartó la sospecha de malignidad y requirió control a 6 meses. Lo que generó incertidumbre en la mujer por no haber una explicación de cierre.

“Al mes me llamaron de la clínica del dolor, me dijo Viquez (Clínica de mamas ASS) que tenía algo de 13mm, el asunto es que yo estuve viviendo en SJ y me veía en la Carit, hace como 5 años que me vine me decían que un quiste que tengo no es peligroso pero ese día que me mandaron a Limón y me llamaron rapidito, la primer vez me hicieron palpación y US tuve que ir como 4 veces , me llamaron a biopsia, y Espinoza (muy atento) ahí duraron conmigo horas haciéndome un US y me dijeron que no había necesidad de biopsia ¿yo me pregunto, si no me hicieron biopsia como saben que estoy bien?” .

Anexo 10 Oportunidad de mejora del programa según la percepción de las participantes:

Durante el desarrollo del grupo focal las mujeres refirieron algunas observaciones

-Tiempo de espera, menciona el caso de una hija con un resultado tardío de laboratorios

-La verdad no hay nada negativo, solo la vez que fui y la doctora estaba en vacaciones.

-No sé al menos para mí fue magnífico.

-Cuando me ponen una cita muy largo toco puertas y todo se me hace el mismo día. "uno tiene que espabilarse".

-Yo soy del criterio que entre más largas sea la cita mejor porque si la cita está para seis meses puede andar uno tranquilo porque la gente se queja de las citas para dentro de 8 meses, es cierto muchas veces, pero hay que ver que es porque hay un montón de personas antes que uno que se le va dando prioridad dependiendo del caso. La velocidad en la citas es para ir descartando o metiendo la chancleta en lo que le tengan que hacer.

-no tengo quejas de la CCSS hasta el momento, a veces se ven una gente que espera y no la atienden, pero en mi caso no ha sucedido. Ahora estoy esperando para la otra biopsia que no me han llamado.

-El proyecto es fantástico porque hay personas que tienen seguro por A o B y aquí si los atienden, vi un documental donde se motiva a la gente sacar la MGF

Cuando yo me la hice me llamaron del EBAIS me dijeron doña Shirley no se la quiere hacer está en el rango y yo invité a una señora que no tiene seguro y que tenía 15 años de no hacerla, que dicha que vino cualquier persona tiene derecho a participar.