



Pontificia Universidad Católica del Perú

Escuela de Posgrado

Funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con
cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplásicas, Lima

2022-2023

Tesis para obtener el grado académico de Maestra
en Gerencia Social con mención en Gerencia de Programas y Proyec-
tos de Desarrollo que presenta:

Ruth Lilibeth Angulo Fernández

Asesor PUCP (PUCP):

Dr. Luis Alex Alzamora de los Godos Urcia

Co-Asesor de la Universidad EAFIT: *Dr. Adolfo Eslava Gómez*

Lima, 2024


Informe de Similitud

Yo, Luis Alex Alzamora de Los Godos Urcia, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulada **FUNCIONALIDAD Y EFICACIA DEL PLAN ESPERANZA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**, LIMA, 2022-2023, de la autora Ruth Lilibeth Angulo Fernández, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 11%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 16/10/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

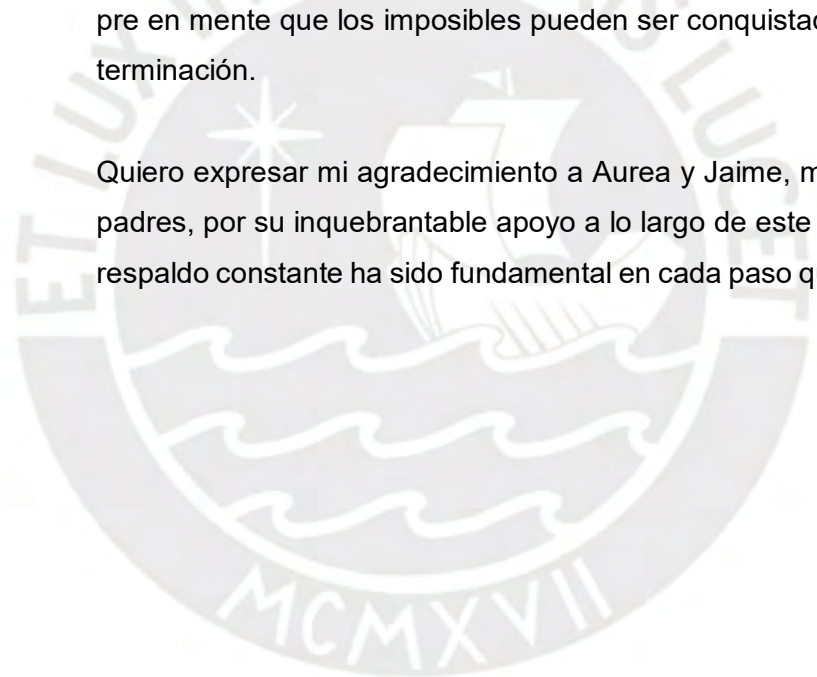
Lima, 1 de noviembre de 2024.

Apellidos y nombres del asesor: <u>Alzamora de Los Godos Urcia Luis Alex</u>	
DNI: 18133490	Firma 
ORCID: 0000-0003-1315-102X	

DEDICATORIA

En el viaje hacia el logro de nuestras metas, es crucial sembrar en uno mismo la semilla de la perseverancia y el coraje. Estos valores no solo nos permiten enfrentar desafíos, sino que también nos ayudan a superar lo que parece inalcanzable. Cristiano, mantén siempre en mente que los imposibles pueden ser conquistados con determinación.

Quiero expresar mi agradecimiento a Aurea y Jaime, mis queridos padres, por su inquebrantable apoyo a lo largo de este camino. Su respaldo constante ha sido fundamental en cada paso que he dado.



AGRADECIMIENTOS

A la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Al Doctor Luis Alzamora de los Godos.

Al Doctor Adolfo Eslava Gómez.

A la Doctora Gabriela Guadalupe Calderón
Valencia.

A la Doctora Tatiana Vidaurre Rojas.



A las pacientes con cáncer de
mama.

RESUMEN

El estudio examinó la Funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú. Este análisis es esencial para entender cómo el plan enfrenta los desafíos relacionados con el cáncer, en poblaciones desfavorecidas, y cómo ofreció una atención más efectiva.

Se investigaron las disparidades en recibir atención médica y su impacto el diagnóstico temprano y la mortalidad por cáncer de mama en diferentes grupos demográficos. Además, se evaluó el impacto económico en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

El estudio exploró el papel de la Gerencia Social en las políticas y programas sociales relacionados con el cáncer de mama. Se identificaron aspectos clave como la generación de presupuesto del Plan Esperanza, su focalización en la pobreza, y la programación por prioridades. Se analizó, además, cómo estas decisiones afectan la atención integral de las pacientes.

Con un enfoque cualitativo, que incluyó 17 entrevistas, 2 grupos focales, una perspectiva histórica y revisión documental, se obtuvo una comprensión profunda de la situación y las perspectivas de los distintos actores involucrados. Se analizaron 36 variables relacionadas con la atención médica.

Este tipo de investigación es fundamental para mejorar los servicios de salud y el apoyo a las pacientes, y áreas de mejora y oportunidades para fortalecer el programa. Además, contribuye a la toma de decisiones informadas en distribución de recursos y políticas de salud y para abordar la enfermedad de manera más efectiva.

ABSTRACT

The study examined the functionality and effectiveness of the Plan Esperanza in women with breast cancer treated at the National Institute of Neoplastic Diseases in Peru. This analysis is crucial for understanding how the plan addresses the challenges of cancer, especially in disadvantaged populations, and how it can be improved to provide more effective care.

The study investigated disparities in receiving healthcare and their impact on early diagnosis and mortality from breast cancer among different demographic groups. Additionally, the economic impact on the quality of life of women with breast cancer was evaluated.

The research explored the role of Social Management in social policies and programs related to breast cancer. Key aspects such as the budgeting of the "Plan Esperanza," its focus on poverty, and priority programming were identified. Furthermore, the analysis included how these decisions affect the comprehensive care of patients.

Using a qualitative approach that included 17 interviews, 2 focus groups, a historical perspective, and document review, a deep understanding of the situation and the perspectives of the various stakeholders involved was obtained. A total of 36 variables related to healthcare were analyzed.

This type of research is essential for improving healthcare services and patient support, identifying areas for improvement and opportunities to strengthen the program. Additionally, it contributes to informed decision-making in resource allocation and health policies, allowing for a more effective approach to addressing the disease.

INDICE

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	9
CAPÍTULO I: Planteamiento del problema	12
1.1 El problema de investigación	12
1.2 Preguntas de investigación	15
1.3 Justificación	16
1.4 Objetivos	16
CAPÍTULO II: Antecedentes	18
2.1 Marco contextual	18
2.1.1 Contexto social	18
2.1.2 Marco normativo	21
2.1.3 Plan Esperanza	24
CAPÍTULO III: Marco teórico referencial	26
3.1 Enfoques	26
3.1.1 Enfoque de género	26
3.1.2 Enfoque de desarrollo humano	27
3.1.3 Enfoque de derechos humanos	28
3.1.4 Enfoque de salud	30
3.1.5 Enfoque de capacidades	31
3.1.6 Enfoque de interculturalidad	32
3.2 Identificación y definición de conceptos	34
3.3 Revisión de investigaciones	42
CAPÍTULO IV: Diseño metodológico	51
4.1 Naturaleza de la investigación	51
4.2 Forma de la investigación	51
4.3 Diseño muestral	52
4.4 Variables	54
4.5 Técnicas e instrumentos de recojo de información	56
4.6 Plan de análisis codificación a posteriori	59
4.7 Análisis cualitativo	61

CAPÍTULO V: Análisis e interpretación de los resultados	62
5.1 Perspectiva histórica: vivencias y sensaciones	62
5.2 Análisis general de la investigación	73
5.2.1 Generación de presupuesto del Plan Esperanza	73
5.2.2 Focalización de la pobreza del Plan Esperanza	93
5.2.3 Programación por prioridades del Plan Esperanza	105
5.2.4 Decisión sobre la vida y la muerte del Plan Esperanza	125
CAPÍTULO VI: Conclusiones y recomendaciones	141
6.1 Respecto a la generación de presupuesto del Plan Esperanza	141
6.2 Respecto a la focalización de la pobreza del Plan Esperanza	142
6.3 Respecto a la programación por prioridades del Plan Esperanza	144
6.4 Respecto a la decisión sobre la vida y la muerte del Plan Esperanza	146
6.5 Conclusión y recomendaciones Generales	147
Bibliografía	149
Anexos	159



INTRODUCCION

La presente tesis explora la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama (CM) atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ofreciendo un análisis detallado de su eficacia y alcance. Este enfoque crítico es esencial para comprender cómo el plan aborda los desafíos específicos relacionados con el CM en el Perú.

La investigación se enfoca en analizar la eficacia del plan en términos de diagnóstico, tratamiento y apoyo a mujeres afectadas por el CM, considerando las particularidades y desafíos que pueden surgir en este entorno específico. Se busca identificar áreas de fortaleza y posibles mejoras que puedan contribuir a una atención más integral y efectiva.

Con un enfoque riguroso y metodología adecuada, esta tesis se adentra en la realidad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, utilizando herramientas como entrevistas, grupos focales y revisión documental para obtener una comprensión profunda de la funcionalidad del programa.

El propósito de este estudio es proporcionar una base sólida de conocimientos que pueda informar la toma de decisiones, y ofrecer perspectivas valiosas para el fortalecimiento continuo del programa de CM en este importante contexto de salud en Perú.

La investigación se compone de siete capítulos: El Capítulo I aborda el planteamiento del problema de investigación y las preguntas de investigación. Además, se presenta la justificación del estudio y se establecen los objetivos.

El capítulo II expone el marco contextual social, normativa y el Plan Esperanza.

En el Capítulo III se examina el marco teórico, junto con los fundamentos de los enfoques de género, desarrollo, salud, derechos humanos, capacidades e interculturalidad. Además, se mencionan las definiciones operacionales de presupuesto, gestión hospitalaria, focalización de la pobreza, programación por prioridades, decisión sobre la vida y la muerte, metástasis e inmunosupresión.

En el Capítulo IV se expone el diseño metodológico, donde se detalla las unidades de análisis e informantes, instrumentos, el tipo de estudio, y las técnicas de recolección de datos, el plan de análisis y la codificación posterior a las entrevistas, así como la definición de las categorías.

El Capítulo V abarca la interpretación y análisis de los resultados. Los hallazgos se vinculan con los objetivos, apoyados en las expresiones recogidas durante la transcripción de las entrevistas, se realizó un análisis de causa y efecto, examinando también las interrelaciones entre ellas.

El capítulo VI está dedicado a las recomendaciones y conclusiones.

El estudio es de gran relevancia para evaluar y mejorar el Plan Esperanza relacionado con el CM en términos de financiamiento, enfoque en poblaciones vulnerables y prioridades de atención. Evaluar cómo se genera el presupuesto para la atención de las mujeres con CM y cómo se asignan los recursos financieros para garantizar una atención integral a las mujeres afectadas. Esto puede incluir la revisión de fuentes de financiamiento, inversiones y eficiencia en el gasto. Analizar cómo el plan se enfoca en atender a las mujeres en situaciones de pobreza y desventaja económica, identificando estrategias específicas para garantizar que estas poblaciones reciban la atención necesaria. Investigar cómo se establecen prioridades dentro del plan esperanza, considerando aspectos como la gravedad de la enfermedad, las necesidades médicas individuales y los recursos disponibles. Analizar cómo se to-

man las decisiones médicas críticas relacionadas con el CM, tales como las alternativas de tratamiento, los cuidados paliativos y las decisiones éticas, con el fin de mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las mujeres con cáncer de mama.

La investigación en estas áreas puede proporcionar una visión más completa de cómo opera el Plan Esperanza en mujeres con CM y cómo puede mejorarse para garantizar una atención equitativa y de alta calidad. Además, puede ayudar a identificar desafíos y aspectos a mejorar en la gestión de recursos, la equidad en la toma de decisiones clínicas y la atención, lo que, en definitiva, podría incrementar la calidad de vida de las mujeres con cáncer.



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. EL CÁNCER DE MAMA EN EL MUNDO

El CM en la mujer es el primero en incidencia y el segundo en mortalidad (Villarreal-Garza, 2013). Las desigualdades en la disponibilidad de los servicios de salud y la identificación temprana y el diagnóstico precoz; En particular entre las sociedades de minorías étnicas y la falta del registro nacional de pacientes con cáncer en varias naciones, agrava la situación (GDBC, 2019).

En las mujeres latinoamericanas con CM, la incidencia y mortalidad fue más alta en confrontación con países desarrollados (Villarreal-Garza, 2013).

Las “mejores inversiones” anteriores de la OMS para abordar las enfermedades no transmisibles prestaba poca atención al tratamiento del cáncer y se centraban en la prevención (Horton, 2020)

El aumento de la carga del cáncer en las naciones de ingresos medianos y bajos, y la adopción de la Cobertura Universal en Salud como objetivo en 2015 ha creado una oportunidad para el progreso en el cáncer (Horton, 2020).

B. EL CÁNCER DE MAMA EN EL PERÚ

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Perú, el CM en mujeres ocupa el segundo lugar en mortalidad, esto genera repercusión económica y una menor supervivencia debido al retraso en el diagnóstico (Bray, 2018). El CM fue la neoplasia maligna más común en mujeres residentes de Lima Metropolitana (INEN, 2021).

En el Perú, la incidencia anual es de 43.1 casos por cada 100 000 mujeres, con una tasa de mortalidad de 12.7 por cada 100 000 mujeres (INEN, 2021). Las regiones con mayores tasas de mortalidad son Tumbes, Piura, Lima, Lambayeque, La Libertad y Callao (MINSa, 2017).

En los últimos años, el INEN ha registrado un promedio de 1373 casos de CM presentándose con más frecuencia los estadios clínicos (EC) II y III (INEN, 2021). El riesgo total de desarrollar la enfermedad antes de los 74 años es del

4.69 % (INEN, 2021). En mujeres hasta los 40 años, la incidencia de cáncer de mama fue de 31.7 por cada 100 000 en 2015, y la supervivencia específica a 5 años alcanzó el 88.5 % en ese mismo año (Guo, 2013).

En Perú, las mujeres entre 15 y 44 años con CM, se estima que se pierden 9015 años de vida saludable (AVISA). Se atribuyeron 6348 años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y 2667 años de vida vividos con discapacidad (AVD) (MINSA, 2017).

Existe una alta mortalidad entre las mujeres con CM, lo que provoca una baja en el desarrollo de habilidades y la creación de oportunidades, afectando negativamente la calidad de vida de aquellas con ingresos bajos o sin ingresos (MINSA, 2019).

Uno de los desafíos planteados por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es la falta de acceso a diagnósticos y tratamientos oportunos y efectivos; sin programas adecuados de detección temprana, los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas. Aunque se han implementado estrategias de tamizaje para el cáncer de mama, no se han desplegado con los recursos necesarios ni se encuentran disponibles en todas las regiones (MINSA, 2019).

Es importante recordar que el objetivo específico 2 del Plan Bicentenario es asegurar el acceso universal a servicios de salud de calidad e integrales en todas sus formas (MINSA, 2019).

Se han identificado cinco problemas principales que afectan a este grupo: escasa participación social, deterioro de la salud, ingresos crónicamente bajos, estilos de vida poco saludables y dificultades en la disponibilidad de acceso a los servicios de salud (MINSA, 2019).

En lo que respecta a los aspectos sociales y culturales, las barreras que restringen el acceso a los servicios preventivos y de atención limitan una correcta integración en la sociedad. La desigualdad en el acceso a la prevención y a los cuidados oportunos impacta de manera particular a las mujeres que viven en condiciones de extrema pobreza (MINSA, 2019).

Desde una perspectiva de derechos humanos, es fundamental brindar especial atención al CM en las mujeres, dado su impacto en la salud, la calidad de vida y

las restricciones que impone al desarrollo humano de quienes lo padecen. Un enfoque efectivo sobre sus determinantes sociales debe incluir la reducción de la pobreza y el hambre, el acceso a la educación, la igualdad de género y la salud materna, con un enfoque particular en la salud sexual y reproductiva universal, así como en la cobertura sanitaria integral (MINSa, 2019).

El análisis de estos determinantes ha llevado al MINSa a establecer alianzas con actores de diversos sectores, incluidas organizaciones de la sociedad civil y personas afectadas. Estas alianzas están alineadas con la mejora progresiva de una respuesta multisectorial, reflejada en el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y en la mejora del acceso a los servicios oncológicos en Perú, conocido como Plan Esperanza (MINSa, 2019).

En Lima Metropolitana, el Ministerio de Salud, a través del Sistema Integral de Salud (SIS) y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), facilita el acceso a los servicios oncológicos y proporciona financiamiento para la atención del cáncer mediante el "Plan Nacional de Cáncer o Plan Esperanza" (MINSa, 2019).

El Programa Presupuestal 0024, llamado "Prevención y Control del Cáncer", cubre el 70 % de la población del país. Además, se han desarrollado 3 planes para patologías oncológicas, con actividades programadas hasta 2021, incluyendo el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer de Mama en Perú (2017-2021) (MINSa, 2019).

En 2016, el Perú contaba con 43 establecimientos de salud que ofrecían servicios oncológicos en 18 regiones (MINSa, 2017). Ese mismo año, el Ministerio de Salud reportó la existencia de 62 cirujanos oncológicos en 8 regiones que podrían realizar cirugías para cáncer de mama, y de 137 oncólogos clínicos, de los cuales 53 trabajan en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa, 2016).

Este trabajo examina en profundidad la funcionalidad y efectividad del Plan Esperanza en mujeres con CM en el INEN. Este análisis es esencial para evaluar cómo el plan enfrenta los desafíos específicos del cáncer de mama y cómo puede mejorarse para proporcionar una atención más eficaz a las pacientes.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 PREGUNTA GENERAL:

¿Cómo es la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en las mujeres enfermas de cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?

1.2.2 PREGUNTAS ESPECÍFICAS

Se establecen cuatro dimensiones principales vinculadas a las preguntas específicas formuladas para la investigación.

- Dimensión principal: **Generación de presupuesto del Plan Esperanza para la población**

Está asociada con la siguiente pregunta específica:

- ¿Cómo se lleva a cabo la asignación presupuestaria del Plan Esperanza para contribuir en la recuperación de las mujeres con cáncer de mama?

- Dimensión principal: **Focalización de la pobreza del Plan Esperanza para la población**

Se relaciona con la siguiente pregunta específica:

- ¿Cómo se enfoca el Plan Esperanza en la pobreza para atender a las mujeres con cáncer de mama?

- Dimensión principal: **Programación por prioridades del Plan Esperanza en la población**

Se relaciona con la siguiente pregunta específica:

¿Cómo es la programación por prioridades del Plan Esperanza en las mujeres que padecen cáncer de mama?

- Dimensión principal: **Decisión sobre la vida y la muerte del Plan Esperanza en la población**

Se relaciona con la siguiente pregunta específica:

¿Cómo deciden sobre la vida y la muerte en el Plan Esperanza en las mujeres que padecen cáncer de mama?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La incidencia del CM en mujeres ha ido en aumento en los países en desarrollo, lo que lo ha transformado en un importante desafío de salud pública.

En nuestro país, aproximadamente más de la mitad de las mujeres diagnosticadas fallecen anualmente, mientras que el resto sobrevive un promedio de cinco años.

Es relevante estudiar el Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama para evaluar si está respondiendo de manera adecuada a los desafíos del desarrollo humano, la sostenibilidad y la democracia, permitiendo el pleno ejercicio de los derechos de las mujeres afectadas. Ellas serán las beneficiarias directas de la información obtenida en este estudio. La detección temprana y el diagnóstico en fases iniciales son las estrategias más efectivas para reducir la mortalidad por CM y mejorar el pronóstico, lo que contribuye a elevar la calidad de vida de las mujeres y disminuir las tasas de mortalidad.

Desde la perspectiva de la Gerencia Social, que se presenta como una propuesta específicamente diseñada para la gestión de políticas y programas sociales, este enfoque nos permitirá profundizar en el entendimiento de la asistencia proporcionada por el Plan Esperanza, especialmente a las mujeres tratadas en el INEN.

Por lo tanto, esta investigación proporcionará conocimientos y experiencias que aportarán información clave para fortalecer el Plan Esperanza, mejorando la atención a la población afectada y asegurando un cuidado adecuado en todas las etapas del tratamiento del cáncer.

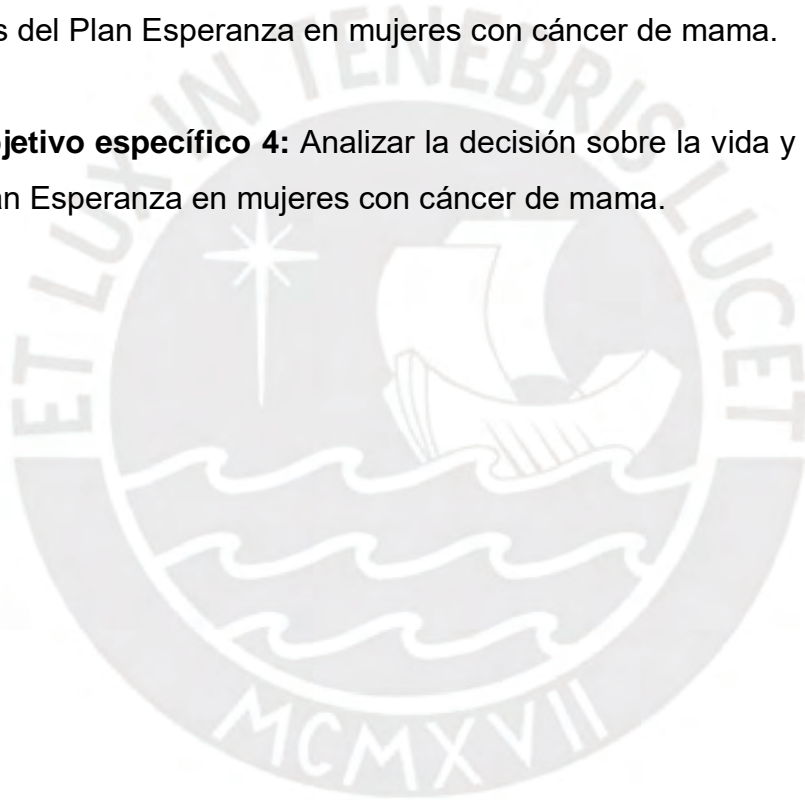
1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en las mujeres enfermas de cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante el período comprendido entre 2022 y 2023.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- **Objetivo específico 1:** Identificar la generación de presupuesto del Plan Esperanza para la atención integral de las mujeres con cáncer de mama.
- **Objetivo específico 2:** Analizar la focalización de la pobreza del Plan Esperanza para la atención integral de las mujeres con cáncer de mama.
- **Objetivo específico 3:** Conocer y analizar la programación por prioridades del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama.
- **Objetivo específico 4:** Analizar la decisión sobre la vida y la muerte del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama.



CAPÍTULO II: ANTECEDENTES

2.1. MARCO CONTEXTUAL

2.1.1. Contexto Social

Esta investigación se realizará en el distrito de Surquillo, ubicado en la provincia y departamento de Lima. Lima es la capital del Perú. Según el INEI, la ciudad de Lima cuenta con 9 674 755 habitantes, con una superficie de 2672.28 Km² (INEI, 2021).

Lima se destaca como el principal núcleo político, industrial, económico, financiero, cultural, y comercial del Perú. Siendo la quinta ciudad más grande de América Latina y se clasifica entre las treinta áreas urbanas con mayor densidad poblacional a nivel mundial (INEI, 2021).

Gráfico 1: Mapa Político de Lima



En el 2021, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), el 85.8% de las mujeres está afiliada a algún tipo de seguro de salud. De ellas, el 57.8% tiene el Seguro Integral de Salud (SIS), el 23.2% tiene únicamente cobertura de EsSalud, y el 4.8% está afiliada a otro tipo de seguro (INEI, 2021).

En la zona Centro-Sur-Oeste de Lima, en el Distrito de Surquillo, las principales actividades económicas productivas, como el comercio, el transporte y los talleres, se desarrollan mayormente de manera informal (imagen, fuente Google 2022).

Respecto al Distrito de Surquillo, limita con distritos de clase media alta y clase alta. Cuenta con una población de 102 442 habitantes, tiene una superficie de 4.49 km² (INEI, 2021). En Surquillo se ubica el INEN.

Gráfico 3: Mapa que muestra la ubicación del Distrito de Surquillo dividido por sectores.



En este mapa podemos identificar el distrito de Surquillo, donde se ejecuta el Plan Esperanza (imagen, fuente google 2022).

2.1.2. Marco Normativo

Para este estudio se consideran normativas internacionales, con especial énfasis en aquellas relacionadas con el desarrollo humano, y a nivel nacional se toman en cuenta leyes y regulaciones pertinentes al proyecto, las políticas relacionadas y enfocadas en la lucha contra el cáncer.

A nivel internacional, se toman en cuenta normas que están principalmente relacionadas con el desarrollo humano.

- La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948):

- **Artículo 3.** Toda persona tiene derecho a la libertad, la vida, y la seguridad personal.
- **Artículo 25.** Cada individuo tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su bienestar, así como su salud y el de su familia.

Se reconocen los derechos fundamentales a la libertad, la vida, y la seguridad, y el derecho a un nivel de vida que garantice salud y bienestar, lo que incluye acceso a servicios médicos. En el contexto del cáncer de mama, estos principios refuerzan el derecho de todas las personas a tener acceso a la atención médica, incluido el diagnóstico y tratamiento del cáncer, para asegurar su calidad de vida y bienestar. El acceso a los servicios de salud, sociales y el apoyo necesario para enfrentar el cáncer de mama están respaldados por estos derechos esenciales proclamados en la Declaración Universal (Naciones Unidas, 1948).

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1966)

- Parte III, Artículo 12: Los Estados reconocen el derecho de cada individuo a disfrutar del más alto nivel alcanzable de salud física y mental (Naciones Unidas, 1966).

- **La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)**, en su Capítulo II – Derechos Civiles y Políticos, destaca la igualdad ante la ley y el derecho a la vida.

- Artículo 4. Derecho a la Vida
- Artículo 24. Igualdad ante la Ley (Organización de los Estados Americanos, 1969).

- **Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):**

Los ODM representaron un avance significativo en la colaboración global, enfocándose principalmente en la erradicación de la pobreza. También se establecieron compromisos para enfrentar problemas como el hambre, la pobreza, las enfermedades, y otros retos, muchos de ellos relacionados directamente con la salud (Ministerio de Salud [MINSA], 2019).

Por su parte, los ODS plantean nuevos retos, como la falta de acceso oportuno a diagnósticos y tratamientos, situación especialmente crítica en los casos de detección tardía del cáncer. A pesar de que se han puesto en marcha métodos de detección para el CM, la escasez de recursos y su distribución desigual en diversas regiones sigue siendo un gran obstáculo para lograr progresos sustanciales en este campo (MINSA, 2019).

A nivel nacional, el Marco Normativo Nacional incluye las siguientes disposiciones:

- **Constitución Política del Perú (1993):** Esta Constitución garantiza la integridad, el derecho a la vida, y el desarrollo y bienestar sin discriminación.
 - Título I: De la persona y de la sociedad.
 - Capítulo II: De los derechos sociales y económicos (Congreso de la República del Perú, 1993).
- **Ley General de Salud 26842 (1997):** Esta ley decreta que la salud es de interés público y subraya el deber del Estado de regular, supervisar y promover la salud (Congreso de la República del Perú, 1997).

Política

- **Mandato de las Naciones Unidas en Derechos Humanos:** El Mandato de las Naciones Unidas en Derechos Humanos tiene como objetivo promover y garantizar el pleno disfrute de todos los derechos humanos, como se establece en la Carta de las Naciones Unidas, tratados y leyes internacionales (Naciones Unidas, 1948).
- **Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC):** El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas se enfoca en realizar revisiones anuales a nivel ministerial para monitorear el progreso en el desarrollo, apoyado por sus comisiones orgánicas, regionales e internacionales (ECOSOC, 2020).
- **Política de igualdad de género de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS):** La Política de igualdad de género de la OPS/OMS está comprometida con los principios de igualdad, respeto a los derechos humanos y el pleno ejercicio de la ciudadanía, participando activamente en la iniciativa global para eliminar cualquier forma de discriminación por género. Además, busca mejorar la eficiencia y efectividad de la salud pública (OPS/OMS, 2019).
- **Asamblea Mundial de la Salud (AMS):** La Asamblea Mundial de la Salud tiene como función principal establecer las políticas de la organización, supervisar las directrices financieras y aprobar el programa presupuestario (AMS, 2015).
- **Política de Salud en el Perú (MINSA):** En el Perú, el MINSA lidera, regula y promueve las acciones del Sistema Nacional de Salud, enfocándose en la equidad y la participación. El MINSA, el INEN y otros organismos públicos son responsables de implementar y monitorear el Plan Esperanza, coordinando con otras instituciones y sectores (MINSA, 2019).

- **Ley Nacional del Cáncer (Ley 31336):** La Ley Nacional del Cáncer garantiza acceso universal, prioritario y gratuito a los servicios de salud para pacientes con enfermedades oncológicas, sin discriminación. Asegura la cobertura integral para la prevención, control y tratamiento del cáncer y otorga facultades especiales al MINSA para la adquisición de bienes y servicios relacionados con la atención oncológica (Congreso de la República del Perú, 2021).

2.1.3. PLAN ESPERANZA (2012)

El Plan Esperanza fue lanzado como una intervención sanitaria integral y multisectorial para mejorar la atención del cáncer. Este plan se enfoca en la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo del cáncer, buscando garantizar el acceso equitativo a servicios oncológicos de calidad. A través del Seguro Integral de Salud (SIS) y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), el plan proporciona cobertura gratuita para el tratamiento del cáncer, reduciendo barreras económicas y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Hasta 2016, el Plan Esperanza ha atendido a 264,547 personas, de las cuales 174,620 recibieron cobertura completa para el tratamiento del cáncer. En el INEN, 157,555 pacientes fueron atendidos, incluyendo chequeos preventivos y tratamientos integrales para 61,042 pacientes en situación de pobreza. El Plan Esperanza también ha promovido la prevención del cáncer a través de intervenciones educativas, alcanzando a millones de personas. No obstante, la implementación del Decreto Supremo N° 004-2022-SA generó controversias al afectar la autonomía y funciones del INEN, lo que pudo comprometer la efectividad del plan.

La propuesta legislativa buscó restaurar la versión original del Plan Esperanza, destacando la importancia de la coordinación entre el INEN y otros actores clave para mantener la calidad y eficacia en la lucha contra el cáncer.

Entre los actores involucrados se encuentran el Ministerio de Salud, la Dirección Regional de Salud de Lima, municipalidades, el SIS, medios de comunicación, ONG, y la sociedad civil, cada uno desempeñando roles específicos para apoyar la implementación y éxito del plan.

La investigación sobre el Plan Esperanza se enfoca en su funcionalidad y eficacia, en el caso del cáncer de mama, analizando los servicios ofrecidos para mejorar el acceso, financiamiento y calidad de vida de las pacientes. Se subraya la necesidad de una atención integral y descentralizada, promoviendo la colaboración multisectorial para reducir el impacto del cáncer en Perú.



CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

3.1 ENFOQUES

En esta investigación se incluye una revisión de la bibliografía que permite abordar dilemas o retos de la Gerencia Social, los mismos que están relacionados con los conceptos clave del presente estudio, optándose por un marco multidisciplinario.

3.1.1. ENFOQUE DE GÉNERO:

Es fundamental reconocer y examinar las perspectivas, identidades, y relaciones entre hombres y mujeres, así como entre los hombres y entre las mujeres, con especial énfasis en las dinámicas de poder. Es crucial llevar a cabo un análisis de las estructuras político-legales y socioeconómicas que afectan estas identidades y relaciones (Bareiro, 2002).

El enfoque de género tiene como propósito comprender los roles y relaciones que están influenciados por valores, ideas predominantes y el sexo, junto con otros factores sociales. Su objetivo es incorporar estos aspectos en la formulación de objetivos, métodos e indicadores en las intervenciones (COSUDE, 2012).

Se consideran las diferentes oportunidades, interrelaciones y roles asignados socialmente a hombres y mujeres. Estos factores impactan el cumplimiento de metas, políticas y planes, afectando el proceso de desarrollo social (FAO, 1998).

La perspectiva de equidad de género se enfoca en dirigir acciones hacia la igualdad de condiciones, permitiendo que tanto hombres como mujeres puedan desarrollarse plenamente y acceder a las mismas oportunidades. Se busca fortalecer las relaciones familiares y facilitar la participación armoniosa en las organizaciones, teniendo en cuenta las distintas características y necesidades de ambos géneros (CEPAL, 2014).

El enfoque de género en el Plan Esperanza se refiere a la incorporación de las diferencias de género en todas las etapas de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y apoyo para quienes padecen cáncer de mama. Dado que el CM es más frecuente en mujeres, sin olvidar que los hombres también pueden verse afectados por esta enfermedad.

En resumen, un enfoque de género en el Plan Esperanza se centra en abordar las necesidades y desafíos específicos de las personas según su género, con el objetivo de optimizar el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y el apoyo en esta enfermedad.

3.1.2. ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) desempeña un papel fundamental en la promoción de cambios positivos y en la conexión de países con los conocimientos, experiencias y recursos necesarios para alcanzar un desarrollo humano sostenible. Con presencia en numerosos países y territorios, el PNUD fortalece capacidades a nivel nacional y local, apoyando el desarrollo humano y contribuyendo al logro de los ODS. Asimismo, aboga por la protección de los derechos humanos y la igualdad de género (UNDP, 2022).

Según el enfoque del PNUD, el desarrollo humano se centra en el proceso de realización de las capacidades, logros y libertades individuales, situando al ser humano como el eje principal del desarrollo y considerando el crecimiento como un medio y no un fin en sí mismo. Este enfoque prioriza las oportunidades de vida para las generaciones actuales y futuras, respetando los ecosistemas naturales que sostienen la vida.

Según el PNUD, el desarrollo humano implica expandir las libertades y crear más oportunidades para que las personas diseñen su propio camino de desarrollo según sus valores. No se debe imponer un camino determinado, sino permitir que cada individuo defina sus propias metas y valores. Como señala Del Águila (2014), si entendemos el desarrollo como un proceso de mejora

en la calidad de vida, debe concebirse como un aumento en la libertad (pp. 105-132).

El PNUD propone un punto de vista de desarrollo humano basado en la naturaleza, que busca enfrentar los desafíos del Antropoceno integrando el desarrollo humano en armonía con los ecosistemas y la biosfera. Este enfoque se basa en soluciones inspiradas en la naturaleza y destaca la capacidad de acción de las personas (UNDP, 2020, pp. 1-67).

En el contexto del Perú, el PNUD se alinea en línea con el plan de desarrollo a largo plazo del país, la "Visión al 2050", que integra los ODS, el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible y las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional (UNDP, 2022, pp. 1-44).

En cuanto al CM, el PNUD puede desempeñar un papel importante al abordar aspectos relacionados con el desarrollo humano, acceso a la salud y la igualdad de género. Esto podría incluir iniciativas para mejorar la concienciación, facilitar el acceso a servicios de atención médica adecuados y promover la igualdad de oportunidades para quienes están afectados por el CM.

El enfoque de desarrollo en el Plan Esperanza no solo se refiere a la tratamiento de la enfermedad y la prevención, incluso mejorar los niveles de vida, así como fomentar la investigación y la innovación en este campo.

En resumen, el enfoque de desarrollo en el Plan Esperanza se basa en una visión integral que va más allá del tratamiento médico, buscando mejorar la atención, impulsar la investigación y aumentar los niveles de vida de las personas con CM.

3.1.3. ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

El enfoque de derechos humanos proporciona un marco conceptual para el desarrollo humano, centrado en la promoción y protección de los derechos fundamentales de las personas. Este enfoque se sustenta en estándares internacionales y tiene como objetivo corregir prácticas discriminatorias y distribuciones desiguales de poder que subyacen a las desigualdades en el desarrollo (ONU, 2003).

En este enfoque, los planes, políticas y procesos de desarrollo se fundamentan en un sistema de derechos y obligaciones definidos por el derecho internacional. La promoción y protección de los derechos humanos son vistas como deberes ineludibles de los Estados, y el respeto a estos derechos se convierte en un criterio fundamental para la legitimidad y validez de las políticas (ONU, 2003; Lerner, 2007, pp. 177-183).

En el contexto peruano, los derechos humanos son considerados principios jurídicos, y el desafío radica en transformarlos en costumbre, integrándolos de manera activa en la cultura y la sociedad (Tubino, 2008, p. 177-201).

El ser humano, según este enfoque, es un fin en sí mismo, posee dignidad y derechos intrínsecos. La salud se reconoce como un fin en sí mismo, resaltándose la importancia de eliminar barreras que limitan las oportunidades vitales y el desarrollo humano para lograr el mayor nivel de salud posible y vivir una vida digna (Tubino, 2008, pp. 177-201; OPS, 2019).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza que el respeto a los derechos humanos, incluyendo la adopción de medidas positivas para los más desfavorecidos, es esencial para generar condiciones que permitan a todas las personas vivir una vida digna (OPS, 2019).

En el ámbito de la salud, el derecho a la vida conlleva la responsabilidad del Estado de proteger dicho derecho, tomando medidas adecuadas para remediar las condiciones generales de la sociedad que puedan poner en peligro la vida o dificultar que las personas vivan una vida digna (Dzhuska, 2021).

El empoderamiento, con dimensiones material, psicológica y política, es crucial para crear condiciones que permitan una vida digna. Esto incluye el derecho a no ser impedido de acceder a condiciones que garanticen una existencia digna (OPS, 2019).

El enfoque en derechos humanos se alinea con el principio de que todos los individuos tienen derecho a una vida digna, incluido el acceso a la salud, y busca enfrentar las desigualdades estructurales que afectan a las comunidades, contribuyendo así al desarrollo humano integral y equitativo.

En el contexto del Plan Esperanza, el enfoque de derechos humanos se fundamenta en el reconocimiento de que todas las personas tienen derechos que deben ser respetados, protegidos y garantizados en cada etapa del diagnóstico, la prevención, tratamiento y apoyo en el CM. Esto implica eliminar las barreras y desigualdades que puedan limitar el acceso a la salud y asegurar que las personas reciban un trato digno y equitativo.

En resumen, un enfoque de derechos humanos en el Plan Esperanza busca garantizar que todas las personas afectadas por esta enfermedad tengan sus derechos fundamentales protegidos, recibiendo atención médica y apoyo de manera equitativa y digna, sin discriminación ni estigmatización.

3.1.4. ENFOQUE DE SALUD

El enfoque de salud puede ser una base sólida para promover acciones coherentes y efectivas a nivel gubernamental con el fin de mejorar la salud (OPS, 2019).

Este enfoque considera sistemáticamente las repercusiones en la salud derivadas de decisiones en diferentes sectores y fortalece la responsabilidad de los encargados de formular políticas con respecto a su impacto en la salud en todos los niveles de toma de decisiones, destacando la promoción de la equidad como un objetivo central de la sociedad (OPS, 2019).

En el contexto del CM, este enfoque se centra en la prevención y promoción de la salud y el diagnóstico temprano, tratamiento efectivo y apoyo integral. Busca abordar el CM de manera holística, considerando no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y sociales.

En resumen, el enfoque de salud en el CM aspira a tratar la enfermedad de manera integral, desde la prevención hasta el tratamiento y el apoyo emocional, con el objetivo de mejorar el bienestar y la salud de las personas afectadas, y reducir la carga de esta enfermedad.

3.1.5. ENFOQUE DE CAPACIDADES

Desarrollado por filósofos como Martha Nussbaum y Amartya Sen, ofrece una perspectiva que evalúa la justicia social y la calidad de vida, y que trasciende la simple medición de los logros individuales. Este enfoque se centra en las posibilidades concretas que las personas tienen para desarrollar sus capacidades y llevar la vida que valoran. Sen destaca la importancia de las opciones disponibles para una persona (Sen, 1996, p. 54-83).

Sen enfatiza la idea de pluralidad e irreductibilidad de los elementos más importantes de la calidad de vida. Cada persona tiene diversas capacidades que son cualitativamente distintas (Nussbaum, 2012, p. 37-65).

Las capacidades se ven como una forma de libertad, de lograr diversas combinaciones de funcionamientos. La libertad de llevar diferentes estilos de vida se refleja en las capacidades de una persona (Nussbaum, 2012, p. 37-65).

Se plantea la pregunta de si realmente se tiene la libertad de vivir de cierta manera si no se tiene el valor para elegirla, a pesar de que es posible vivir de esa manera (Sen, 1996, p. 54-83).

La libertad se define tanto en sentido positivo (poder de actuar y elegir sin coacción) como en sentido negativo (ausencia de restricción) (Sen, 1996, p. 54-83).

El enfoque de las capacidades no es meritocrático; no se otorga un trato preferencial a las personas con habilidades innatas superiores. Aquellos que necesitan más ayuda para alcanzar el nivel reciben más apoyo (Nussbaum, 2012, p. 37-65).

La idea central es que ciertas condiciones de vida son esenciales para que las personas puedan vivir de acuerdo con los principios de dignidad humana (Nussbaum, 2012, pp. 37-65).

Se plantea que una vida digna debe superar un umbral mínimo en relación con diez capacidades centrales (Nussbaum, 2012, pp. 37-65).

Las capacidades se consideran el núcleo de una concepción mínimamente exigible de justicia social y derecho constitucional (Nussbaum, 2012, p. 91-123).

El enfoque de las capacidades se aparta de la perspectiva económica tradicional mide el valor en función de su mejor uso, al considerar que las opciones representan libertades, y que la libertad posee un valor intrínseco (Nussbaum, 2012, pp. 37-65).

Este enfoque busca evaluar la justicia social y la calidad de vida reconociendo la diversidad de capacidades humanas y garantizando que todas las personas tengan la libertad de vivir una vida digna (Nussbaum, 2012, pp. 37-65).

El enfoque de las capacidades se enfoca en empoderar a las personas afectadas, junto con sus familias y comunidades, para que puedan asumir un rol activo en su atención médica y en la gestión de su salud. Parte del principio de que cada individuo tiene la capacidad de participar activamente en su propio cuidado de salud y tomar decisiones informadas.

En síntesis, el enfoque de capacidades en el Plan Esperanza busca empoderar a las personas para que sean participantes activos en su atención médica, proporcionándoles la información y las habilidades necesarias para tomar decisiones informadas y enfrentar los desafíos de manera eficaz.

3.1.6. ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

Las morales culturales se refieren a las costumbres, valoraciones y modelos que se aprenden y se internalizan en diversas organizaciones de la vida social. Están vinculadas a la localidad de origen de las personas (Tubino, 2008, p. 177-201).

La diversidad cultural implica que las costumbres, lo permitido y lo prohibido pueden variar según los espacios culturales en los que operan. Las valoraciones diferentes conducen a costumbres distintas (Tubino, 2008, p. 177-201).

Todas las valoraciones, costumbres, usos, gustos y preferencias forman nuestro "ethos", el espacio de lo familiar que nos conecta con lo extraño. Este ethos constituye la morada de un ser humano (Tubino, 2008, p. 177-201).

Las culturas constituyen el ethos de las personas y atraviesan todos los niveles de la formación de la identidad. Desde la cultura local, se forma la identidad personal a través de valoraciones, modelos de vida y hábitos (Tubino, 2008, p. 177-201).

La cultura es el lugar desde donde se construye la identidad tanto en la esfera de la vida íntima como en la esfera de la vida pública (Tubino, 2008, p. 177-201).

La cultura abarca elementos como un ethos transmitido, valores que permiten elecciones, hábitos, modelos de realización humana, y una concepción de lo justo (Tubino, 2008, p. 177-201).

El respeto por los derechos humanos puede entenderse como una cultura, que va más allá de la normatividad legal e implica creencias, convicciones y formas de actuar, sentir y pensar (Lerner, 2007, p. 177-183).

La cultura no solo es conocimiento de códigos de comportamiento, sino también una forma de estar con los demás en el mundo, generando solidaridad (Lerner, 2007, p. 177-183).

La identidad personal se forma a partir de un espacio de pertenencia, un ethos, es decir, desde una cultura que abarca valores, costumbres y un "deber ser" cultural (Tubino, 2008, pp. 177-201).

Un individuo desprovisto de cultura es aquel que no ha adquirido la cultura de sus antepasados o la ha olvidado y perdido (Todorov, 2000, p. 11-61).

La identidad personal se define como la manera en que uno se imagina a sí mismo, la imagen o concepto que uno tiene de sí mismo (Tubino, 2008, p. 177-201).

Existe una relación profunda entre la formación de la identidad y la cultura, ya que las normas culturales influyen en las decisiones y comportamientos individuales. La cultura juega un rol clave en la solidaridad y en la construcción de la identidad personal.

El término "multicultural" se refiere a la coexistencia de culturas diferentes, sugiriendo que no hay interacción entre ellas. En contraste, el prefijo "inter"

implica una relación e intercambio entre culturas, promoviendo un enriquecimiento mutuo.

El enfoque intercultural busca orientar el reconocimiento y la coexistencia de diversas culturas en nuestra sociedad, basándose en el respeto mutuo. Este modo de convivencia refleja la universalización de los derechos económicos, sociales y culturales.

En el Plan Esperanza, el enfoque de interculturalidad implica valorar y tener en cuenta las particularidades culturales de cada individuo o grupo y los valores de las personas afectadas por el CM, asegurando que se tomen en cuenta en todas las etapas del tratamiento y el apoyo. Esto es especialmente importante en un mundo cada vez más diverso, donde las poblaciones pueden tener diferentes antecedentes culturales, creencias y prácticas.

En resumen, un enfoque de interculturalidad en el Plan Esperanza busca promover la equidad en la atención médica y el apoyo emocional, reconociendo y respetando las diferencias culturales de las personas afectadas por la enfermedad y adaptando los servicios para satisfacer sus necesidades específicas.

3.2. Identificación y definición de conceptos

Las definiciones se trabajaron son las siguientes:

Seguidamente desarrollaremos los conceptos claves más importantes en la presente investigación:

- **GENERACIÓN DE PRESUPUESTO:** La generación de presupuesto para la atención de mujeres enfermas de CM en el plan Esperanza es crucial para asegurar que los recursos financieros se asignen de manera eficiente para lograr los objetivos de recuperación y cuidado de estas pacientes.

El presupuesto es una estimación detallada de los ingresos y gastos esperados para un período específico en el futuro, y su propósito principal es planificar y administrar de forma óptima los recursos financieros disponibles para maximizar su utilidad y lograr los objetivos establecidos (RAE, 2023). En el

contexto de la investigación sobre el Plan Esperanza, la generación de presupuesto implica estimar los costos asociados con la detección, diagnóstico, tratamiento y apoyo a mujeres con CM. Esto abarca la consideración de los costos asociados con la implementación de iniciativas enfocadas en la identificación temprana de condiciones o enfermedades, la provisión de tratamientos médicos y quirúrgicos, además, la provisión de servicios de acompañamiento y asistencia social y psicológico.

Asegurar que se asignen los recursos financieros de manera adecuada y eficiente, con el fin de proporcionar una atención integral y efectiva a las mujeres enfermas de cáncer de mama. Esto implica analizar detalladamente los costos involucrados en cada etapa del proceso de atención, así como identificar áreas potenciales de mejora en la administración y distribución de recursos para maximizar los efectos obtenidos en la salud y la calidad de vida de las pacientes.

La elaboración del presupuesto del Plan Esperanza para la atención de mujeres diagnosticadas con CM es un proceso esencial que debe ser abordado desde diversas perspectivas para garantizar la justicia, la eficiencia y el respeto a los derechos humanos. Desde una perspectiva de género, es fundamental considerar las particularidades y necesidades de las mujeres en relación con el CM incluyendo los factores socioeconómicos y culturales que afectan su acceso a los servicios de salud y su disponibilidad equitativa para enfrentar la enfermedad.

El enfoque de desarrollo humano resalta que el acceso a los servicios de salud y al apoyo psicosocial son derechos fundamentales que contribuyen al bienestar y crecimiento personal. Por lo tanto, el presupuesto del Plan Esperanza debe enfocarse en fortalecer las capacidades individuales y comunitarias para enfrentar el CM.

Desde una perspectiva sanitaria, la asignación del presupuesto debe promover el diagnóstico temprano, la prevención, y el tratamiento oportuno del CM, y ofrecer una atención que abarque las demandas emocionales, sociales y físicas de las pacientes.

El enfoque de capacidades subraya la importancia de garantizar que las mujeres con CM tengan acceso a los servicios necesarios y recursos para ejercer su autonomía y tomar decisiones informadas sobre su salud.

Finalmente, el respeto por los derechos humanos y la interculturalidad son claves en la creación del presupuesto del Plan Esperanza, asegurando que todas las mujeres, sin importar su origen étnico, cultural o social, tengan acceso equitativo a la atención médica y sean tratadas con dignidad y respeto.

GESTIÓN HOSPITALARIA:

La gestión hospitalaria se refiere a un conjunto de estrategias dirigidas a la gestión y administración eficaz de los recursos en hospitales, con el propósito de alcanzar los objetivos planteados y optimizar la eficiencia en la prestación de los servicios médicos (Malagon, 2017). Esta gestión busca optimizar el uso de los recursos presupuestarios destinados al Plan Esperanza, lo que puede generar una mejor utilización de los mismos.

Según Fajardo-Ortiz, es fundamental coordinar los procesos médicos y administrativos para lograr la misión y visión del hospital dentro del Plan Esperanza, lo que incluye una asignación eficiente de los recursos financieros para garantizar una atención a las mujeres con CM (Fajardo-Ortiz, 2018). Además, la gestión hospitalaria debe mantener una perspectiva centrada en el paciente, tomando en cuenta tanto aspectos éticos como legales, y los múltiples factores que influyen en el entorno hospitalario (Malagon, 2017). Esto incluye mejorar optimizar los procesos y acortar los tiempos de atención y aumentar la calidad de los servicios, todos aspectos clave para la recuperación y el bienestar de las pacientes con CM.

En términos de investigación, es importante abordar la gestión hospitalaria desde una perspectiva que incorpore los enfoques de género, desarrollo humano, salud, capacidades, interculturalidad y derechos humanos.

Desde la perspectiva de género, la gestión hospitalaria debe considerar las necesidades particulares de las mujeres con CM, incluyendo las desigualdades de género en el acceso equitativo a los servicios médicos y la necesidad

de brindar una atención sensible al género que atienda sus necesidades emocionales, físicas y sociales.

El enfoque de desarrollo humano enfatiza que la gestión hospitalaria debe priorizar el bienestar integral de las pacientes, asegurando que reciban atención médica de calidad que promueva su dignidad y salud.

Desde un enfoque sanitario, la gestión hospitalaria debe centrarse en optimizar los resultados de salud de las mujeres con CM, garantizando un acceso equitativo a la atención médica, y promoviendo programas eficaces de prevención y tratamiento.

El enfoque de capacidades destaca la importancia de reforzar las habilidades y competencias del personal de salud, como las de las pacientes, permitiendo que ambos puedan tomar decisiones fundamentadas y formar parte activa en el proceso de atención.

Finalmente, el respeto a la interculturalidad y los derechos humanos es fundamental en la gestión hospitalaria, garantizando que todas las mujeres, sin importar su origen étnico, cultural o social, reciban un trato justo y equitativo, respetando sus valores, creencias y derechos fundamentales.

En resumen, la gestión hospitalaria en el contexto del Plan Esperanza debe abordarse desde una visión integral, considerando los enfoques mencionados para asegurar una atención de calidad que satisfaga las necesidades y respete los derechos de las mujeres con CM.

- **FOCALIZACION DE LA POBREZA:** Dentro del marco de la investigación sobre la focalización de la pobreza en el contexto del Plan Esperanza, es esencial comprender cómo esta estrategia se implementa para dirigir los recursos y las intervenciones hacia las personas y comunidades que se encuentran en situación de pobreza extrema o en situación de vulnerabilidad (Carpio, 2019). Considerando los diversos enfoques de género, desarrollo humano, salud, capacidades, interculturalidad y derechos humanos. La focalización de la pobreza implica identificar y atender de manera precisa a aquellos que tienen mayores necesidades y menos recursos, en lugar de

implementar políticas o programas de manera generalizada. Desde un enfoque de género, se destaca la relevancia de tener en cuenta las diferencias de género en cómo se experimenta y manifiesta la pobreza, asegurando que las mujeres enfermas de CM tengan un acceso equitativo a los servicios y recursos necesarios para su atención integral.

En el marco del Plan Esperanza, la focalización de la pobreza se convierte en un aspecto crucial para garantizar que los recursos y las intervenciones se dirijan hacia aquellas mujeres enfermas de cáncer de mama que enfrentan condiciones socioeconómicas desfavorables y tienen mayores necesidades de atención médica y apoyo. Desde un enfoque de desarrollo humano, se busca no solo abordar las necesidades inmediatas de salud, sino también promover el bienestar integral de las mujeres afectadas, reconociendo su dignidad y autonomía.

Esto implica examinar cómo se identifican y seleccionan a las mujeres beneficiarias, qué criterios se utilizan para determinar su elegibilidad y cómo se asegura que los recursos lleguen efectivamente a aquellos que más los necesitan, considerando aspectos de interculturalidad para garantizar que las comunidades diversas sean incluidas y respetadas en el proceso.

En síntesis, la focalización de la pobreza dentro del marco del Plan Esperanza es esencial para asegurar que las mujeres con CM, que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad económica, reciban una atención adecuada y accesible. Esto contribuye a disminuir las inequidades en la atención médica y a optimizar los resultados en cuanto a la salud y el bienestar de esta población vulnerable, alineándose con los principios de equidad en salud y derechos humanos.

- **PRIORIZACION POR PRIORIDADES:** La programación por prioridades del Plan Esperanza en mujeres enfermas de cáncer de mama se refiere al proceso de clasificación y asignación de niveles de urgencia a los pacientes, considerando diversos factores clave, en línea con los enfoques de género,

desarrollo humano, salud, capacidades, interculturalidad y derechos humanos. Estos factores incluyen la gravedad y estadificación del cáncer, el tipo de intervención necesaria, la condición clínica y psicosocial de la paciente, los resultados de pruebas diagnósticas y la disponibilidad de recursos médicos (Allepuz, 2009). Desde una perspectiva de género, es asegurar que las pacientes reciban atención quirúrgica de manera eficiente, considerando la urgencia clínica y la necesidad de controlar la enfermedad de manera efectiva. Esto conlleva tomar decisiones fundamentadas por un equipo de diferentes disciplinas, quienes proporcionan una atención personalizada y basada en evidencia, respetando la autonomía y dignidad de las mujeres afectadas.

Desde el enfoque de desarrollo humano, la programación de prioridades tiene como objetivo asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud, reconociendo las distintas capacidades y necesidades de las pacientes, y promoviendo su bienestar integral. El propósito es optimizar los recursos disponibles para obtener los mejores resultados posibles en términos de salud y calidad de vida.

En el contexto del Plan Esperanza, comprender y analizar la programación de prioridades significa entender cómo se implementa este proceso en la atención de mujeres con CM, teniendo en cuenta factores culturales, sociales y económicos que pueden influir en la toma de decisiones. Esto incluye evaluar cómo se identifican y clasifican las necesidades de las pacientes, cómo se determina la urgencia de la intervención quirúrgica y cómo se prioriza el acceso a los recursos médicos disponibles, siempre respetando los derechos humanos y la diversidad cultural.

Adoptar esta perspectiva integral y centrada en los derechos humanos permite mejorar la distribución de recursos y garantizar que las pacientes reciban la atención adecuada en el momento oportuno, contribuyendo así a mejorar los resultados de salud y bienestar de las mujeres con CM en el marco del Plan Esperanza.

- **DECISIÓN SOBRE LA MUERTE Y LA VIDA:** La decisión sobre la muerte y la vida en el contexto del Plan Esperanza para mujeres enfermas de cáncer de mama plantea desafíos éticos, legales y médicos, y está influenciada por diversos factores culturales, religiosos y personales. Resalta la importancia de la autonomía del paciente, el respeto por los valores individuales y la necesidad de proporcionar un cuidado compasivo y centrado en el paciente al final de la vida, en concordancia con los enfoques de género, desarrollo humano, salud, capacidades, interculturalidad y derechos humanos.

En la investigación relacionada con el Plan Esperanza, se identifican dos creencias fundamentales con respecto a la muerte. Una de ellas es la "creencia de no aceptación", que refleja un enfoque de sobreprotección donde los médicos evitan discutir la muerte para proteger emocionalmente a los pacientes. Por otro lado, la "creencia de aceptación" busca una comunicación abierta desde el principio, reconociendo que abordar la realidad de la enfermedad, incluyendo la muerte, fortalece la relación de confianza entre el paciente y el equipo médico, fomentando el respeto por la autonomía del paciente y sus derechos humanos (Ozeki-Hayashi, 2019). Esto implica entender cómo se abordan las diversas creencias y valores culturales en el cuidado de pacientes con enfermedades terminales, se promueve una comunicación efectiva entre el equipo médico y los pacientes a través de diversas estrategias, y se garantiza que las decisiones sobre el final de la vida respeten la autonomía del paciente. Al examinar estas decisiones desde una perspectiva integral y centrada en los derechos humanos, se busca mejorar el cuidado brindado a las mujeres con CM, garantizando que se respeten sus deseos y preferencias personales en esta fase crítica de su enfermedad.

- **METÁSTASIS:** La metástasis, un evento complejo y letal, implica que las células cancerosas abandonen su sitio original, viajen por el torrente sanguíneo, se adapten a nuevos entornos celulares y evadan la respuesta inmunológica. La invasión del tejido cercano y la colonización de sitios distantes, como hue-

sos, hígado, pulmones o cerebro, son características fundamentales del cáncer (Majidpoor, 2021; Fares, 2020). Este fenómeno no solo afecta la salud física de los pacientes, sino que también influye en su bienestar emocional y mental, también puede tener repercusiones sociales, emocionales y económicas importantes, subrayando la relevancia de adoptar enfoques integrales como los de género, desarrollo humano, salud, capacidades, interculturalidad y derechos humanos. Estos enfoques permiten una comprensión más profunda de las desigualdades en la incidencia, diagnóstico, tratamiento y resultados del cáncer, además de facilitar el diseño de intervenciones más efectivas y justas para enfrentar esta enfermedad.

- **INMUNOSUPRESIÓN:** La inmunosupresión conlleva una reducción en la capacidad del sistema inmunológico para funcionar eficazmente, debilitando su capacidad para combatir infecciones y enfermedades. Puede ser inducida mediante fármacos, como parte de la preparación para trasplantes, o surgir como resultado de enfermedades como el linfoma o el uso de medicamentos contra el cáncer (INC, 2022). Considerar enfoques integrales como el de género, desarrollo humano, salud, capacidades, interculturalidad y derechos humanos es fundamental para comprender mejor cómo la inmunosupresión afecta de manera diferencial a las personas y para diseñar intervenciones que aborden las necesidades específicas de cada individuo, garantizando así el acceso equitativo a la atención médica y protegiendo sus derechos fundamentales.

3.3 Revisión de investigaciones

Dentro del contexto de la investigación sobre la generación de presupuesto para la atención de mujeres enfermas de CM, es fundamental entender la importancia del presupuesto en la planificación y supervisión de los recursos financieros asignados para este propósito específico.

Los estudios realizados por Skrundevskiy A, Seweryn M, Tang A, Polishwala S, Barrington W y Horton S proporcionan insights sobre diferentes aspectos relacionados con la generación de presupuesto y su impacto en la atención del CM. Desde el análisis del retorno de inversión de programas de detección hasta la evaluación de costos totales del diagnóstico y tratamiento, estos estudios ayudan a identificar los desafíos y oportunidades, con el fin de optimizar la asignación de los recursos financieros en el marco del Plan Esperanza.

Skrundevskiy A, analiza el retorno de inversión de un programa de detección de CM en Egipto y demuestra la viabilidad de implementar programas similares en países en desarrollo (Skrundevskiy, 2018). Este enfoque destaca la igualdad de acceso a la detección precoz del CM, lo que contribuye al enfoque de género al promover la salud y el bienestar de las mujeres en comunidades desfavorecidas.

Seweryn M, analiza los costos globales del diagnóstico, así como del tratamiento del CM en Polonia, demostrando la importancia de la carga que supone para el presupuesto del sistema de salud y la sociedad polaca (Seweryn, 2021). Resalta la importancia de adoptar un enfoque de desarrollo humano que asegure la atención médica, sin importar su nivel socioeconómico.

Tang A, examina el tiempo en la atención hospitalaria después de implementar un programa multidisciplinario de mamas, concluye que la eficiencia

de la atención sigue siendo limitada en entornos con falta de recursos económicos (Tang, 2021). Este hallazgo subraya la relevancia del enfoque en salud para afirmar que todas las personas posean acceso pertinente a servicios médicos de calidad, sin importar sus recursos económicos.

Polishwala S. discute la importancia del autoexamen de mamas en la detección temprano del CM en India, resalta la necesidad de capacitación para promover la detección temprana, especialmente en países en desarrollo (Polishwala, 2023). Este enfoque de capacidades destaca la importancia de empoderar a las mujeres con el conocimiento y las habilidades necesarias para cuidar su propia salud y tomar decisiones informadas sobre su bienestar.

Barrington W, analiza un programa de cribado para la detección de CM y cuello uterino en comunidades de bajos ingresos en EE. UU., destaca la importancia de capacitar a los promotores para identificar y superar barreras individuales y estructurales para los pacientes (Barrington, 2019). Este enfoque de interculturalidad reconoce la diversidad cultural y social en la atención médica, promoviendo la equidad y la incorporación en la suministro de servicios de salud.

Horton S. se enfoca en el fortalecimiento del sistema de salud y la integración de la atención del CM en países como Zambia, Brasil y Uruguay, demostrando cómo los programas de cáncer de mama pueden desarrollarse y aprovechar iniciativas ya existentes para mejorar los resultados en el tratamiento del cáncer (Horton, 2021). Este enfoque sustentado en los derechos humanos subraya la importancia de asegurar el acceso equitativo a la atención médica y el respeto por los derechos y la dignidad de todas las pacientes afectadas por el CM.

Cada perspectiva contribuye a comprender mejor cómo se genera y distribuye el presupuesto del Plan Esperanza para las mujeres enfermas de CM,

abordando aspectos económicos, de acceso a la atención y de fortalecimiento del sistema de salud. Además, es crucial considerar los enfoques de género, desarrollo humano, salud, capacidades, interculturalidad y derechos humanos para asegurar una atención justa y centrada en las necesidades específicas de todas las mujeres que enfrentan el CM.

Los autores proporcionan una variedad de perspectivas sobre cómo se aborda la focalización de la pobreza en el contexto del Plan Esperanza para la atención de mujeres con CM.

Manca D, presenta un ensayo controlado aleatorio pragmático que evalúa una intervención multifacética centrada en el estilo de vida, los factores de riesgo y la focalización de la pobreza tienen como objetivo mejorar la supervivencia al cáncer (Manca, 2018). Este enfoque incorpora elementos de desarrollo humano al centrarse en prosperar la calidad de vida de las pacientes afectadas.

Guerra C, implementa un programa de navegación del paciente para reducir las desigualdades en la detección del CM en mujeres sin seguro, destaca pasos críticos como la formación de promotores y el desarrollo de medidas de evaluación para optimizar el programa (Guerra, 2021). Esta iniciativa se ajusta al enfoque de salud, ya que busca asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud.

Cabral A. examina las desigualdades sociales en el tratamiento y acceso del CM en Brasil, destacando la influencia del financiamiento del tratamiento y las disparidades entre los sistemas de salud privado y público (Cabral, 2019). Este análisis refleja un enfoque de interculturalidad al tener en cuenta las diferencias en el acceso a los servicios de salud según el contexto socioeconómico y cultural.

Bao H. investiga un programa de detección de CM y cuello uterino dirigido a mujeres de bajos recursos en China encuentra que, aunque aumente la participación, persisten desigualdades socioeconómicas (Bao, 2020). Este estudio aborda el enfoque de capacidades al buscar empoderar a las mujeres para que tomen control sobre su salud y accedan a los servicios de detección.

Akinyemiju T, investiga la asociación entre el estatus socioeconómico a lo largo de la vida y los factores de riesgo de CM en mujeres adultas de diversos países, destaca la necesidad de estrategias de prevención adaptadas a subgrupos específicos (Akinyemiju, 2017). Este enfoque reconoce la relevancia de tener en cuenta las variaciones individuales y el acceso a los servicios de salud.

Cheng E, encuentra asociaciones entre la desventaja socioeconómica y la mortalidad por cáncer, subraya la importancia de políticas de inversión en vecindarios y hogares de bajos recursos (Cheng, 2021). Este enfoque destaca los derechos humanos al promover políticas que aseguren un acceso equitativo a la atención médica y reduzcan las desigualdades sociales en salud.

Wang M, analiza las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de cánceres comunes en Estados Unidos, encuentra disparidades crecientes y resaltando la importancia de abordar estas diferencias en la salud (Wang, 2022). Este estudio también refleja el enfoque de género al considerar cómo las desigualdades socioeconómicas afectan de manera diferencial a hombres y mujeres.

Nonzee N. investiga las causas de la adherencia o el retraso en las pruebas de detección del CM o cervical en mujeres de bajos ingresos en Chicago, resaltando la necesidad de implementar intervenciones educativas y culturalmente adaptadas para mejorar la adherencia (Nonzee, 2015). Este análisis

incorpora el enfoque de interculturalidad, al reconocer la importancia de abordar los obstáculos culturales y lingüísticos en el acceso a los servicios de salud.

Cada autor comunica sobre cómo se enfrentan las desigualdades socioeconómicas en el acceso y tratamiento del CM, ofreciendo datos cruciales para examinar la focalización de la pobreza en el contexto del Plan Esperanza. Estos estudios también destacan la importancia de adoptar un enfoque integral que considere aspectos de género, desarrollo humano, salud, capacidades, interculturalidad y derechos humanos para garantizar una atención equitativa y centrada en las demandas de todas las mujeres que padecen CM.

Cada autor presenta una contribución valiosa que arroja luz sobre la programación por prioridades en el contexto del Plan Esperanza para mujeres con cáncer de mama, considera diversos enfoques que promueven una atención integral y centrada en las necesidades individuales de las pacientes.

Perdomo J, a través de su estudio etnográfico, destaca cómo las mujeres jóvenes con CM en Colombia priorizan la supervivencia sobre la reconstrucción mamaria, enfatiza la relevancia de incluir la perspectiva cultural y de género en la atención sanitaria para elevar la calidad de los cuidados médicos (Perdomo, 2021). Este enfoque resalta la necesidad de estudiar las diferencias de género y los aspectos culturales en el transcurso de la toma de decisiones médicas.

Miaja M, resalta la preocupación específica de las mujeres jóvenes con CM en relación con la sexualidad y la fertilidad e imagen corporal, aboga por informar a todas las mujeres sobre los probables efectos secundarios del tratamiento y la relevancia de incluir a las parejas en el desarrollo de la toma de decisiones para fomentar una mejor comunicación y mantener relaciones positivas (Miaja, 2017). Aquí se destaca el enfoque de desarrollo humano al

reconocer la relevancia de atender las necesidades emocionales y sociales de las pacientes.

González J, propone utilizar el modelo de Retorno Social de la Inversión (SROI) para evaluar la idoneidad de la participación de centros privados en la elaboración de pruebas diagnósticas específicas en el contexto de las extensas listas de espera, con el objetivo de ajustar los tiempos de espera y ajustar la eficiencia del sistema (González, 2023). Este enfoque se alinea con la salud, ya que busca mejorar la calidad de la atención médica y el acceso.

Qu L, realiza una revisión sistemática sobre intervenciones para abordar retrasos y barreras en el diagnóstico temprano en naciones de ingresos medios y bajos, concluye que se necesitan más intervenciones con medidas estandarizadas para mejorar la capacidad de diagnosticar el cáncer de manera efectiva (Qu, 2020). Este enfoque de interculturalidad reconoce la importancia de adaptar las intervenciones a diferentes contextos culturales para garantizar su efectividad.

Im E, evalúa un programa basado en tecnología para mejorar la autoeficacia en pacientes con CM asiático-americanas, demuestra su efectividad para mejorar la autoeficacia en este grupo culturalmente estigmatizado (Im, 2021). Este enfoque sustentado en los derechos humanos se enfoca en asegurar la equidad en el acceso a la salud y en atender las necesidades particulares de los grupos marginados.

Hammersen J, explora las fuentes de información utilizadas por pacientes jóvenes con cáncer de mama, destaca un gradiente social en el uso de medios, evaluación de información y búsqueda de segundas opiniones, y subrayando la importancia de considerar las necesidades de información de los pacientes con un estatus socioeconómico más bajo (Hammersen, 2018). Aquí se integra el enfoque de género al reconocer las desigualdades en la

toma de decisiones y en el acceso a la información entre distintos grupos demográficos.

Cada autor presenta una perspectiva valiosa sobre la toma de decisiones en el contexto del Plan Esperanza para mujeres con CM, considera aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen en estas decisiones.

Adler S, destaca la presión financiera y la reticencia para hablar sobre la muerte, subraya la necesidad de abordar las disparidades desde la detección y mejorar el acceso al apoyo médico y social (Adler, 2019), integrando un enfoque de género para entender cómo estas presiones pueden afectar de manera diferente a las mujeres.

Ozeki-Hayashi R, revela las creencias de los cirujanos de mama y su impacto en las decisiones de tratamiento, destaca la influencia significativa de las perspectivas de los médicos en dichas decisiones (Ozeki-Hayashi, 2019), y abordando la importancia desde un enfoque de desarrollo humano que tenga en cuenta las necesidades y valores individuales de las pacientes.

Barradas C, resalta la complejidad en la interacción entre biomedicina, salud pública y subjetividad, enfatiza la necesidad de considerar la capacidad de cada individuo para construir sus propios significados y a las pacientes en su propio proceso de enfermedad (Barradas, 2022), incorporando un enfoque de salud que valore la importancia de la experiencia subjetiva en el proceso de toma de decisiones.

Hubbeling H, describe las necesidades psicosociales de las pacientes con CM jóvenes en México, identifica áreas clave para intervenciones tempranas que podrían mejorar la angustia psicosocial a largo plazo (Hubbeling, 2018), promoviendo un enfoque de capacidades que busque fortalecer los recursos internos de las pacientes para enfrentar los desafíos emocionales.

Brunet J, investiga las preferencias de las mujeres sobre programas de imagen corporal para informar futuros programas que aborden sus necesidades emocionales y de apoyo (Brunet, 2021), integra un enfoque de interculturalidad que reconozca la diversidad de perspectivas y valores culturales en el desarrollo de toma de decisiones sobre la salud.

Yang J. analiza la relación entre las demoras en el diagnóstico del CM y la ansiedad reportada por las pacientes, subrayando la importancia de identificar las fuentes de esta ansiedad para facilitar una intervención temprana (Yang, 2023). Además, integra un enfoque que reconoce el derecho de las mujeres a recibir una atención médica oportuna y adecuada.

Kang N. investiga la estigmatización del cáncer, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento en mujeres con CM en Corea, destacando la necesidad de enfrentar la estigmatización del cáncer y de implementar programas personalizados para manejarla (Kang, 2020). Este estudio se realiza desde una perspectiva de derechos humanos que promueve la igualdad y la no discriminación.

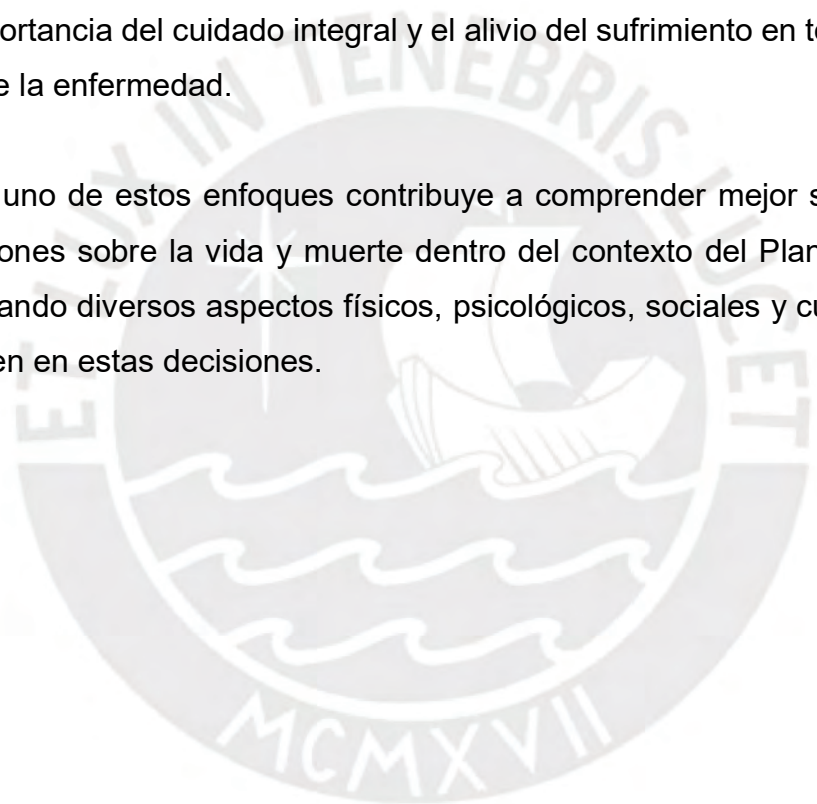
Reiser V. se enfoca en mujeres con cáncer de mama metastásico y evalúa un Programa Interdisciplinario de Apoyo, Educación y Promoción, resaltando la efectividad de la evaluación para satisfacer las necesidades de servicios sociales y cuidados paliativos (Reiser, 2019). Este enfoque, basado en el desarrollo humano, busca mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Tsuchiya M, explora la toma de decisiones de las sobrevivientes japonesas de CM respecto a manifestar sus síntomas de linfedema a sus redes sociales, sugiere implementar programas de apoyo para aquellas pacientes que se sientan incapaces de compartir sus síntomas (Tsuchiya, 2015), Incorpora un enfoque que fomente la participación y la inclusión social de las pacientes.

Holmes M. analiza el impacto de las redes sociales en la calidad de vida vinculada con la salud de mujeres con CM, destacando la importancia de la integración social antes del diagnóstico para la calidad de vida futura (Holmes, 2002). Este estudio adopta un enfoque que reconoce la relevancia de las relaciones sociales en el bienestar de las pacientes.

Sunilkumar M, indica la importancia de la integración de cuidados paliativos en los programas de tratamiento para incrementar el bienestar de las mujeres con CM (Sunilkumar, 2021), promueve un enfoque de salud que reconozca la importancia del cuidado integral y el alivio del sufrimiento en todas las etapas de la enfermedad.

Cada uno de estos enfoques contribuye a comprender mejor se toman las decisiones sobre la vida y muerte dentro del contexto del Plan Esperanza, abordando diversos aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen en estas decisiones.



CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Naturaleza de la investigación

Se opta por el enfoque cualitativo cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que lo rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados; es decir, cuando se trata de indagar la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad.

El enfoque cualitativo no se basa en un concepto teórico y metodológico unificado. Diversos enfoques teóricos y sus métodos caracterizan los debates y la práctica de la investigación (Flick, 2007). Este enfoque presenta, entonces, una mayor flexibilidad en cuanto a la secuencia del estudio así enfatiza el trabajo con muestras más pequeñas, el uso de instrumentos de medición más abiertos e interactivos, y una interpretación y comprensión profunda del fenómeno investigado.

De acuerdo con las preguntas de investigación permitirán enfatizar más bien aspectos cualitativos, sobre el Plan Esperanza sobre cómo se genera el presupuesto, focalización de la pobreza, programación de prioridades y decisión de la vida y la muerte, a través de instrumentos y recojo de información como la entrevista a representantes del INEN y focus group.

4.2 Forma de investigación

La presente investigación tiene la forma de un estudio de caso. El estudio de caso analiza temas actuales, fenómenos contemporáneos, que representan algún tipo de problemática de la vida real, en la cual el investigador no tiene control. Al utilizar este método, el investigador intenta responder el cómo y el por qué, utilizando múltiples fuentes y datos. Es una estrategia de diseño de la investigación que permite seleccionar el objeto o sujeto del estudio en un escenario real.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas una organización representativa del cáncer. Existe un solo estudio de caso, se estudia en profundi-

dad el cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, mediante la recolección de información de una gran variedad de actores claves dentro del caso.

4.3 Diseño muestral

Universo

El universo serán los funcionarios y autoridades del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y las pacientes mujeres con cáncer de mama, informantes claves.

Muestra

La muestra para llevar a cabo la investigación, al tratarse de una metodología cualitativa será la siguiente:

Muestra de la población principal:

Debido a la diversidad social, es necesario partir de la segmentación de estos en grupos sociales pertinentes para los objetivos del proyecto. El grupo social, es una noción que hace referencia al grupo de individuos que comparten tres o más variables en común. En nuestro caso las tres básicas son género, edad y nivel socioeconómico.

CUADRO N°1: Matriz de Grupos Sociales

Sexo – Edad/ Nivel Socioeconómico	NIVEL BAJO	NIVEL MEDIO	NIVEL ALTO	
Mujeres	0 – 29 años	GS 1	GS 2	GS 3
	30 – 69 años	GS 4	GS 5	GS 6
	>70 años	GS 7	GS 8	GS 9

Fuente: Elaboración propia.

En nuestro caso, el grupo objetivo estará compuesto por mujeres de entre 30 y 69 años con un nivel socioeconómico bajo (GS4).

Mujeres de entre 30 y 69 años, con un nivel socioeconómico bajo y diagnosticadas con CM, que acuden al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

En el contexto de la atención oncológica, la clasificación de pacientes en diferentes estadios clínicos es común para determinar la gravedad y planificar el tratamiento. Dado que las pacientes comparten experiencias distintas se dividen en 2 grupos: un grupo conformado por pacientes en estadio clínico I y II, y otro grupo conformado por pacientes en E.C. III y IV. La división en estadios clínicos generalmente implica una evaluación de la extensión del cáncer en el momento del diagnóstico.

1. Estadio Clínico I y II: En estos estadios, el tratamiento puede estar más enfocado en la extirpación local del tumor, y las tasas de curación tienden a ser más altas.
2. Estadio Clínico III y IV: En estos estadios, el tratamiento a menudo implica estrategias más agresivas, como quimioterapia, radioterapia o terapias dirigidas, y el enfoque puede ser tanto curativo como paliativo, dependiendo de la situación específica.

La división en estadios permite personalizar el enfoque de tratamiento según la gravedad de la enfermedad. Es fundamental para determinar la estrategia terapéutica más efectiva y para proporcionar información pronóstica a las pacientes.

Entonces:

- 08 pacientes mujeres entre 30 y 69 años con cáncer de mama en estadio clínico I y II.
- 08 pacientes mujeres entre 30 y 69 años con cáncer de mama en estadio clínico III y IV.

Muestra de la población secundaria:

- Los actores para llevar a cabo la investigación serán los siguientes:
 - El Jefe del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

- 01 profesional médico encargado de tareas administrativas y de asistencia sanitaria del Departamento de cirugía en mamas y tejidos blandos.
- 01 profesional médico encargado de tareas administrativas y de asistencia sanitaria del servicio de Medicina.
- 01 profesional médico encargado de tareas administrativas y de asistencia sanitaria del Departamento de promoción de la salud, prevención y control nacional del cáncer.
- 01 médico psiquiatra encargado de tareas administrativas y de asistencia sanitaria del servicio de Salud mental.
- 01 médico encargado de tareas administrativas y de asistencia del servicio de Rehabilitación física.
- 01 médico encargado de tareas administrativas y de asistencia del servicio de Medicina del dolor y paliativo.
- 01 médico encargado de tareas administrativas y de asistencia del servicio de Emergencia.
- 01 médico asistencial del servicio de Medicina y del Club de mamas.
- 01 médico asistencial sobreviviente al cáncer de mama.
- 01 psicólogo con cargo asistencial del servicio de Salud mental.
- 01 licenciada en enfermería.
- 01 personal del asistentado social.
- 01 personal de damas voluntarias de ALINEN.
- 01 administrativo
- 01 cónyuge de una paciente mujer que enfrenta el diagnóstico de cáncer de mama EC I o II
- 01 cónyuge de una paciente mujer que enfrenta el diagnóstico de cáncer de mama EC III y IV

4.4 Variables

El análisis se lleva a cabo utilizando 36 variables, las cuales están organizadas en 4 dimensiones principales:

4.4.1 Generación de presupuesto:

- 4.4.1.1 Importancia estratégica del departamento en la gestión y toma de decisiones.
- 4.4.1.2 Influencia del departamento en la asignación presupuestaria.
- 4.4.1.3 Papel crucial del departamento en la supervisión y expansión del presupuesto.
- 4.4.1.4 Relación entre el departamento y la gestión del tiempo en servicios médicos.
- 4.4.1.5 Influencia directa en la conducta terapéutica y decisiones clínicas.
- 4.4.1.6 Requisitos del departamento afectando la eficiencia de los servicios médicos.
- 4.4.1.7 Heterogeneidad del personal hospitalario en términos de formación, experiencia, etc.
- 4.4.1.8 Variedad de recursos materiales y tecnológicos en hospitales.
- 4.4.1.9 Necesidad de abordar disparidades humanas, sociales, científicas, económicas y políticas.
- 4.4.1.10 Consideración de planificación financiera a corto y largo plazo.
- 4.4.1.11 Implementación de sistema de seguimiento y evaluación.
- 4.4.1.12 Transparencia y rendición de cuentas en la gestión financiera del programa.

4.4.2 Focalización de la pobreza

- 4.4.2.1 Identificación de mujeres con dificultades económicas.
- 4.4.2.2 Establecimiento de criterios claros de elegibilidad.
- 4.4.2.3 Prevención de mala selección de beneficiarios.
- 4.4.2.4 Colaboración con organizaciones externas.
- 4.4.2.5 Asesoramiento financiero y orientación.
- 4.4.2.6 Implementación de programas de prevención de pobreza.
- 4.4.2.7 Sistema de monitoreo y evaluación de intervenciones.
- 4.4.2.8 Campañas de sensibilización y educación.
- 4.4.2.9 Contrarrestar fenómenos de clientelismo y corrupción.

4.4.3 Programación por prioridades

- 4.4.3.1 Equidad en la asignación de recursos.
- 4.4.3.2 Presión institucional.
- 4.4.3.3 Herramientas de priorización.
- 4.4.3.4 Juicio clínico combinado con información paciente.

- 4.4.3.5 Manipulaciones en la implementación.
- 4.4.3.6 Asignación de recursos según categorías de gravedad.
- 4.4.3.7 Desigualdades en el acceso a la atención.
- 4.4.3.8 Influencia del nivel socioeconómico.
- 4.4.3.9 Efectividad del manejo de la información.

4.4.4 Decisión sobre la vida y la muerte

- 4.4.4.1 Grado de participación de las pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento.
- 4.4.4.2 Enfoque de los médicos ante la comunicación sobre la posibilidad de muerte.
- 4.4.4.3 Toma de decisiones compartida y autonomía del paciente.
- 4.4.4.4 Frecuencia de médicos que adoptan la creencia de no aceptación y sus prácticas asociadas.
- 4.4.4.5 Desigualdades socioeconómicas en la información y mortalidad.
- 4.4.4.6 Toma de decisiones informada y bienestar psicológico.

4.5. Técnicas e instrumentos de recojo de información

- **Fuentes de información**
 - Entrevista: Se define como "una conversación, el arte de formular preguntas y escuchar respuestas". Este método permite acceder a datos subjetivos y comprender cómo cada individuo interpreta y explica un fenómeno social. La entrevista no estructurada, también conocida como abierta, se caracteriza por un intercambio fluido entre el entrevistador y el entrevistado, donde se discuten diversos temas que el entrevistador ha memorizado con antelación. Estas cuestiones se presentan de manera espontánea, sin seguir un orden específico ni un formato rígido. Las preguntas están formuladas para promover una conversación natural, lo que permite obtener la perspectiva del entrevistado de manera auténtica. El instrumento utilizado será una guía de conversación. Se entrevistará a cada uno de los 17 representantes del INEN de modo presencial y se usará una grabadora de teléfono. Para

obtener información sobre hechos, opiniones, valoraciones de los actores del programa de cáncer de mama. Se utilizará preguntas fáciles de comprender y que no sean embarazosas o causen incomodidad al entrevistado. Se evitará los roles de autoridad, no se dará consejos ni valoraciones. No se discutirá ni rebatirá a la persona entrevistada.

- Focus group, consiste en promover la conversación y discusión espontánea entre personas que comparten características comunes, homogéneas sobre un tema particularmente interesante y sobre el que no existe consenso. El objetivo es que las participantes expresen sus actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones. El grupo focal será convocado y organizado por la investigadora con 4 semanas de anticipación. Se llevará a cabo una conversación con 2 temas polémicos, donde la investigadora desempeñará un perfil bajo. Se realizará en un ambiente reservado en el 6 piso de la torre nueva del INEN y se mantendrá el anonimato de las participantes. Se establecerá reglas claras en torno al debate. No durará más de 2 horas. El instrumento es la guía de focus group. Se grabará la conversación de manera que luego sea transcrita. Se tomarán notas registrando las características de las integrantes, sus actitudes, entusiasmos, silencios, el clima o atmósfera de la reunión. Se realizarán 2 grupos focales. Se conformó un grupo focal de mujeres diagnosticadas con CM en las etapas clínicas I y II, y otro grupo focal compuesto por pacientes en las etapas clínicas III y IV.
- Perspectiva histórica de lo vivido a título personal como médico especialista.
- Revisión documental, nos permite recabar y obtener información sobre la implementación del programa, en materia de análisis de la política y su normativa, se llevará a cabo una revisión y análisis de datos estadísticos relacionados con el cáncer de mama. Estos datos se obtendrán mediante una revisión documental del programa de cáncer de

mama, el presupuesto, POI, HIS e historias clínicas, informes de cirugía, reporte social, así como investigaciones sobre materia realizados.

- **Instrumentos de recojo de información**

Los instrumentos por considerar para el estudio cualitativo incluyen: guías para entrevistas abiertas, guías para grupos focales (focus group), guías para historias de vida y una matriz para la revisión documental. Su aplicación se realiza de la siguiente manera:

- **Entrevista abierta:** Se formularán preguntas diseñadas para incentivar una conversación fluida y permitir la recolección del punto de vista del entrevistado. El instrumento utilizado será una guía de conversación. Se coordinará la cita con 4 semanas de anticipación. Se realizará en un ambiente reservado. Se entrevistará a cada uno de los 17 representantes del INEN de modo presencial y se usará una grabadora de teléfono. Para obtener información sobre hechos, opiniones, valoraciones de los actores del programa de CM. Se utilizará preguntas fáciles de comprender y que no sean embarazosas o causen incomodidad al entrevistado. Se evitará los roles de autoridad, no se dará consejos ni valoraciones. No se discutirá ni rebatirá a la persona entrevistada.
- **Focus group,** El grupo focal será convocado y organizado por la investigadora con 4 semanas de anticipación. Se llevará a cabo una conversación con 2 temas polémicos, donde la investigadora desempeñará un perfil bajo. Se realizará en un ambiente reservado en el 6 piso de la torre nueva del INEN y se mantendrá el anonimato de las participantes. Se establecerá reglas claras en torno al debate. No durará más de 2 horas. El instrumento es la guía de focus group. Se grabará la conversación de manera que luego sea transcrita. Se tomarán notas registrando las características de las integrantes, sus actitudes, entusiasmos, silencios, el clima o atmósfera de la reunión. Se realizarán 2 grupos focales. Se conformó un grupo focal de mujeres diagnosticadas

con CM en las etapas clínicas I y II, y otro grupo focal compuesto por pacientes en las etapas clínicas III y IV.

4.6. Plan de análisis codificación a posteriori

Al finalizar el proceso de análisis, se identificaron las siguientes categorías temáticas y sus respectivas subcategorías.:

Generación de Presupuesto:

- Costos de Imágenes
- Costos del Tratamiento
- Diagnóstico
- Casos Nuevos
- Prevención
- Asintomática
- Facilidad para el Diagnóstico
- Fuentes de Financiamiento
- Asignación de Presupuesto
- Supervisión de Presupuesto
- Ampliación de Presupuesto
- Departamento de Mamas y Tejidos Blandos
- Infraestructura Quirúrgica

Focalización de la Pobreza:

- Actores Claves
- Apoyo de Hospedaje
- Apoyo de Traslado
- Apoyo Económico
- Apoyo Emocional
- Apoyo en el Idioma
- Apoyo para contrarreferencia
- Apoyo Social
- Calificación de Pobreza
- Condición Pagante
- Condición SIS
- Condición Trabajador del INEN
- Capacidades
- Desconfianza en el Programa
- Deterioro de la Salud
- Contrarreferencia
- Desigualdades
- Escasez de Ingresos
- Grupos Vulnerables

- Machismo
- Oportunidades
- Participación Social de la Mujer
- Pobreza
- Problemas
- Requisitos

Programación por Prioridades:

- Acceso a Información
- Acceso a Servicios de Salud
- Cirugía
- Cirugía de Conservación
- Cirugía en Mujer Joven
- Cirugía Radical
- Comorbilidades
- Complicaciones
- Conducta Terapéutica
- Decisión
- Duración del Tratamiento
- Empatía
- Expectativas
- Estudios de Imagen
- Factores de Riesgo Modificables
- Factores de Riesgo no Modificables
- Fertilidad
- Gravedad del Cáncer
- Hospitalización
- Imagen Corporal
- Hormonoterapia
- Inmunoterapia
- Mujer Joven con Cáncer de Mama
- Neoadyuvancia
- Patología
- Programación
- Quimioterapia
- Quimioterapia en Mujer Joven
- Radioterapia
- Reconstrucción
- Solución
- Tipos de Tratamiento
- Dificultad para el Diagnóstico
- Lista de Espera
- Tiempo de Diagnóstico

- Tiempo de Espera
- Tiempo de Espera de Quimioterapia
- Tiempo de Espera de Radioterapia
- Tiempo de Espera Primera Consulta

Decisión sobre la Vida y la Muerte:

- Calidad de Vida
- Desesperanza
- Diagnóstico Avanzado
- Diagnóstico Incidental
- Síntomas
- Dolor
- Efecto Físico
- Efecto Psicológico
- Efecto Social
- Malas Noticias
- Manejo Multidisciplinario
- Metástasis
- Mortalidad
- Muerte
- Sobreprotección
- Sobrevida
- Tratamiento Paliativo

4.7. Análisis cualitativo

Una vez finalizada la transcripción de las grabaciones, se transfirieron los datos al Atlas ti y se procedió a codificarlos conforme a las subcategorías previamente definidas. Esta herramienta facilitó la conexión entre ellas mediante relaciones de causa y efecto, relaciones directas y otras. A través de un análisis más exhaustivo, se reagruparon los fragmentos que correspondían a una misma categoría temática. Finalmente, mediante el análisis temático, se derivaron las subcategorías, respaldadas por el marco teórico del estudio.

Al agrupar los códigos, se obtuvieron citas que refuerzan o contrastan con el marco teórico. Se utilizaron gráficos conceptuales, tablas y diagramas de causa, lo que permitió un análisis más detallado de la información recopilada.

CAPÍTULO V: ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Perspectiva histórica: vivencias y sensaciones.

Soy el médico cirujano oncólogo encargado de desarrollar esta tesis, por lo tanto, refleja una perspectiva histórica que es de mi autoría.

En un tranquilo día de rutina, mientras el agua caía sobre mi piel, mis dedos descubrieron una zona de induración en mi mama. La incertidumbre se apoderó de mí, y así comenzó mi travesía, una odisea que reveló las duras realidades que enfrentan las mujeres con cáncer de mama.

Todo comenzó como una suposición común: pensé que era una mastitis. Inicé tratamientos con varios antibióticos, pero la mejoría nunca llegó. La persistencia del dolor me llevó a buscar ayuda médica, y así comenzó mi travesía hacia la verdad.

Acudí a la doctora de radiodiagnóstico, quien, tras una ecografía mamaria, señaló que no había una tumoración sólida evidente. Sin embargo, debido a la persistencia del dolor, sugirió una resonancia. Además, considerando los antecedentes oncológicos en mi familia, planteó la posibilidad de una evaluación genética, con la opción de una biopsia guiada si resultaba positiva.

Mi amiga, médico de profesión, compartió su propia experiencia: ni la ecografía mamaria ni la mamografía revelaron nada, siendo la resonancia la clave para identificar el cáncer y realizar la biopsia. La preocupación se instaló en mí, robándome el sueño. Dos meses antes, me diagnosticaron anemia moderada y contaminación por una bacteria resistente, indicándome una baja inmunidad. Mis pensamientos se oscurecieron aún más al recordar las pérdidas por cáncer de mama entre mis 4 tías, una de ella de 33 años, y cáncer de hígado en mi tío.

La mera posibilidad de enfrentar una cirugía, especialmente siendo joven, y la idea de perder una parte tan significativa de mi identidad, mi mama, me sumieron en una tristeza profunda. La perspectiva de cambiar mi cuerpo, de enfrentar la realidad de la cirugía, me abrumó con pensamientos y emociones difíciles.

En medio de esta tormenta emocional, recibí un apoyo invaluable de mis amigos médicos. Sus palabras resonaron en mi corazón: "Si es necesario operar, contamos

con los mejores cirujanos oncológicos del país". Esta afirmación brindó un rayo de esperanza en mi angustiada mente. Saber que, en caso de necesidad, tendría acceso a expertos médicos en quienes confiar, me dio cierta tranquilidad en medio de la incertidumbre.

Sin embargo, lo que realmente tocó mi corazón fue la sincera sabiduría de mi hijo de 5 años. En su inocencia, me dijo con una franqueza conmovedora: "La muerte es fracaso, pero tú no has fracasado, no vas a morir". Estas simples y poderosas palabras resonaron como un bálsamo en mi alma, recordándome la importancia de la perspectiva y la fuerza que encontramos en el amor de quienes nos rodean.

A través de estas experiencias, descubrí que el apoyo emocional es un componente fundamental en la travesía contra el cáncer. La conexión con amigos, el respaldo profesional y, sobre todo, las palabras sinceras de un niño me recordaron que no estaba sola en este desafío. Aunque el camino por delante era incierto, el amor y la esperanza se convirtieron en mis aliados, guiándome hacia la fortaleza necesaria para enfrentar cualquier eventualidad que la vida pudiera presentar.

La resonancia, inicialmente programada, se reprogramó debido a un fallo técnico, generando más inquietudes. En mi entorno laboral, solicitar permisos no era sencillo. Finalmente, se llevó a cabo la resonancia, pero las noticias no fueron alentadoras. Me informaron que no colaboré lo suficiente, que las respiraciones eran demasiado profundas, y las imágenes no cumplían con las expectativas. La posibilidad de repetir el procedimiento agregó más carga a mi mente ansiosa.

El informe de la resonancia, clasificado como BIRADS 3, dejó mi destino en el limbo de la observación constante. Aunque las imágenes no revelaron una tumoración sólida, se cernía sobre mí la sombra de un posible carcinoma inflamatorio, una patología infrecuente que tiende a afectar a mujeres jóvenes. La incertidumbre se volvía más densa ante la perspectiva de enfrentar una realidad tan compleja y desafiante.

La complejidad aumentaba al considerar que, si bien no se identificó una tumoración sólida, el compromiso de la piel añadía un nivel de gravedad. Esta situación llevaba

el diagnóstico a un estadio clínico avanzado, caracterizado por un pronóstico desfavorable. La realidad me golpeaba con fuerza, obligándome a enfrentar la posibilidad de una batalla más ardua de lo que inicialmente imaginé.

La sugerencia de los especialistas en salud era clara: permanecer en observación. Un continuo monitoreo que, aunque proporcionaba una vía de espera, también aumentaba la tensión de lo desconocido. La esperanza se entrelazaba con la ansiedad mientras aguardaba cualquier señal de mejora o cambio en mi condición.

Ante la eventualidad de que el tratamiento no brindara los resultados esperados, la sugerencia de considerar una biopsia guiada se convertía en una realidad posible. Esta opción, aunque necesaria para obtener respuestas concretas, estaba envuelta en una neblina de incertidumbre y temor.

En este cruce de caminos, la fortaleza se tornaba esencial. Aceptar la realidad, afrontar las sombras de un posible diagnóstico adverso y encontrar la luz en la esperanza se volvían las claves para enfrentar el próximo capítulo de mi travesía contra el cáncer. En medio de la incertidumbre, la determinación se alzaba como mi aliada, guiándome hacia adelante con valentía y resiliencia.

Esta experiencia me permitió sentir la angustia que enfrentan las pacientes con cáncer de mama. La incertidumbre, las esperas, y la posibilidad de un diagnóstico devastador pesaron en mi mente. Comprendí, de alguna manera, el viaje emocional que millones de mujeres enfrentan en su batalla contra esta enfermedad. La empatía y la conciencia se convirtieron en mis compañeras en este difícil trayecto.

Tengo presente el caso clínico de una paciente diagnosticada con CM, a la que llamaré Rosa. En el tranquilo pueblo donde vivía Rosa, el rumor de la realidad. Un bulto en su mama, un gesto inesperado que desencadenó una serie de exámenes en la posta local. La confirmación llegó con la palabra temida: cáncer. Derivada al INEN en Lima, Rosa, único sostén de su familia, se vio forzada a dejar su trabajo, sumergiéndose en una odisea marcada por desigualdades.

En la ciudad, las dificultades se multiplicaron. Desde obtener un DNI hasta enfrentarse al machismo imperante, mujeres como Rosa enfrentaron barreras para acceder a la atención médica. Las lágrimas se mezclaban con el miedo al impacto económico, dejándolas vulnerables y desempleadas.

La vida individual y colectiva se entrelazaban en una danza de duelo, ansiedad y depresión. El INEN, un faro de esperanza, también se convertía en el escenario donde la realidad golpeaba con crudeza. Imágenes de metástasis revelaban la gravedad, dejando a la paciente y su familia en una encrucijada de desesperación.

El apoyo financiero, cuando existía, se convertía en un bálsamo para el transporte, pero la coordinación burocrática añadía capas de incertidumbre. En el INEN, el personal de salud, armado con la tristeza de las malas noticias, se enfrentaba al desafío de explicar lo inexplicable a pacientes y familias aferradas a la esperanza.

La exclusión de grupos vulnerables se revelaba en cada requisito, en cada papel exigido. La llegada al INEN, lejos del inicio de la atención, marcaba el comienzo de un proceso. Números de historia clínica y condiciones de pago se sumaban a la complejidad, mientras pacientes y familiares anhelaban respuestas inmediatas.

La solicitud de citas, con tiempos que parecían eternos, llevaba a los departamentos especializados, donde los costos de la atención añadían presión a la ya abrumada Rosa. La incertidumbre, siempre presente, se traducía en súplicas desesperadas: "Doctora, no me quiero morir, ¡Ayúdeme!" o el delicado secreto de familia: "Mi familiar no sabe que tiene cáncer, aún no le hemos dicho, por favor, no le diga."

Así, en el rincón de la historia clínica, se tejía el relato de Rosa y otros, donde la lucha contra el cáncer se entrelazaba con las complejidades de la vida, revelando las fallas del sistema de salud y las desigualdades que continúan en cada paso de esta dolorosa travesía.

En el corazón de la historia, María y su familia dejaron atrás su vida en la provincia, vendiendo tierras y animales para afrontar una nueva realidad en Lima. Seis meses en la ciudad, y los exámenes médicos persisten, marcando el compás de una odisea que revela las desigualdades entre ricos y pobres.

Mientras algunos pacientes con recursos inician tratamientos en otras instituciones, aquellos menos afortunados esperan, atrapados en la encrucijada de la salud y la economía. Para quienes interrumpen quimioterapias por razones económicas, el INEN se convierte en una esperanza. El departamento de medicina oncológica, un

módulo marcado por colas y casos desgarradores se erige como un paso crucial en la búsqueda de continuidad en el tratamiento.

Radioterapia, un refugio para aquellos derivados de otros hospitales, se convierte en un punto de encuentro con la incertidumbre. Mientras tanto, en el vaivén de imágenes diagnósticas, la espera de referencias se mezcla con la progresión silenciosa de la enfermedad.

Las desigualdades se entrelazan con la pérdida de empleo y el robo durante el viaje. María y su esposo, ambos enfrentando el cáncer, se aferran a la esperanza de la hospitalización. Sin embargo, las complejidades del sistema los empujan a un juego de espera y frustración, donde las citas parecen desvanecerse en el tiempo.

En medio de la angustia, las urgencias emergen. Pacientes que buscan una solución rápida acuden a emergencia, donde el dolor se torna incontrolable y la creación de historias clínicas se convierte en un acto de necesidad. Pero ¿Dónde reside la línea entre manipulación y urgencia real?

Desde provincias distantes, pacientes llegan con la urgencia de ser hospitalizados, enfrentándose a un proceso que desafía su paciencia y agrava la angustia de ver avanzar el cáncer sin respuesta inmediata. La lucha por la vida se enfrenta a barreras burocráticas y temporales, mientras la espera se convierte en un enemigo silencioso.

En el módulo 1, la consulta con una subespecialista marca un hito. En el breve tiempo disponible, el médico desentraña la complejidad de la enfermedad, pero las preguntas inevitables de las pacientes sobre su estadio y su destino se enfrentan a la necesidad de más estudios y más tiempo de espera.

Citas, láminas, laboratorios, imágenes; un tejido complejo que se va hilando en la historia clínica de María. La paciente debe enfrentar el proceso paso a paso, enfrentando costos y obstáculos logísticos. La realidad se cruza con la incertidumbre, y la decisión de quedarse o regresar a la tierra natal se convierte en un dilema cargado de consecuencias.

En esta travesía marcada por el dolor y la esperanza, la solidaridad y empatía surgen entre pacientes y personal de salud, intentando paliar las desigualdades y cumplir con los derechos humanos. Sin embargo, el cuestionamiento persiste: ¿cómo

superar las barreras y evitar que las desigualdades sigan afectando el camino de aquellos que luchan contra el cáncer?

En el complicado laberinto de la atención médica, la historia de Rosa se teje con cifras y procedimientos que marcan su travesía contra el cáncer de mama. Con el terrenito vendido y los animales dejados atrás, su familia enfrenta la realidad en Lima, donde los costos de una mamografía bilateral se convierten en capítulos de una historia marcada por la incertidumbre.

Con imágenes en mano, Rosa se dirige a radiodiagnóstico, donde una nueva revisión y la subida al sistema SISINEN inician un proceso que se traduce en 15 días de espera por un informe. Pero las complejidades administrativas emergen cuando se trata de revisar láminas de otra institución. Pacientes como Rosa, con historias quirúrgicas en Cuzco y sin familiares para el papeleo, enfrentan obstáculos que dilatan el camino hacia respuestas.

Las láminas, un paso crucial, se convierten en un desafío logístico. Algunas pacientes se ven atrapadas en trámites burocráticos, sintiendo la impotencia de perder tiempo en una carrera contra la enfermedad. "Pero a mí me operaron en Cuzco y no tengo familia que pueda hacer los trámites. Y ahora tengo que volver a Cuzco para hacer los trámites", confiesa Rosa, enfrentando la realidad de su viaje interminable.

La reevaluación en módulo 1 es el siguiente acto, donde el médico desentraña la complejidad del diagnóstico. Sin embargo, la paciente, inmersa en miedo y angustia, a veces no logra comprender completamente su situación. La comunicación del médico, un delicado equilibrio entre la verdad y la esperanza se convierte en una danza de emociones.

En el escenario de decisiones, el subespecialista en mamas y tejidos blandos determina el curso del tratamiento. Quimioterapia neoadyuvante, cirugía, quimioterapia adyuvante, y/o radioterapia se ofrecen como opciones, pero la disposición depende de las características de la paciente y su capacidad para tolerar el tratamiento.

Si la cirugía es la elección, el camino se bifurca en cirugía mayor o menor. Rosa, sorprendida por la noticia de la mastectomía radical, enfrenta la realidad de su

nueva apariencia. "Me ofrecieron ponerme prótesis, pero no tenía dinero para comprarlas, así que me quedé así", comparte con resignación.

El procedimiento, detallado y burocrático, implica interconsultas y una lista de materiales básicos. La hospitalización se programa, y si es pagante, la garantía y el costo restante se suman a la factura. El costo emocional y financiero de una mastectomía radical varía según la condición del paciente, reflejando las diferencias entre IAFAS PRIVADA, IAFAS ESSALUD Y SANIDADES, y HOSPITALARIO.

Así, entre cifras y procedimientos, la historia de Rosa se desenvuelve, ilustrando los desafíos de enfrentar el cáncer de mama en un sistema complejo y a veces desigual. Cada número y cada procedimiento son capítulos en su lucha, mientras busca respuestas y consuelo en el laberinto de la atención oncológica.

En el laberinto hospitalario, la historia de Rosa toma un nuevo giro una vez que es ingresada. El residente, hábil en su tarea, la prepara meticulosamente para la cirugía. Pendientes como interconsultas, exámenes de laboratorio e imágenes se completan, marcando los hitos de una travesía médica.

Con todos los requisitos en orden, el caso de Rosa se eleva en una reunión del departamento de mamas y tejidos blandos. Algunos casos más críticos se priorizan, desencadenando un proceso que puede cambiar la disposición de la cirugía. Tratamientos de comorbilidades suspendidos para la hospitalización, pacientes jóvenes buscando preservar óvulos, y aquellos que han recibido quimioterapia neoadyuvante entran en la ecuación.

En el complejo rompecabezas de decisiones, se pondera si se realizará una cirugía conservadora o más radical. A veces, retrasos y pérdida de seguimiento desde la atención externa influyen en estas decisiones. Las pacientes seleccionadas se programan para cirugía, pero la coordinación multidisciplinaria con otros departamentos puede alargar la espera, generando ansiedad entre aquellas que no fueron elegidas.

En este intrincado proceso, las cirugías menores también tienen su espacio. Desde consultas y anestesiología hasta la obtención de materiales, el camino está marcado

por colas, trámites y, en el caso de pacientes pagantes, pasos adicionales en admisión y caja. Rosa, en su lucha, se ve forzada a buscar materiales fuera del hospital, enfrentando desafíos inesperados en la ciudad.

El día de la cirugía, el ritual del consentimiento informado se repite. La suspensión abrupta, como en el caso de un paciente desanimado, ilustra las emociones volátiles que rodean estos procedimientos. Para las cirugías menores, la preparación y las indicaciones se dan en el área correspondiente, y la paciente, acompañada, enfrenta el quirófano con la esperanza de una intervención exitosa.

Las secuelas de la cirugía, tanto a corto como a largo plazo, se convierten en un capítulo inevitable. Infecciones, eventos tromboembólicos, y la preocupación por la imagen física se combinan con la experiencia tras la intervención quirúrgica. Las voluntarias, en un gesto solidario, ofrecen apoyo, pero la realidad de la convivencia con las secuelas persiste.

En el complejo mosaico del tratamiento, la quimioterapia emerge como una etapa crucial. Desde la recogida de medicamentos hasta las sesiones ambulatorias, la paciente se enfrenta a efectos secundarios tanto a corto como a largo plazo. Pérdida de cabello, aumento de peso y vómitos pintan un cuadro vívido de las luchas diarias de estas valientes mujeres.

El manto de la incertidumbre se extiende en casos de inestabilidad, donde la cirugía se suspende o se reprograma. Las idas y venidas por módulos y consultas marcan el itinerario de quienes buscan equilibrar la esperanza con la realidad de su enfermedad.

En mujeres jóvenes, el tratamiento se torna más agresivo, pero la opción de reconstrucción inmediata emerge como un faro de esperanza. La relación entre la satisfacción con la imagen física y el nivel de vida se revela como un componente esencial del proceso de curación.

El camino de Rosa, entre citas, cirugías y tratamientos, refleja las complejidades del sistema de salud oncológico. Mientras enfrenta cada desafío, su historia se convierte en un testimonio de resiliencia, amor y esperanza en medio del laberinto médico.

En la urbe bulliciosa de Lima, la historia de mujeres como Rosa se enreda en un complejo tejido de desafíos relacionados con el CM. En el INEN, la alta tasa de mortalidad proyecta sombras sobre la generación de oportunidades, creando un oscuro panorama para el nivel de vida de estas mujeres.

El conmovedor relato de estas mujeres valientes se construye a partir de cinco problemáticas fundamentales que enfrentan en la metrópoli de Lima. Desde la limitada participación social, el deterioro de su salud y la constante falta de ingresos, los hábitos de vida poco saludables hasta el difícil acceso a los servicios de salud, cada aspecto de sus vidas se ve impactado por la lucha contra el cáncer.

Con el fin de abordar estas complejidades desde el enfoque de derechos humanos, se hace necesaria una respuesta nacional al CM. Esta respuesta debe enfocarse no solo en la salud física, sino también en la calidad de vida y las restricciones que impone en el desarrollo humano de las mujeres afectadas. La reducción de la pobreza, el acceso a la educación, la igualdad de género y la salud materna se establecen como pilares fundamentales en este desafiante camino.

La falta de participación social entre las mujeres se desentraña en varios aspectos complejos. Desde la escasa conciencia social hasta la debilidad organizativa y el limitado apoyo familiar, se revelan las capas de desafíos que estas mujeres enfrentan en su lucha diaria. El desconocimiento de sus derechos y deberes agrega otra dimensión a la complejidad de su situación.

La salud, un bien tan preciado, se desdibuja entre factores genéticos y la carencia de programas sociosanitarios adecuados. La escasez de personal especializado, la infraestructura insuficiente y la inadecuada planificación de las políticas de salud agravan el deterioro de la salud de estas mujeres, quienes con frecuencia se encuentran atrapadas en un sistema que tiene dificultades para satisfacer sus necesidades.

Los ingresos, tan esenciales para el bienestar, se desvanecen en la nebulosa de fuentes alternativas escasas y empleos mal remunerados. Esta desigualdad no solo afecta la estabilidad económica, sino que también compromete el acceso de las mujeres en condiciones de extrema pobreza a la prevención y a los cuidados necesarios de manera oportuna.

En el trasfondo, surge la figura de la historia natural del CM, trazando el recorrido desde la prevención hasta las complicaciones. A lo largo de este trayecto, los factores de riesgo que pueden ser modificados adquieren un papel destacado. Desde la dieta y la inactividad física hasta los factores reproductivos femeninos, cada elemento se entrelaza en la danza de la prevención y la mitigación.

En un mosaico de vivencias, también se resaltan las disparidades raciales en la mortalidad por CM. La genética, los factores socioeconómicos y el acceso desigual a la detección y al tratamiento conforman un panorama complejo de desafíos que enfrentan mujeres de diversos orígenes étnicos.

En este relato de resistencia, algunas mujeres, motivadas por experiencias familiares, se someten a chequeos preventivos que revelan la presencia de tumores. Pero para otras, el miedo y la falta de apoyo las dejan atrapadas en un círculo de incertidumbre y desesperación.

La historia de estas mujeres es una amalgama de luchas, obstáculos y pequeños triunfos. En un mundo donde la prevención y el acceso oportuno a la atención médica son cruciales, estas valientes mujeres desafían las adversidades, tejiendo una historia de esperanza y resistencia en medio de la complejidad de la vida con CM. En el telar de la estadística, la historia de las mujeres enfrentando el CM en el INEN se teje con cifras que revelan una realidad imponente. En el año 2000, 1021 mujeres ingresaron al escenario de esta batalla, un número que, a medida que el tiempo avanzaba, ascendió a 1382 casos nuevos en el 2019. La narrativa de esta lucha se entrelaza con las cifras que dibujan un panorama desafiante.

Entre los años 2006 y 2022, el gráfico de mortalidad por CM indica un incremento en su tendencia, pintando una imagen preocupante. En el año 2018, la tasa de letalidad aumentó a un 8.9%, marcando un contraste notable con el 0.17% registrado en 2006. Las sombras de la muerte se ciernen principalmente sobre mujeres de 70 años en adelante, donde el peso de la estadística revela una realidad implacable.

En medio de esta cruda realidad, los años 2020 y 2021 experimentaron un aumento en las defunciones, un fenómeno que se desdibuja durante la pandemia de COVID-

19 que arroja su manto oscuro sobre la historia. El aumento continuo en la mortalidad por CM, particularmente en mujeres que superan los 40 años, plantea desafíos ineludibles.

Se refleja la transformación en la incidencia y mortalidad entre 2006 y 2019, donde la cifra de casos nuevos y la mortalidad muestran una evolución marcada. En 2019, 1382 mujeres se sumaron a la batalla, mientras que 112 perdieron la vida. Un contraste con el año 2006, cuando 1160 mujeres fueron diagnosticadas y solo 2 enfrentaron la fatalidad.

Más allá de las cifras, el relato cobra vida en la necesidad apremiante de recuperar y reincorporar a las pacientes en la economía y la vida social. Es un llamado a la solidaridad de la sociedad, un recordatorio de que la lucha no termina con la última sesión de tratamiento. La paciente, al final del túnel, se reinventa y autotransforma. Aprende a vivir de nuevo, adaptándose a la nueva realidad que recibir un diagnóstico de cáncer de mama ha alterado su vida de manera significativa. Es una historia de resiliencia, donde cada número y estadística se convierten en hilos que tejen la fortaleza de estas mujeres en su búsqueda de una vida plena después del cáncer.

Perspectiva histórica de una médico cirujana oncóloga (35 años).

5.2. Análisis general de la investigación

El análisis llevado a cabo con Atlas Ti produjo diferentes redes, las cuales se muestran a continuación en varios gráficos.

5.2.1. Generación de presupuesto del Plan Esperanza

¿Cómo se lleva a cabo la asignación presupuestaria del Plan Esperanza para contribuir en la recuperación de las mujeres con cáncer de mama?

La elaboración de un presupuesto para el Plan Esperanza, dirigido a la población, requiere una planificación financiera detallada para asegurar que se cuenten con los recursos necesarios para su funcionamiento eficaz. Esto implica establecer los objetivos del plan y las necesidades específicas de la población, incluyendo la detección temprana del cáncer, el tratamiento, el apoyo a las pacientes y la educación. La integración de varios enfoques fundamentales, como el enfoque de género, desarrollo humano, salud, capacidades, interculturalidad y derechos humanos, asegura que el plan sea tanto inclusivo como equitativo.

5.2.1.1. Importancia estratégica del departamento de mamas y tejidos blandos en la administración y el proceso de determinación de decisiones.

La planificación del presupuesto del Plan Esperanza comienza con la definición de los objetivos del plan y las necesidades específicas de la población. Esto incluyó la detección temprana, el tratamiento, el apoyo a las pacientes y la educación, con un enfoque especial en las mujeres con cáncer de mama. Este enfoque estratégico aseguró que se prioricen los recursos necesarios para el departamento de mamas y tejidos blandos, crucial en la administración y el proceso de determinación de decisiones para la recuperación de las mujeres.

Se promovió el bienestar social y la equidad. Esto implicó una gestión integral de coordinación de recursos y esfuerzos para maximizar el impacto del plan. Esto incluyó la colaboración con diversas entidades, la movilización

de recursos financieros, el control de la implementación del plan y la evaluación de sus resultados.

Uno de los desafíos iniciales en la gestión del presupuesto fue el cambio introducido por la Ley del Cáncer, que alteró la forma en que los hospitales podían gastar y abastecerse de productos. Este cambio fue complejo y dejó un vacío que afectó la disponibilidad de recursos:

“...Al inicio de la gestión, que coincidió con la iniciación de la ley del cáncer, fue bastante complicado, porque fue un cambio de las reglas del juego. La forma como el hospital gastaba y como se podía abastecer de sus productos. Este es un instituto que, a diferencia de otros hospitales, casi tiene todo, tú tienes acceso a un montón de cosas que en otros lugares no tienen. Y siempre ha sido así. En el instituto se supone, que la forma como se ha manejado, durante un montón de años, es que hace que no falten las cosas, y que el paciente no importaba si tenía o no tenía dinero, podía tener acceso a varias cosas, a través de donaciones, damas voluntarias, compras por el SIS, de todos los mecanismos de acceso a los medicamentos. Pero esto se cambió con la ley del cáncer, y se dejó un vacío. Un vacío porque una ley que comenzó y dijo hoy día comienza, entonces no hubo una transición entre la anterior y lo nuevo. Y esa transición ha costado muchísimo tiempo, y más que tiempo, ha costado desatender a pacientes, porque en la transición en la cual te bloquearon que tu puedas comprar tus cosas, ósea poder disponer de la compra de las cosas. A nivel central se iba a comprar todo. Y nivel central, no tenía la capacidad ni la logística ni la experiencia de poder comprar todo lo que el hospital compraba. Hubo un momento que no había cosas básicas...” (Entrevistado 3)

Este testimonio subraya la importancia de una gestión eficaz y adaptable en el contexto de cambios legislativos y logísticos. La elaboración del presupuesto debe ser suficientemente adaptable para ajustarse a estos cambios sin afectar la calidad de la atención. La gerencia social, por lo tanto, jugó un

papel crucial en garantizar que el Plan Esperanza no solo se implemente de manera efectiva, sino que también se adapte continuamente a las demandas en constante cambio de la población y al entorno socioeconómico y legal que está evolucionando.

5.2.1.2. Influencia del departamento en la asignación presupuestaria.

Las mujeres con cáncer de mama recibieron atención integral, que incluyó detección temprana, diagnóstico preciso y tratamiento adecuado.

En el gráfico N° 1: La Asignación de Presupuesto está asociada directamente al Departamento de Mamas y Tejidos Blandos (MTB). Esto indica que la asignación de presupuesto está intrínsecamente vinculada a las actividades y operaciones de este departamento específico. La ampliación del presupuesto puede llevar a la supervisión de su uso. Esto sugiere que hay una relación secuencial entre estas actividades.

Los requisitos establecidos pueden influir en el tiempo que los pacientes esperan para su primera consulta. También se destaca la importancia del estudio de imágenes en la planificación y programación de la conducta terapéutica. Las decisiones relacionadas con la conducta terapéutica y la programación pueden afectar directamente la lista de espera.

Esto sugiere que las fuentes de financiamiento y la diversidad de pacientes influyen en la asignación de recursos. Este análisis revela cómo la asignación de presupuesto está conectada intrínsecamente con diversas actividades y decisiones en el departamento de MTB. La asignación de recursos tiene impactos directos en aspectos como la programación, el tiempo de espera y la conducta terapéutica.

Se garantizó que los recursos se emplearan de forma eficiente y equitativa para fomentar el bienestar social. Esto requirió una gestión estratégica que tomó en cuenta las necesidades de las pacientes, la efectividad de las intervenciones y la transparencia en el uso de los fondos asignados. La coordinación entre el Departamento de MTB y la gerencia social aseguró una atención integral y enfocada en las pacientes, promoviendo así su salud y

calidad de vida.

En resumen, la asignación presupuestaria estuvo estrechamente ligada a la atención de las mujeres con CM, y su eficacia dependió de la consideración de diversos enfoques y la articulación con la gerencia social para garantizar una atención equitativa y de calidad.

5.2.1.3. Papel crucial del Departamento en la Supervisión y Expansión del Presupuesto.

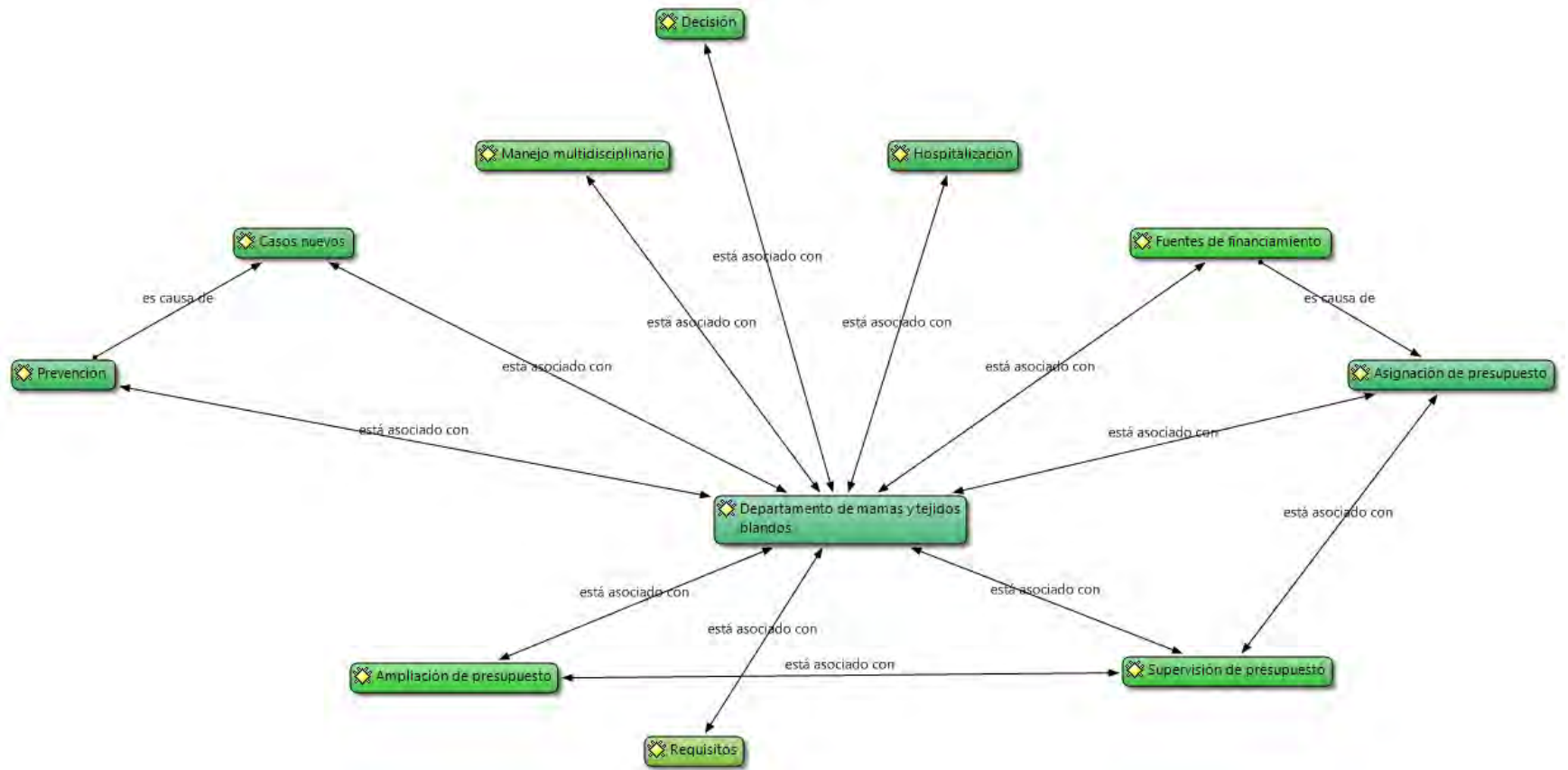
En el gráfico 2, las relaciones se centran en el Departamento de MTB, hay varias conexiones y patrones que revelan la importancia estratégica de este departamento responsable de la toma de decisiones y la gestión. Esto implica que este departamento tiene una función esencial en la gestión y la planificación global. El departamento influye en la asignación presupuestaria y juega un papel importante en su supervisión y expansión.

El departamento está conectado con las fuentes de financiamiento, indicando que la asignación de presupuesto está influenciada por la disponibilidad de recursos financieros externos. Esta conexión resalta la importancia de asegurar fuentes de financiamiento para el funcionamiento del departamento.

Se identifica las fuentes de financiamiento disponibles o potenciales para cubrir los costos del programa. Esto incluyó fondos gubernamentales, donaciones de organizaciones no gubernamentales, contribuciones de la comunidad y colaboraciones con instituciones de salud.

“...En relación con el presupuesto del departamento de mamas y tejidos blandos del INEN la financiación se da por recursos ordinarios (del cobro, ya sea de las consultas, de imágenes, u otros, a las pacientes pagantes) y la otra fuente es del presupuesto público a través del cumplimiento de metas...” (Entrevistado 15)

Gráfico N°2:



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Se creó un presupuesto detallado que incluyó todos los costos estimados y las fuentes de financiamiento. Se dividió el presupuesto en categorías, como personal, equipos, suministros médicos, educación, y mantenimiento de la infraestructura.

“...Cuando sale la Ley del cáncer, el reglamento que salió finalmente promulgado, un poco contrario a lo que la comisión de trabajo había establecido, es exigir que haya compras centralizadas de manera brusca cortando la débil cadena de suministro. En los 2 últimos años hemos sufrido las consecuencia de esa brusquedad, de suspender las compras individuales, para obligar al Estado para comprar de forma centralizada, negándose a ver la incapacidad del Estado para hacer ese tipo de actividad, porque comprar medicamentos oncológicos y de mama, en particular, es una compra muy especializada que involucra buenas prácticas de almacenamiento, buenas prácticas de cadena de dispendio, negociación por lotes con fechas de vencimientos cortos, garantía de contrato para evitar problemas de suministro, los CENARES por la ley por el reglamento se hace cargo de las compras centralizada de manera exclusiva, sucedió lo que se preveía que los centros, el INEN... sufrieron desabastecimiento, que devino en problema social...” (Entrevistado 1)

El Departamento de MTB despliega una importancia estratégica evidente en la administración y el proceso de determinación de decisiones, reflejada en el análisis financiero y presupuestario detallado que aborda tanto las necesidades de las pacientes como las fuentes de financiamiento disponibles. Se reconoció la relevancia de garantizar recursos para servicios específicos que acogen las necesidades de las mujeres con CM, y se enfatizó la necesidad de contemplar aspectos más allá de lo meramente médico, como el apoyo psicológico y educativo. La conexión del departamento con fuentes de financiamiento, incluyendo colaboraciones con instituciones de salud y contribuciones de la comunidad, resalta su enfoque de interculturalidad y su

compromiso con una atención inclusiva y equitativa. Sin embargo, las dificultades surgidas de políticas de compra centralizadas, aunque buscan optimizar recursos, han generado desabastecimiento y problemas sociales, poniendo en evidencia la necesidad de una administración socialmente responsable y respetuosa de los derechos humanos, que dé prioridad al acceso a la atención médica para todas las pacientes, sin exclusiones ni faltantes.

5.2.1.4. Relación entre el departamento y la gestión del tiempo en servicios médicos.

La gestión del tiempo especialmente en términos de tiempo de espera, estudio de imagen, programación y lista de espera es crucial en la eficiencia y gestión del tiempo en los servicios médicos.

En el gráfico N° 3, La red de relaciones en torno a la Facilidad para el Diagnóstico presentó una compleja interconexión de factores que impactan directa o indirectamente en la efectividad del diagnóstico médico. El acceso adecuado a los servicios de salud, las competencias médicas y el propio proceso de diagnóstico fueron componentes esenciales para facilitar el diagnóstico.

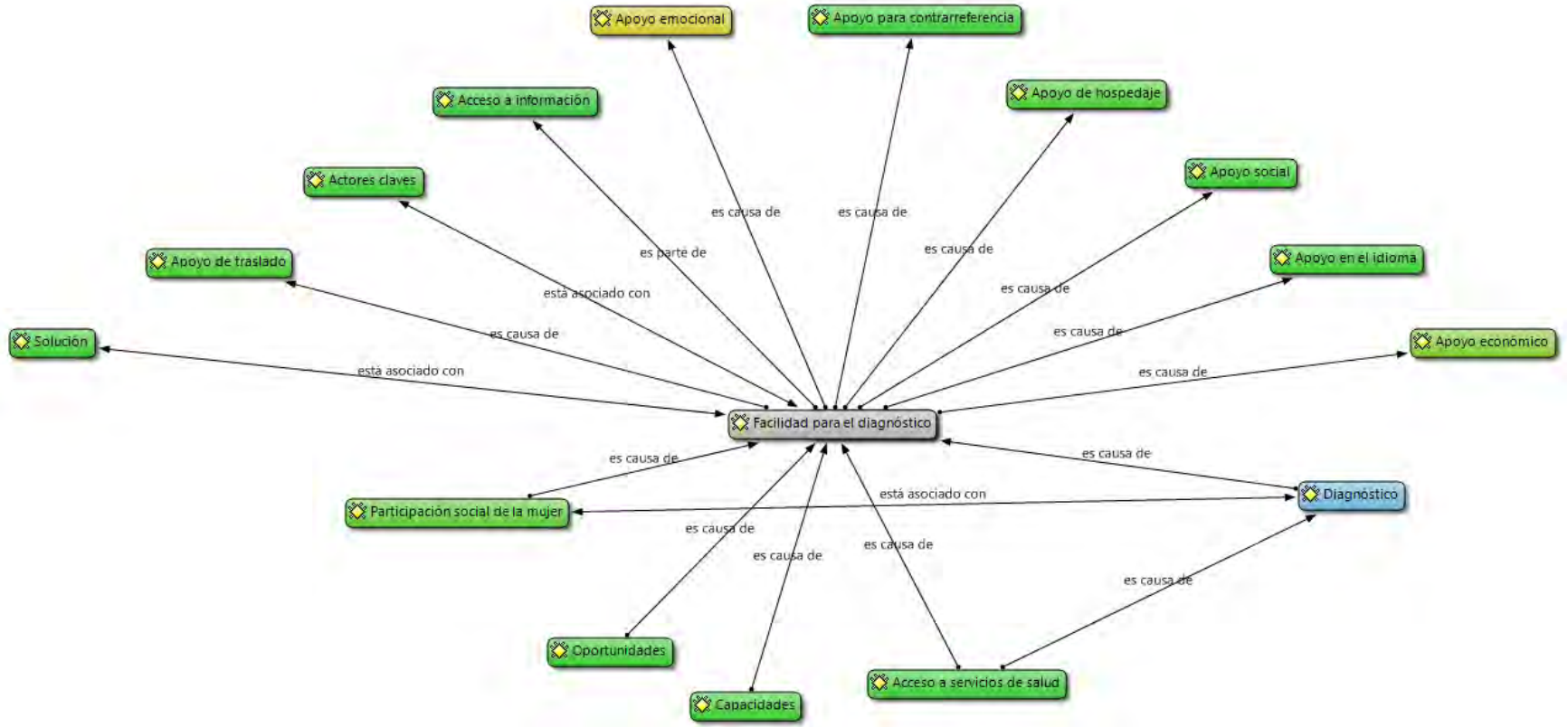
El departamento tuvo un impacto significativo en la gestión financiera, operativa y preventiva relacionada con el diagnóstico. La gestión del tiempo y la planificación afectó directamente la facilidad para el diagnóstico.

Se destacó la relevancia de las estrategias preventivas para reducir riesgos y optimizar el proceso de diagnóstico.

Los factores sociales y económicos desempeñaron un papel crucial en la facilidad para el diagnóstico, influyendo en la percepción de síntomas, la participación en programas de salud y la disponibilidad de recursos para el diagnóstico.

En resumen, la red de relaciones destacó la complejidad del entorno que rodea a la Facilidad para el Diagnóstico, mostrando cómo factores financieros, operativos, sociales y preventivos interactúan entre sí.

Gráfico N°3:



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Este análisis resaltó la importancia de un enfoque integral y multidisciplinario para mejorar la eficacia del diagnóstico en el contexto de la salud.

“...Cada una tiene responsabilidad en cuanto a lo que es el tratamiento, su diagnóstico, sus exámenes que tiene la paciente y hacerlo lo más rápido posible, para que la paciente no tenga una larga espera...” (Entrevistado 12)

“...Desde el momento en que me diagnosticaron, el tiempo era importante. Después de la cirugía tuve que esperar aproximadamente un mes para la quimioterapia, lo que fue muy estresante para mí. Además, la espera para las citas de las consultas afectó mi estado emocional...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Ana)

“...Experimenté largas esperas, desde la primera cita hasta el inicio del tratamiento... la espera para recibir radioterapia fue de casi un mes después de la quimioterapia. Estas demoras pueden ser muy frustrantes...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Laura)

La gestión del tiempo en los servicios médicos, especialmente en el contexto del departamento, refleja la complejidad de abordar las necesidades de diagnóstico de manera efectiva y oportuna. Se reconoció la importancia de minimizar los tiempos de espera y optimizar los procesos, considerando las particularidades y sensibilidades de las pacientes. La atención integral buscó no solo diagnosticar, sino también apoyar emocionalmente a las pacientes a lo largo del proceso. La gestión del tiempo también se entrelazó con el enfoque salud, ya que la eficiencia en el diagnóstico puede impactar directamente en los resultados de salud de las pacientes. La interculturalidad se evidenció al considerar los factores económicos y sociales que pudieron influir en la percepción de los síntomas y en la disponibilidad de recursos para el diagnóstico, mientras que el enfoque de derechos humanos promovió un acceso equitativo a la prevención y atención médica de cualquier forma de discriminación en el proceso. Se reconocieron y abordaron diversas dimensiones que influyen en la gestión del tiempo en el diagnóstico médico.

5.2.1.5. Influencia directa en la conducta terapéutica y decisiones clínicas. El departamento tiene un impacto directo en la conducta terapéutica y en la toma de decisiones clínicas. Los requisitos del departamento tienen un impacto directo en la eficiencia de los servicios médicos.

En resumen, el Departamento de Mamas y Tejidos Blandos no solo es el punto central de la red, además, juega un rol indispensable en la asignación presupuestaria y en la administración del tiempo, toma de decisiones clínicas y la eficiencia general de los servicios médicos. La red refleja la complejidad interconectada de las operaciones en este departamento específico.

“...Aquí vienen pacientes con cáncer de mama, a veces vienen para operarse que son emergencias, son atendidas rápidamente, son programadas ese mismo día...” (Entrevistado 12)

Se destacó la influencia directa del Departamento de Mamas y Tejidos Blandos en la conducta terapéutica y en las decisiones clínicas, subrayando su papel central en la eficiencia de los servicios médicos. Esta influencia se extendió a la asignación presupuestaria y la gestión del tiempo, lo que subrayó su importancia integral en el funcionamiento general del departamento. Este enfoque multidimensional reflejó la complejidad interconectada de las operaciones dentro del departamento y resaltó la necesidad de una gestión integral y coordinada para garantizar la excelencia y eficacia en los servicios médicos. Se subrayó el papel clave de los departamentos especializados como este en el abastecimiento de servicios de salud.

5.2.1.6. Requisitos del departamento afectando la eficiencia de los servicios médicos.

La elaboración de presupuestos va más allá de estimar ingresos y gastos; debe ser un plan detallado que exprese en términos financieros los objetivos organizativos y cómo se evaluará el rendimiento.

La efectividad del presupuesto radica en su seguimiento riguroso, destacando la importancia de enfocarse en los elementos de los sistemas de producción para mejorar el control de costos y lograr resultados óptimos.

En el gráfico N°4, la red de relaciones centrada en el Diagnóstico muestra una intrincada conexión entre diversos factores que influyen directa o indirectamente durante el proceso de diagnóstico médico, el acceso adecuado a los servicios de salud fue un factor fundamental para facilitar el diagnóstico. La disponibilidad y facilidad de acceso a los servicios de salud impactó directamente en la capacidad de realizar diagnósticos eficientes y oportunos.

Los Casos Nuevos son una parte integral del diagnóstico, y el Departamento de Mamas y Tejidos Blandos está asociado directamente con estos casos. Esto sugiere que este departamento jugó un papel central en el manejo de casos nuevos y, por ende, en el proceso de diagnóstico.

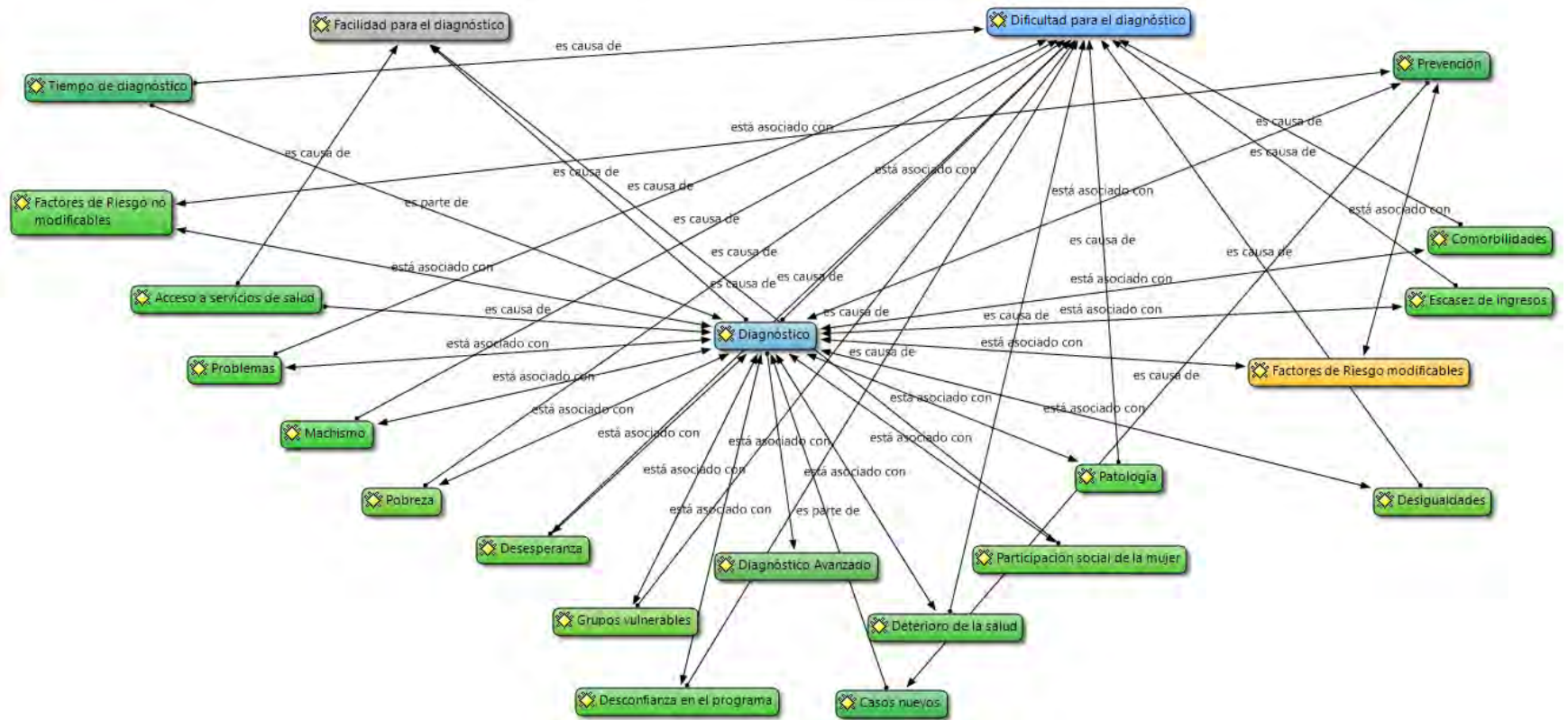
La asignación y supervisión de presupuesto, así como la gestión de recursos financieros a través de "Fuentes de Financiamiento," estuvieron conectadas al departamento y, por ende, al diagnóstico.

Esto resaltó la importancia de la gestión eficiente de recursos y aseguró un diagnóstico efectivo. La gestión del tiempo y la programación adecuada influyó en la eficacia del proceso diagnóstico.

Se destacó la influencia de factores económicos y sociales en la percepción, acceso y efectividad del diagnóstico.

En resumen, la red de relaciones ilustra la complejidad del proceso diagnóstico, mostrando cómo elementos financieros, operativos, sociales, preventivos y temporales estuvieron interconectados. La gestión eficiente del departamento, la prevención y la consideración de factores sociales y económicos fueron cruciales para mejorar la efectividad y la rapidez del diagnóstico en el ámbito de la salud.

Gráfico N°4:



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Se reconoció la importancia de asegurar un acceso apropiado a los servicios de salud, lo cual facilitó la realización de diagnósticos eficientes y oportunos, promoviendo la calidad de vida y el bienestar de las personas. También se destacó la necesidad de una gestión eficaz del departamento y de considerar factores sociales y económicos para mejorar la efectividad y rapidez del diagnóstico, lo que contribuyó al tratamiento oportuno de enfermedades. Además, se subrayó la importancia de desarrollar capacidades en la gestión de recursos financieros y de tiempo para asegurar un diagnóstico efectivo.

5.2.1.7. Heterogeneidad del personal hospitalario en términos de formación, experiencia, etc.

El ámbito hospitalario presenta una complejidad única en lo relacionado a la gestión. Esta complejidad se deriva de diversas razones: Los hospitales atienden a una diversidad de pacientes con distintas condiciones de salud, edades, géneros, niveles socioeconómicos y culturas, lo que demanda una adaptabilidad significativa en la atención.

El personal hospitalario exhibe heterogeneidad en términos de formación académica, experiencia, edades, jornadas laborales, salarios y perspectivas. Esta diversidad presenta desafíos en la coordinación y gestión efectiva del equipo (Fajardo-Ortiz, 2018). El examen de la diversidad del personal hospitalario resalta la urgencia de adoptar prácticas inclusivas y equitativas en la administración de recursos humanos en el ámbito de la salud. Desde la perspectiva de género, se promovió la igualdad de oportunidades y se erradicó cualquier tipo de discriminación en aspectos como la formación, la experiencia, el salario y las oportunidades laborales entre el personal médico de distintos géneros.

En términos de interculturalidad, se requirió reconocer y valorar la diversidad cultural tanto del personal hospitalario como de las pacientes, fomentando la sensibilidad cultural y adaptando los servicios de salud a las nece-

sidades y creencias de cada persona. En relación con los derechos humanos, se aseguró que todas las personas, sin importar su formación o experiencia, accedan a condiciones de trabajo justas y seguras, así como a oportunidades de crecimiento profesional. Abordar la heterogeneidad del personal implicó implementar prácticas que fomenten la inclusión, la diversidad y la equidad en el lugar de trabajo, que promovieron un ambiente laboral saludable y productivo para el bienestar y la salud del personal y la calidad de los servicios médicos.

“...En mi chequeo general, me encontraron un tumor en la mama izquierda. Mi experiencia en el hospital fue positiva. Sentí que el personal estaba dispuesto a escuchar mis necesidades, lo que hizo mi experiencia menos estresante...” (Grupo Focal mujer con CM EC I-II, Blanca)

“...Cuando recibí el diagnóstico, estaba muy preocupada y asustada. Mi esposo me apoyó mucho y los doctores fueron comprensivos...” (Grupo Focal mujer con CM EC I-II, Estefani)

5.2.1.8. Variedad de recursos materiales y tecnológicos en hospitales.

Los hospitales cuentan con una amplia variedad de recursos materiales y tecnológicos, desde instrumentos pequeños hasta infraestructuras de gran envergadura. Estos recursos pueden diferir en costos, durabilidad, mantenimiento y ubicación, lo que requiere una gestión cuidadosa (Fajardo-Ortiz, 2018). Se calculó los costos asociados con cada componente del plan, como mamografías, biopsias, cirugía, radioterapia, quimioterapia, personal médico y de enfermería, educadores de salud, material educativo, infraestructura, equipos médicos, entre otros.

Se evaluó los recursos financieros y humanos actualmente disponibles para el plan, como fondos gubernamentales, donaciones, patrocinios, personal médico y de apoyo, y equipo médico.

“...La asignación del presupuesto para el departamento de mamas y tejidos blandos, se da por el cumplimiento de metas. Así se hace adquisición de bienes, contratación de personal, etc...” (Entrevistado 15)

“...Eso habido mucho el año pasado, por la falta de medicamentos a través de los tramites que se hacen habitualmente para buscar lo que han comprado. Los medicamentos no son baratos. Con la ley del cáncer se modificó todo, y se cambió como se compraba los medicamentos, varios meses, casi todo el año pasado, no se sabía quién lo iba a comprar, ¿Lo iba a comprar el hospital?, ¿Lo iba a comprar el estado? Entonces el hospital no lo podía comprar...” (Entrevistado 3)

Se aseguró el acceso equitativo a los recursos necesarios para proporcionar atención médica de calidad y promover el bienestar de la población. Además, se subrayó la relevancia de evaluar los recursos financieros y humanos disponibles, garantizando su asignación eficiente para satisfacer las necesidades del plan, lo que destacó la importancia de una gestión efectiva de los recursos. Y, se promovió una distribución equitativa y justa de los recursos en los sistemas de salud, y se garantizó que las pacientes tengan acceso a los servicios y tratamientos necesarios, independientemente de su situación económica o social.

5.2.1.9. Necesidad de abordar disparidades humanas, sociales, científicas, económicas y políticas.

La disparidad en los componentes humanos, científicos, sociales, tecnológicos, políticos y económicos, así como de los aspectos tradicionales y culturales, caracteriza la realidad hospitalaria. La gestión debe abordar estas disparidades y promover una interconexión transdisciplinaria para lograr eficiencia operativa y atención centrada en el paciente.

Se priorizó los gastos según la importancia para alcanzar los objetivos del plan. Se aseguró que los recursos se asignaran de manera efectiva para maximizar el impacto.

“...Bueno primero uno de los desafíos, a través de la ley del cáncer, estos últimos meses recién se ha podido ordenar quien compra. Y lo otro es la flexibilidad para que el hospital pueda comprar tanto localmente como internacionalmente los medicamentos. Con la ley del cáncer en la pandemia varios laboratorios se fueron. Y tristemente dejaron de entregar medicamentos. Hay medicamentos que no están disponibles en el Perú y hay que salir a comprarlos en organismos internacionales...” (Entrevistado 3)

“...Si últimamente tenemos problemas con los medicamentos, porque están escaseando varios medicamentos. A veces ALINEN que, si tienen, a veces nos apoya con eso. El familiar va con su receta y les brinda. En otras ocasiones tiene que comprarlo afuera, porque lamentablemente el hospital no cuenta. A veces tenemos en stock y a veces le proporcionamos lo que tenemos, para que evite hacer más gastos innecesarios. Apoyarlas, de alguna manera, a las pacientes...” (Entrevistado 12)

“...La espera para el tratamiento de quimioterapia fue muy estresante, porque no sabía cuándo empezaría. Mi familia tuvo que buscar ayuda en otros lugares, lo que generó un gasto adicional. Creo que se podría mejorar eso...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Carla)

Se subrayó la relevancia de garantizar que todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica o cultural, tengan acceso equitativo a los servicios y a los recursos indispensable para su tratamiento. Además, se destacó la necesidad de una gestión que fomentara la interconexión transdisciplinaria, integrando elementos sociales, científicos y tecnológicos para abordar las necesidades de manera holística. Se reconoció la diversidad cultural y tradicional de la población atendida en el hospital, lo que exigió adaptar los servicios a las necesidades particulares de cada comunidad. Asimismo, se promovieron la justicia social y la equidad en el acceso a la salud y a los recursos disponibles, garantizando que se cubran las demandas de los grupos más vulnerables y marginados de la sociedad.

5.2.1.10. Consideración de estrategia financiera a corto y largo plazo.

Se consideró la estrategia financiera a corto y largo plazo. Esto implicó no solo cubrir los costos inmediatos, sino también asegurar la sostenibilidad del plan a lo largo del tiempo.

“...Tú tienes que planear no para un año... planeamiento multianual se llamaba...gracias a eso nunca faltaba nada, planeábamos por adelantado y siempre teníamos abastecido todo...” (Entrevistado 9)

La consideración de una estrategia financiera tanto a corto como a largo plazo reflejó un compromiso con el desarrollo humano, al asegurar la continuidad y calidad de los servicios a lo largo del tiempo. Esta planificación permitió que las demandas de salud de las personas no se vieran afectadas por la falta de recursos financieros a corto plazo. Además, esta práctica contribuyó al enfoque en salud, facilitando una atención constante y efectiva, garantizando que las pacientes recibieran el tratamiento y cuidado necesarios sin interrupciones causadas por problemas financieros. La planificación financiera a largo plazo evidenció una gestión responsable y ética de los recursos, asegurando que se distribuyeran de manera equitativa y eficiente para beneficiar a toda la población, y garantizando la sostenibilidad de los servicios a largo plazo.

5.2.1.11. Implementación de sistema de seguimiento y evaluación.

Se estableció un sistema de evaluación y seguimiento para supervisar el uso de los recursos y medir la efectividad del plan. El presupuesto fue ajustado según las necesidades y los resultados obtenidos, adaptándose a las circunstancias cambiantes.

“...Si se necesita una ampliación se envía la solicitud al Ministerio de Economía y Finanzas enviando los documentos sustentatorios...” (Entrevistado 15)

“...El Plan Esperanza ha sido un plan serio, totalmente monitoreado en forma permanente. El presupuesto por resultados tiene un seguimiento y vigilancia permanente tanto por el Ministerio de Salud, como

como por el Ministerio de Economía y Finanzas... ha tenido evaluaciones externas tanto nacionales como convocadas por el MEF... también lo monitorio la OPS, la OMS, la red de Instituciones del cáncer del gobierno Global...” (Entrevistado 9)

La ejecución de un sistema de monitoreo y evaluación es fundamental desde la perspectiva del desarrollo humano, ya que aseguró que los recursos asignados al Plan Esperanza se utilicen de manera eficiente y equitativa, optimizando el impacto positivo en la calidad de vida de las personas afectadas por el CM. Este enfoque fomenta la rendición de cuentas y la transparencia, permitiendo realizar ajustes basados en evidencias para adaptarse mejor a las demandas cambiantes de la comunidad. Desde el enfoque de salud, este sistema aseguró la continuidad y la mejora constante de los servicios de salud, facilitando un monitoreo riguroso y una evaluación de los resultados, lo cual es esencial para proporcionar atención de calidad y oportuna. En términos de gerencia social, la implementación de seguimiento y evaluación reflejó una gestión estratégica y ética de los recursos públicos, integrando múltiples actores y niveles de gobierno para asegurar que el plan no solo sea efectivo, sino también sostenible y adaptativo a lo largo del tiempo.

5.2.1.12. Rendición de cuentas y transparencia en la estrategia financiera

Se aseguró que la gestión financiera sea transparente ante las partes interesadas y la comunidad.

“...La oficina de control interno es el área que se encarga de la supervisión del manejo del presupuesto...” (Entrevistado 15)

“...La población, los actores de interés todos formaban parte... preguntaban todo lo que querían, pero oficialmente se ha reportado en el sistema de presupuesto por resultados, todo el mundo tiene acceso públicamente a esa información y además se ha participado en la mesa de concertación para la Lucha contra la Pobreza...” (Entrevistado 9)

Se comunicó de manera efectiva a la comunidad y a las partes interesadas cómo se utilizarán los fondos y cuáles son los beneficios del plan.

La generación del presupuesto para el plan fue un proceso complejo que tiene una planificación cuidadosa y una gestión financiera sólida. La prioridad fue garantizar que el plan tenga los recursos necesarios para brindar atención de mejorar el bienestar y la calidad de las pacientes.

La rendición de cuentas y la transparencia en la gestión financiera del plan fueron fundamentales desde la perspectiva del desarrollo humano, asegurando que los recursos se empleen de manera eficiente y justa, mejorando la calidad de vida y promoviendo la equidad de las mujeres afectadas por el CM. Este enfoque fortaleció la confianza y alentó la participación activa tanto de la comunidad como de las partes interesadas, facilitando un entorno en el que se valoran y responden las necesidades y preocupaciones de todos. Desde el enfoque de salud, la transparencia garantizó que los fondos se dirijan a áreas prioritarias, mejorando la efectividad de los servicios. La incorporación de sistemas de responsabilidad y un diálogo abierto con la comunidad demostraron una gestión ética y responsable, reforzando la legitimidad y sostenibilidad del programa a través de una participación inclusiva y un control riguroso de los recursos públicos.

5.2.2. Focalización de la pobreza del Plan Esperanza

¿Cómo se enfoca el Plan Esperanza en la pobreza para atender a las mujeres con cáncer de mama?

5.2.2.1. Identificación de mujeres con dificultades económicas.

La focalización de la pobreza en mujeres con CM es importante para garantizar que las pacientes que enfrentan dificultades económicas reciban el apoyo necesario.

Los programas a menudo se focalizan geográficamente o mediante pruebas de ingresos (Poirier, 2020). Desde el enfoque de salud, focalizar los recursos en las mujeres más necesitadas permitió optimizar los resultados de salud al garantizar que quienes están en mayor riesgo reciban atención adecuada. Esto también contribuyó a un tratamiento más efectivo y una detección temprana reduciendo la mortalidad y mejorando los pronósticos para estas pacientes.

La focalización geográfica puede ser eficiente cuando hay una gran variación en la salud y la riqueza entre las regiones. En Perú, algunas subregiones están sobrefocalizadas (Áncash, Apurímac, Ayacucho, Huánuco y Piura) y otras subfocalizadas (Lambayeque, San Martín, Ucayali y Lima) (Poirier, 2020). En Perú, la interculturalidad es esencial debido a que la diversidad cultural influye en la manera en que las personas acceden y aceptan los servicios de salud. Adaptar los servicios y la comunicación para respetar y entender las diferencias culturales aseguró que las intervenciones sean efectivas y respetuosas con las distintas comunidades.

Aunque la política social tiene metas más amplias, la limitada disponibilidad de recursos obliga a la selectividad para asegurar que las transferencias y servicios alcancen a los sectores más vulnerables de la población (Cecchini, 2015). Desde el enfoque de los derechos humanos, se reafirma que todas las mujeres tienen derecho a recibir atención médica adecuada, sin importar

su condición económica. Esto requiere garantizar que las políticas de focalización sean inclusivas y no discriminatorias, promoviendo la equidad y la justicia social.

La focalización geográfica se refiere a concentrar esfuerzos en aquellas comunidades con altos y homogéneos niveles de pobreza. El principio de "hacer más con menos" apunta a aumentar la progresividad de la inversión social, dirigiendo los esfuerzos públicos hacia quienes más lo requieren (Cecchini, 2015).

"...Muchas vienen solas de provincias, y no tienen a nadie, ellas están peor..." (Entrevistado 12)

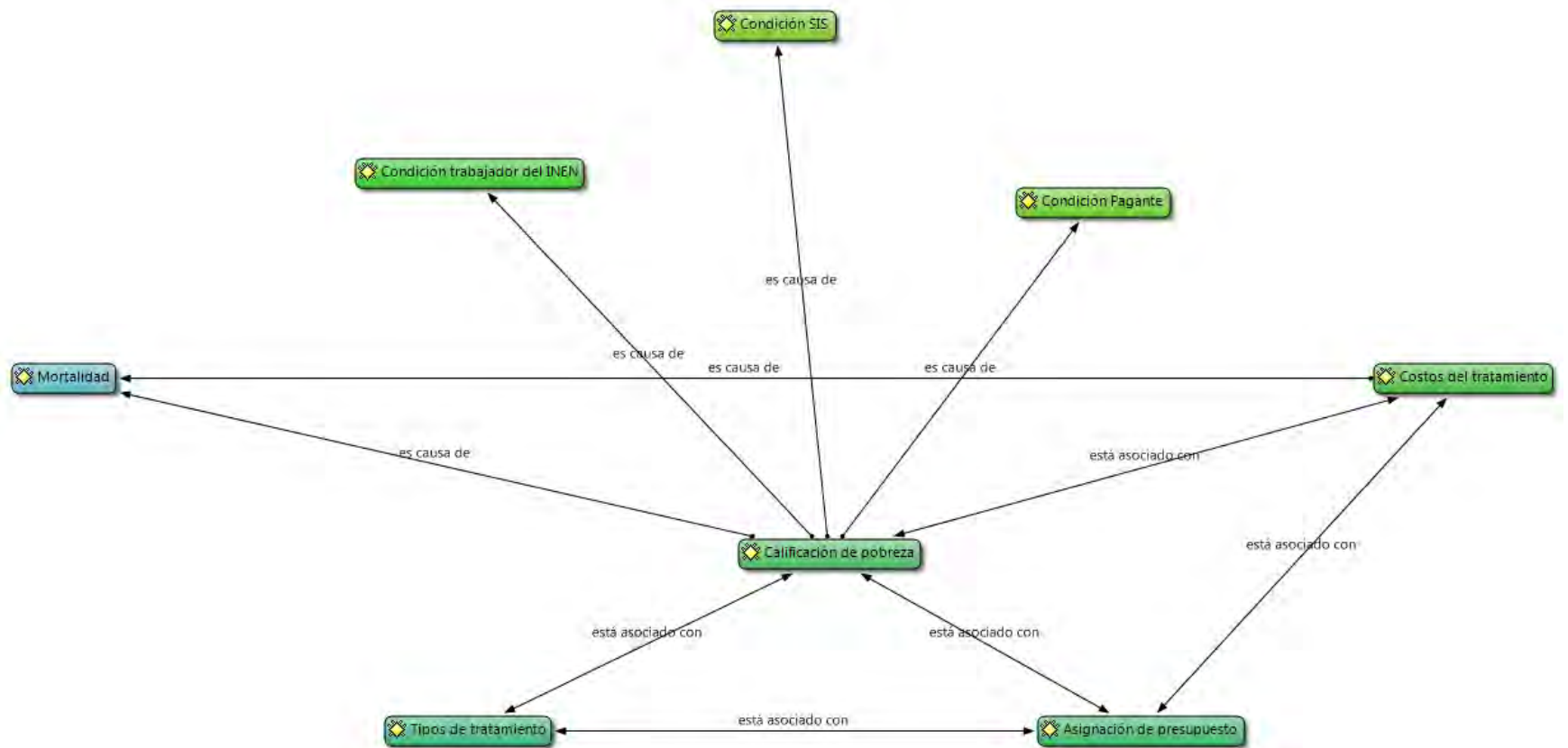
"...No tengo familiares en Lima y mi situación económica es difícil. El hospital me ayuda, pero me siento sola y sin dinero para los gastos..." (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Marta)

"...Mi situación económica ha ido de mal en peor desde que comencé el tratamiento. He tenido que pedir prestado para poder comprar los medicamentos. Necesitamos más apoyo porque es muy difícil salir adelante así..." (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Ana)

En términos de gerencia social, la focalización de la pobreza implicó un manejo estratégico de los recursos para maximizar el impacto social. Los recursos fueron asignados de manera eficiente y justa, supervisando la implementación de políticas que prioricen a las mujeres más vulnerables y asegurando la sostenibilidad y transparencia del programa. Esto requirió una planificación cuidadosa, una coordinación intersectorial y una evaluación continua para ajustar las estrategias según las necesidades cambiantes de la población.

En el Gráfico N°5, el análisis de la red sobre la Calificación de Pobreza reveló vínculos significativos entre la evaluación de la pobreza, la asignación presupuestaria y diversas actividades vinculadas con el departamento de MTB. La evaluación de la pobreza tuvo un efecto directo en la asignación de los recursos financieros, y también influyó en la expansión y supervisión del presupuesto en el departamento MTB.

Gráfico N°5:



Fuente: Elaboración propia, 2023.

Los requisitos pudieron ser influenciados por la evaluación de la pobreza, impactando en el tiempo de espera para la primera consulta.

La evaluación de la pobreza pudo influir en las decisiones terapéuticas y por ende, en la lista de espera. La diversidad de pacientes y la evaluación de la pobreza estuvieron relacionadas en el contexto de la asignación de presupuesto.

La calificación de la pobreza influyó en la asignación de presupuesto y tiene repercusiones en diversos aspectos operativos del departamento de mamas y tejidos blandos, como la programación, el tiempo de espera y las decisiones terapéuticas. La consideración de la situación socioeconómica de los pacientes fue crucial para la planificación eficaz de recursos y la provisión de servicios de salud justos y equitativos.

Enfocar la pobreza en mujeres con CM fue clave para asegurar que todas las pacientes reciban la atención y el apoyo necesarios durante su tratamiento y recuperación.

Se consideró las desigualdades económicas, asegurando que aquellas en situación de pobreza recibieron atención prioritaria. Se enfatizó la importancia de adaptar los servicios a las diversas realidades culturales de los pacientes, se garantizó que la atención sea inclusiva y se respeten las diferencias. En términos de gerencia social, la integración de estas evaluaciones permitió una planificación y una asignación más justa de los recursos, mejoró la eficiencia operativa y garantizó que todas las pacientes accedieran a un tratamiento de calidad. Este enfoque integral no solo optimizó el uso del presupuesto, sino que también fomentó la justicia social y la equidad en la provisión de servicios de salud.

5.2.2.2. Establecimiento de criterios claros de elegibilidad.

Se identificaron a las mujeres con CM que enfrentan dificultades económicas. Esto se logró mediante la evaluación de su situación financiera y socioeconómica durante la consulta médica o a través de entrevistas específicas.

“...Desde que llega la paciente a preventorio, para la creación de la historia clínica, se cuenta con 3 asistentes de pacientes nueva. Y son las que ven el ingreso de la paciente, cantidad de hijos, si vienen de provincia, teléfonos de contacto del paciente y familiar” (Entrevistado 13)

Se realizó una evaluación de las necesidades socioeconómicas de las pacientes, considerando factores como ingresos, acceso a seguros de salud, vivienda, transporte y apoyo familiar. Esto ayudó a comprender la magnitud de las dificultades financieras.

“...Las personas que se encargan de esa valoración son servicio social y ellos son los que realizan esa calificación...” (Entrevistado 2)

Se estableció criterios claros de elegibilidad para determinar quiénes califican como beneficiarias de apoyo financiero o servicios adicionales. Estos criterios se basaron en las condiciones económicas y las demandas de las pacientes.

“...Lo que, si es necesario, es que tengan diagnóstico de cáncer, historia clínica en el INEN y DNI vigente. Y se tienen que acercar a asistente social...” (Entrevistado 13)

“...No necesariamente que estén internadas, también que se atienden ambulatoriamente...” (Entrevistado 14)

“...El diagnóstico fue muy duro para mí. Las señoritas del SIS me explicaron que, para poder acceder a la ayuda, necesitaba tener mi diagnóstico y DNI al día. Todo esto era muy complicado para mí, no entendía y no sabía cómo hacer estos trámites...” (Grupo Focal mujer con CM EC I-II, Isabel)

Esta medida fue crucial para abordar las barreras económicas que afectaron desproporcionadamente a las mujeres, garantizando que aquellas más vulnerables recibieron el apoyo necesario para su tratamiento. El enfoque de interculturalidad se manifestó en la consideración de las diversas realidades culturales y socioeconómicas de los pacientes, asegurando que los criterios de elegibilidad fueron adaptativos y respetuosos de sus contextos

específicos. En términos de gerencia social, esta estrategia implicó un proceso de evaluación socioeconómica riguroso y transparente, coordinado por servicios sociales y asistentes dedicados, que permitió una distribución equitativa y efectiva de los recursos. Así, se promovió la justicia social y se mejoró la accesibilidad y la calidad para todas las pacientes, sin importar su situación financiera.

5.2.2.3. Prevención de mala selección de beneficiarios.

La mala selección de beneficiarios puede deberse a factores clientelistas, electorales, financieros, sociales o económicos (Poirier, 2020). La prevención de la mala selección de beneficiarios en el contexto del Plan Esperanza fue crucial para asegurar que los recursos lleguen a quienes más los necesitan.

Mecanismos explicativos de las inequidades incluyen marcos normativos, racionalidad acotada y clientelismo (Poirier, 2020). Fue importante garantizar que las mujeres más vulnerables, que a menudo enfrentan múltiples barreras socioeconómicas, sean las principales beneficiarias.

El Perú ha desarrollado programas exitosos enfocados en sus sectores más pobres, evidenciando que la focalización puede ser tanto universal como geográfica. No se encontró evidencia clara de clientelismo en Perú (Poirier, 2020).

“...Los familiares también se quedan en la carpa, que se quedan por el tratamiento. Ya no es como antes que venían, se le mandaba al papá a la asistente social, para que les de algo de comer. Ahora tiene que salir a comer afuera...” (Entrevistado 12)

El enfoque de derechos humanos destacó la relevancia de la equidad y la transparencia en la selección de beneficiarios, evitando prácticas clientelistas y asegurando un acceso justo a los recursos y servicios para todos. Desde el punto de vista de la gerencia social, esto implicó la implementación de sistemas de evaluación rigurosos y una supervisión constante para evitar sesgos, garantizando que el plan fuera inclusivo y equitativo. Esto no solo

aumentó la eficacia del plan, sino que también fortaleció la confianza de la población en las instituciones que gestionan estos recursos.

5.2.2.4. Colaboración con organizaciones externas.

Se colaboró con organizaciones locales, instituciones públicas o sin ánimo de lucro que se encarguen de brindar asistencia económica y social. Estas organizaciones proporcionan recursos adicionales para las pacientes necesitadas.

“...Son intervenciones oportunistas con gestores. Acciones oportunistas con LATAM, damas voluntarias, con el personal de la institución por rango de edad, etc...” (Entrevistado 4)

“...A las mujeres que vienen de provincia, el INEN las apoya con alojamiento. Para ello, se tiene 4 albergues, que son: Frieda Heller, Magia, Inspira, Fundación Peruana del Cáncer, ALINEN, donde se pueden alojar, y se encuentran cerca al INEN. El apoyo incluye hospedaje y alimentación de la paciente y también incluye el hospedaje y alimentación de un acompañante...” (Entrevistado 13)

“...Se les apoya con pañales, ropa, medicina, prótesis de mama de silicona, semillas aromaterapia, todo es gratuito porque lo donan. Se da a todas las pacientes que solicitan. Se les apoya con comida, muchas pacientes de bajos recursos. Se da apoyo emocional, también se brinda talleres en conjunto con el club de mamas...” (Entrevistado 14)

La colaboración con organizaciones externas, ya sean locales, gubernamentales o sin fines de lucro, dentro del contexto del Plan Esperanza, representa un enfoque integral de gestión social. Esta colaboración amplió la disponibilidad de servicios y recursos para las mujeres que los necesitaban, abordando no solo las necesidades médicas, sino también las económicas y sociales que pudieron surgir durante su tratamiento. Al trabajar en conjunto con estas organizaciones, se aprovechó las fortalezas y recursos de cada una para ofrecer un apoyo más completo y efectivo a las pacientes y sus familias. Esto no solo fortaleció la red de atención médica, sino que

también fomentó la solidaridad y cohesión social dentro de la comunidad, fomentando un ambiente de apoyo mutuo y empoderamiento.

5.2.2.5. Asesoramiento financiero y orientación.

Se ofreció asesoramiento financiero y orientación a las pacientes sobre cómo manejar los costos en relación con el CM, incluyendo cómo acceder a programas de asistencia financiera.

“...El apoyo es para las pacientes que tienen Historia clínica, las pacientes que van a despistaje, no tienen Historia clínica, sino un código de externo. Si bien el SIS les cubre los exámenes de preventivo, no les cubre el apoyo adicional. El apoyo es para pacientes que ya tienen un diagnóstico de cáncer...” (Entrevistado 13)

“...Las asistentes me pidieron información para el apoyo económico. Y las damas de ALINEN me dieron orientación para recibir apoyo durante mi tratamiento...” (Grupo Focal mujer con CM EC I-II, Estefani)

Se proporcionó servicios de apoyo económico específicos, como asistencia para el pago de tratamientos médicos, transporte para las citas médicas, acceso a medicamentos asequibles y ayuda con los gastos de subsistencia.

“...Si la paciente está afiliada al SIS, se cubre el 100% de la cirugía. Debe tener vigente su Documento Nacional de Identidad (DNI). No existe un monto máximo de cobertura. A las pacientes, que tienen otro tipo de seguro diferente al SIS, pero quieren realizar su tratamiento en el INEN, el apoyo a las pacientes es del el 30% de los gastos. Solo es necesario que se acerquen al área de asistado social con su DNI vigente. Si es trabajador del INEN, con diagnóstico oncológico, el apoyo es del 60 % de los gastos. Para familiares del trabajador INEN, ya sea, padre, madre, esposo e hijos, con diagnóstico oncológico el apoyo es del 60 % de los gastos...” (Entrevistado 13)

“...También se les apoya con la contrarreferencia a los hospitales ya sea vía terrestre y aérea... El traslado es para paciente viva o muerta, con un familiar...” (Entrevistado 13).

“...También hay donaciones especiales como silla de ruedas, balón de oxígeno y oxígeno. Si se necesita disposición inmediata de alguna otra cosa, se les facilitan... Existen personas que donan su pelo, el largo es de 35 centímetros a más y se mandan a hacer pelucas, también para pacientes que necesitan pelo... Cada día manejan una caja chica que es para apoyar con pasajes para viajes dependiendo del caso y de ser necesario...” (Entrevistado 14)

La provisión de asesoramiento financiero y orientación dentro del Plan Esperanza demostró un compromiso claro con la gerencia social al abordar las necesidades integrales de las pacientes. Este enfoque se centró en la atención médica, y reconoció la importancia de proporcionar apoyo práctico y emocional para abordar los desafíos financieros. Al ofrecer orientación sobre cómo acceder a programas de asistencia financiera y proporcionar servicios de apoyo económico específicos, se buscó garantizar que todas las pacientes, puedan recibir el tratamiento necesario y mantener una calidad de vida digna. Esto contribuyó a reducir las desigualdades económicas y sociales, promoviendo la equidad en el acceso a la atención y mejorando el tejido social al brindar un apoyo integral a las personas en momentos de vulnerabilidad.

5.2.2.6. Implementación de programas de prevención de pobreza.

Se consideró la implementación de programas de prevención de pobreza que brindaron a las pacientes las herramientas necesarias para mejorar su situación económica a largo plazo, como capacitación laboral y desarrollo de habilidades.

“...Se brinda alimentación y talleres, tenemos los talleres de manitos de amor que ofrece manualidades, donde les enseñan a hacer emprendimientos, se les brindan todos los materiales. Y les ayudamos a vender sus cosas... Se tienen 2 bazares que generalmente se realizan en mayo y en noviembre, donde se ofrecen los emprendimientos de las pacientes... Mientras las pacientes esperan horas de horas su

atención, se les enseña a tejer, pegado, que cosan a mano, que cosan lindas cosas...” (Entrevistado 14)

“...Es necesario la recuperación y la incorporación de la paciente en la economía y en la vida social. Para lo cual es necesario el apoyo de la sociedad...” (Entrevistado 2)

El Plan Esperanza van más allá de la atención médica inmediata al reconocer las necesidades integrales de las pacientes incluida su situación socio-económica. Al brindar capacitación laboral y desarrollo de habilidades, se empodera a las pacientes para que mejoren su situación económica a largo plazo, lo que contribuye a su autonomía y dignidad. Este enfoque considera el derecho de las mujeres a acceder de manera equitativa a oportunidades de desarrollo y a no ser excluidas debido a su estado de salud. Además, al fomentar la participación activa de las pacientes en la vida social y la economía, se fortaleció el tejido social y se fomentó la inclusión, lo cual es esencial para marchar hacia una sociedad más equitativa y justa.

5.2.2.7. Sistema de monitoreo y evaluación de intervenciones.

Se implementó un sistema de evaluación y monitoreo para medir la efectividad de las participaciones de apoyo económico y realizar los ajustes pertinentes cuando sea necesario.

“...La paciente se reinventa y autotransforma al final del tratamiento. Y logra adaptarse en lo sucesivo a esta nueva forma de vivir, con el diagnóstico de cáncer de mama...” (Entrevistado 2)

Este sistema permitió medir el impacto de las acciones implementadas, e identificar áreas de mejora y realizar ajustes conforme a las necesidades y experiencias de las pacientes. Y, al reconocer la capacidad de las pacientes para reinventarse y adaptarse tras el tratamiento, se promovió una visión integral de la gerencia social que considera la resiliencia y el empoderamiento de las pacientes. El sistema de monitoreo y evaluación tuvo como objetivo mejorar la efectividad de las intervenciones, promoviendo la calidad

de vida y la autonomía de las pacientes durante su proceso de recuperación y adaptación.

5.2.2.8. Campañas de sensibilización y educación.

Se llevaron a cabo campañas de concienciación y educación orientadas a la comunidad y a las pacientes para informar sobre los recursos disponibles y los servicios de apoyo económico.

“...Tenemos una actividad de 20 años, los viernes se educa a la comunidad general, a pacientes y familiares a las 12:00 pm. Durante la pandemia era virtual, ahora estamos volviendo a las charlas presenciales en prevención de cáncer de mama...” (Entrevistado 4)

El Ministerio de Salud, en conjunto con el INEN y el Ministerio de Educación, consideró la incorporación en el Currículo Nacional de Educación Básica (que abarca la Educación Básica Regular y Alternativa) de actividades curriculares o extracurriculares enfocadas en la prevención de enfermedades oncológicas. Estas acciones buscaron fomentar una cultura de salud en el país.

“...En los colegios se tiene la estrategia educativa “Semillitas de la prevención del cáncer” donde educamos en todos los temas de prevención...” (Entrevistado 4)

La inclusión de actividades educativas en colegios y comunidades buscó informar sobre los recursos y servicios disponibles, y fomentar una cultura de salud que reconoció las demandas específicas de género y el derecho a acceder a la información y a los servicios de salud. Además, la incorporación de estas iniciativas en el Currículo Nacional de Educación Básica reflejó un enfoque de gerencia social, donde las instituciones gubernamentales y de salud colaboraron para asegurar un acceso equitativo a la educación y la atención médica, contribuyendo así al bienestar integral de la población.

5.2.2.9. Contrarrestar fenómenos de clientelismo y corrupción.

La política social en América Latina ha enfrentado históricamente problemas relacionados con el clientelismo y la corrupción. Se implementaron medidas para combatir estos fenómenos a través de la participación ciudadana y la rendición de cuentas (Cecchini, 2015). Desde una óptica de género y derechos humanos, estas prácticas afectaron desproporcionadamente a las mujeres, quienes constituyen una parte significativa de la población afectada por el cáncer de mama.

“...Y también la descentralización, porque nuestro sistema de salud está muy centralizado. Y lo que vamos a hacer ahora es buscar la integración primero de los IRENES de las atenciones oncológicas, para que sea algo más uniforme en todo el país...” (Entrevistado 3)

“...Esperemos que en un futuro disminuyan esta gran cantidad de pacientes con cáncer, tanta prevención que damos. Lo importante es llevar a otros lugares y descentralizar. Explicar a los familiares que no solamente vengan acá a Lima, que también existen otras áreas en otras provincias, que tienen servicios de oncología del mismo INEN, para que puedan ser atendidos...” (Entrevistado 12)

La descentralización del fomento de la participación ciudadana y de los servicios de salud fueron estrategias fundamentales para asegurar un acceso justo y transparente a la atención médica, contribuyendo a la promoción de una gestión social responsable y a la protección de los derechos de las pacientes. Al descentralizar los servicios de oncología y promover la conciencia sobre la disponibilidad de atención en diferentes regiones, se buscó mitigar la concentración de pacientes en centros de salud específicos, reduciendo así la influencia de prácticas clientelistas y fomentando una distribución más equitativa de los recursos y servicios de salud.

5.2.3. Programación por prioridades del Plan Esperanza

¿Cómo es la programación por prioridades del Plan Esperanza en las mujeres que padecen cáncer de mama?

5.2.3.1. Equidad en la asignación de recursos.

La programación por prioridades implica la asignación de recursos y servicios de manera estratégica para garantizar que las mujeres con CM reciban atención de acuerdo con sus necesidades y gravedad de la enfermedad.

La programación por prioridades es esencial para garantizar que las pacientes reciban atención adecuada y oportuna, especialmente en situaciones críticas. Es fundamental mantener un enfoque integral que aborde las necesidades sociales, físicas y emocionales a lo largo de su experiencia con el cáncer. Estos temas trataron varios aspectos relacionados con la priorización en la atención médica, desde la equidad en la asignación de recursos hasta los desafíos prácticos en la implementación de sistemas justos.

Se destacó la necesidad de un sistema de priorización más justo y equitativo, especialmente en el contexto de cirugías electivas y tratamientos oncológicos. La programación por prioridades del Plan Esperanza para mujeres con cáncer de mama reflejó un enfoque de género, reconociendo y atendiendo las necesidades específicas de este grupo vulnerable. Desde el enfoque de los derechos humanos, se asegura que todas las pacientes tengan acceso equitativo a los servicios y recursos necesarios para su tratamiento. En términos de gerencia social, la programación por prioridades buscó gestionar de manera eficiente los recursos disponibles para maximizar el impacto en el bienestar y la salud de las pacientes, garantizando una distribución justa de los servicios. Al reconocer la importancia de atender las demandas físicas, emocionales y sociales de las pacientes, se promovió una atención integral que respeta los derechos humanos y la dignidad de todas las mujeres afectadas por el CM.

5.2.3.2. Presión institucional.

En los últimos años, las reformas en la legislación de salud han provocado un aumento gradual en la demanda de servicios de urgencias, lo que ha impuesto una presión considerable sobre las instituciones. A pesar de la obligación legal y de servicio de eliminar las barreras para los pacientes, conciliar estas expectativas con las elevadas tasas de ocupación resulta un desafío. La competencia por las camas hospitalarias disponibles genera conflictos diarios en las áreas clínicas y en la administración de las instituciones (Malagón, 2017). La admisión se convierte en un momento clave para decidir qué pacientes pueden ser atendidos, considerando la especialidad y los recursos disponibles. Las centrales de admisiones deben operar como unidades de gestión de pacientes, priorizando la asignación de camas y contribuyendo a la mejora de la humanización del servicio y de la calidad. La asignación de camas debe seguir criterios objetivos, considerando la descongestión de servicios críticos como UCI y salas de cirugía. La planeación estratégica de la institución debe alinearse con la dirección, priorizando centros de excelencia y áreas de especialización. Las necesidades de salud del paciente, como aislamientos y tratamientos, deben tener prioridad. Poblaciones vulnerables, definidas por edad o discapacidad, deben contar con rutas de atención rápidas y continuas. Complicaciones y eventos adversos requieren atención prioritaria para mitigar daños y reducir secuelas. Estos criterios buscan garantizar una asignación eficiente y justa de camas hospitalarias (Magalón, 2017). Desde el enfoque de salud y desarrollo humano, se considera el derecho básico a acceder a atención médica oportuna y de calidad, priorizando aquellos pacientes en mayor riesgo o con necesidades especiales, como las poblaciones vulnerables definidas por edad o discapacidad.

“...Haber esta parte, en lo que respecta al servicio de medicina, no hay camas destinadas a las pacientes de mamas. Hay camas destinadas a las complicaciones médicas del manejo oncológico por cáncer de mama. Las pacientes con cáncer de mama, no se hospitalizan para

recibir quimioterapia, no se hospitalizan para recibir tratamiento oncológico, no se hospitalizan para eso, pero si se pueden hospitalizar para las complicaciones del manejo. Entonces no tienes una cantidad asignada de camas para cáncer de mama, tienes una cantidad asignada para todo el equipo de tumores sólidos, para el manejo de las complicaciones médicas. Se ha mantenido estable durante el tiempo, esas camas pueden aumentar o disminuir en función de su necesidad, la cantidad de pacientes que necesitas atender...” (Entrevistado 3)

Las prioridades deben ser definidas por un equipo multidisciplinario compuesto por personal asistencial, administrativo, jefes de servicio y la dirección de la clínica. A través de un acuerdo de servicios, se busca atender las necesidades diarias de forma clara y compartida. Esto permite que el personal encargado de la gestión y asignación de camas opere de acuerdo con las prioridades establecidas.

La gestión hospitalaria abarca todos los servicios y debe ser el eje central que guíe el proceso y el flujo adecuado de pacientes, utilizando herramientas innovadoras y creativas para mejorar los tiempos de estancia en la clínica (Malagón, 2017).

“...En el manejo médico, en el manejo de las complicaciones médicas. Si hay consenso, porque hay una interacción, casi una integración entre el equipo de medicina oncológica que maneja las complicaciones médicas de los pacientes en general, de todos los tumores sólidos en emergencia, y el equipo de manejo médico de la enfermedad oncológica...” (Entrevistado 3)

En términos de gerencia social, se enfatizó la necesidad de una gestión hospitalaria eficiente y coordinada, donde la toma de decisiones fue el resultado de un proceso multidisciplinario y participativo que garantizó la equidad y la humanización en la atención de las pacientes. Asimismo, se destacó la relevancia de la planificación estratégica y la innovación en la administración hospitalaria para mejorar los tiempos de permanencia y optimizar

los recursos disponibles, lo que contribuyó al bienestar integral de la comunidad atendida.

5.2.3.3. Herramientas de priorización.

Es importante considerar múltiples atributos al definir un sistema de priorización justo. Se deben utilizar herramientas universales de priorización con equidad vertical y horizontal para reducir los tiempos de espera (Rathnayake, 2021). Desde el enfoque de salud, se subraya la importancia de optimizar los procesos clínicos y operativos para disminuir los tiempos de espera y elevar la calidad de la atención.

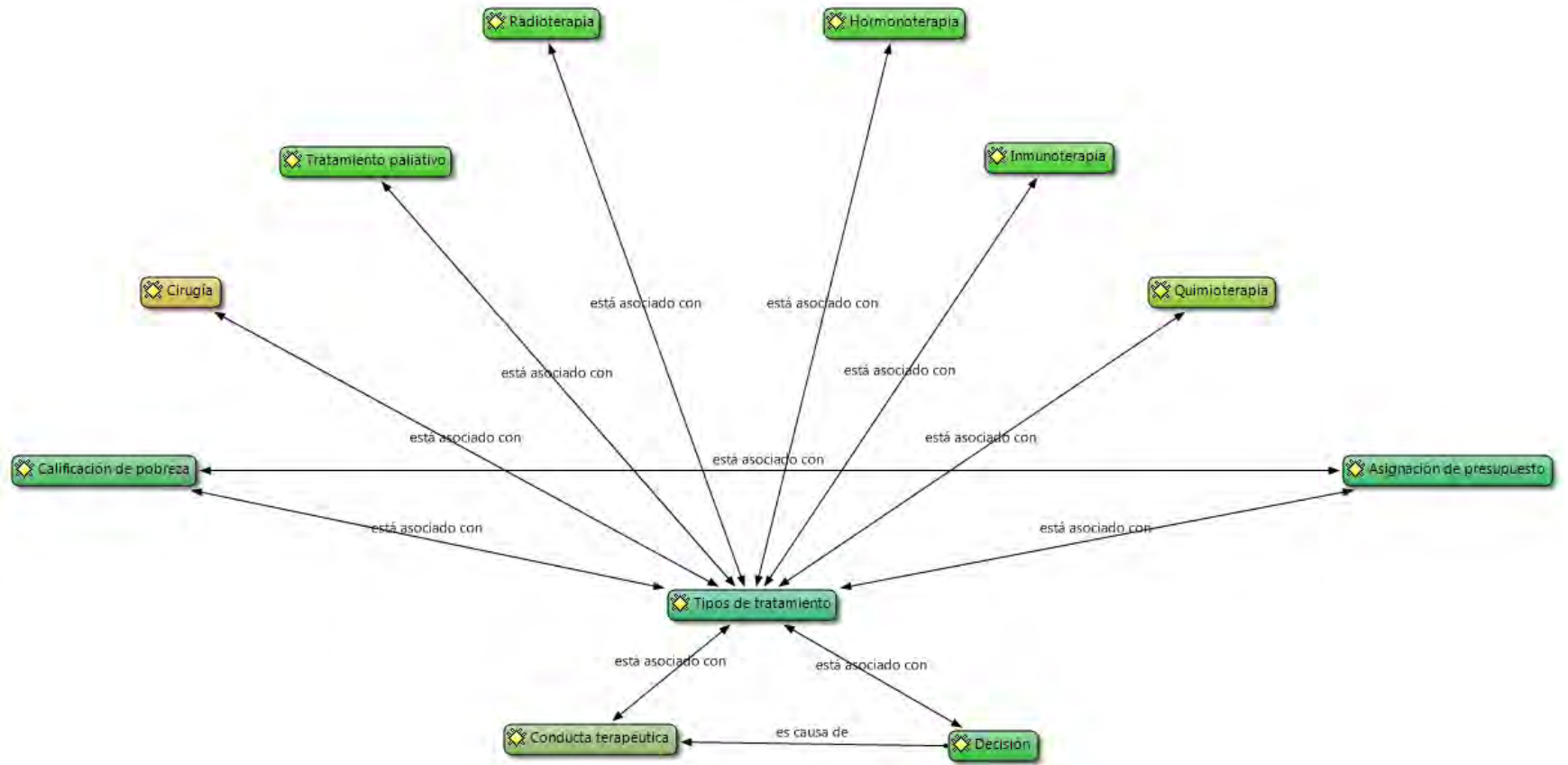
“...La gestión de direcciones es que está dirigido a mejorar la atención de los pacientes en general. Y todo lo que se hace, se busca que sea efectivo, ósea la implementación de los cambios, los cambios de flujos. Ordenar significa que se busca que el paciente sea atendido, la mayor cantidad de gente posible...” (Entrevistado 3)

En el gráfico N°6 se pueden identificar relaciones y asociaciones entre diferentes elementos del sistema de atención al cáncer de mama. La decisión sobre la conducta terapéutica dependió del tipo de tratamiento.

Los requisitos influyeron en el tiempo de espera para la primera consulta. La programación y la lista de espera estuvieron influenciadas por la realización de estudios de imágenes.

En conclusión, la red mostró la complejidad de las interacciones en el programa, revelando la interrelación entre la toma de decisiones, la administración del presupuesto, los aspectos operativos y los procesos clínicos en el departamento de MTB.

Gráfico N°6:



Fuente: Elaboración propia, 2023.

“...Que haya cerca lo que son radiodiagnóstico, laboratorio cerca de la mano de emergencia. No esperar que vengan, que mi técnico se lleve las órdenes, se demoran en venir, se demoran en llamar para la tomografía, ósea eso dificulta más la espera del paciente. La impaciencia, y a veces se ponen agresivos los pacientes, por la demora, no y más los familiares...” (Entrevistado 12)

En cuanto a la gerencia social, se destacó la importancia de una gestión eficaz y centrada en el paciente, que buscó maximizar el acceso a la atención médica y mejorar la experiencia de las pacientes. Además, se destacó la importancia de considerar las necesidades y preocupaciones tanto de las pacientes como de sus familiares para brindar un servicio más humano y sensible. En conjunto, estos enfoques contribuyeron a la consolidación del sistema de salud y al bienestar de la comunidad atendida.

5.2.3.4. Juicio clínico combinado con información paciente.

Se debe combinar el juicio clínico con investigaciones, informes y detalles de las inquietudes informadas por los pacientes para desarrollar herramientas de priorización justas y evitar limitaciones subjetivas (Rathnayake, 2021). Desde un enfoque de desarrollo humano y salud, se subrayó la importancia de mantener una comunicación transparente y una toma de decisiones compartida que respetó las preferencias individuales y promovió el empoderamiento de las pacientes.

“...Se supone que el manejo del paciente con cáncer es multidisciplinario, entonces el paciente ingresa por la parte quirúrgica, y la parte quirúrgica evalúa al paciente, y determinan por un enfoque multidisciplinario y factores de riesgo la posibilidad de darle quimioterapia. La decisión de si recibe o no quimioterapia, la cantidad de quimioterapia que va a recibir, tratamientos dirigidos, o tratamientos específicos, lo hace el médico oncólogo...” (Entrevistado 3)

“...El subespecialista decide si la paciente recibirá: Quimioterapia neoadyuvante, cirugía, quimioterapia adyuvante, y/o radioterapia...”
(Entrevistado 2)

Las decisiones sobre el tratamiento y la atención médica se basaron en las mejores prácticas médicas, la evidencia científica y las necesidades individuales de cada paciente.

“...Como todo tratamiento oncológico está basado en riesgos, se difunde el riesgo de recaída, porque al final, primero depende del escenario de tratamiento oncológico. Tú tienes tres posibilidades: que sea neoadyuvancia, adyuvancia y metastásica. En cada uno tú le informas los beneficios del tratamiento, la indicación del tratamiento y los riesgos. Al final el paciente en función de eso decide, a través de un consentimiento informado si continua o no continua con el tratamiento...”
(Entrevistado 3)

“...Ya muchas pacientes desde el primer momento que empiezan cáncer de mama asocian su cáncer con la extirpación y pérdida de la mama. Cuando no en todo caso es así. Hay casos en que sí se extirpa en primer momento, hay casos como digo tumorectomía, hay casos que comienzan con un tratamiento quimioterápico y/o radioterápico, para reducción de la masa tumoral dependiendo de las dimensiones que se tenga, no, es este momento se hace necesario preparar a la persona...” (Entrevistado 11)

“...Todo era difícil para mí, tenía miedo de perder mi mama. Me explicaron que podía recibir quimioterapia para reducir el tamaño del tumor. Esto me ayudo a no desesperarme...” (Grupo Focal mujer con CM EC I-II, Blanca)

La sugerencia de que los problemas de salud percibidos e informados por el paciente podrían ser indicativos de una mayor necesidad de cirugía que las características clínicas o anatómicas del paciente (Rathnayake, 2021).

Se proporcionó educación sobre el CM a todas las pacientes independientemente de su gravedad. La educación a la comunidad en general se tiene que mejorar. La prevención y la detección temprana son cruciales.

“...Tanto en el video en las salas de espera como en el video institucional. El departamento de mamas no les dice, y la paciente pregunta... un poco complicado. La paciente debería saber desde su ingreso, porque cuando presente la complicación no lo va a saber enfrentar. En la consulta le explicamos el porcentaje, en que tiempo y que ejercicios, que método minimiza en caso se presente el linfedema. Lo importante es la prevención...” (Entrevistado 6)

Las pacientes fueron incluidas en la toma de decisiones sobre su atención médica y tratamiento. Se fomentó la toma de decisiones compartida y respeta las preferencias individuales.

“...Me explicaron las opciones de tratamiento. Me hablaron de las complicaciones. Al principio estaba muy preocupada...” (Grupo Focal mujer con CM EC I-II, María)

Además, se destacó la importancia de un enfoque de derechos humanos al garantizar el acceso a un servicio de salud de excelencia, respetando la dignidad y autonomía de las pacientes y autonomía de las pacientes en todas las etapas de su tratamiento.

“...Cuando tenemos la consulta en módulo 1, que es la parte externa de los consultorios. Nosotros le explicamos a la paciente que su caso es de resolución quirúrgica de inicio, como primera parte del tratamiento. Porque el cáncer no se cura con un solo tipo de tratamiento. No se cura sólo con cirugía, no se cura sólo con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o terapia biológica. Sino que es un manejo multidisciplinario con varias líneas. Y en el caso que vaya a tener una mastectomía, se le explica a la paciente que se le va a retirar todo el tejido mamario, que va a perder la areola, que va a perder el pezón...” (Entrevistado 2)

Se aseguró una comunicación transparente y honesta con las pacientes y sus familias sobre su condición, opciones de tratamiento y pronóstico.

“...Uno el manejo quirúrgico, si la paciente va a tener mastectomía, la reconstrucción inmediata. Dos, procurar la consejería, en preservación de la fertilidad. Esta paciente en 5 años más, que es lo que dura su tratamiento, va a tener 30 años y probablemente va a querer ser mamá y formar una familia...” (Entrevistado 2)

“...Jóvenes que tienen que realizar preservación de óvulos, pacientes que recibieron quimioterapia neoadyuvante...” (Entrevistado 2)

“...Cuando recibí el diagnóstico, los médicos también me dieron la opción para preservar mi fertilidad y poder tener hijos a pesar del tratamiento...” (Grupo Focal mujer con CM EC I-II, Estefani)

Se planificó recursos a largo plazo para garantizar que se pueda satisfacer las necesidades cambiantes de las pacientes a medida que evolucionan en su tratamiento y recuperación.

En relación con el enfoque de capacidades, se reconoció la importancia de planificar recursos a largo plazo para garantizar que las pacientes puedan adaptarse y recuperarse después del tratamiento.

“...Entonces debido a la cirugía les limita, entonces lo principal que tenemos es esa limitación funcional en el trabajo, ya sea en casa o en la parte de su pareja, empiezan a ver ideas de minusvalía, en el cual ellas ya no se sienten lo suficientemente bonitas para poder conquistar a sus parejas. Influye mucho también como la pareja toma esta enfermedad, y que importante es para esta pareja, que la mujer no tenga mama o que este allí la lesión a pesar de que la controlamos. Sobre todo, aquí es el apoyo de la pareja, son muchas mujeres que ha sido abandonadas por los esposos y se quedan solas, solas con hijos encima porque las abandonan y se olvidan de que tienen hijos. Entonces tienen la preocupación de la enfermedad, tienen la preocupación de la carne cuando me pide la preocupación de criar a sus hijos del proceso

muchos factores psicosociales que no son favorables para estas mujeres...” (Entrevistado 5)

En términos de gerencia social, se evidenció un enfoque centrado en la paciente, donde la administración de los servicios de salud y recursos estuvo enfocada en la equidad, la inclusión y el bienestar integral de las pacientes y sus familias promoviendo así una atención de salud más efectiva y humana.

5.2.3.5. Manipulaciones en la implementación.

Se han informado manipulaciones para implementar sistemas de prioridades por parte de los médicos. Se presentó un caso, en que los médicos no habían cumplido con una pauta de prioridad clínica simple que se había implementado. Esto indica la necesidad de convencer a los médicos sobre la importancia de la priorización y la necesidad de incluir factores no médicos al determinar el acceso a los servicios (Rathnayake, 2021). Por ello fue importante abordar las posibles manipulaciones en la implementación de sistemas de prioridades por parte de los profesionales médicos, lo que puede afectar negativamente el acceso justo a los servicios sanitarios.

“...Pero el número de pacientes nos sobrelleva con el número de profesionales, debido a que el cáncer de mama es el más frecuente. Dependemos de la derivación de todas las especialidades. El departamento de mamas tiene que mandar a las pacientes después del mes de ser operadas, pero... no llegan. Y cuando llegan al servicio, es cuando ya presentan la complicación...” (Entrevistado 6)

Desde el enfoque de salud y derechos humanos, se reconoció el derecho a recibir atención médica oportuna y de calidad, sin importar su situación socioeconómica. Se subrayó la importancia de fomentar una cultura organizacional que promueva la ética profesional y la responsabilidad hacia las pacientes, así como la implementación de medidas de supervisión y control para asegurar la equidad y la transparencia en la asignación de servicios de

salud y recursos. Y, se destacó la necesidad de humanizar a los profesionales de la salud sobre la relevancia de priorizar en función de criterios objetivos e incluir factores no médicos en la toma de decisiones, lo que contribuyó a mejorar la equidad y la calidad en la atención sanitaria.

5.2.3.6. Asignación de recursos según categorías de gravedad.

Se realizó una evaluación inicial de cada paciente con CM para decidir la gravedad de la enfermedad, el estadio en el que se encuentra y sus necesidades específicas. Esto incluyó pruebas de diagnóstico y análisis médicos.

“...Nosotros, cuando nos llega un paciente y no tiene biopsias, lo que hacemos es documentar de acuerdo con la inmunohistoquímica, para poder decidir la mejor conducta terapéutica. Y es una combinación una suma de todas.... La paciente ha completado toda la evaluación preoperatoria y el médico da la indicación...” (Entrevistado 2)

Desde la perspectiva de capacidades, se destaca la relevancia de valorar tanto la capacidad fisiológica como funcional de las pacientes para soportar el tratamiento, además de tener en cuenta los beneficios y riesgos de las diversas alternativas terapéuticas.

Se asignó recursos médicos y servicios de acuerdo con las categorías de gravedad. Las pacientes en estadios más avanzados o con necesidades médicas urgentes pueden recibir atención prioritaria.

“...Una vez que se completa los requerimientos, se presenta el caso en una reunión del departamento de mamas y tejidos blandos. Algunos casos son más graves, por lo que se eligen primero. En algunos casos el paciente tiene tratamiento de comorbilidades, que han sido suspendidas para la hospitalización, también necesitan cirugía pronta...” (Entrevistado 2)

“...Me hicieron exámenes para ver cómo estaba y si podía recibir tratamiento. Fue un proceso difícil...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Patricia)

Se clasificó en diferentes categorías de gravedad, según el estadio del cáncer, la presencia de metástasis u otras condiciones médicas que puedan afectar el tratamiento y el pronóstico.

“...Se decide si se realizará una cirugía de conservación o una cirugía más radical, incluso si ya es una enfermedad irresecable...” (Entrevistado 2)

La priorización se da en las neoplasias malignas agresivas, mientras que los cánceres menos agresivos son diferidos o manejados con estrategias alternativas (Gravas, 2020).

“...El tratamiento en mujeres jóvenes resulta más agresivo, dado que tienen más posibilidades de sufrir una recurrencia. Lo principal es controlar localmente la enfermedad y evitar la metástasis...” (Entrevistado 2)

Solo en algunos casos se requiere aumentar la oferta del servicio (Lungu, 2019). Se proporcionó un tratamiento personalizado basado en la categorización por gravedad. Esto incluyó cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapias dirigidas u otros enfoques terapéuticos según la situación de cada paciente.

“...Las mujeres menores de 40 años, premenopáusicas, incluso de menos años, se evalúa dos cosas, primero si tiene hijos o no tiene hijos, es muy importante para determinar que hacer, que es lo que requiere la paciente, y la población más difícil son las pacientes menores de 40 años sin hijos, en las cuales su deseo de maternidad está establecido, en algunas, en otras no quieren tener hijos pero en algunas si o con pareja que requieran tener hijos, incluso el pacientes mujeres embarazadas con cáncer, el flujograma es más complejo porque tú tienes que evaluar la fertilidad de la paciente, sus requerimientos de fertilidad, su deseo de fertilidad, la necesidad de que guarde óvulos y si está embarazada el momento de alumbramiento, ¿Se puede tratar una mujer embarazada con cáncer de mama? Si se puede tratar...” (Entrevistado 3)

Se resaltó la necesidad de un enfoque intercultural al considerar las diversas perspectivas y valores de las pacientes, especialmente en lo que respecta a decisiones vinculadas a la fertilidad y la maternidad.

La preocupación sobre los retrasos en la detección del cáncer y cómo esto puede llevar a una mayor proporción de cánceres "irresectables o incurables" (Wiebe, 2022).

"...En algunos casos el paciente tiene tratamiento de comorbilidades, que han sido suspendidas para la hospitalización, también necesitan cirugía pronta..." (Entrevistado 10)

El desafío de determinar dónde comienza la urgencia para asignar adecuadamente los recursos de atención médica (Wiebe, 2022). Desde una perspectiva de derechos humanos, se subrayó la importancia de asegurar garantizar un acceso justo a los recursos médicos y a los servicios de salud, al mismo tiempo que se respeta la autonomía y la dignidad de las pacientes en cada fase de su tratamiento.

"...Las mujeres de menos de 40 años con CM presentan cánceres agresivos y acuden con enfermedad avanzada y van a venir con una mayor enfermedad y necesitan mayor tratamiento con opioides. Son enfermedades agresivas que comprometen otros órganos, no solamente la mama. La dificultad es que tienen que ser derivados de otras especialidades. Son derivados en estados avanzados, no se reconoce tempranamente, no se indica ni se deriva tempranamente. Se debe brindar más información para evitar síntomas más severos..." (Entrevistado 7)

Mantener el statu quo puede beneficiar a algunos cirujanos y seleccionar pacientes, pero la mayoría de los pacientes esperan demasiado tiempo para la cirugía electiva, y muchos cirujanos luchan por recibir referencias equitativas y reservar tiempo de operación (Wiebe, 2022).

"...La disposición de la cirugía, en algunas ocasiones cambia, debido a los retrasos, la paciente se perdió de vista desde la atención en consultorio externo u otros motivos. Se decide si se realizará una cirugía

de conservación o una cirugía más radical, incluso si ya es una enfermedad irresecable...” (Entrevistado 10)

“...Mi caso fue estudiado en una junta médica. Me dijeron que mi enfermedad estaba avanzada. Y decidieron una cirugía paliativa...”

(Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Marta)

Se estableció un sistema de seguimiento continuo para monitorear la evolución y realizar ajustes en el tratamiento según sea necesario.

“...La disposición depende de las características de la paciente y sus comorbilidades, si podrá tolerar el tratamiento...” (Entrevistado 10)

“...Claro, cuando tú tienes la evaluación del paciente si requiere o no requiere quimioterapia, tu evalúas primero la parte funcional, el ECOG adecuado, que este hematológica y bioquímicamente adecuado. De acuerdo con el medicamento, requiere evaluaciones cardiológicas especiales, evaluación respiratoria especiales. Que la paciente esté en condiciones fisiológicamente adecuada para recibir quimioterapia. Otro factor importante para recibir o no quimioterapia es el ECOG. Un índice de Karnofsky adecuado tiene indicación de recibir quimioterapia. Con un ECOG bajo, evalúas el riesgo beneficio, porque va a depender mucho del tipo de enfermedad oncológica y en el momento que este. Es muy diferente por ejemplo que tengas un cáncer de testículo con ECOG bajo, que tiene alto grado de respuesta, que un cáncer de mama metastásico, con múltiples tratamientos, con ECOG bajo en el cual tú sabes que la posibilidad de respuesta es muy baja...” (Entrevistado 3)

Se enfatizó la importancia de proporcionar un tratamiento personalizado basado en la categorización por gravedad, así como de establecer un sistema de seguimiento continuo para monitorear el progreso de las pacientes y ajustar el tratamiento según sea necesario.

5.2.3.7. Desigualdades en el acceso a los servicios de salud.

Existen desigualdades sociales de acceso a la atención. En los tiempos de espera por nivel socioeconómico estas desigualdades están presentes en varios países con sistemas financiados con fondos públicos (Siciliani, 2014). Desde un enfoque de género, se reconoció cómo estas desigualdades afectaron de manera dispar a las mujeres, considerando factores como roles de género, responsabilidades familiares y barreras socioeconómicas que dificultaron su acceso a la atención oportuna.

Y, se destacó la importancia de un enfoque intercultural para comprender las necesidades y perspectivas de grupos diversos, y se consideró las diferencias culturales y socioeconómicas que influyeron en los tiempos de espera y acceso a la atención médica.

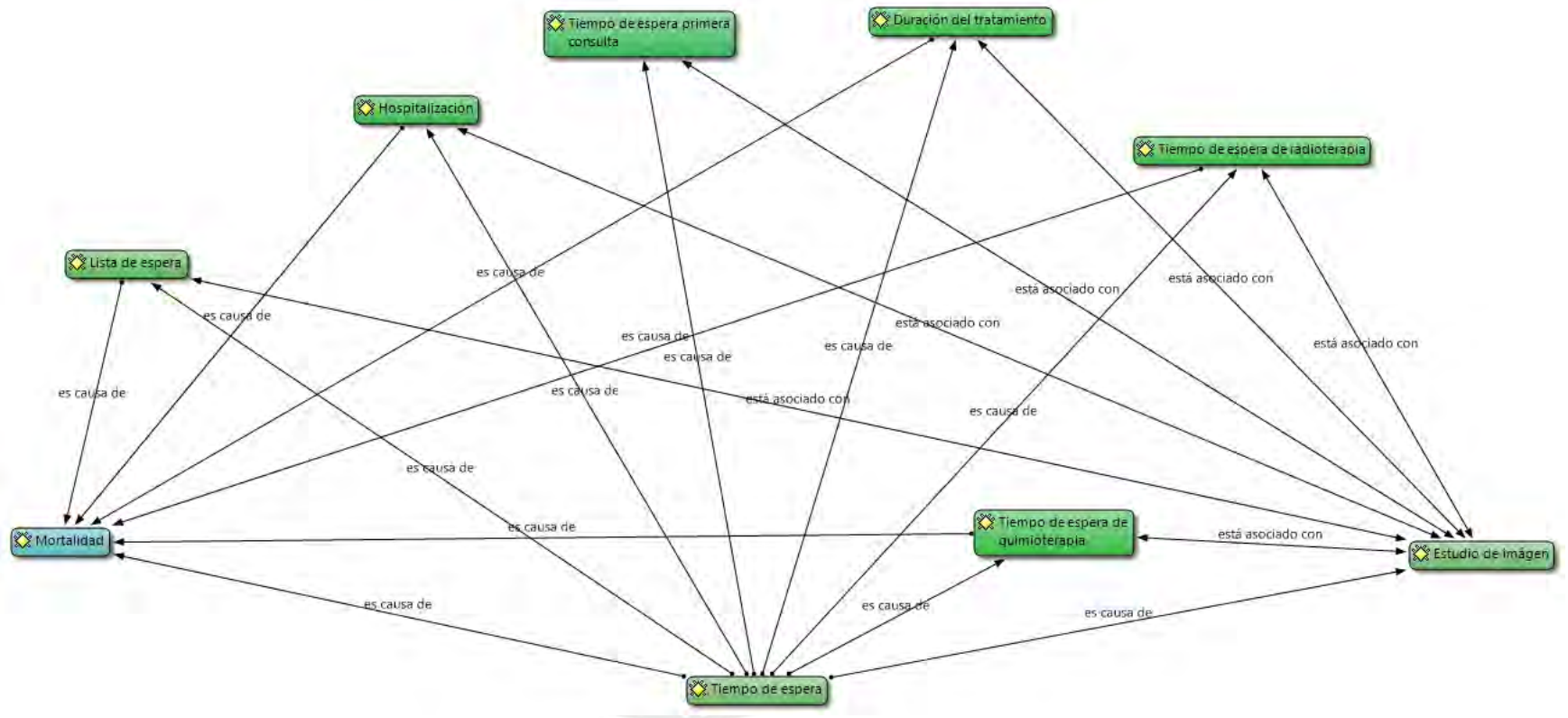
En el gráfico N°7 las relaciones se centran en el Tiempo de Espera, se identificó conexiones específicas entre diferentes elementos del proceso de atención. Esta red mostró cómo diferentes aspectos del tiempo de espera en el proceso de atención oncológica estaban interconectados. El Estudio de Imagen apareció como un elemento clave, afectando directamente los tiempos de espera tanto para quimioterapia como para radioterapia, así como para la primera consulta. Esta representación visualizó las relaciones causales y asociativas entre estos elementos en el contexto del tiempo de espera en el tratamiento del CM.

“...Y el 35 % son sometidos a manejo quirúrgico de inicio, entonces se procede a hacer el estadiaje. Que cuando se completa sus estudios de extensión de enfermedad y se evalúa por consultorio externo...”

(Entrevistado 2)

En términos de derechos humanos, Se destacó la importancia de asegurar un acceso equitativo a la atención médica, El reconocimiento de estos derechos implicó abordar las barreras que pudieron existir, como la falta de recursos económicos o la discriminación, y avanzar hacia sistemas de salud que pusieran en primer lugar la igualdad y la dignidad de todas las personas, independientemente de su origen, condición o circunstancias.

Gráfico N°7:



Fuente: Elaboración propia, 2023.

5.2.3.8. Influencia del nivel socioeconómico.

Una explicación obvia de las desigualdades es la coexistencia entre los sectores público y privado, donde los pacientes deben cubrir los costos de su propio bolsillo (o estar asegurado) para acceder a este último. Los pacientes que pagan esperan poco en el sector privado, y los que no quieren (o no pueden) pagar esperan mucho tiempo para recibir tratamiento público (Siciliani, 2014). Desde una perspectiva de interculturalidad, fue fundamental reconocer cómo estas desigualdades socioeconómicas afectaron de manera desigual o desproporcionada a ciertos sectores de la población, especialmente a aquellos que provienen de áreas rurales o con recursos económicos limitados. La interculturalidad implicó comprender las diferentes realidades y necesidades de estos grupos, y trabajar para eliminar las barreras que puedan impedirles acceder a la atención médica adecuada.

“...La parte socioeconómica también se evalúa, de donde es el paciente, el paciente es de Lima, el paciente es de provincia. Nosotros tenemos en el instituto, muchos pacientes vienen de provincia, y tú tienes que explicarle que implica un tratamiento oncológico. Si es un tratamiento metastásico que va a requerir la permanencia en Lima, o que tengan la opción de derivarla a provincia, en un lugar cercano a su lugar de origen. Que tenga el personal médico y no solamente el personal médico, sino también la disponibilidad de tratamiento para que continúe con el tratamiento...” (Entrevistado 3)

“...Viajar desde mi provincia y mantenerme en Lima para el tratamiento ha sido un gran desafío...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Marta)

Los pacientes más ricos esperan menos por un determinado nivel de necesidad, incluso después de controlar la capacidad de pago de forma privada. Las desigualdades “dentro” de un hospital financiado con fondos públicos surgieron si los pacientes más ricos lograron adelantarse en la cola (debido a que son más asertivos, explotan las redes sociales) o si los pacientes más pobres se quedaron atrás (faltan a las citas) (Siciliani, 2014). En términos

de derechos humanos, se enfatizó la relevancia de garantizar el derecho a la salud, independientemente de su situación socioeconómica. Esto implica abordar las inequidades en el acceso los servicios de salud y promover la creación de sistemas de salud más equitativos y accesibles. Además, se subrayó la importancia de salvaguardar los derechos de las pacientes, garantizando que no sean discriminados por su capacidad de pago o su estatus económico.

5.2.3.9. Efectividad del manejo de la información.

La eficacia en el manejo de la información afectó el diagnóstico médico y resaltó la complejidad de este proceso debido a la interacción de factores clínicos, financieros, temporales, sociales y emocionales.

El enfoque de capacidades se centró en la importancia de proporcionar a las pacientes las herramientas y oportunidades necesarias para que puedan tomar decisiones informadas y acertadas sobre su tratamiento, mejorando así su calidad de vida y autonomía.

“...Las pacientes que son más efectivas y tienen más acceso a información son las que consiguen completar los requisitos más pronto...”

(Entrevistado 10)

En el gráfico N° 8, la red de relaciones en torno a la Dificultad para el Diagnóstico destacó una serie de factores interrelacionados que contribuyeron a la complejidad y desafíos en el proceso diagnóstico.

La disponibilidad y accesibilidad a la información fueron cruciales para la efectividad del diagnóstico. La disponibilidad de servicios y las habilidades médicas influyeron en la capacidad de realizar diagnósticos efectivos.

La gestión financiera ineficiente pudo contribuir a la dificultad en el diagnóstico. La gestión del tiempo y la planificación fueron factores críticos en la superación de dificultades diagnósticas.

Las estrategias preventivas pudieron afectar la incidencia de nuevos casos y, por lo tanto, la carga diagnóstica.

El impacto de factores sociales y económicos en la percepción y afrontamiento de la enfermedad. Los desafíos en el diagnóstico tuvieron consecuencias directas en el desarrollo de complicaciones y en la duración del tratamiento. La importancia de abordar aspectos emocionales y psicológicos en el proceso diagnóstico.

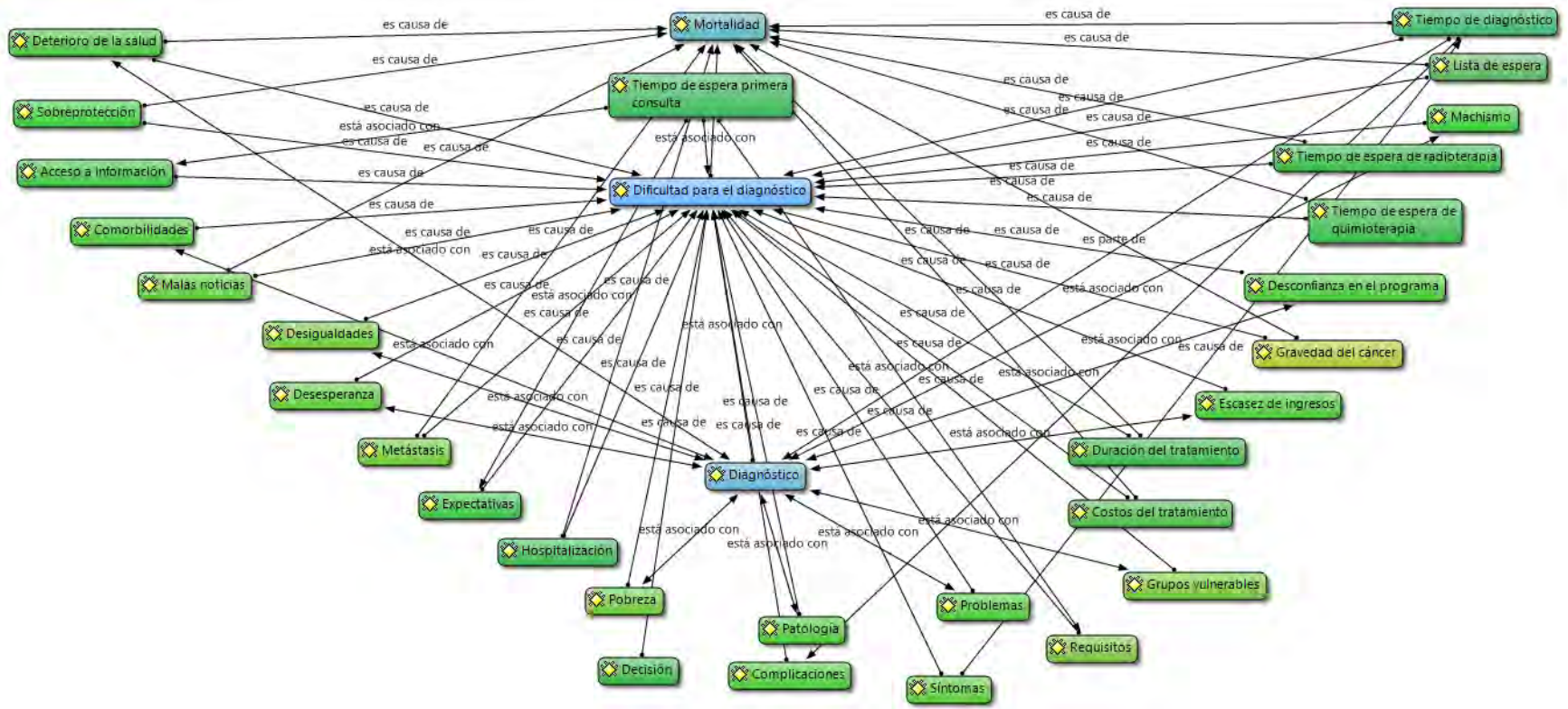
En resumen, la red de relaciones destacó la multidimensionalidad de la Dificultad para el Diagnóstico, mostró cómo factores clínicos, financieros, temporales, sociales y emocionales interactúan entre sí. Este análisis subrayó la importancia de un enfoque integral que abordó múltiples aspectos para mejorar la eficacia y la experiencia del diagnóstico médico.

Desde el enfoque de género, se reconoció que las mujeres pueden enfrentar barreras específicas en el acceso a la información y al diagnóstico, lo que pudo influir en la rapidez y la precisión del tratamiento.

“...Existen muchos mitos de pasillo, dichos por muchos pacientes o por otros familiares, que muchas veces alteran la percepción de la paciente nueva y obviamente frío y negativamente también la adherencia al tratamiento. Entonces rompiendo eso, se favorece a que la paciente acepte de la mejor forma y su disposición también mejore. Y de ahí viene el tema de observar cuales son los efectos secundarios que va a tener. Porque no todas las pacientes van a tener la misma reacción, algunas van a tener mayor manifiesto sintomático, otras con mejor tolerancia ...” (Entrevistado 11)

La interculturalidad destacó la necesidad de adaptar las estrategias de comunicación y atención, teniendo en cuenta las diversas realidades culturales y socioeconómicas de los pacientes, para asegurar un acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad y a la información. El acceso a diagnósticos precisos y oportunos resultó fundamental para el bienestar integral y el desarrollo. Además, se enfatizó la importancia de sistemas de salud que no solo traten enfermedades, sino que también fomenten el desarrollo integral de los individuos.

Gráfico N°8:



Fuente: Elaboración propia, 2023.

5.2.4. Decisión sobre la vida y la muerte en el Plan Esperanza

¿Cómo deciden sobre la vida y la muerte en el Plan Esperanza en las mujeres que padecen cáncer de mama?

5.2.4.1. Grado de participación de las pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento.

La decisión sobre la muerte o la vida de las mujeres con CM no debería recaer en un plan o en una institución de salud. Las pacientes participaron de manera activa en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento.

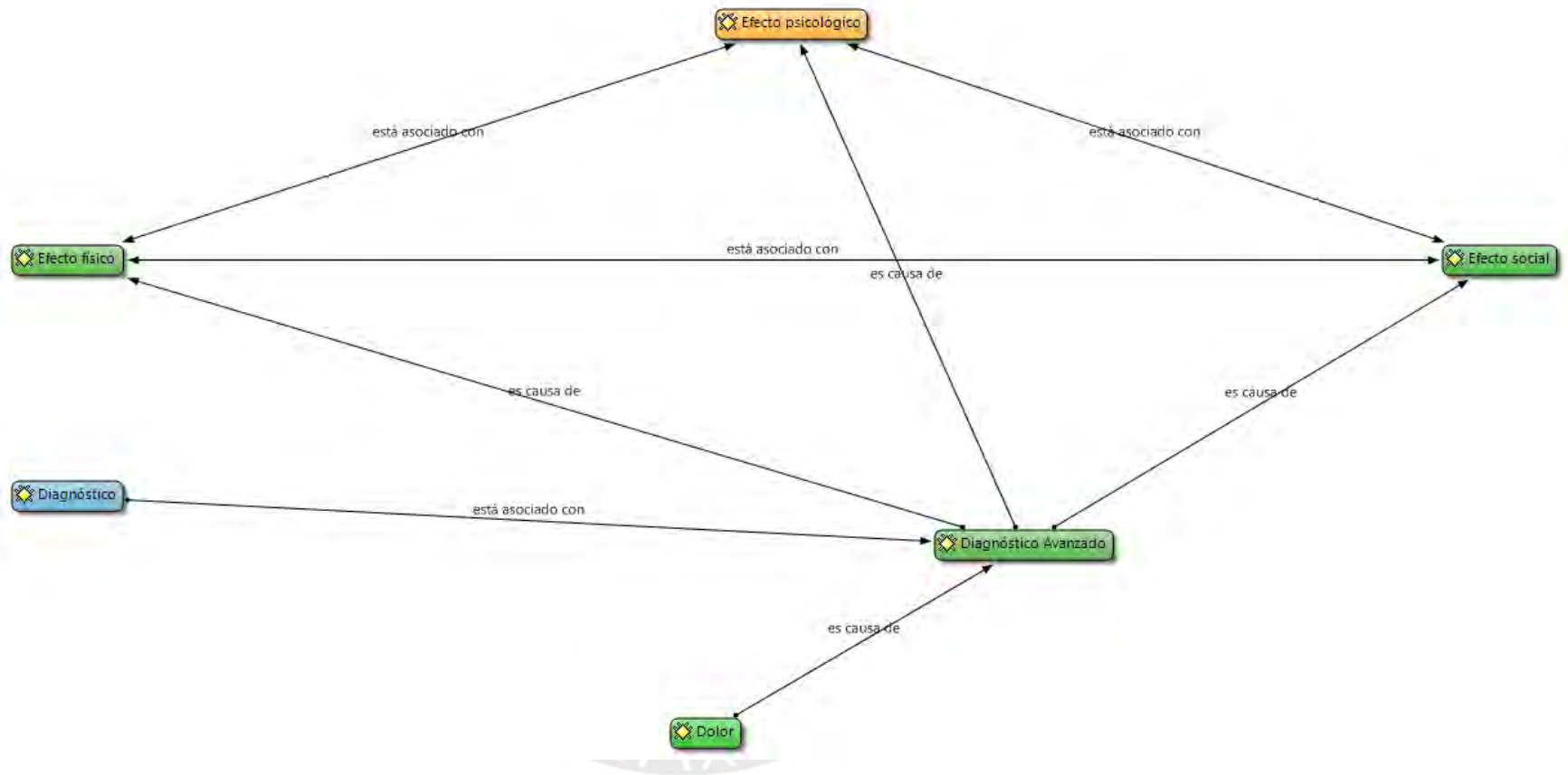
“...Obviamente siempre recalcamos que es importante que el paciente sepa su diagnóstico, para que realmente pueda tomar decisiones. Si se delega estas decisiones a los familiares, pues el paciente no los va a asumir y por lo tanto puede haber una falla en tratamiento porque el paciente no está asumiendo nada, entonces lo principal es que el paciente tenga absoluto conocimiento de su enfermedad, para que él pueda también asumir la responsabilidad de su autocuidado...” (Entrevistado 5)

La vida de las mujeres afectadas por el CM se consideró un valor fundamental que debe ser preservado en la mayor medida posible. El objetivo fue brindar atención médica de calidad, tratamientos efectivos y apoyo a las pacientes con el fin de mejorar su supervivencia y calidad de vida.

“...Una paciente es evaluada de manera integral con medicina y radioterapia, tratando siempre que, aunque sea metastásica, se le dé una mejor calidad de vida...” (Entrevistado 2)

Se centró en empoderar a las pacientes, proporcionando la información y el apoyo requerido para que se involucren activamente en la toma de decisiones vinculadas con su tratamiento y atención, promoviendo su autonomía y autoeficacia.

Gráfico N°9:



Fuente: Elaboración propia, 2023.

“...Cuando la persona recibe la noticia de cáncer..., la relaciona inmediatamente con la muerte. Cuando llega a hacer cáncer de mama, actualmente noto 2 aristas: La de unas personas con mayor grado de optimismo, pero otra siempre con ese negativismo y pesimismo persistente. Entonces dentro del abordaje de las necesidades de la paciente. Primero, tal vez, el soporte emocional frente al impacto del diagnóstico. 2. El acompañamiento inicial dentro del abordaje de orientación, consejería y posterior psicoterapia. Donde se va a abordar el conjunto de temores, creencias, estilos de afrontamiento inadecuados, que estén más que nada, basados sobre emociones, antes que en soluciones. Obviamente cada paciente va a tener sus características, y se le va a dar prioridad a los pacientes que tengan esta dificultad, con respecto a un afrontamiento adecuado. Luego de trabajar el afrontamiento, luego es ver cuál es el curso del tratamiento que la paciente tiene...” (Entrevistado 11)

“...Cuando recibí el diagnóstico de cáncer de mama, sentí miedo y perdí las esperanzas. La noticia me hizo pensar en la muerte...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Laura)

“...Sentí un gran pesimismo y dificultad para aceptarlo. El diagnóstico de cáncer me hizo pensar en lo peor...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Sofía)

En el gráfico N°9, se resaltó la importancia del acceso adecuado a servicios médicos para facilitar y mejorar el proceso de diagnóstico.

El departamento de mamas y tejidos blandos jugo un papel clave en la gestión de nuevos casos y recursos financieros.

La importancia de tomar decisiones informadas en la planificación y ejecución de estrategias de tratamiento. Y la importancia de las medidas preventivas en la gestión de nuevas incidencias.

El reconocimiento temprano de síntomas pudo afectar positivamente el tiempo necesario para realizar un diagnóstico. El dolor pudo ser un factor que impulso la necesidad de diagnósticos más avanzados y específicos.

En resumen, la red reflejó una serie de relaciones complejas y multifacéticas en el ámbito de la salud, destacando la importancia del diagnóstico avanzado, la gestión de casos, el acceso a atención médica y la toma de decisiones bien fundamentadas ayudaron a mejorar los resultados y la calidad de la atención al paciente. Desde el ámbito de la gerencia social, se garantizó un acceso justo a servicios de salud de alta calidad y se promovió la participación informada de las pacientes en el proceso de toma de decisiones. La gerencia social facilitó la coordinación entre los distintos departamentos de salud, asegurar la disponibilidad de recursos financieros y humanos, y fomentar una cultura de apoyo y respeto hacia las pacientes, abordando tanto sus necesidades médicas como emocionales.

5.2.4.2. Enfoque de los médicos ante la comunicación sobre la posibilidad de muerte.

Existen dos creencias con relación a la muerte. Una de ellas es la “creencia de que el paciente es un ente que no puede aceptar la muerte” (“creencia de no aceptación”). Los médicos que tienen esta creencia evitan discutir la posibilidad de la muerte con los pacientes, centrándose en tratamientos y terapias contra el cáncer. Se proponen tratamientos mientras haya opciones disponibles, y solo detienen el tratamiento cuando la condición física del paciente no puede soportar más (Ozeki-Hayashi, 2019). Algunos médicos sienten impotencia y culpa cuando los tratamientos no son exitosos, y creen que su misión es continuar apoyando la vida de los pacientes. Se obstaculiza el crecimiento psicológico de las pacientes porque, si hubieran discutido adecuadamente los problemas durante el proceso, las pacientes podrían haber llegado a aceptar y comprender la muerte.

“...La información que podemos brindar de su pronóstico es con relación a la información del servicio de medicina o cirugía oncológica. Es un daño en mantener lo que se dice “Conspiración del silencio”, al no decirle el grado de avance que tienen, se limita sus voluntades, que pueden hacer y que tratamiento pueden realizar. Las pacientes vienen

con información sesgada de su pronóstico, esto limita poder intervenir en ellas. Medicina paliativa si les informa su pronóstico... (Entrevistado 7)

“...Es el médico tratante, el médico oncólogo o cirujano de mamas, en este caso, qué debe aclarar el diagnóstico, e inclusive el estado en que se encuentra la paciente, tanto en el prequirúrgico, postquirúrgico en el pretratamiento o en el postratamiento. Luego de eso, nosotros lo que hacemos es de acuerdo con lo recibido...” (Entrevistado 11)

Esto se asemeja al tipo de sobreprotección que ocurre cuando las madres obstruyen el proceso de crecimiento y autonomía de sus hijos para no dañarlos (modelo de sobreprotección) (Ozeki-Hayashi, 2019). El objetivo fue proporcionar el mejor cuidado posible para maximizar las posibilidades de supervivencia y recuperación.

“...La transparencia de la comunicación, repito tiene que nacer a partir del médico, y si es que algunas familias optan por la famosa conspiración del silencio, es hablar con las familias y hacerle ver cuáles son los pros y los contras y las consecuencias que pueden haber de esto. Más allá de ser derecho de paciente de saber su diagnóstico y tener participación activa en su tratamiento. Es el hecho de no saber cuál va a ser su proceso y el paciente no sabe que tiene cáncer, si va a recibir radioterapia, quimioterapia porque está recibiendo eso, no, y para que lo va a recibir. Entonces muchos pacientes están recibiendo quimioterapia, ...algunos que, si me están dando quimioterapia porque tengo gastritis, entonces es bastante ilógico para alguien que trabaja en el área, pero para ellos es algo normal, porque es algo que le han dicho sus familiares...” (Entrevistado 11)

Si, bajo el modelo de sobreprotección, la idea del paciente de una buena muerte es morir sin enfrentarse a la muerte entonces este modelo podría ser beneficioso. Sin embargo, puede haber pacientes que, aunque no muestren nada más que rechazo o ira inicialmente, crecerán, lograrán autonomía y aceptarán la muerte a través del proceso de interacción con sus médicos

(Ozeki-Hayashi, 2019). Esta transparencia es fundamental para respetar la autonomía y dignidad de las pacientes.

“...Si no quieren que le diga, el paciente no tiene que estar presente, porque si el paciente me pregunta, mi obligación como médico es contestarle todo lo que corresponde en función de la enfermedad que tiene, entonces si ustedes quieren que su familiar no sepa, él no puede entrar en la consulta médica. Porque si la persona me pregunta, yo no le puedo engañar, no le puedo decir... yo le voy a contestar tal cual, lo que me pregunte, lo que corresponde de acuerdo con la enfermedad que le toque...” (Entrevistado 3)

“...En mi caso, al inicio, mi familia no quería que yo supiera...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Beatriz)

Se resaltó la necesidad de una comunicación transparente y empática que permitió a las pacientes enfrentar su situación con la mayor comprensión y apoyo posible. La evitación de conversaciones sobre la muerte pudo obstaculizar el crecimiento psicológico y la aceptación de la situación por parte de las pacientes, impidiendo su desarrollo emocional y personal.

“...Incluso el conocimiento de la familia de eso también, no. La familia piensa que tiene cáncer, se va a morir, se va a matar, se va a tirar por las escaleras. Yo estoy en contra de una cosa así...” (Entrevistado 3)

La gerencia social se encargó de que los profesionales recibieran capacitación en habilidades de comunicación y de que se implementaran protocolos claros que respeten los derechos de las pacientes. Además, fue esencial promover un entorno que valore las decisiones informadas y el crecimiento personal de las pacientes, integrando aspectos emocionales y psicológicos en la atención para mejorar su calidad de vida.

5.2.4.3. Toma de decisiones compartida y autonomía del paciente.

La otra es una “creencia de que el paciente es una entidad que puede aceptar la muerte” (en adelante “creencia de aceptación”) (Ozeki-Hayashi, 2019).

Los médicos con esta creencia proporcionaron a los pacientes una descripción general de sus condiciones al principio del diagnóstico de cáncer de mama metastásico/recurrente.

“...Entonces tienes que escoger el medio y la ocasión para decirle la verdad, para que la persona sepa que está enfrentando, en qué situación está y como... si es el caso, como ir cerrando situaciones que puedan estar inconclusas para poder, en el caso de sea paliativa y posteriormente terminal, cerrar sus capítulos adecuadamente...” (Entrevistado 11)

Se considera que los pacientes pueden aceptar la realidad de la muerte y buscan establecer una comunicación que apoye a los pacientes durante este proceso (Ozeki-Hayashi, 2019). Se construyó una relación de confianza que implicó compartir una perspectiva global sobre la enfermedad, incluyendo la posibilidad de la muerte. Se apoyó a las pacientes en su proceso de adaptación y afrontamiento. Las pacientes estuvieron informadas sobre su condición y participaron activamente en las decisiones sobre su tratamiento, promoviendo su autonomía y dignidad. Se empoderó a las pacientes, reconociendo y fortaleciendo sus habilidades y recursos para enfrentar la enfermedad y mantener una calidad de vida digna.

“...El acompañamiento psicoterapéutico contribuye justamente que la persona conozca sus capacidades, reconozca sus habilidades, reconozca los recursos que tiene, para poder afrontar ello. Conforme esto va a ir avanzando, se va observando la evolución positiva de la paciente, en pos de lo que es la adaptación gradual al nuevo estilo de vida que va a tener...” (Entrevistado 11)

“...Me mandaron al psicólogo. Pensé que no me iba a servir, eso no me iba a ayudar...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Ana)

El humanismo en la medicina es fundamental para la relación médico-paciente, manifestado mediante la compasión, el tacto y la empatía. Los profesionales de la salud fomentaron el respeto, la empatía y la comprensión para brindar un trato más humano. En la atención médica, se subrayó la

consideración de los puntos de vista del paciente, el bienestar psicológico, el tratamiento contextual, habilidades de comunicación y escucha, confidencialidad, calidez y compasión (Magalón, 2017). La deshumanización puede privar al paciente de su autonomía y llevar a una falta de calidez en las interacciones. La humanización implica comprender al paciente, tratarlo como individuo, brindar confianza, respetar la privacidad y los derechos, y proporcionar información relevante. Los pacientes y sus familiares aprecian tanto la información como el trato cordial, subrayando la relevancia de la humanización en los servicios de salud. Se brindó apoyo a las pacientes durante su proceso de adaptación y afrontamiento.

“...Yo creo que todos los pacientes, se sienten muy frustrados, porque si estamos hablando no solamente cáncer de mama, ... se sienten como automutiladas, no se sienten igual como antes. También se le vas a caer el cabello... Cosa que es muy diferente en la mujer, la estética...” (Entrevistado 12)

“...Estaba muy preocupada y asustada, especialmente porque me dijeron que podría perder mi cabello. Pensé que mi esposo se iba a separar de mí...” (Grupo Focal mujer con CM EC I-II, Estefani)

“...Que la paciente tenga conocimiento de su diagnóstico, y el afrontamiento que esté dando, hacerle reconocer que puede haber ciertas limitaciones transitorias, pero eso no necesariamente la va a limitar, le puede generar disfunciones y dificultades mas no necesariamente limitaciones. Y este hacerle tomar conciencia, justamente, a la paciente que tiene que ir poniendo de su parte. Ahora con la familia, porque mucha de la familia tiende a cuidar extremadamente a la paciente y tiende a inutilizarla. Entonces es hablar con la familia, que cuidar a la paciente, no quiere decir mantenerla al margen de todo, y que no haga cosas, sino que en la medida de que sigas indicaciones médicas del mastólogo, del médico oncólogo, tenga mucho cuidado y no se exponga a riesgos evidentes. Puede ir a dual y sistemáticamente y pueda hacer sus actividades porque el sin sentido es lo que a la persona lo

va a aburrir y el sentimiento de inutilidad puede terminar deprimiéndola, entonces de acuerdo con la evolución, de acuerdo con el avance, buscando que la persona se reempodere en sus capacidades. Pero a la vez también se dé cuenta de que no está incapacitada, tal vez con dificultades, pero no incapacitada y que la familia también entienda eso, para que no la inutilice...” (Entrevistado 11)

En conclusión, la vida de las mujeres con CM fue primordial, y la atención médica se enfocó en mejorar la calidad de vida y salvar vidas de las pacientes. Las decisiones médicas se fundamentaron en la evidencia científica, las mejores prácticas y las necesidades particulares de cada paciente, con un enfoque en preservar el bienestar y la vida de las mujeres.

Se garantizó una atención médica humanizada y centrada en el paciente. Esto implicó formar a los profesionales de salud en habilidades de comunicación, promover la empatía y el respeto hacia las pacientes, y garantizar que las decisiones médicas se tomen de manera conjunta, basadas en la evidencia y las necesidades particulares de cada paciente. La gerencia social facilitó un entorno de atención donde se respetaron los derechos de las pacientes, se fomentó su participación activa y el desarrollo integral.

5.2.4.4. Frecuencia de médicos que adoptan la creencia de no aceptación y sus prácticas asociadas.

La creencia de no aceptación se asemeja al modelo de sobreprotección, donde los médicos evitan discutir la muerte para proteger emocionalmente a los pacientes. Mientras que la creencia de aceptación busca una comunicación abierta desde el principio, creyendo que la relación de confianza se fortalece al abordar la realidad de la enfermedad, incluyendo la muerte.

“...No podemos anular su derecho de la paciente de que sepa su diagnóstico y que tenga participación activa. Creo que eso favorece la adherencia y la toma de conciencia de las cosas tal y como son. Entonces puedo avalar la Conspiración del silencio forma transitoria, no de-

finitiva, porque el hecho de querer cuidar al paciente es crear una tendencia a la inutilización de esta, no creo que sea lo más conveniente...” (Entrevistado 11)

La sobreprotección obstaculizó el crecimiento psicológico de los pacientes, ya que la negación de la muerte impidió la aceptación y comprensión adecuadas. Se planteó la posibilidad de que algunas pacientes, a pesar de la inicial resistencia o enojo, pudieron crecer y aceptar la muerte a través de una interacción abierta y honesta con sus médicos.

“...Eso tiene una implicancia en la cultura peruana, y en el manejo de los pacientes en general. Tu trabajas acá y sabes que acá en el hospital, las pacientes no saben lo que tienen, incluso pacientes con enfermedad avanzada que han sido operadas, que han recibido quimioterapia, que están en enfermedad metastásica, te preguntan si tienen cáncer benigno o maligno, ósea a ese nivel de desconocimiento. A la paciente la operaron, ha recibido quimioterapia, le han hecho radioterapia, ha recaído, y no saben. Y te dicen: ¿Doctor mi cáncer es benigno o maligno? ...” (Entrevistado 3)

La frecuencia con la que los médicos adoptan la creencia de no aceptación, caracterizada por la sobreprotección y la evitación de discusiones sobre la muerte, tuvieron implicaciones profundas en el desarrollo emocional y la autonomía de las pacientes. Este enfoque paternalista limitó el conocimiento y la participación activa de las pacientes en sus propios tratamientos, impidiendo su crecimiento psicológico y aceptación de la realidad de su enfermedad.

“...En algún momento tú pases a otro médico ... pongamos que ha avanzado con el cáncer de mama, como te digo en ese momento, metástasis a hueso. Señora le salto una metástasis, usted ya no se puede curar, porque hay médicos que te dicen con piedras en la mano... y pase a paliativos, y la señora no sabía que tenía cáncer. Entonces muchas veces la actitud de la paciente puede ir hasta en contra de sus

familiares, que, por buena intención, no tomaron en cuenta las decisiones de la paciente en este caso. Entonces muchas veces la paciente dice porque decidieron por mí, y puede quedar hasta cierto resentimiento, de la paciente para con sus familiares. Como también otros pueden agradecerlo...” (Entrevistado 11)

La gerencia social aseguró que los profesionales de salud estén capacitados para manejar conversaciones difíciles de manera empática y transparente, respetando los derechos y la autonomía de las pacientes. Esto implicó un cambio cultural hacia una atención médica más humanizada, donde se valoren la transparencia, el empoderamiento de las pacientes y la participación activa, lo que mejora su calidad de vida.

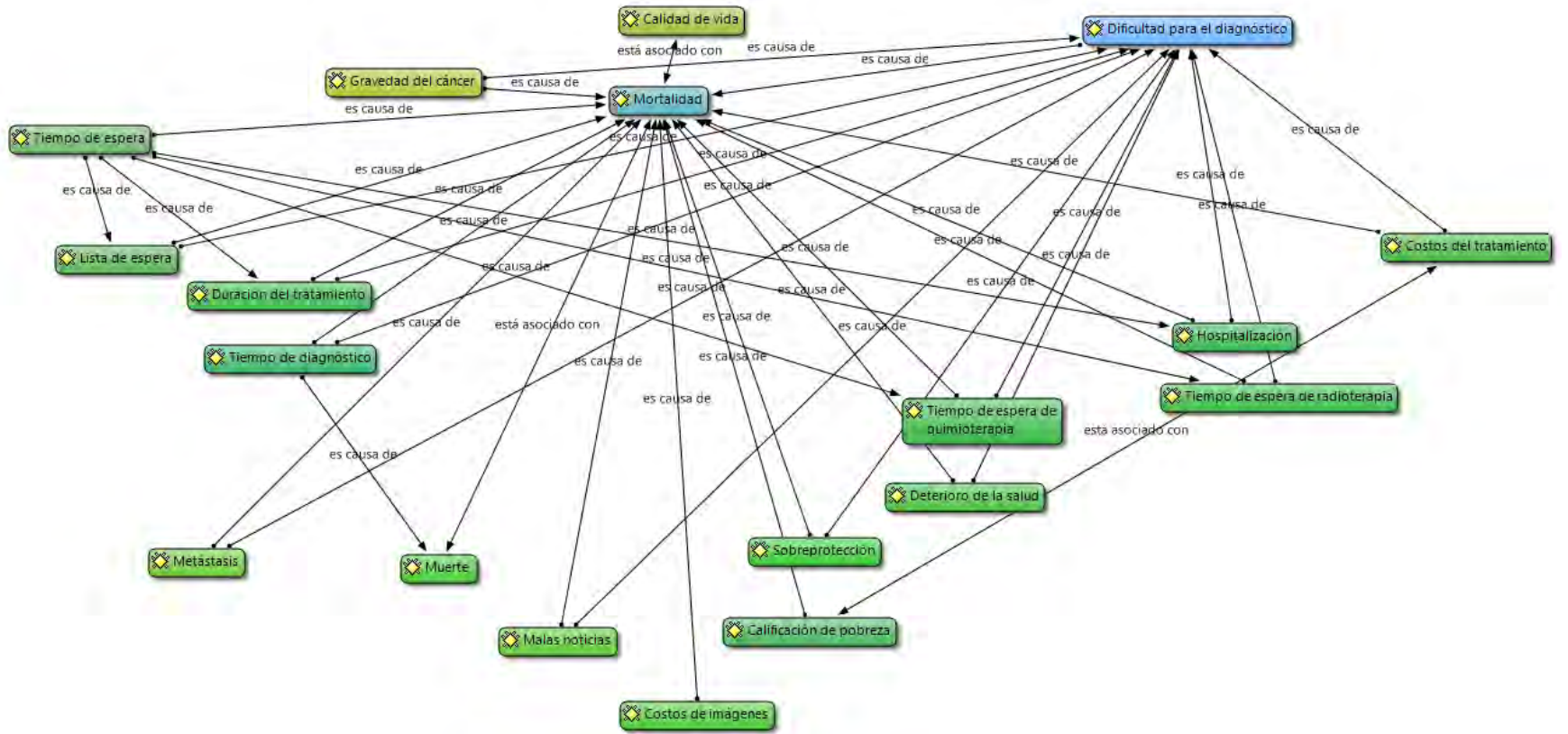
5.2.4.5. Desigualdades socioeconómicas en la información y mortalidad.

La conexión entre las desigualdades socioeconómicas, la información y la mortalidad en pacientes con CM destacó la necesidad de un enfoque integral. La falta de acceso a recursos financieros y educativos y la pobreza impactaron negativamente en la capacidad de las mujeres para entender su tratamiento y diagnóstico, así como para recibir atención médica a tiempo.

“...No se evalúa adecuadamente si esta paciente tiene la capacidad intelectual o educativa para poder entender lo que se le dice en esos breves minutos que está en la consulta. ¿Entonces que es lo que tenemos que mejorar? Pues esta etapa donde el médico sepa comunicarle al paciente que es lo que tiene la paciente, cuál va a ser su tratamiento y el pronóstico de la enfermedad...” (Entrevistado 5)

En el gráfico N° 10, el análisis de la red en torno a la mortalidad reveló diversas relaciones y factores interconectados que contribuyeron a la consecuencia final de la muerte.

Gráfico N°10:



Fuente: Elaboración propia, 2023.

La pobreza influyó en la asignación de recursos financieros, impactando así la mortalidad. La supervisión efectiva del presupuesto en este departamento de Mamas y tejidos blandos pudo tener implicaciones en la mortalidad.

El retraso en el acceso inicial a la atención médica pudo influir negativamente en los resultados. Superar las barreras en el diagnóstico es fundamental para reducir la mortalidad. La información juega un papel clave en el proceso diagnóstico y tiene una influencia directa en la reducción de la tasa de mortalidad.

Las complicaciones y la duración prolongada del tratamiento pudieron aumentar el riesgo de mortalidad. La importancia de abordar aspectos emocionales y sociales para optimizar los resultados de salud. La celeridad en el diagnóstico y tratamiento pudo ser crucial para reducir la mortalidad.

Se destacó la importancia de estrategias preventivas para reducir la mortalidad. La gestión eficiente de la hospitalización y las listas de espera tuvieron un impacto en los resultados de mortalidad. La asignación de presupuesto estuvo asociada con los costos de imágenes y los costos del tratamiento, lo cual afectó la disponibilidad y asequibilidad de servicios médicos y, por ende, la mortalidad. En resumen, la red de relaciones subrayó la complejidad y multidimensionalidad de los factores que contribuyeron a la mortalidad.

Al abordar tanto los aspectos financieros como los sociales y emocionales, se redujeron las desigualdades y mejoró los resultados de mortalidad, asegurando una atención más justa y eficaz para todas las pacientes.

5.2.4.6. Toma de decisiones informada y bienestar psicológico.

Además, las pacientes con CM fueron informadas y participaron en las decisiones de su tratamiento y atención médica.

“...Si, las campañas de atención que se brindan son por medio de las redes sociales e información en sala de espera. Para informar sobre los fines y las atenciones. Diversos temas de medicina paliativa y del dolor e indicarles en qué casos se puede acudir a medicina del dolor y

paliativa. No solamente pueden venir en Estadios clínicos avanzados, pueden venir en cualquier etapa de la enfermedad para recibir atención, las 24 horas del día. Se da información de los servicios: atención en consultorios, urgencias y procedimientos que se realizan. En qué casos se van a aplicar. E información de los horarios, atendemos las 24 horas del día...” (Entrevistado 7)

El involucramiento activo de las mujeres en el proceso de toma de decisiones sobre su tratamiento, informadas por campañas y recursos accesibles, promovió su autonomía y fortaleció su capacidad para enfrentar la enfermedad.

“...Al contrario de sobreproteger al paciente, lo que nosotros hacemos es ayudarles a que sean más independientes y autónomas. El hecho de estar acá, y recibir los tratamientos y venir diariamente eso las hace más independientes, eso es lo que tenemos que favorecer. Su vida ya no va a ser igual. Siempre hay un antes y un después. Una mujer tímida que venía en un inicio se convierte en una mujer fuerte, al salir de acá, después de haber recibido todo su tratamiento...” (Entrevistado 2)

“...Que la paciente se acepte a sí misma, se vea al espejo, no. Sobre todo, hablar con el esposo, porque la mayoría de las mastectomías son abandonadas por el esposo, ya no la ve como algo bello como era antes, en si eh tenido varias experiencias negativas... Lo mejor de esto es que la paciente salga adelante por sus hijos, más que nada, porque tienen pequeños...” (Entrevistado 12)

El enfoque de capacidades se centró en potenciar las habilidades y recursos individuales de las pacientes para manejar su enfermedad, promoviendo su independencia y bienestar.

“...Donde las principales acciones que se hacen es conocer que tiene de concepto y que conjunto de creencias tienen justamente la paciente con respecto a la quimioterapia. Existen muchos mitos de pasillo, dichos por muchos pacientes o por otros familiares, que muchas veces

alteran la percepción de la paciente nueva y obviamente frío y negativamente también la adherencia al tratamiento. Entonces rompiendo eso, se favorece a que la paciente acepte de la mejor forma y su disposición también mejore...El acompañamiento psicoterapéutico contribuye justamente que la persona conozca sus capacidades, reconozca sus habilidades, reconozca los recursos que tiene, para poder afrontar ello. Conforme esto va a ir avanzando, se va observando la evolución positiva de la paciente, en pos de lo que es la adaptación gradual al nuevo estilo de vida que va a tener...” (Entrevistado 11)

Se ofreció apoyo psicológico y social a todas las pacientes, independientemente de su categorización por gravedad. El impacto emocional del cáncer de mama pudo ser significativo, y el apoyo fue esencial.

“...La paciente presenta miedo, angustia tristeza, depresión, enfado, falta de decisión, preocupación por la noticia del diagnóstico. El apoyo y la comprensión de los amigos y de la familia es muy importante...” (Entrevistado 2)

“...El apoyo de mi familia me ha permitido enfrentar la enfermedad con más optimismo y seguir con el tratamiento...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Gabriela)

Esto conllevó la capacitación de los profesionales de la salud en comunicación efectiva y en sensibilidad cultural, además de la entrega de recursos educativos y de apoyo psicológico accesibles para todas las pacientes.

“...Y en este sentido tenemos personal útil, en el caso del apoyo psicológico, tenemos psiquiatras, el paciente no está solo, y tiene que enfrentar muchos cambios, no sólo en su vida familiar, sino en el diario tratamiento que tiene que enfrentar y las dificultades y decisiones que tiene que tomar...” (Entrevistado 2)

“...También vienen personal de psicología para dar apoyo emocional sobre todo en pacientes jóvenes que van a ser amputadas, necesariamente necesitan el apoyo emocional, que aparte nosotros también le

damos, pero creo que psicología tiene mayor auge en este tipo de tratamiento en cáncer de mama, al menos jóvenes que son mastectomizadas, imagínense en la edad de 30 años, no tenga mamas, es difícil para ellas aceptar, y por estética, claro. Y porque también tienen familia y se preocupan más por lo que les pueda pasar, y sobre todo si tienen hijos pequeños, el costo... depende de ellas y del apoyo emocional que se les dé, también influye mucho la familia...” (Entrevistado 12)

“...El apoyo continuo de mi familia y de los médicos me han ayudado a mantenerme enfocada en la recuperación...” (Grupo Focal mujer con CM EC III-IV, Beatriz)

La gerencia social buscó fortalecer el sistema de salud, garantizando que cada paciente recibiera un trato personalizado y humano que respetó sus derechos y promovió su autonomía y calidad de vida. Este enfoque holístico y multidimensional contribuyó a mejorar los resultados de salud, redujo las desigualdades socioeconómicas, y promovió un desarrollo humano sostenible y equitativo.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Respecto a la generación de presupuesto del Plan Esperanza

Conclusiones:

- La complejidad hospitalaria requirió un enfoque multidimensional en la planificación financiera, se consideró factores como la diversidad de pacientes, las condiciones de salud, las diferencias culturales y socio-económicas, así como las particularidades de género. La adaptabilidad financiera fue esencial para garantizar la igualdad de oportunidades entre géneros en el acceso a los servicios oncológicos.
- Dada la heterogeneidad del personal hospitalario y la variedad de recursos materiales y tecnológicos, se destacó la necesidad de una gestión eficiente que abordó desafíos en la coordinación del equipo y la administración de recursos diversos, fomentando el desarrollo humano y las capacidades del personal.
- La priorización estratégica de gastos según la importancia para alcanzar los objetivos del programa se presentó como una práctica innovadora que promueve la salud y el bienestar de las comunidades, considerando sus necesidades y valores culturales.
- La identificación y diversificación de fuentes de financiamiento, recursos ordinarios, donaciones y colaboraciones, consideró una práctica clave para garantizar la sostenibilidad del programa y reducir dependencias financieras, promoviendo así un enfoque de desarrollo humano que se dio prioridad al acceso equitativo a la atención médica.
- La transparencia en la administración financiera, la rendición de cuentas y la comunicación efectiva a la comunidad sobre el uso de los fondos y los beneficios del programa fueron elementos esenciales para fortalecer la confianza y la participación comunitaria, incorporando un enfoque de derechos humanos e interculturalidad que respetó la diversidad de las personas y la dignidad.

Recomendaciones:

- Implementar tecnologías financieras para optimizar el seguimiento y gestión de recursos, permitiendo una mayor visibilidad y control sobre los gastos y resultados financieros, y fomentar la equidad de género en la atención médica.
- Desarrollar programas de educación financiera para el personal hospitalario, que facilite una comprensión más profunda de la gestión presupuestaria y fomente una cultura de responsabilidad financiera que promueva el desarrollo humano y las capacidades del personal.
- Buscar más colaboraciones estratégicas con empresas y organizaciones no gubernamentales (ONGs) para acceder a recursos adicionales, apoyo técnico y financiamiento que contribuyan al éxito del programa, y consideren las necesidades y valores culturales de las comunidades atendidas.
- Implementar mecanismos efectivos de retroalimentación comunitaria para asegurar que las necesidades y expectativas de la población objetivo estén alineadas con las decisiones financieras y la ejecución del programa, y promuevan así una perspectiva de interculturalidad y respeto por los derechos humanos.

6.2. Respecto a la focalización de la pobreza del Plan Esperanza

Conclusiones:

- La atención a mujeres con CM que enfrentan dificultades económicas fue crucial para optimizar la distribución de recursos y ofrecer apoyo a quienes más lo requerían, promoviendo un enfoque de desarrollo humano que reconoce la dignidad y el valor de cada persona, sin importar su situación financiera.
- La evaluación de las necesidades socioeconómicas, como factores como ingresos, acceso a seguros de salud, vivienda y transporte, reflejó una adaptabilidad en la identificación de las dificultades financieras de las pacientes, integrando un enfoque de género que reconoce las disparidades económicas que enfrentan las mujeres.

- Se establecieron criterios claros de elegibilidad basados en la situación económica y las necesidades de las pacientes, que promovieron la transparencia en el apoyo financiero, respetando así los derechos humanos de las personas a recibir atención médica sin ningún tipo de discriminación.
- Una perspectiva innovadora fue la colaboración con organizaciones locales, gubernamentales o sin fines de lucro (ALINEN) que se dedican a la asistencia económica y social, fomentando la interculturalidad al reconocer y respetar las diferentes formas de apoyo comunitario.
- La implementación del programa “manitos de amor”, como capacitación laboral y desarrollo de habilidades, fue una adición innovadora que promovió el empoderamiento económico de las pacientes, integrando un enfoque de capacidades que reconoce el potencial de cada individuo para mejorar su situación económica.

Recomendaciones:

- Investigar el uso de tecnologías para facilitar la evaluación socioeconómica, optimizando el proceso y mejorando la precisión en la identificación de pacientes que requieren apoyo financiero, promoviendo así un enfoque en salud que prioriza el acceso equitativo a la atención médica.
- Desarrollar un sistema de monitoreo constante para medir la efectividad de las intervenciones de apoyo económico y realizar ajustes en tiempo real según las necesidades de las pacientes, fomentando un enfoque de desarrollo humano centrado en la adaptabilidad y la respuesta a las necesidades individuales.
- Mantener campañas de concienciación y educación dirigidas a la comunidad y pacientes para informar sobre los recursos disponibles y la búsqueda de apoyo económico, que promuevan un enfoque de interculturalidad para reconocer y respetar las diferentes perspectivas y necesidades de la comunidad.

- Reforzar en la rendición de cuentas la participación ciudadana como una estrategia para combatir el clientelismo y la corrupción, adoptando un enfoque de derechos humanos que asegure la equidad en la distribución de los recursos y la transparencia.
- Integrar enfoques de empoderamiento económico que vayan más allá de la asistencia financiera inmediata, brindando a las pacientes las herramientas y conocimientos necesarios para mejorar su independencia económica a largo plazo, que promueva un enfoque de género que aborde las desigualdades estructurales en el acceso a recursos económicos.

6.3. Respecto a la programación por prioridades del Plan Esperanza

Conclusiones:

- La priorización dentro del programa de cáncer de mama abarcó varias dimensiones, incluyendo la gravedad de la enfermedad, las comorbilidades de cada paciente y la equidad en el acceso a la atención médica, impulsando un enfoque de desarrollo humano que prioriza la dignidad y el valor de cada persona, sin importar su estado de salud.
- El uso de herramientas universales de priorización, con equidad vertical y horizontal, fue clave para reducir los tiempos de espera y garantizar un acceso justo a los servicios, integrando un enfoque de género que reconoció y abordó las desigualdades en la atención médica entre hombres y mujeres.
- Las centrales de admisiones funcionaron como unidades de gestión de pacientes, contribuyendo a la humanización y calidad del servicio, promoviendo así un enfoque de salud que busca mejorar la experiencia del paciente y garantizó una atención centrada en el individuo.
- La asignación de camas se basó en criterios objetivos que consideraron la descongestión de servicios críticos, promoviendo un enfoque de capacidades que reconoció y aprovechó los recursos disponibles de manera eficiente para garantizar una atención óptima.

- Se reconoció y se abordó las desigualdades sociales de acceso, se integró un enfoque de interculturalidad que reconoció y respetó las diferentes necesidades y contextos de las pacientes atendidas.

Recomendaciones:

- Explorar el uso de tecnologías avanzadas, como el uso del análisis de datos, para acelerar la evaluación inicial de los pacientes y mejorar la precisión en la identificación de la gravedad de la enfermedad, promoviendo un enfoque de desarrollo humano que optimice la atención médica a través de la tecnología.
- Fortalecer la educación sobre el CM y fomentar la detección temprana como un aspecto clave de la priorización, promoviendo un enfoque de género que subraye la relevancia de la prevención en la salud de las mujeres y la educación.
- Impulsar la participación activa en las decisiones relacionadas con su tratamiento y atención, integrando un enfoque de derechos humanos que respete su derecho a tomar parte en las decisiones que afectan su salud.
- Tener un sistema de monitoreo continuo para evaluar la efectividad de las decisiones de priorización y realizar los ajustes necesarios, promoviendo un enfoque en salud que busque mejorar constantemente la calidad de la atención en salud.
- Fortalecer los servicios ofrecidos de apoyo psicológico y social para todas las pacientes, sin importar la gravedad de su condición, integrando un enfoque de interculturalidad que respete y valore las diversas necesidades emocionales y sociales de la población atendida.

6.4. Respeto a la decisión sobre la vida y muerte del Plan Esperanza

Conclusiones:

- Se resaltó la importancia de un enfoque de atención centrado en las necesidades y el bienestar individual, la diversidad de creencias y valores, integrando una perspectiva intercultural que respetó las distintas visiones culturales sobre la vida y la muerte, además de un enfoque de género que tomó en cuenta las necesidades y experiencias de las mujeres con CM.
- Se subrayó la necesidad de humanizar la atención médica, promoviendo la compasión, el tacto y la comprensión, lo que reflejó un enfoque de desarrollo humano que buscó asegurar el bienestar emocional y psicosocial de las pacientes, especialmente desde un enfoque de género que reconoció la sensibilidad y el cuidado en la atención a las mujeres.
- Se subrayó la relevancia de la participación activa en las decisiones sobre su atención médica y tratamiento, lo que reflejó un enfoque de derechos humanos que respetó la autonomía y dignidad de cada persona, y un enfoque de género que reconoció la importancia de empoderar a las mujeres en la toma de decisiones en salud.
- El apoyo psicosocial integral abordó las necesidades emocionales de las pacientes, reconoció el impacto psicológico de la enfermedad y promovió el crecimiento personal, lo que reflejó un enfoque de salud que reconoció la importancia del bienestar emocional en la atención médica integral.

Recomendaciones:

- Desarrollar modelos de comunicación adaptados que permitan a los profesionales de la salud adaptar su enfoque según las creencias y valores de cada paciente, integrando aspectos de interculturalidad, derechos y género para garantizar una atención sensible y respetuosa.

- Crear entornos de reflexión al aire libre que faciliten la conexión con la naturaleza y permitan a las pacientes reflexionar sobre la vida y la muerte, e integren un enfoque ambiental que promueva el bienestar emocional y físico de las pacientes.
- Facilitar círculos de apoyo comunitario que permitan a las personas compartir sus creencias relacionadas con la muerte y la vida, y fomenten la comprensión mutua y el apoyo emocional en un contexto intercultural y que reconozcan y respeten la diversidad de perspectivas.
- Desarrollar plataformas digitales de apoyo emocional que brinden recursos adaptados a las creencias individuales de las pacientes, y que utilicen tecnologías para proporcionar información relevante y apoyo psicosocial accesible desde una perspectiva de género inclusiva.
- Proporcionar programas de formación continua en comunicación culturalmente competente para los profesionales de la salud, asegurando que estén preparados para abordar las diferentes perspectivas sobre la vida y la muerte de manera sensible y respetuosa, en el contexto de la atención a mujeres con CM.

6.5. Conclusiones y recomendaciones Generales

Conclusiones Generales:

- El análisis exhaustivo del Plan Esperanza para la atención de mujeres con CM en el INEN entre el 2022 y 2023 reveló que el plan logró avances significativos en varios aspectos fundamentales. La gestión del presupuesto, la atención a la pobreza, la programación por prioridades y la toma de decisiones en momentos cruciales fueron elementos clave para evaluar la eficacia y el impacto del plan.
- El Plan Esperanza logró avanzar en la equidad de acceso a los servicios de salud oncológica, adaptando su enfoque para abordar las necesidades de las pacientes. La gestión del presupuesto permitió una asignación efectiva de recursos, aunque aún hay áreas que requieren

mejoras para asegurar la sostenibilidad y eficiencia del plan. La focalización en la pobreza garantizó que el apoyo llegue a quienes más lo necesitan, pero es necesario fortalecer la identificación y seguimiento de las necesidades socioeconómicas. La priorización de la atención facilitó un acceso más equitativo a los servicios, aunque se pueden optimizar los procesos de evaluación y decisión. Finalmente, las decisiones acerca de la vida y la muerte fue un componente crítico que reflejó la importancia de un enfoque centrado en la persona, respetuoso de la diversidad cultural y de género.

Recomendaciones Generales:

- Desarrollar un plan de ajuste financiero que permita una asignación más flexible y adaptativa de los recursos, que asegure que los fondos se dirijan eficazmente a las áreas de mayor necesidad y que el programa pueda responder a cambios en la demanda o en las condiciones económicas.
- Implementar herramientas y tecnologías avanzadas para una evaluación más precisa y continua de las necesidades socioeconómicas de las pacientes, que optimice la distribución de los recursos y el apoyo económico.
- Reforzar el uso de datos y tecnologías para la evaluación inicial de pacientes, que mejore la precisión y rapidez en la determinación de prioridades, que incorpore mecanismos de feedback para ajustar las prioridades según la evolución de las necesidades de las pacientes.
- Establecer protocolos de comunicación y apoyo emocional que respeten las diversas creencias y valores culturales de las pacientes, y que promuevan una atención personalizada que respete la dignidad y autonomía de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Global Burden of Disease Cancer Collaboration. (2019). Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncology*, 5 (12), 1749-1768.

Villarreal-Garza, C. (2013). Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden. *The Oncologist*, 18 (Suppl), 26-34.

Guo, F. (2018). Trends in breast cancer mortality by stage at diagnosis among young women in the United States. *Cancer*, 124 (17), 3500-3509.

Bray, F. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68 (6), 394-424.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (2021). Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y mortalidad 2013-2015. Informe Ejecutivo. Departamento de Epidemiología y Estadística. Lima: INEN.

Ministerio de Salud (MINSa). (2017). Plan nacional para la prevención y control de Cáncer de Mama en Perú 2017-2021 (R.M. N° 442-2017/MINSa). Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Cáncer. Lima: MINSa.

Ministerio de Salud (MINSa). (2018). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades. Carga de Enfermedad en Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2018. Lima: MINSa.

Ministerio de Salud (MINSa). (2019). Programa Presupuestal 0024 Prevención y Control del Cáncer. Lima: MINSa.

MINSa. (2019). Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer. Ministerio de Salud, Lima, Perú.

Ministerio de Salud (MINSa). (2016). Evaluación de diseño y ejecución Presupuestal – EDEP. Programa Presupuestal Prevención y Control del Cáncer. Lima: MINSa.

Ministerio de Salud (MINSa). (1997). Ley General de Salud (En línea). Citado el 10 de agosto de 2022. http://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/L-26842_LGS.pdf

Ministerio de Salud (MINSA). (2002). Ley del Ministerio de Salud (En línea). Citado el 10 de agosto de 2022. http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS_01/LEY%2027657.pdf

Ministerio de Salud (MINSA). (2009). Equidad de género e interculturalidad en salud en las Américas. Citado el 10 de agosto de 2022. http://www.minsa.gob.pe/dgps/actividades/2009/ISEM_INTERN_DEREC_H_INTERCULT_GENRO/1CONFERENCIAS/Equidad_Género_Interculturalidad_Salud_Americas.pdf

Ministerio de Salud (MINSA). (2012). Plan Esperanza para la atención integral del cáncer (En línea). Citado el 10 de agosto de 2022. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/esperanza/>

Unterhofer, C. (2017). I am not afraid of death. *Acta Neurochirurgica*, 159(1547-1552).

Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa (2a ed.). Ediciones Morata.

Rorty, R. (2000). Capítulo 9: Derechos humanos, racionalidad y sentimentalismo. En *Verdad y progreso* (pp. 219-242). Paidós.

Todorov, T. (2000). La memoria amenazada. En *Los abusos de la memoria* (pp. 11-61). Paidós.

Lerner, S. (2007). Capítulo 4: Ética y derechos humanos. En TUBINO, F. & GIUSTI, M. (Eds.), *Debates de la ética contemporánea* (pp. 177-183). Pontificia Universidad Católica del Perú.

Sen, A. (2007). *Identidad y violencia*. Katz Editores.

Tubino, F. (2008). Ética y diversidad cultural. En ESPINOSA, Ó. (Ed.), *Cartas de navegación. Reflexiones sobre cultura, ética y política en el Perú* (pp. 177-201). Fondo editorial UARM.

Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2012). Plan Decenal para el control de cáncer en Colombia, 2012 – 2021 (En línea). Citado el 10 de agosto de 2022. http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf

Constitución Política del Perú. (2016). Constitución Política del Perú (En línea). Citado el 10 de agosto de 2022. <http://www4.congreso.gob.pe/ntley/Imágenes/Constitu/Cons1993.pdf>

Congreso de la República del Perú. (1993). Constitución Política del Perú. <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/CONSTITUCION.pdf>

Congreso de la República del Perú. (1997). Ley General de Salud N° 26842. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322193/ley_general_de_salud.pdf
4o

Congreso de la República del Perú. (2021). Ley Nacional del Cáncer, Ley N° 31336. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-n-31336-ley-nacional-del-cancer-ley-n-31336-1970799-1/>

Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Organización de los Estados Americanos. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos. <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/convencion.asp>

Organización de los Estados Americanos. (2016). Convención Americana sobre Derechos Humanos (En línea). Citado el 10 de agosto de 2022. https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm

AMS. (2015). Asamblea Mundial de la Salud. <https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly>

ECOSOC. (2020). Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. <https://www.un.org/ecosoc/en/home>

OPS/OMS. (2019). Política de Igualdad de Género. <https://www.paho.org/es/temas/igualdad-genero>

Fernández, J. (2019). Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcances y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe. Documentos de Proyectos (LC/TS.2019/65, LC/MEX/TS.2019/16). Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Vialard, L. (2017). Toward a socio-territorial approach to health: Health equity in West Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (1), 106. <https://doi.org/10.3390/ijerph14010106>

Sgroi, F. (2021). Territorial development models: A new strategic vision to analyze the relationship between the environment, public goods and geographical indications. *The Science of the Total Environment*, 787, 147585. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.147585>

Díaz, T. (2020). Island nation, US territory and contested space: Territorial status as a social determinant of indigenous health in Guam. *British Journal of Social Work*, 50 (4), 1069–1088.

Carpio, M. (2019). Programa de transferencias condicionadas JUNTOS Perú: Focalización geográfica (2005-2017). ISID.

Poirier, M. (2020). Geographic targeting and normative frames: Revisiting the equity of conditional cash transfer program distribution in Bolivia, Colombia, Ecuador, and Peru. *International Journal for Equity in Health*, 19 (1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01233-0>

Cecchini, S. (2015). Conditional cash transfers and health in Latin America. *The Lancet*, 385 (9975), e32–e34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61279-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61279-4)

Rathnayake, D. (2021). Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery. *PLOS ONE*, 16 (8), e0256578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256578>

Siciliani, L. (2014). Inequalities in waiting times by socioeconomic status. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3 (1), 38. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-3-38>

Wiebe, K. (2022). Revisiting the concept of urgency in surgical prioritization and addressing backlogs in elective surgery provision. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 194 (29), E1037–E1039. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220420>

Gravas, S. (2020). Prioritising urological surgery in the COVID-19 era: A global reflection on guidelines. *European Urology Focus*, 6 (5), 1104–1110. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2020.06.006>

Lungu, D. (2019). Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery. *BMC Health Services Research*, 19 (1), 369. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4199-6>

Atun, R. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385 (9974), 1230–1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)

Sousa, S. (2021). End-of-life experience and its toll on quality of life and spirituality: A cross-sectional study. *International Journal of Palliative Nursing*, 27 (5), 263–273. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.5.263>

Dzhuska, A. (2021). Modern concept of understanding the human right to life. *Wiadomosci Lekarskie*, 74 (2), 341–350.

Gaille, M. (2021). La fin de vie, enjeu de santé publique: Dimensions éthiques d'une question politique. *Sante Publique*, 33 (2), 177–184. <https://doi.org/10.3917/spub.212.0177>

Comisión de la Organización Panamericana de la Salud. (2019). Equidad y desigualdades en salud en las Américas. *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen del informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Edición revisada.* Washington, D.C.: OPS.

Sen, A. (1996). Capacidad y bienestar (Primera parte: Vidas y capacidades). En Nussbaum, M. & Sen, A. (Comps.), *La calidad de vida* (pp. 54-83). Fondo de Cultura Económica.

Nussbaum, M. (2012). Las capacidades centrales. En *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano* (pp. 37-65). Paidós.

Nussbaum, M. (2012). Derechos fundamentales. En *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano* (pp. 91-123). Paidós.

United Nations Development Programme (UNDP). (2022). *Acerca del UNDP.* <https://www.undp.org/es>

United Nations Development Programme (UNDP). (2020). Informe sobre desarrollo humano 2020. La próxima frontera. El desarrollo humano y el antropoceno. Estados Unidos, pp. 1-67.

United Nations Development Programme (UNDP). (2022). Country Programme Document 2022 – 2026. Perú, pp. 1-44.

Barrington, W. (2019). Patient navigator reported patient barriers and delivered activities in two large federally-funded cancer screening programs. *Preventive Medicine*, 129S, 105858. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105858>

Guerra, C. (2021). A Plan-Do-Study-Act approach to the development, implementation, and evaluation of a patient navigation program to reduce breast cancer screening disparities in un- and under-insured, racially and ethnically diverse urban women. *Frontiers in Public Health*, 9, 595786. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.595786>

Brunet, J. (2021). Women's preferences for body image programming: A qualitative study to inform future programs targeting women diagnosed with breast cancer. *Frontiers in Psychology*, 12, 720178. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.720178>

Ross, T. (2020). Budgeting for results. *The Health Care Manager*, 39 (1), 24–34. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000285>

Fajardo-Ortiz, G. (2018). Gestión de la atención médica, herramienta fundamental para los médicos residentes [Management of medical care, a fundamental tool for resident doctors]. *Cirugía y Cirujanos*, 86 (1), 71–78. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M18000005>

Majidpoor, J. (2021). Steps in metastasis: an updated review. *Medical Oncology*, 38 (1), 3. <https://doi.org/10.1007/s12032-020-01447-w>

Fares, J. (2020). Molecular principles of metastasis: A hallmark of cancer revisited. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 5 (1), 28. <https://doi.org/10.1038/s41392-020-0134-x>

Instituto Nacional del Cáncer. (2022). Diccionario del NCI de términos de cáncer. Consultado el 28 de agosto de 2022.

Hajj, A. (2021). Clinical and genetic factors associated with anxiety and depression in breast cancer patients: A cross-sectional study. *BMC Cancer*, 21 (1), 872. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08615-9>

Skrundevskiy, A. (2018). Return on investment analysis of breast cancer screening and downstaging in Egypt: Implications for developing countries. *Value in Health Regional Issues*, 16, 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.01.006>

Manca, D. (2018). The BETTER WISE protocol: Building on existing tools to improve cancer and chronic disease prevention and screening in primary care for wellness of cancer survivors and patients - A cluster randomized controlled trial embedded in a mixed methods design. *BMC Cancer*, 18 (1), 927. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4839-y>

Adler, S. (2019). End-of-life concerns and experiences of living with advanced breast cancer among medically underserved women. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58 (6), 959–967. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.006>

Ozeki-Hayashi, R. (2019). Beliefs held by breast surgeons that impact the treatment decision process for advanced breast cancer patients: A qualitative study. *Breast Cancer*, 11, 221–229. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S208910>

Perdomo, J. (2021). Experiences of young mastectomised Colombian women: An ethnographic study. *Enfermeria Clinica (English Edition)*, 31 (2), 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.015>

Miaja, M. (2017). Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. *Revista de Investigacion Clinica*, 69 (4), 204–209. <https://doi.org/10.24875/ric.17002279>

Barradas, C. (2022). Beyond biomedical classifications: Breast cancer experience in Brazil, 1990-2015. *Historia, Ciencias, Saude—Manguinhos*, 29 (3), 625–643. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000300003>

Hubbeling, H. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *PloS One*, 13 (5), e0197931. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197931>

Cabral, A. (2019). Social vulnerability and breast cancer: Differentials in the interval between diagnosis and treatment of women with different sociodemographic profiles. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24 (2), 613–622. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.31672016>

Bao, H. (2020). A nationally quasi-experimental study to assess the impact of partial organized breast and cervical cancer screening programme on participation and inequalities. *BMC Cancer*, 20 (1), 1191. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07686-4>

Qu, L. (2020). Interventions addressing barriers to delayed cancer diagnosis in low- and middle-income countries: A systematic review. *The Oncologist*, 25 (9), e1382–e1395. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0804>

Akinyemiju, T. (2017). Lifecourse socioeconomic status and cancer-related risk factors: Analysis of the WHO study on global ageing and adult health (SAGE). *International Journal of Cancer*, 140 (4), 777–787. <https://doi.org/10.1002/ijc.30499>

Cheng, E. (2021). Neighborhood and individual socioeconomic disadvantage and survival among patients with nonmetastatic common cancers. *JAMA Network Open*, 4 (12), e2139593. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.39593>

Wang, M. (2022). Association between cancer prevalence and different socioeconomic strata in the US: The National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2018. *Frontiers in Public Health*, 10, 873805. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.873805>

Nonzee, N. (2015). Delays in cancer care among low-income minorities despite access. *Journal of Women's Health*, 24 (6), 506–514. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4998>

Yang, J. (2023). Are diagnostic delays associated with distress in breast cancer patients?. *Breast Care*, 18 (4), 240–248. <https://doi.org/10.1159/000529586>

Real Academia Española. (2023). Diccionario panhispánico del español jurídico (DPEJ) [en línea]. <https://dpej.rae.es/> [Fecha de la consulta: 08/11/2023].

Malagón, G. (2017). *Gerencia hospitalaria para una administración efectiva*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Baneiro, L. (2002). *El concepto de género. Material de capacitación sobre el concepto de género*.

COSUDE. (2012). *Guía para la aplicación del enfoque de género dirigida a facilitadores(as) de procesos de formación técnica*. Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE).

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). (1998). *Censos Agropecuarios y Género - Conceptos y Metodología*. Disponible en: <http://www.fao.org/3/x2919s/x2919s01.htm#TopOfPage>

CEPAL. (2014). *Políticas públicas para la igualdad de género: un aporte a la autonomía de las mujeres*. N° 130, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

CEPAL. (2020). *Mecanismos de focalización de los programas de transferencias monetarias en América Latina: el caso del Uruguay (Serie Estudios y Perspectivas, N° 43)*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Allepuz, A. (2009). Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud [Criteria for prioritising patients on surgical waiting lists in the National Health System]. *Revista de Calidad Asistencial: Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 24 (5), 185–191. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2009.03.001>

González, J. (2023). Study protocol on social return on investment (SROI) project of the surgical waiting list management system. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11 (6), 825. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060825>

Kang, N. (2020). Relationship between cancer stigma, social support, coping strategies and psychosocial adjustment among breast cancer survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (21-22), 4368–4378. <https://doi.org/10.1111/jocn.15475>

Reiser, V. (2019). The Support, Education, and Advocacy (SEA) program of care for women with metastatic breast cancer: A nurse-led palliative care demonstration program. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 36 (10), 864–870. <https://doi.org/10.1177/1049909119839696>

Tsuchiya, M. (2015). Social disclosure about lymphoedema symptoms: A qualitative study among Japanese breast cancer survivors. *Psychology, Health & Medicine*, 20 (6), 680–684. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.986140>

Holmes, M. (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (5), 285–293. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00270-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00270-7)

Im, E. (2021). A technology-based information and coaching/support program and self-efficacy of Asian American breast cancer survivors. *Research in Nursing & Health*, 44 (1), 37–46. <https://doi.org/10.1002/nur.22059>

Tang, A. (2021). Health equity within inequity: Timing of diagnostic breast cancer care in an underserved medical population. *Anticancer Research*, 41 (7), 3607–3613. <https://doi.org/10.21873/anticancer.15149>

Polishwala, S. (2023). The assessment and comparison of the knowledge of breast self-examination and breast carcinoma among healthcare workers and the general population in an urban setting. *Cureus*, 15 (3), e36592. <https://doi.org/10.7759/cureus.36592>

Hammersen, F. (2018). Hinweise auf soziale Ungleichheit im Informationsverhalten und in der Informationsbewertung junger Frauen mit Brustkrebs – Ergebnisse der Kohortenstudie „gemeinsam gesund werden“ [Signs of social inequality in information seeking and evaluation of information among young women with breast cancer - Results of a cohort study]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 139, 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.10.006>

Sunilkumar, M. (2021). Health-related suffering and palliative care in breast cancer. *Current Breast Cancer Reports*, 13 (4), 241–246. <https://doi.org/10.1007/s12609-021-00431-1>

Seweryn, M. (2022). The direct and indirect costs of breast cancer in Poland: Estimates for 2017-2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (24), 16384. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416384>



ANEXOS

ANEXO 1: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

PRESENTACION: Estimado Doctor, la presente investigación tiene como objetivo conocer la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en las mujeres enfermas de cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, entre los años 2023 y 2024.

Los instrumentos para utilizar han sido validados por un juicio de expertos:

- Dr. Luis Alex Alzamora De Los Godos Urcia
- Dra. Gabriela Guadalupe Calderón Valencia

Dirigida a: Jefe del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Buenos días, Doctor. Soy Ruth Angulo y estoy investigando la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está doctor, espero que todo bien?

¿Cómo se admiten a las mujeres con cáncer de mama para recibir atención en el INEN?

¿Podría explicarnos la asignación de presupuesto y sus fuentes disponibles y potenciales?

¿Cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación para medir la efectividad del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama?

¿El plan es transparente y se rinde cuentas a la comunidad?

¿Se han llevado a cabo reuniones con los gestores involucrados después de identificarlos, y con qué frecuencia?

¿Ha mantenido reuniones con representantes de la comunidad relacionadas con el Plan Esperanza, y cuál fue la percepción?

¿Existen otras organizaciones que proporcionen recursos adicionales para las pacientes necesitadas?

¿Se ha implementado algún programa de prevención de pobreza que brinden a las pacientes las herramientas necesarias para mejorar su situación económica a largo plazo, como capacitación laboral y desarrollo de habilidades?

¿Se llevan a cabo campañas de sensibilización y educación dirigidas a la comunidad y a las pacientes para informar sobre los recursos disponibles y los servicios de apoyo económico?

¿Se ha modificado la capacidad de camas para pacientes con cáncer de mama? En caso afirmativo, ¿cómo se llevaron a cabo estas modificaciones y cuáles fueron los obstáculos encontrados?

¿Cuáles son los desafíos más significativos en la adquisición de medicamentos quimioterapéuticos y cómo podríamos mejorar la gestión de suministros para garantizar un abastecimiento constante?

Cuéntenos ¿Cómo es el proceso de adquisición de equipos biomédicos? ¿Qué aspectos facilitaron y qué aspectos dificultaron los procesos?

¿Ha implementado o planeado algún proyecto de mejora de la infraestructura?

¿Cómo ha evolucionado su gestión desde su inicio hasta la actualidad?

¿Tiene alguna reflexión final o comentario adicional que desee expresar libremente?

- Agradezco sinceramente su tiempo y perspectiva, Doctor. Esto contribuirá significativamente a mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Médico con cargo administrativo y asistencial del departamento de cirugía en mamas y tejidos blandos.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, Doctora, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está doctora, espero que todo bien?

¿Cómo se programa la cirugía de cáncer de mama? ¿La gravedad del caso influye en la programación?

¿Cuáles son los criterios para programar a pacientes en fase avanzada metastásica?

En el proceso de programación de cirugías, ¿Se considera la pobreza como un factor? ¿Cómo se maneja la pobreza en la toma de decisiones?

¿Se considera la gravedad del cáncer, en las candidatas a cirugía?

¿Cómo se decide a quién operar y a quién no? En casos de cirugía radical, ¿En qué situaciones se elige realizarla? ¿Cuándo se convoca a una junta de directorio para tomar estas decisiones?

Sobre la decisión de cirugía ¿Quién la elige y cuál es el proceso? Además ¿Cómo informan a la paciente sobre esta decisión?

¿Qué experiencia ha tenido con mujeres menores de 40 años con cáncer de mama?

¿Cómo ha sido cumplir con el flujograma y cuáles son las dificultades específicas para esta población?

¿Está familiarizada con la teoría de sobreprotección a la paciente? ¿Ha aplicado este método y conoce a colegas que lo hayan hecho?

Agradezco sinceramente su tiempo y perspectiva, Doctora. Esto contribuirá significativamente a mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 3: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: médico con cargo administrativo y asistencial del servicio de Medicina.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2024

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, Doctor, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está doctor, espero que todo bien?

Sobre la decisión de quimioterapia, ¿quién toma la decisión y cuál es el proceso para tomarla?

¿Cómo se informa y se permite la participación de las pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento?

En el proceso de elección de quimioterapia, ¿se considera la gravedad del cáncer en las candidatas? ¿Y se tiene en cuenta el nivel socioeconómico y el estadio metastásico?

¿Ha tenido experiencias específicas con mujeres menores de 40 años con cáncer de mama? ¿Cuál ha sido su cumplimiento con el flujograma y cuáles son las dificultades específicas para esta población?

¿Se ha modificado la capacidad de camas en el servicio de medicina para pacientes con cáncer de mama? En caso afirmativo, ¿Cómo se llevaron a cabo estas modificaciones y cuáles fueron los obstáculos encontrados?

¿Cree que hay consenso en cuanto al protocolo de manejo en pacientes de emergencia y hospitalización con cáncer de mama?

¿Se han llevado a cabo reuniones con los gestores involucrados después de identificarlos, y con qué frecuencia?

¿Ha mantenido reuniones con representantes de la comunidad, y cuál fue la percepción?

¿Está familiarizado con la teoría de sobreprotección a la paciente? ¿Ha aplicado este método y conoce a colegas que lo hayan hecho?

¿Ha tenido situaciones en las que las pacientes enfrentaron gastos esenciales fuera del Instituto y los medicamentos quimioterápicos no estaban disponibles en la farmacia o en el petitorio? En caso afirmativo, ¿cómo manejó la situación?

¿Cuáles son los desafíos más significativos en la adquisición de medicamentos quimioterapéuticos y cómo podríamos mejorar la gestión de suministros para garantizar un abastecimiento constante?

¿Ha implementado o planeado algún proyecto de mejora de la infraestructura?

Finalmente, ¿cómo ha evolucionado su gestión desde su inicio hasta la actualidad?

¿Tiene alguna reflexión final o comentario adicional que desee expresar libremente?

Le agradezco mucho por compartir su conocimiento y experiencia, Doctor. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 4: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Médico con cargo administrativo y asistencial del Departamento de Promoción de la salud, prevención y control nacional del cáncer.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, Doctor, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está doctor, espero que todo bien?

¿Cómo se educa sobre el cáncer de mama a las pacientes y la comunidad en general?

¿Se han llevado a cabo reuniones con los gestores involucrados después de identificarlos, y con qué frecuencia?

¿Ha mantenido reuniones con representantes de la comunidad, y cuál fue la percepción?

Le agradezco mucho por compartir su conocimiento y experiencia, Doctor. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 5: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Médico psiquiatra con cargo administrativo y asistencial del servicio de Salud mental.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, Doctora, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está doctora, espero que todo bien?

¿Cómo se abordan las necesidades emocionales y sociales de las pacientes a lo largo de su experiencia con el cáncer de mama?

¿Cómo se informa y se da la participación de las pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento?

¿Cómo se asegura que la comunicación sea transparente y honesta con las pacientes y sus familias sobre su condición, opciones de tratamiento y pronóstico?

¿Cómo se promueve la autonomía en las pacientes durante su tratamiento contra el cáncer de mama?

¿Cómo se educa sobre el cáncer de mama a las pacientes y la comunidad en general?

¿Cuál ha sido su experiencia con mujeres menores de 40 años con cáncer de mama?

¿Cómo ha sido cumplir con el flujograma y cuáles son las dificultades específicas para esta población?

¿Está familiarizado con la teoría de sobreprotección a la paciente? ¿Ha aplicado este método y conoce a colegas que lo hayan hecho?

¿Cuáles son los factores clave en la recuperación de una paciente con cáncer de mama según su experiencia?

¿Algunas reflexiones finales o comentarios adicionales que desee expresar libremente?

Le agradezco mucho por compartir su conocimiento y experiencia, Doctora. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 6: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Médico con cargo administrativo y asistencial del servicio de Rehabilitación física.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, Doctor, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está doctor, espero que todo bien?

¿Se realizan campañas educación dirigidas a la comunidad y a las pacientes para informar sobre los servicios de rehabilitación física?

¿Cómo se educa sobre prevención de la linfedema en las mujeres con cáncer de mama? ¿Cuáles son los enfoques específicos utilizados?

¿Qué experiencia ha tenido derivada de las mujeres menores de 40 años con cáncer de mama? ¿Es fácil cumplir el flujograma del programa y cuáles son las dificultades específicas para esta población?

¿Está familiarizado con la teoría de sobreprotección a la paciente? ¿Ha aplicado este método y conoce a colegas que lo hayan hecho?

Le agradezco mucho por compartir su experiencia en el ámbito de la rehabilitación física, Doctor. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 7: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Médico con cargo administrativo y asistencial del servicio de Medicina del dolor y paliativo.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, Doctora, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está doctor, espero que todo bien?

¿Se realizan campañas educación dirigidas a la comunidad y a las pacientes para informar sobre los servicios de medicina del dolor y paliativa?

¿Qué experiencia ha tenido derivada de las mujeres menores de 40 años con cáncer de mama? ¿Es fácil cumplir el flujograma del programa y cuáles son las dificultades específicas para esta población?

¿Está familiarizado con la teoría de sobreprotección a la paciente? ¿Ha aplicado este método y conoce a colegas que lo hayan hecho?

Le agradezco mucho por compartir su experiencia en el ámbito de medicina del dolor y cuidados paliativos, Doctor. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 8: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Médico asistente del servicio de emergencia

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, Doctor, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está doctor, espero que todo bien?

¿Qué dificultades encuentra para incrementar el número de camas en su servicio para pacientes con cáncer de mama?

¿Se ha planificado algún proyecto de mejora de infraestructura del instituto?

¿Como es el protocolo de atención en casos de urgencia y emergencia en casos de pacientes con cáncer de mama?

¿Cree usted que hubo consenso en cuanto al protocolo de manejo en pacientes de emergencia y hospitalización de las pacientes con cáncer de mama?

¿Cómo es la participación de la familia de las pacientes atendidas?

¿Ha tenido situaciones en las que las pacientes enfrentaron gastos esenciales fuera del Instituto, y los medicamentos no estaban disponibles en la farmacia o en el petitorio? En tales casos, ¿Cómo manejo la situación?

¿Se realizan campañas educación dirigidas a la comunidad y a las pacientes para informar sobre el servicio de emergencia?

¿Qué experiencia ha tenido derivada de las mujeres menores de 40 años con cáncer de mama? ¿Es fácil cumplir el flujograma del programa y cuáles son las dificultades específicas para esta población?

¿Está familiarizado con la teoría de sobreprotección a la paciente? ¿Ha aplicado este método y conoce a colegas que lo hayan hecho?

¿Algunas reflexiones finales o comentarios adicionales que desee expresar libremente?

Le agradezco mucho por compartir su experiencia en el ámbito de emergencia, Doctor. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 9: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Fundadora del Plan Esperanza. Exdirectora Institucional del INEN. Médico asistente de oncología médica.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2024

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, Doctora, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo se admiten a las mujeres con cáncer de mama para recibir atención en el INEN?

¿Podría explicarnos la asignación de presupuesto y sus fuentes disponibles y potenciales?

¿Cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación para medir la efectividad del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama?

¿El plan es transparente y se rinde cuentas a la comunidad?

¿Se han llevado a cabo reuniones con los gestores involucrados después de identificarlos, y con qué frecuencia?

¿Ha mantenido reuniones con representantes de la comunidad relacionadas con el Plan Esperanza, y cuál fue la percepción?

¿Existen otras organizaciones que proporcionen recursos adicionales para las pacientes necesitadas?

¿Se ha implementado algún programa de prevención de pobreza que brinden a las pacientes las herramientas necesarias para mejorar su situación económica a largo plazo, como capacitación laboral y desarrollo de habilidades?

¿Se llevan a cabo campañas de sensibilización y educación dirigidas a la comunidad y a las pacientes para informar sobre los recursos disponibles y los servicios de apoyo económico?

¿Cuáles son los desafíos más significativos en la adquisición de medicamentos quimioterapéuticos y cómo podríamos mejorar la gestión de suministros para garantizar un abastecimiento constante?

Cuéntenos ¿Cómo es el proceso de adquisición de equipos biomédicos? ¿Qué aspectos facilitaron y qué aspectos dificultaron los procesos?

¿Cómo evolucionó su gestión desde su inicio hasta el final?

¿Tiene alguna reflexión final o comentario adicional que desee expresar libremente?

Le agradezco mucho por compartir su conocimiento y experiencia, Doctora. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 10: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Médico asistencial sobreviviente al cáncer de mama.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cree que sus años de formación y experiencia influyeron en el diagnóstico del cáncer de mama?

¿Cuál fue la evolución de su situación al conocer el diagnóstico?

¿Cómo impactó el diagnóstico en su entorno laboral?

¿Cómo afectó a su familia el diagnóstico y cómo cambiaron sus actitudes hacia su proceso de enfermedad?

¿Qué dificultades han tenido para el ingreso al INEN?

¿Cuánto tiempo esperaron para la cita de consultorio externo del departamento de mamas? Mientras tanto, ¿Cómo manejaban los síntomas?

- ¿Cuánto tiempo esperaron en lista de espera para que programen la cirugía?
- ¿Cuáles fueron las facilidades para ser programadas?
- ¿Cuáles fueron las dificultades para ser programadas?
- ¿Estuvo satisfecha con su imagen corporal después de la cirugía?
- ¿Qué efecto tuvo la cirugía en usted (ya sea físico, psicológico o social)?
- ¿A qué atribuye su recuperación?
- ¿Cuáles son los factores clave en la recuperación de una paciente con cáncer de mama según su experiencia?
- ¿Cómo cambió su percepción hacia su trabajo y el de sus colegas?
- ¿Ha alterado su enfoque en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama?
- ¿Cuáles son sus objetivos a futuro y cómo ha evolucionado su forma de pensar?
- ¿Cuál es su reflexión sobre el proceso de su enfermedad?

ANEXO 11: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Psicólogo con cargo asistencial del servicio de Salud mental.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está doctora, espero que todo bien?

¿Cómo se abordan las necesidades emocionales y sociales de las pacientes a lo largo de su experiencia con el cáncer de mama?

¿Cómo se informa y se da la participación de las pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento?

¿Cómo se asegura que la comunicación sea transparente y honesta con las pacientes y sus familias sobre su condición, opciones de tratamiento y pronóstico?

¿Cómo se promueve la autonomía en las pacientes durante su tratamiento contra el cáncer de mama?

¿Cómo se educa sobre el cáncer de mama a las pacientes y la comunidad en general?

¿Cuál ha sido su experiencia con mujeres menores de 40 años con cáncer de mama?

¿Cómo ha sido cumplir con el flujograma y cuáles son las dificultades específicas para esta población?

¿Está familiarizado con la teoría de sobreprotección a la paciente? ¿Ha aplicado este método y conoce a colegas que lo hayan hecho?

¿Cuáles son los factores clave en la recuperación de una paciente con cáncer de mama según su experiencia?

¿Algunas reflexiones finales o comentarios adicionales que desee expresar libremente?

Le agradezco mucho por compartir su conocimiento y experiencia. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 12: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Licenciada en enfermería

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está licenciada, espero que todo bien?

¿Cuál es la rutina diaria de una enfermera en oncología y cuál es tu papel como enfermera?

¿Cuáles son los perfiles de las pacientes que son atendidas en su servicio?

¿Cuál es el proceso que sigue una paciente en el circuito de atención oncológica en el INEN y cómo experimenta este proceso emocionalmente? ¿Qué apoyo emocional y psicológico se proporciona?

¿Qué tipos de tratamientos reciben los pacientes y cómo se gestionan desde el servicio?

¿Ha tenido situaciones en las que las pacientes enfrentaron gastos esenciales fuera del Instituto y los medicamentos quimioterápicos no estaban disponibles en la farmacia o en el petitorio? En caso afirmativo, ¿Cómo manejó la situación?

Desde tu perspectiva y experiencia, ¿Cómo se está llevando a cabo la prevención en oncología, qué recursos están disponibles y qué mejoras se podrían implementar?

¿Cuáles son los factores clave en la recuperación de una paciente con cáncer de mama según su experiencia?

¿Cuáles son sus objetivos a futuro y cómo ha evolucionado su forma de pensar?

¿Cuál es su reflexión sobre el proceso de enfermedad?

Le agradezco mucho por compartir su conocimiento y experiencia, licenciada. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 13: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Asistentas sociales de mamas y tejidos blandos.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cuál es el apoyo que se le brinda a las mujeres con cáncer de mama que vienen de la sierra?

¿Cómo se realiza el pago en estos albergues?

¿Cómo se prioriza el hospedaje? ¿Se tiene en cuenta el estadió clínico para el alojamiento de las pacientes?

¿Existen otro tipo de donaciones para las pacientes?

¿Cómo se difunde el apoyo, incluyendo el uso de folletos u otros medios?

¿Cómo se evalúa el costo de la cirugía para cáncer de mama en las mujeres?

¿Existe apoyo para la contrarreferencia de las pacientes?

¿Qué incluye el traslado de las pacientes? ¿Existe algún apoyo con el mamamovil para facilitar su movilidad?

Dadas las barreras geográficas y culturales, incluyendo el idioma quechua y aimara.

¿Cómo abordan y solucionan estas dificultades en la prestación de servicios?

Le agradezco mucho por compartir su experiencia y conocimiento. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 14: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Damas voluntarias de ALINEN.

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cuál es el apoyo que se le da a las mujeres con cáncer de mama que vienen de la sierra?

¿Cómo se realiza el pago en estos albergues?

¿Cómo se prioriza el hospedaje? ¿Se tiene en cuenta el estadio clínico para el alojamiento de las pacientes?

¿Existen otro tipo de donaciones para las pacientes?

¿Cómo se difunde el apoyo, incluyendo el uso de folletos u otros medios?

¿Existe apoyo para la contrarreferencia de las pacientes?

Dadas las barreras geográficas y culturales, incluyendo el idioma quechua y aimara.

¿Cómo abordan y solucionan estas dificultades en la prestación de servicios?

Le agradezco mucho por compartir su experiencia y conocimiento. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 15: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Administrativo

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

Antes de comenzar, quiero informarle que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Está de acuerdo con ello?

¿Cómo está, espero que todo bien?

¿Se tiene una planificación financiera a corto y largo plazo?

¿Cómo es la asignación de presupuesto del del departamento de mamas y tejidos blandos y cuáles son las fuentes disponibles y potenciales?

¿Cómo se genera la ampliación de presupuesto en el programa de cáncer de mama?

La supervisión del presupuesto ¿Quién la realiza? ¿Cuentan con un sistema de seguimiento y evaluación?

Le agradezco mucho por compartir su visión y conocimientos sobre gestión financiera. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 16: GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Dirigida a: Familiar de paciente con cáncer de mama EC I y II, y III y IV

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2024

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación.

Se comunica que se grabará la conversación.

Buenos días, estoy realizando un trabajo de investigación para ver la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mamá en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Agradezco su tiempo para compartir información.

En sus propias palabras, comparta su experiencia a lo largo de la enfermedad de cáncer de mama, detallando lo que recuerda y vivió durante su tiempo en el instituto. Además, explore cómo sus vecinos u otras personas estuvieron relacionados con usted durante este proceso.

Le agradezco mucho por compartir su experiencia y conocimiento. Su colaboración es invaluable para mi investigación. Que tenga un buen día.

ANEXO 17: GUÍA DE GRUPO FOCAL PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EC I-II

Muestra: 8 mujeres con cáncer de mama EC I-II

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación:

Buenos días a todas, agradezco su participación en este grupo focal. Soy Ruth Lilibeth Angulo Fernández, y estoy aquí para entender mejor su experiencia con el cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Les informo que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Están todas de acuerdo con ello?"

Preguntas generales

¿Cómo se enteraron del diagnóstico de cáncer de mama?

¿Desde cuándo tienen el diagnóstico?

¿Cuál fue la evolución de su situación al conocer el diagnóstico?

¿Cómo afectó a su familia el diagnóstico y cómo cambiaron sus actitudes hacia su proceso de enfermedad?

¿Ha sido fácil la admisión al INEN?

¿Qué dificultades han tenido para el ingreso al INEN?

¿Cuánto tiempo esperaron para la cita de consultorio externo del departamento de mamas? Mientras tanto, ¿Cómo manejaban los síntomas?

¿Cuánto tiempo esperaron en lista de espera para que programen la cirugía?

¿Tuvieron facilidades para ser programadas?

- ¿Cuáles fueron las dificultades para ser programadas?
- ¿Estuvo satisfecha con su imagen corporal después de la cirugía?
- ¿Qué efecto tuvo la cirugía en usted (ya sea físico, psicológico o social)?
- ¿A qué atribuye su recuperación?
- ¿Cuáles son sus objetivos a futuro y cómo ha evolucionado su forma de pensar?
- ¿Cuál es su reflexión sobre el proceso de su enfermedad?

Agradecimiento:

Quiero agradecerles a todas por compartir sus experiencias. Sus testimonios son fundamentales para entender y mejorar el proceso. Este ha sido un espacio valioso. Agradezco su participación y tiempo.

ANEXO 18: GUÍA DE GRUPO FOCAL PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EC III-IV

Muestra: 8 mujeres con cáncer de mama EC III-IV

Lugar y circunstancias: Reunión presencial

Fecha: 2023

Duración: 20 minutos

- Saludo y presentación:

Buenos días a todas, agradezco su participación en este grupo focal. Soy Ruth Lilibeth Angulo Fernández, y estoy aquí para entender mejor su experiencia con el cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Les informo que esta conversación será grabada con su consentimiento. ¿Están todas de acuerdo con ello?"

Preguntas generales

- ¿Cómo se enteraron del diagnóstico de cáncer de mama?
- ¿Desde cuándo tienen el diagnóstico?
- ¿Cuál fue la evolución de su situación al conocer el diagnóstico?
- ¿Cómo afectó a su familia el diagnóstico y cómo cambiaron sus actitudes hacia su proceso de enfermedad?
- ¿Ha sido fácil la admisión al INEN?
- ¿Qué dificultades han tenido para el ingreso al INEN?
- ¿Cuánto tiempo esperaron para la cita de consultorio externo del departamento de mamas? Mientras tanto, ¿Cómo manejaban los síntomas?
- ¿Cuánto tiempo esperaron en lista de espera para que programen la cirugía?

- ¿Tuvieron facilidades para ser programadas?
- ¿Cuáles fueron las dificultades para ser programadas?
- ¿Estuvo satisfecha con su imagen corporal después de la cirugía?
- ¿Qué efecto tuvo la cirugía en usted (ya sea físico, psicológico o social)?
- ¿Cuánto tiempo esperaron para recibir quimioterapia?
- ¿Cuánto tiempo esperaron para recibir radioterapia?
- ¿Conoce personas que han muerto con cáncer de mama?
- ¿A qué atribuye su recuperación?
- ¿Cuáles son sus objetivos a futuro y cómo ha evolucionado su forma de pensar?
- ¿Cuál es su reflexión sobre el proceso de su enfermedad?

Agradecimiento:

Quiero agradecerles a todas por compartir sus experiencias. Sus testimonios son fundamentales para entender y mejorar el proceso. Este ha sido un espacio valioso. Agradezco su participación y tiempo.

ANEXO 19: MATRIZ DE REVISIÓN DOCUMENTAL

VARIABLE	DOCUMENTO 1	DOCUMENTO 2	DOCUMENTO 3
Generación de presupuesto	X	X	X
Focalización de la pobreza		X	X
Programación por prioridades	X	X	X
Decisión sobre la vida y la muerte			X

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 20: MATRIZ DE ALINEAMIENTO DE VARIABLES E INDICADORES										
Problema	Objetivo	Preguntas de investigación	Objetivo específico	Variables	Indicadores	Fuentes de información				
						Entrevistas abiertas	Grupo focal EC I-II	Grupo focal EC III-IV	Perspectiva Histórica	Revisión documental
¿Cómo es la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en las mujeres enfermas de cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas?	Conocer la funcionalidad y eficacia del Plan Esperanza en las mujeres enfermas de cáncer de mama en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, entre los años 2023 y 2024.	¿Cómo es la generación de presupuesto del Plan Esperanza que contribuyen en la recuperación de las mujeres enfermas de cáncer de mama?	Identificar la generación de presupuesto del Plan Esperanza para la atención integral de las mujeres enfermas de cáncer de mama.	<p>Importancia estratégica del departamento en la gestión y toma de decisiones.</p> <p>Influencia del departamento en la asignación presupuestaria.</p> <p>Papel crucial del departamento en la supervisión y expansión del presupuesto.</p> <p>Relación entre el departamento y la gestión del tiempo en servicios médicos.</p> <p>Influencia directa en la conducta terapéutica y decisiones clínicas.</p> <p>Requisitos del departamento afectando la eficiencia de los servicios médicos.</p> <p>Heterogeneidad del personal hospitalario</p>	<p>Plan Operativo Institucional-POI.</p> <p>Informes de gestión anterior.</p> <p>Planes médicos para generar presupuesto.</p> <p>Conocimiento del presupuesto anterior: Revisión de pecosas, boletas, plazo de requerimiento.</p> <p>Reuniones de gestión de presupuesto.</p> <p>Proceso del presupuesto de cirugías: solicitud de cirugía, aprobación.</p>	X			X	X

				<p>en términos de formación, experiencia, etc.</p> <p>Variedad de recursos materiales y tecnológicos en hospitales.</p> <p>Necesidad de abordar disparidades humanas, sociales, científicas, económicas y políticas.</p> <p>Consideración de planificación financiera a corto y largo plazo.</p> <p>Implementación de sistema de seguimiento y evaluación.</p> <p>Transparencia y rendición de cuentas en la gestión financiera del programa.</p>						
		¿Cómo es la focalización de la pobreza del Plan Esperanza para la atención de las mujeres enfermas de cáncer de mama?	Analizar la focalización de la pobreza del Plan Esperanza para la atención integral de las mujeres enfermas de cáncer de mama.	<p>Identificación de mujeres con dificultades económicas.</p> <p>Establecimiento de criterios claros de elegibilidad.</p> <p>Prevención de mala selección de beneficiarios.</p> <p>Colaboración con organizaciones externas.</p>	Sectorización del presupuesto para los pacientes. Solicitudes a la asistente social. Determinación del nivel de pobreza de los pacientes: ingreso de la paciente, cantidad de hijos,	X	X	X	X	X

				<p>Asesoramiento financiero y orientación.</p> <p>Implementación de programas de prevención de pobreza.</p> <p>Sistema de monitoreo y evaluación de intervenciones.</p> <p>Campañas de sensibilización y educación.</p> <p>Contrarrestar fenómenos de clientelismo y corrupción.</p>	<p>lugar de residencia en provincias.</p> <p>Evaluación de la gravedad del cáncer.</p> <p>Evaluación del costo de la cirugía.</p> <p>Generación de los recursos para las pacientes. Creación de base de datos RENIEC.</p>					
		¿Cómo es la programación por prioridades del Plan Esperanza en las mujeres enfermas de cáncer de mama?	Conocer la programación por prioridades del Plan Esperanza en mujeres enfermas de cáncer de mama.	<p>Equidad en la asignación de recursos.</p> <p>Presión institucional.</p> <p>Herramientas de priorización.</p> <p>Juicio clínico combinado con información paciente.</p> <p>Manipulaciones en la implementación.</p> <p>Asignación de recursos según categorías de gravedad.</p> <p>Desigualdades en el acceso a la atención.</p> <p>Influencia del nivel socioeconómico.</p> <p>Efectividad del manejo de la información.</p>	<p>Se programa por gravedad del cáncer.</p> <p>Se programa por cirugía radical. Se programa por condiciones de pobreza.</p> <p>Se programa por fase avanzada metastásica.</p>	X			X	X

		¿Cómo deciden sobre la vida y la muerte en el Plan Esperanza en las mujeres enfermas de cáncer de mama?	Analizar la decisión sobre la vida y la muerte del Plan Esperanza en mujeres enfermas de cáncer de mama.	<p>Grado de participación de las pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento.</p> <p>Enfoque de los médicos ante la comunicación sobre la posibilidad de muerte.</p> <p>Toma de decisiones compartida y autonomía del paciente.</p> <p>Frecuencia de médicos que adoptan la creencia de no aceptación y sus prácticas asociadas.</p> <p>Desigualdades socioeconómicas en la información y mortalidad.</p> <p>Toma de decisiones informada y bienestar psicológico.</p>	<p>Evaluación de la gravedad del cáncer.</p> <p>Evaluación de la condición de inmunodepresión del paciente.</p> <p>Evaluación de las recomendaciones del ministerio de salud.</p>	X	X	X	X	X
--	--	---	--	--	---	---	---	---	---	---

ANEXO 21: PLAN ESPERANZA

En 2012 se introduce el "Plan Esperanza", un ambicioso plan a nivel nacional que busca mejorar la atención integral del cáncer y elevar la calidad de los servicios oncológicos en el Perú. Esta iniciativa representa una intervención sanitaria de gran envergadura, caracterizada por su enfoque multisectorial y su alcance global. El Plan Esperanza coordina esfuerzos entre los distintos niveles gubernamentales y la sociedad civil para combatir el cáncer, acercando la prevención y la atención oncológica de manera completa a pacientes, familias y comunidades, con un énfasis en la calidad y la calidez.

Su objetivo principal es mejorar el acceso equitativo a los servicios oncológicos a través de la implementación de la cobertura oncológica universal. Esto se logra mediante el aumento de la disponibilidad de servicios oncológicos para facilitar el diagnóstico temprano y la atención oportuna.

El plan abarca la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo (MINSa, 2019).

Además, el Plan busca reducir las barreras económicas al proporcionar protección financiera contra los gastos directos de la población de bajos recursos, a través de la cobertura oncológica gratuita del Seguro Integral de Salud (SIS) - FISSAL.

Los objetivos del plan incluyen mejorar el acceso a la oferta de servicios de salud oncológicos a nivel nacional, abordando todas las etapas, desde la promoción hasta el cuidado paliativo. Se destaca la importancia de acciones intrasectoriales y multisectoriales, considerando la diversidad sociocultural del país (MINSa, 2019).

La finalidad del Plan Esperanza es contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer a través del mejoramiento del acceso a los servicios de salud oncológicos (MINSa, 2019).

Uno de los objetivos específicos del Plan Esperanza es mejorar el acceso económico a la oferta de servicios de salud relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer, especialmente para la población asegurada por el Seguro Integral de Salud (MINSa, 2019).

En Lima Metropolitana, el Ministerio de Salud, a través del Sistema Integral de Salud y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), brinda financiamiento para las atenciones de cáncer en el marco del Plan Esperanza, buscando facilitar el acceso a la atención oncológica (MINSAL, 2019).

Existe el Programa Presupuestal 0024 "Prevención y Control del Cáncer", al cual tiene acceso al menos el 70 % de la población del país. Además, se han desarrollado tres planes estratégicos para patologías oncológicas priorizadas, incluyendo el Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú (2017-2021).

El plan ha permitido más captación de pacientes nuevos, incrementando las posibilidades de tratamiento y aumentar la sobrevivencia en estas pacientes. Al aumentar las capacidades y oportunidades, se reduce la tasa de mortalidad y se mejora la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

Desde 2012 hasta mayo de 2016, el Plan Esperanza ha brindado atención a un total de 264,547 personas con lesiones neoplásicas. Durante este periodo, se ha proporcionado un diagnóstico definitivo, estadiaje y tratamiento integral del cáncer. De este grupo, 174,620 personas afectadas por el cáncer han disfrutado de una cobertura completa y gratuita para el tratamiento de su enfermedad. Este respaldo se ha materializado a través del derecho a la protección financiera proporcionada por el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), cuyos recursos se basan principalmente en el presupuesto por resultados del Programa Presupuestal Cáncer - 024.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), desde el inicio del Plan Esperanza en 2012 hasta mayo de 2016, se ha brindado atención a un total de 157,555 pacientes. De este grupo, 104,546 fueron pacientes con cáncer, y 53,009 personas sin cáncer se beneficiaron con chequeos médicos preventivos gratuitos. Gracias a la implementación del Plan Esperanza, 61,042 pacientes con cáncer en situación de pobreza, tanto nuevos como continuadores, han recibido tratamiento oncológico integral sin costo a través del SIS. En este contexto, se registraron 60,124 nuevas afiliaciones al SIS

como parte del Plan Esperanza, garantizando una cobertura al 100% en todas las etapas de la historia de la enfermedad.

Gracias a la cobertura del Plan Esperanza, se logró llevar a cabo más de 174 trasplantes de médula ósea. Estas intervenciones tuvieron lugar en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja (INSN San Borja) y en el extranjero, abarcando el periodo desde octubre de 2012 hasta junio de 2016.

En lo que respecta a la prevención del cáncer, se ha brindado intervención primaria a 36,485,636 personas mediante consejería personalizada, sesiones educativas y medios de comunicación masiva a nivel nacional. Además, 5,171,202 personas han recibido atención en el ámbito de la prevención secundaria, focalizada en los cánceres de cuello uterino, mama, estómago, próstata, pulmón y colon.

Sin embargo, el Decreto Supremo N° 004-2022-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley 31336, Ley Nacional del Cáncer, tenía como objetivo desarrollar la ley y fortalecer al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en el sistema nacional de control del cáncer en el Perú. Se argumentaba que la condición de Organismo Público Ejecutor del INEN se vio afectada, con recortes en sus funciones y autonomía administrativa y económica en la lucha contra el cáncer a nivel nacional, poniendo en riesgo la salud y vida de los pacientes oncológicos, sus familias y la sociedad en general.

La aprobación del reglamento, según el dictamen, habría resultado en la pérdida de acciones nacionales prioritarias del Plan Esperanza, que desempeña un papel crucial en la prevención y control del cáncer. Se señaló que las modificaciones estructurales generaron una dualidad de funciones entre el Ministerio de Salud (MINSa) y el INEN, así como cambios negativos en la matriz funcional programática original del Presupuesto por Resultados PPR 0024 "Prevención y Control de Cáncer". Esto afectó el trabajo efectivo del INEN, que ha demostrado eficacia en la cobertura gratuita para la prevención y atención oncológica integral, protección financiera para la población de menores recursos afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), reducción del gasto de

bolsillo y el aumento significativo del acceso universal a estos servicios en la población en pobreza.

Durante los dos meses y medio de vigencia del Decreto Legislativo N°1305, el Ministerio de Salud alteró el Plan Esperanza, renombrándolo ONCO-MINSA, lo cual resultó técnicamente difícil de operar desde el MINSA. Esta modificación del sistema generó problemas tanto para el INEN como para los servicios oncológicos en Lima y en las regiones, ya que el Plan Esperanza fue originalmente diseñado para ser implementado desde el OPE INEN. La importancia de recuperar la versión anterior del modelo del Plan Esperanza radica en evitar empezar de cero en el sistema nacional de prevención y control del cáncer, afectando acciones nacionales y globales de intercambio científico que impactan directamente al INEN, Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas (IRENES), unidades oncológicas de hospitales generales e institutos, registros de cáncer, y otras acciones relacionadas con la promoción, prevención, atención oncológica integral, cuidados paliativos y soporte complementario.

La iniciativa legislativa propuso la reactivación de la versión original del Plan Esperanza y su PPR Cáncer 024, devolviendo su gestión al OPE INEN. Se destaca la capacidad exitosa de este instituto, respaldada por conocimientos técnicos y esfuerzos previos, que permitirían recuperar rápidamente los logros obtenidos. Se reconoce la dedicación y vocación de servicio del personal técnico del INEN, que en silencio ha contribuido al éxito del Plan Esperanza, un sistema moderno e innovador con un modelo de gestión basado en resultados para reducir la morbimortalidad del cáncer en el Perú.

Además, se argumentó que las acciones del INEN, como la transferencia de conocimientos, intercambio científico, asistencia técnica especializada para la descentralización y estandarización de los servicios oncológicos, así como la innovación tecnológica y proyectos de inversión en modernización y expansión de los servicios oncológicos del país, se vieron rezagadas o incluso olvidadas debido a estas modificaciones.

Se busco restaurar el funcionamiento original del Plan Esperanza y del Programa de Presupuestal 0024, devolviendo la responsabilidad al INEN. Este instituto demostró resultados exitosos, respaldados por conocimientos técnicos y esfuerzos previos significativos. Se destaca que el INEN cuenta con un personal altamente profesional y dedicado, reconocido por su compromiso con los pacientes con cáncer. La intención es recuperar rápidamente los logros obtenidos por la institución, especialmente a través del exitoso Plan Esperanza, que se caracteriza por ser un sistema moderno e innovador con un enfoque de gestión basado en resultados para reducir la morbilidad y mortalidad del cáncer en el Perú.

El INEN tiene la facultad de llevar a cabo sus propias adquisiciones con el objetivo de prevenir el desabastecimiento en su establecimiento farmacéutico. Esta acción debe llevarse a cabo en coordinación con el órgano competente del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Educación, en colaboración con el Ministerio de Salud y el INEN, introduce en el currículo nacional de educación básica, el modelo de cuidado integral de la salud. Este modelo, incorpora enfoques de interculturalidad y equidad en salud, y tiene como objetivo promover la cultura en salud en el país. Esto se logra mediante experiencias curriculares o extracurriculares destinadas a la prevención de enfermedades oncológicas a nivel nacional.

El Ministerio de Salud (MINSa) ha establecido alianzas con actores clave de otros sectores, incluyendo la sociedad civil y organizaciones de personas afectadas. Se reconoce la importancia de abordar los determinantes sociales en la respuesta al cáncer.

Se contabilizan hasta 24 actores claves involucrados en el Plan Esperanza en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, los cuales participan activamente desde sus frentes para la consecución de objetivos del plan. Asimismo, se determina su grado de influencia y su grado de poder para el proyecto:

En el Plan Esperanza en mujeres con cáncer de mama del INEN, los actores clave (Stakeholders) incluyen:

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN):

- Tipo: Interno
- Rol: Ente coordinador y responsable del proyecto. Conformar el equipo implementador.
- Interés y Poder: Alto en ambas dimensiones.
- Información Requerida: Estadísticas, coordinación con actores clave.

2. Ministerio de Salud:

- Tipo: Interno
- Rol: Responsable de marco normativo y asistencia técnica en la implementación.
- Interés y Poder: Alto en ambas dimensiones.
- Información Requerida: Estadísticas, presupuestales y logísticas.

3. Dirección Regional de Salud de Lima (DIRESA):

- Tipo: Interno
- Rol: Adapta marco normativo, asiste técnica y supervisa avances.
- Interés y Poder: Alto en ambas dimensiones.
- Información Requerida: Marco normativo, avances del proyecto.

4. Gerencia Regional de Salud de Lima (GERESA):

- Tipo: Interno
- Rol: Adapta marco normativo, asiste técnica y supervisa avances.
- Interés y Poder: Alto en ambas dimensiones.
- Información Requerida: Marco normativo, avances del proyecto.

5. Municipalidad Metropolitana de Lima:

- Tipo: Externo
- Rol: Implementa plan concertado para promoción y facilita sesiones educativas.
- Interés y Poder: Bajo en ambas dimensiones.
- Información Requerida: Contenidos elaborados por el INEN, coordinación.

6. Municipalidad Distrital de Surquillo:

- Tipo: Externo
 - Rol: Propone lugares adicionales para intervención y centraliza información.
 - Interés y Poder: Bajo en ambas dimensiones.
 - Información Requerida: Mapeo de lugares aptos para intervenciones.
7. Registro Nacional de identificación y Estado Civil (RENIEC):
- Tipo: Externo
 - Rol: Podría contribuir con información demográfica para la identificación de población en riesgo.
8. Seguro Integral de Salud (SIS):
- Tipo: Externo
 - Rol: Puede ser crucial para facilitar el acceso a servicios de salud y tratamiento para las mujeres afectadas.
9. Medios de Comunicación:
- Tipo: Externo
 - Rol: Desarrollar campañas de concientización y difusión de información sobre la detección temprana.
10. Agente Comunitario en Salud:
- Tipo: Externo
 - Rol: Desempeña un papel clave en la difusión de información y la movilización comunitaria para la prevención.
11. Alianza de apoyo al INEN (ALINEN):
- Tipo: Externo
 - Rol: Puede aportar recursos y conocimientos adicionales para fortalecer el programa.
12. ONG: CLUB DE MAMAS:
- Tipo: Externo
 - Rol: Posible grupo de apoyo que puede contribuir a la sensibilización y apoyo emocional entre mujeres afectadas.
13. Frieda Heller:
- Tipo: Externos

- Rol: Pueden ser defensores o portavoces destacados para aumentar la visibilidad y apoyo al programa.

14. Magia:

- Tipo: Externos

- Rol: Pueden ser defensores o portavoces destacados para aumentar la visibilidad y apoyo al programa.

15. Inspira:

- Tipo: Externos

- Rol: Pueden ser defensores o portavoces destacados para aumentar la visibilidad y apoyo al programa.

16. Fundación Peruana del Cáncer:

- Tipo: Externo

- Rol: Puede colaborar en la provisión de recursos, apoyo financiero y conocimientos especializados.

17. Ministerio de Economía y Finanzas

- Tipo: Externo

- Rol: Encargado de planificar, formular y ejecutar las políticas económicas y financieras del gobierno. Administra los recursos fiscales y supervisa aspectos relacionados con la economía y las finanzas del país.

18. Ministerio de Educación

- Tipo: Externo

- Rol: Responsable de planificar, coordinar y ejecutar las políticas educativas del gobierno. Se encarga de la gestión y desarrollo del sistema educativo, promoviendo la calidad y equidad en la educación.

19. Institución Educativa Cuna jardín INEN:

- Tipo: Externo

- Rol: Puede colaborar en la provisión de recursos, apoyo financiero y conocimientos especializados.

20. Institución Educativa Particular José Joaquín Inclán:

- Tipo: Externo

- Rol: Puede colaborar en la provisión de recursos, apoyo financiero y conocimientos especializados.

21. Institución Educativa República de Colombia:

- Tipo: Externo

- Rol: Puede colaborar en la provisión de recursos, apoyo financiero y conocimientos especializados.

22. Familia de las mujeres afectadas con cáncer de mama (Esposo y suegra):

- Tipo: Externo

- Rol: Participantes en actividades programadas para la prevención.

- Interés y Poder: Alto en interés, bajo en poder.

- Información Requerida: Detalles de actividades y feedback.

23. Amigos de las mujeres afectadas con cáncer de mama:

- Tipo: Externos

- Rol: Pueden ser fuentes de apoyo emocional para las mujeres afectadas y contribuir a la concientización en sus comunidades.

24. Mujeres afectadas con cáncer de mama:

- Tipo: Externo Privado

- Rol: Sujetos de derecho que pertenecen al programa.

- Interés y Poder: Alto en ambas dimensiones.

- Información Requerida: Detección oportuna del cáncer de mama.

Estos actores externos amplían el alcance del plan, contribuyendo desde diferentes perspectivas, ya sea mediante recursos, concientización, apoyo comunitario o experiencia especializada.

Estos actores forman una red integral para el éxito del plan, cada uno con roles específicos y niveles de interés y poder.

Autorizaciones y permisos

Los documentos originales están resguardados en archivos oficiales, llevan la firma y el sello del entrevistador-investigador, así como las firmas de los participantes necesarios. Estos documentos son considerados sensibles para la institución y no deben divulgarse con el fin de preservar la confidencialidad de los testimonios y las personas involucradas.

