



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y  
AMBIENTALES

**PRÁCTICAS Y DISCURSOS DE MÉDICOS FRENTE A LA  
DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN ZONAS  
MARGINALES DEL DISTRITO FEDERAL**

Tesis presentada por:

**MARCELA AGUDELO BOTERO**

Para optar al grado de:

**DOCTORA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

Director de tesis:

**CARLOS JAVIER ECHARRI CÁNOVAS**





**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y  
AMBIENTALES**

**Constancia de aprobación**

Director de tesis: Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas

Aprobada por el jurado examinador:

Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas \_\_\_\_\_

Dra. María del Rosario Cárdenas Elizalde \_\_\_\_\_

Dra. Ivonne Rosa Szasz Pianta \_\_\_\_\_

Dr. Juan Guillermo Figueroa Perea (suplente) \_\_\_\_\_

México, D.F.

Junio de 2012



A mis padres, Amparo y Ramiro, a quienes les dedico  
este trabajo en retribución por tantos años de ausencia.

A ustedes que son lo que más quiero.



## AGRADECIMIENTOS

---

---

A los que me acompañaron de cerca y desde la lejanía en este trayecto de mi formación profesional. Porque me apoyaron en tantos ires y venires. A todos, ¡mil gracias!

A mi director de tesis, el Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas, por el valioso tiempo dedicado, por las muchas horas de debates y asesoría, por sus aportes para mejorar mi trabajo y por tantos años de complicidad académica. A mis lectoras, la Dra. Rosario Cárdenas Elizalde y la Dra. Ivonne Szasz Pianta, quienes me guiaron, leyeron y sugirieron importantes aspectos que permitieron que mi tesis fluyera. A todo el Comité de tesis porque desde sus campos de conocimiento me brindaron nuevas formas de ver, pensar y analizar el mundo de la investigación sociopoblacional.

Este trabajo no hubiera sido posible sin los médicos y el personal de salud quienes me abrieron las puertas de sus consultorios y me brindaron desinteresadamente su tiempo y espacio para hablar acerca de las mujeres, el cáncer de mama y, sobre todo, de sus propias experiencias. A esos rostros y voces anónimas les quedo infinitamente agradecida.

A todas las instancias que financiaron mi proyecto. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca suministrada en el periodo 2008–2012. Al Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), en cabeza de la Dra. Silvia Elena Giouguli, por brindarme el apoyo económico para realizar el trabajo de campo y para participar en diversos seminarios y congresos nacionales e internacionales. A la Université de Bretagne Occidentale (UBO) por la beca de movilidad, a través de la cual me fue posible desplazarme durante un semestre a Brest, Francia.

En general al Colegio de México (COLMEX), a su personal académico y administrativo. A la Dra. Fátima Juárez, la Dra. Estela Rivero y la Dra. María Eugenia Zavala, quienes fungieron como coordinadoras del programa en Estudios de Población en diferentes momentos durante mi permanencia en la institución. A Silvia Alejandra Franco, secretaria del doctorado, por su amabilidad y disposición para ayudarme en todo momento.

Una mención especial para aquellos que hicieron sus comentarios en diversas fases de la tesis, a la Dra. Arlette Gautier (lectora externa de la UBO), al Dr. Roberto Castro (El Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias–CRIM) y al Dr. Juan Guillermo Figueroa (COLMEX) quien, además, aceptó ser el sinodal suplente. A todos los profesores que pasaron por las aulas de clase y compartieron sus saberes.

A mis compañeros de generación, principalmente a Laura, Mirna y Claudio, con quienes hice una bella amistad y de quienes me llevo los mejores recuerdos. A Vicky, a quien le agradezco profundamente haber compartido conmigo estos años de aventura en este maravilloso país. A mis amigos entrañables en México: Mónica y Lorena. A Paola, al otro lado del continente. A los de siempre: Silvana, Sara, Elizabeth y Erika, en Colombia.

A mi familia entera por asegurarse de estar a mi lado a pesar de los kilómetros de distancia que nos separan. A mis papás por enseñarme a perseverar, trabajar y querer lo que se hace. A mis hermanas que tanto extraño. A Gloria, por sus palabras de aliento. A mis abuelos que son el mayor ejemplo de tenacidad y fortaleza.

## RESUMEN

---

---

*«Obrar es fácil, pensar es difícil;  
pero obrar según se piensa, es aún más difícil».*

(Johann Wolfgang von Goethe)

El cáncer de mama (CaMa) es un tema que ha dejado de pertenecer exclusivamente al campo de las ciencias de la salud y ha trascendiendo al interés de investigadores de diversas disciplinas, entre ellas las sociales. Pese a que la mortalidad, general y por causas, es una de las bases del análisis demográfico y poblacional, aún queda mucho por explorar sobre las múltiples dimensiones del fenómeno, entre las que se encuentran las interrelaciones existentes entre el ámbito biológico y los aspectos de orden social que condicionan el tipo, las características y la distribución de la manera en la que fallecen los individuos. Un hecho que ha resultado fundamental para evidenciar la heterogeneidad de la mortalidad ha sido la incorporación al análisis de distintas variables sociodemográficas, geográficas, económicas, entre otras, lo que ha permitido poner en evidencia las brechas entre distintos grupos. Asimismo, se destaca que en el perfil de salud de una sociedad está inmersa una gama variada de actores e instituciones que se ubican en medio del proceso de enfermar y morir.

Por lo general, en los estudios poblacionales la mirada se ha centrado en grandes conglomerados de sujetos y, en el caso particular de la mortalidad, las preocupaciones han sido establecer de qué y cómo mueren éstos. En este sentido, poco se ha indagado acerca de otros determinantes de la mortalidad y, mucho menos, se ha discutido el papel de los proveedores de servicios de salud como agentes que inciden, en mayor o menor medida, en las posibilidades de sobrevivencia de las personas. Como se verá más adelante, las tareas que emprenden los médicos y el personal de salud son clave para lograr una mayor participación de los pacientes en su autocuidado, así como también para asegurar el apego al diagnóstico, al tratamiento y al control de ciertos padecimientos. Además, de que el CaMa está vinculado con el campo demográfico en lo concerniente a la mortalidad, también trastoca el ámbito sexual y reproductivo, manifestándose así su doble potencial analítico.

Considerando lo anterior, este trabajo indaga sobre las barreras de acceso y uso de los servicios de salud para CaMa desde la perspectiva de los proveedores médicos del primer nivel de atención de dos áreas de Alta y Muy Alta marginalidad de Tlalpan e Iztapalapa en el Distrito Federal (México). En particular se enfatizó en la manera cómo la organización de los

servicios de salud y las construcciones del personal de salud sobre el género y el nivel socioeconómico de las mujeres permean la atención médica.

La hipótesis que se planteó fue que la atención del cáncer de mama en el primer nivel de atención de las zonas de marginalidad alta y muy alta del Distrito Federal se ve obstaculizada por la manera como están organizados los servicios de salud, además de concepciones de género y pobreza que tiene el personal médico sobre las pacientes y que impactan negativamente en la detección oportuna de la enfermedad. Si bien la organización de los servicios se da en un contexto de marginación, existen otros factores asociados con juicios de valor de los proveedores en salud que impiden o retrasan el acceso y uso de los servicios médicos para el CaMa.

Esta tesis parte de analizar, a gran escala, la situación de las mujeres en lo que a atención del CaMa se refiere, desde la fase de detección hasta el tratamiento, así como también las barreras que ellas declaran para no atenderse por esta causa. Esto sirvió para conocer las dimensiones del problema en México y los diversos contrastes al interior de él. Además, se convirtió en un referente crucial a la hora del análisis para confrontar con los hallazgos obtenidos con el personal de salud. Posteriormente, se hace un estudio de caso con médicos y técnicas radiólogas de las zonas previamente mencionadas.

Para abordar este fenómeno desde los estudios de población fue necesario la construcción de un marco teórico *ad hoc* que provino de diferentes disciplinas y que se fue amoldado según los requerimientos particulares de esta investigación. Tanto las encuestas (con mujeres y médicos) como las entrevistas a profundidad (con profesionales de la salud) fueron herramientas que permitieron ir armando el complejo panorama de la atención del CaMa en el primer nivel de atención. El grueso conceptual se retomó de los determinantes sociales de la salud que distingue niveles micro, meso y macro que interactúan con los individuos y que influyen en su salud. De forma análoga se fue nutriendo este tronco común con bibliografía específica, con el fin de ajustarlo mejor a la realidad mexicana. De todo esto se obtuvo datos e información de índole cualitativa y cuantitativa que posteriormente fueron utilizadas en los resultados de manera complementaria.

*Grosso modo*, se encontró que la atención del CaMa, en el primer nivel de atención de Tlalpan e Iztapalapa se ve obstaculizada por factores inherentes a la organización y disposición de los servicios de salud (infraestructura, normas, requerimientos, entre otros) que se escapan del control médico. Empero, los profesionales sanitarios recurren a discursos éticos y morales, sesgados por visiones de género y pobreza, con el que identifican a las pacientes, potenciando las barreras para una adecuada prevención y atención de esta afección.

Destaca que los profesionales médicos, objeto de esta tesis, trabajan en escenarios precarios donde, por lo general, los servicios están saturados, existe una deficiente infraestructura y hay poco margen para las acciones de promoción a la salud y prevención de la enfermedad, debido, en parte, a que los recursos humanos, los materiales y las instalaciones no son exclusivas para estos fines y por lo tanto se ven obligados a efectuar tareas clínicas, muchas de las cuales son prioritarias.

Concerniente con la organización de los servicios se encontró que el personal de salud no está debidamente capacitado y actualizado en temas referentes al CaMa, existe sobrecarga de trabajo (largas jornadas, metas institucionales que exacerbaban las responsabilidades, trámites burocráticos que retrasan la atención médica), el personal de apoyo médico es insuficiente (enfermeras, trabajadores sociales, técnicas radiólogas, radiólogos y otros), se subutilizan los equipos mamográficos por falta de mantenimiento preventivo y correctivo, se desconocen las Normas competentes por parte del personal de salud. Asimismo, la proliferación de información no adecuada sobre los riesgos de CaMa ha provocado que se oferte y demande servicios de mamografía que está por fuera del rango de población objetivo, como son las mujeres menores de 40 años y las mayores de 69 años de edad. Adicionalmente, esto ha contribuido a relegar a un segundo plano rutinas de detección como la autoexploración mamaria y el examen clínico de mamas, tanto por parte de los médicos como de las pacientes.

Se evidenciaron sesgos de género y de clase que se imbrican en los servicios de salud para CaMa, poniendo en una posición de desventaja a las pacientes de las zonas marginales en cuestión. Los médicos median su atención con base en representaciones simbólicas (género) y materiales (marginalidad) que elaboran alrededor de las mujeres, constituyéndose en elementos determinantes de los cuidados preventivos.

Fue recurrente que los profesionales aludieran estereotipos de género (madrecitas, hijitas, pacientitas) y condiciones de vida de las mujeres (ignorancia, tabúes, desinformación, pobreza) como campos problemáticos y fuera de su control que los limita en los procesos de detección del CaMa.

Los médicos entrevistados consideraron que las mujeres son las responsables directas de su salud y por lo tanto son ellas quienes deben demandar los servicios de CaMa, pues el cuerpo es una instancia que trastoca el ámbito más privado de cada individuo, especialmente los senos, los cuales son asociados con el erotismo, la maternidad, la sexualidad femenina y lo que “significa ser mujer”. Sin embargo, estos mismos declararon que las “pobres”, por su misma condición de marginalidad, tienen poca o nula capacidad de decisión; en cambio, la

salud de las usuarias es un bien que se negocia entre los médicos, los cónyuges y los padres de familia.

En suma, en este trabajo se encontró que el campo de la salud es un espacio donde se producen y reproducen esquemas sociales que tienen su origen en contextos más amplios. Tanto las pacientes como los médicos tienen expectativas acerca de la salud y la enfermedad que parecen no ser compatibles. El médico por ser el poseedor de un conocimiento “científico” se le ha puesto la responsabilidad de tomar distancia de sus juicios morales y a objetivar la enfermedad, desconociendo el hecho de que ellos mismos son producto de una construcción social que moldea sus pensamientos y acciones. A su vez, a las mujeres se les pide acatar las instrucciones y a “cooperar” con el personal de salud para lograr el éxito de la atención.

Una manera de superar las barreras descritas será estableciendo reglas de operación claras y realizables para el primer nivel de atención de las zonas marginales de la ciudad, acompañadas a su vez de la dotación suficiente de personal de salud, materiales e infraestructura, para dar respuesta a las crecientes demandas en CaMa. Esto deberá reforzarse con capacitación continua de los profesionales médicos en temas afines, desde un enfoque de género y clase que contribuya a disminuir las inequidades en salud. También será fundamental garantizar la calidad de los procesos y reducir al máximo trámites innecesarios que demoren aún más la atención oportuna de las mujeres que la requieren.

# ÍNDICE GENERAL

---

---

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I. CÁNCER DE MAMA: DE LA SALUD PÚBLICA A LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN .....</b>	<b>9</b>
I.1 PERFIL DE SALUD Y CAMBIOS DEMOGRÁFICOS.....	10
I.2 MORTALIDAD EN MÉXICO.....	12
I.2.1 De las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas.....	12
I.2.2 Cambios demográficos en México.....	13
I.3 EL CÁNCER DE MAMA DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA .....	19
I.3.1 Breve descripción del cáncer de mama.....	20
I.3.2 Panorama general del cáncer mamario en el mundo.....	22
I.3.3 Morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en México .....	26
I.4 RECOMENDACIONES Y NORMATIVIDAD FRENTE A LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA .....	38
I.4.1 Lineamientos internacionales.....	38
I.4.2 Normatividad nacional sobre cáncer de mama: un proceso en cambio .....	40
I.4.3 ¿Auto exploración mamaria, exploración clínica o mamografía?.....	42
I.5 PROGRAMAS Y RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MÉXICO .....	48
I.5.1 Organización del sistema de salud y el marco institucional .....	48
I.5.2 Servicios de salud y recursos disponibles para la atención del cáncer de mama en México.....	51
I.5.3 Normatividad y recursos en el Distrito Federal .....	53
I.6 CÁNCER DE MAMA DESDE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN .....	53
I.6.1 Nuevas necesidades, nuevos enfoques desde los estudios de población.....	53
I.6.2 Práctica médica y cáncer de mama .....	56
I.6.3 Recuento de algunas búsquedas: investigaciones con proveedores de salud.....	59
I.7 INTERESES Y ALCANCE DEL ESTUDIO .....	62
I.7.1 Preguntas orientadoras .....	62
I.7.2 Hipótesis de trabajo.....	63
I.7.3 Objetivos .....	64
I.8 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN .....	64
<b>CAPÍTULO II. ENFOQUES CONCEPTUALES Y ABORDAJE METODOLÓGICO .....</b>	<b>67</b>
II.1 DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD: UN MARCO EXPLICATIVO Y REFLEXIVO .....	68
II.1.1 Servicios de salud/proveedores médicos y pacientes .....	72
II.1.2 Condicionantes socioeconómicos.....	77
II.1.3 La dimensión de género.....	82
II.2 CONCEPTOS CLAVE .....	89
II.3 ABORDAJE METODOLÓGICO: PRECISIONES Y HERRAMIENTAS .....	90
II.3.1 El contexto o escenario de análisis .....	91
II.3.2 Lo cuantitativo y lo cualitativo como herramientas metodológicas .....	93
II.3.3 Las mujeres como punto de partida: Panorama y situación actual .....	96
II.3.4 Médicos del primer nivel de atención en salud y otros actores clave.....	99
II.3.5 Logística de campo.....	102
II.3.6 Análisis de los datos desde una aproximación comprensiva .....	107
II.4 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN .....	114
<b>CAPÍTULO III. LAS MUJERES Y EL CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO Y PROCESOS DE ATENCIÓN .....</b>	<b>115</b>

III.1 PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.....	119
III.1.1 Prácticas de detección de cáncer de mama.....	119
III.2 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA .....	123
III.3 RUTAS Y PROCESOS DE ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA .....	127
III.3.1 Procesos de atención del cáncer de mama por variables sociodemográficas.....	131
III.4 LAS MUJERES DE ZONAS MARGINALES DE TLALPAN E IZTAPALAPA FRENTE AL CÁNCER DE MAMA .....	134
III.4.1 Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.....	134
III.4.2 Uso y frecuencia de pruebas de detección de cáncer de mama.....	134
III.4.3 Variables asociadas con el uso de pruebas de detección de cáncer mamario en Tlalpan e Iztapalapa .....	136
III.4.4 Barreras en el uso de métodos de detección del cáncer de mama en zonas marginales..	138
III.5 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN .....	139
<b>CAPÍTULO IV. PRÁCTICAS MÉDICAS EN LA ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN ZONAS MARGINALES DEL DISTRITO FEDERAL.....</b>	<b>143</b>
IV.1 LOS MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	144
IV.1.1 Formación y capacitación .....	145
IV.1.2 Oferta de servicios de salud .....	148
IV.1.3 Necesidades y barreras: la visión médica.....	150
IV.2 UNA COSA ES LO QUE DECLARAN LOS MÉDICOS Y OTRA LO QUE PIENSAN LAS USUARIAS .....	155
IV.3 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN .....	156
<b>CAPÍTULO V. ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA: UNA TAREA PENDIENTE.....</b>	<b>161</b>
V.1 GENERALIDADES DE LOS CENTROS DE SALUD.....	161
V.1.1 Servicio de salud en Tlalpan.....	161
V.1.2 Servicio de salud de Iztapalapa .....	163
V.2 CÁNCER DE MAMA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD.....	165
V.2.1 Cáncer de mama y competencia con otras demandas/ofertas de atención a la salud .....	166
V.2.2 Atención del cáncer de mama: acciones difusas y desarticuladas.....	167
V.2.3 Papanicolaou como puerta de entrada a los servicios de cáncer de mama.....	168
V.2.4 Técnicas de detección recomendadas por los médicos.....	169
V.2.5 Signos, síntomas y factores de riesgo.....	172
V.2.6 El miedo y la amenaza.....	174
V.2.7 El retraso en la atención del cáncer de mama.....	176
V.2.8 ¿Médica o médico?.....	179
V.2.9 Responsabilidad transferida: médicos practicantes, enfermeras y trabajadores sociales .	181
V.2.10 Sistemas de referencia y contrarreferencia.....	182
V.3 EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA .....	184
V.3.1 “Se aprende practicando” .....	185
V.3.2 Los mitos no son solo de ellas [las pacientes]... ..	186
V.4 CONTRASTE DE VISIONES: LO QUE DICEN LAS TÉCNICAS RADIÓLOGAS .....	186
V.4.1 Técnicas radiólogas: trabajando a media marcha.....	187
V.4.2 “Los médicos no mandan las mujeres aquí”.....	189
V.5 ¿CÓMO MEJORAR LOS SERVICIOS DE CÁNCER DE MAMA?: ALGUNOS APORTES DE LOS INFORMANTES .....	191
V.6 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN.....	193
<b>CAPÍTULO VI. POBREZA Y GÉNERO EN LOS DISCURSOS MÉDICOS .....</b>	<b>197</b>
VI.1 CONDICIONES DE VIDA DE LAS MUJERES COMO BARRERAS PARA LA ATENCIÓN: “LA PROBLEMÁTICA MAYOR ES LA VIDA COTIDIANA” .....	197
VI.1.1 Entorno social: las colonias y sus problemas .....	198
VI.1.2 Los recursos económicos .....	200
VI.1.3 Trabajo femenino doméstico y remunerado.....	201

VI.2 CONSTRUCCIONES DE GÉNERO EN LOS ESPACIOS DE LA SALUD .....	202
VI.2.1 “La que conoce su cuerpo es la mujer, no el médico” .....	203
VI.2.2 Las mujeres “jóvenes” y las “adultas” .....	205
VI.2.3 Poderes y resistencias: control familiar, control médico y mujeres .....	207
VI.3 APROXIMACIÓN A LOS SIGNIFICADOS MÉDICO–SOCIALES .....	209
VI.3.1 Ignorancia/desconocimiento .....	210
VI.3.2 Pudor/vergüenza/pena/miedo .....	210
VI.3.3 Tabúes/creencias/cultura .....	212
VI.4 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN .....	213
<b>CAPÍTULO VII. PUNTO DE LLEGADA Y VISIÓN A FUTURO.....</b>	<b>217</b>
VII.1 RECAPITULACIÓN Y PRINCIPALES HALLAZGOS .....	217
VII.1.1 El problema de investigación.....	217
VII.1.2 Procedimientos teórico–metodológicos .....	219
VII.1.3 Prevención y atención del cáncer de mama en las mujeres mexicanas .....	221
VII.1.4 Servicios de salud para cáncer de mama en áreas marginales del Distrito Federal .....	223
VII.2 BALANCE GENERAL: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	227
VII.2.1 La dimensión de los servicios de salud.....	228
VII.2.2 La dimensión de pobreza y marginación .....	231
VII.2.3 La dimensión de género.....	232
VII.3 VISIONES A FUTURO: INFORMACIÓN PARA TOMADORES DE DECISIONES E INVESTIGADORES .....	233
VII.3.1 Evidencias para la acción.....	233
VII.3.2 Recomendaciones generales para la detección del cáncer de mama en el corto plazo ..	236
VII.3.3 Lineamientos y coordenadas para próximas investigaciones .....	237
<b>ANEXOS.....</b>	<b>239</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>287</b>
BASES DE DATOS .....	302
<b>ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS .....</b>	<b>303</b>
<b>ÍNDICE DE CUADROS.....</b>	<b>305</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICAS.....</b>	<b>307</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>309</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS .....</b>	<b>311</b>



## INTRODUCCIÓN

---

---

Este trabajo contiene seis capítulos, además de esta introducción y de las conclusiones. En el primer capítulo se desarrolla el planteamiento de la investigación. Aquí se tratan los cambios en el perfil sociodemográfico y epidemiológico de México y se muestra cómo las modificaciones en la estructura poblacional conllevan a una mayor mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas (en detrimento de las infecto-contagiosas), entre las que aparece el CaMa como una de las principales causas de muerte en mujeres de 25 años de edad o más. Referente a esta patología se hace una descripción de la morbilidad y mortalidad en los ámbitos global y nacional, de las controversias frente a la detección (autoexamen de mamas-AEM, examen clínico de mamas-ECM y mamografía), de los recursos destinados en el país para su atención y de la normatividad relacionada. Luego se procede a enmarcar el tema del CaMa en los estudios de población y, concretamente, se aborda la necesidad de complementar los análisis con diferentes perspectivas teóricas y metodológicas. Esta discusión sirve como antesala para llegar al objeto propio de estudio, en este caso médicos (generales, familiares, comunitarios), que además operan en dos zonas de Alta y Muy Alta marginalidad de las delegaciones de Tlalpan e Iztapalapa en la Ciudad de México. Los objetivos (generales y específicos), las preguntas orientadoras y la hipótesis, conforman la parte final de este capítulo.

En el apartado siguiente, denominado *Enfoques conceptuales y abordaje metodológico*, se utilizó un referente teórico basado en los determinantes sociales de la salud (DSS) que abarca factores micro, meso y macro asociados con la salud de los individuos, poniendo a los médicos como ejes de la investigación. Dada la complejidad del objeto de estudio y de la poca información disponible sobre los mismos, se utilizaron herramientas cuantitativas, como cualitativas. Esto permitió profundizar, tanto en la práctica como en el razonamiento médico, en la prestación de servicios de salud y atención del CaMa. Entre otros temas, se presentan características de las áreas geográficas donde se lleva a cabo el estudio de caso, se especifican los sujetos considerados y las fuentes de información empleadas. Se parte de un análisis general de las mujeres respecto al CaMa y, posteriormente, se concentra en médicos que laboran en centros de salud del primer nivel de atención. También se abunda sobre las facilidades y restricciones encontradas durante el trabajo de campo y en el tipo y característica del procesamiento y análisis de los datos disponibles.

El tercer, cuarto, quinto y sexto capítulo agrupan los resultados en sí. La tercera parte se inicia con la descripción de los procesos y de las rutas atención del CaMa en función de diversas variables sociodemográficas y económicas de las mujeres. Para ello se evalúan distintas encuestas nacionales (*Encuesta Nacional de Salud*–ENSA 2000, *Encuesta de Salud Reproductiva*–ENSAR, 2003 y *Encuesta de Salud y Nutrición*–ENSANUT, 2006) que dan cuenta de esta situación y en donde se evidencia la falta de datos consistentes y sistemáticos para evaluar lo referente a la enfermedad. Las variables incluidas en el análisis son: nivel socioeconómico, escolaridad, derechohabencia, paridad, estado conyugal y tipo de localidad. Después de esta primera mirada se prosigue a elaborar un análisis puntual con las mujeres de alta marginalidad de Tlalpan e Iztapalapa, a través de la *Encuesta sobre Necesidades en Salud Reproductiva en el Distrito Federal*–ENSR–DF del año 2007. Un aporte de este último instrumento es que permite ahondar en las barreras para el acceso y para la atención en los servicios de salud.

El cuarto capítulo está destinado a mostrar, por medio de una muestra de 55 médicos, las prácticas que se indican para atender la demanda/oferta en salud sexual y reproductiva (SSR) y, en particular, de CaMa. Aunque la información existente contribuyó a conocer el perfil de los médicos, las condiciones laborales, los servicios otorgados y las barreras que perciben, se vislumbró la precariedad de los datos sobre este grupo poblacional. En este punto fue posible yuxtaponer las posturas de usuarias y médicos, encontrándose contradicciones y desacuerdos entre lo que unos y otros declaran.

El capítulo cinco puntualiza en la organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención en Tlalpan e Iztapalapa, y en las estrategias, características y criterios que los médicos despliegan para la atención del CaMa. La visión médica se contrasta con las narrativas de las técnicas en radiología, donde se nota desarticulación en las funciones que cada uno de los actores desempeña. Uno de los hallazgos más relevantes fue que los mastógrafos trabajan a media capacidad, ya sea porque las mujeres no son remitidas por los médicos o porque ellas no acuden al examen de las mamas cuando se les recomienda. Por otro lado, se evidenció que los signos y síntomas que el personal de salud asocia con más frecuencia al CaMa son la edad (a partir de los 40 años), el dolor o cambio de consistencia en las mamas (hundimiento del pezón, enrojecimiento, entre otros).

El capítulo VI, se destinó a profundizar sobre los discursos médicos alrededor de tres elementos: *pobreza, género y poder*. Se estableció cómo las percepciones y representaciones sociales sobre las pacientes inciden en la toma de decisiones para el manejo del CaMa. La riqueza analítica de este capítulo radica en que muestra que las mujeres, sus necesidades en

salud y opiniones son relegadas por los proveedores médicos. Los entrevistados opinaron que las condiciones de vida de la población son la génesis de sus problemas de salud y por eso la refieren como “pobre”, “marginal”, “ignorante”, entre otras condiciones. Las intervenciones profesionales en CaMa resultaron tener una fuerte consistencia con el discurso médico hegemónico (estructurado, docto y obvio), en tanto traslucen las concepciones personales más profundas de los entrevistados, las cuales están cargadas de juicios morales y éticos.

En la última parte se hace un recuento general de los hallazgos más relevantes del trabajo; se contrasta la hipótesis con la información obtenida; se describen las limitaciones y ventajas de la investigación y se dan algunas pautas futuras, para que los resultados obtenidos puedan sean constatados, ampliados, afinados o complementados con los de otros estudios y reflexiones de diversa índole.



## **CAPÍTULO I. CÁNCER DE MAMA: DE LA SALUD PÚBLICA A LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

---

---

Este capítulo está dedicado a presentar de manera general la delimitación y alcance del presente trabajo de investigación. Para ello se comienza a hablar de la mortalidad como uno de los pilares fundamentales dentro de los estudios demográficos/poblacionales y de los nuevos retos analíticos planteados para esta variable a la luz de los actuales procesos sociales, económicos, culturales y geográficos del país. Luego, se prosigue a enmarcar el perfil de salud de la población mexicana, haciendo hincapié sobre aspectos cruciales, entre ellos la modificación en la estructura poblacional y el aumento de la esperanza de vida al nacer, que han devenido en un cambio en los patrones de morbilidad y de mortalidad. Se habla de la mortalidad en general y de algunas implicaciones de género que están detrás de las diferencias en las formas de muerte masculinas y femeninas. De manera especial se menciona la mortalidad por el CaMa como la primera causa de muerte oncológica entre la población femenina de 25 años de edad en adelante y como uno de los principales problemas de salud pública que se enfrenta actualmente en el país.

Sobre la epidemiología del CaMa se hace un breve relato tanto del panorama mundial, como de América Latina, para luego converger en el caso mexicano. Entre los puntos más relevantes que son tratados para este último son: la evolución y tendencias de la enfermedad, las diferencias entre grupos etarios, el análisis entre entidades federativas y las divergencias entre conglomerados (rural/urbano, marginado/no marginado). Este escenario es complementado con la descripción de los lineamientos internacionales y nacionales establecidos en función del CaMa; conexas, se reseñan los programas y planes suscritos en el territorio nacional y los recursos disponibles para la atención en este tema. Finalmente, este apartado se cierra con una discusión crítica sobre las prácticas de detección más reconocidas: el autoexamen de mama (AEM), el examen clínico de mamas (ECM) y la mamografía.

De lo anterior se deriva que, dada la complejidad y heterogeneidad de la enfermedad y los limitados recursos con los que se cuenta para realizar una detección oportuna de la misma se hace necesario mirar este asunto, a partir de otras perspectivas, es decir, incorporando nuevos enfoques y otros actores hasta ahora no considerados en los estudios de población. En este sentido, este trabajo apunta a redimensionar las implicaciones del quehacer médico sobre las condiciones de salud de las mujeres, concretamente en lo que a CaMa se refiere y particularmente en el proceso de detección.

Para entender el porqué el CaMa y su articulación con la práctica médica se convierte en un problema de investigación desde los estudios poblacionales se diserta acerca de la necesidad de la integración de la disciplina poblacional con otras ciencias. Después, se dan a conocer evidencias de cómo operan las relaciones entre médicos y pacientes, destacándose que en materia del CaMa y, en general de los servicios de salud, las construcciones de género y de pobreza alrededor de las mujeres pueden provocar que se limite la capacidad de respuesta ante el fenómeno en mención. Por eso, además de ser una cuestión de salud pública, la detección temprana del CaMa se ve restringida por aspectos de orden social que se manifiestan como barreras para el acceso o atención a la salud y que desembocan en pérdidas de años de vida que pueden ser evitadas.

Más adelante se expondrán algunas publicaciones hechas en el país vinculadas con los temas que atañen a esta tesis, con lo que se pretende subrayar la relevancia y pertinencia de llevar a cabo el presente estudio. Este capítulo se cierra con la delimitación geográfica, la formulación de las preguntas, con los objetivos e hipótesis sobre los cuales descansa esta investigación y que servirán de guía para el desarrollo propio de este ejercicio.

## **I.1 PERFIL DE SALUD Y CAMBIOS DEMOGRÁFICOS**

El análisis de los niveles y tendencia de la mortalidad se ha convertido en un instrumento fundamental para la planificación y el establecimiento de políticas gubernamentales en diversos campos, al tiempo que se ha perfilado como un eslabón de gran relevancia en el ámbito académico, incluyendo la demografía. Avanzar en el conocimiento de este evento se constituye en una tarea primordial que permite establecer indicadores que dan cuenta del avance –o no– de las condiciones generales de vida de la población, especialmente en lo que respecta a la situación socioeconómica y sanitaria (Bernabeu y Robles, 2000). Para Cabrera (1988:8), este monitoreo, es fundamental, puesto que de este modo es posible

“...presentar la evolución y tendencias de uno de los sectores de mayor preocupación de la humanidad: la salud, la extensión de la vida y la posibilidad de evitar la muerte prematura”.

En cuanto a la esperanza de vida al nacer, caracterizada por ser el indicador más sensible de la mortalidad, ha presentado patrones variables en el tiempo que han dependido del régimen transicional demográfico que prevalece. Así por ejemplo, Bernabeu (1991) establece que

existen dos tipos de dinámicas demográficas que deben ser tenidas en cuenta: la tradicional y la moderna. Las poblaciones que vivieron la primera de dichas dinámicas solían mostrar altos niveles de mortalidad y fecundidad, con baja esperanza de vida. El crecimiento poblacional era moderado, ya que la elevada fecundidad venía acompañada de una considerable sobremortalidad. En el segundo régimen, tanto la mortalidad como la fecundidad son moderadas, debido a la atenuación y posterior desaparición de las crisis demográficas, así como por el aumento en la esperanza de vida.

En este contexto de transición, de un modelo tradicional a uno moderno, es importante situar algunos de los elementos que condujeron al establecimiento de este último marco demográfico, entre los que se destacan: la difusión y aplicación extensiva de insecticidas y antibióticos, así como la disponibilidad de métodos económicos de saneamiento (Corona y Jiménez, 1988). Otros componentes que coadyudaron fueron los servicios sanitarios coordinados, la incorporación del componente materno–infantil en los centros de salud, el aumento de los niveles de escolaridad (especialmente entre mujeres) y el reforzamiento de la vacunación (Frenk *et al.*, 1991; Cárdenas y Fernández, 1994; Frenk, 1997; Camposortega, 1997; Cárdenas, 1998; Aguirre, 1999; Hill, 1999; Soberón, Isibasi y Valdés, 1999; Vera, 1999; Vera, 2000; Kumate, 2002; Mina, 2010; Cárdenas, 2010).

Para la medición de los niveles y la tendencia de la mortalidad se han descrito limitaciones al tratar de cuantificar el fenómeno, principalmente por la disponibilidad y calidad de los registros. Al respecto, García (1996) considera que para superar estos sesgos es necesario el acercamiento multidisciplinario, desde los estudios de población, a las realidades sociales y económicas de un conglomerado en particular. Todo ello entendiendo que el contexto en el que se desenvuelve el proceso de salud–enfermedad–muerte corresponde a un momento histórico específico que varía entre diversos individuos, comunidades, regiones y países (González, 2000). Esto mismo coincide, en parte, con los planteamientos de Bernabeu (1991), quien propone que frente a los eventos de salud y población es preciso ir más allá de la frecuencia y distribución de los problemas, en cambio se debe procurar por estudiar y explicar todos los factores susceptibles de intervenir, tanto en la aparición de enfermedades, como en su reducción, control y consecuencias. Por lo tanto,

“...se hace necesario superar la visión de población expuesta al riesgo, no se trata de encontrar una tasa o una probabilidad de enfermar o morir, sino de recorrer una red de relaciones de determinación en la cual los procesos mórbidos que configuran un perfil epidemiológico determinan las características particulares de la población” (García, 1996:174).

Esto quiere decir que los análisis que partan del concepto de morbilidad y mortalidad deberán superar ese estatus de variable numérica con el que generalmente han sido abordados desde la óptica demográfica. En su lugar deberá incorporarse un enfoque holístico que incluya tanto las características sociodemográficas como las condiciones materiales y simbólicas que se entretajan en el seno de la sociedad y que afectan de manera directa o indirecta las condiciones de vida de los sujetos y sobre las cuales es posible incidir positivamente (González, 2000).

Sobre este último aspecto habría que añadir que para poder entender la compleja red de factores que influyen en la manera de enfermar y morir es importante desagregar la información –en la medida de lo posible– según algunos elementos como el nivel socioeconómico, la edad, la ubicación geográfica y el sexo. Tal como se presenta más adelante, existen disparidades entre grupos opuestos y esto se debe a la posición relativa de unos respecto a otros, lo que pone en desventaja a los más vulnerables como: los niños, las mujeres, los pobres, entre otros. Tiempo atrás Corona y Jiménez (1988) habían señalado que los indicadores de mortalidad general presentados sobre México no eran el reflejo de lo que ocurría en todo el país, puesto que éstos ocultaban las brechas manifestadas como resultado de la heterogeneidad socioeconómica que aún subsiste en el territorio.

## **I.2 MORTALIDAD EN MÉXICO**

En esta sección se busca presentar los cambios en la mortalidad a lo largo del tiempo, así como también evidenciar los impactos de ésta sobre la esperanza de vida al nacer de la población y su consecuente influencia sobre la estructura poblacional. Aunque se presenta un panorama general de la mortalidad, se hará especial énfasis en los factores que influyeron en la disminución de las muertes femeninas, lo cual explica el nuevo orden de defunciones en este grupo.

### **I.2.1 De las enfermedades infecciosas a las crónico–degenerativas**

La transición de la salud que ha tenido lugar en México es “... un proceso en evolución, prolongado, retrasado para muchos...” (Kumate, 2002:4). Al igual que lo ocurrido en las demás regiones de América Latina y el Caribe, los cambios en el perfil de la mortalidad, sus

causas y distribución por edades, se han manifestado en una disminución relativa de las muertes derivadas de las enfermedades transmisibles (infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio) y de las perinatales, dando así paso a un predominio de las muertes por enfermedades crónico–degenerativas (circulatorias y tumores malignos principalmente), así como las causas externas (accidentes, traumatismos y violencia) (Arriagada, Aranda y Miranda, 2005). En todos estos aspectos inciden tanto la mayor baja de la mortalidad para el primer grupo de causas de muerte, que afectan principalmente a los niños, así como el cambio en las estructura por edades de la población, que conduce a un incremento de las defunciones de adultos mayores (Frenk *et al.*, 1991).

### **I.2.2 Cambios demográficos en México**

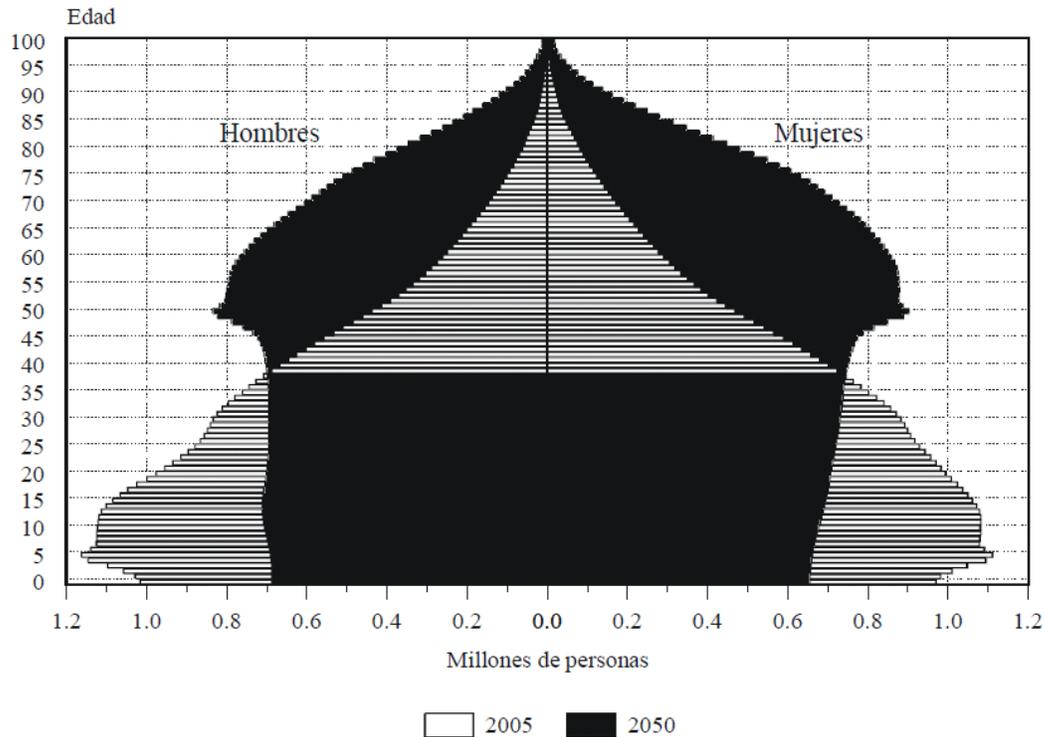
Según datos estimados por el *Instituto Nacional de Estadística y Geografía* (INEGI), para 2010, la esperanza de vida al nacimiento en México fue de 75.4; para los hombres fue igual a 73.1 años y para las mujeres de 77.8 años (INEGI, 2010). Se prevé además que para el año 2050 estos valores sean de 80 y 84 años, respectivamente (Consejo Nacional de Población–CONAPO, 2006). Camposortega (1997) encontró que a partir de los años 60, del siglo XX y hasta el día de hoy, las ganancias de vida han sido menores,<sup>1</sup> debido a la dificultad que se tiene para abatir las enfermedades emergentes. En esta misma lógica la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) (2008) relaciona el estancamiento en la ganancia de la esperanza de vida al nacer a factores que dificultan la mejora a la salud, el progreso lento en la educación (especialmente de las mujeres,) al igual que el acceso a comunicaciones modernas y a actividades que requieren conocimientos especializados.

El impacto epidemiológico y la mayor esperanza de vida al nacer tienen efectos directos sobre la composición por edad y sexo de la población, lo que redundará en una mayor cantidad de efectivos en riesgo de sufrir enfermedades de índole crónico–degenerativa, como resultado del progresivo envejecimiento. De acuerdo con las proyecciones hechas por CONAPO, la población de los 65 años o más de edad pasará de 5.2% en 2005 a 11.8% en 2030 y 21.2% en 2050 (Gráfica I.1).

---

<sup>1</sup> Los incrementos anuales pasaron de 0.9 años durante los años cuarenta y cincuenta a 0.4 años desde los sesenta hasta 1995 (Camposortega, 1997).

Gráfica I.1 Pirámides de población a mitad de año. México, 2005 y 2050



Fuente: CONAPO, 2006.

Concretamente, se estima que el grupo femenino mexicano tendrá un crecimiento de 2.5% y 1.8% entre 2010–2020 y 2020–2030 respectivamente. Por grupos de edad, entre 2010 y 2020, los crecimientos más elevados se darán a partir de los 40 años, pero para el decenio siguiente (2020–2030) estos crecimientos se elevarán principalmente entre mujeres desde los 65 años en adelante (Cuadro I.1).

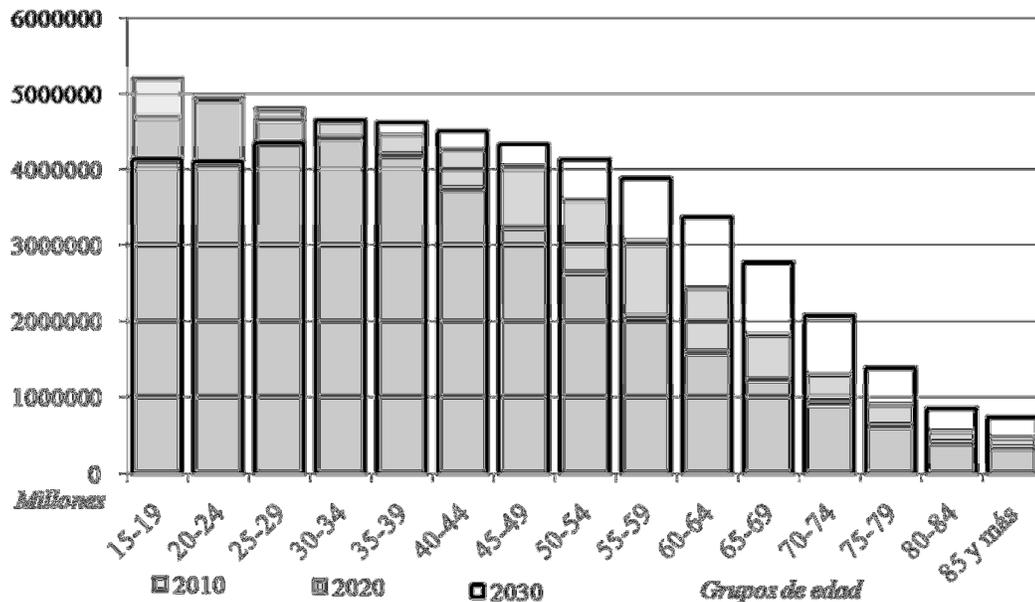
Con base en las proyecciones del CONAPO (2006) se observa que el país experimentará una disminución en el crecimiento de mujeres jóvenes (15–29 años) y tendrá un aumento cada vez mayor de mujeres adultas (30 años y más) (Gráfica I.2). Entre 2010 y 2020 la población de 40 años en adelante se incrementará en 3.8% y para el siguiente decenio (2020–2030) en 2.4%. Lazcano *et al.* (1996), ya habían previsto estos cambios demográficos como un factor de riesgo para la salud de las mujeres, en lo que respecta al CaMa.

Cuadro I.1 Población media y tasas de crecimiento femeninas, según grupos de edad. México 2010–2030

Grupos de edad	Población media			Tasa de crecimiento (por cien)	
	2010	2020	2030	2010–2020	2020–2030
15–19	5208004	4701121	4142249	–0.97	–1.19
20–24	4953846	4927083	4104636	–0.05	–1.67
25–29	4670216	4813606	4362714	0.31	–0.94
30–34	4426831	4663339	4657041	0.53	–0.01
35–39	4188659	4475045	4626151	0.68	0.34
40–44	3746785	4278400	4520550	1.42	0.57
45–49	3225421	4049034	4344963	2.55	0.73
50–54	2640146	3600167	4136537	3.64	1.49
55–59	2053141	3060929	3875664	4.91	2.66
60–64	1592830	2446944	3377536	5.36	3.80
65–69	1226974	1824706	2766744	4.87	5.16
70–74	910923	1319751	2075347	4.49	5.73
75–79	632514	908832	1395288	4.37	5.35
80–84	399740	569871	860767	4.26	5.10
85 y más	350455	486816	740651	3.89	5.21

Fuente: elaboración propia a partir de las proyecciones del CONAPO, 2006.

Gráfica I.2 Proyección de población femenina, según grupos de edad seleccionados. México, 2010, 2020 y 2030



Fuente: elaboración propia a partir de las proyecciones del CONAPO, 2006.

### **I.2.3 Mortalidad por sexo: diferencias y factores de género asociados**

En 1970 se registraron en México 9.6 muertes por cada mil habitantes, mientras que en el año 2008 se redujo a cinco muertes por cada mil residentes en el país (INEGI, 2010). El descenso de la mortalidad es ligeramente más marcado para las mujeres: en 1970 la tasa de mortalidad masculina fue de 10.5 defunciones por cada mil hombres, mientras que la femenina alcanzó nueve decesos por cada mil mujeres. En 2008 la tasa estandarizada de mortalidad masculina se reduce a 7.7 y la femenina a 5.3 defunciones por cada mil. Estas variaciones en relación con 1970 equivalen a una reducción en las tasas de 26.6% y 41.1% para cada sexo. Así, la diferencia en la tasa de mortalidad a lo largo del periodo 1970–2006 significó una reducción en el riesgo de fallecer de 47.9% (INEGI, 2009).

En el ámbito nacional, en 2008 se registró una sobremortalidad de 126.1 muertes masculinas por cada 100 femeninas. Por grupos de edad se observaron grandes diferencias en los patrones de mortalidad de mujeres y hombres; a partir de los 30 años de edad, el índice de masculinidad decrece conforme aumenta la edad, hasta alcanzar su nivel más bajo en el grupo de 80 años de edad o más (83.6). La sobremortalidad masculina más elevada se presentó en el grupo de 15 a 29 años de edad, la cual registró 253 fallecimientos de hombres por cada 100 defunciones de mujeres (INEGI, 2010).

De las muertes ocurridas en 2008, 52.7% se concentraron en diez causas de mortalidad (Cuadro I.2); tanto varones como mujeres tuvieron en el primer y segundo lugar de causas de muerte, respectivamente, la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón; las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el tercer lugar entre las mujeres y el cuarto en los hombres; en los puestos subsiguientes el mosaico de causas varía según el sexo.

Se advierte que las tasas de mortalidad por las dos primeras causas citadas (en hombres y mujeres) son notablemente mayores que las tasas asociadas con las restantes causas incluidas; sin embargo, llama la atención la importancia en el número de muertes masculinas por: cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, los accidentes de vehículo de motor y las agresiones y homicidios, los cuales se posicionan en el tercer, sexto y octavo lugar de la lista. De estas causas, únicamente las derivadas de la cirrosis y otras enfermedades crónicas aparecen entre las mujeres (séptimo lugar) y resalta que para las mismas aparezca como una de las principales razones de mortalidad los tumores malignos de mama.

Explicar el porqué las mujeres y los hombres mueren de manera diferente es una cuestión que va más allá del entendimiento de las funciones biológicas inherentes a cada sexo. Según Corral y colaboradores (2010), la dirección y magnitud de estas diferencias dependen en gran

medida de la etapa y del ciclo vital de los individuos y de otros factores sociales que refuerzan roles de género. Por un lado, son los hombres los que resultan en mayor medida expuestos a ciertos factores de riesgo como el hábito de fumar, el ingerir alcohol, el conducir violentamente vehículos o el tener prácticas sexuales no seguras. Estos comportamientos arriesgados se asocian con el “papel masculino” que conlleva a generar, aceptar y asumir conductas peligrosas, lo cual explicaría la causa de muchas de las muertes en varones. A todo ello también se adiciona la poca socialización de los hombres para manifestar sentimientos y padecimientos tanto mentales como físicos, lo que produce auto-exclusión de diversas esferas públicas, donde podrían tener una atención oportuna a los problemas que los aquejan (Corral *et al.*, 2010).

En el caso de las mujeres otras connotaciones de género estarían explicando el perfil de mortalidad. Tal como se ha señalado en otros estudios, la mayor morbilidad y discapacidad de las mujeres se justifica por roles asignados socialmente y ocupaciones que generan sobrecarga física y emocional. Son las mujeres las que regularmente dedican gran parte de sus vidas al cuidado de los hijos y demás miembros de la familia, provocando un desplazamiento del cuidado propio. La atención a otras personas de manera regular puede limitar el desarrollo personal y profesional de quienes realizan estos cuidados, al reducir el tiempo que pueden dedicarse a otras actividades como la educación, el trabajo extradoméstico, el esparcimiento y la cultura (*Instituto Nacional de las Mujeres–INMUJERES*, 2005). Incluso, el hecho de que una mujer pueda incorporarse a las labores extradomésticas puede contribuir a una “doble” o “triple” carga para ellas, al tener que velar ésta por las actividades dentro y fuera del hogar (Corral *et al.*, 2010). Información derivada de análisis cualitativos demuestran que, a pesar de que una franja cada vez mayor de mujeres se incorporan a la vida laboral, y esto les permite aportar para los gastos del hogar, una constelación de factores (familiares y no familiares) les impide alcanzar un mayor grado de autonomía personal y de poder en el ámbito hogareño (Salles y Tuirán, 1994).

Cuadro I.2 Diez primeras causas de muerte en hombres y mujeres. México, 2008

Nº	Hombres			Mujeres		
	Causa	Número de muertes	Tasa (por 100 mil hombres)	Causa	Número de muertes	Tasa (por 100 mil mujeres)
1	Diabetes mellitus	33,265	63.4	Diabetes mellitus	39,913	73.6
2	Enfermedades isquémicas del corazón	31,318	59.7	Enfermedades isquémicas del corazón	25,943	47.9
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20,922	39.9	Enfermedad cerebrovascular	15,840	29.2
4	Enfermedad cerebrovascular	13,894	26.5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8,988	16.6
5	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	11,830	22.5	Enfermedades hipertensivas	8,898	16.4
6	Agresiones (homicidios)	11,119	21.2	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,020	12.9
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8,606	16.4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,969	12.9
8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	7,808	14.9	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,285	11.6
9	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,727	14.7	Nefritis y nefrosis	5,810	10.7
10	Enfermedades hipertensivas	6,353	12.1	<i>Tumor maligno de la mama</i>	<b>4,818</b>	<b>8.9</b>

Fuente: ss, 2010

Por su parte, otra forma de desigualdad de género que repercute desfavorablemente en la integridad física de las mujeres, especialmente entre las más pobres, tiene que ver con el acceso diferenciado de los miembros familiares a los recursos domésticos. En un reciente

reporte la *Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación* (FAO por sus siglas en inglés) (2001) puso de manifiesto que la construcción nociva de género en contra de la mujer hace que en muchas sociedades las mujeres coman después de los varones. En el contexto mexicano, Salles y Tuirán (1994) encontraron que en el sector popular (tanto urbano como rural) hay pautas culturales que rigen las asimetrías de género y que hacen que se jerarquice y se privilegie el acceso a los alimentos tanto al esposo–padre–proveedor como a los hijos varones.

También es conocido que aunque las mujeres se involucran con más frecuencia con los servicios de salud, esta atención solo se dirige a momentos específicos de las trayectorias de vida (ciclos reproductivos y cuidado de los hijos) y generalmente no se extiende hacia otras necesidades, como por ejemplo, al CaMa y al CaCu. Al respecto, Camarena y Lerner (2008) ven como un asunto de estrechez y parcialidad la visión de los programas de PF y de salud materno–infantil que se han orientado fundamentalmente a difundir el uso de anticonceptivos y a los eventos relacionados con la procreación, lo que implica un obstáculo para considerar e intervenir en otros problemas de salud reproductiva en los que todavía existen muchas necesidades que no son tomadas en cuenta y que no están siendo satisfechas. En suma, el análisis de la mortalidad por sexo y las implicaciones de género que hay detrás de ella, se presentan como una alternativa de gran utilidad para el entendimiento de los determinantes sociales que la explican.

### **I.3 EL CÁNCER DE MAMA DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA**

Como ha quedado plasmado, desde el punto de vista demográfico y de salud pública, el CaMa es de gran importancia dada la alta mortalidad que representa en el país, sus características particulares, así como la creciente población en riesgo de padecer la enfermedad. En el siguiente apartado se describirán los niveles y tendencias de esta displasia, lo cual servirá para posteriormente situar este fenómeno de manera puntual en los estudios de población.

### I.3.1 Breve descripción del cáncer de mama

- **Definición y tipos de cáncer de mama**

El CaMa (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y da metástasis a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el CaMa es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes (*Instituto Nacional de Salud Pública–INSP/SS, 2007*). Existen dos tipos principales de CaMa (Cuadro I.3).

- Carcinoma ductal que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo.
- Carcinoma lobulillar comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche.

Cuadro I.3 Tipo histológico del cáncer de mama y su distribución

<b>Tipos</b>	<b>Subtipos</b>	<b>Distribución porcentual</b>
Carcinoma in situ (15–30%)	Carcinoma ductal in situ	80
	Carcinoma lobulillar in situ	20
Carcinoma invasor (70–85%)	Carcinoma ductal infiltrante	79
	Carcinoma lobulillar infiltrante	10
	Carcinoma tubular/cribiforme infiltrante	6
	Carcinoma coloide (mucinoso) infiltrante	2
	Carcinoma medular infiltrante	2
	Carcinoma papilar infiltrante	1

Fuente: INSP/SS, 2007

- ***Sistema de estadificación***

El sistema de estadificación tumor–nodal–metástasis (TNM) es el método más común para clasificar la extensión y gravedad del CaMa. Según el sistema TNM, el CaMa se agrupa en cinco estadios que van del 0 al IV y su clasificación depende de la extensión, el estado nodal del tumor (si las células cancerosas se han extendido o no a los ganglios linfáticos) y si el tumor se ha extendido (metástasis). Los términos “inicial” y “avanzado” se utilizan algunas veces para describir tumores, pero es posible que cada médico los use de modo diferente. Por lo general, CaMa en “estadio o fase inicial” significa que el cáncer no se ha extendido más allá de la mama o los ganglios linfáticos que están debajo del brazo (conocidos como ganglios linfáticos axilares). Los tipos de cáncer en estadio 0, I y II, y algunos en estadio III, normalmente se consideran cánceres iniciales.

- ***Factores de riesgo***

Las causas que originan el CaMa no se conocen con exactitud, pero se sabe que existen diversos factores de riesgo que potencializan la probabilidad de que una mujer padezca la enfermedad. De ahí la importancia de hacer el seguimiento y control sobre la población que presente una o varias de las características identificadas como de riesgo (INSP/SS, 2007). Algunos factores de riesgo para padecer cáncer mamario son:

- Menarca antes de los 12 años de edad.
- Menopausia después de los 50 años de edad.
- Nuliparidad o primer embarazo después de los 30 años de edad.
- Ausencia de lactancia.
- Obesidad pre y posmenopáusica.
- Antecedentes familiares directos del padecimiento, especialmente de madre o hermanas.
- Uso de contraceptivos hormonales orales por más de cuatro años antes del primer embarazo o antes de los 25 años de edad.
- Terapia de remplazo hormonal con estrógenos por más de 15 años.

Es importante mencionar que en 70% de las mujeres con CaMa no se logra identificar un factor de riesgo (SS, 2011).

### I.3.2 Panorama general del cáncer mamario en el mundo

- *Cifras globales*

El CaMa es el cáncer más común entre las mujeres de Estados Unidos de América (EUA) y algunos países de Europa (*American Cancer Society –ACS*, 2008). Históricamente los países en desarrollo han reportado tasas de incidencia más bajas de CaMa que los países desarrollados (Porter, 2009), sin embargo, durante los últimos veinte o treinta años, los datos muestran una tendencia al incremento de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad en países en desarrollo. Se tiene estimado que en 2009 fueron diagnosticados alrededor de un millón de nuevos casos de CaMa y los países de medianos y bajos recursos económicos registraron 45% de estos casos y 55% de las muertes relacionadas por esta enfermedad (Kamangar, Dores y Anderson, 2006). De acuerdo con datos de la *International Agency for Research on Cancer– IARC* (2008), para 2002 la incidencia de CaMa en países más desarrollados era de 67.8 por cada 100 000 personas, en comparación con 23.8 por cada 100 000 en regiones de bajos ingresos.<sup>2</sup> La más alta incidencia fue para Norteamérica (99.4) y las más bajas para Asia (22.1) y África (23.4) (Cuadro I.4).

En cuanto a la mortalidad por dicha causa, alrededor del mundo se produjeron aproximadamente 13.2 muertes por cada 100 000 mujeres entre 1993 y 2001; éstas van desde 8.8 en Asia hasta 19.7 en Europa. La tasa en países desarrollados es de 18.1 en comparación con 10.4 para los de más bajos ingresos (Kamangar, Dores y Anderson, 2006). Entre otros aspectos se atribuye a la inequidad en el acceso a los servicios de salud como uno de los aspectos que juega desfavorablemente en este panorama, lo que produce que los diagnósticos se hagan de manera tardía o los tratamientos no estén disponibles para cierto sector de la población (Igene, 2008).

---

<sup>2</sup> Las mayores incidencias fueron para: Europa, Australia, Nueva Zelanda, Norte América y Japón. Con menor incidencia estuvieron: África, América Central, Sur América, todas las regiones de Asia (excepto Japón) El Caribe, Melanesia, Micronesia y Polynesia (Porter, 2009:S142).

Cuadro I.4 Incidencia y mortalidad del cáncer de mama en el ámbito mundial, 2002

País/Región	Incidencia			Mortalidad		
	Casos	Tasa Bruta	TEM(M)*	Casos	Tasa Bruta	TEM(M)*
<b>Mundo</b>	1151298	37.4	37.4	410712	13.3	13.2
Regiones más desarrolladas	636128	103.7	67.8	189765	30.9	18.1
Regiones menos desarrolladas	514072	20.9	23.8	220648	9	10.3
<b>África</b>						
Este	15564	11.8	19.5	10974	8.3	14.1
Medio	5173	10.1	16.5	3711	7.3	12.1
Norte	16588	18.6	23.2	11751	13.2	16.7
Sur	6474	25.4	33.4	3130	12.3	16.3
Oeste	21397	18.2	27.8	14833	12.6	19.6
<b>Caribe</b>	6424	33	32.9	2478	12.7	12.7
<b>América</b>						
Central	14240	20.3	25.9	5679	8.1	10.5
Sur	75907	42.3	46	24681	13.8	15.1
Norte	229631	141.9	99.4	48239	29.8	19.2
<b>Asia</b>						
Este	167525	22.9	20.6	47866	6.5	5.8
Sur-este	58495	21.8	25.5	26818	10	11.8
Sur-centro	133802	18	21.8	67165	9	11.1
Oeste	25163	26.1	33.3	10738	11.2	14.3
<b>Europa</b>						
Centro-este	100262	63.4	42.6	45310	28.7	17.9
Norte	62425	128.8	82.5	19789	40.8	22.6
Sur	72458	97.8	62.4	24617	33.2	18.1
Oeste	125604	134.3	84.6	39297	42	22.3
<b>Australia/Nueva Zelanda</b>						
Melanesia	474	14.5	22.2	220	6.8	10.5
Micronesia	99	38	50.4	47	18	23.6
Polinesia	84	28.2	34.2	38	12.8	15.8

\* Tasas estandarizadas por edad (población mundial).

Fuente: Porter, 2009

En el comparativo mundial, México se ubica en el lugar 101 de incidencia y 135 de mortalidad entre 172 países, según la IARC. Lo anterior significa que su incidencia es tres veces menor a la reportada en países desarrollados. Sin embargo, si se considera la tendencia ascendente y el envejecimiento de la población mexicana, se puede proyectar que en 12 años la carga de la enfermedad en México será similar a la observada hoy día en Norteamérica (Martínez, Uribe y Hernández, 2009).

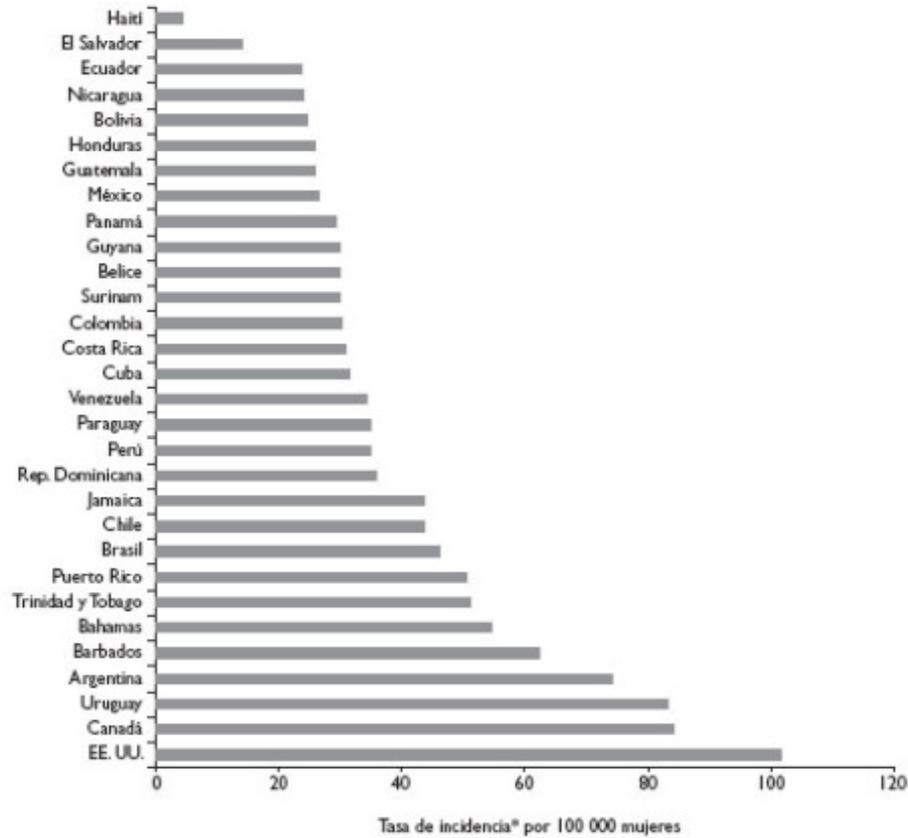
▪ ***América Latina y el Caribe***

En América Latina y el Caribe se tiene estimado que los años de vida saludables (AVISA) perdidos por CaMa ascienden a 615 000, lo cual representa 1.4% del total de AVISA por todas las causas y una tasa de 221 por 100 000 mujeres. De ese total, 91% corresponde a años perdidos por muerte prematura y 9% a años vividos con discapacidad. Mientras tanto, en EUA y Canadá se pierden alrededor de 673 000 AVISA (3% del total y una tasa de 410 por 100 000), pero 71% se debe a muertes prematuras y el resto a discapacidad (Lozano *et al.*, 2009).

De los casi seis millones de tumores ocurridos entre mujeres en el año 2007 el CaMa se ubicó en el primer lugar con 1.3 millones, 27% de ellos en países desarrollados (Parkin y Fernández, 2008). El incremento del número de casos nuevos entre 2002 y 2007 en los países en desarrollo fue dos veces mayor que el observado en los países desarrollados. Entre tanto, en América Latina y el Caribe se registran cerca de 100 000 nuevos casos anuales, con un incremento durante el periodo mencionado de 18%, con una variación de 10% en el Caribe hasta 21% en Centroamérica (Lozano *et al.*, 2009).

Según la regionalización hecha por la IARC, la tasa de incidencia más alta en 2002 es la de Suramérica con 46, seguida por el Caribe con 32.9 y Centroamérica con 25.9. La tasa más baja fue la registrada para Haití (4.4 casos por 100 mil mujeres), mientras que en Argentina y Uruguay se observan tasas de 75 y 83 por cada 100 mil mujeres (Gráfica I.3), panorama similar al de países como EUA y Canadá (Lozano *et al.*, 2009).

Gráfica I.3 Incidencia del cáncer de mama en países de América, 2002



Fuente: Lozano *et al.*, 2009.

En cuanto a las tasas de mortalidad en América Latina y el Caribe, el CaMa representó 18% del total de las defunciones por tumores malignos y 3% del total de muertes en las mujeres. Cifras de 2005 muestran que la mortalidad por CaMa en los países del Caribe inglés y el Cono Sur es la más alta en la región de América Latina y el Caribe, en contraste con la que se registra en Centroamérica. El riesgo de morir en las mujeres que viven en Bahamas, Barbados y Trinidad y Tobago, Argentina, Cuba y Uruguay es cuatro a cinco veces más alto que en Salvador, Nicaragua, Guatemala y México (Lozano *et al.*, 2009).

### I.3.3 Morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en México

- **Morbilidad**

Para 2008, el número total de casos de mujeres con CaMa fue de 7 930<sup>3</sup> distribuidos por edad de la siguiente forma: 0.68% en menores de 20 años, 0.8% entre los 20–24 años, 26.8% entre los 25–44 años, 15.7% entre los 45–49 años, 27.1% entre los 50–59 años, 10.43% entre los 60–64 años, 18.4% entre los 65–69 años y el resto se desconoce la edad de las mujeres (0.1%) (*Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades–CENAVECE*, 2010). La SS, el *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS) y el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE) reportaron en conjunto, poco menos de 80% de los casos de enfermedad por CaMa, los otros están distribuidos entre: *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia* (DIF), IMSS–OPORTUNIDADES<sup>4</sup>, *Petróleos de México* (PEMEX), *Secretaría de la Defensa Nacional* (SEDENA), *Secretaría de Marina* (SEMAR) y otras instituciones. Distrito Federal, Veracruz y Jalisco notificaron exactamente 1 646, 901 y 900 casos, muy por encima que los demás estados del país. Los menores casos de morbilidad por CaMa se dieron en Tlaxcala y Quintana Roo, donde se reportaron en su orden 12 y 22 casos (Cuadro I.5).

---

<sup>3</sup> Esta cifra puede ser menor al número real de casos existentes en el país. Este subregistro puede verse afectado por el hecho que muchas mujeres no tienen diagnóstico de CaMa debido a que, por diversas circunstancias, no llegan a los servicios de salud.

<sup>4</sup> El Programa IMSS–OPORTUNIDADES es un órgano desconcentrado de la SS y es administrado por el IMSS, el cual presta sus servicios a la población que no cuenta con otro tipo de seguridad social (IMSS, 2010).

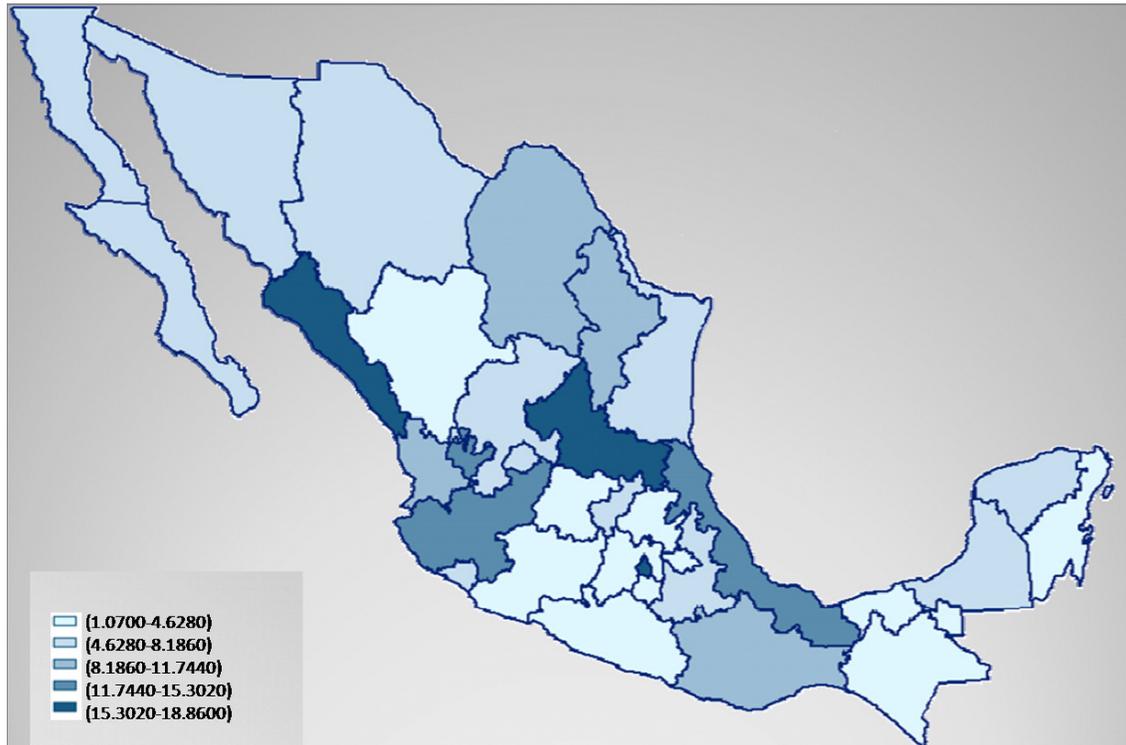
Cuadro I.5 Morbilidad por cáncer de mama entre mujeres, según entidad federativa.  
México, 2008

<b>Entidad</b>	<b>Morbilidad</b>	<b>Entidad</b>	<b>Morbilidad</b>
<b><i>País</i></b>	<b>7930</b>	Michoacán	142
		Morelos	60
Aguascalientes	69	Nayarit	82
Baja California	208	Nuevo León	454
Baja California Sur	36	Oaxaca	317
Campeche	34	Puebla	318
Chiapas	232	Querétaro	107
Chihuahua	40	Quintana Roo	22
Coahuila	64	San Luis Potosí	402
Colima	256	Sinaloa	433
Distrito Federal	1646	Sonora	142
Durango	58	Tabasco	48
Guanajuato	112	Tamaulipas	216
Guerrero	72	Tlaxcala	12
Hidalgo	59	Veracruz	901
Jalisco	900	Yucatán	149
México	244	Zacatecas	95

Fuente: CENA VECE, 2010

La tasa de incidencia de morbilidad por CaMa para 2008 fue de 14.6 por cada 100 000 mujeres. Por grupos etarios, la mayor incidencia se presentó en el grupo 60–64 años (55.9), precedido por los grupos 50–59 años (49.75), 65 y más (44.46), 45–49 (41.05), 25–44 (12.76) (CENA VECE, 2010). Por grados de marginación estatal, 45% de los casos incidentes de CaMa ocurrieron en zonas con marginación media y alta. Por estados también se destaca la mayor incidencia de Distrito Federal, San Luis Potosí y Veracruz (Figura I.1).

Figura I.1 Incidencia de morbilidad por cáncer de mama según entidades federativas.  
México, 2008



Fuente: CENAVECE, 2010

La edad media de egreso hospitalario por CaMa fue 51.4 años en 2008, sin embargo, a nivel de instituciones públicas de salud se advierten diferencias. Así por ejemplo, el *Seguro Popular*<sup>5</sup> (SP) reportó que la edad media al egreso fue de 50.3 años, es decir un año menos que las mujeres adscritas a la SS y muy por debajo del IMSS (53.6) y el ISSSTE (58).

#### ▪ **Mortalidad**

En las líneas siguientes se intenta mostrar cómo el CaMa ha ido transformándose de manera heterogénea sobre la población mexicana; además de sus elevados niveles de mortalidad entre las mujeres, es posible observar las constantes diferencias entre los grupos de edad, las regiones del país y muy especialmente entre conglomerados de distintos grados de marginación. Este último aspecto es el que en mayor medida se pretende resaltar, dado que

<sup>5</sup> El SP forma parte del Sistema de Protección Social en Salud, el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social (SS, 2009).

existen fuertes evidencias que indican que las mujeres de más bajos recursos económicos, de áreas rurales y sin derechohabiencia, son las que tienen mayores dificultades para identificar de forma efectiva los tumores malignos, para acceder a los servicios de salud oportunamente y para solventar los gastos derivados de un posible tratamiento, incluso cuando éstos sean subsidiados por el gobierno (Palacio, 2008; Martínez y Martínez, 2008; Aziz, Iqbal y Akram, 2008; Palacio *et al.*, 2009; Velásquez, Carrasquilla y Roca, 2009; Sosa, Walker y Serván, 2009).

▪ ***Niveles y tendencias***

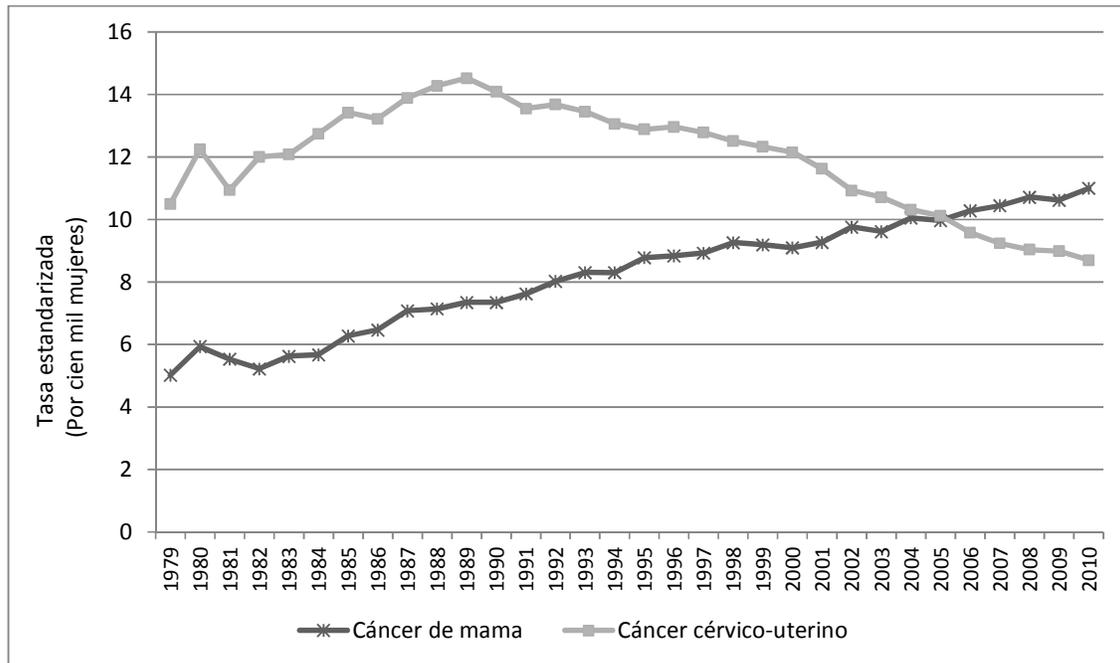
Se tiene que en México el CaCu ha sufrido un descenso relativo de muertes en aproximadamente 1.2% anual en los últimos 31 años (de 1979 a 2010), mientras que el CaMa se ha incrementado, en el mismo periodo, en promedio 1.7% anual. Sin embargo, ambos cánceres han tenido un incremento notorio en números absolutos, aunque con diversas fluctuaciones: el primero pasó de alrededor de 2 300 muertes anuales a más de 3 900, mientras que el de mama se ha elevado constantemente de poco más de 1 000 decesos a más de 5 000 para 2010. A principio de 1979 las muertes por CaCu eran dos veces más que las de CaMa (ss, 2007a). En 2010, alrededor de 14 mujeres murieron diariamente en el país por cáncer mamario, lo que representa aproximadamente 1/3 de las mujeres diagnosticadas con este tumor (Knaul *et al.*, 2009c).

Para el periodo 1979 a 2010 los registros de mortalidad de CaMa indican que el número de defunciones comienza en un nivel mucho menor, pero asciende de manera constante hasta superar el número de muertes por CaCu. La tasa de mortalidad por CaMa ha ido aumentando durante los años incluidos, pasando de una tasa estandarizada de cinco fallecidas por cada 100 000 mujeres en 1979 a una tasa estandarizada de 11 en 2010 (Gráfica I.4).

Algunos autores señalan que la disminución de muertes por CaCu en México se explica, en parte, por las fuertes campañas de educación, información y prevención que se emprendieron en el país para abatir la enfermedad. Por el contrario, el CaMa había sido tratado con menor intensidad (Nigenda, Caballero y González, 2009) y solo hasta ahora se comienza a estudiar las distintas estrategias a seguir para el control de la enfermedad. Aunque los factores de riesgo relacionados con esta patología no se han determinado con exactitud (Mohar *et al.*, 2009), se menciona que la detección en estados tempranos reduce los niveles de letalidad (Sosa, Walker y Serván, 2009; Knaul *et al.*, 2009a) y, por lo tanto, resulta

fundamental el acceso y la atención oportuna a los servicios de salud preventivos para un control exitoso del CaMa.

Gráfica I.4 Tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. México, 1979 – 2010



Fuente: elaboración propia con base en las *Estadísticas Vitales de Mortalidad*. INEGI, 1979–2009/ *World Population Prospects: The 2008 Revision*. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. Estandarizada con la población femenina mundial.

Al parecer esto último no ocurre en México, puesto que los enfoques a enfermedades como el CaMa están dirigidos a la atención curativa –distinto a lo que ocurre en países desarrollados– lo que hace que algunas mujeres reciban la atención tardíamente<sup>6</sup> (Flores *et al.*, 2008); se tiene que aproximadamente entre 70% y 80% de los casos por CaMa en México son diagnosticados en etapas avanzadas de la enfermedad (Castilla y Ávila, 2010; López *et al.*, 2001), situación que tiende a empeorar, debido a que se prevé (por situaciones presupuestales) que en el sexenio de gobierno en curso (2007–2012) apenas se logrará una cobertura de 21% en las pruebas de detección temprana de CaMa de mujeres entre los 50 a 69 años de edad; este bajo porcentaje se debe, entre otros aspectos, a la falta de personal médico

<sup>6</sup> Mientras que en EUA 55% de los casos se detectan en los estadios 0 y 1, en México este porcentaje llega a ser del 5–10% aproximadamente.

capacitado en la realización del estudio mamográfico y en su interpretación (SS, 2007b; SS, 2008). Por otra parte, se tiene que alrededor de 52.3% de las mujeres padecen CaMa no cuentan con seguridad social y son éstas quienes están en mayor riesgo de morir por esta enfermedad, frente a las que sí tienen acceso a la salud (Godínez, 2008).

▪ ***Mortalidad por cáncer de mama, según características sociodemográficas***

Se ha documentado que la edad es un factor altamente asociado con el riesgo de tener CaMa. Desde el punto de vista epidemiológico y demográfico, la desagregación de la muerte por dicha causa y entre grupos etarios es un aspecto de gran relevancia para la toma de decisiones y la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades específicas en salud.

Según Martínez, Uribe y Hernández (2009), el mayor riesgo relativo (RR) de muerte por CaMa se da entre las mujeres de 85 y más años de edad (11.4) y menor para las mujeres de 35–39 años (1) (Cuadro I.6). Es a partir de los 50 años de edad o más cuando aumentan dichos riesgos. A la luz de la transición demográfica es preciso decir que para 2010 la población femenina de 30–49 años representará 61.4% de las mujeres de 30 años o más; con base en las proyecciones de CONAPO (2006), este porcentaje disminuirá a 55.1% y 48.6% para 2020 y 2030, respectivamente, lo que significa que al final del periodo (2030), por cada 100 mujeres de 50 años o más habrá 94 mujeres entre los 30–49 años.

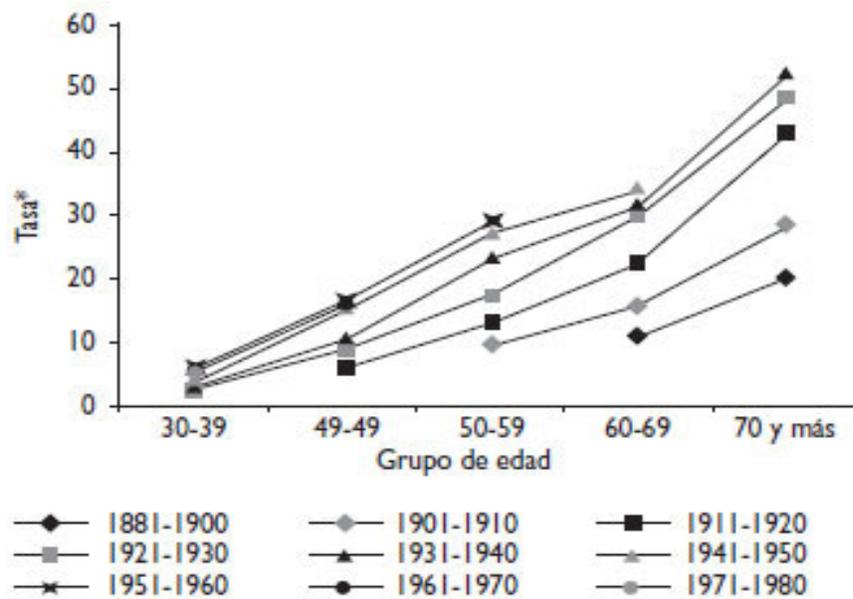
Cuadro I.6 Riesgo de morir por cáncer de mama de acuerdo con la edad. México, 2007

<b>Grupo de edad</b>	<b>Tasa (por cien mil mujeres)</b>	<b>Riesgo relativo</b>
35–39	6.7	1
40–44	13	2
45–49	19.3	2.9
50–54	26	3.9
55–59	32.6	4.9
60–64	32.3	4.9
65–69	35.9	5.4
70–74	41	6.2
75–79	51.5	7.7
80–84	68.5	10.3
85 y más	76	11.4

Fuente: Martínez, Uribe y Hernández, 2009

Al analizar la mortalidad por cohorte de nacimiento, los investigadores previamente citados, observan un claro incremento de las tasas en cada cohorte sucesiva en todos los grupos de edad, de tal manera que el riesgo de morir por CaMa en las mujeres de 40–49 años que nacieron entre 1961 y 1970 es 2.6 veces mayor respecto de la cohorte de nacimiento de 1911 a 1920. El efecto es mayor en las mujeres de 50–59 años de edad con un riesgo tres veces mayor entre las cohortes de 1901–1910 y 1961–1960 (Gráfica I.5).

Gráfica I.5 Mortalidad del cáncer de mama por grupo de edad, según cohorte de nacimiento. México 1955–2007

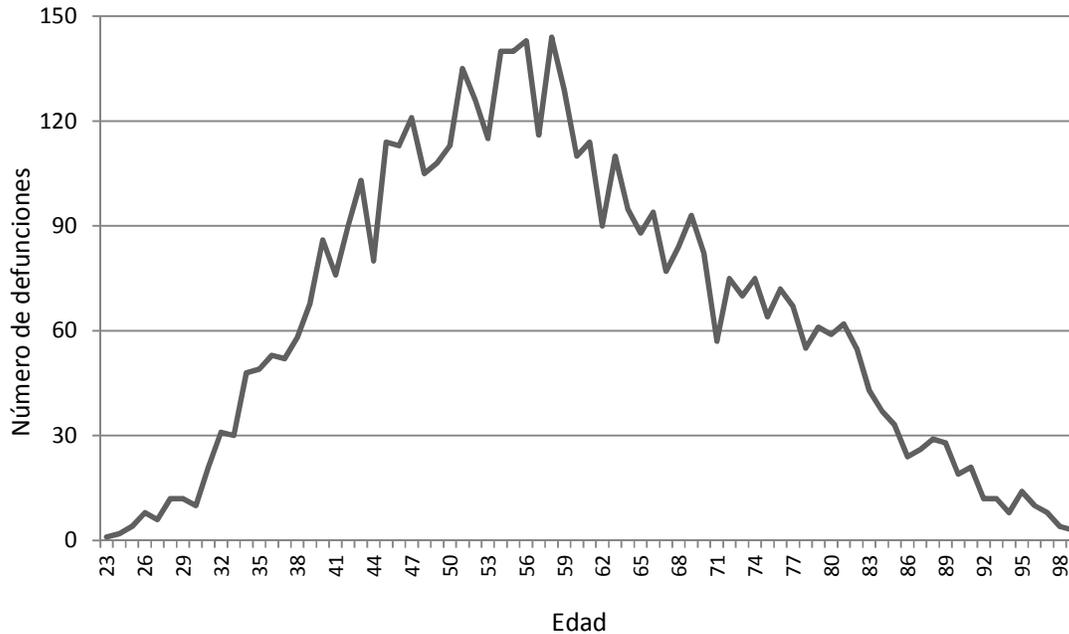


\* Por 100 mil mujeres en el grupo de edad

Fuente: Martínez, Uribe y Hernández, 2009

En 2009, ocurrieron en todo el territorio mexicano 4 944 defunciones por CaMa de las cuales 4 908 (99.3%) se presentaron en mujeres. La edad media de la muerte fue 59.1 años. Para este mismo año, alrededor de 50% de las muertes entre mujeres se dio a edades menores a los 57 años. La distribución de la mortalidad, según la edad de las mujeres, muestra una concentración mayor a partir de los 45 años y hasta los 60, momento a partir del cual se observa una disminución paulatina con aumentos esporádicos en algunas edades (Gráfica I.6).

Gráfica I.6 Distribución de la mortalidad por cáncer de mama, según edad de las mujeres.  
México, 2009



Fuente: elaboración propia con base en las *Estadísticas Vitales de Mortalidad*. INEGI, 2009.

Un dato relevante es que la edad media a la muerte en este mismo año es menor en mujeres que son beneficiarias del SP, siendo para éstas el fallecimiento más temprano (55.2), respecto a las demás mujeres que están cubiertas por otro tipo de seguros de salud públicos: 58 IMSS, 60.5 ISSSTE. Otras características sociodemográficas de las mujeres fallecidas por CaMa en el país, durante 2009 pueden apreciarse en el cuadro I.7. En general, llama la atención que al momento de la muerte, 80.5% estaban económicamente inactivas, poco más de 57% estaban unidas, 31.6% eran analfabetas o tenían primaria incompleta, 19% no tenían derechohabiencia y 14.4% de las mujeres provenían de localidades con menos de 2500 habitantes. El 89.8% de las mujeres que murieron tuvieron asistencia médica.

Cuadro I.7 Distribución porcentual de muertes por cáncer de mama, según características sociodemográficas de las mujeres. México, 2009

<b>Características</b>	<b>%*</b>
<b><i>Ocupación</i></b>	
Inactivos	80.5
Otras actividades	18.2
<b><i>Estado civil</i></b>	
Unidas	57.2
No unidas	41.9
<b><i>Nivel escolar</i></b>	
Sin escolaridad o hasta primaria incompleta	31.6
Primaria completa o más	65.5
<b><i>Derechohabiencia</i></b>	
Sin derechohabiencia	19
Con derechohabiencia	62.7
Seguro popular	11.7
<b><i>Tamaño de localidad de residencia habitual</i></b>	
Menos de 2500	14.4
Más de 2500	85

\* No suman 100% por los casos no especificados o sin información

Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales, Registros de Mortalidad, INEGI. México, 2008.

▪ ***Distribución y diferencias territoriales de la mortalidad por cáncer de mama***

La SS (2008) reportó que para 2008 la tasa bruta de mortalidad por CaMa fue de 16.8 por cada 100 mil mujeres de 25 años de edad o más, cifra que representa un incremento de 3.2% respecto a la observada en 2007, donde la cifra fue de 16.4 para este mismo rango de edad y por cada 100 mil mujeres. Las cinco tasas más altas de mortalidad por CaMa observadas en el país para 2008 corresponden a Colima (25.4), Aguascalientes y Sonora (24.9), Distrito Federal (24.0) y Baja California Sur (23.4). En contraste, Yucatán registró la cifra más baja con 7.6 defunciones, (ss, 2009a). Asimismo, al interior del país, once estados tuvieron tasas estandarizadas de mortalidad por CaMa por encima del valor nacional (10.9), en su orden (de mayor a menor): Baja California Sur (17.4), Aguascalientes y Colima (16.7 cada uno), Sonora (16.1), Nuevo León (15.5), Baja California (15.0), Distrito Federal (14.2), Jalisco

(13.6), Chihuahua (11.3), Tamaulipas (11.2) y Estado de México (11) (ss, 2008) (Cuadro I.8).

Cuadro I.8 Tasas observadas y estandarizadas de cáncer de mama según entidades federativas. México, 2008

Entidad	Tasa observada*	Tasa estandarizada**	Entidad	Tasa observada*	Tasa estandarizada**
<i>México</i>	<i>16.8</i>	<i>10.9</i>	Michoacán	15.6	9.6
Aguascalientes	24.9	16.7	Morelos	16.1	9.9
Baja California	20.7	15	Nayarit	14.4	8.7
Baja California Sur	23.4	17.4	Nuevo León	22.8	15.5
Campeche	9.8	6.8	Oaxaca	11.4	6.7
Chiapas	14.3	9.7	Puebla	13	8.2
Chihuahua	17.4	11.3	Querétaro	13.6	9.5
Coahuila	10.3	7.3	Quintana Roo	8.1	7.3
Colima	25.4	16.7	San Luis Potosí	17.7	10.7
Distrito Federal	24	14.2	Sinaloa	16.1	10.3
Durango	16	10.1	Sonora	24.9	16.1
Guanajuato	14.7	9.7	Tabasco	13.1	9.5
Guerrero	10.6	6.5	Tamaulipas	17	11.2
Hidalgo	12.7	7.9	Tlaxcala	12.2	8.1
Jalisco	21.5	13.6	Veracruz	14.4	8.7
México	15.6	11	Yucatán	7.6	4.7
			Zacatecas	16.9	10.5

\* Por cada 100 mil mujeres de 25 años de edad o más

\*\* Tasa por 100 mil mujeres de 25 años de edad o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000–2025

Fuente: SS, 2009

De acuerdo con las condiciones socioeconómicas y la pertenencia urbana o rural de las mujeres, es posible deducir que la mortalidad por cáncer mamario está relacionada con los niveles de desarrollo en cada estado; Palacio y colaboradores (2009) advierten que la distribución regional<sup>7</sup> de la mortalidad por CaMa tiene un comportamiento inverso, es decir, que mientras que el CaMa muestra una tendencia ascendente y es mayor en regiones más desarrolladas del país (como en el Distrito Federal y la región norte), la mortalidad por cáncer

<sup>7</sup> En este estudio en particular las regiones fueron conformadas de la siguiente manera: región norte (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas); región centro (Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro y Tlaxcala); región sur (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán). Una cuarta región la constituyó el Distrito Federal (en virtud de la concentración de servicios de salud y bajo índice de marginación).

cervical tiende a disminuir y es mayor en regiones menos desarrolladas (como en las regiones centro y sur). Se puede ver que aunque el CaCu sigue siendo más común entre los segmentos más pobres de la población (como es el caso de Oaxaca y Tabasco), se ha notado que el CaMa está próximo a desplazarlo, de acuerdo con las tendencias de los últimos años, ya que el primero muestra un franco descenso y el segundo sigue en aumento (Knaul *et al.*, 2009c).

Los riesgos relativos (RR) de mortalidad por CaMa por estrato urbano-rural y entidad federativa indican que en 2000 el riesgo de fallecer por cáncer mamario en áreas urbanas era de 2.3 veces mayor respecto del área rural; para 2006 este riesgo disminuyó a 1.9 veces. En este punto se destaca que el riesgo de fallecer por CaMa es 44% mayor en el área urbana del Distrito Federal, respecto al área rural (considerando el promedio nacional), seguido por la región norte donde se observa un riesgo 14% mayor, mientras que en las regiones centro (0.94) y sur (0.74) el riesgo de fallecer por cáncer mamario es mayor en el área rural respecto al área urbana (Figura I.2) (Palacio *et al.*, 2009).

Figura I.2 Mapa regional de riesgos relativos de mortalidad por cáncer de mama. México, 2006



Fuente: Palacio *et al.*, 2009

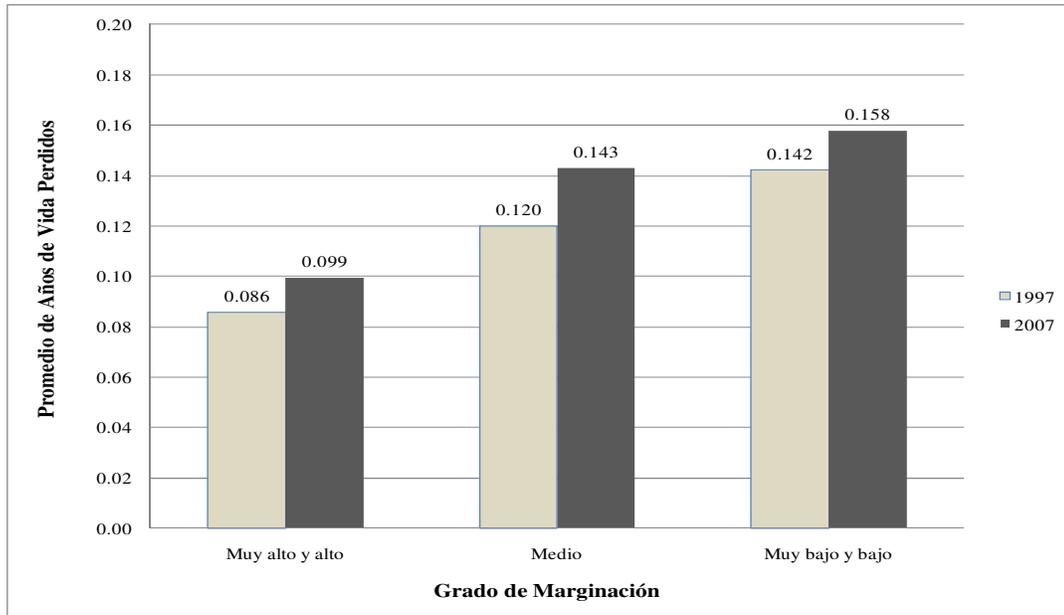
Al relacionar las tasas de mortalidad por CaMa con el grado de marginación de las entidades, se reconoce una leve correlación inversa, sobre todo en los grados extremos (muy alta o baja marginación). Esto es, en los estados con marginación muy alta, como Oaxaca, Chiapas y Guerrero, se encuentran tasas de mortalidad por CaMa bajas, pero en los estados con muy bajo grado de marginación como Coahuila, Baja California, Nuevo León y el Distrito Federal, sobresalen tasas de mortalidad más elevadas por dicha causa (Palacio *et al.*, 2009). Las diferencias en la ocurrencia de muerte en una mujer por CaMa tiene su explicación en que los factores de exposición tanto ambientales como de riesgo que difieren entre ellas (en función del grupo de edad, la nuliparidad después de los 30, entre otros), así como a al acceso y calidad de la atención a la salud (Martínez, Uribe y Hernández, 2009).

Cálculos recientes muestran que para 2007 se perdieron en el país un promedio de 0.14 años de vida por CaMa para las mujeres ente los 20 y 79 años (12 949 años en total), lo que se tradujo en un aumento de 13.3% respecto a 1997 (Agudelo, Aguirre y Dávila, 2010). Por grado de marginación estatal<sup>8</sup> se advirtió esta misma tendencia en el promedio de años de vida perdidos (AVP), para todos los grupos de marginación, notándose un aumento más significativo en el grupo de mediana marginación (Gráfica I.7) (Agudelo, Aguirre y Dávila, 2010). Lozano *et al.* (2009) explican que el fenómeno de la mayor mortalidad por CaMa en localidades y países más desarrollados se deba a que por lo general se notifican casos con mejor acceso a los servicios de salud, lo que conlleva a una subestimación del efecto del CaMa en poblaciones de estratos socioeconómicos más bajos.

---

<sup>8</sup> Se conformaron tres grupos por grado de marginación estatal: 1) Alta y muy alta: Oaxaca, Chiapas Guerrero, Yucatán, Tabasco, Puebla, Hidalgo, Veracruz, San Luis Potosí, Michoacán, Campeche; 2) Media: Zacatecas, Tlaxcala, Nayarit, Guanajuato, Durango, Sinaloa, Querétaro; 3) Baja y muy baja: Quintana Roo, México, Aguascalientes, Morelos, Sonora, Colima, Tamaulipas, Chihuahua, Jalisco, Baja California Sur, Baja California, Coahuila, Nuevo León, Distrito Federal.

Gráfica I.7 Promedio de años de vida perdidos por cáncer de mama, según grado de marginación estatal. México, 1997 y 2007



Fuente: Agudelo, Aguirre y Dávila, 2010.

## I.4 RECOMENDACIONES Y NORMATIVIDAD FRENTE A LA DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

### I.4.1 Lineamientos internacionales

Para poner en perspectiva las más recientes discusiones sobre el manejo del CaMa en el mundo, es importante indicar las principales recomendaciones hechas por diferentes organismos internacionales en función del tema. Aunque son diversas las instituciones que se ocupan de la materia, en este caso en concreto, solo se describirán los lineamientos de dos de ellas: la ACS y el *U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)*, ambos de los EUA y con posiciones contrapuestas. Los argumentos principales de la discusión giran sobre la efectividad de las técnicas de detección y la edad de inicio de la práctica mamográfica. Por un lado, respecto a las recomendaciones sobre detección del CaMa, la ACS hace las siguientes anotaciones:

- Para mujeres de 40 y más años de edad, asintomáticas y de riesgo medio (sin antecedentes familiares directos entre otros factores): mamografía anual, examen

clínico de mama anual y auto-conocimiento, concientización para identificar cambios en las mamas, y, como opcional, la auto-exploración en forma mensual.

- Para mujeres de 20–39 años de edad, asintomáticas y de riesgo medio (sin antecedentes familiares directos entre otros factores): examen clínico de mama por lo menos cada tres años, auto-conocimiento (*self-awareness*) para identificar cambios en las mamas y, como opcional, la auto-exploración en forma mensual.

Por su parte, en una reciente publicación –con fecha de 2009–, el USPSTF planteó que la edad de inicio recomendada para la mamografía debería ser a partir de los 50 años y que, incluso en edades avanzadas, debería hacerse cada dos años. Asimismo, en este reporte se sugiere que los médicos deberían dejar de enseñar a las mujeres a realizarse periódicamente el autoexamen mamario, ya que este podría representar poco o ningún valor para la detección oportuna (USPSTF, 2009). Ellos sostienen que la probabilidad de muerte por CaMa aumenta con la edad, lo que hace que mamografías en mujeres entre los 40–49 no sea tan relevante:

- Existe una muerte por CaMa entre 1904 mujeres de 40 y 49 años de edad.
- Existe una muerte por CaMa entre 1339 mujeres de 50 y 59 años de edad.
- Existe una muerte por CaMa entre 337 mujeres de 60 y 69 años de edad.

Sin embargo, ante estas últimas indicaciones, se coincide en plantear la necesidad de tener en cuenta las diferencias en las estructuras poblaciones y la edad de presentación de la enfermedad entre diversos grupos de edad y países, con lo cual se sostiene que la forma como se ofrecen los servicios deberá darse teniendo en cuenta el nivel básico de los recursos (Eniu *et al.*, 2007; Martínez y Leal, 2002). Sobre esto, la OMS (2002: xiv) ha declarado:

“Una prioridad inicial, sobre todo en los países en desarrollo, debe ser la formulación de normativas nacionales de diagnóstico y tratamiento para establecer una norma mínima de atención y promover el uso racional de los recursos existentes y una mayor equidad en el acceso a los servicios de tratamiento”.

Este mismo organismo afirma que para el combate del cáncer se requiere tener un enfoque flexible porque las situaciones política, socioeconómica y epidemiológica son variables y evolucionan permanentemente (OMS, 2002).

#### **I.4.2 Normatividad nacional sobre cáncer de mama: un proceso en cambio**

Los lineamientos establecidos en el país para la atención del CaMa estaban basados inicialmente en la *Norma Oficial Mexicana* (NOM) 041–SS2–2002, donde se sentaron los elementos generales para la prevención, diagnóstico, control y vigilancia del cáncer mamario. Esta norma fue reemplazada por la NOM 041–SS2–2011 *para la prevención diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*, la cual fue publicada el 9 de junio de 2011 en el Diario Oficial de la Federación.

La NOM 041–SS2–2011 establece que: a) todas las mujeres deben realizarse mensualmente el autoexamen de mama (AEM) desde los 20 años de edad, y que es *responsabilidad del prestador de servicios* la enseñanza de la técnica de autoexploración; b) para las mujeres mayores de 25 años de edad se recomienda el ECM cada año, que *deberá realizar el médico o la enfermera capacitada* y c) la mamografía debe practicarse en mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años<sup>9</sup>, cada dos años; en mujeres menores de 40 años no se recomienda y en mujeres de 70 años o más se hace como parte del seguimiento a mujeres con antecedentes personales de CaMa y por recomendaciones médicas. Además, este instrumento aporta y detalla otros aspectos anteriormente no considerados frente a la detección, entre los que destaca:

- Mayor certificación del personal de salud y de las unidades que ayudan en la detección y diagnóstico del cáncer mamario.
- Ampliación del concepto de AEM, haciendo hincapié en el objetivo de sensibilizar a la mujer sobre el CaMa, tener un mayor conocimiento de su propio cuerpo e identificar cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada. También se sugiere que la enseñanza de esta técnica deberá comenzar cuando la mujer cumpla 20 años.
- Tratamiento de la privacidad de la paciente. Cuando se realice el ECM se deberá hacer en presencia de un familiar, enfermera, auxiliar o asistente de consultorio, así como también se deberá utilizar bata y cubrir la mama contralateral cuando se esté haciendo la exploración.

---

<sup>9</sup> Inicialmente, en el PROY–NOM–041–SS2–2009, *para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*, se tenía planteado enfocar los estudios mamográficos en mujeres entre los 50 y 69 años, pero finalmente en la norma se amplió el rango de edad, después de consultar diferentes instancias sociales, académicas y gubernamentales.

Este panorama muestra la responsabilidad que recae sobre el prestador de servicios de salud, concretamente sobre el médico, para la toma de medidas de prevención, educación y las decisiones sobre el tratamiento del CaMa (Cuadro I.9). La Norma es explícita en señalar los actores involucrados en el proceso de atención del CaMa y establece, para cada uno de ellos, ámbitos de acción que se inician con la búsqueda de los servicios de salud (por parte de las mujeres), pasando por las distintas fases de consejería, prevención, diagnóstico, tratamiento, evaluación y vigilancia epidemiológica que deben llevar a cabo proveedores –con características específicas– en cada una de las etapas; esto con el apoyo de instancias civiles, gubernamentales e instituciones tanto públicas como privadas.

Cuadro I.9 Etapas de atención del cáncer de mama y características de los proveedores en las distintas fases

<b>Etapa de atención</b>	<b>Encargado</b>	
Consejería	Personal de salud que haya recibido capacitación específica y esté ampliamente informado sobre los factores de riesgo, la detección, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del CaMa	
Prevención	<i>Primaria</i>	Prestador de servicios de salud
	<i>Secundaria</i>	Médicos y enfermeras capacitados
	<i>Terciaria</i>	Personal especializado (tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)
Diagnóstico	Exclusivamente médicos especialistas	
Tratamiento	Médico especializado	
Evaluación	Instituciones del Sistema Nacional de Salud	
Vigilancia	Sistema de Vigilancia Epidemiológica	

Fuente: elaboración propia con base en la NOM 041–SS2–2011

La fase de prevención se divide a su vez en tres subprocesos que son: la prevención primaria, la prevención secundaria y la prevención terciaria. La primera de ellas está encaminada a la información, orientación y educación de toda la población femenina, sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables para la salud. La prevención secundaria tiene que ver con tareas concernientes a la AEM, el ECM y la mamografía y, el último de los subprocesos mencionados, se refiere a la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica

de las usuarias que reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, según lo ameriten. En este eslabón de la cadena de atención, además de los proveedores que están anclados en cada una de las etapas, también se enfatiza la necesidad de involucrar otro tipo de instancias como grupos organizados, líderes comunitarios, sector educativo, agrupaciones gremiales, promotores institucionales y voluntarios.

Desde el establecimiento de la meta hasta el día de hoy, las recomendaciones plasmadas en la Norma no se encuentran respaldadas con las partidas presupuestales correspondientes y por lo tanto no ha sido posible cumplir con los servicios de salud necesarios para garantizar el acceso al tamizaje a las mujeres objeto de políticas públicas en el tema (Martínez, Uribe y Hernández, 2009). En otro extremo, se cuestiona la limitación que se tiene para cubrir a las mujeres de menores ingresos en el país con exámenes de detección temprana de CaMa, pese a que las campañas nacionales están dirigidas a este sector poblacional. González *et al.* (2010) encontraron que la Norma mexicana carece de acciones de seguimiento al CaMa, a diferencia de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay en donde se tiene contemplada esta fase en cada uno de sus marcos normativos.

En la literatura científica se ha sostenido que una de las medidas más efectivas para reducir la mortalidad por CaMa es la prevención secundaria (AEM, ECM, mamografía), misma sobre la cual actualmente apunta la mayoría de programas mexicanos (González *et al.*, 2010). Con base en información disponible en diversos meta-análisis y ensayos aleatorios controlados, se ha encontrado que con una cobertura universal con la prueba mamográfica a las mujeres objetivo (pero principalmente entre los 50–69 años de edad), la mortalidad por CaMa podría llegar a decrecer en 30% o más, garantizándose también la motivación y educación permanente a las mujeres para que participen en diversos programas de detección. Aunque son variadas las críticas relacionadas con las técnicas de detección del CaMa, lo cierto es que hasta el momento son las únicas alternativas disponibles para la atención de la enfermedad, por lo que las mismas deberán ser tenidas en cuenta, considerando en todo momento sus debilidades. A continuación se presentan algunos de los argumentos más sobresalientes sobre esta discusión.

#### **I.4.3 ¿Auto exploración mamaria, exploración clínica o mamografía?**

A la luz de los planteamientos normativos, tanto internacionales como nacionales, la detección del CaMa ocupa un lugar de especial interés, ya que de este proceso depende en gran medida que las mujeres o los profesionales médicos puedan identificar oportunamente el

tumor y, por ende, existan mayores posibilidades de tratamiento y de sobrevivencia de la paciente. De manera global, ya se han dado a conocer algunas de las razones utilizadas para estar a favor o en contra de alguna técnica de detección del CaMa; sin embargo, los argumentos son amplios y complejos y abarcan desde la regulación misma del fenómeno hasta la disponibilidad y distribución de recursos, la efectividad y los daños colaterales (tanto físicos como emocionales). En las líneas siguientes se tratarán de mostrar algunos puntos de interés en esta disertación que involucra a los gobiernos, a la academia, a las organizaciones sociales, a las pacientes, a su familia y, en general, a la sociedad.

- ***Autoexploración mamaria***

La OMS, así como instituciones multilaterales y diversos investigadores han referido que la detección temprana del CaMa es la única medida cuyo resultado refleja un incremento en la sobrevivencia y en la reducción de la mortalidad por dicho padecimiento (Mohar *et al.*, 2009). La detección temprana entendida como “... la identificación del CaMa, en un punto de su historia natural cuando puede ser tratado con técnicas que tienen el menor impacto físico y la mayor probabilidad de curación” (Díaz, Piñeros y Sánchez, 2005:95), así como las medidas asociadas con la información y la educación de las mujeres han sido utilizadas como recursos primordiales para la disminución de la mortalidad por esta causa, con resultados evidentes en los países en desarrollo (López *et al.* 2001; Frenk, 2009; Sosa, Walker y Serván, 2009). No obstante, alrededor de este tema se ha suscitado una serie de polémicas que tienen que ver con la utilidad en cualquier caso de la autoexploración mamaria (López, Suárez y Torres, 2009), de la mamografía (Asua, 2005) y de la exploración clínica (Torres y Vladislavovna, 2006; Saslow *et al.*, 2004), las que en ocasiones se tienden a confundir con medidas preventivas (*Breast Cancer Fund– BCF*, 2009), algo con lo que la USPSTF (2009) no está de acuerdo pues considera que no hay datos suficientes para hacer recomendaciones a favor o en contra de estos métodos de detección.

Uno de los cuestionamientos más sobresalientes frente a la autopalpación física de las glándulas mamarias ha surgido por el hecho de la poca utilidad que por sí sola representa en la disminución de riesgos y en la probabilidad de muerte (BCF, 2009; Knaul, 2009b), ya que en aquellas mujeres en quienes la prueba tamiz resulte sospechosa se requerirá necesariamente aplicar pruebas diagnósticas confirmatorias, es decir, que esta mujer deberá acudir a los servicios de salud para ser atendida por un profesional médico (Díaz, Piñeros y Sánchez, 2005). De acuerdo con el BCF (2009) la autoexploración podría ser un arma más dañina que

benéfica, debido a que el descubrimiento de nodos no malignos puede generar estrés y temores entre las mujeres y por ende repercutir desfavorablemente sobre su salud. Las falsas alarmas sobre un posible padecimiento de CaMa hacen que muchas mujeres no practiquen el autoexamen de sus senos y tampoco visiten oportunamente los servicios médicos, disminuyendo así las probabilidades de sobrevivencia. Adicionalmente, dado que las mujeres están involucradas activamente en diversas actividades como la familia, el trabajo, el hogar, entre otras, muchas tienden a postergar indefinidamente la atención de la propia salud.

Académicos dedicados al tema del CaMa señalan que la única manera posible para utilizar el autoexamen de senos (AES) como mecanismo de detección temprana es mediante el acompañamiento de medidas educativas; así se comprobó en un estudio realizado por Ortega, López y López (2000) en Cuernavaca (Morelos, México) entre 1996 y 1998 con 149 mujeres a quienes se implementó y evaluó algunas estrategias de enseñanza del AES. Se calificaron tres aspectos: 1) conocimientos generales sobre la etiología, prevención y diagnóstico temprano del CaMa, 2) conocimientos de las técnicas de AES, y 3) destreza para identificar abultamientos en un modelo de glándula mamaria de silicón, de tamaño natural. La conclusión a la que se llegó fue que la enseñanza con cualquier técnica utilizada capacitó aproximadamente a 30% de las participantes para identificar abultamientos y elevó sus conocimientos sobre el CaMa y AES. No obstante, se reconoce la dificultad de implementar estrategias de este tipo en un país como México donde no se cuenta con información sobre la prevalencia en el uso de AES, además donde no hay un seguimiento a los proveedores sobre la manera como enseñan estas técnicas. Asimismo, a pesar de las constantes campañas de educación, a través de medios de comunicación masiva, se ha comprobado que éstas están lejos de propiciar un cambio efectivo en el número de mujeres que se realizan el AES (Ortega, López y López, 2000).

Al contrario, algunos investigadores sostienen que la información tiene un papel que no debe menospreciarse. Tanto las mujeres como la comunidad en general deben estar al tanto de los riesgos a los que están expuestas para actuar en consecuencia (Frenk, 2009). Es por ello que Martínez, Uribe y Hernández (2009) recomiendan llevar a cabo campañas de comunicación y educación que estén más dirigidas al cambio de conductas que disminuyan los riesgos de morir por CaMa que a la enseñanza exclusiva de métodos de autoexploración.

- ***Exploración clínica de las mamas***

En lo que respecta a el ECM, se hace hincapié en la utilidad de la exploración de mamas a cargo de profesionales de la salud, quienes con la debida educación están en la capacidad de detectar abultamientos desde los 3mm (Torres y Vladislavovna, 2006), aumentando así las probabilidades de sobrevivencia de las mujeres (Gutiérrez, Olaya y Medina, 2009). A pesar de la importancia adjudicada al ECM, su realización sigue siendo baja (Kim *et al.*, 1999; Meinssner, Breen y Yabroff, 2003), ello debido a barreras psicológicas, culturales sociales e institucionales en donde intervienen un sinnúmero de elementos como el sexo del médico, la falta de conocimiento y tiempo para la atención de las mujeres. Por el lado de las mujeres, la desinformación, el pudor, el temor o la vergüenza de mostrar el cuerpo se configuran en factores desfavorables a la hora de acudir al ECM (Torres y Vladislavovna, 2006). En análisis en unidades médicas del IMSS y de la SS, del Distrito Federal, se encontró que los profesionales médicos y enfermeras no ofrecen el examen clínico por barreras socioculturales y psicológicas presentes en las mujeres. Los médicos por su parte declararon sentir temor hacia la interpretación de las usuarias frente a la práctica de la exploración y las posibles quejas y fallas derivadas de la situación; Asimismo, se evidenciaron debilidades en el sistema de salud como falta de personal, instalaciones y equipos necesarios (Poblano, Figueroa y López, 2004). Las mujeres expresaron mala atención, desinformación, maltrato médico y falta de confianza en los mismos.

Otro factor que se ha sido señalado por parte de las usuarias de servicios de CaMa ha sido la falta de adiestramiento clínico y la escasa sensibilidad de los proveedores de servicios de salud hacia las mujeres. Algunos médicos restan importancia al abultamiento detectado en el examen regular o al momento de que la mujer lo expone en consulta. Así lo demuestra el trabajo de Nigenda, Caballero y González (2009) llevado a cabo en el Distrito Federal y en Oaxaca. En esta misma investigación, los expertos pudieron constatar el miedo de las parejas y familiares de mujeres ante el CaMa. Los varones entrevistados manifestaron preocupación por la nueva división del trabajo doméstico y las tareas relacionadas con el cuidado de los hijos ante la presencia del CaMa. Cabe decir, que tanto quienes padecen de la enfermedad como el círculo parental y social tienden a establecer una díada inseparable entre CaMa y muerte (Pérez y Díaz, 2006a; Torres y Vladislavovna, 2006; Nigenda, Caballero y González, 2009), factor que está íntimamente relacionado con la falta de una adecuada información a toda la población, incluyendo a los profesionales de la salud.

## ▪ **Mamografía**

Diversos estudios reflejan de manera concluyente que la mamografía reduce la posibilidad de fallecer debido a un cáncer mamario cuando se realizan pruebas de detección sistemática anuales después de los 50 años de edad (Duffy, Tabár y Smith, 2002; ss, 2007; Boyages, 2009). Resultados análogos son observados en mujeres de edades entre los 40 y 50 años.

Un debate que circula en sentido contrario y que ha generado amplias discusiones<sup>10</sup> lo lideran Jørgensen y Gøtzsche (2009) quienes analizaron el impacto del sobrediagnóstico<sup>11</sup> de casos de CaMa debido al tamizaje vía mamografías en Reino Unido, Canadá, Nueva Gales del Sur, Australia, Suecia y partes de Noruega. Aunque los autores reconocen que la mamografía es una oportunidad para ayudar a muchas mujeres en la detección precoz de tumores malignos, también se convierte en un problema, ya que el sobrediagnóstico resulta inevitable debido a las dificultades para distinguir entre un cáncer letal y otro que no causará la muerte, lo que conlleva a que uno de cada tres cánceres de mama se trate innecesariamente, algo diferente a lo que encontraron Zackrisson *et al.* (2006), donde esta relación fue de uno de cada seis en Malmö (Suecia). Una manera de superar esta dificultad es logrando que todos las pruebas mamográficas sean evaluados adecuadamente (Gøtzsche y Olsen 2000).

En otra vía, se ha formulado que el desarrollo de programas de cribado poblacional de CaMa mediante mamografía, como intervención de salud pública, representa un alto costo relativo en la identificación de la patología, así como los costos asociados con la confirmación de resultados positivos. Así por ejemplo se tiene que en EUA se invierten al año entre 14 y 70 mil millones de dólares en operaciones innecesarias en senos normales, de acuerdo con datos revelados por Newman (2008).

Entre tanto, en México, un reciente estudio realizado por el INSP, –2006– evidenció que la interpretación de las mamografías y las recomendaciones derivadas tienen un efecto sobre la progresión de la lesión y, por lo tanto, de la mortalidad por este tumor. El proyecto cuyo objetivo fue evaluar la validez y la reproductibilidad de la interpretación de la mamografía mediante el sistema BI–RADS<sup>12</sup> por médicos radiólogos de la SS, se llevó a cabo en dos momentos y arrojó resultados mostrados en el Cuadro I.10.

---

<sup>10</sup> Véase los diversos artículos publicados en el *British Medical Journal* al respecto. Disponible en [http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/jul09\\_1/b2587](http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/jul09_1/b2587). Online [citado 24 Julio 2009].

<sup>11</sup> El sobrediagnóstico se refiere a la detección de tumores cancerígenos no dañinos, que no llegarían a causar síntomas en toda la vida y que acaban siendo tratados con cirugía (Jørgensen y Gøtzsche, 2009).

<sup>12</sup> BI–RADS® son las siglas del inglés *Breast Imaging Report and Database System*, una herramienta radiográfica para garantía de calidad durante los reportes e interpretaciones de mamografías (*American College of Radiology–ACR*, 2009).

Cuadro I.10 Evaluación de la validez y reproducibilidad de la interpretación de la mamografía mediante el sistema BI-RADS, por médicos radiólogos de la Secretaría de Salud. México, 2008

Clasificación BI-RADS	Medición 1		Medición 2	
	Situación real del cáncer			
	Sí	No	Sí	No
4-5 (Biopsia)	72% (Sensibilidad)*	20% (Falsos positivos)	74% (Sensibilidad)*	18% (Falsos positivos)
1-3 (Vigilancia)	28% (Falsos negativos)	80% (Especificidad)**	26% (Falsos negativos)	82% (Especificidad)**

\* Probabilidad de que una prueba diagnóstica sea positiva dado que la persona está enferma.

\*\* Probabilidad de que una prueba diagnóstica sea negativa dado que la persona no tiene la enfermedad.

Fuente: Torres, 2009.

Este estudio evidenció fallas en la lectura de las mamografías, provocando que casos que no eran considerados como tumores malignos pasaran a ser falsos positivos; algunos radiólogos, ante el temor de equivocarse en los resultados, preferían diagnosticar un cáncer cuando en realidad no existían. Una situación similar ocurrió con casos reales de cánceres cuyo fallo en la lectura del BI-RADS fue negativo cuando existía una alta probabilidad de ser maligno. Otros especialistas como Hernández, Hernández y Ferraris (2003) estiman que realizar mamografías frecuentes para hacer un diagnóstico precoz podría tener un efecto perjudicial y favorecer la aparición de tumores por someter a la mujer a más radiación de la conveniente. Este argumento ha sido desmentido en repetidas ocasiones, ya que se explica que la radiación a la que se someten las mujeres que tienen que vigilarse más de lo habitual, por tener alto riesgo de CaMa, no es perjudicial, y que el beneficio de la detección precoz supera al riesgo que produce la radiación acumulada (*Instituto Nacional de Cancerología-INCAN, 2008*).

Junto con la situación descrita, existe el problema de escasez de médicos radiólogos para la lectura de mamografías en el territorio mexicano. Mohar *et al.*, (2009) mediante información recabada en 23 centros de cáncer, (CEC) dos hospitales federales y el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) encontraron como una de las principales limitantes en el sistema de servicios de CaMa la deficiente disponibilidad en el número de especialistas en radiooncología, el número de físicos médicos y de técnicos en radioterapia. Quienes lideraron dicho proyecto establecieron la necesidad que tiene este tipo de personal especializado para la

óptima atención de los equipos de radioterapia en teleterapia y braquiterapia. La falta de equipos, infraestructura y personal encargado del tema revelan los largos traslados y costos económicos que deben sufragar los pacientes para recibir la atención que conlleva su tratamiento. Un cálculo sencillo muestra que para atender a 100% de mujeres de 50 a 69 años de edad en el país con pruebas de mamografía (es decir, la población objeto del actual *Programa Nacional de Salud–PNS*) se requeriría, que los 2 780 radiólogos registrados hasta la fecha en el *Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas* (CONACEM) trabajaran los 365 días al año y que existieran los equipos necesarios, cada uno de ellos atendiendo por día un aproximado de siete mujeres, ya que de acuerdo con el CONAPO, para 2009 la población femenina en el rango estipulado ascendió a 7 071 509 (CONAPO, 2006).

Las disparidades en el acceso y la calidad de atención a los servicios de CaMa también constituyen un serio obstáculo para la detección oportuna de neoplasias malignas, así lo demuestran estudios como el de Velásquez *et al.* (2009) realizado en Colombia, en donde se evidenció que las mujeres con una situación más acentuada de vulnerabilidad social, como son las subsidiadas por el gobierno y las mujeres pobres que no cuentan con seguro de salud tienden a tener un diagnóstico tardío de la enfermedad e inician su tratamiento en estados avanzados. Algunos otros inconvenientes a los que se enfrentan son baja accesibilidad a la prestación de los servicios, deficiencia de recursos para pagar por medicamentos y escasa oferta en puntos no urbanos. En este mismo aspecto, Sosa, Walker y Serván (2009) encontraron que las mujeres de áreas rurales de México tienen bajas prácticas de pruebas mamográficas, lo cual está asociado con un deficiente informe de seguimiento médico, con falta de acceso a recursos médicos y con condición indígena de las mujeres.

## **I.5 PROGRAMAS Y RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MÉXICO**

### **I.5.1 Organización del sistema de salud y el marco institucional**

La atención a la salud de los mexicanos es un derecho universal consagrado en la *Constitución*<sup>13</sup>, compromiso que ha sido ratificado en diferentes espacios internacionales y que se ha plasmado tácitamente en la *Ley General de Salud*.<sup>14</sup> Sin embargo, se ha sostenido

---

<sup>13</sup> El artículo 4 de la Constitución se contempla que “*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud*”.

<sup>14</sup> Promulgada el 4 de febrero de 1984.

que la traducción de este derecho para toda la población ha tenido matices que obstaculizan en mayor o menor medida la resolución de los problemas del proceso de salud–enfermedad–atención (Castro, 2006). Al margen de esta discusión, algunos de los hitos en el sistema de salud en México que vale la pena resaltar, tienen que ver con la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada entre 1985 y 2000, la creación del INSP en 1987, la implementación del *Programa de Vacunación Universal* (1991) y la operación del *Programa de Educación, Salud y Alimentación* (PROGRESA) en 1997 –hoy conocido como *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*–, este último con una extensión progresiva entre la población de bajos recursos económicos en el área urbana y rural del país (Knaul *et al.*, 2009c). Junto con estos avances, se desarrolló en paralelo la creación de algunas instituciones que buscan garantizar los derechos y la calidad de los servicios de salud. Se destacan (Knaul *et al.*, 2009c):

- Creación de la *Comisión Nacional de Arbitraje Médico* (CONAMED) (1996). Su función es buscar resolver –a través de la conciliación y el arbitraje–, las diferencias que surgen entre proveedores y pacientes.
- Creación de la *Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios* (COFEPRIS) (2001). Se encarga de proteger a la población contra eventos que ponen en riesgo la salud humana por exposición a factores biológicos, químicos o físicos en el medioambiente o en los productos que se consumen.
- Reforma de la *Ley General de Salud* (2003). Se originó el *Sistema de Protección Social en Salud* en el cual la población no asegurada tiene acceso al aseguramiento público en salud a través del SP.

En lo concerniente al CaMa un punto destacable en la mejora de medidas específicas en salud, dirigidas a las mujeres se refiere al establecimiento de la *Cartilla Nacional de la Salud de la Mujer*<sup>15</sup> (CNSM), creada en 1998, con el fin que las mujeres lleven un registro sistemático de las tareas preventivas y curativas. Esta cartilla está diseñada para que todas las

---

<sup>15</sup> Es un documento concebido con el fin que las mujeres entre los 20 y 59 años de edad puedan llevar el registro de los servicios de salud recibidos. Este instrumento está diseñado para hacer seguimiento de las acciones preventivas, de detección y tratamiento de enfermedades. Su carácter es gratuito y se utiliza en todas las unidades médicas: IMSS, ISSSTE, DIF, PEMEX, SEDENA, SEMAR y el sector privado. Además del registro de medidas para el cáncer de mama (ECM y mamografía), esta cartilla incluye datos de identificación de las mujeres y de las actividades de: promoción de la salud, atención médica, nutrición, esquema de vacunación, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y salud sexual y reproductiva.

acciones encaminadas al examen clínico de mamas y pruebas mamográficas queden registradas en el formato.

Para el ámbito nacional las estrategias, metas y acciones específicas dirigidas a la atención del CaMa están esbozadas en el PNS y, coherente con esto, se describe detalladamente en el *Programa Sectorial de Salud* (PROSESA). Actualmente en ambos documentos (para el periodo de gobierno en curso 2007–2012) se tiene contemplada como meta principal “incrementar al triple la cobertura en el último año de detección de CaMa por mamografía en mujeres de 50 a 69 años”, significando esto que se debe lograr una cobertura efectiva de los servicios personales de salud<sup>16</sup> para CaMa en todo el territorio mexicano, igual a 21.6%. En el informe de *Rendición de Cuentas en Salud 2008 del Gobierno Federal* se reportó que la cobertura mediante mamografías en el grupo de edad citado fue de 8.2%, lo que representó un incremento con la línea base (7.2%) de 13.9%, no obstante, en dicho documento se menciona que esta cifra está muy por debajo de la meta de 2012, lo que llevará a la evaluación de esta situación (SS, 2009).

Por otro lado, teniendo en cuenta las demandas crecientes de los servicios de CaMa y la insuficiencia en equipos y personal médico que pueda atender oportunamente a las mujeres en riesgo de padecer la enfermedad, esta patología fue incluida en el *Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos* (FPGC),<sup>17</sup> lo cual permite que toda mujer sin seguridad social y con diagnóstico de CaMa tenga cubierto el tratamiento integral de la enfermedad de manera gratuita; no obstante, esto no es una garantía universal, ya que muchas de las mujeres que padecen la enfermedad no llegan en algunos casos a diagnosticarse, debido a la deficiente cobertura de servicios preventivos y de atención a la salud, incluso al desconocimiento de muchas sobre los riesgos de sufrir de la enfermedad.

Con el fin de lograr que los objetivos propuestos en el *Programa Nacional de Salud* para CaMa tuvieran articulación con las acciones específicas en la materia se estableció el

---

<sup>16</sup> La cobertura efectiva de una intervención se define como “la fracción de ganancia potencial en salud” que el sistema de salud puede aportar a través de una intervención que se está ofreciendo o que está disponible (SSA, 2007a).

<sup>17</sup> Este fondo es parte del *Sistema de Protección Social en Salud* y busca otorgar servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con seguridad social y que padecen enfermedades de alto costo que pueden poner en riesgo su vida y patrimonio familiar, mediante la gestión de los servicios de salud a través de la *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*. Los gastos catastróficos son los gastos que se derivan de tratamientos y medicamentos que tienen un costo muy alto debido a su grado de complejidad o especialidad y la baja frecuencia con que ocurren. El FPGC cubre 49 intervenciones médicas de 8 padecimientos diferentes: cáncer cérvico-uterino, VIH/SIDA, cuidados intensivos neonatales, cataratas, cáncer de niños y adolescentes, trasplante de médula ósea, CaMa, trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos (Enfermedades cubiertas por el *Seguro Médico Nueva Generación*). Disponible en: [http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=84&Itemid=115](http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=84&Itemid=115) [Fecha de consulta: 14 de febrero de 2009].

*Programa de Acción Específico para Cáncer de Mama* (PAE), el cual se diseñó para intervenir sobre los siguientes componentes: diagnóstico y organización del PNS, determinación de su misión y visión, el marco jurídico en el que se sustenta, los objetivos y las estrategias generales y específicas, la estructura y los recursos necesarios para alcanzar las metas propuestas, los procesos críticos que se habrán de enfrentar, la determinación de la matriz de los actores que han de participar, la delimitación de las responsabilidades y, finalmente, los mecanismos que habrán de aplicarse para el seguimiento y la evaluación del Programa.

Pese a todos los esfuerzos por organizar el sistema y ofrecer servicios efectivos y oportunos en el país, los recursos públicos dispuestos para la educación, prevención, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos en CaMa, son aún insuficientes. De este modo, la presencia de organizaciones civiles en México para apoyar desde diversos frentes las tareas para el CaMa ha sido notoria (Maza y Vecchi, 2009). Hasta 2009, la SS tenía registradas 76 organizaciones de la sociedad civil relacionadas con el CaMa en toda la República Mexicana, sus funciones abarcan desde campañas de concientización o bien, programas asistenciales para detección y tratamiento de la enfermedad. Entre las principales organizaciones de lucha contra el CaMa se destacan: el *Grupo Reto*, con presencia en las 32 entidades federativas; *Fundación Cim\*ab*, con sedes en Ciudad de México y Monterrey; La *Fundación Mexicana de Fomento para la Prevención Oportuna del Cáncer de Mama, A.C.* (FUCAM), que en fechas recientes ha suscrito convenios con el *Instituto Nacional de Medicina Genómica* (INMEGEN) y el Gobierno del Distrito Federal (GDF); *Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer*; y la iniciativa “*Tómatelo a Pecho*” de la *Fundación para la Salud A.C.* (FUNSALUD) e Instituto Carlos Slim de la Salud (CARSO) (Maza y Vecchi, 2009).

### **I.5.2 Servicios de salud y recursos disponibles para la atención del cáncer de mama en México**

Diversos investigadores, e incluso los propios entes gubernamentales, reconocen que una falla actual en los sistemas de salud en México se deriva de la insuficiente infraestructura para la atención del CaMa y la falta de personal capacitado en las labores de detección, diagnóstico y tratamiento (Brandan y Villaseñor, 2006; SS, 2008; Mohar *et al.*, 2009; Knaul *et al.*, 2009a; Knaul *et al.*, 2009c; Maza y Vecchi, 2009; SS, 2009).

Con sustento en reportes de la SS (2008) se encontró que a lo largo y ancho del territorio existían hasta 2007, 23 Centros Estatales de Cáncer (CEC) y 27 hospitales generales

que atienden asuntos relacionados con el CaMa. Mohar *et al.*, (2009) pudieron constatar que en Zacatecas y Campeche estos CEC están en construcción. Entre tanto, Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala, Morelos, Quintana Roo y Baja California no tienen instalado ningún CEC. Un caso especial se presenta con el CEC del Estado de México, donde solo se atiende población derechohabiente del *Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios ISSEMYM* con diagnóstico de CaMa (Mohar *et al.*, 2009), lo que implica que la población no derechohabiente tenga que trasladarse a la capital del país para recibir tratamiento especializado.

En cuanto al recurso humano, la SS (2008) reconoce la necesidad de ampliar la plantilla de personal médico en 100%, principalmente con especialistas en radiología, cirugía oncológica, oncología médica, radioterapia, patología y en física médica; solo así se lograrían cubrir las demandas de alrededor de 8 736 428 mujeres de 45–64 años de edad y 12 mil mujeres diagnosticadas cada año con este tumor maligno. Se tiene que en México existen 2 680 médicos radiólogos en general, pero de éstos solo 110 están certificados para establecer el diagnóstico especializado en mama (Villaseñor, 2009). Se calcula que se requieren de 4 a 7 radiooncólogos por cada millón de habitantes. Esto quiere decir que para la población no derechohabiente de México (alrededor de 45 millones) se necesitan de 200 a 350 de estos especialistas. A nivel de los CEC existe una disponibilidad de 58 profesionales con estas características que atienden a población sin seguridad social (Mohar *et al.*, 2009).

Por último, la SS (2008) señala que en los últimos años ha fortalecido el equipamiento en las 32 entidades federativas, principalmente con mastógrafos y ultrasonidos. No obstante, estos recursos son limitados para atender las necesidades de la población en riesgo, la cual debido a las transiciones demográfica y epidemiológica va en aumento. En las instituciones públicas de salud el número de mastógrafos disponibles pasó de 120, en 2001 a 413, en 2006 (SS, 2008). Hasta el día de hoy no existe una red de atención dedicada al CaMa, sin embargo, una de las estrategias planteadas en el PAE para CaMa consiste en establecer un modelo de detección, dirigido a las mujeres con mayores riesgos (de 50–69 años de edad).

Conexo al tratamiento se ha explicado que de cada 100 pacientes que reciben quimioterapia en etapa temprana solo cuatro se benefician, debido a que ésta es prescrita incluso en usuarias que no la requieren, y en quienes sería suficiente una terapia hormonal. Aparte de las implicaciones para el paciente estas medidas son contraproducentes para el sistema económico de salud (Montalvo, 2011).

### **I.5.3 Normatividad y recursos en el Distrito Federal**

En cuanto al Distrito Federal, las acciones dirigidas al CaMa tienen como principal objetivo superar las barreras para el acceso a los servicios de atención en salud, especialmente en la población no derechohabiente. La prestación de servicios para esta enfermedad venía dándose a través de diversos programas que eran: 1) red de mastógrafos de la SS, 2) programa gratuito de atención integral del cáncer (INMUJERES), y 3) programa de detección de cáncer de mama a cargo del DIF; además de las jefaturas y delegaciones que emprendían acciones de manera autónoma e independiente. Cada programa contaba con sus requisitos y sus recursos, además de que sus métodos de promoción empleados diferían entre los mismos. No existía interrelación entre estas iniciativas y cada una se manejaba de manera independiente (González *et al.*, 2010), esto permitía que a una misma mujer acudir a uno o a todos los servicios de detección de CaMa que le eran ofrecidos. El común denominador de los programas era que ofrecían principalmente exámenes mamográficos y que, en diferente medida, promocionaban la AEM y el ECM, otorgados bajo diversos criterios.

En 2010, la *Comisión de Salud y Asistencia Social, de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal* impulsó la Ley para la atención integral del cáncer de mama, con lo cual se busca garantizar el acceso gratuito a todas las mujeres a los servicios de salud pública para la prevención, atención y rehabilitación de esta enfermedad y faculta a la Secretaría de Salud del Distrito Federal a incluir en su proyecto de presupuesto los recursos para el desarrollo del *Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama (PAICMA)*. El presupuesto de este programa pasó de 23,83 millones de pesos en 2005 a 39 millones en 2010. Este programa destaca por ser el único en su tipo en el contexto nacional, que presta gratuitamente servicios de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento del CaMa (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2010).

## **I.6 CÁNCER DE MAMA DESDE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

### **I.6.1 Nuevas necesidades, nuevos enfoques desde los estudios de población**

Los proveedores de servicios de salud son un vínculo fundamental entre la población y los sistemas médicos; sin embargo, pese a la importancia de su labor y al impacto de sus acciones sobre las condiciones de vida, la morbilidad y la mortalidad, su abordaje desde los

estudios de población ha sido limitado (Camarena y Lerner, 2008). En su lugar otras preocupaciones temáticas se han tratado desde el enfoque demográfico,<sup>18</sup> respondiendo así a la dinámica social, económica e histórica que ha estado presente en el ámbito público (Ordorica, 2003). De hecho, tal como lo observó Canales (1999), tanto los planes académicos, como los seminarios teóricos y metodológicos han discurrido en el marco latinoamericano sobre la dinámica poblacional y el proceso de desarrollo vigentes. Sobre esto último, unos de los temas que mayor desarrollo académico y político han tenido alrededor del mundo (con fuerte ímpetu en los países en desarrollo) en el último siglo han sido los estudios de fecundidad y sexualidad; Asimismo, ejes como el crecimiento poblacional y desarrollo, la nupcialidad, la migración (especialmente la emigración de mexicanos hacia los EUA), la fuerza de trabajo y posteriormente el envejecimiento estuvieron –y siguen estando– constantemente promovidos en el campo de investigación de los estudios poblacionales (Miró, 2006).

En cuanto al análisis de la mortalidad, las investigaciones de población en México, a principios de los años 80, se habían concentrado en el desarrollo de instrumentos para la estimación de sus niveles, algo similar a lo que venía ocurriendo en otros países de América Latina (Gómez, s/f). Una vez que se logró avanzar en el estudio detallado de la letalidad (grupos de edad, sexo, regiones), las inquietudes actuales giran en torno a aspectos como la realización minuciosa de tablas de vida para la población de 65 años en adelante, así como para la mortalidad en los primeros meses de vida (Ordorica, 2003), por ejemplo. De manera paralela, aunque sin el mismo peso, desde la práctica demográfica se ha comenzado a explorar el ámbito de la morbilidad, principalmente por la fuerte discapacidad que está causando en adultos en edades productivas y en mujeres en edades reproductivas (Leslie, Kurtzman y Goldani, 2001; Mina, 2010).

Aunque la preferencia académica, política e institucional parece seguir conservando su vigencia frente a los álgidos temas de población, también es evidente la necesidad de transitar por senderos alternativos e innovadores del conocimiento sociodemográfico. El resquebrajamiento de las teorías eurocentristas, que fueron adaptadas a las sociedades de América Latina desvirtúan la realidad de los países menos desarrollados, donde existe un entramado sociocultural y una dinámica demográfica *per se* que exacerba los propios límites explicativos de la teoría moderna (Sarrille, 2001). En clara controversia frente a la postura acrítica que se ha tenido en cuanto a los postulados europeos, Canales (2004) opina que es

---

<sup>18</sup> García (2004) es clara en afirmar que la selección de los problemas y de los campos temáticos es necesariamente arbitraria, y por lo tanto refleja los sesgos y preferencias personales.

justamente a partir de los silencios y de las verdades ignoradas de nuestras comunidades cuando se hace necesario repensar la cuestión poblacional y reconstruir un discurso demográfico *para y desde* América Latina.

Los sustentos tanto teóricos como metodológicos que soportan el quehacer demográfico –y de otras ciencias sociales– han entrado en una fase de franco declive. Esta crisis de los denominados “metarrelatos” (Canales, 2004:47) exhorta a conocer a fondo los nuevos cambios subyacentes en las sociedades modernas, sin dejar de lado el foco particular que cada fenómeno encierra en un contexto histórico, geográfico y cultural en concreto. Romper los viejos y obsoletos paradigmas y mirar desde otro ángulo los problemas, entre otras razones, son los nuevos desafíos que deben enfrentar los estudiosos de los temas poblacionales. Ello implica, que exista una cosmovisión amplia y ponderada de los eventos demográficos con cierto grado de permeabilidad para otras disciplinas (Ordorica, 2003; Canales 2004).

La vinculación de la investigación teórico–metodológica de la demografía con otros campos del saber surge como una necesidad de profundizar aún más en esa puerta entreabierta de la multidisciplinariedad, con el fin de trascender de los estrechos límites que impone el análisis unidireccional de los eventos poblacionales y que solo conduce a tener una visión fragmentada de la realidad. Esta es una tarea que implica agregar un componente de creatividad y “mano de obra artesanal”, ya que como bien lo plasma Benítez (2001:29):

“Uno de los privilegios de cualquier actividad, se logra cuando adquiere una cierta dimensión de creatividad, ya sea en las muy variadas del arte, como en las científicas, o bien en aquellas especulativas como la filosofía o las matemáticas en su modalidad de métodos creativos o ‘puentes’ para buscar o ampliar explicaciones”.

Solo así, mediante una cosmovisión de los fenómenos sociales y de un pensamiento transdisciplinario que asume múltiples dimensiones, será posible aceptar diversas lecturas a partir del espesor sociocultural, propio de la vida contemporánea (Canales, 2001). Igualmente importante es por lo tanto ahondar en el conocimiento de los distintos actores que están inmersos en los procesos sociales de interés, y es justamente en esta dirección en la que pretende apuntar el presente trabajo. El desafío en la investigación de la muerte/mortalidad, según González (2000), es el análisis de elementos que permitan estudiar la complejidad de su representación y de comportamiento social, con lo que será posible conocer las nuevas

realidades sociales hasta convertirse en un referente de las formas que asume la desigualdad social.

El CaMa, además de ser un evento que se relaciona estrechamente con la mortalidad de las mujeres, es un fenómeno que trastoca directamente la vida sexual y reproductiva de las mismas, resaltándose así su doble potencial de análisis dentro de los estudios de población. En el ámbito de la SSR, el estudio del CaMa cobra mayor relevancia dado que, como lo han plasmado Camarena y Lerner (2008), la estrechez y parcialidad de la visión puesta en los programas de SSR se ha fundamentado en la promoción y uso de métodos anticonceptivos, así como en la procreación, siendo esto un obstáculo para considerar o intervenir en otros problemas de salud reproductiva en los que todavía hay muchas necesidades que no son tomadas en cuenta. Estas mismas autoras sustentan que el terreno de los servicios de salud es de particular interés para el entendimiento de la racionalidad médica, la cual requiere ser investigada con mayor profundidad para ilustrar las circunstancias y los actores que participan y confluyen en las opciones de las mujeres.

A su vez, este espacio en el que se fraguan las interrelaciones entre médicos y mujeres es propicio para poner el acento en las representaciones de género y pobreza que median entre ambos y que se convierten en obstáculos para satisfacer las necesidades entre quienes reciben los servicios de salud. Siguiendo a Ariza y a Oliveira (2008), el cruce de estas dos variables arroja grados de inequidad según el tipo de sociedad de que se trate.

### **I.6.2 Práctica médica y cáncer de mama**

Por sus mismas características, el CaMa es un problema que presenta complejas aristas. Desde el punto de vista de las mujeres se han documentado las barreras de tipo social, cultural, económico, y otras que median en la búsqueda de atención en los servicios de salud y en la toma de decisiones concernientes con el bienestar propio (este aspecto se retomará con más detalle en el capítulo III). Sin embargo, para comprender la participación o exclusión de las mujeres en los programas de detección temprana del CaMa, y, en general de los servicios de salud, se debe considerar que esta enfermedad trastoca dos esferas que presentan sus propias resistencias y contradicciones; las mujeres y su cuerpo se instalan en el ámbito de lo privado, mientras que los médicos en el público (López, 1999).

Ortega (2003) considera que este desencuentro produce serias consecuencias para la salud de la mujer y, por lo tanto, los proveedores de servicios de salud deben aproximarse y conocer el fenómeno complejo de salud–enfermedad propio del cuerpo femenino que se

ubica predominantemente en el espacio de lo privado. Dado que las pruebas de detección del CaMa (desde la enseñanza de la autoexploración hasta el examen clínico y la mamografía) remiten a introducirse en la vida privada del cuerpo de la mujer (las mamas), así como en los temores, la vergüenza, los tabúes, suscitados alrededor de las mismas, es el médico el encargado de ubicar las prácticas de detección oportuna en esta complejidad de hechos, pensamientos y censuras sobre un tema que para algunas aparece anónimo. Para determinadas mujeres, el hecho de mostrar sus cuerpos –y en este caso una parte sexual–, representa un impedimento al tener que exhibirlo ante, por ejemplo, un médico (Palacio, 2008).

Cabe decir que aunque la atención del CaMa implica diversas construcciones de género que hacen que algunas mujeres no acudan a los servicios de salud y que no accedan a realizarse las múltiples intervenciones para la detección de tumores (Rohlfis *et al.*, 2000; Hernández, Arenas y Valdés, 2005; Secretaría de Salud, 2011), todavía no se ahonda en la forma cómo los médicos construyen estas representaciones y, mucho menos, se conoce cómo afectan éstas la prestación de los servicios de salud. Más aún, en México todavía no se ha profundizado sobre las conexiones entre género y nivel socioeconómico que median entre los profesionales de la salud al momento de hacer intervenciones de promoción y de prevención, así como también en la práctica asistencial frente al CaMa; de ahí que se requiera incorporar estos ejes analíticos en los estudios sobre el tema, con el fin de generar evidencias, hasta ahora no exploradas.

Si bien la práctica médica se ha circunscrito a un plano primordialmente técnico–científico (McKeown, 1982), este espacio y sus actores no están ajenos a las visiones y adhesiones estereotipadas de hombres y mujeres que conllevan a servicios de salud diferenciados para unos y otros. Estas interpretaciones de lo que corresponde a lo masculino y lo femenino están presentes en las opiniones individuales y se concretan en el trato, en los procedimientos, en las recomendaciones y hasta en los medicamentos y tratamientos que se emplean con cada sexo (Reyes, 1999; Pérez *et al.*, 2000; Ruíz, 2004).

Entre tanto, la pobreza comparte con el género el que ambos son categorías socialmente construidas, que operan de modo jerárquico y que refuerzan las inequidades entre individuos y grupos (Ariza y Oliveira, 2008). Martínez y Martínez (2008) encontraron una conexión ineludible entre la muerte por CaMa y el grado de pobreza de las mujeres, concluyendo que aunque la muerte por esta causa afecta indistintamente a las mujeres de diferentes niveles socioeconómicos, son las mujeres que viven en las condiciones socioeconómicas más desfavorables las que tienen una mayor probabilidad de morir por esta

causa. En este punto el género y la pobreza se imbrican, provocando una doble vulnerabilidad en las mujeres, quienes se encuentran expuestas a que los médicos decidan y opinen sobre su cuerpo.

Por otra parte, las evidencias empíricas que señalan la relación entre diversos factores de índole social, económico, ambiental, biológico y cultural con los riesgos de padecer CaMa, aspectos como las llamadas causas médicas o iatrogénicas aparecen como eslabones finales de la cadena de sucesos que desenlazan en estados mórbidos e incluso en la muerte misma de los individuos. Por ello:

“Intentar profundizar en las asociaciones causales, directas o indirectas, que existen en los factores determinantes y los problemas de morbi–mortalidad que afectan una población y que aparecen reflejados en las causas médicas de la enfermedad y la muerte, es uno de los retos metodológicos que más interés y atención suscita desde la perspectiva del análisis epidemiológico y demográfico” (Bernabeu, 1991:56).

El hecho de que el médico no emprenda acciones preventivas e incluso no informe sobre pruebas diagnósticas para el cáncer mamario, incide para convertirse en aspectos problemáticos en el ámbito de la salud de las mujeres (Díaz y Cordero, 1991). De ahí que los médicos deban contar con las habilidades técnicas, con el conocimiento específico sobre la enfermedad y con la capacidad didáctica para educar y concientizar a las mujeres sobre la realización de diagnósticos oportunos sobre la enfermedad. Este tipo de personal se convierte en el contacto inicial de muchas mujeres quienes acuden por diferentes motivos a los servicios de salud (Lantis, Green y Joyce, 2002; Torres y Vladislavovna, 2007) y es, por lo tanto, una oportunidad única que se presenta para poder desarrollar las acciones de prevención y atención apropiadas (Alfonso, 2009). Similares argumentos utilizan Garrido y otros (2008) quienes identifican al médico como un actor importante en los programas de detección precoz de CaMa, ya que desde su visión, los consejos que los mismos puedan otorgar a las mujeres resultan efectivos para lograr una mayor participación en los métodos diagnósticos.

Se ha sostenido que para mantener la capacidad resolutive que se ofrece en el primer nivel de atención es indispensable que el médico –sea médico general o de familia– cumpla al menos las siguientes condiciones: a) que conozca la incidencia, prevalencia y distribución de las enfermedades en la consulta y en la comunidad, b) que esté al tanto de las innovaciones científicas y tecnológicas, y c) que tenga la capacidad de valorar la gravedad de algunas patologías específicas para derivar adecuadamente, incluso cuando dichas enfermedades no

sean las más prevalentes (Palomo, Gervas y García, 1999). Si un médico perteneciente a la red primaria de salud no está familiarizado con determinada enfermedad (por ser de baja frecuencia o por no contar con las suficientes destrezas y conocimientos), la eficiencia de sus servicios diagnósticos y terapéuticos pueden verse limitados sin que se logre dar una solución apropiada en el servicio.

Como ya se presentó, la Norma designa responsabilidades a los médicos del primer nivel de atención, quienes deben encargarse de la prevención secundaria para el CaMa, sin embargo, poco se conoce de sus prácticas y mucho menos de las opiniones que los mismos tienen frente a estas funciones y de las manera como las llevan a cabo. En el caso del CaMa las tareas del médico del primer nivel de atención (médicos generales, médicos familiares, entre otros) son de suma relevancia para el resto del proceso de atención de la enfermedad, ya que de ellos depende que la información a las mujeres llegue claramente, que las prácticas de detección sean efectivas y oportunas y que las referencias a otros especialistas u otros niveles de atención se den correctamente. Estas labores no son de por sí tan complejas pero este recurso humano, inscrito en el nivel más básico de atención a la salud, se le ha recargado un largo periodo dedicado en el consultorio al paciente ambulatorio (González, 2006), lo que los limita para emprender acciones sistemáticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Aunado a esto, se tiene la saturación de los servicios por la prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias, y por problemas de nutrición, asuntos que ocupan la mayor demanda de atención para este personal de salud (González, 2006).

Unger e Infante (2010) indican que es hora de dejar de culpar a las pacientes en la detección tardía del CaMa; en cambio proponen investigar los factores contextuales y de los servicios de salud que inciden en el retraso de la atención médica, puesto que en su estudio, realizado en el INCAN, 76% de las mujeres entrevistadas<sup>19</sup> aludieron haber solicitado atención por CaMa y 65% de ellas recibieron tratamiento seis meses o más, después de haber identificado por primera vez el problema. La Norma especifica que el tiempo entre el momento del tamizaje y el inicio del tratamiento no debe exceder de 66 días hábiles.

### **I.6.3 Recuento de algunas búsquedas: investigaciones con proveedores de salud**

Para evidenciar la necesidad de estudiar la visión de los médicos y conocer su labor para determinar cómo éstos se relacionan con la detección del CaMa, se realizó una búsqueda

---

<sup>19</sup> Se realizaron 125 encuestas y 17 entrevistas a profundidad con pacientes del INCAN.

sistemática de trabajos que se enfocaran en esta población en México. Antes de empezar con la descripción de los trabajos a nivel nacional es preciso indicar que Unger e Infante (2009) hicieron una revisión de la literatura disponible, con el fin de dar cuenta de los elementos que influyen en el retraso de la atención médica del CaMa alrededor del mundo; las autoras pudieron observar que los factores estudiados que están relacionados con los proveedores de servicios de salud son notablemente menores, en comparación con los factores individuales (del paciente), los cuales han sido abordados con mayor frecuencia. Ellas atribuyen esta disparidad de posturas a dos elementos:<sup>20</sup> 1) el enfoque de los agentes médico–sociales que compiten con los abrumadores avances en el conocimiento y en la tecnología biomédica, y 2) el hecho de que el modelo médico ha imputado los problemas de salud y la falta de atención médica a las personas afectadas, sin tomar en consideración la influencia ejercida por los factores socioestructurales y por las desigualdades que conducen a una distribución diferencial de la enfermedad, del acceso a los servicios de salud y de la calidad de la atención.

El cuadro I.11 muestran las brechas entre los estudios dirigidos a pacientes y proveedores de servicios de salud; tal como se puede observar, la diversidad temática, así como el tipo de estudio en términos de abordaje cuantitativo o cualitativo han sido más gruesos para el primer grupo poblacional mencionado.

Cuadro I.11 Estudios cualitativos y cuantitativos relacionados con el retraso en la atención de cáncer de mama en el mundo, 2009

Factores	Tipo de estudio	
	Cualitativo	Cuantitativo
<b>Con los pacientes</b>		
Sociodemográficos	11	88
Conocimientos y creencias	11	18
Factores psicológicos	42	33
Signos/Síntomas	11	19
Redes y apoyo social	2	3
Uso de servicios de salud	6	23
<b>Con los proveedores</b>		
Características y síntomas del paciente (desde la visión médica)	0	38
Calidad de los servicios	3	16

Fuente: Unger e Infante, 2009.

<sup>20</sup> Traducción propia.

Específicamente en México los estudios realizados con proveedores de servicios de salud también son pocos. A continuación se hace un esbozo general de las investigaciones hasta ahora rastreadas (desde la más antigua a la más reciente), que incluyen la mirada de médicos frente al CaMa. Principalmente, los enfoques utilizados en estos trabajos son de corte epidemiológico y sociológico y los temas abordados son conocimiento y destrezas de los profesionales de la salud en CaMa, obstáculos y barreras presentes para las prácticas de detección y percepción de la calidad de los servicios ofrecidos.

- El primer trabajo subrayado corresponde al de Cumpián (2000) que tenía como propósito identificar el nivel de conocimiento y frecuencia de los exámenes sobre detección oportuna del CaMa y del CaCu entre 291 trabajadores de cinco instituciones del sector salud, en Piedras Negras (Coahuila). Esta autora encontró que el promedio de conocimiento del personal sobre técnicas de detección oportuna fue de 56.4%, lo cual sitúa este saber cómo bajo. Además de lo anterior, pudo observar que a pesar que existían programas de capacitación continua para el personal de salud, los resultados distaban mucho de haber logrado los objetivos propuestos. Finalmente concluyó que los factores culturales y la escasa capacitación influyen de manera determinante para la no práctica de solicitar exámenes para la detección oportuna del CaMa.
  
- Posteriormente, en 2004, Poblano, Figueroa y López, realizaron un trabajo bajo el título *Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama*, cuyo objetivo central fue identificar algunos de los condicionantes institucionales y socioculturales que influían en la utilización del examen clínico de mamas en el Distrito Federal. Entre otros aspectos, se resaltó el hecho de la mala percepción en la calidad de la atención por parte de las usuarias, mientras que los médicos varones mostraron desinterés y temor frente a esta prueba. En cuanto a las mujeres médicas, parecía haber mayor interés por realizar la AEM, y sus pacientes estuvieron más dispuestas a que ésta se realizara cuando el personal de salud era de su mismo sexo.
  
- Un último trabajo lo desarrollaron Nigenda, Caballero y González (2009), donde se investigó a los proveedores de servicios de salud de Oaxaca y del Distrito Federal, las pacientes y sus parejas. En este estudio, de corte cualitativo, se demuestra que la presencia de barreras para el acceso a los servicios de salud está vinculada con la disponibilidad de la información, la relación con los prestadores de servicios y con patrones culturales de

interacción entre las mujeres diagnosticadas, sus parejas y familias. Los testimonios de los entrevistados mostraron que los médicos no tienen un conocimiento preciso o reciente acerca del diagnóstico y del procedimiento clínico del CaMa, lo cual altera directamente la detección temprana. Por ello, los autores sugieren que como un aspecto de política de atención debe redefinirse el primer contacto de las mujeres para la atención del CaMa, o en su defecto, deberá procurarse mayor sensibilización y adiestramiento de los profesionales que actualmente se ubican en este nivel, sea en instituciones públicas o privadas.

Tal como lo plantean Poblano, Figueroa y López (2004), los estudios con proveedores médicos deberán partir desde el análisis de lo social, de los escenarios y contextos de los profesionales, y hasta de sus contenidos cognoscitivos. Este trabajo pretende contribuir en esta línea y es por ello que, teniendo en cuenta el entorno epidemiológico, demográfico y social que se ha plasmado hasta este punto se prosigue a delimitar los puntos clave que se desglosarán en este estudio y que serán la guía para el desarrollo del mismo.

## **I.7 INTERESES Y ALCANCE DEL ESTUDIO**

### **I.7.1 Preguntas orientadoras**

La pregunta central que surge a partir de los temas tratados, y teniendo como punto de partida la visión del personal médico del primer nivel de atención de dos zonas de alta y muy alta marginación de Tlalpan e Iztapalapa, va en el siguiente sentido:

*¿Cuáles son las principales barreras de acceso y uso de servicios para cáncer de mama derivadas de la organización de los servicios médicos y las concepciones de género y pobreza acerca de las mujeres que pueden afectar negativamente la detección oportuna de esta enfermedad?*

De ésta se desprenden algunas preguntas específicas como:

- *¿Por qué si hay un énfasis sobre la prevención primaria del CaMa, las mujeres siguen siendo diagnosticadas tardíamente?*
- *¿Qué tipo de prácticas de detección de cáncer de mama llevan a cabo el personal médico con las mujeres que acuden al primer nivel de atención en salud?*
- *¿Quién o quiénes son los encargados de promover la detección del cáncer de mama entre las mujeres que asisten al primer nivel de atención?*
- *¿Cuáles son las principales barreras de acceso y uso de servicios de salud que aducen los médicos tener para la atención oportuna del cáncer de mama?*
- *Con base en evidencias existentes sobre la atención del CaMa en las mujeres ¿Qué tanto se parecen o no sus barreras con las que identifica el personal de salud?*

### **I.7.2 Hipótesis de trabajo**

En este trabajo, la hipótesis interpretativa más general que se tiene es:

*La atención del cáncer de mama en el primer nivel de atención de las zonas de marginalidad Alta y Muy Alta del Distrito Federal se ve obstaculizada por la manera como están organizados los servicios de salud, además de concepciones de género y pobreza que tiene el personal médico sobre las pacientes que impactan negativamente la detección oportuna de la enfermedad. Si bien la organización de los servicios se da en un contexto de marginación, existen otros factores asociados con juicios de valor de los proveedores en salud que impiden o retrasan el acceso y uso de los servicios médicos para cáncer de mama.*

### **I.7.3 Objetivos**

#### ***General***

*Analizar las prácticas y los discursos que los médicos del primer nivel de atención en salud tienen respecto a la detección del cáncer de mama haciendo énfasis especial en la organización de los servicios de salud y las construcciones de género y pobreza alrededor de las mujeres.*

#### ***Específicos***

- 1. Describir los procesos de atención del cáncer de mama de las mujeres mexicanas, de acuerdo con algunas variables sociodemográficas.*
- 2. Describir los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, incluyendo el cáncer de mama, de algunos médicos del primer nivel de atención de zonas de Alta y Muy Alta marginalidad del Distrito Federal.*
- 3. Identificar las necesidades que los médicos expresan tener para brindar una atención adecuada de servicios de salud para el cáncer de mama.*
- 4. Analizar las barreras que se vislumbran en el discurso de los proveedores médicos para la atención adecuada del cáncer de mama en el primer nivel de atención.*

### **I.8 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN**

Este primer capítulo compila la guía de trabajo que será desarrollada a lo largo de la investigación. De manera general se presentaron algunos antecedentes acerca de los cambios epidemiológicos en la población mexicana y el paso de las enfermedades infecciosas a las crónicas y degenerativas, reseñando puntualmente el caso del CaMa. Ligada a esta afección, se mostraron los patrones de morbilidad y de mortalidad internacional y en México, así como los años de vida perdidos en el país a causa de esta enfermedad. Para observar el

comportamiento de esta patología se fraccionó el análisis por puntos geográficos (estados y regiones) y por medio de otras variables sociodemográficas de las mujeres.

Se habló del incremento de la tasa de mortalidad por cáncer mamario en la población femenina de 25 años de edad o más (que pasó de 5.5 por cada 100 mil mujeres en 1979 a 10.6 en 2009), entendiendo que este fenómeno requiere de acciones especializadas y de recursos financieros, técnicos y humanos para combatir o revertir su tendencia ascendente. Sin embargo, es fundamental lograr que las mujeres asuman estilos de vida saludables, hábitos de prevención de la enfermedad, los cuales pueden adquirir a través de la enseñanza médica.

Se discurió sobre los últimos planteamientos alrededor de las técnicas de detección de CaMa (AEM, ECM y mamografía), citando los organismos internacionales con mayor influencia en el tema. Se encontró que la mamografía es el instrumento con la más alta valoración por expertos, aunque se reseña la utilidad, bajo ciertos parámetros, de las otras dos pruebas de inspección mamaria. Por su lado, México se encuentra en un periodo de cambios en su normatividad, resaltándose la intención de lograr una mayor cobertura mamográfica a población objetivo (mujeres de 40–69 años) y la reducción de riesgos, optimizando la capacidad instalada y los limitados recursos existentes.

Se constató que el CaMa implica la interacción de elementos biológicos con los sociales y culturales, y es ahí donde radica su mayor interés desde los estudios sociopoblacionales. En este aspecto se observó que las intervenciones médicas han sido poco exploradas desde diversas perspectivas teóricas y conceptuales, siendo más abundantes los estudios que se centran en conocer la situación de las pacientes. De ahí que se decida explorar el panorama del CaMa del lado de los proveedores de servicios de salud. Además de que es interesante conocer la forma de operación de los servicios de salud para el CaMa en el Distrito Federal, también se optó por profundizar en dos puntos que resultan clave en la atención médica: las construcciones de los proveedores médicos sobre el género y la pobreza, así como su influencia en la atención a la salud.



## **CAPÍTULO II. ENFOQUES CONCEPTUALES Y ABORDAJE METODOLÓGICO**

---

---

Este capítulo está ordenado de forma tal que ubica al lector en los conceptos y ejes utilizados en el presente trabajo. También, se suministra información sobre el desarrollo metodológico que guía los capítulos siguientes. Se plantea la integración de un marco explicativo que sitúa a los proveedores de servicios en el centro de la discusión, a la vez que se refieren aspectos sociales del ámbito macro y meso que intervienen en la atención del CaMa. Dada la complejidad teórica, es necesario hacer una delimitación conceptual, haciendo hincapié en temas que resultan fundamentales para el entendimiento del fenómeno. Partiendo de los objetivos planteados en este estudio se enfatiza en categorías como género, nivel socioeconómico, organización de los servicios de salud y su influencia en la prestación de servicios de salud, con el fin de identificar barreras de acceso y de atención del CaMa. Desde esta perspectiva, se consideró útil el enfoque conceptual sobre los determinantes sociales en salud (DSS) que se ha venido desarrollando en el mundo desde hace más de 15 años. En términos generales se utilizan los postulados de Dahlgren y Whitehead (1992) y los de la OMS (2005). Al mismo tiempo se complementa con bibliografía específica en cada subtema.

Posteriormente se aborda el componente metodológico y, en concreto, se hace un recorrido detallado por el ejercicio de recolección, procesamiento de datos y análisis de la información. Se especifican las fuentes de datos utilizadas, así como el tipo de abordaje metodológico (cuantitativo y cualitativo). Se muestra la importancia y necesidad de combinar metodologías en el ámbito sociopoblacional, en especial cuando no existen fuentes únicas que permitan ahondar en el objeto de análisis. Entre otras cosas, se explica el espacio geográfico del estudio, la temporalidad, los sujetos considerados, y se muestra cómo se parte del diagnóstico de las mujeres frente al CaMa y luego se llega al estudio de caso con proveedores médicos de zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa.

## II.1 DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD: UN MARCO EXPLICATIVO Y REFLEXIVO

El abordaje de los aspectos sociales que influyen en los procesos de salud/enfermedad y las diferencias en la forma y temporalidad en que se presenta la muerte entre poblaciones es una labor compleja. En lo que toca al CaMa, existen múltiples perspectivas analíticas que van desde el ejercicio de los derechos ciudadanos hasta la atención y tratamiento de la enfermedad, tanto desde una mirada de las pacientes como de otros actores que están inmersos en la discusión.

En este punto del presente documento ha quedado sentada la importancia de la transiciones demográfica y epidemiológica, las cuales han moldeado los escenarios de morbilidad y mortalidad de la población mexicana; sin embargo, se asume que éstos son el resultado de diversos cambios que se han producido en distintos frentes (sanitario, educacional, entre otros). Aunque se reconoce *a priori* que la atención del CaMa está ligada con fenómenos sociales amplios, en este estudio se seleccionaron tres aspectos vinculados con la atención del CaMa: la organización de los servicios de salud, las construcciones de género y las construcciones de pobreza. Esta distinción se debe a que:

- Los centros de salud se constituyen en el espacio y puente más adecuado para que las mujeres reciban información e indicaciones sobre cómo, cuándo, dónde y por qué llevar a cabo prácticas de prevención, detección y atención general del CaMa (Ortega, 2003).
- Las mujeres de estratos socioeconómicos bajos suelen estar en desventaja frente a los profesionales de la salud. La relación médico–paciente por lo general se da en condiciones desiguales (asociadas con el poder) en lo que tiene que ver con la negociación de las necesidades expresadas y sentidas por las mujeres (Castro, 2008).
- Se ha evidenciado que en el plano de la SSR, existen diferencias de género en la atención y calidad de los servicios de salud que tiene impactos distintos en el bienestar individual; al mismo tiempo, dichas construcciones se modifican de acuerdo con la pertenencia socioeconómica (Ariza y Oliveira, 2008; Caballero y Villaseñor, 2008).

Los anteriores elementos operan como mecanismos que reproducen inequidades sociales, que son “...diferencias injustas y evitables en el estado de salud de los individuos, poblaciones o

grupos que tienen diferentes características demográficas, socioeconómicas o geográficas” (Vega, Solar e Irwin, 2005:9). Dichas inequidades tienen sus raíces en la estratificación socioeconómica y de género y, se vinculan con relaciones diferenciales de poder de acuerdo con las posiciones sociales. Estas condiciones se reproducen en todo tipo de espacios, entre ellos los servicios de salud. En contraposición, la equidad hace referencia a “...un conjunto de valores, políticas e instituciones tendientes a revertir la inequidad” (González y Scott, 2010:213). Dichas inequidades pueden combatirse, ya sea a través de la asignación de más recursos a las poblaciones más necesitadas (equidad vertical) o destinando la misma cantidad de recursos para poblaciones con las mismas necesidades (equidad horizontal) (González y Scott, 2010).

Las asimetrías sociales restringen las oportunidades de las personas y los grupos para integrarse plenamente a otros espacios de interacción con actores, grupos e instituciones con los que se podrían superar las desigualdades sociales. Sen (1997), propulsor de un rico marco conceptual sobre equidad, sostiene que las desigualdades entre grupos no provienen de la pobreza monetaria *per se*, más bien, el no tener un nivel de ingresos suficiente limita las posibilidades para desarrollar algunas funciones básicas para la sobrevivencia. Salles y Tuirán (2003:53) manifiestan que existen mayores riesgos de que los pobres “... padezcan daños a la salud debido a los peligros que los rodean”, dada la imposibilidad de apropiarse de la realidad circundante. En este mismo tenor, Reyes y colaboradores (2009) agregan que con frecuencia la naturaleza de las personas que habitan sitios urbano–marginales es migrante, recientemente establecida, sin redes familiares de apoyo sólidas y con un bajo nivel de ingreso. Estas características las exponen a riesgos específicos a su salud que, en muchas ocasiones, no son identificados y atendidos, a pesar de la existencia de programas efectivos. Lo anterior implica que las maneras de resolver y satisfacer las necesidades no actúan idénticamente para todos, puesto que las condiciones de cada persona, corresponden con un contexto cultural e individual específico que presenta gradientes particulares.

En este sentido, los DSS suministran un marco explicativo para analizar las relaciones entre la forma cómo se organiza y se desarrolla una sociedad y la influencia sobre la situación de salud de la población. Los DSS son definidos como “las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que tienen influencias sobre el proceso salud/enfermedad o las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre” (Tarlov, 1996:72).

La perspectiva médico–social ha contribuido a la construcción de pensamiento crítico que analiza tanto los procesos de salud y enfermedad en las sociedades, como la organización social que moldea dichos fenómenos, aspectos previamente desconocidos en diversos

modelos explicativos. Los determinantes de la salud eran asociados principalmente con factores meramente de carácter individual, en donde se profundizaba en interpretaciones bio-naturalistas de la enfermedad (Garduño *et al.*, 2009). No obstante, la visión biológica de la salud-enfermedad es insuficiente para explicar el complejo entramado que se vincula con la salud colectiva, ya que encubre las características de organización y distribución social que conducen a estados diferenciales e inequitativos de bienestar. Siguiendo a Garduño *et al.* (2009:33-34):

“...las explicaciones sobre las relaciones sociales desde la consideración de lo biológico pretenden validar las desigualdades sociales, al hacer pasar como naturales procesos contruidos y sostenidos por la fuerza de un poder que se pretende ahistórico. Estos argumentos son producto de instituciones como la familia, la iglesia, el Estado y la escuela y se explican las consecuencias de considerar la condición humana como resultado directo de la biología.”

Los DSS aparecen como una alternativa teórica que relaciona un complejo modelo en el que el genotipo del individuo se ve influenciado por su medio social. El estatus de lo biológico no puede ni debe ser considerado aislado de las inercias sociales, ni mucho menos, la explicación de la biología puede ser extrapolada a las relaciones humanas (Garduño *et al.*, 2009). La formulación explicativa del perfil de salud de la población abarca una forma más amplia y comprensiva que articula diversos ejes sociales que interactúan con lo biológico. La salud o enfermedad guarda estrechos vínculos con las circunstancias que prevalecen en el mundo en el que transcurre la existencia de las poblaciones, las características del entorno ambiental, los estilos de vida y los riesgos de sus integrantes (Martínez, 2009). Con base en esto puede afirmarse que las diferencias en las condiciones en salud derivadas de las desigualdades sociales son evitables, ya que no son diferencias producidas por los individuos (Whitehead, 1992).

Aunque las características innatas de los sujetos (genéticamente determinadas) tienen peso importante en la configuración del perfil de salud humano, en este trabajo de investigación se intenta recuperar e interrelacionar algunos aspectos sociales con el desenlace o posibles consecuencias para la salud de las mujeres respecto al CaMa. Como ya se trató en el apartado anterior, esta patología está fuertemente asociada con factores de riesgos que tienen que ver con eventos biológicos pero, como se quiere mostrar en esta tesis, también se ve influenciada por otra compleja red de riesgos sociales (construcciones de género y pobreza y, organización de los servicios de salud). Para ello se eligió como marco general la propuesta de Dahlgren y Whitehead (1992) sobre los DSS y se complementa con los

postulados de la OMS (2005). Igualmente se utilizan referencias teóricas específicas sobre el género, la pobreza y los servicios de salud.

En el modelo de Dahlgren y Whitehead (1992), las inequidades en salud son explicadas por las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, que van desde el individuo hasta la comunidad (Figura II.1).

Figura II.1 Determinantes sociales de la salud



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1992

El diagrama está representado a modo de anillos concéntricos donde las personas se sitúan en la base. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud; dichos factores son los más difíciles de intervenir, dado que sus cambios obedecen a procesos biológicos que en ciertos casos no son modificables, como el envejecimiento. El modelo también considera las condiciones de vida y trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales y, por último, las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y ambientales que abarcan todos los anillos y se convierten en los elementos estructurantes de las condiciones de vida y salud de los sujetos.

A partir de modelos como el previo, la OMS (2005) hizo una serie de adecuaciones, especialmente en lo que tiene que ver con la visibilización y relación de diversos conceptos

alrededor de los DSS. Para esta institución, los DSS son entendidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas” (OMS 2005:1). Uno de los grandes aportes de este enfoque es la preponderancia que da a los servicios de salud como punto crucial para el logro de la equidad en salud. También se rescata la ampliación de temas como el socioeconómico y de género. Estos son los elementos que se retoman en las líneas siguientes.

### **II.1.1 Servicios de salud/proveedores médicos y pacientes**

La OMS (2005) reconoce que la alta morbilidad que deriva en elevados índices de mortalidad prematura, proviene, en algunos casos, de las condiciones generales de vida de los individuos. La disponibilidad y acceso a los servicios de salud están dados en gran parte por aspectos macro que organizan el sistema social, como por ejemplo, la disponibilidad de recursos, trabajos formales, entre otros. Como consecuencia, quienes cumplen criterios como los anteriores, tienen mayores probabilidades de tener un mejor cuidado de la salud.

Para Hernández, Sandoval y Delgado (2005), las desigualdades de sistemas o cuidados de salud entre grupos poblacionales son definidas como las diferencias que resultan luego de tener en cuenta las necesidades, preferencias y disponibilidad de cuidados en salud. Las expresiones de tal desigualdad pueden ser tangibles a través de dimensiones como la calidad (efectividad, seguridad, oportunidad), acceso (cobertura y atención, percepción de los cuidados, utilización de los servicios), niveles de complejidad de la atención (primario, hospitalario, otros), ciudadanía y derechos.

El sistema de salud, su organización y los servicios prestados son considerados en sí como DSS que interactúan con otros factores (como el género y la estratificación socioeconómica) y modifica (positiva o negativamente) los efectos en la salud. Adicionalmente, dichos sistemas pueden contribuir para que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y por el contrario, puedan ser utilizados para facilitar el mejoramiento de la salud en general (Vega, Solar e Irwin, 2005).

Un problema que se ha vislumbrado en la atención primaria en salud es el de la fragmentación de sus sistemas, lo que en términos de la OMS (2008) se denominan enfoques “selectivos” o “verticalistas” que se centran en programas y proyectos de lucha en contra de enfermedades concretas, dejando de lado otras patologías. En un principio, el énfasis de la

salud ha sido fructífero para la focalización de estrategias y para el logro de resultados específicos, sin embargo, ha implicado que otras demandas y necesidades queden excluidas. Algunos de los requerimientos en salud son ignorados o simplemente van quedando rezagados ante la sombra de afecciones o servicios considerados de mayor relevancia sanitaria.

Aunque las personas, incluso las más pobres, tengan recursos para asistir a centros de salud privados, están en riesgo de no recibir la atención necesaria, dado que en algunos casos “la demanda real está inducida por la oferta” (OMS, 2008:15). Los pacientes entran en una lógica de mercado que le es impuesta y que da pocas o nulas posibilidades de acción. Al respecto, Castro (2008) ilustra que en los servicios de salud, a menudo se dirigen las evaluaciones de *calidad* hacia aspectos que tienen que ver con la organización, administración y estructura física; en este orden, se da menos relevancia a dimensiones asociadas con el personal médico y sus funciones.

En esta misma línea argumentativa, Donabedian (1988: 21) reconoce que la capacidad del consumidor (pacientes) de actuar frente a la atención médica “...se ve obstaculizada por: a) limitaciones en el conocimiento, b) consecuencias diferidas de las opciones actuales y c) el carácter no gratificante de la mayoría de los servicios de atención médica”. Esto, según Donabedian, se debe a dificultades en el conocimiento de las verdaderas necesidades en atención médica y de los lugares donde las personas pueden tener un mejor servicio. También asegura que las personas de clases socioeconómicas más bajas están especialmente en desventaja.

El sector de la salud (principalmente el público) está seriamente restringido por lineamientos y regulaciones, tanto internas como externas, que circunscriben su labor. Por lo general, los médicos que pertenecen a este tipo de centros de salud, tienen contratos precarios, jornadas de trabajo extensas y deben cumplir con una larga lista de procedimientos administrativos, restando tiempo y oportunidad para ofrecer un mejor servicio y atención (Donabedian, 1988; Castro, 2008; Agudelo, 2008; OMS, 2009).

En algunos casos, en los servicios de salud hay impedimentos de tipo logístico, los procesos operativos están desalineados y por consiguiente, diversos insumos, materiales y recursos están desfasados entre sí, provocando retrasos e incapacidad para brindar una oportuna respuesta a las necesidades de la población; igualmente, existen diversas estrategias y políticas definidas por los centros de salud que son caducas o inconsistentes. Adyacente a estos problemas, la normatividad y reglamentación sectorial pueden convertirse en grandes obstáculos, ya que a partir de ahí se señalan las directrices que deberán adoptar los

proveedores de servicios de salud en sus labores, las cuales no necesariamente corresponden con las demandas requeridas en el sitio donde llevan a cabo su trabajo; dichos ordenamientos presionan a los profesionales en salud a cumplir con metas exacerbadas y ambiciosas, difíciles de cumplir.

Las intervenciones médicas se corresponden con la formación académica y los conocimientos inadecuados sobre procedimientos y tratamientos para los diferentes tipos de población. Podría decirse que en el ejercicio mismo del prestador están inmersas las valoraciones propias y subjetivas que hacen que éstos impongan sus juicios personales, incluso por encima de lo que deberían hacer desde su profesión, limitando la posibilidad de la gente de elegir entre una gama más amplia de servicios para satisfacer sus propias necesidades (Langer, 1999; Langer y Nigenda, 2000).

La atención médica, a diferencia de otros bienes y servicios, no es placentera. Al contrario, casi siempre causan ansiedad y pueden ser dolorosos. Consecuentemente, se requiere de un mayor nivel de conocimiento, incluso de convicción para vencer la renuencia de la mayoría de la gente a solicitar la atención (Donabedian, 1988). De ahí la importancia, y siguiendo a Castro (2010:54), de emprender investigaciones que “...permitan conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan la práctica profesional de los prestadores de servicios de salud”.

#### ▪ *Interacción médico–paciente*

Uno de los momentos cruciales de la atención médica se centra en el momento de encuentro entre el personal de salud y los pacientes. Dicha relación está mediada por un individuo que tiene alguna situación de salud a seguir o resolver y un profesional que pone en juego su capacidad técnica y formación en pro de hacer intervenciones acordes con las necesidades que se exponen (Castro, 2008).

El prestigio ascendente de los médicos ha repercutido en la desigualdad en la relación médico–paciente. La institución médica es el espacio de articulación de las prácticas, siendo el consultorio el lugar donde se despliega el accionar médico sobre los individuos, privilegiando la posición dominante y superior de los primeros sobre los segundos, quienes se ven confinados al acatamiento y cooperación silenciosa. El discurso que se interpone entre el médico y el enfermo, “es un discurso normativo, lo cual implica la sanción, `una sanción terapéutica’” (Clavreul, 1983:33).

Por su parte, Parsons (1982) define la práctica médica como un “mecanismo” en el sistema social<sup>21</sup> para enfrentarse con la enfermedad de sus miembros, implicando un cierto nivel de “neutralidad afectiva” hacia el paciente y su enfermedad, lo cual subraya la “obligación” del médico de poner por encima de todo el “bienestar del otro”.

La razón principal del encuentro médico–paciente se da por el surgimiento de un sufrimiento que vive un sujeto; por lo tanto, se acude al médico con el ánimo de cura y de atención que mitigue o ponga fin al dolor (Fernández, 2008). El hecho de asistir al médico implica someterse al criterio de otro, lo que conlleva a cierta dependencia. La búsqueda de ayuda o el intento de curación se perfila como una acción colectiva en donde el paciente asume el deber de *cooperar* con el médico (Parsons, 1982). En el caso de acciones preventivas, la cooperación depende más del interés y disponibilidad que tenga el usuario por involucrarse en estos aspectos, ya que no existe una obligación tácita de “mejorar” o alcanzar un nivel de bienestar deseado.

Szasz y Hollender (1976) establecieron tres tipos de relaciones entre médicos y pacientes, las cuales son disimétricas y dependen del tipo de enfermedad, la situación puntual de la interacción, el estatus de los involucrados y el contorno social de cada uno. Estas relaciones son denominadas:

1. Relación de actividad–pasividad: en este tipo de dinámica relacional el médico asume un papel dominante, activo y de iniciativa total en el tratamiento; no se espera ninguna colaboración por parte del enfermo, que está situado en un estado de indefensión y desvalimiento.
2. Relación de guía–cooperación: en estas circunstancias, el paciente es consciente de todo lo que ocurre y puede cooperar con el médico/enfermera siguiendo instrucciones.
3. Relación de participación mutua: el médico controla el seguimiento de la enfermedad. Se trata de una colaboración. El proveedor pone a su disposición todos sus conocimientos y el paciente participa activamente en el control, seguimiento y cumplimiento terapéuticos.

El modelo adoptado depende de algunas cualidades fundamentales de ambos intermediarios: conocimientos, sabiduría, humanidad y probabilidad. Estas condiciones, se reflejan a su vez en parámetros como: 1) saberse poner en el lugar del otro, 2) sentir como el paciente, 3)

---

<sup>21</sup> Es un conjunto interrelacionado y jerarquizado de partes que al interactuar producen determinado comportamiento.

disponerse a ayudar (Rodríguez, 2006). La relación médico–paciente, de acuerdo con Parsons (1982:282), se encuentra pautada:

“El médico es un experto técnico en virtud de su entrenamiento y experiencia especiales, y en virtud de su estatus institucionalmente validados está calificado para ‘ayudar’ al paciente en una situación institucionalmente instituida como legítima en su sentido relativo, pero como una ayuda necesaria”

La mayor parte de los fracasos del encuentro médico y los pacientes se adjudican a errores que se cometen en distintas etapas de la consulta, entre ellas: examen físico, estudios complementarios e información final (Rodríguez, 2006; Castro, 2008; Fernández, 2008; Herrera *et al.*, 2010).

Parsons ve a médicos y pacientes como entes que se articulan de modo sencillo, dados los requerimientos de los que enferman o presentan alguna “desviación” y aquellos que cuentan con los conocimientos y destrezas para facilitar la recuperación. En cambio, Donabedian (1988:3) supone que las relaciones entre proveedores e individuos es más compleja de lo que presupone Parsons, ya que agrega que los valores sociales penetran los ámbitos de la salud, en donde:

“La atención médica toca los intereses y las preocupaciones más vitales de la gente, implica relaciones íntimas y sumamente personales y está rodeada de una serie de principios morales y éticos”

Bajo el mismo hilo conductor de Donabedian, se adscriben autores como Freidson (1978) y Turner (1995), quienes elucidan el rol de médicos y pacientes en un campo asimétrico en el que se generan pugnas y conflictos de intereses. Estos mismos investigadores, en su conjunto, explican que el encuentro médico de quienes ofrecen y demandan servicios de salud desemboca en luchas y fricciones de poder, así como limitaciones a la libre decisión por parte del paciente. Continuando con Donabedian, éste asegura que el usuario tiene claramente disminuido el control para manejar sus demandas porque la enfermedad es en gran parte involuntaria e impredecible. Este hecho hace que la atención a la salud sea una necesidad inevitable y urgente, soslayando aún más la capacidad de negociación y cooperación.

En su reciente trabajo de investigación, Castro (2008:56) identificó algunas expresiones de los conflictos entre médicos y pacientes más recurrentes y que se enlistan a continuación:

- Contribución a la construcción cultural de la enfermedad
- Apropiación del sufrimiento
- Actuación de la normativa
- Contribución a la medicalización de las relaciones sociales opresivas y al sufrimiento social, así como al control
- Representación de la relación médico–paciente como un espacio de dominación y explotación
- Lucha en el pleno corazón del territorio controlado por los médicos
- Representación de un contexto de generación de conflictos entre “íntimos adversarios”
- Observación permanente del sufrimiento humano
- Transacción entre sistemas de significados, tecnologías y poder

Otros tintes problemáticos son (Donabedian, 1988; Rodríguez, 2006; Castro, 2008:62):

- Asimetrías de poder
- Acción de responsabilizar al paciente de su enfermedad
- Fomento de una participación pasiva de los pacientes
- Exclusión del paciente de las acciones del saber médico dirigidas a él
- Desinterés del personal médico de los requerimientos del usuario
- Multiplicidad de diagnósticos frente a un mismo padecimiento, algunas veces contradictorios
- Fallas del proceso de comunicación

### **II.1.2 Condicionantes socioeconómicos**

Uno de los principales DSS es la estratificación socioeconómica, la cual es descrita como un determinante estructural de las inequidades en salud. La posición social de los individuos no solo debe describirse en términos de los resultados para la salud, sino también en las oportunidades que tienen los grupos sociales para el acceso a determinados recursos (OMS, 2005).

Las posiciones socioeconómicas se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación del individuo dentro de un sistema estratificado. De acuerdo con la posición económica, las personas experimentan una exposición y

vulnerabilidad diferencial ante los factores que ponen en riesgo la salud (Vega, Solar e Irwin, 2005; Erviti, 2010). Desde la perspectiva de la OMS (2005), la posición económica tiene influencia en la salud a través de determinantes medios. Dichos determinantes se refieren a las condiciones materiales de vida, como la situación laboral y de vivienda, circunstancias sicosociales y también aspectos conductuales, como la exposición a factores de riesgos específicos (nutrición y medio ambiente).

El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos más bajos viven en circunstancias materiales menos favorables que los más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud. Sin embargo, esto no es una opción individual, sino que está modelado por su inserción en la jerarquía social (OMS, 2005).

Donabedian (1988) establece que el proceso de atención médica no se da en el vacío, sino en un contexto o “entorno”. Este entorno es lo suficientemente complejo, pero puede ser dividido en dos categorías: 1) estructuras y los procesos que constituyen la organización de la atención médica y que rodean tal proceso y 2) valores sociales y rasgos culturales más determinantes que también repercuten en la necesidad y en la percepción de la misma. La pobreza o nivel socioeconómico es parte del contexto de los individuos y puede ser más perjudicial dentro de los servicios de salud si no hay un reconocimiento por parte de los proveedores médicos por indagar sobre las condiciones de vida de los sujetos y la incidencia sobre ellos. Por lo regular, en casi todas las poblaciones, sobre todo las menos privilegiadas, existe gran reserva de necesidades latentes, no reconocidas y no satisfechas que se da por la incongruencia de posturas (entre el médico y el cliente) y marca mayores brechas cuando el grupo de intervención es económicamente marginado y cuando hay una visión predominantemente somática de la salud y la enfermedad por parte de los médicos (Donabedian, 1988).

Los problemas de salud pueden incidir en un menor nivel socioeconómico a través de su impacto en variables como la productividad laboral, la permanencia en puestos de trabajo y la reducción del patrimonio de los ahorros. En un reciente estudio se observó que los médicos, los equipos de salud y el sector salud en general impactan 11% sobre la salud humana, en cambio, los factores sociales como educación, nutrición, ingresos, vivienda y otros determinantes sociales inciden en 43%.

Harlem y colaboradores (2002) sugieren que deberían mejorarse las bases de datos clínicas e incluir en ellas información socioeconómica de los pacientes; de esta manera, los profesionales de la salud podrían tener presente la consideración social en la génesis de la

enfermedad que se está tratando. Las actuales estrategias de salud de carácter primordialmente biomédicas y basadas en la atención de las enfermedades, excluyen en numerosas ocasiones a aquellas personas que por encontrarse en un estado de marginación y precariedad importantes, no perciben la necesidad de cuidar su salud.

Es menos probable que los más pobres usen servicios básicos de salud (inmunización, atención durante el embarazo y el parto, y PF) y que acudan a servicios de carácter preventivos para otro tipo de servicios (cánceres de mama o cérvicouterino). Lo anterior se asocia también con una concepción de género que limita las funciones de las mujeres a la reproducción y el cuidado de la familia, postergando el propio. Estas mismas concepciones se replican en los servicios de salud y es así como los proveedores médicos, omiten servicios, que desde su perspectiva, no consideran necesarios para las usuarias. De acuerdo con Szasz y Lerner (2010), la existencia de jerarquías sociales dificulta el acceso a la autodeterminación de las personas por condiciones de pobreza, género y otras, lo que demanda introducir lineamientos y acciones que alienten el ejercicio de la ciudadanía de las personas atendidas en los servicios de salud y de los propios prestadores.

#### ▪ ***Pobreza y marginación***

Teórica y empíricamente la pobreza y la marginalidad son dos esferas que, aunque relacionadas, son de índole diferente: la una hace alusión puramente a los ingresos monetarios, mientras que la otra se relaciona con la exclusión de cierto segmento de la población a la provisión y acceso de servicios de calidad, así como también indica la imposibilidad de participación, empoderamiento y toma de decisiones. Ruggeri (2000), considera que el tema de la pobreza se ha manejado de manera reduccionista, al enfocar la preocupación al plano económico, dejando de lado el cuestionamiento sobre la naturaleza misma que reviste esta condición, en representaciones más amplias que se mimetizan en la marginalidad.

En esta misma vertiente, la UNFPA (2005:7) ha señalado que “... organizaciones [...] como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), pusieron a la pobreza en el foco de las discusiones, pero a través de una definición restringida solo a condiciones económicas y, en muchos casos, a una perspectiva rígida” que ha servido para

establecer un modelo de cálculo de la pobreza bajo el indicador de la línea de pobreza<sup>22</sup> y del cual muchos estudios se han apoyado para exponer los resultados sobre el problema, visto de manera estructural.

Posiciones como éstas han sido criticadas por Sen, quien indica que “no se puede trazar una línea de pobreza y aplicarla a rajatabla a todo el mundo por igual, sin tener en cuenta las características y circunstancias personales” (Sen, s/f; citado por Quesada, 2001:2). Para este mismo autor, ser pobre no implica necesariamente estar por debajo de los niveles de ingresos establecidos, también es tener restringido o nulo acceso a otros bienes y servicios como “...educación, acceso a la tierra, salud y longevidad, justicia, apoyo familiar y comunitario, créditos y otros recursos productivos, voz en las instituciones y acceso a las oportunidades” (Sen, s/f; citado por Quesada, 2001:2).

La pobreza se define como “falta o escasez”, en tanto la marginación alude a la “exclusión” de una persona o conjunto de personas de un asunto, actividad o medio social (Real Academia Española– RAE, 2001). En otras palabras, la pobreza ofrece una fotografía del nivel de ingresos monetarios de la población y la marginación remite a la relegación de grupos y sujetos al disfrute de procesos que viabilizan el desarrollo;<sup>23</sup> éste último aspecto, es mucho más complejo de entender puesto que “... moldea la precaria estructura de oportunidades sociales para los ciudadanos, sus familias y comunidades y exponen a privaciones, riesgos y vulnerabilidades que escapan al control de los afectados” (CONAPO, 2001:11).

El combate de ambas condiciones requiere de esfuerzos que mitiguen sus impactos, dado que “... una disminución de la pobreza monetaria, no necesariamente se traduce en mayores niveles de satisfacción de las necesidades humanas básicas, como tampoco un nivel suficiente de desarrollo humano garantiza la eliminación de la pobreza de ingresos” (UNFPA, 2005:7). Sen, por su lado, cree que para resolver las necesidades de los sujetos es indispensable influir en las *capacidades* individuales, lo que implica que las personas puedan identificar y resolver sus propias necesidades, en función de lo que se considera altamente

---

<sup>22</sup> El valor establecido para determinar la pobreza extrema es de 1 dólar al día. La línea corresponde al valor de una canasta básica de alimentos en los países más pobres de Asia y fue adoptada en el informe sobre pobreza que publicó el Banco Mundial en 1990. Para facilitar las comparaciones internacionales, el valor de esta canasta de alimentos es ajustado por el poder de paridad de compra que tiene un dólar en cada país (PPP). Hoy la línea de pobreza de 1 dólar diario a PPP, en realidad corresponde a 1.08 dólares. Para ampliar información acerca del modelo véase [www.bancomundial.org/](http://www.bancomundial.org/)

<sup>23</sup> Autores como Adams (s/f; citado por Lomnitz, 1976:22) por ejemplo, distingue entre un concepto estructural llamado marginalidad y uno cuantitativo conocido como pobreza, los cuales difieren en características y dimensión.

valorado. En la medida que se tiene mayores capacidades (o menores privaciones) se dispondrá de más elementos para resolver, de alguna forma, los conflictos financieros; por el contrario, aunque un individuo goce de riquezas no siempre podrá disfrutar de ellas si no cuenta con las condiciones mínimas para su disfrute (i.e. la salud).

La pobreza y la marginalidad tienen consecuencias graves para la salud, primero porque existen recursos económicos limitados destinados para su atención y segundo, porque las poblaciones con dichas condiciones se encuentran en una situación desfavorable, provenientes casi siempre de zonas que no cuentan con los servicios básicos (agua potable y drenajes, aseo urbano, entre otros), vulnerando la posibilidad de cobertura de servicios de salud. Existen mayores riesgos de que los pobres “padezcan daños a la salud debido a los peligros que los rodean” (Salles y Tuirán, 2003:53). Reyes, *et al.* (2003:3), por su parte, agrega además que “...con frecuencia la naturaleza de las personas que habitan sitios urbano-marginales es migrante, recientemente establecida, sin redes familiares de apoyo y con un bajo nivel de ingreso. Estas características las exponen a riesgos específicos a su salud que en muchas ocasiones no son identificados y atendidos, a pesar de la existencia de programas efectivos”.

Entre tanto, los sujetos que habitan asentamientos urbanos con cinturones marginales y de pobreza extrema se alejan y son alejados de los servicios de salud. La infraestructura que los rodea es escasa (red de transporte, centros deportivos, parques, áreas verdes, escuelas, centros comunitarios, edificios de seguridad pública y servicios de salud). Esto se agrava, debido a que las actuales colonizaciones de tierras marcan considerables distancias con aquellos puntos de la ciudad que cuentan con los servicios indispensables. Junto a todo ello, la poca cooperación de algunos gobiernos locales y empresas de servicios públicos y privados refuerzan el aislamiento de dichas personas por lo que “...el suministro de insumos, recursos y servicios, tardan en llegar o su abasto es muy precario” (Reyes, *et al.*, 2003:71).

Dentro de los catalogados como pobres y marginales, existen grupos más vulnerables a padecer riesgos en salud. Se ha encontrado que las mujeres y las jóvenes están expuestas a más altos riesgos de exclusión social en salud (Salles y Tuirán, 2003; UNFPA, 2007; Echarri, 2008b) y por lo tanto tienen menos probabilidades de obtener servicios de calidad, atención e información oportuna; “... la pobreza y la marginalidad, suelen ir acompañados de una mortalidad relativamente temprana y una morbilidad elevada, altas tasas de fecundidad, una edad temprana al momento de contraer matrimonio y de tener el primer hijo, así como de la débil difusión de las prácticas de limitación y espaciamiento de los nacimientos” (Tuirán, 1998:21).

En este punto es apropiado traer a colación la reflexión de Boltvinik (2004:17), quien resume que “la pobreza degrada y destruye, moral, social y biológicamente al más grande milagro cósmico: la vida humana. La existencia de la pobreza es una aberración de la vida social, un signo evidente del mal funcionamiento de la sociedad”.

### **II.1.3 La dimensión de género**

Marta Lamas (2002:56) propone que “el cuerpo es la primera evidencia incontrovertible de la diferencia humana”. Esta evidencia está centrada en la visible disimilitud de los genitales que constituye el aspecto central de la asignación del sexo. Desde esta premisa el sexo se fundaría en un hecho biológico, aparentemente indiscutible, que deriva en correlatos simbólicos con los cuales se definen aspectos centrales de las sociedades tales como el emparejamiento, la reproducción, la distribución del trabajo, la identificación de linajes, el otorgamiento de distinción, así como la transmisión de la propiedad.

Las construcciones simbólicas derivadas del sexo se traducen en la vida cotidiana en diferencias sociales entre hombres y mujeres, según la manera como cada cultura signifique lo masculino y lo femenino. Estas construcciones simbólicas basadas en la diferencia sexual constituyen el andamiaje denominado género, que aglutina un conjunto de representaciones sobre la diferencia sexual atribuyendo “... características ‘femeninas’ y ‘masculinas’ a cada sexo, a sus actividades y conductas, y a las esferas de la vida” (Lamas, 2002:56).

Desde esta perspectiva, sexo y género conforman un sistema, entendiendo por tal un dispositivo por el cual las sociedades transforman las diferencias sexuales en productos culturales (Rubin, 1986: 37). Estos productos culturales propician relaciones en las cuales la distribución y ejercicio del poder están inclinados hacia la representación de lo masculino, de tal manera que en la vida práctica las mujeres viven desigualdades basadas en ejercicio de poder basado en la representación simbólica de la diferencia sexual.

De manera sistemática, Scott (2009:65) propone que “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos”. A este primer aspecto esta autora agrega que “el género es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder” (Scott, 2009:65), además:

1. “Los símbolos disponibles que evocan múltiples (y a menudo contradictorias) representaciones –por ejemplo, Eva y María como símbolos de la mujer en la tradición cristiana occidental– pero también los mitos de luz y oscuridad, de

purificación y polución, de inocencia y corrupción” (Scott, 2009:66). En especial estos dos aspectos son centrales en la atención médica que reciben las mujeres, de manera que el uso que hacen de su cuerpo las acerca más a uno de estos dos polos y, en esa medida, la enfermedad o la vulnerabilidad frente a la enfermedad se simboliza de acuerdo con la valoración que hace el personal de salud, a partir de lo aceptable o inaceptable para las mujeres.

2. Los conceptos normativos que avanzan interpretaciones sobre los significados de los símbolos que intentan limitar y contener las posibilidades metafóricas de los mismos. Estos conceptos se expresan en las doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas y adquiere básicamente la forma de oposiciones binarias fijas y afirman de forma categórica el sentido de hombre y mujer, de lo masculino y lo femenino” (Scott, 2009:66). En la medicina también se tiene la capacidad de construir significados, positivos y negativos, en torno al cuerpo de las mujeres.
3. La política y las instituciones son espacios en los que se materializan las concepciones normativas del género.
4. La identidad subjetiva se construye mediante representaciones culturales específicas.

Estos puntos, aterrizados al campo de la salud, permiten comprender que las diferencias de ambos sexos están relacionadas con factores biológicos (reproductivos, genéticos, hormonales, metabólicos, etc.) que desempeñan un papel importante en distintos patrones patológicos según hombres y mujeres. Pero al mismo tiempo, las diferencias biológicas son solo una parte de los factores que influyen en las diferencias en el acceso a atención en salud. Las condiciones de género, socialmente construidas, también determinan en gran medida el estado de salud (Rohlf *et al.*, 2000) y la manera cómo las instituciones prestan sus servicios.

Entre tanto, el género se refiere a “... una construcción sociocultural basada en la interpretación que cada sociedad hace sobre el sexo biológico” (De Keijzer, 2003:1), lo cual implica también entender la construcción del cuerpo en cada contexto particular y la manera como operan variablemente en cada momento y espacio, es decir, que se forman y transforman a través de las culturas y el tiempo histórico en el que se dan.

De este modo, las características particulares de un sujeto determinado proveen al prestador de servicios de salud de símbolos y formas culturales de interpretación y etiquetación (Erviti, Castro y Sosa, 2006; Erviti, 2010) que median su manera de atención. Diversos autores (Reyes, 1999; Pérez *et al.*, 2000), coinciden en afirmar que dado que culturalmente los hombres tienden a recibir más respeto que las mujeres, en los servicios de

salud se reproduce también dicho patrón, mientras tanto, las mujeres son objeto de apelativos paternalistas (mijita, hijita, reina, madrecita, pacientita, etc.) de manera que éstas ven disminuidas sus posibilidades de autonomía personal a la hora de establecer la relación con el médico o profesional de la salud (Palacio, 2008; Erviti, 2010), lo que impacta en una atención diferencial pero inequitativa de los servicios de salud (Rohlf's *et al.*, 2000; Steele y Chiarotti, 2004). Aunque los roles y las relaciones varían según la cultura, las mujeres enfrentan desventajas en el acceso a los recursos y al poder, en comparación con los varones de su mismo grupo étnico, edad o clase social (Castro, 2006).

En cuanto al poder, Rowlands (1997) diferencia cuatro tipos: el “poder sobre” como capacidad interpersonal en la toma de decisiones y en la capacidad de decidir sobre qué se decide (poder invisible), se trata de un poder controlador, de suma cero, que puede tener una respuesta de aceptación o resistencia o también de manipulación; el “poder para” como generativo o un poder productivo, facilitador, que crea nuevas posibilidades y acciones sin dominación; el “poder con” que multiplica poderes individuales en el sentido de que el todo puede ser superior a la suma de las partes individuales; y el “poder desde dentro” que ofrece la base desde la cual construir a partir de sí mismo, pues el poder surge del mismo ser y no es dado o regalado. Wieringa (1997) amplía el concepto de poder y explica que el poder no solo se ubica en las manifestaciones violentas y de ejecución de la fuerza sino que también se relaciona con acciones que restringen el acceso a recursos de todo tipo.

De acuerdo con Castro (2006), en las relaciones de poder con proveedores de servicios de salud, las mujeres pueden ser sujetas activas, sujetas de derechos, resistirse y a la vez utilizar a la institución como apoyo para resolver sus problemas en salud; o bien, las mujeres pueden ser pasivas al recibir indicaciones y aceptar condiciones aunque no estén de acuerdo. Este último caso es el más prevaleciente, especialmente porque con los profesionales de la salud es común que se refuercen los estereotipos paternalistas de los que las mujeres son objeto. A través de los discursos médicos y las interacciones en el ámbito de los servicios de SSR, a las mujeres se les asigna culpa o son penalizadas por no actuar “adecuadamente” frente a determinados sucesos relacionados con su cuerpo (Erviti, 2010). Referente a las mujeres, los profesionales médicos han tendido a recargar la creencia de que son ellas quienes deben manejar y controlar los riesgos para la salud, exigiendo “ciertas disciplinas sobre su cuerpo” (Erviti, 2010:104).

Por otra parte, existe también un significado individualmente construido alrededor del cuerpo que genera una autosegregación en los servicios de atención a la salud y en la relación proveedor-paciente. Algunos estudios señalan que a consecuencia del rol de género las

mujeres tienen una baja autoestima, no tienen conciencia de sus derechos, no son asertivas y no ejercen autodeterminación respecto a su corporalidad, sexualidad, capacidad reproductiva, trabajo e incluso, ciudadanía (Reyes, 1999). Esta situación se agrava, ya que en los servicios de salud se reproducen constantemente estas mismas visiones y en algunos casos, los propios profesionales de la salud se encargan de generar mitos, temores y vergüenza frente al cuerpo femenino. Incluso, una forma de hacerlo es evitando hacer exploraciones y revisiones de las partes sexuales de las mujeres. La patología mamaria se inserta en la atención de la SSR, la cual tiene una construcción sociocultural fuertemente ligada a la imagen del género y la maternidad (Castro, 2008).

*El Colectivo de la Salud de las Mujeres de Boston* (1987) afirma que la alineación de las mujeres respecto a sus propios potenciales físicos se inicia construyendo tabúes sobre el físico femenino, lo cual va acompañado del desconocimiento de las características fisiológicas de algunos órganos sexuales. La forma en que las mujeres podrían tomar conciencia y apropiación del cuerpo, de sus funciones y por ende de las enfermedades relacionadas con cada parte, es a través de la conciencia y valoración de la propia identidad corporal. En la medida que las mujeres adquieran autonomía para proponer conductas orientadas al cuidado de su salud, podrán exigir a los profesionales de la medicina mayor información en la vivencia de las enfermedades. Finalmente, el Colectivo considera que la atención sanitaria, únicamente puede ayudar si se ejerce una práctica en la que se comparta con la paciente el saber médico.

#### ▪ ***El cuerpo femenino y la medicina***

El hecho de que los sujetos se constituyen a través de un espacio material denominado cuerpo ha sido considerado recientemente en diferentes estudios sociales. La problematización de este hecho tiene como punto de partida la diferencia sexual y las normas sociales fundadas en esta diferenciación. Con este referente se ha pensado la manera cómo se produce saber sobre el cuerpo desde diferentes ámbitos, entre ellos la biología y la medicina como saberes que configuran discursos sobre el cuerpo, así como sobre lo apropiado o lo inapropiado para éste, es decir, contribuyen a normarlo.

El conocimiento del cuerpo está sumergido en un campo político. Así “las relaciones de poder lo convierten en una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a trabajos, lo obligan a ceremonias, exigen de él signos” (Foucault, 2009: 35).

La puesta en práctica de normas que constriñen el cuerpo a través de la medicina, como lenguaje y sistema de conocimiento, es un ejemplo de la relación entre saber y poder, también descrita por Foucault. Este autor explica que "... poder y saber se implican directamente el uno al otro; que no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y constituya al mismo tiempo relaciones de poder" (Foucault, 2009:37). Desde esta perspectiva, si se considera al cuerpo como espacio de ejercicio del poder debe entenderse, también, que el conocimiento sobre el cuerpo está matizado por las relaciones de poder en que se inscribe.

Un hecho como la diferencia genital presente en los cuerpos se traduce, por ejemplo, en "una oposición binaria básica, la de mujer/hombre". Esta oposición "... genera una simbolización en todos los aspectos de la vida". Según lo explica Lamas (2002:57-58). "... esta simbolización cultural de la diferencia anatómica toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo".

El cuerpo constituye así un espacio de diferenciación cuyo eco en el terreno simbólico, por abstracto que parezca, conlleva el establecimiento de convenciones sociales, normas, definiciones de lo apropiado e inapropiado, así como de lo normal y lo anormal. Esta circunstancia permea también la producción de conocimiento sobre el cuerpo y, el discurso médico no es un terreno exento de esta circunstancia, por el contrario, es uno de los espacios privilegiados para crear discursos que se toman como verdaderos e irrefutables.

Considerando lo anterior, la medicina está basada en el orden desde el cual pensamos. Este orden determina "... lo que debe ser el sujeto, a qué condición está sometido, qué estatuto debe tener, qué posición ha de ocupar en lo real y en lo imaginario, para llegar a ser sujeto legítimo de tal o cual conocimiento" (Foucault, 1994:364). En este proceso de determinar al sujeto, solo recientemente se ha considerado el cuerpo como espacio de diferencia y ejercicio de poder.

Del mismo modo, la interacción de las mujeres con el personal de salud, y las condiciones de acceso de éstas a la salud, comienza a estudiarse en la actualidad. En esta veta de investigación surge el problema de la interacción del cuerpo con los saberes que lo norman y enmarcan en la configuración de relaciones de poder: "el cuerpo queda atrapado en el interior de poderes muy ceñidos que le imponen coacciones, interdicciones u obligaciones" (Foucault, 2009:159).

En esta propuesta subyace la noción de conocimiento como una forma de ordenar el mundo "... como tal, no es previo a la organización social sino que es inseparable de ella"

(Scott, 2009:20). La construcción de conocimiento sobre el cuerpo, en la manera como lo hace la medicina, propicia estructuras normativas legitimadas por las instituciones del Estado. Dentro de estas normas, reconocidas también socialmente, se inscriben usos específicos de los cuerpos permitidos a las mujeres y permitidos a los hombres sobre las mujeres.

Desde este punto de vista, los planteamientos de Scott vuelven al terreno de análisis, pues al vincular al género con las relaciones de poder, esta autora reconoce también que “el género es un campo primario dentro del cual, o por medio del cual, se articula el poder” (Scott, 2009:68). De esta manera, las normas reguladoras del cuerpo, construidos sobre la presunción de objetividad bajo la que opera la medicina, estructuran “... la percepción y la organización concreta y simbólica del conjunto de la vida social” (Scott, 2009:68) y es, precisamente, a la luz de esta construcción que se entorpece la atención de las mujeres en los servicios de salud.

Podría decirse que existe un doble movimiento desde la medicina hacia la sociedad y hacia el cuerpo de las mujeres: en primer lugar propicia formas de ver el cuerpo que lo regulan y lo norman y, en segundo término, opera en el sentido técnico bajo las mismas normas que establece. La medicina como campo de saber y cuidado de la salud femenina funge como espacio de pedagogización del cuerpo, bajo el precepto de que “todas las mujeres son mujeres de un mismo modo” (Hillesheim *et al.*, 2005), lo que presupone la universalidad de medidas para cuidar y tratar las dolencias y manifestaciones patológicas. Esta visión desconoce que tanto las mujeres y los hombres deben mirarse a partir de la diversidad y no como identidades únicas, ahistóricas y esencialistas.

En síntesis, el espacio médico da privilegio a aquellos sujetos (cuerpos femeninos) que engranan en cierto “orden”, aquel “autoregulado, consciente, de clase media, racional, civilizados, así como un cuerpo que está bajo control de la voluntad” (Hillesheim *et al.*, 2005: 179), es decir, el cuerpo dócil que puede ser sometido, utilizado, transformado y perfeccionado, según Foucault (1975).

▪ ***Poder, diferencia sexual y disciplinamiento corporal***

El complejo entramado de las relaciones humanas está basado en acuerdos y desequilibrios que configuran el esquema de ejercicio de poder. Esta dimensión relacional del poder, señalada por Michel Foucault (1994), permite inscribir las desigualdades simbólicas, derivadas de la diferencia sexual, en un campo de negociación en el cual las mujeres suelen tener menos ventajas que los hombres. Las obligaciones que se atribuyen a los sujetos, de

acuerdo con el sexo, son llevadas a cabo por formas de autodisciplinamiento que implican la adopción de los mecanismos de poder. Por otra parte, estos mecanismos de poder crean sujetos específicos y relaciones particulares con aquellos que ejercen el poder de normar y regular a través del “control de los cuerpos” (Foucault, 2009:37).

El poder se inserta en los cuerpos mismos, los regula. Así, los referentes simbólicos existentes en el esquema masculino–femenino llenan de contenidos y atribuciones a los sujetos, tomando como base definiciones de hombre/masculino o mujer/femenino, al tiempo que los inscribe en mecanismos de regulación en los que se pone en juego el ejercicio de poder.

Las relaciones de poder–saber, como las entabladas entre médicos y pacientes, no pueden analizarse a partir de un sujeto de conocimiento que sería libre o no en relación con el sistema de poder “... sino que hay que considerar, por el contrario, que el sujeto que conoce, los objetos que conoce y las modalidades de conocimiento son otros tantos efectos de esas implicaciones fundamentales del poder–saber y de sus transformaciones históricas” (Foucault, 2009:37).

Aún con el precedente de este análisis conceptual, los estudios sobre las relaciones de poder entrelazadas entre los médicos y los pacientes han comenzado a estudiarse solo hace algunos años (Urrego, 2007; Hillesheim, *et. al.*, 2005; Schraiber, 2010; Herrera, 2010; Castro, 2010). Esta relación se complejiza, aún más, si se toma en cuenta que los pacientes involucrados en la atención y prevención de CaMa, en su mayoría, son mujeres. De esta manera las representaciones sobre lo femenino se trasladan al espacio de la prestación de servicios de salud.

En este contexto, la figura del médico, poseedor del saber sobre el cuerpo, encarna los valores masculinos y “... refuerza las desigualdades tradicionales en lo social y en lo cultural” (Schraiber, 2010:13) en el terreno de la atención en salud. Esto ocurre porque el personal de salud no puede abstraerse, en su práctica laboral, del sistema de valores simbólicos que ha aprendido en su calidad de miembro de una sociedad, de manera que comparte un código cultural sobre lo femenino y lo masculino.

La relación de poder presente en la atención y prevención del CaMa se establece desde la desigualdad entre los involucrados, en un juego que para los prestadores de servicios de salud se sustenta no solo en su rol como poseedores de un saber y una técnica sobre el cuerpo, sino también como portadores de juicios sobre el cuerpo de las mujeres que acuden a consulta.

Este hecho tiene repercusiones que en la atención en CaMa van más allá de las representaciones sobre el rol reproductivo del cuerpo femenino, implica también la apropiación, por parte de los dos actores de la relación, de un cuerpo que, desde diferentes experiencias, han aprendido a censurar, a disciplinar, en términos de Foucault (1979).

Los médicos (aún las mujeres que se desempeñan como médicos) ejercen su autonomía profesional con prácticas basadas en sesgos sobre sus pacientes: pobreza, ignorancia o, incluso, juicios morales que propician tensión entre las mujeres que acuden a los servicios de salud. En el otro lado de la relación, las mujeres como pacientes se enfrentan a su cuerpo, a la dificultad para apropiarse de éste, al estado de enfermedad o vulnerabilidad. Estas circunstancias muestran que culturalmente las mujeres también aprenden las normas de género, es precisamente por este hecho que las mujeres, frente a los médicos, difícilmente pueden negociar términos de igualdad en la atención de la salud.

Autores como Schraiber (2010:21), desarrollan sus estudios sobre la prestación de servicios de salud, cuestionando el vínculo entre conocimiento, en este caso saber médico y juicios de valor por parte del personal de salud. Concretamente esta autora se pregunta “¿cómo y por qué pueden ser posibles asociaciones ideológicas, religiosas y morales en actos técnicos y científicos?”. Los dispositivos de género que son desplegados sobre la mujer en el ámbito de la salud están cruzados por formas específicas de poder, disciplina y corporalidad. Estas relaciones se empalman con procedimientos, formas de actuar e intervenir que son asignadas a las mujeres según criterios de clasificación regidos por el sistema sexo–género ya mencionado.

En la atención de la salud hay un entramado simbólico denominado cultura, dentro del cual operan representaciones atribuidas a los hombres y a las mujeres en función de su sexo, conformando así formaciones discursivas dentro de las que se norman las relaciones; el cuerpo es el espacio de materialización de estas diferencias, al tiempo que es espacio de ejercicio del poder.

## **II.2 CONCEPTOS CLAVE**

En este trabajo se considera, siguiendo el planteamiento de Scott (2009), que las construcciones simbólicas basadas en la diferencia sexual se extrapolan a todas las esferas que involucran relaciones sociales. Así, el concepto de género descrito por Scott es útil en este caso pues se contempla que, en el terreno de la atención y prevención del CaMa, se instauran relaciones en diferentes niveles: personal de salud–mujeres/pacientes,

instituciones/pacientes y, en estos planos siempre están presentes negociaciones de poder en la búsqueda del acceso al servicio de salud y en el papel de los prestadores como entes legitimados para atender los problemas de salud de la sociedad.

El género como la atribución de significados sobre la diferencia sexual toma como base el cuerpo, espacio de construcción de conocimiento que articula el rol de los sujetos en la sociedad. El cuerpo, más allá de su representación física, sería espacio simbólico de identificación de las diferencias y de significación de éstas. El género y el poder se entienden aquí como relaciones que toman como referente el cuerpo y, en especial el saber sobre el cuerpo (medicina) en relación con sujetos que requieren atención por parte de los entes encargados de brindar servicios de salud.

La marginalidad se asume como la exclusión de las mujeres a los distintos ámbitos sociales, lo cual está mediado por diferencias socioeconómicas que ponen en desventaja las mujeres para acceder a espacios como la salud. La acepción de marginalidad que se entiende en este estudio, implica a su vez, pobreza, impuesta por el nivel socioeconómico.

Género, clase, cuerpo y poder son conceptos que interactúan en la definición de esos sujetos que se equiparan, para bien y para mal, con la idea de mujer/femenino. En el campo de la atención en salud las mujeres suelen negociar las limitaciones simbólicas (representaciones de género) y materiales (marginalidad) que les imponen sus cuerpos de cara al hecho biológico denominado enfermedad. Este hecho las enfrenta a las representaciones que de ellas tienen los médicos, así como a las valoraciones morales de éstos en una suerte de papel de jueces, papel legitimado por su posesión de conocimiento frente a las pacientes.

### **II.3 ABORDAJE METODOLÓGICO: PRECISIONES Y HERRAMIENTAS**

A continuación se describe la metodología utilizada en este estudio, el cual se subdivide en un apartado cuantitativo y otro cualitativo.

En primer lugar y como punto de partida, se construye el contexto general de las mujeres mexicanas en relación con el CaMa, es decir, se describen las características sociodemográficas de dichas mujeres, en función de los procesos de atención de la enfermedad. Para ello se utilizan herramientas de corte cuantitativo a partir de información proveniente de cuatro encuestas, tres de las cuales aplican al ámbito nacional, así como otra que se delimita exclusivamente a dos áreas de marginalidad alta y muy alta de Tlalpan e

Iztapalapa en el Distrito Federal. En estas últimas dos delegaciones es donde se concentra específicamente esta investigación.

Después de abordar la situación del grupo femenino, se procede a detallar las prácticas de atención del CaMa que los médicos del primer nivel de salud de las zonas mencionadas llevan a cabo. Desde este punto se comienza a ahondar en el objeto propio de estudio que ocupa esta tesis doctoral. Hasta aquí el análisis se hace desde un punto de vista cuantitativo. Posteriormente, como complemento al ejercicio inmediatamente previo, se trabaja con información cualitativa que proviene de entrevistas a profundidad que se hicieron con proveedores médicos (hombres y mujeres) que prestan sus servicios en Tlalpan e Iztapalapa.

La aproximación micro ayuda a conocer con más detalle aspectos cruciales de los servicios de salud y de las intervenciones médicas en lo que a CaMa se refiere; al tiempo, esta acotación metodológica permite entretelar las situaciones y discursos con espacios físico-temporales y culturales, dando una mayor riqueza a los contenidos indagados con los propios actores. A continuación se abunda sobre las fuentes y procedimientos utilizados en cada fase del estudio.

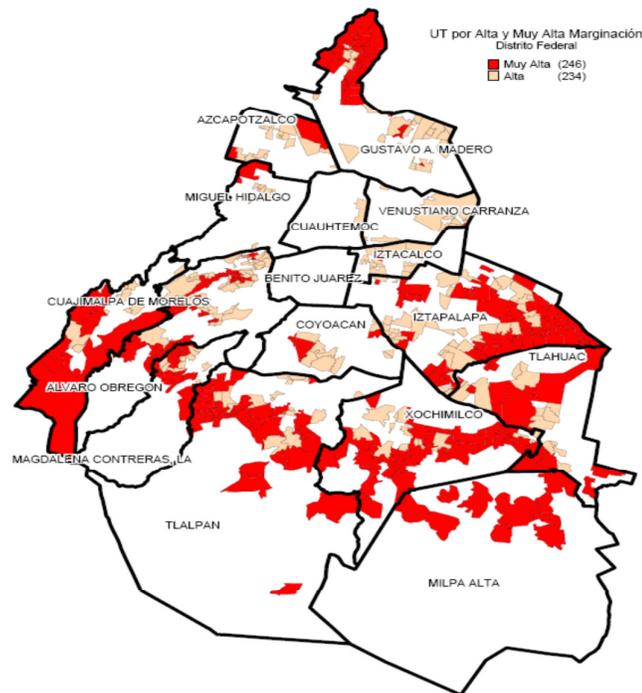
### **II.3.1 El contexto o escenario de análisis**

Como ya se mencionó, parte del estudio que se presenta en este trabajo corresponde a un análisis de caso con proveedores médicos que laboran en zonas de Alta y Muy Alta marginalidad del Distrito Federal en México. Se eligieron estas dos delegaciones puesto que, acuerdo con datos de la *Coordinación de Planeación de Desarrollo Territorial* (COPLADE) del año 2000, en su conjunto reúnen la mayor cantidad de unidades territoriales (UT) con dichas características (Figura II.2). Para este mismo año, 94 de las 186 UT de Iztapalapa estaban en condiciones de Alta y Muy Alta marginalidad, mientras que Tlalpan tuvo 59 de 147 UT en las mismas condiciones. Esto representó un total de 1 323 959 personas pobres en ambas áreas geográficas, es decir que del total de pobres del Distrito Federal, 37.8% pertenecían a estas dos delegaciones. La elección de estas zonas se hizo bajo los siguientes criterios: 1) disponibilidad de información relevante según los intereses de este estudio, 2) accesibilidad a las unidades médicas para la realización del trabajo de campo (permitidos por la SS). Adicionalmente, el Distrito Federal se convierte en un punto de referencia importante por ser

la capital del país y por su alta concentración de servicios de salud (infraestructura y recursos humanos).<sup>24</sup>

Según cifras arrojadas en el *II Censo de Población y Vivienda* de 2005, el total de personas que residían en el Distrito Federal era aproximadamente 8 720 900 y de éstas, 28.7% se concentraban en Tlalpan e Iztapalapa. De acuerdo con información del *Directorio Estadístico Nacional*, en estas dos delegaciones se encontraban adscritos, hasta 2011, 791 centros de salud de primer nivel en el ámbito público y privado.<sup>25</sup> Por otra parte, en 2008 se registraron 662 defunciones por CaMa en el Distrito Federal (13.6%) del total del país. En Tlalpan e Iztapalapa se notificaron 135 de estas muertes, reuniendo alrededor de 20% de los fallecimientos por CaMa de la capital mexicana.

Figura II.2 Unidades territoriales de alta y muy alta marginación. Distrito Federal, 2000



Fuente: COPLADE, 2000

<sup>24</sup> Se tiene calculado que en el país hay una disponibilidad de 1.85 médicos por cada 1,000 habitantes (a pesar que no se tienen cifras exactas del sector privado en salud); en el Distrito Federal, la disponibilidad de médicos es de 3 por cada 1,000 habitantes, mientras que en Oaxaca, Guanajuato y Chihuahua cuentan con uno y el Estado de México, Chiapas y Puebla con menos de uno. Se destaca que seis entidades (Distrito Federal, Jalisco, México, Nuevo León, Puebla y Veracruz) concentran cerca de 50% de los médicos del país. Asimismo, el promedio de enfermeras en todo México es de 2.2 por cada 1,000 habitantes y en el Distrito Federal es de casi cinco enfermeras por este mismo número de población (SSA, 2007a).

<sup>25</sup> Se hizo una búsqueda bajo el rubro 621111 y 621112, correspondientes a los consultorios de medicina general de los sectores privados y públicos, respectivamente. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/denue/Default.aspx>. Consulta 26 de enero de 2011.

### **II.3.2 Lo cuantitativo y lo cualitativo como herramientas metodológicas**

En el estudio de los factores sociodemográficos y de población históricamente se ha privilegiado el método cuantitativo como el instrumento de oro de la disciplina. Esta herramienta es empleada recurrentemente para establecer los vínculos demográficos con las dimensiones sociales, económicas, ambientales y otras (Ordorica, 2003). Entre tanto, el análisis cualitativo entra en un momento donde como lo sostiene Tarrés (2008:5) “se desbordaron los marcos teóricos–metodológicos que ordenaban el trabajo científico” y donde se hace necesaria la comprensión social de los hechos indagados.

Estas dos visiones, aunque dan cuenta de rasgos diferenciados de la realidad y los fenómenos poblacionales, no se contraponen entre sí. De hecho, con los datos cuantitativos es posible abarcar ampliamente los procesos, es decir, las grandes tendencias, mientras que con los datos cualitativos se induce al entendimiento de la acción particular (de los significados, los discursos, etc.), aquello que nos explica el por qué y cómo se expresa la cotidianidad de los sujetos en temas concretos.

La discusión sobre la validez de un método u otro ha permanecido en el debate académico/científico (Bronfman y Castro 1999; Bonilla y Rodríguez, 2005; Tarrés, 2008). La principal crítica al método cualitativo estriba en el hecho de su poca representatividad externa (que no es generalizable a toda la población) y los métodos cuantitativos son cuestionados por la poca variabilidad interna (Bronfman y Castro 1999). Strauss y Corbin (2002) atinan en afirmar que es el investigador quien moldea su objeto a estudiar y por lo tanto, la elección de una técnica u otra, es totalmente discrecional, lo que limita el margen explicativo dado, con lo que se alude que algo es verdadero o falso. Esto implica al mismo tiempo que problemas que se intentan resolver tengan diferentes matices, acorde con los lentes utilizados.

Paralelamente hay quienes abogan por una posición conciliadora, admitiendo que ante la complejidad y dinamismo de los eventos sociales es posible recurrir a la combinación de métodos con el fin de suplementar, complementar, informar u otros propósitos (Strauss y Corbin, 2002); Tarrés (2008:13) expresa que “... la realidad social se presenta como un desorden complejo. No es cualitativa ni cuantitativa”. Ambas estrategias juegan roles que facilitan la retroalimentación de los instrumentos, así por ejemplo, a través de una encuesta es posible identificar aquellos aspectos intersubjetivos de los individuos sobre los que se requiere ahondar, por lo tanto permite dirigir y acotar el margen temático. A su vez, el análisis cualitativo puede contribuir a refinar los criterios incorporados en una encuesta. Bonilla y Rodríguez (2005:24) refieren que

“...el mayor reto de un investigador no estriba en la capacidad de cuantificar o cualificar, sino en la capacidad para usar los recursos que ofrecen las diferentes perspectivas metodológicas para entender la realidad social en sus múltiples dimensiones, teniendo en cuenta las contradicciones que determinan su dinámica y funcionamiento”.

En suma, el análisis mixto (que involucra lo cuantitativo y lo cualitativo) depende de las preguntas de investigación que se tengan, de la disponibilidad de datos y los propósitos mismos del trabajo.

Pero ¿Cómo entrelazar estos dos instrumentos en los temas de población? ¿Cómo lograr el vínculo y articulación adecuada? ¿Qué respondería cada uno de estos componentes? Desde un inicio, cuando este trabajo solo era un proyecto de investigación ya se vislumbraba la complejidad temática y la multiplicidad de hilos conductores que atravesaban el fenómeno que se pretendía abordar. Así planteado el tema, la tarea inicial que se emprendió fue el sondeo sistemático de información con lo que se buscaba nutrir el panorama en relación con el CaMa en México y concretamente sobre las diferencias existentes por variables sociodemográficas.

En primera instancia se intentó dar cuenta de las prácticas y los procesos de detección y atención de las mujeres en la búsqueda y atención en los servicios de salud. Fue precisamente en esta parte donde, aunque se encontró un cúmulo importante de datos, se constató la variedad y en algunos casos inconsistencia de cifras.<sup>26</sup> Éste se convirtió en un reto metodológico que era preciso analizar con profundidad. Subsecuentemente, el problema mayor se dio al explorar las condiciones y características de los médicos (actores centrales de la investigación) y también al medir y documentar la manera cómo son prestados los servicios de salud para CaMa. Los resultados fueron notablemente menores que los anteriores. De hecho, al intentar dar congruencia a las pocas evidencias existentes se encontró con la novedad que los datos estaban desactualizados,<sup>27</sup> que no se contaba con la respectiva codificación de la base de datos (misma que no fue posible recuperar a pesar de los esfuerzos)<sup>28</sup> o que solo abarcaban una pequeña población de interés.<sup>29</sup>

A medida que se fue ampliando la comprensión del objeto de estudio, se fue complejizando el entramado conceptual que articulaba la discusión. Ello dio pie a concluir

---

<sup>26</sup> Esto se verá con más profundidad en el capítulo siguiente.

<sup>27</sup> Se refiere a la ENINPLAF de 1996.

<sup>28</sup> *Ibíd.*

<sup>29</sup> Se alude a la ENSR-DF, 2008 en donde se entrevistaron a 55 médicos y cuya muestra no es estadísticamente representativa.

que las encuestas de por sí, no proporcionarían una visión lo suficientemente vasta como para delimitar el análisis a los datos duros disponibles; igualmente se esclareció la necesidad de ubicar a los proveedores de servicios de salud como sujetos preponderantes que están en estrecho vínculo con el bienestar y salud de la población.

Esto sirvió para trazar una nueva ruta de trabajo, en la cual se contempló la inclusión de metodología cualitativa, resultando esta decisión adecuada puesto que de este modo se pudo robustecer el análisis de ejes fundamentales en el estudio (género, nivel socioeconómico y servicios de salud) y su entrecruce con las visiones médicas.

Los datos cuantitativos y cualitativos de este estudio fueron triangulados<sup>30</sup> de forma complementaria, es decir que ambos enfoques no abordan las mismas dimensiones del fenómeno, sino que con el fin de tener un panorama más completo de la atención del CaMa, se combinan estrategias que muestran dos visiones diferentes sobre el mismo asunto de indagación (Bonilla y Rodríguez, 2005).

Una estrategia que se refleja a lo largo del documento es el constante diálogo de los hallazgos con otros autores y el contraste con estudios e investigaciones adelantadas en otras esferas locales, regionales, nacionales e internacionales. Para esto fueron necesarias revisiones documentales permanentes y actualizadas, al tiempo que se emplearon textos clásicos de autores que aún conservan vigentes sus reflexiones en el tema que se convoca. Los acervos provinieron de muy diversas disciplinas y fueron principalmente: libros, artículos científicos, tesis, notas de periódicos, reportes técnicos, informes, leyes, normas, programas, proyectos y otros más.

También se recurrió a información secundaria que se obtuvo a través de la consulta con expertos con quienes se tuvo contacto escrito o vía correo electrónico. Por último, la tesis contiene imágenes fotográficas que fueron obtenidas en terreno (al interior de las instituciones de salud o sus alrededores), dando al lector una ilustración más aproximada a la realidad que se tenía en el momento del trabajo en campo.

Los datos numéricos se procesaron a través del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) y se manejaron tablas de Excel donde se generaron las gráficas que se muestran a lo largo del trabajo.

---

<sup>30</sup> Hace referencia al “estudio de un mismo fenómeno integrando métodos cualitativos y cuantitativos” (Bonilla y Rodríguez, 2005:284)

### II.3.3 Las mujeres como punto de partida: Panorama y situación actual

Para dar cuenta de las prácticas de atención del CaMa entre las mujeres mexicanas se utilizaron las siguientes fuentes secundarias (Anexo 1):

- ENSA, 2000. Dominio nacional.
- ENSAR, 2003. Dominio nacional.
- ENSANUT, 2006. Dominio nacional.
- ENSR-DF. Componente mujeres. Dominio en zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa.

Con las cuatro encuestas utilizadas se realizó una descripción estadística de las mujeres que buscaron, asistieron y recibieron atención de CaMa. En la medida que los instrumentos lo permitieron, también se integró información sobre las barreras que las mujeres expresaron para ser atendidas. En todos los casos, los datos fueron homogenizados bajo los mismos criterios,<sup>31</sup> con el fin de poder explorar las mismas variables en todas las encuestas. Otros procedimientos efectuados se describen a continuación.

- ***Análisis de Clasificación Múltiple***

Con la ENSA, ENSAR y ENSANUT se realizó un *Análisis de Clasificación Múltiple* (ACM), con lo cual fue posible establecer el nivel de pronóstico de los factores incorporados y aquellos que explican en mayor medida el hecho que una mujer se realice AEM, ECM y mamografía. Como variables dependientes se tuvo: 1) que la mujer se hubiera realizado la AEM, 2) que la mujer se hubiera realizado el ECM y 3) que la mujer se hubiera realizado la mamografía. Como covariables estuvieron: edad, escolaridad, tipo de localidad (urbana/rural), estado conyugal, paridad, derechohabiencia y estrato socioeconómico. El ACM es una forma de análisis en que se relacionan varias variables predictivas con una sola variable dependiente en una tentativa de explicar la varianza de ésta. Este tipo de modelos permiten responder preguntas como las siguientes:

- ¿Cuán fuerte es la relación entre cada una de las variables predictivas y la variable dependiente?

---

<sup>31</sup> Por ejemplo, se usaron los mismos grupos de edad, se trató de conformar grupos de derechohabientes iguales y de mujeres con niveles educativos similares.

- ¿Qué parte de la relación queda vigente cuando las demás variables han sido tomadas en cuenta?
- ¿Hasta qué punto pueden ser predictivas las variables dependientes usando las variables predictivas en su conjunto?
- ¿Son estas relaciones lo suficientemente fuertes como para ser significativas estadísticamente (con la muestra usada)?
- ¿Qué puntaje de la variable dependiente puede esperarse para una persona que caiga dentro de ciertas categorías de las variables predictivas?

En el caso de las encuestas nacionales se buscaba medir cuál de las variables sociodemográficas utilizadas tenía mayor fuerza de predicción, en contraste con las demás covariables. Este tipo de análisis explicativo se basa en los coeficientes de correlación, medida en que se usa el promedio; para que un promedio tenga sentido, la variable debe poder ser medida en escala de intervalo. La variable dependiente, por su parte, debe ser dicotómica (Lolle, 2007; De Jong, 1974).

Los problemas para los que sirve el ACM son parecidos a los de regresión múltiple, pero en este caso, no se usa una estadística resumen de toda la variable, sino que se toman en cuenta todas las categorías de una variable predictiva, como si cada categoría fuera una variable independiente. Por lo tanto, puede permitirse que los valores que tomen las categorías varíen en forma no lineal (De Jong, 1974).

De alguna manera, lo que se establece es la influencia “neta” de cada una de las variables predictivas, porque casi siempre hay una correlación entre ellas. Precisamente se quiere saber lo que queda de la relación original entre las variables independiente y dependiente, después de restar la parte que en realidad está causada por otras variables con que ésta está correlacionada (De Jong, 1974).

De las aplicaciones del modelo, en este trabajo se presentan: 1) resultados no ajustados por categorías, 2) resultados ajustados por categoría, 3) eta, 4) beta (ajustada por componentes) y 5) nivel de significancia de las variables explicativas.

- ***Regresiones logísticas binomiales***

Para estimar las variables sociodemográficas asociadas con el uso de las pruebas de detección del CaMa en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa se utilizaron modelos de regresión, en los cuales se generaron tres variables de resultado, a saber: 1) si la mujer se había

realizado alguna vez la AEM, 2) si a la mujer le habían realizado alguna vez el ECM y 3) si a la mujer le habían hecho alguna vez la mamografía (las cuales fueron analizadas de manera independiente, lo que significa que se calcularon tres modelos). A nivel de covariables se incluyeron aspectos demográficos y de salud como: edad, paridad, nivel educativo y derechohabiencia (Cuadro II.1).

Cuadro II.1 Descripción de variables, características y valores asignados en los modelos estadísticos

Nombre de la variable	Característica	Valores
<b><i>Dependientes</i></b>		
1. Se ha realizado alguna vez la autoexploración mamaria (AEM)	Dicotómica	0=No 1=Si
2. Le han practicado la exploración de mamas (ECM)	Dicotómica	0=No 1=Si
3. Le han realizado una mamografía	Dicotómica	0=No 1=Si
<b><i>Explicativas</i></b>		
Edad	Continua	20...49
Derechohabiencia	Categoría	0=Sin derechohabiencia* 1=Tarjeta de gratuidad o seguro popular 2=Con servicios de salud (públicos, privados)
Con hijos nacidos vivos	Dicotómica	0=No* 1=Si
Escolaridad	Dicotómica	0=Hasta primaria (completa)* 1=Secundaria (incompleta) o más

\* Categorías de referencia

Fuente: elaboración propia.

Se utilizaron modelos logísticos binomiales, los cuales sirven para estimar si una variable (binomial) depende, o no, de otra u otras variables (no necesariamente binomiales). La lógica que subyace en estos modelos es que si una variable binomial de parámetro  $p$  es independiente de otra variable  $X$ , se cumple  $p=p|X$ ; por consiguiente, un modelo de regresión es una función de  $p$  en  $X$  que a través del coeficiente de  $X$  permite investigar la relación anterior. De esta manera, los modelos logísticos binomiales (tres en total) con sus respectivas variables explicativas quedaron establecidos de la siguiente manera:

$$\ln \left\{ \frac{p[x_r]}{1-p[x_r]} \right\} = \beta_1 + \beta_2 x_{r2} + \dots + \sum_{v \in I_j} \beta_{j(v)} x_{r j(v)} + \dots + \beta_k x_{rk} \quad \text{con } r = \{1, 2, \dots, m\}$$

Donde:

$p[x_j]$  Es la probabilidad de  $Y$ , sea igual a 1.

$$\frac{p[x_j]}{1-p[x_r]}$$

Es el momio de que la respuesta sea éxito (1). Los momios pueden ser estimados para las distintas variables independientes, controlando el efecto de las demás. El cociente  $p/q$ , denominado también “momios” indica cuánto más probable es el éxito que el fracaso, como parámetro característico de la distribución binomial.

$$\ln = \frac{p[x_j]}{1-p[x_r]}$$

El logaritmo natural es la transformación logística. Al ser  $Y$  una variable dicotómica lo que hace al aplicarse el  $\ln$ , es linealizar el modelo, es decir transforma el intervalo (0, 1) de  $p(x)$  en el intervalo  $-\infty, \infty$  de las  $x_j$ .

$\beta_{j(v)}$  Es el coeficiente en la  $v$ -ésima variable lógica de la variable explicativa  $x_j$ .

Los modelos se calcularon a través del método *Backward Likelihood Ratio* o también conocido como “método hacia atrás”, ya que al inicio toma todas las covariables que se hayan seleccionado y va eliminando del modelo aquellas sin significancia estadística. Asimismo, es preciso señalar que se realizó un reescalamiento de los ponderadores, ya que cuando el valor absoluto del coeficiente de regresión es grande, el error típico estimado también lo es y en cambio, el valor de la estadística *Wald* (con la que se prueba si  $H_0=0$ ) es muy pequeño, lo cual puede generar errores a la hora de interpretar los resultados arrojados por los modelos de regresión.

Antes de correr los modelos finales se realizaron dos procedimientos: primero se midió el nivel de correlación entre las variables analizadas y en segunda instancia se estimaron modelos bivariados entre la variable dependiente y las demás variables independientes, esto con el fin de observar la significancia de cada variable independiente con la dependiente. Estos niveles de significancia concordaron con el método *Backward*, que aquí se empleó.

### **II.3.4 Médicos del primer nivel de atención en salud y otros actores clave**

El acercamiento a los médicos de Tlalpan e Iztapalapa incluyó el análisis cuantitativo y cualitativo; ambas perspectivas sirvieron como complemento y ampliación de los servicios médicos ofrecidos y los discursos alrededor de tres ejes básicos de este trabajo: el género, el estrato socioeconómico y los servicios de salud.

▪ ***Abordaje cuantitativo***

Para dar cuenta de la práctica médica se utilizó la ENSR–DF. Componente de médicos (Anexo 2). Esta encuesta se aplicó en unidades de salud, públicas y privadas, del primer nivel de atención de zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa. En total se indagaron a 55 individuos (hombres y mujeres).<sup>32</sup> La muestra fue no probabilística, es decir que no pueden extrapolarse los resultados al total de la población médica de las áreas estudiadas. El cuestionario se desarrolló en nueve secciones (además de una portada). Los temas abordados fueron:

1. *Capacitación profesional y servicios otorgados.*
2. Servicios de anticoncepción
3. Servicios de atención al embarazo, parto y aborto
4. Atención de infecciones de transmisión sexual (ITS).
5. Atención de infertilidad.
6. *Prevención de los cánceres de próstata, cérvico–uterino o de mama.*
7. Insatisfacción sexual, violencia familiar y participación comunitaria.
8. *Identificación de barreras de acceso a los servicios de salud reproductiva.*
9. *Datos sociodemográficos.*

Las secciones en cursiva fueron las que se exploraron en el capítulo IV. Dicha información sirvió para dar una descripción de componentes básicos de los servicios de salud para CaMa, para lo cual se emplearon estadísticas descriptivas. Por el tamaño de la muestra no se pudo hacer un análisis más refinado de los datos. Sin embargo, para dar amplitud al tema, se decidió recurrir a herramientas de corte cualitativo, tal como se muestra más adelante.

▪ ***Abordaje cualitativo***

Gran parte de los objetivos específicos que fueron planteados al inicio de este proyecto pretenden ser resueltos mediante el análisis cualitativo. Este tipo de técnica es de suma importancia porque permite poner a los proveedores médicos en el centro de la discusión y es a partir de sus relatos y experiencias compartidas que es posible hacer una construcción del

---

<sup>32</sup> Son 54 entrevistas completas.

discurso social, desde una “visión propia” que se permea por el contexto y las complejas interdependencias inherentes a la vida de cada sujeto (Vela, 2008).

Esta manera de aproximación al objeto de estudio resulta de gran riqueza para los fines que se persiguen, aunque hay que mencionar que la técnica no está ajena a ciertas restricciones propias de los individuos (sesgos de memoria, fragmentación de la realidad, olvidos, distorsiones, etc.). Otro problema se deriva de la traducción que hace el investigador de los testimonios ofrecidos por sus informantes. Al respecto Corbin y Strauss (2002:6), en una de sus reflexiones afirman “...la investigación de los fenómenos y los procesos no se vislumbran con facilidad”, de ahí la importancia de “...ser reflexivos y creativos a la hora de dominar las categorías con buen tino, formular preguntas estimulantes, hacer comparaciones y extraer un esquema innovador, integrado y realista de conjuntos de datos brutos desorganizados” (p. 14).

Silverman (1993:46) sostiene que aunque existe la libertad de optar por conceptos, teorías y técnicas, siempre habrá diferentes y fructíferas maneras de pensar los datos cualitativos, y citando sus palabras: “...solo llegamos a mirar las cosas de ciertas maneras porque hemos adoptado, de manera tácita o explícita, algunas maneras de ver...”. En esta misma línea de argumentación, Rosaldo (1991:56) comenta: “el etnógrafo –o cualquier investigador social– ha sido moldeado por experiencias vitales a lo largo de su historia de vida, esas experiencias cotidianas le permiten o inhiben cierto tipo de discernimiento frente a su objeto de estudio”, lo que de alguna manera moldea una forma de ver que no es más que un punto de vista sobre un punto de vista (Bourdieu, 1999:78).

A lo largo del trabajo de campo hubo constantes limitaciones que conllevaron al replanteamiento permanente de las estrategias a seguir. Una de ellas tuvo que ver con el acceso a los centros de salud y los permisos para las entrevistas, situación que se dilató por un largo periodo y que se reflejó en la disminución de entrevistados. Esto se dio, en parte, por el calendario previsto para la ejecución del trabajo de campo, y otra por escasa disponibilidad de tiempo de los médicos y el personal de salud que participó en el proyecto.

Asimismo, se encontraron dificultades en ordenar la agenda de los médicos al interior de los centros de salud para llevar a cabo las actividades, provocando que no se pudiera hacer una selección más refinada del perfil de los médicos que se querían entrevistar. Quienes quedaron incluidos en este estudio fueron designados directamente por el personal directivo de los centros visitados. Pese a todo esto, se puede decir que las entrevistas fueron variadas, ricas en contenido y suficientes para ilustrar la perspectiva de los oferentes de servicios de salud para CaMa en las zonas marginales del Distrito Federal.

### II.3.5 Logística de campo

- *Permisos y definición del número de entrevistados*

Para iniciar el acercamiento con los médicos del primer nivel de atención en salud de las zonas de marginalidad alta y muy alta de Tlalpan e Iztapalapa, se procedió en primera instancia a solicitar los respectivos permisos ante la SS de la Ciudad de México para ingresar a los servicios de salud.<sup>33</sup> La fecha de entrega de las cartas fue el 26 de febrero de 2010 y la respuesta a la petición se recibió el 8 de abril de este mismo año. Posteriormente, se hizo contacto con los delegados sanitarios (de acuerdo con la respuesta de la SS) y ellos definieron los centros de salud a los que se podía ingresar. Se autorizó visitar un centro de salud por delegación, que cumplía con las características planteadas desde un principio: que fuera del primer nivel de atención y que los usuarios provinieran de las zonas más pobres de Tlalpan e Iztapalapa.

En lo que respecta al número de personas a entrevistar, éste se definió en función de lo que cada institución aprobara; en Tlalpan se lograron hacer ocho entrevistas y en Iztapalapa otras siete; del total de entrevistas ocho fueron hechas a varones y las demás a mujeres. Si bien, desde un inicio solo se tenía pensado entrevistar a médicos/as, coincidió con que los dos centros asignados tuvieron mastógrafos. Se decidió entonces (sobre la marcha de la investigación), incorporar a las dos técnicas en radiología que tenían a su cargo la tarea de tomar las imágenes mamográficas. El tiempo que fue autorizado para cada entrevista en los centros de salud fue de 15–20 minutos (lo que dura una consulta médica regular), pero en la gran mayoría de los casos, los encuentros duraron entre 35–65 minutos.

En Tlalpan, la subdirectora médica era quien organizaba las citas con el personal médico y el mismo día de la entrevista –después de una presentación corta–, permitía que se efectuara la actividad. En Iztapalapa por su parte, el contacto fue con la directora de calidad médica, quien hacía la canalización con cada entrevistado. Luego, a manera personal, se le proporcionó al médico o radióloga más detalles sobre los objetivos de la visita, el respeto a la confidencialidad de la información suministrada y otros datos que los mismos involucrados iban solicitando. Luego, le pedía autorización a cada persona para que dejara grabar el diálogo, a lo cual todos accedieron.

---

<sup>33</sup> Esto para el caso de servicios públicos. Paralelamente se pidió permiso para acceder a servicios privados, pero dicha autorización fue denegada. Por este motivo, en este estudio solo se incluyen a proveedores médicos del ámbito público.

Todas las entrevistas en Tlalpan se realizaron en la mañana y en casi todos los casos se tuvo que esperar un lapso de tiempo importante (a veces una hora o más) hasta que el médico estuviera disponible, situación que permitió tomar nota de la dinámica de la institución, así como recabar datos relevantes para la tesis (observación participante). En Iztapalapa, el trabajo se realizó en dos días y las entrevistas fueron menos espaciadas, pero también se tomaron notas de campo y se hizo un registro fotográfico.

▪ ***Guía de entrevista: ejes temáticos e instrumento***

La entrevista se define como:

“un intercambio de ideas, significados y sentimientos sobre el mundo y los eventos, cuyo principal medio son las palabras. Es una interacción en la cual se exploran diferentes realidades y percepciones, donde el investigador intenta ver las situaciones de la forma como ven sus informantes, y comprender por qué se comportan de la manera en que dicen hacerlo. El significado no es un asunto privado, sino que está influenciado por otro...”. (Bonilla y Rodríguez, 2005).

El tipo de entrevistas realizadas para este estudio fue semiestructurada,<sup>34</sup> buscando enfocar el interés sobre “lo particular y la unicidad” (Gundermann, 2008:270). Esta modalidad de análisis permite extraer conclusiones acerca de los sujetos y los nexos entre características, elementos o dimensiones de los casos estudiados. Así, la extrapolabilidad de la información se basa en la inferencia lógica, es decir cuando “asumimos que las características presentes en el estudio de casos pueden ser relacionadas a una población mayor no porque el/los caso(s) es/son representativo(s), sino porque nuestro análisis es irrefutable” (Mitchel, 1983:200, citado en Gundermann, 2008: 271).

De entrada, aunque en el área social los estudios cualitativos son más abundantes, existe cierto recelo de este tipo de estudios en el área de la salud. Igualmente, el análisis de profesionales médicos, se convierte en un reto metodológico que de por sí representa grandes

---

<sup>34</sup> Esta técnica es utilizada para recoger y corroborar una información determinada sobre ciertos aspectos muy concretos (a través de preguntas muy precisas), a la vez que interesa recoger información más abierta sobre otros puntos. De ahí que el instrumento contenga preguntas bien estandarizadas y otras no tanto. Se utiliza cuando ya se tiene centrado el tema a investigar y cuando se han delimitado ciertas dimensiones, lo que permite contar con información más precisa, contrastarla con los informantes, corroborarla y/o ampliarla (Flick, 2004). Fue seleccionada para este estudio porque ya habían algunos aspectos que fueron explorados a nivel cuantitativo con las mujeres y los médicos, pero habían otros sobre los cuales no existían elementos suficientes para hablar, muchos de ellos en lo referente a la construcción social de género, la pobreza y su impacto en la prestación de los servicios de salud para CaMa.

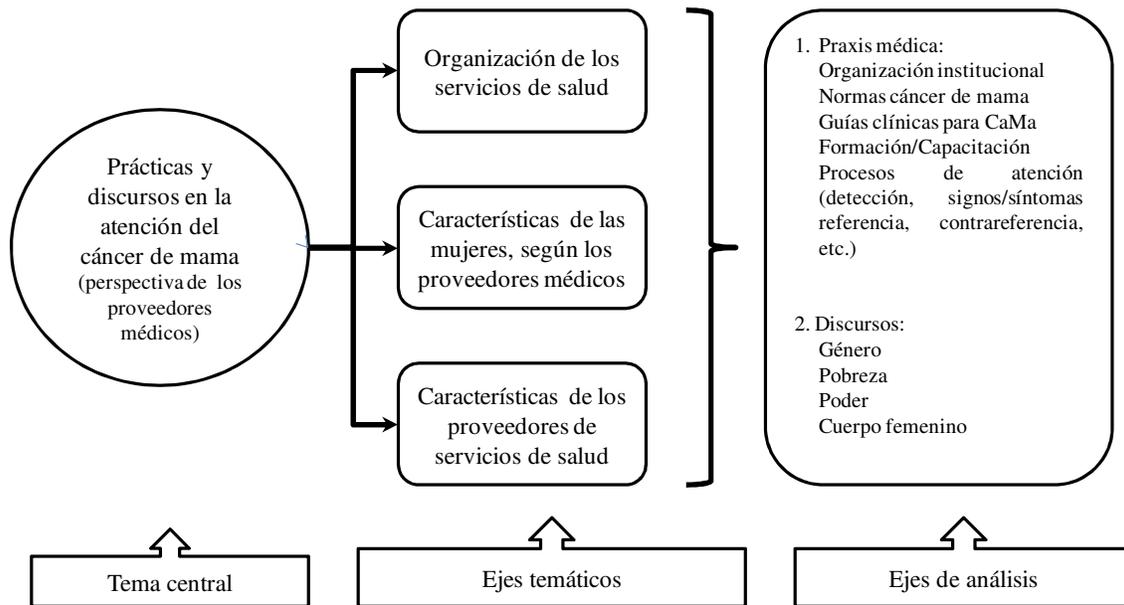
esfuerzos, principalmente por ser éste un ámbito de suprema jerarquía social (tanto interna como externa) (Castro, 2008; Mercado y Torres, 2000).

La muestra cualitativa estuvo conformada por 15 proveedores médicos; esto permitió incursionar en la visión más específica de los sujetos acerca de un hecho que atañe lo biológico pero que tiene expresiones sociales que repercuten en las formas de atención, cuidados y tratamientos médicos del CaMa. Una de las grandes ventajas que se encontró con este instrumento fue la posibilidad de reforzar sobre puntos de interés concretos, de flexibilizar los diálogos y de retomar aspectos emergentes que se fueron suscitando en la particularidad de las entrevistas.

La estrategia principal fue cubrir unos puntos concretos respecto al tema del CaMa, para lo cual se tenían determinadas preguntas que debían abordarse con todos los actores, sin embargo, toda vez que los informantes respondían a estos cuestionamientos, se dejó que cada encuentro tuviera su propia dinámica y que ellos profundizaran o guiaran el discurso sobre los aspectos que le resultaban más importantes o significativos. Otra táctica fructífera fue preguntar a los médicos por la labor de sus colegas, de las cosas que ellos percibían como correctas o equivocadas, lo que facilitó el entendimiento del sistema individual de valores. Se descubrió que al hacer este ejercicio, la mirada sobre los otros médicos se basaba más en la moral y la ética social que en los mismos principios médicos que rigieron los diálogos propios.

Para propiciar respuestas más extensas y mayor reflexión por parte de los informantes se procuró que las preguntas pudieran ser respondidas a partir de la experiencia, percepciones y conocimientos de los médicos y técnicas en radiología, sin presuponer implícitamente categorías de respuesta (dicotómicas). El instrumento fue diseñado de tal forma que abarcara puntos nodales de la investigación, el orden en que se plantearon las preguntas variaba y dependía de dinámica de la entrevista (Anexo 3). Se manejaron ejes temáticos y subtemas generales (Figura II.3).

Figura II.3 Tema central, ejes temáticos y subtemas de las entrevistas cualitativas



Fuente: elaboración propia.

▪ ***El encuentro cara a cara con los entrevistados***

En general, los estudios cualitativos se han enfocado en posiciones y actores sociales marginales, excluidos y vulnerables, así como en la producción que dichas situaciones imponen: “ser explotado, reducido a la miseria, rechazado, ‘maldito’, acusado de subversión, de moralidad, etc.” (Foucault, 1972:78). Este tipo de relaciones implica formas de comunicación, indagación y abordaje muy distintas a las que se producen con sujetos que comparten un sistema social más próximo.

En este trabajo se incursionó sobre un grupo de profesionales médicos que tiene una forma de discurso que se caracteriza por ser “científico”, lo cual de entrada excluye a quienes no son poseedores de este conocimiento (Castro, 2008). No obstante, se tuvo como ventaja el bagaje previo en el tema y el dominio de información sobre CaMa que permitía un diálogo fluido entre el personal médico y la investigadora. Además, se tuvo oportunidad de hablar en términos igualitarios y comprensibles, dado de alguna manera, por el nivel educativo de los actores involucrados.

Después de la presentación de rigor, de una breve exposición de los objetivos e intereses de la visita, los profesionales se sentían interesados y dispuestos a ofrecer sus puntos de vista. Fue recurrente que dichas personas solicitaran precisar aspectos puntuales de la entrevista. Las respuestas que se obtuvieron fueron por lo regular extensas y, excepto en un caso (con una médica joven), los diálogos eran muy informativos.

Pese a que las entrevistas se hacían con el permiso de los directivos de los centros de salud, se pidió el consentimiento a cada médico/radióloga de ser indagado/a y se manifestó la posibilidad de no responder o dar por terminada la entrevista en el momento que cada persona así lo considerara. Esta acción se hizo de manera verbal, puesto que los protocolos en salud indican pedir consentimiento informado (vía escrita), cuando se hacen experimentos con humanos, cuando se tratan temas altamente sensibles y privados o cuando determinadas intervenciones que ponen en riesgo la salud e integridad humana. En el estudio de caso que se presenta, ninguno de los anteriores puntos aplicaba, por lo cual no fue necesario pasar por un comité de ética médica.<sup>35</sup>

#### ▪ *Consideraciones y limitaciones inherentes a las entrevistas*

Como cualquier otra técnica de investigación, las entrevistas cualitativas tienen sus propios sesgos y limitaciones que provienen de diferentes fuentes, ya sea del instrumento, el investigador, del informante o de la forma como son procesados y divulgados los datos, propiciando que en cualquier momento se generen cambios en la forma de concebir los hechos sociales. En la experiencia concreta con los proveedores de servicios médicos también se suscitaron diversos sentimientos, percepciones y vivencias que influyeron de manera diversa en el proceso de investigación. Brevemente se mencionan las situaciones más relevantes.

Una restricción de este componente cualitativo fue que las entrevistas discurrieron en los mismos puestos de trabajo de los médicos y radiólogas, restando privacidad y creando tensiones y afán entre los participantes por concluir con la actividad.<sup>36</sup> Las instituciones de salud visitadas prestan servicios a población marginal (no derechohabiente) que en determinadas ocasiones debía hacer esfuerzos significativos para llegar a dichos lugares

---

<sup>35</sup> Sobre la declaración de Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial acerca de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, véase [http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion\\_helsinki.pdf](http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaracion_helsinki.pdf) [Consulta: 23 de septiembre de 2010].

<sup>36</sup> Esto explica también el porqué las entrevistas se hicieron en tan poco tiempo.

(desplazarse por varias horas, suspender temporalmente las labores económicas o del hogar, hacer largas filas para recibir una ficha de atención, etc.).

Por otra parte, algunos médicos, principalmente, no sabían el lugar de procedencia de la investigadora y mucho menos tenían los elementos suficientes sobre las razones de la visita. En más de una oportunidad se creyó que se representaba a la SS o un ente gubernamental que hacía tareas de evaluación de la calidad de los servicios. Esto tuvo dos implicaciones: una, que se desviaba el tema central por el que se efectuaba la entrevista (CaMa), provocando que los médicos se quejaran (en especial por los trámites burocráticos al interior de los centros) y luego que hicieran peticiones asociadas con los servicios de salud. La segunda era que, aunque fue muy enriquecedora la situación, se restó tiempo que podía ser invertido a temas concretos del estudio.<sup>37</sup>

### **II.3.6 Análisis de los datos desde una aproximación comprensiva**

Fueron varios los recursos utilizados para procesar y analizar la información que se generó con las entrevistas cualitativas. Tal como ya se citó, las entrevistas fueron audiograbadas<sup>38</sup> y posteriormente transcritas en fichas de *Word* (Anexo 4). También se tomaron notas de campo (Anexo 5). A cada uno de los entrevistados se les asignó un código único de identificación, con el fin de referir posteriormente los apartados que fueron citados en la tesis. En el cuadro II.2 se presentan las características más relevantes de los entrevistados y sus respectivas identificaciones.

---

<sup>37</sup> Siempre se hizo las respectivas aclaraciones sobre: adscripción institucional y objetivos de las entrevistas, además de otras que fueron necesarias.

<sup>38</sup> Se guardaron en CD.

Cuadro II.2 Características del personal de salud entrevistado

Tipo de entrevistado	Código de identificación*	Edad	Observaciones
<b>Tlalpan</b>			
Médico General	T1V-MG	48	
Médica General	T2M-MG	46	
Médico Pasante	T3V-MP	25	Se encontraba en servicio con la T2M-MG
Médica Familiar	T4M-MF	44	
Técnica en Radiología	T5M-TR	34	
Médica Familiar	T6M-MF	56	
Médico Internista	T7V-MI	22	Se encontraba en servicio con la T6M-MF
Médico Familiar	T8V-MF	54	
<b>Iztapalapa</b>			
Médico General	I1V-MG	54	
Médica General	I2M-MG	52	
Técnica en Radiología	I3M-TR	35	
Médica General	I4M-MG	27	Llevaba en el Centro menos de un mes.
Médica General	I5M-MG	44	Coordinadora de calidad
Médico General	I6V-MG	57	Coordinador Administrativo
Médico General	I7V-MG	56	Director del Centro

\* Los códigos de identificación corresponden: inicial de la delegación donde se encuentra el Centro de Salud (T=Tlalpan, I=Iztapalapa), número consecutivo (inicia en 1), sexo del proveedor (V=varón, M=Mujer), guión (-), tipo de especialidad (MG=Médico general, MF=Médico familiar, MP=Médico pasante, MI=Médico interno, TR=Técnica en radiología). Los verbatim se citarán acorde estos códigos.

Fuente: elaboración propia.

La técnica de análisis de las entrevistas fue la de la *Teoría Fundamentada*<sup>39</sup> propuesta por Strauss y Corbin (2002). La riqueza que ofrece esta perspectiva de análisis es que permite desarrollar la teoría en función de los conceptos, propiedades y dimensiones específicas de cada objeto de estudio. Esto hace que la construcción analítica y la lectura cualitativa “emerja de los datos mismos”. Algunas de las técnicas de microanálisis empleadas fueron: la codificación abierta, la codificación axial, codificación selectiva y codificación para el proceso.

- *Codificación abierta*: proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones.

<sup>39</sup> Strauss y Corbin (2002:25) entienden como teoría “...un conjunto de categorías bien construidas, por ejemplo, temas y conceptos interrelacionados de manera sistemática por medio de oraciones que indican relaciones, para formar un marco teórico que explica algún fenómeno social, entre otros”.

- *Codificación axial*: proceso de relacionar las categorías y sus subcategorías. Denominado “axial” porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones.
- *Codificación selectiva*: proceso de integrar y refinar la teoría.
- *Codificar para el proceso*: secuencias de acción/interacción que evolucionan, en cuyos cambios se pueden rastrear los de las condiciones estructurantes.

Se recurrió a la combinación de estas estrategias con el propósito de conocer con mayor profundidad el contenido de las entrevistas y poder dilucidar con precisión lo que cada sujeto/actor quería expresar. Con este procedimiento se pudo ver que:

“...el análisis no es un proceso estructurado, estático o rígido. Es más bien, de flujo libre y creativo en el que los analistas van de un lado a otro entre los tipos de codificación, usando con libertad técnicas analíticas y procedimientos y respondiendo a la tarea analítica que se plantean” (Strauss y Corbin, 2002:63–64).

Algunos conceptos relevantes para la aplicación de la *Teoría Fundamentada* son:

- *Fenómenos*: ideas centrales en los datos, representadas como conceptos.
- *Conceptos*: basamentos fundamentales de la teoría
- *Categorías*: conceptos que representan fenómenos
- *Dimensiones*: escala en la cual varían las propiedades generales de una categoría y que le da especificaciones a la categoría y variaciones a la teoría.
- *Subcategorías*: conceptos que pertenecen a una categoría, le dan claridad adicional y especificidad

Para el procesamiento de los datos se empleó el programa especializado en el análisis de datos cualitativos *Atlas.ti*<sup>40</sup> y también se recurrió a la codificación manual. Con la codificación manual se subrayaron *temas generales* que correspondieron con los tópicos que agruparon las entrevistas. El siguiente paso fue seleccionar conceptos alrededor de estos temas (Cuadro II.3), los cuales emanaron de los informantes y con los que se procuró conservar el contexto y forma “innata” de nombrar y describir los hechos. Subsecuentemente

---

<sup>40</sup> Su base teórica se hace a partir de la *Teoría Fundamentada*. El proceso mediante esta herramienta implica cuatro etapas: 1) Codificación de los datos, 2) Categorización, 3) Estructuración o creación de una o más redes de relaciones o diagramas, mapas mentales o conceptuales, entre las estructuras y 4) Estructuración de hallazgos. Más información en: <http://www.atlasti.com/es/productintro.html>

se construyó un análisis sistemático que tuvo como soporte el marco teórico–conceptual que se eligió para este estudio, es decir que se enfatizaron sobre los condicionantes relacionados con la organización de los servicios de salud, con el género y con el nivel socioeconómico que los médicos declaraban y que interferían en la atención adecuada del CaMa. Para concatenar estos aspectos fue fundamental incurrir a un análisis más general sobre la organización de los servicios de salud, las características de los proveedores médicos y la existencia de otras barreras para el acceso y atención del CaMa, además de temas emergentes en los diálogos.

Una selección más fina de códigos se hizo al leer y re–leer las transcripciones y de ir y venir a las notas de campo, que ofrecieron una fotografía completa de lo observado y registrado. A partir de esta revisión se hizo una selección –a través del *Atlas.ti.*– de palabras, líneas o segmentos de los textos transcritos que pudieran ilustrar específicamente y con gran riqueza lo que se contrastaba con la teoría o lo que marcaba una singularidad propia de este grupo. La selección de los grandes temas podría afirmarse se dio de manera deductiva, puesto que así se diseñó el instrumento de captación de la información, mientras que la lectura en fino se hizo de manera inductiva, aprovechando la gran riqueza que plasmó cada participante (Castro, 2000). Aunque muchos temas ya se han abordado en la literatura, fue interesante ver cómo ciertos códigos eran compatibles y cobraban sentido en el contexto en el que fueron narrados (*códigos in vivo*).

El análisis a detalle contribuyó a identificar y enlazar sucesos que parecían desarticulados en un principio, por eso se procuró entender los fenómenos en sí y su interrelación con otros elementos presentes en los testimonios. En determinados casos, para clarificar temas concretos, se recurrió a esquematizar la información en cuadros sinópticos y cuando cabía la posibilidad se ilustraron aspectos tratados con registros fotográficos.

Finalmente en la fase cualitativa se intentó descubrir aquello que “se dice sin decir” (Castro, 2000:486), esto es, lo que el emisor no manifiesta directamente con palabras o lo que en la ideología opera a través de la “disimulación o encubrimiento” (Gutiérrez, 2001:3). Esto fue clave para poner en relieve la lógica médica frente a determinados acontecimientos que fueron representados como “ajenos” o que se mencionaron poco importantes, distorsionando su sentido real. Esta última parte fue especialmente relevante, dado que requiere de una sensibilidad especial del entrevistador para captar e interpretar estos hechos en un medio en el que predomina un discurso hegemónico de lo que debe ser.

Como resultado, el eje donde fue posible sustraer una mayor cantidad de códigos fue aquel que estaba relacionado con la prestación de los servicios de salud, ya que para los

médicos fue relativamente más sencillo referirse a ellos. En contraste, los códigos que hacían alusión a la población fueron menores, así como aquellos concernientes a las propias características del proveedor médico.

Cuadro II.3 Conceptos generados a partir de las entrevistas

Servicios de salud y cáncer de mama	Características y condiciones de vida de las mujeres/pacientes	Características y condiciones de los médicos
Anomalía/Alteración	Adulta	Abandono
Archivo médico	Alcohol	Adecuado
Autoexploración mamaria	Alimentación	Apoyo
Avanzado	Ansiedad	Aprendizaje
Bebé	Autoestima	Cansancio
Bolita	Confianza	Carga
Brujo/Curandero	Cooperación	Científico
Calidad	Cuerpo	Compromiso
Cáncer cérvico-uterino	Cultura	Consolidación
Cartel/Folleto/Díptico	Dejadez	Consultorio
Centro de salud privado	Demanda	Control
Chochos	Dependencia	Convencer
Detección	Depresión	Corregir
Displasia	Desplazamiento	Criterio
Dispositivo	Desintegración familiar	Curar
Documentación	Dinero/Economía	Dar
Doctor/Doctora	Diversión	Deber
Dolor	Droga	Defensivo
Edad	Dudas	Deficiencias
Embarazo	Economía informal	Desencanto/Desmotivación
Enfermedades crónicas	Educación/Información	Disposición
Enfermedades infecto-contagiosas	Emociones	Educación/Capacitación
Enfermera	Escuela	Emoción/afecto
Enrojecimiento	Esposo/Cónyuge/Pareja	Errores/Equívocación
Especialista	Facilidad	Escuchar
Examen clínico de mama	Generación	Especialidad
Farmacia	Genitales	Familia
Gratuidad	Hablar	Firmeza
Herencia	Hijos	Hacer
Hinchazón	Hogar	Héroe
Horario	Hombre	Interés
Hormonas	Ignorancia	Lógica
Hospital	Incomodidad	Médico/Médica
IMSS/ISSSTE/Seguro Popular	Joven/Adolescente	Misión
INCAN	Lejanía	Moral
Interpretación	Liberal	Objetividad
Lactancia	Limitación	Oferta
Lucro	Machismo	Óptimo
Mamografía	Madre soltera	Prevenir
Mecanización	Marginalidad	Práctica
Médicos pasantes	Miedo	Prejuicios
Menarca/Menopausia	Mujer	Profesional
Metas	Pasaje	Pudor
Molestias	Preguntas	Regaño
Mostrar	Pobreza	Responsabilidad
Muerte	Pudor	Respuesta
Multitratado	Receptividad	Saber

Servicios de salud y cáncer de mama	Características y condiciones de vida de las mujeres/pacientes	Características y condiciones de los médicos
Niño	Rechazo	Sanar
Nódulo	Religión	Solicitar/Pedir
Norma	Responsabilidad	Subjetividad
Operación	Sencillez	
Paciente	Sexo	
Palpar/tocar	Soltero/a	
Papanicolaou	Trabajo	
Parto	Tradicición	
Pase/Ficha	Vergüenza	
Peligro	Violencia	
Pezones/Mama/Seno	Vivienda	
Planificación familiar		
Prevención		
Primer nivel de atención		
Radiación		
Radiólogo		
Red de mastógrafos		
Reproducción		
Retraso		
Riesgo		
Saturación		
Seguimiento/Control		
Segundo nivel de atención		
Signos		
Silencioso		
Síntomas		
Sospecha		
Tardío		
Temprano		
Tiempo de consulta		
Trabajadora social		
Trámites administrativos		
Tratamiento		
Ultrasonido		
Unidades móviles		
Vida		

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas a médicos y técnicas radiólogas en Tlalpan e Iztapalapa.

A su vez, estos conceptos se agruparon en diferentes categorías que fueron:

- Perfil de las mujeres
- Perfil de los prestadores de servicios de salud
- Características y organización de los servicios de salud
- La construcción discursiva: género, pobreza, poder y cuerpo
- Detección del CaMa: signos y síntomas. AEM, ECM, mamografía, ultrasonido
- Barreras de acceso y atención del CaMa.

### II.3.7 Validación y confiabilidad de los datos cualitativos

Una de las mayores críticas a los análisis cualitativos se fundamenta en la validez y confiabilidad externa de la información obtenida. La validez se refiere a nivel de credibilidad o veracidad de las descripciones, inferencias y resultados del estudio. Cuando se habla de veracidad, ésta aplica en dos niveles: 1) validez interna: los resultados reflejan la situación estudiada y 2) validez externa: nivel de aplicación de las conclusiones a grupos similares (Bonilla y Rodríguez, 2005). La estrategia de verificación permitió identificar puntos críticos en la investigación y de este modo tomar medidas correctivas para garantizar el rigor metodológico. El procedimiento, retomado de la propuesta de Bonilla y Rodríguez (2005) fue (Cuadro II.4):

Cuadro II.4 Proceso de validación de la investigación

<b>Intervención</b>	<b>Medida</b>
Durante el proceso de recolección	Configurar la muestra Revisar los efectos del investigador Ponderar la evidencia Verificar la representatividad de los datos
Durante el análisis y la interpretación	Revisar el significado de los casos marginales Identificar relaciones espurias Contrastar explicaciones Triangulación
Durante la producción de resultados	Analizar los datos con la población estudiada Evidenciar la transparencia en los procedimientos
Durante el informe final	Descripciones sólidas Determinar el nivel de generalización interna

Fuente: adaptado de Bonilla y Rodríguez, 2005.

Por su parte, la confiabilidad de los datos implica que se pueda repetir el mismo procedimiento del estudio sin que se alteren los resultados. Para asegurar la confiabilidad del trabajo se desarrollaron las siguientes actividades:

- Usar categorías lo más concretas posibles
- Identificar claramente a los informantes
- Describir detalladamente el contexto en el cual se desarrolló el estudio
- Describir los métodos de recolección y de información y análisis

- Discutir los hallazgos con otros investigadores y expertos

## **II.4 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN**

Este capítulo engloba el desarrollo teórico–conceptual que se empleó en esta tesis. Se eligió como estructura general los DSS, la cual se nutrió con bibliografía específica en cada subtema considerado. Se eligió el modelo de los DSS por contemplar aspectos micro, meso y macro que pueden relacionarse con la atención del CaMa. En concreto, y siguiendo con los objetivos de esta tesis, se seleccionaron ejes analíticos como el género, la pobreza, la organización de los servicios de salud, así como sus interacciones. Estos temas conllevaron a que también se hablara del cuerpo y de las relaciones de poder dentro del contexto médico, temas inherentes a la prestación de servicios de CaMa. Después de la revisión de la literatura y el diálogo entre los autores, se delimitaron las definiciones que más se apegan a los intereses del estudio y que serán utilizadas para el análisis de los resultados.

En un segundo plano se habla de la estrategia metodológica que se siguió. Algunos de los puntos que se tratan son:

- Uso de técnicas mixtas (cualitativas y cuantitativas)
- Delimitación geográfica: análisis de caso
- Población objeto de estudio: médicos y técnicas radiólogas
- Encuestas utilizadas
- Entrevistas a profundidad
- Guía de entrevistas
- Alcances y limitaciones del estudio
- Teoría fundamentada (codificación y proceso de análisis)

La riqueza de este apartado radica en que fue construyéndose con base en las lecturas y la experiencia empírica del estudio, las cuales se dieron de manera paralela. Es una fusión entre literatura, referentes teóricos, así como también entre experiencia de campo y técnicas de análisis de datos que fueron ajustándose, según los requerimientos propios de este estudio. Contiene la integración de herramientas y perspectivas analíticas de diversa índole y de variadas disciplinas: sociológica, estadística, salud pública, antropología y demografía.

### **CAPÍTULO III. LAS MUJERES Y EL CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO Y PROCESOS DE ATENCIÓN**

---

---

En este bloque se analizan los procesos de atención del CaMa entre las mujeres mexicanas, de acuerdo con diversas variables sociodemográficas, tratando de este modo de evidenciar los contrastes subyacentes. Sin embargo, definir la fuente de información que se ajustara mejor a dicho propósito no fue tarea fácil, ya que en el país no se dispone de datos integrales que permitan conocer las diversas condiciones de las mujeres en lo que respecta al acceso a los servicios de salud y a la atención del CaMa.

Ante este panorama, existían dos posibilidades de abordar el tema: la primera de ellas sería a través de los registros hospitalarios por tumores malignos de la mama y otra, por medio de encuestas poblacionales. Respecto a la primera fuente de información se encontró que existen limitaciones en su uso como:

1. Los registros hospitalarios no contienen el total de población que padece la enfermedad, puesto que ciertas mujeres, por distintos motivos, no acceden o utilizan los servicios de salud. Esto significa que no se tendría información sobre una franja de mujeres que no son atendidas en centros de salud u hospitales.
2. La disponibilidad de cifras sobre registros de CaMa en el país se restringe principalmente al sector público, dado que las instituciones de salud privadas no están integradas en los sistemas de información nacional, como por ejemplo el *Sistema Nacional de Información en Salud* (SINAIS). Otros sistemas como el *Sistema de Información de Cáncer de la Mujer* (SICAM) o el *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica* (SINAVE) presentan inconvenientes como el que no operan adecuadamente, no muestran registros en tiempo real y hay subregistro de información, lo que imposibilita contar con datos confiables.

Se decidió que el mejor acercamiento al fenómeno de interés era por medio de encuestas. Las encuestas proporcionan información sobre las mujeres con diversas condiciones sociodemográficas y sobre múltiples aspectos, al tiempo que supera el sesgo que tienen los registros hospitalarios y epidemiológicos, en el sentido de que incluye grupos femeninos que no hacen uso de los servicios médicos y abarcan tanto a las que usan servicios públicos como las que acuden a la medicina privada.

Si bien, el objetivo central de esta investigación radica en conocer la visión de los médicos que prestan sus servicios de atención de CaMa en contextos de alta marginalidad, resulta imperativo conocer cuáles son las condiciones y características de los servicios que se ofrecen a las mujeres en las distintas etapas de atención de la enfermedad (prevención, diagnóstico, tratamiento y control), así como la tipología de las que no acceden a cada una de estas fases, desde una óptica de diferenciación sociodemográfica.

De este modo, el siguiente análisis que se plantea no es más que un paso en la siguiente dirección: buscar “patrones” entre las distintas encuestas que han tratado de modo implícito hacia el CaMa, ya que hasta el momento no existe disponible una encuesta a nivel general que indague sobre el tema exclusivamente. El CaMa ha sido abordado en las encuestas de manera adyacente a otros tópicos como la PF y la utilización de los servicios de salud, principalmente.

La primera parte del análisis de este capítulo es un ejercicio acotado, descriptivo y analítico de los datos disponibles, en donde se presenta la situación de las mujeres frente al CaMa en México. La elección de las encuestas es por lo tanto una acción explícita que responde a la necesidad de examinar evidencias sobre las prácticas de las mujeres en relación con el CaMa, aunque hay que considerar que existen marcadas diferencias metodológicas entre un instrumento y otro.

Es oportuno precisar que no se emplearon todas las encuestas generadas en el país que dan cuenta sobre esta enfermedad. La decisión de incluir o no a una encuesta determinada obedeció a una evaluación de las fuentes de información en donde se privilegiaron tres criterios: 1) que fueran representativas a nivel nacional; 2) que pudiera aplicarse algún tipo de estratificación socioeconómica, y 3) que contuvieran información sobre atención del CaMa. También era necesario que dichos instrumentos abordaran al menos alguno de los siguientes temas: 1) información y conocimientos de las mujeres sobre la patología; 2) práctica de detección del CaMa; 3) proceso de diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad; 4) barreras para el acceso a los servicios de salud y para la atención a los servicios del CaMa, y 5) razones de no uso de los servicios de salud para la atención del CaMa, entre otros.

Al hacer una revisión sistemática de las encuestas sociodemográficas y de salud en México (Rojas y Lerner, 2001), se encontró que solo tres cumplían con los requisitos previos: ENSA, 2000; ENSAR, 2003 y ENSANUT, 2006; a todas ellas se les aplicó una estratificación

socioeconómica.<sup>41</sup> Alguna de la información más relevante de cada una de estas encuestas se presenta en el cuadro III.1.

Cuadro III.1 Ficha técnica de las encuestas seleccionadas

Temas	Encuestas		
	ENSA	ENSAR	ENSANUT
Año de levantamiento	2000	2003	2006
Objetivo principal	Contribuir al conocimiento de la salud poblacional mediante una encuesta transversal que contemple factores de riesgo a la salud, necesidades de salud y en el caso de la población adulta (mayores de 20 años de edad) un particular énfasis en las enfermedades crónicas.	Obtener información acerca de la salud reproductiva de las mujeres mexicanas, así como del conocimiento y práctica de las medidas de prevención y atención en la materia. Se realiza con el fin de evaluar las acciones realizadas y obtener elementos para dar una mejor orientación a los programas.	Estimar la frecuencia y distribución de indicadores positivos de salud, factores de riesgo de enfermedad, estado nutricional y deficiencias de nutrientes, enfermedades (agudas y crónicas), lesiones y discapacidad en los ámbitos nacional, regional, urbano y rural, y para cada una de las entidades federativas en México.
Cobertura temática	<ol style="list-style-type: none"> <li>Factores de riesgo</li> <li>Accidentes y violencia</li> <li>Antecedentes heredo-familiares</li> <li>Salud reproductiva</li> <li>Diabetes mellitus</li> <li>Hipertensión arterial</li> <li>Enfermedad renal y enfermedades reumáticas</li> <li>Programas preventivos</li> <li>Registro de mediciones clínicas</li> <li>Mediciones biológicas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Características sociodemográficas</li> <li>Fecundidad</li> <li>Anticoncepción</li> <li>Atención materno-infantil</li> <li>Exposición al riesgo de concebir</li> <li>Infertilidad y menopausia</li> <li>Sexualidad y violencia doméstica</li> <li>Infecciones de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino y de mama</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Actividad física</li> <li>Sobrepeso obesidad</li> <li>Depresión</li> <li>Diabetes mellitus</li> <li>Hipertensión arterial</li> <li>Enfermedad cardiovascular</li> <li>Enfermedad renal, hipermercolesterolemia y neuromuscular</li> <li>Cáncer</li> <li>Salud reproductiva</li> <li>Programas preventivos</li> <li>Accidentes</li> <li>Agresión o violencia</li> <li>Factores de riesgo</li> <li>Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión, salud visual</li> <li>Percepción del estado</li> </ol>

<sup>41</sup> La construcción de esta variable se desarrolló con el propósito de tener información común aplicada a las diferentes encuestas nacionales de salud reproductiva levantadas en México. Para el cálculo del estrato se utiliza primordialmente al hogar como unidad de observación y análisis. Las dimensiones consideradas para el cálculo del estrato socioeconómico fueron: la vivienda, la educación y el ámbito económico. (Echarri, 2008). En la ENSANUT no fue posible aplicar la estratificación anterior, por lo cual se empleó la categoría socioeconómica que incluía la encuesta. Originalmente eran cuatro categorías que se reagruparon en solo dos. Los estratos bajo y muy bajo lo conformaron los deciles 1-4 y los estratos alto y muy alto, los deciles 5-10.

Temas	Encuestas		
	ENSA	ENSAR	ENSANUT
Tamaño de la muestra*	29928	20925	25422
Dominio de la encuesta	Nacional y Estatal	Nacional y 8 entidades: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas	de salud para personas de 60 años o más Nacional y Estatal
Rango de edad de las mujeres de la muestra	20 años o más	15–49 años	20 años o más
Cuestionario utilizado	Adultos	Individuos	Adultos
Total de preguntas sobre cáncer de mama	7	17	12
Institución responsable	SS	SS	INSP
<b>Contenidos temáticos sobre cáncer de mama</b>			
Información y prevención		√	
Uso de técnicas de detección de CaMa	√	√	√
Procesos de atención	√	√	√
Barreras en el acceso y atención	√	√	√

\* Utilizada para los cálculos de este estudio (Mujeres de 20 años de edad o más a las que se les preguntó por algún tema de cáncer de mama). Datos sin ponderar.

Fuente: Rojas y Lerner, 2001; INSP, Online [consulta 29 septiembre de 2009] Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/>. Elaboración propia.

Un segundo componente de este apartado se complementó con un análisis a profundidad de información proveniente de la ENSR–DF del año 2007, en donde se dispone de datos sobre mujeres que residen en las zonas de Alta y Muy Alta marginalidad de Tlalpan e Iztapalapa en el Distrito Federal. Lo que se busca con este estudio local es dar cuenta de las características sociodemográficas más relevantes de las mujeres que están inmersas en las distintas etapas de la atención del CaMa, de los obstáculos y de los factores que inciden para que las mismas hagan uso de las técnicas de detección de la enfermedad. Esta encuesta difiere de las demás en que solo aplica a mujeres de estratos bajos de las áreas geográficas ya mencionadas, pero su riqueza radica en las posibilidades de observar con detalle los procedimientos empleados para identificar nodos en las mamas y en otras situaciones relacionadas con la atención de esta afección.

### **III.1 PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA**

Se ha observado que las características sociodemográficas de las mujeres resultan ser factores que están directamente relacionados con las posibilidades para el acceso y la atención en los servicios de salud y, por ende, en las posibilidades de que, en caso de detectarse algún problema de salud, pueda ser solucionado oportunamente (Palacio *et al.*, 2009; Ortega, López y López, 2000). Así por ejemplo, se ha dicho que tener mayores niveles de escolaridad, pertenecer a áreas urbanas y ser de grupos socioeconómicos elevados, aumenta las probabilidades de llevar a cabo prácticas de detección del CaMa; en cambio, las mujeres más pobres y las de áreas rurales ven disminuidas dichas opciones. Con base en las encuestas seleccionadas se intenta describir los procesos de atención del CaMa, de acuerdo con diferentes variables sociodemográficas de las mujeres, entre las que se encuentran: nivel socioeconómico, grupo de edad, localidad de residencia (urbano/rural), paridad, situación conyugal, derechohabiencia y grado escolar.

#### **III.1.1 Prácticas de detección de cáncer de mama**

En la bibliografía consultada es recurrente la mención de que la detección temprana es un elemento fundamental para lograr una mayor sobrevivencia y en mejores condiciones de las mujeres que padecen el CaMa. Para poner en contexto los resultados de este trabajo, se optó por tomar tres grupos que pueden ser analizados con base en los datos disponibles. Hay que recordar que tanto la ENSA como la ENSANUT encuestaron mujeres de 20 años de edad o más, mientras que la ENSAR solo tomó como referencia mujeres entre los 20–49 años.

Los resultados siguientes toman los valores arrojados en cada encuesta (Cuadro III.2), sin restricción alguna, es decir, que considera a toda la población que fue encuestada según el caso. Otra de las cifras corresponde a mujeres de 20–49 años, con lo que se estandariza el grupo de edad en las tres encuestas estudiadas. Finalmente, se toma en cuenta otro grupo donde únicamente están las mujeres de 40 años de edad, sobre quienes deberían iniciarse acciones de detección de CaMa, mediante mamografía.

Teniendo en cuenta lo anterior, en México se encuentra un uso diverso de las técnicas de detección, lo que se corresponde con la manera como son planteadas las preguntas, el periodo por el que se preguntó y el rango de edad que se consideró. A continuación se habla en detalle sobre cada uno de estas técnicas y de los hallazgos encontrados.

Cuadro III.2 Porcentaje de uso de las diferentes pruebas de detección de cáncer mamario en México, según encuestas seleccionadas

Encuesta	AEM	ECM	Mamografía
ENSA	–	9.9%*	–
		10.6%**	
		11.3%***	
ENSAR	74.1%**	37.7%**	–
ENSANUT	–	–	16.8%*
			16.3%**
			19.2%***

\* En mujeres de 20 años de edad o más

\*\* En mujeres entre los 20 y 49 años de edad

\*\*\* En mujeres de 40 años de edad o más

Fuente: elaboración propia a partir de las encuestas ENSA, ENSAR, ENSANUT

#### ▪ *Autoexploración mamaria*

En 2003, cuando se levantó la ENSAR, cerca de tres de cada cuatro mujeres entre 20 y 49 años de edad manifestaron hacerse la autoexploración de sus senos, “revisando sus senos para ver si tenía tumores o bolitas”. Si bien estas cifras son alentadoras, estos resultados deben ser tomados con cautela, ya que el hecho que la mujer declare inspeccionar sus mamas, no necesariamente significa que la técnica esté siendo aplicada correctamente (Lewis *et al.*, 2009).

Esto puede corroborarse con estudios como el llevado a cabo en Monterrey por Garza y otros (2004), donde se estimó una prevalencia de exploración mensual de mamas de 39%; sin embargo, cuando se evaluó el cumplimiento de cada uno de los componentes que debe tener una autoexploración, dicha prevalencia se redujo a 5%. Por otra parte, en un sondeo hecho en el IMSS se encontró que 58% de los casos de CaMa fueron descubiertos por las usuarias y en 90% de ellos el hallazgo se dio al momento de la ducha (Calderón *et al.*, 2000), sin que necesariamente se estuviera haciendo una inspección de los senos, lo cual denota que no siempre hay un procedimiento estandarizado previo al descubrimiento de signos malignos en las mamas.

En la ENSAR se indica que del total de las mujeres entrevistadas que se realizaron la AEM, 80.1% adquirieron los conocimientos sobre la técnica por medio de un profesional en salud, y en una baja proporción a través de medios como televisión, folletos y revistas

(5.8%), así como por amigos y familiares (3.8%); el resto de mujeres aprendieron por otros diversos medios.

Exactamente 56.8% de las mujeres de la ENSAR manifestaron que realizaban la autoexploración una vez cada mes, lo cual es un porcentaje bajo si se considera que la NOM 041–SS2–2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaMa, recomienda esta frecuencia en 100% de las mujeres con 20 años o más. En esta misma encuesta se encontró que de aquellas mujeres que no se revisaban sus senos, más de una tercera parte no lo hacía porque no sabían cómo hacerlo, casi una de cada cuatro porque no lo consideraban necesario, una de cada cinco por “desidia” y cerca de una de cada trece porque no sabían que era importante.

#### ▪ *Exploración clínica de mamas*

De las mujeres consultadas en la ENSAR, 37.7% dijeron haberse realizado el ECM, entre tanto, en la ENSA dicha proporción fue de 10% (sobre el total de la muestra), lo cual se explica por la forma de medición de la variable, ya que la pregunta incluía tanto el ECM<sup>42</sup> como la mamografía (Lewis *et al.*, 2009; Knaul *et al.*, 2009). En la ENSAR, 52.2% de las mujeres manifestaron que los médicos revisaban sus senos, al menos una vez al año, e igual que lo que ocurre con la AEM, esta práctica se ejerce menos de lo que la Norma correspondiente recomienda.

El ECM es un procedimiento que depende esencialmente de las destrezas y experiencia del personal médico. Pese a que esta técnica ha sido desestimada por su bajo impacto en la disminución de la mortalidad femenina (capítulo I), hay quienes la defienden aduciendo una sensibilidad que va de entre 48% a 69%, que aunque es menor que la obtenida con la mamografía tiene la ventaja de ser capaz de identificar de 10% a 25% de los cánceres mamarios. Por su parte, la especificidad de la prueba varía entre 85% y 99%. Su principal limitación es que su valoración por sí misma no permite definir cuando un tumor es maligno o no (Barton, Harris y Fletcher, 1999).

Otra dificultad para poner en práctica el ECM tiene que ver con que los médicos generales y de familia han dejado de lado esta función, relegándose casi exclusivamente a los ginecólogos, pese a que la mayoría de las mujeres reciben atención primaria de los primeros (Barton, Harris y Fletcher, 1999). Igualmente, algunos médicos tienen poca valoración por la

---

<sup>42</sup> En la ENSA, el ECM se refiere a pruebas de detección más especializadas que una exploración rutinaria (la cual se asemeja a la AEM) por lo tanto su porcentaje de respuesta es menor (Lewis *et al.*, 2009).

técnica, además que no se tiene el equipamiento, la capacitación adecuada o simplemente no se cuenta con el tiempo suficiente para realizar la tarea (Lewis *et al.*, 2009). En menor medida se ha explorado acerca de condicionamientos relacionados con las concepciones de género que se imbrican sobre la patología y su atención.

- **Mamografía**

Respecto a la mamografía, en la ENSANUT se reportó un uso general de 16.8%, cifra que aumenta a 19.2% si solo se toman a mujeres de 40 años de edad. Se presume que las mujeres de menos de esta edad se realizaron la prueba por tener factores de riesgo que hicieron necesario una revisión de este tipo, tal como se sugiere en la Norma nacional. Se ha notificado que en México ha habido un uso indiscriminado de pruebas mamográficas en menores de 40 años de edad, lo que agrava aún más el problema de disponibilidad de recursos y focalización a grupos vulnerables. Esta prueba está contraindicada para dichas mujeres, debido a que en esta etapa de la vida las glándulas mamarias están muy densas y las imágenes obtenidas de los estudios son borrosas y, por ende, no son útiles para dar un diagnóstico preciso (Farías, 2010).

Como lo mencionan Borràs y Espinàs (1999), al margen de la edad en la que se deba recomendar el inicio de la mamografía, de la periodicidad y del entorno del programa de detección (tema discutido en el capítulo I), el papel del médico de atención primaria debe ser el de informar –y estar informado–, de las actividades de los programas para tamizaje de CaMa, conocer los resultados de estos procesos y promover la participación mediante la información y discusión de las dudas que se planteen las mujeres que solicitan el servicio o son invitadas a involucrarse en ellos. Este esfuerzo debe redoblararse cuando las mujeres de las que se traten provienen de zonas con recursos limitados, donde no es posible acceder directamente a servicios más especializados o a servicios privados.

Otro rasgo que debe ser destacado de la acción preventiva del CaMa en el primer nivel de atención, y que supone la recomendación mamográfica, es la conexión logística de derivación de pacientes entre atención primaria y especializada, que, aunque en la realidad no funciona adecuadamente, es un puente que es necesario reforzar (Fernández, Olmo y López, 1998). De esta manera, es importante pensar en sistemas de referencia y contrarreferencia asociados con una red de servicios de salud para la atención del CaMa, mismos que están contemplados en el actual PAE para CaMa (2008). En la ENSANUT no se consultó sobre la frecuencia de la práctica mamográfica, por lo cual se desconoce este dato para esta encuesta.

### III.2 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

En las siguientes líneas se presenta los ACM para estimar el nivel de explicación de las variables sociodemográficas en el uso de pruebas de detección de CaMa en cada encuesta empleada. Los resultados de los modelos de ACM arrojan la siguiente información:

- **Media pronosticada:** se refiere al efecto de cada una de las categorías (ajustadas y sin ajustar); es decir, el valor sin ajustar es el efecto neto de la categoría sin la intervención de las demás variables que se incluyen en el análisis, mientras que el índice ajustado presenta el efecto de la categoría en presencia de las otras que se contemplan en el estudio. Este valor muestra qué tanto afectan determinadas características de las mujeres el acceso –o no– a pruebas como la AEM, el ECM o la mamografía.
- **Desviación:** permite comparar la dirección del efecto de la variable (con sus categorías) respecto a la media global. Los valores de la desviación pueden ser positivos o negativos y lo que señalan son los grupos de mujeres que están por encima o por debajo del promedio nacional en el uso de las técnicas de detección de CaMa. Con este indicador se puede establecer qué mujeres tienen mayores o menores barreras para la detección de esta enfermedad.
- **Eta y Beta:** dan cuenta de la proporción explicada de cada variable, ajustada y sin ajustar. Ambas mediciones sirven para determinar cuál o cuáles variables sociodemográficas están explicando en mayor proporción el uso de las técnicas de detección de CaMa.

En la ENSA se encontró que la variable localidad no explica significativamente el hecho de que las mujeres se realicen el ECM, mientras que las demás variables tienen un nivel de significancia alto ( $p < 0.001$ ) (Cuadro III.3). Las mujeres que pertenecen a determinadas categorías aumentan su valor predictivo en presencia de las demás variables (las no unidas, las de estratos Medio–Alto y las que tienen secundaria o más). Las mujeres que tienen hijos, las del grupo de edad de 20 a 29 años, las que no tienen escolaridad, las de estratos Muy Bajo–Bajo tienen medias (ajustadas) que superan la media global (1.88), lo que quiere decir

que estas mujeres tienen mayor acceso a pruebas de detección de CaMa mediante el ECM que el promedio de las mujeres entrevistadas.

La Eta y la Beta muestran que tanto la derechohabiencia como los grupos de edad son las que explican en mayor medida la varianza del uso del ECM. La desviación (ajustada por el efecto de todas las variables) evidencia que las mujeres de áreas rurales, de 20–29 años, sin escolaridad o hasta primaria y las unidas, tienden a tener valores que se alejan la media hacia valores superiores, lo que podría indicar que son las que tienen mayores riesgos de no acceder al ECM (Anexo 6–Gráfica A6.1 y A6.2).

Cuadro III.3 Análisis de clasificación múltiple del uso del examen clínico de mamas. México, 2000

Variable	Categorías	N	Media pronosticada		Desviación		Eta	Beta	Significancia
			Sin ajustar	Ajustada	Sin ajustar	Ajustada			
Estado conyugal	No unida	14349	1.87	1.88	-0.01	0.00	0.04	0.02	***
	Unida	4547	1.91	1.90	0.03	0.02			
Estratos	Muy bajo-bajo	14853	1.89	1.88	0.01	0.00	0.06	0.01	***
	Medio-alto	4043	1.85	1.88	-0.03	-0.01			
Escolaridad	Ninguna o hasta primaria	10419	1.90	1.90	0.02	0.01	0.07	0.05	***
	Secundaria o más	8477	1.86	1.87	-0.02	-0.02			
Derechohabiencia	Ninguna	11126	1.92	1.91	0.03	0.02	0.12	0.10	***
	Pública o privada	7770	1.84	1.85	-0.05	-0.04			
	20-29	6587	1.92	1.92	0.04	0.04			
Grupos de edad	30-39	7227	1.87	1.87	-0.02	-0.01	0.09	0.09	***
	40-49	5082	1.86	1.86	-0.03	-0.03			
Paridad	Sin hijo	220	1.88	1.88	-0.01	-0.01	0.00	0.00	***
	Con hijo	18676	1.88	1.88	0.00	0.00			
Localidad	Rural	9304	1.91	1.89	0.02	0.01	0.06	0.02	
	Urbana	9592	1.86	1.88	-0.02	-0.01			

N=18896 R=0.143 R2=0.021 Media pronosticada (ajustada)=1.88

\*\*\* Nivel de significancia ( $p < 0.001$ )

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSA.

En la ENSAR por su parte, tres de las variables incluidas para explicar el uso de la AEM y la ECM no salieron estadísticamente significativas (estado conyugal, paridad y localidad) (Cuadros III.4 y III.5). Las variables que mayormente explican el uso de la AEM son, en orden (conforme la Eta y la Beta): la escolaridad, el grupo de edad y la derechohabiencia (Cuadro III.4); sin embargo, en todos estos casos, el valor predictivo es mayor si se tiene en cuenta individualmente (media sin ajustar), pero disminuye al interactuar con las demás. El efecto contrario (aumenta la probabilidad) ocurre con las no derechohabientes, las que no tienen escolaridad o hasta primaria y las de estratos Muy Bajo–Bajo (media ajustada).

Por otro lado, las mujeres de mayor edad (30–39 y 40–49 años), así como las de zonas urbanas, con servicios de salud públicos o privados y de estratos Medio–Alto se alejan de la media general (Desviación), con valores positivos, lo cual indica que estas mujeres tienen

menos posibilidades de hacerse la AEM o tal vez utilicen otros tipos de métodos de detección del CaMa (Anexo 6–Gráfica A6.3 y A6.4).

Cuadro III.4 Análisis de clasificación múltiple del uso de la autoexploración mamaria. México, 2003

Variable	Categorías	N	Media pronosticada		Desviación		Eta	Beta	Significancia
			Sin ajustar	Ajustada	Sin ajustar	Ajustada			
Estado conyugal	No unida	1709	0.77	0.76	0.00	-0.01	0.01	0.02	
	Unida	10091	0.77	0.77	0.00	0.00			
Estratos	Muy bajo-bajo	9211	0.74	0.76	-0.03	-0.01	0.13	0.05	***
	Medio-alto	2589	0.88	0.80	0.11	0.03			
Escolaridad	Ninguna o hasta primaria	5683	0.69	0.71	-0.08	-0.06	0.15	0.12	***
	Secundaria o más	6117	0.85	0.83	0.07	0.06			
Derechohabiencia	Ninguna	7132	0.72	0.75	-0.05	-0.03	0.12	0.07	***
	Pública o privada	4668	0.85	0.81	0.08	0.04			
Grupos de edad	20-29	3850	0.71	0.71	-0.06	-0.06	0.10	0.10	***
	30-39	4656	0.81	0.80	0.03	0.03			
	40-49	3294	0.80	0.80	0.03	0.03			
Paridad	Sin hijo	194	0.81	0.80	0.04	0.02	0.02	0.02	
	Con hijo	11606	0.77	0.77	0.00	0.00			
Localidad	Rural	2984	0.67	0.72	-0.11	-0.05	0.02	0.02	
	Urbana	8816	0.81	0.79	0.04	0.02			

N=11800 R=0.250 R2=0.063 Media pronosticada (ajustada)=0.77

\*\*\* Nivel de significancia ( $p < 0.001$ )

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSAR.

En esta misma encuesta, el grupo de edad explica gran parte del uso del ECM, junto con la derechohabiencia, la escolaridad y la estratificación que tiene el mismo valor predictivo ajustado (Beta) (Cuadro III.5). De acuerdo con la ENSAR, el promedio de uso del ECM (media ajustada) para las mujeres de estratos Medio–Alto, para las que tienen secundaria o más y para las de 30–39 años y 40–49 años de edad, es más elevado que el promedio general (0.45). Por lo tanto, aquellas que tienen estas características tienen mayores opciones de hacerse dicha prueba (Anexo 6–Gráfica A6.5 y A6.6).

Cuadro III.5 Análisis de clasificación múltiple del uso del examen clínico de mama. México, 2003

Variable	Categorías	N	Media pronosticada		Desviación		Eta	Beta	Significancia
			Sin ajustar	Ajustada	Sin ajustar	Ajustada			
Estado conyugal	No unida	1710	0.43	0.42	-0.01	-0.02	0.01	0.02	
	Unida	10090	0.45	0.45	0.00	0.00			
Estratos	Muy bajo-bajo	9211	0.40	0.43	-0.04	-0.01	0.15	0.06	***
	Medio-alto	2589	0.59	0.50	0.14	0.05			
Escolaridad	Ninguna o hasta primaria	5682	0.36	0.39	-0.08	-0.05	0.15	0.06	***
	Secundaria o más	6118	0.52	0.49	0.07	0.05			
Derechohabiencia	Ninguna	7132	0.37	0.39	-0.08	-0.05	0.15	0.06	***
	Pública o privada	4668	0.56	0.53	0.12	0.08			
Grupos de edad	20-29	3850	0.37	0.38	-0.08	-0.07	0.11	0.10	***
	30-39	4655	0.48	0.47	0.03	0.03			
	40-49	3295	0.49	0.49	0.05	0.04			
Paridad	Sin hijo	194	0.45	0.44	0.01	0.00	0.00	0.00	
	Con hijo	11606	0.44	0.44	0.00	0.00			
Localidad	Rural	2983	0.36	0.43	-0.09	-0.02	0.10	0.02	
	Urbana	8817	0.47	0.45	0.03	0.01			

N=11800 R=0.249 R2=0.062 Media pronosticada (ajustada)=0.45

\*\*\* Nivel de significancia ( $p < 0.001$ )

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSAR.

Con la ENSANUT, todas las variables sociodemográficas estuvieron estadísticamente asociadas con el uso de la mamografía, aunque las que explican en mayor grado su uso son la derechohabiencia y el grupo de edad; también resultaron importantes la paridad y el estrato socioeconómico (Cuadro III.6). Las mujeres sin hijos, entre los 20–29 años de edad, sin derechohabiencia, sin nivel educativo o hasta primaria, de estratos Muy Bajo–Bajo y no unidas, superaron el nivel medio de uso de mamografías (1.84), lo que evidencia inequidad en el acceso y uso de esta prueba entre la población femenina mexicana.

En determinadas categorías (localidad urbana, con hijo, grupos de edad 40–49 y 30–39, derechohabiencia pública o privada, estrato Medio–Alto, unida) los valores pronósticos (corregidos por los factores) aumentan al analizarse las variables en su conjunto. Además, características de las mujeres como no tener hijos, tener entre 20 y 29 años de edad, no poseer derechohabiencia, no tener grado escolar o hasta primaria, pertenecer al estrato Muy Bajo–Bajo y no estar unida, pueden ser barreras para que las mujeres no accedan a servicios de mamografía, ya que son las que más se desvían de la media general con valores positivos (Desviación ajustada y sin ajustar) (Anexo 6–Gráfica A6.7 y A6.8).

Cuadro III.6 Análisis de clasificación múltiple del uso mamográfico. México, 2006

Variable	Categorías	N	Media pronosticada		Desviación		Eta	Beta	Significancia
			Sin ajustar	Ajustada	Sin ajustar	Ajustada			
Estado conyugal	No unida	5115	1.88	1.86	0.05	0.02	0.07	0.03	***
	Unida	12841	1.82	1.83	-0.02	-0.01			
Estratos	Muy bajo-bajo	11402	1.85	1.85	0.02	0.01	0.07	0.05	***
	Medio-alto	6554	1.81	1.81	-0.03	-0.02			
Escolaridad	Ninguna o hasta primaria	8072	1.85	1.85	0.01	0.01	0.03	0.03	***
	Secundaria o más	9884	1.83	1.83	-0.01	-0.01			
Derechohabiciencia	Ninguna	8551	1.89	1.88	0.05	0.04	0.13	0.11	***
	Pública o privada	9405	1.79	1.80	-0.05	-0.04			
Grupos de edad	20-29	5824	1.90	1.89	0.06	0.05	0.13	0.11	***
	30-39	7161	1.82	1.82	-0.02	-0.01			
	40-49	4971	1.79	1.80	-0.05	-0.04			
Paridad	Sin hijo	3298	1.92	1.88	0.08	0.05	0.09	0.06	***
	Con hijo	14658	1.82	1.83	-0.02	-0.01			
Localidad	Rural	4724	1.84	1.83	0.01	-0.01	0.02	0.01	***
	Urbana	13232	1.83	1.84	0.00	0.00			

N=17956 R=0.194 R2=0.038 Media pronosticada (ajustada)=1.84

\*\*\* Nivel de significancia ( $p < 0.001$ )

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSANUT.

### III.3 RUTAS Y PROCESOS DE ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

En la NOM 041-SS2-2011 se propone que el proceso de atención del CaMa no debe exceder los 86 días hábiles desde el momento en que se realiza una prueba mamográfica hasta el inicio del tratamiento (cuadro III.7). Además, se espera que como mínimo 90% de las mujeres con diagnóstico confirmatorio de CaMa reciban tratamiento. Cada una de las etapas del proceso de atención se ilustra en la figura III.1.

Cuadro III.7 Duración entre los procesos de atención de cáncer de mama

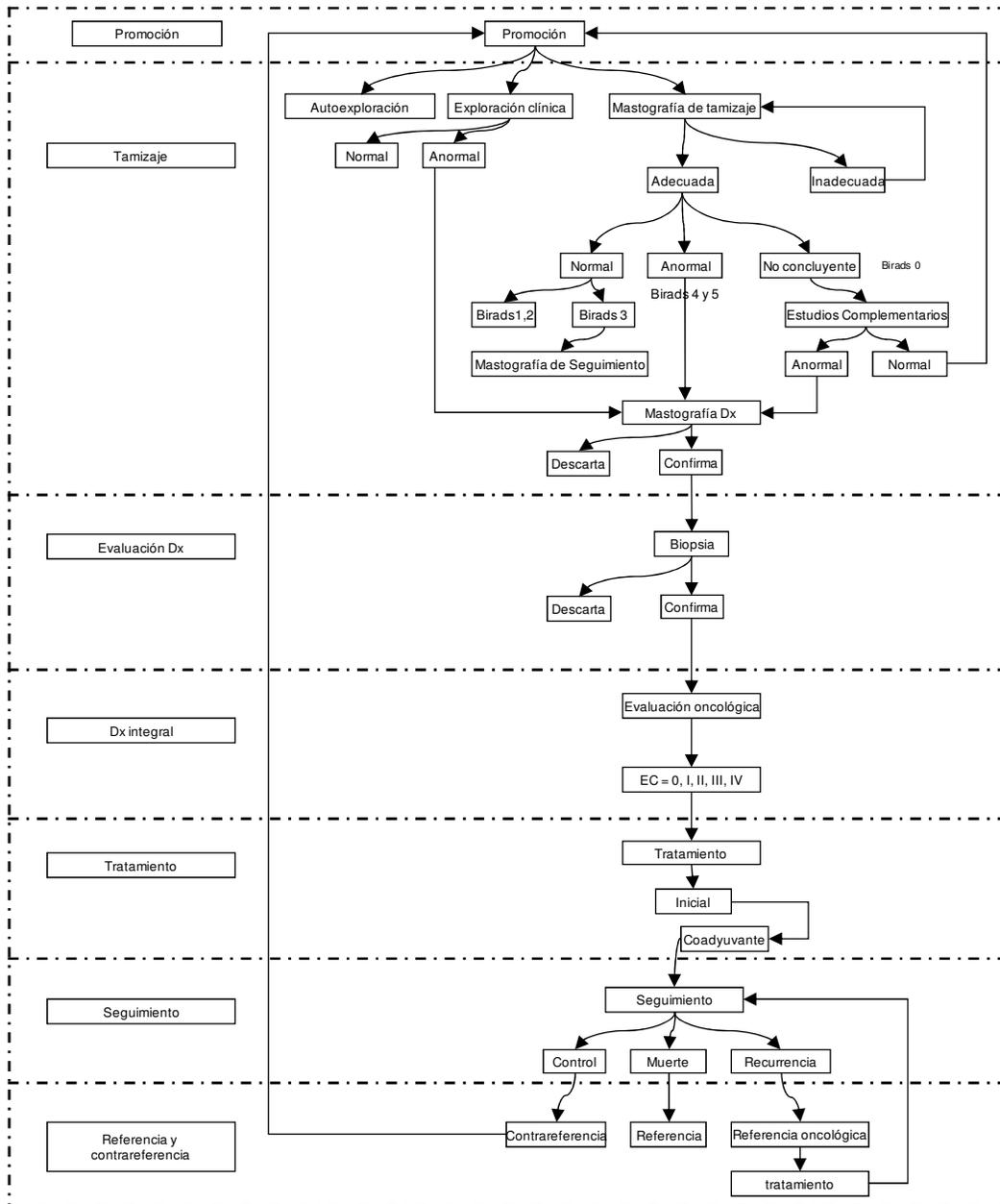
Proceso	Detección mamográfica anormal (BIRADS 4 y 5)	Detección mamográfica no concluyente (BIRADS 0 y 3)
	Días	
Toma de mamografía y entrega de resultados	21	21
Notificación de un resultado anormal y referencia a un servicio especializado de patología mamaria	10	15
Confirmación anormal y segunda opinión en el tratamiento	5	5
Interpretación mamográfica y cita en unidad especializada	10	10
Resultado de la biopsia y notificación de resultados	10	10
Notificación de resultados y referencia a centro oncológico	10	10
Referencia a centro oncológico e inicio de tratamiento	15	15
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>86</b>

Fuente: elaboración propia a partir de la NOM 041-SS2-2011

Aunque a simple vista el proceso de atención de CaMa parece seguir una lógica lineal, y lo ideal sería que se siguieran la AEM, el ECM y la mamografía de tamizaje, lo cierto es que algunas mujeres acuden o acceden a los servicios de salud, ya sea por una mamografía de diagnóstico o a fases más avanzadas dentro del eslabón de atención.

Sobre la cobertura del *Programa Nacional de Detección del Cáncer de Mama*, se cuenta con información de la ENSA y la ENSANUT, aunque hay que ser precavidos al hacer inferencias, puesto que como ya se dijo, en la primera encuesta se indagó sobre ECM (y en algunos casos mamografía) y en la segunda sobre mamografía únicamente.

Figura III.1 Proceso de atención del cáncer de mama según nom 041– ss2–2011



Fuente: SS, 2011. Elaboración a partir de la NOM 041–SS2–2011

Los datos reflejan un panorama diverso en cuanto al porcentaje de mujeres de 20 años o más de edad que han accedido a pruebas diagnósticas del CaMa en los dos momentos del tiempo. Por un lado, la ENSA captó que 9.9% de las mujeres se realizaron el ECM mientras que seis años después la ENSANUT reportó que 16.8% de las mujeres se hicieron la mamografía (Gráfica III.1). En ambos instrumentos se registró una elevada cantidad de mujeres que

recibían sus resultados, aunque hay que anotar que hay una cifra significativa que nunca llega a conocer los resultados de sus pruebas (22.3 en la ENSA y 13.95 en la ENSANUT). De acuerdo con Palacio (2008), las instituciones prestadoras de servicios de salud para la atención de cáncer tienen políticas de búsqueda de aquellas mujeres a quienes se les identifica una tumoración, sin embargo, no todas las mujeres tienen esta posibilidad de conocimiento del diagnóstico positivo al CaMa, debido a diversos factores, como falta de acceso a medios de comunicación (teléfono, internet, entre otros), residencia alejada de los servicios, migraciones, domicilios falsos, entre otras.

En cuanto al diagnóstico recibido, en la ENSA se estimó que en 4.2% de las encuestadas los resultados correspondían a diagnósticos malignos de CaMa y en la ENSANUT el porcentaje fue de 1.9%.<sup>43</sup> Esto puede estar relacionado de manera directa con la técnica empleada, ya que como se ha sostenido, la mamografía tiene un mayor potencial predictivo en la identificación de nodos anormales que el ECM (Lewis *et al.*, 2009); esto significa que en 2000 pudo haber una gran proporción de mujeres diagnosticadas con CaMa por medio del ECM, pero dichos resultados pudieron ser erróneos en algunos de los casos (Lewis *et al.*, 2009).

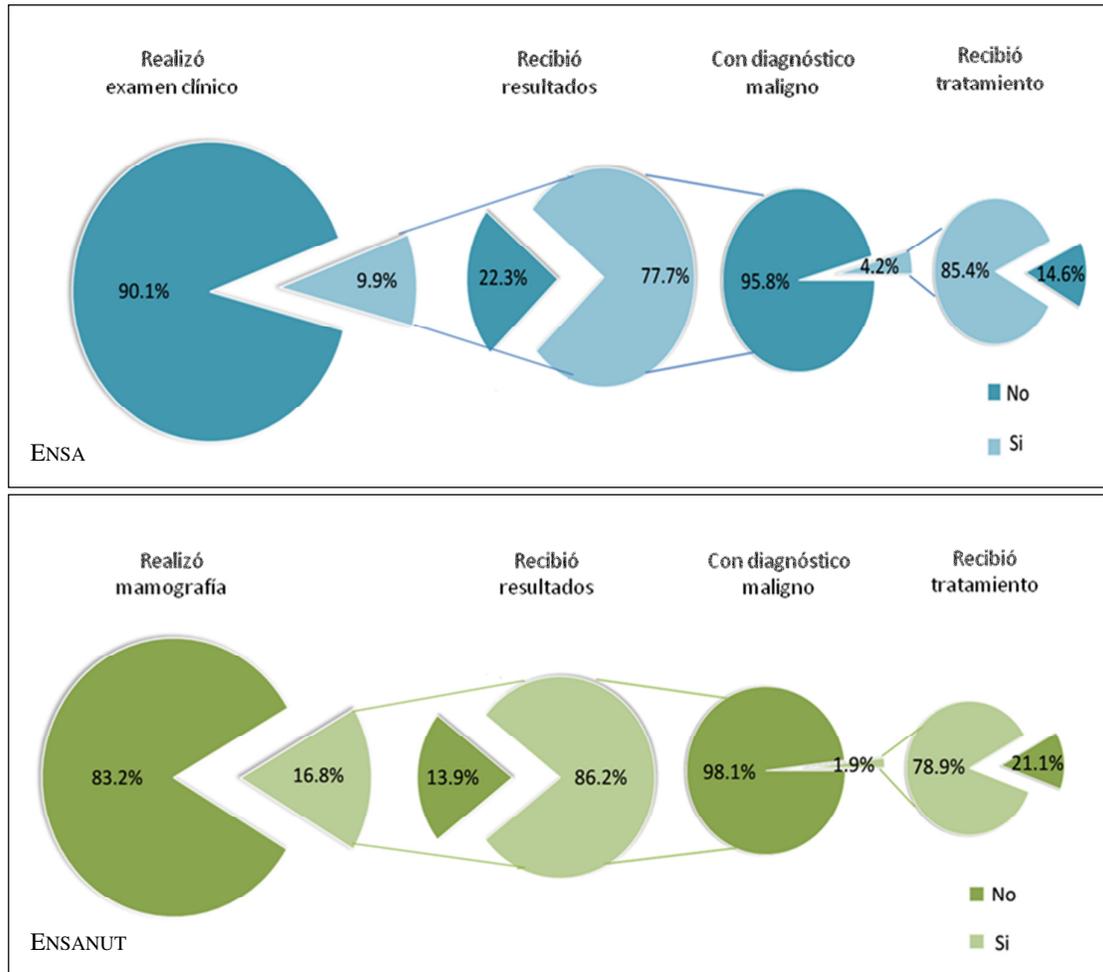
Para 2006 (acorde con la ENSANUT) solo dos de cada diez mujeres con CaMa pudieron llegar a la etapa de tratamiento clínico de la enfermedad. En ciertos estudios se ha encontrado de manera sistemática que aunque existen programas para cubrir los costos de tratamiento del CaMa, las mujeres siguen incurriendo en algunos otros gastos (denominados generalmente “gastos de bolsillo”) que atañen a la enfermedad, como el pago de medicamentos; así también, muchas otras mujeres se ven obligadas a desplazarse a otra ciudad para recibir el tratamiento, lo que dificulta su atención oportuna (Velásquez, Carrasquilla y Roca, 2009; Mohar *et al.*, 2009). El costo del tratamiento del CaMa es directamente proporcional al estadio en que se encuentre la enfermedad, por eso, entre más pequeño sea el tumor, su tratamiento es de menor intensidad o duración y por lo tanto, los gastos no será tan altos (Knaul *et al.*, 2009). Sin embargo, más de 80% de los cánceres de mama en México son diagnosticados en etapas tardías, es decir, cuando los tratamientos requeridos son más radicales y complejos.

---

<sup>43</sup> Hay que tener en cuenta que el número de mujeres encuestadas que resultaron con diagnóstico positivo de CaMa fue bajo en ambos años, en la ENSA esta cifra fue de 97 y en la ENSANUT de 74 (basado en datos no ponderados).

Cabe notar que en 2000 (según la ENSA), 19.7% de las mujeres que se hicieron el ECM tenían algún síntoma sospechoso de malignidad mamaria; en 2006 (ENSANUT), 13.6% de las que se practicaron la mamografía, tenían este antecedente de sospecha.<sup>44</sup>

Gráfica III.8 Proceso de detección y atención del cáncer mamario de mujeres que acceden a los servicios de salud. México, 2000 y 2006



Fuente: elaboración propia a partir de la ENSA y la ENSANUT

### III.3.1 Procesos de atención del cáncer de mama por variables sociodemográficas

Entre las mujeres entrevistadas, tanto en 2000 como en 2006, se presentan distintos patrones de atención, de acuerdo con las variables sociodemográficas consideradas. Es así como se observa, a través de la ENSA, que aquellas mujeres que no tenían derechohabiencia, que eran

<sup>44</sup> Corresponde a 18 mujeres de la ENSA y 14 de la ENSANUT.

nulíparas, que pertenecían a zonas rurales, que no tenían ningún grado de educación o hasta primaria y que eran de estratos bajos tenían menores porcentaje de uso del ECM, en contraste con mujeres que diferían en dichas condiciones (Cuadro III.8). Esto lleva a suponer que para determinadas mujeres existe una mayor vulnerabilidad a no acceder a los demás servicios que conlleva la atención integral del CaMa. En 2000, hubo un elevado porcentaje de uso del ECM en mujeres entre el rango de edad 30–59 años.

Cuadro III.8 Porcentaje de mujeres que participaron en los diferentes procesos atención del cáncer mamario según variables sociodemográficas.  
México, 2000

Características de las mujeres		Proceso de atención (%)				
Variables	Categorías	Se realizó prueba (ECM)	Tenía alguna sospecha previa*	Le entregaron los resultados*	Diagnóstico maligno de cáncer de mama**	Recibió tratamiento ***
Tipo de localidad	Rural	8.5	18.0	72.2	3.8	74.3
	Urbano	12.5	18.4	78.6	4.1	69.8
Derecho–habiciencia	Sin derechohabiciencia	6.7	18.6	73.5	4.0	67.6
	Con derechohabiciencia	14.8	18.3	77.9	4.0	73.3
Estrato	Bajo–muy bajo	9.9	17.7	74.5	4.1	74.0
	Medio–Alto	13.5	19.8	80.8	3.6	62.5
Condición de unión	No unidas	11.0	17.0	76.2	4.1	74.0
	Unidas	9.0	21.0	76.1	3.6	62.5
Paridad	Sin hijos	5.6	15.6	78.0	0.0	70.9
	Con hijos	11.3	17.7	75.9	3.7	70.9
Escolaridad	Ninguna o hasta primaria	9.5	17.6	72.3	3.1	68.6
	Secundaria o más	13.1	19.4	80.6	5.0	74.2
Grupo de edad	20–29	7.4	19.0	75.7	4.1	70.0
	30–39	12.9	20.3	76.0	3.9	71.0
	40–49	14.3	19.4	77.3	5.0	80.0
	50–59	12.4	14.3	76.8	2.5	55.6
	60–69	9.2	14.3	72.3	3.6	66.7
	70–79	4.3	13.1	75.4	2.1	0.0
	80 o más	2.4	0.0	78.6	7.7	100.0

\* Porcentaje calculado sobre quienes respondieron afirmativamente haberse realizado prueba de detección.

\*\* Porcentaje calculado sobre quienes respondieron afirmativamente haber recibido los resultados.

\*\*\* Porcentaje calculado sobre quienes respondieron afirmativamente haber recibido un resultado positivo de cáncer de mama.

Fuente: elaboración propia con base en la ENSA

Las mayores diferencias encontradas en la ENSANUT respecto al acceso a mamografía se dieron entre mujeres con y sin derechohabiciencia, entre las que tenían hijos y no tenían y entre

las mujeres de estratos bajos y medios–altos. En este caso ya no se observan disparidades tan marcadas, como las vistas en la ENSA, por zonas (urbano/rural) ni por la escolaridad de las mujeres. La entrega de resultados por las variables seleccionadas, tiende a ser similar, aunque se evidencian nuevamente leves divergencias entre las que reciben o no tratamiento (Cuadro III.9). Para 2006, el porcentaje de práctica de mamografía fue más elevado entre mujeres de 30–79 años de edad.

Cuadro III.9 Porcentaje de mujeres que participaron en los diferentes procesos atención del cáncer mamario según variables sociodemográficas.  
México, 2006

Características de las mujeres		Proceso de atención (%)				
VARIABLES	Categorías	Se realizó prueba (Mamografía)	Tenía alguna sospecha previa*	Le entregaron los resultados*	Diagnóstico maligno de cáncer de mama**	Recibió tratamiento ***
Tipo de localidad	Rural	15.5	21.3	94.6	17.2	82.7
	Urbano	17.3	25.9	94.4	21.1	88.3
Derecho–habienencia	Sin derechohabienencia	11.4	22.3	93.9	19.0	85.2
	Con derechohabienencia	21.4	25.8	94.8	20.5	89.0
Estrato	Bajo–muy bajo	14.7	22.5	94.6	17.2	86.7
	Medio–Alto	20.3	27.5	94.4	21.1	88.0
Condición de unión	No unidas	13.1	28.2	95.3	25.0	88.7
	Unidas	18.7	22.7	94.1	17.5	86.9
Paridad	Sin hijos	8.9	24.5	94.9	18.2	82.7
	Con hijos	18.4	24.5	94.4	20.2	88.3
Escolaridad	Ninguna o hasta primaria	15.9	27.1	94.2	24.6	90.6
	Secundaria o más	18.1	20.7	94.7	13.2	79.6
Grupo de edad	20–29	9.9	15.3	93.3	7.8	54.2
	30–39	18.3	18.2	94.1	10.7	72.0
	40–49	21.1	24.1	94.1	18.0	88.2
	50–59	23.6	31.7	95.3	28.0	94.4
	60–69	18.2	36.0	96.0	37.4	92.7
	70–79	12.7	35.2	93.9	37.3	96.5
	80 o más	5.1	28.0	98.9	32.8	98.3

\* Porcentaje calculado quienes respondieron afirmativamente haberse realizado prueba de detección.

\*\* Porcentaje calculado sobre quienes respondieron afirmativamente haber recibido los resultados.

\*\*\* Porcentaje calculado sobre quienes respondieron afirmativamente haber recibido un resultado positivo de cáncer de mama.

Fuente: elaboración propia con base en la ENSANUT

### **III.4 LAS MUJERES DE ZONAS MARGINALES DE TLALPAN E IZTAPALAPA FRENTE AL CÁNCER DE MAMA**

En la fase final del capítulo se tiene como objetivo principal concentrar la atención en un grupo de mujeres que residen en las áreas de más alta marginalidad de Tlalpan e Iztapalapa en el Distrito Federal. Aunque este grupo no representa al total de mujeres en condiciones de elevada marginalidad del Distrito Federal, puede contribuir a profundizar el conocimiento sobre la realidad que muchas de ellas transitan en el proceso de detección del CaMa y sobre las razones que se refieren para no hacer uso de prácticas preventivas. También se intenta conocer la asociación de diversas variables sociodemográficas con el uso de técnicas como la AEM, el ECM y la mamografía. El análisis de las encuestas nacionales mostró, a grandes rasgos, que las mujeres más pobres, con niveles de escolaridad bajos y sin derechohabiencia, se encuentran en mayor desventaja en cuanto a la detección y atención oportuna del CaMa.

#### **III.4.1 Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas**

La edad promedio de las mujeres fue de 34 años; 32% tenían entre 20 y 29 años, 42% entre 30 y 39 años y el resto pertenecían al grupo de 40 y 49 años (26%). Un alto porcentaje estaban unidas al momento de la entrevista (73%). Resalta la casi universalidad de la educación, ya que 97% de ellas habían cursado y terminado algún grado escolar, siendo predominante el nivel de secundaria o más (69%). Aproximadamente 85% habían tenido hijos nacidos vivos, con un promedio de tres hijos por mujer. Poco más de 50% se encontraban trabajando cuando fueron entrevistadas y la mitad contaban con alguna derechohabiencia (27.7% eran derechohabientes de servicios de salud públicos, 13.4% tenían acceso al *Seguro Popular* (SP) o a la *Tarjeta de Gratuidad* (TG) y 9.2% estaban cubiertas por un régimen de salud privado).

#### **III.4.2 Uso y frecuencia de pruebas de detección de cáncer de mama**

En lo que respecta a las pruebas de detección, se indica que su empleo difiere entre los grupos de edad conformados, así como del tipo de prueba que se está midiendo. En general se tiene que 91.9% del conjunto de mujeres entre 20–49 años de edad se había realizado al menos una de las pruebas de detección de CaMa: 88.9% indicó que alguna vez se había efectuado la autoexploración de las mamas, 37.9% se hizo el ECM y 30.4% la mamografía (este porcentaje solo en mujeres de 40–49 años de edad); se observó que 2.8% de las mujeres entre los 20–29

años de edad y 6.2% entre los 30–39 años también se realizaron esta última prueba, pese a que la Norma no contempla que ellas deban hacerlo, lo cual podría explicarse por la presencia de factores de riesgos que generaron la demanda de este servicio (Cuadro III.10).

El desglose de uso de pruebas de detección por grupos de edad también muestra una realidad de diversos matices. Al conjugar las respuestas para saber si las mujeres habían empleado “al menos una de las pruebas de detección”, las cifras tienden a ser parejas para todas las mujeres; mientras que 89.5% de las mujeres entre 20–29 años habían afirmado haberlo hecho, este porcentaje se elevó a 92.3% y 93% para las mujeres de los grupos de edad subsecuentes (30–39 y 40–49). Cabe mencionar que para todos los grupos etarios es común el seguimiento personal de las mamas a través de la autoexploración, siendo en el grupo intermedio donde existe mayor uso de este método (90.9%). Igualmente, sobresale que un alto porcentaje de mujeres del grupo de edad de 30–39 años tienen prácticas de ECM, seguidas muy de cerca del grupo adyacente superior (40–49 años) (40.8%). Se tiene que por cada 100 mujeres entre los 40–49 años, 30 se hicieron la mamografía, porcentaje que resulta elevado si se considera que en el total nacional se tiene un reporte de uso de 21% en este mismo grupo de edad, tal como se mostró con la ENSANUT.

Cuadro III.10 Porcentaje de uso de métodos de detección de cáncer mamario entre mujeres de zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, según tipo de método y grupos de edad. 2007

Grupo de edad	Porcentaje de uso de pruebas de detección			
	Al menos una de las pruebas	Autoexamen de mamas	Exploración clínica de mamas	Mamografía
<b>Total</b>	<b>92.0</b>	<b>88.9</b>	<b>37.9</b>	<b>13.1</b>
20–29	89.6	86.7	27.9	2.8
30–39	92.9	91.0	43.7	6.2
40–49	93.0	88.4	40.9	30.4

Fuente: cálculos propios con base en la ENSR–DF, 2007.

Es importante mencionar que 44.4% de las mujeres que declararon llevar a cabo la AEM, dijeron que lo hacían habitualmente una vez cada mes; estas mujeres aprendieron a hacerse la autoexploración por medio del personal de salud o a partir de información obtenida de folletos y/o carteles distribuidos por alguna institución de salud (43.8%), por televisión y radio (23%), por indicaciones médicas (19.4%) o por otras vías (13.9%). De las que mencionaron hacerse el ECM, la frecuencia más común fue una vez al año (55.2%) y poco más de la mitad (55.5%) de las que se habían hecho la mamografía llevaban menos de un año

de haberse realizado la prueba. En ninguno de los casos la frecuencia corresponde con lo estipulado en la Norma.

Otros cálculos realizados revelan que 6.9% de las mujeres se habían practicado durante su vida los tres exámenes de detección de CaMa y 39.5% se había realizado al menos dos de las pruebas: 35.5% combinaron la AEM y el ECM, 10.6% la AEM y la mamografía y 7.1% el ECM y la mamografía. Desafortunadamente, de acuerdo con el instrumento disponible, no fue posible dilucidar el orden en que se efectuaron los procedimientos. Por otra parte, aquellas que no se habían realizado ni una sola prueba de prevención o detección de CaMa durante su vida, se distribuyeron así, de acuerdo con el grupo de edad: 40.7% tenían entre 20 y 29 años, 36.9% entre 30 y 39, y el resto (22.3%) entre 40 y 49 años.

### **III.4.3 Variables asociadas con el uso de pruebas de detección de cáncer mamario en Tlalpan e Iztapalapa**

El primer modelo logístico binomial para determinar la asociación entre las covariables (paridad, escolaridad, derechohabiencia y edad) con el hecho de que una mujer de zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa se haga la AEM, indica que todas las variables contempladas para medir el uso de la AEM son estadísticamente significativas, aunque sus efectos son diversos. Las mujeres con hijos tienen 3.4 veces más probabilidades de hacerse la AEM respecto a las que no tienen ninguno, las que tienen secundaria o más tienen 2.3 veces más probabilidades que las que tienen primaria o ninguna educación y las que tienen TG o SP aumentan su probabilidades 2.2 veces de realizarse la AEM, respecto a las que no son derechohabientes. Asimismo, a medida que se aumenta en un año de edad, las probabilidades de llevar a cabo la AEM también se incrementan, aunque de forma moderada (1%). En contraste, para las mujeres que tienen derechohabiencia pública o privada, dichas probabilidades decrecen en 5%, al compararlas con las que no cuentan con ninguna cobertura en salud (Cuadro III.11).

Frente al ECM se observa que las variables incorporadas al modelo son altamente significativas. En este caso, el tener hijos disminuye las probabilidades de practicarse el ECM en 44% respecto a no tener hijos; por su parte, ser derechohabiente de una institución pública o privada la disminuye en 15% frente a las que no tienen derechohabiencia. Al contrario, tener secundaria o más representa un aumento de dichas probabilidades en 56% y tener SP o TG, las sube en 2.2 veces. La edad incide positivamente en la realización del ECM, esto es, por cada año más en la edad de la mujer se incrementan las probabilidades en 4.8%, toda vez que se controla por las demás covariables (Cuadro III.12).

Cuadro III.11 Autoexploración mamaria y factores sociodemográficos asociados con su uso.  
Tlalpan e Iztapalapa, 2007

Variable	Categorías	Beta	Desviación Estándar	Wald	Grados de libertad	Nivel de Significancia (p)	Razón de momios
<b>Hijos</b> ( <i>Sin hijos</i> )							
	Con hijos nacidos vivos	1.219	.032	1465.071	1	.000*	3.384
<b>Escolaridad</b> ( <i>Sin escolaridad y hasta primaria</i> )							
	Secundaria o más	.816	.018	2140.690	1	.000*	2.261
<b>Edad</b> (continua)		.011	.001	100.023	1	.000*	1.011
<b>Derechohabiencia</b> ( <i>Sin derechohabiencia</i> )				1693.921	2	.000*	
	Pública o privada	-.049	.024	4.114	1	.043**	.952
	SP o TG	.796	.029	768.765	1	.000*	2.218
<b>Constante</b>		-.132	.052	6.335	1	.012**	.877

\*  $p < 0.001$  \*\*  $p < 0.05$

Fuente: cálculos propios con base en la ENSR-DF, 2007.

Cuadro III.12 Examen clínico de mama y factores sociodemográficos asociados con su uso.  
Tlalpan e Iztapalapa, 2007

Variable	Categorías	Beta	Desviación Estándar	Wald	Grados de libertad	Nivel de Significancia (p)	Razón de momios
<b>Hijos</b> ( <i>Sin hijos</i> )							
	Con hijos nacidos vivos	-.576	.027	461.944	1	.000*	.562
<b>Escolaridad</b> ( <i>Sin escolaridad y hasta primaria</i> )							
	Secundaria o más	.447	.012	1305.643	1	.000*	1.564
<b>Edad</b> (continua)		.046	.001	3917.172	1	.000*	1.048
<b>Derechohabiencia</b> ( <i>Sin derechohabiencia</i> )				6670.837	2	.000*	
	Pública o privada	-.166	.018	84.930	1	.000*	.847
	SP o TG	.776	.018	1793.425	1	.000*	2.173
<b>Constante</b>		-2.029	.041	2462.515	1	.000*	.132

\*  $p < 0.001$

Fuente: cálculos propios con base en la ENSR-DF, 2007

El modelo para predecir el uso de mamografías muestra que la escolaridad tiene un efecto positivo para la realización de esta prueba, ya que las mujeres que tienen secundaria o más aumentan en 2.7 veces las probabilidades de hacerse mamografía, en relación con las que no tienen ningún grado educativo o tienen hasta primaria. Asimismo, por cada año que aumenta

la edad se incrementa en 19% el tener derechohabencia pública o privada también sube 25%, mientras que tener SP o TG aumenta en 1% dichas probabilidades (Cuadro III.13).

Cuadro III.13 Mamografía y factores sociodemográficos asociados con su uso. Tlalpan e Iztapalapa, 2007

Variable	Categorías	Beta	Desviación Estándar	Wald	Grados de libertad	Nivel de Significancia (p)	Razón de momios
<b>Hijos</b> ( <i>Sin hijos</i> )							
	Con hijos nacidos vivos	18.533	464.990	.002	1	.968	1.110
<b>Escolaridad</b> ( <i>Sin escolaridad y hasta primaria</i> )							
	Secundaria o más	1.005	.019	2836.584	1	.000*	2.731
<b>Edad</b>		.176	.001	16014.734	1	.000*	1.193
<b>Derechohabencia</b> ( <i>Sin derechohabencia</i> )				158.826	2	.000*	
	Pública o privada	.228	.029	60.797	1	.000*	1.256
	SP o TG	.017	.030	.346	1	.556	1.018
<b>Constante</b>		-27.871	464.990	.004	1	.952	.000

\*  $p < 0.001$

Fuente: cálculos propios con base en la ENSR-DF, 2007

#### III.4.4 Barreras en el uso de métodos de detección del cáncer de mama en zonas marginales

Los resultados presentados más arriba muestran que la AEM es la práctica más común de detección de la enfermedad tumoral de mama que realizan las mujeres de entre 20–49 años de edad. No obstante, aquellas que nunca se habían realizado este tipo de prueba manifestaron no hacerlo por: “desidia” (35.9%), porque no sabían cómo hacerlo (28%), porque no creían necesario/no se sentían mal (27%) o por otras razones (9.1%). Cuando alguna mujer creyó encontrar una anomalía en los senos, no acudió al médico indicando no saber a dónde ir (51.4%), por no faltar a su trabajo (22.2%), por miedo al procedimiento (12.3%) u otras causas (14.1%).

También se obtuvo que de las mujeres que no se habían hecho una mamografía en los últimos cinco años, 47.1% no lo hicieron porque eran menores de 40 años de edad, 27.3% porque no sintieron molestias y 4.5% porque el médico no se lo había solicitado, las demás razones representaron 21.1%. Al preguntarles sobre aspectos generales del servicio recibido, una cantidad considerable admitió haber tenido dificultades con los servicios otorgados por los proveedores de salud, de esta manera cerca de 27.7% consideraron que la última vez que le practicaron la mamografía no hubo explicaciones suficientes sobre el procedimiento,

14.8% sintieron que no les explicaron en un lenguaje claro, a 17.6% no le aclararon todas sus dudas y 17.8% desconfiaron del personal médico que las atendió.

De nueva cuenta, se refuerzan las posturas de las mujeres respecto a las limitaciones a las que se enfrentan en la búsqueda de atención y en los propios sistemas de salud. Si bien las condiciones socioeconómicas pueden incidir desfavorablemente en la salud de las mujeres, se observan inconformidades que provienen de los prestadores de servicios de salud, especialmente en lo que tiene que ver con la información suministrada sobre el diagnóstico y las prácticas preventivas para el CaMa.

### **III.5 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN**

Las reflexiones finales que se desprenden de este capítulo intentan dilucidar dos puntos de las rutas y procesos de la atención del CaMa. Un primer aspecto tiene que ver con la importancia de desagregar los datos disponibles, lo cual permite poner de manifiesto las diferencias que emergen en contextos como el mexicano, donde coexisten formas heterogéneas de transitar en la búsqueda y en la atención de patologías como el CaMa. Estos contrastes permiten ver que las medidas dirigidas al CaMa deben contemplar dichas divergencias, que van desde lo demográfico y epidemiológico y que se traslapan con las condiciones económicas, culturales, étnicas y religiosas de cada comunidad y región del país.

A grandes rasgos se encontró que determinadas condiciones sociodemográficas, como no tener derechohabencia, ser de estratos bajos, tener nula o baja escolaridad, pertenecer a zonas rurales, ponen en mayor desventaja a las mujeres para acceder y utilizar los servicios de salud, así como también a los tratamientos oportunos de la enfermedad. Sin embargo, no se puede asegurar que solo estas mujeres son quienes encuentran barreras para la atención sino, que, en lo que toca al CaMa, la situación se torna compleja en todas sus dimensiones y para todos los grupos femeninos. Por lo tanto, habrá que dirigir intervenciones que permitan tener una mirada holística de las mujeres con distintas particularidades, considerando que cada sujeto reacciona aleatoriamente a las enfermedades y a los procedimientos (Montalvo, 2011), ya que su grado de vulnerabilidad (social, económico, cultural, ambiental y biológico) es multifactorial.

Un hecho que muestra la magnitud de las deficiencias en la atención del CaMa en México tiene que ver con la baja cobertura en pruebas de detección que se observó tanto en 2000, como 2006, así como también en 2007 en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa. Mientras que un porcentaje importante de mujeres entre los 40 y 69 años de edad no tienen

acceso a mamografías, se muestra que mujeres por debajo de este rango de edad hacen uso de esta técnica, yendo en contravía de las recomendaciones estipuladas en la Norma nacional. Esto podría estar presentándose por una sobreoferta de servicios que no impacta a los grupos blanco y muestra las deficiencias persistentes en los programas de tamizaje para filtrar los servicios mamográficos a las mujeres objetivo. En menor proporción, este suceso podría estar dándose, quizá, porque algunas mujeres menores de 40 años de edad han presentado signos o síntomas de la enfermedad, los cuales han derivado en la demanda de este servicio. No obstante, estos son aspectos que no pueden ser resueltos mediante las encuestas analizadas en este estudio.

Ante las diversas restricciones para la atención de mujeres de entre los 40 y 69 años con exámenes mamográficos, tanto la AEM como el ECM son estrategias de prevención que pueden ser de gran utilidad para la detección temprana de la enfermedad, fundamentalmente para aquellas mujeres que tienen limitado el acceso a los servicios de salud o que no gozan de los beneficios plenos de los mismos, como suele suceder en poblaciones marginales. Empero, la posibilidad de avanzar hacia un camino de prevención dependerá de lo adecuado de la información que se imparta en diversas instancias, entre ellas las de salud y las educativas. Dicha información deberá darse de forma eficaz, para garantizar que sea utilizada en el cuidado de la salud personal, ya que la transmisión de mensajes no siempre garantiza que los receptores la apliquen al plano privado, tal como se ha mostrado en otros estudios (Gayet, 2011).

En el caso del Distrito Federal se mostró que las condiciones sociodemográficas de las mujeres tienen efectos y asociaciones variadas, dependiendo de la técnica de detección elegida. Esto se traduce en que las estrategias para involucrar a las mujeres en la prevención del CaMa deban basarse en estas condiciones, pensando también en el impacto que se quiere lograr. En la capital del país, la oferta y uso indiscriminado de mamografías ha contribuido a engrosar los reportes de servicios otorgados, sin que existan conductos regulares a través de los cuales las mujeres puedan ser beneficiarias de dichos servicios. Aunque el SP ha representado un importante avance institucional en apoyo a la equidad social, el marco de políticas es aún inestable y contradictorio y no garantiza la igualdad social en el plazo que la sociedad espera (González y Scott, 2010). Esto significa que la apertura y diversificación de servicios para el CaMa no ha redundado positivamente en la disminución de la morbilidad y de la mortalidad por esta causa y mucho menos en una cultura de promoción de la salud y la detección oportuna.

Respecto a las barreras que declaran las mujeres en las distintas etapas de atención del CaMa, la mayoría de ellas alude a situaciones objetivas de sus vidas, por lo que se vuelve necesario profundizar sobre otras dimensiones subjetivas que se convierten en obstáculos, algunas de las cuales provienen y se forjan a partir de los proveedores de servicios médicos. Palacio (2008) encontró que el término “desidia” era designado frecuentemente por pacientes con CaCu cuando existían dificultades y/o desconocimiento para nombrar determinados sucesos que les impedía atenderse oportunamente. Como consecuencia, retomar términos de este tipo, en su sentido estricto, puede conllevar a falsas deducciones (Palacio, 2008) y propiciar que las verdaderas causas que entorpecen la atención médica sean vagamente concebidas.

Un segundo rubro a comentar se vincula estrechamente con la información disponible sobre el CaMa. Este estudio evidencia la carencia de datos sólidos y consistentes para la medición de este fenómeno.<sup>45</sup> Como se ha apuntado, el tema del CaMa ha derivado de forma tangencial a partir de las encuestas del país, suscitando que no se cuenten con datos históricos que utilicen los mismos criterios de medición. “Al dar una mirada a las estadísticas en salud es posible observar que éstas han estado influidas por procesos claves en el terreno de lo político, y por ende, en la solidez de las instituciones y en la continuidad de sus labores” (Agostoni y Ríos, 2010:15).

Actualmente el CaMa es un tema vigente en las agendas gubernamentales, académicas y sociales (nacionales e internacionales), lo que ha impulsado una serie de reformas en los sistemas de información en salud (SIS) (entre ellos el SICAM) requeridos para conocer y auditar los procesos de atención de la enfermedad, al tiempo que sustente la toma de decisiones basadas en evidencias y en la evaluación del desempeño, en los ámbitos local, estatal y nacional (ss, 2011).

Al documentar la situación epidemiológica del CaMa, existe la restricción de no contar con datos nominales de las mujeres/pacientes vistas; la lógica operativa en los SIS ha sido asentar en las bases de datos los servicios prestados (mamografías tomadas, ECM realizados, número de consultas otorgadas, entre otros).

En cuanto a la AEM y el ECM, no existen metas sistemáticas para medir el impacto de estas técnicas de detección, lo que hace que el seguimiento y evaluación de las políticas públicas para el CaMa se vean restringidas. Frente a esto se indica la necesidad que se tiene

---

<sup>45</sup> A través de las encuestas y los SIS de los que se dispone ahora en México, no es posible conocer, por ejemplo, cuántas mamografías son de primera vez o subsecuentes, cuántas son de tamizaje y diagnóstico, cuántas mujeres diagnosticadas con CaMa son notificadas y cuántas inician tratamientos, entre otros aspectos.

de recabar y generar datos integrales que den cuenta de información relacionada con la prevalencia, la prestación de la atención médica, la utilización de los servicios y otros elementos del CaMa (Knaul *et al.*, 2009).

En esta tesis, las posturas de las mujeres son un punto de partida fundamental y servirán –cómo se verá en los capítulos siguientes–, para contraponer las visiones del personal médico del primer nivel de atención en zonas marginales y encontrar una lectura más amplia sobre el tema en cuestión.

## **CAPÍTULO IV. PRÁCTICAS MÉDICAS EN LA ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN ZONAS MARGINALES DEL DISTRITO FEDERAL**

---

---

En este segmento del trabajo se hace una descripción de las principales características sociodemográficas de los médicos del primer nivel de atención que se encargan de prestar servicios de salud en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, en el Distrito Federal. Asimismo, se busca dar cuenta de la formación y capacitación de éstos en temas de SSR y de las condiciones más relevantes del servicio de atención (tipos de servicios ofrecidos, tiempos de consulta, entre otras). En la medida en que el instrumento lo permitió se profundizó en los servicios de salud para el CaMa. Otro aspecto que se abarca en este apartado tiene que ver con las necesidades y con las barreras para el acceso y atención a la población en los servicios de SSR y, particularmente del CaMa, desde la perspectiva de los médicos de estas zonas marginales.

En algunas ocasiones, la información es desagregada de acuerdo con el sexo del médico, el grupo de edad, la experiencia laboral, la capacitación en temas de SSR y la adscripción institucional del personal entrevistado. Para enriquecer la discusión se alternó el análisis cuantitativo con fragmentos cualitativos de entrevistas que fueron llevadas a cabo con proveedores de servicios de salud en estos mismos lugares (Anexo 7).<sup>46</sup> La última fase de este capítulo se cierra con un ejercicio donde se imbrican las posturas de las mujeres (capítulo III) y los médicos, con lo cual se intenta medir el grado de coincidencia o discordancia entre ambas visiones en lo referente a los servicios de salud en CaMa.

Es imprescindible subrayar que aunque la muestra de médicos es sustancialmente pequeña en relación con la cantidad absoluta de proveedores médicos que fungen en las zonas delimitadas, la intención de este análisis radica en destacar la variedad de puntos de vista observados en este reducido grupo, lo que pudiera estar reflejando la postura de una franja mayor de individuos en similares condiciones y con características compatibles con los médicos que aquí se describen. Estas fuentes de información a escala menor son un punto de referencia importante ya que, como se ha mencionado a lo largo de la tesis, en el país no

---

<sup>46</sup> Se refiere a tres grupos focales (dos en instituciones públicas y otro con prestadores de servicios de salud de instituciones privadas). En total participaron 22 proveedores médicos entre los que se encontraron: médicos, enfermeras, trabajadores sociales y farmacéuticos. La dinámica consistió en la realización de preguntas semidirigidas en donde se abarcaron temas relacionados con la SSR. Estos médicos proveían servicios de salud a población en contextos de marginalidad. Las entrevistas se dieron en el marco del proyecto *Identificación de barreras sociales para acortar las distancias entre las necesidades y los servicios de salud* realizado por El Colegio de México entre 2007 y 2008.

existe información dirigida a este grupo poblacional que explore acerca de la práctica médica, ni en general, ni respecto a diferentes patologías específicas. A partir de este punto la información que se presenta corresponde al estudio de caso que ocupa esta tesis.

#### **IV.1 LOS MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

Diversos autores han logrado demostrar que el CaMa es una patología que ha dejado de concentrarse principalmente en poblaciones del primer mundo, siendo también un problema latente en mujeres de bajos recursos económicos (Aziz, Iqbal y Akram, 2008; Palacios *et al.*, 2009, Knaul *et al.*, 2009b; Velásquez y Carrasquilla, 2009; Sosa, Walker y Servan, 2009; Agudelo, Aguirre y Dávila, 2010; Agudelo, Dávila y Atehortúa, 2011). Retomando los resultados del capítulo tres de esta tesis se observó que para grupos femeninos pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos existen menores niveles de cobertura en pruebas de tamizaje (AEM, ECM y mamografías) y se identifican mayores barreras para acceder oportunamente a los servicios de salud, algo muy similar a lo que encontraron Nigenda, Caballero y González (2009) en el Distrito Federal y Oaxaca.

Además de los obstáculos que se derivan de las propias circunstancias de vida de las mujeres en contextos de pobreza, se suma la poca o nula capacidad de decisión que tienen las mismas en los espacios de salud y con los proveedores médicos, quienes en algunos casos se encargan de decidir de manera unilateral cuáles son las necesidades de atención y las respuestas terapéuticas de sus pacientes, especialmente en el plano de la SSR (Castro, 2008). Dichas situaciones, como se ha indicado:

“...son poco conocidas entre los distintos grupos de población ubicados en diferentes contextos geográficos, económicos, sociales y culturales que viven en condiciones de vida extremadamente diferenciados, y menos se sabe de las repercusiones de estas condiciones de vida en la salud reproductiva de las mujeres” (Lerner y Szasz, 2008:14).

Más aún, en este trabajo de investigación se apunta a develar que tales diferencias en el ámbito de la salud no solo son propias de territorios geográficos dispersos, sino que también es un asunto que coexiste dentro de una misma ciudad, en donde se supondría que las mujeres deberían acceder a la misma información, atención y trato en las instituciones de salud, indistintamente de su posición social y de otras características. Por lo tanto, el nivel socioeconómico y el género, son un binomio arbitrario que restringe las posibilidades de las

mujeres para incorporarse y participar en los programas y acciones asociadas con su propia salud.

La manera como los médicos ven y perciben a las pacientes son factores que tienen implicaciones directas sobre el trato y manejo clínico que se les otorga a las mujeres. De este modo, connotaciones dadas por los proveedores de salud sobre las mujeres como: “ignorantes”, “con baja escolaridad”, “muy pobres”, “muy difíciles” (Jasís, 2000; Agudelo, 2009) genera que los médicos se sientan desinteresados por ahondar en las necesidades de las mujeres dentro del espacio de consulta. Sin embargo, es posible que esta lectura esté permeada al mismo tiempo por la formación y concepciones propias de cada médico ya que, por un lado, la disciplina médica es concebida como “científica”, capaz de objetivar las manifestaciones físicas y psicológicas de los individuos (Donabedian, 1988), pero por el otro, se reconoce que cada médico cuenta con su propia historia de vida, cargada de significados morales, éticos y religiosos según el caso (Castro y Bronfman, 1998). Dónde y cuándo convergen estas posturas y cómo se separan es un punto no muy claro de ver en la racionalidad de las prácticas médicas, pero que habrá que explorar con mayor detenimiento, en especial en lo que atañe a procedimientos como la detección del CaMa, donde están inmersas múltiples barreras para su atención.

En los párrafos subsiguientes se señalan las características de algunos médicos de dos zonas marginales en el Distrito Federal y los servicios otorgados para el CaMa. Cabe decir que el total de médicos entrevistados fue de 54, de los cuales 52.7% eran de Iztapalapa, 61.1% pertenecían a instituciones de salud del sector público y 68.4% eran hombres. La mayoría de consultas sobre SSR se circunscriben a la anticoncepción (especialmente en mujeres) y embarazos.

#### **IV.1.1 Formación y capacitación**

La ENSR-DF arrojó que un porcentaje elevado de los médicos entrevistados (98.2%) habían realizado sus estudios de licenciatura en instituciones públicas entre las que se encontraban la Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM (41), otras universidades públicas (6), el Instituto Politécnico Nacional-IPN (5) la Universidad Autónoma Metropolitana-UAM (1). Más de la mitad de estas personas habían hecho algún posgrado (31/54). De estos últimos, 8 lo hicieron en temas de medicina familiar y comunitaria, 10 en SSR y el resto en otras áreas.

En cuanto a la capacitación en SSR, 31 de los 55 médicos de Tlalpan e Iztapalapa afirmaron haberla recibido en los últimos cinco años, siendo el tema de anticoncepción en el

que más entrenamiento recibieron (14 casos); también sobresalió la capacitación en educación sexual (8 médicos) y atención a la SR de grupos vulnerables (9), lo que sin duda sigue denotando el interés marcado por los servicios de SSR con mayor ímpetu hacia la PF.

Llama la atención que, aunque 96.3%, es decir 52 de los 55 médicos, mencionaron atender consultas por CaMa, no se indicaron capacitaciones específicas en relación con esta enfermedad; solo uno de ellos dijo haber tenido formación en CaCu.

Entre los médicos que no recibieron entrenamiento en SSR (15), adujeron no haberlo hecho por falta de tiempo (4), falta de difusión sobre los cursos disponibles (3), no se los proporcionó la institución (2), falta de interés (1) y otros motivos (5). La capacitación, tanto en entidades públicas como privadas, no es un asunto de carácter obligatorio en la mayoría de los casos, y por ello, algunos profesionales médicos no participan en actualizaciones en SSR o prefieren hacerlo en otros temas.

En lo concerniente al conocimiento y disponibilidad de la NOM-041-SS2-2002<sup>47</sup> (cuyas preguntas específicas en la ENSR-DF fueron: *¿Ha oído hablar de la NOM para la atención del CaMa?*, *¿Ha leído o estudiado el documento?* y *¿Puede mostrar el ejemplar con el que cuenta de este documento?*), se tuvo lo siguiente: 87% (47/54) de los médicos habían oído hablar de la NOM, de éstos 89.1% (41/47) la habían leído, y de estos últimos 39% (16/41) la pudieron mostrar al momento de la entrevista. Estas respuestas ilustran –a grandes rasgos– que no todos los médicos median la prestación de los servicios para CaMa con base en los lineamientos nacionales competentes en la materia, ya que al menos uno de cada 10 médicos de la muestra no conocían la NOM..

Al hacer la distinción entre realización de posgrado, capacitación en los últimos cinco años, temas de capacitación y conocimiento de NOM-041-SS2-2002, por sexo del médico y tipo de institución en la que labora el profesional, se obtuvieron diferencias notorias que resultan importantes de mencionar (Cuadro IV.1). Para comenzar se observó que tanto para hombres como para mujeres el porcentaje de médicos con posgrado superó el 50%, aunque hay mayor especialización entre los médicos varones.

La relación entre capacitación en temas de SSR en los últimos cinco años fue de nueve mujeres por cada seis hombres, lo cual puede estar relacionado con el mayor interés de las mujeres por estar actualizadas en aspectos relativos al tema en cuestión. La diferencia en el porcentaje de capacitación entre médicos públicos y privados fue de aproximadamente diez puntos porcentuales. Se encontró que los médicos de instituciones públicas están más

---

<sup>47</sup> La cual estaba en vigencia al momento de la entrevista.

involucrados en actividades de capacitación, en parte, porque son éstos quienes están sujetos a una mayor vigilancia y control por parte de la SS, en tanto, los médicos privados se desenvuelven en un contexto poco supervisado y fragmentado del cual se tiene información limitada.

Por otro lado, para el grupo de médicos varones, los temas de capacitación que más sobresalieron fueron el de educación sexual y anticoncepción, mientras que para las mujeres médicas el tema de anticoncepción fue el que más se reforzó. Destaca –entre otros aspectos– que 4 de los 22 médicos hombres recibieron capacitación en asuntos de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS), mientras que no hubo mujeres con tal formación. Más de 40% de los médicos de instituciones públicas fueron instruidos en aspectos de anticoncepción y los médicos privados recibieron capacitación de manera homogénea en educación, anticoncepción, y prevención y detección de VIH/SIDA e ITS.

En el panel dirigido a evaluar el conocimiento, lectura y disponibilidad de la NOM para la atención del CaMa se evidenció que en todos los casos, fueron superiores los valores vistos entre los médicos de instituciones públicas, y hubo diferencias notorias en las respuestas de mujeres y varones sobre estas mismas variables.

Cuadro IV.1 Número de médicos con formación y capacitación en temas de salud sexual y reproductiva en zonas marginales del Distrito Federal, 2008

Variables	Sexo		Tipo de institución	
	Hombre <i>n</i> =35	Mujer <i>n</i> =19	Pública <i>n</i> =35	Privada <i>n</i> =19
<i>Con posgrado</i>	21	10	22	9
<i>Capacitado en temas de SSR en los últimos 5 años</i>	22	17	24	15
<b><i>Temas de capacitación (total)</i></b>	<b>Hombre <i>n</i>=22</b>	<b>Mujer <i>n</i>=17</b>	<b>Pública <i>n</i>=24</b>	<b>Privada <i>n</i>=15</b>
Educación sexual	6	2	4	4
Anticoncepción	6	8	10	4
Atención del embarazo	3	1	3	1
Prevención y detección de ITS y VIH/SIDA	4	0	0	4
Prevención y detección de cáncer cérvico-uterino	0	1	1	0
Atención por problemas de violencia familiar	1	0	1	0
Atención en la salud reproductiva de grupos vulnerables	2	4	5	1
Otras	0	1	0	1
<b><i>Ha oído hablar de la NOM para CaMa</i></b>	<b>Hombre 32 (<i>n</i>=35)</b>	<b>Mujer 18 (<i>n</i>=19)</b>	<b>Pública 35 (<i>n</i>=35)</b>	<b>Privada 19 (<i>n</i>=35)</b>
<b><i>Ha leído la NOM para CaMa</i></b>	<b>26 (<i>n</i>=32)</b>	<b>13 (<i>n</i>=18)</b>	<b>29 (<i>n</i>=35)</b>	<b>10 (<i>n</i>=19)</b>
<b><i>Mostró la NOM para CaMa al momento de la entrevista</i></b>	<b>10 (<i>n</i>=26)</b>	<b>8 (<i>n</i>=13)</b>	<b>16 (<i>n</i>=29)</b>	<b>2 (<i>n</i>=10)</b>

Fuente: cálculos propios con base en la ENSR-DF, 2008

#### IV.1.2 Oferta de servicios de salud

Los médicos de la muestra reportaron ofertar servicios de prevención y detección de CaMa en 100% y de éstos 96.3% habían otorgado servicios para esta enfermedad en el último año previo a la encuesta. Los casos en los que los médicos recomendaban la mamografía eran básicamente cuando las mujeres eran mayores de 40 años de edad (33/54) o cuando tenían algún síntoma sospechoso o antecedentes familiares de la enfermedad (19/54). Una restricción del instrumento empleado fue que no se indagó sobre los signos y síntomas identificados que los llevan a determinar una posible anomalía en las mamas.

Lo más frecuente fue que los médicos trabajaran cinco días a la semana en la institución en que fueron entrevistados (56.3%), seguido por los que trabajaban todos los días de la semana (25.4%). Esto último fue más común entre los médicos privados, dado que muchos de ellos eran dueños o administradores de los centros de salud en los que trabajaban. Se tuvo que cerca de cuatro de cada diez médicos desempeñaban actividades en otros lugares

distintos al sitio donde se levantó la entrevista; lo más habitual era que alternaran su práctica en servicios privados (13) o en servicios públicos (4).

El promedio de consultas que cada médico otorgaba, en los servicios donde fueron encuestados, fue de 16 por día. Mientras que 21.1% de los médicos privados tuvieron entre una y diez consultas al día, el porcentaje ascendió a 83.2% entre los médicos públicos, quienes tuvieron la misma cantidad de consultas al día. Entre los médicos privados, el tiempo dedicado a los pacientes fue de 20 minutos (45.7%) y entre los privados fue de cerca de 30 minutos (47.3%). Asimismo, el tiempo de consulta más usual entre las médicas fue de 30 minutos (42.1%) y entre sus pares varones fue de 20 minutos (34.2%). Sobresale que 11 de los 35 médicos públicos consideraban que el tiempo de consulta dado a sus pacientes era suficiente *versus* 16 de los 19 profesionales del sector privado que respondieron afirmativamente a la misma cuestión; no se observaron diferencias significativas por sexo frente a esta misma pregunta: en general, alrededor de 50% de los médicos y médicas consideraron que el tiempo dedicado a los pacientes es suficiente para cubrir sus demandas.

En el componente cualitativo que acompañó a este proyecto de investigación, los proveedores privados reiteraron que la fortaleza de sus servicios radica en la calidad y tiempo dedicado a los usuarios que acuden con ellos, factor que los hace “mejores” que los servicios públicos; uno de los médicos privados sostuvo “...la tendencia es la medicina privada, la pública tiende a desaparecer” (MPRI-2). Asimismo, uno de los proveedores de una de las instituciones públicas declaró:

“Aunque a lo mejor el médico quisiera ahondar un poco más en lo que es su vida [la del paciente], pues realmente no tiene tiempo porque tiene al otro paciente tocándole [la puerta] para que ya lo pase o ya se queja porque no lo atienden luego” (TSI-1).

De los médicos de centros públicos 19/33 realizaban actividades de divulgación sobre temas de SSR fuera del consultorio, de éstos 14 daban servicios de CaMa en estas actividades extra-muro, principalmente a través de servicios itinerantes que son colocados en sitios de difícil acceso geográfico.

Cuando se indagó por la disponibilidad de material didáctico (carteles, folletos, trípticos, pósters, maquetas, otros) utilizado en la consulta para ilustrar e informar sobre temas concomitantes con la SSR, se encontró que 32 de los 54 proveedores médicos contaba con tales herramientas, cifra que resulta baja si se tiene en cuenta que estos mecanismos son

de alto impacto entre la población, tal como se vio con varias de las mujeres en condiciones de marginalidad de Tlalpan e Iztapalapa quienes conocieron sobre las técnicas de detección del CaMa a través de medios de difusión como los que se han mencionado (ver capítulo III), y más teniendo en cuenta que 96.2% de los médicos ofrecían programas educativos de CaMa. Entre los que no contaban con dicho material se adujo que era porque no lo aportaba la institución (8), porque no se dedicaban a proporcionar información (8) o porque no se había necesitado (3), principalmente.

#### **IV.1.3 Necesidades y barreras: la visión médica**

Otros ejes que fueron abordados en la ENSR–DF estuvieron relacionados con dos aspectos que condicionan la prestación de los servicios salud: en primera instancia se buscó que los médicos refirieran variables de la población que están vinculadas con el uso o no de los servicios médicos de SSR y, en segundo lugar, se procedió a preguntar por las barreras de orden económico, social, institucional, social y cultural que limitan el uso de los servicios por parte de las mujeres que acuden a las unidades médicas de primer nivel de atención, ubicadas en áreas marginales de las delegaciones citadas.

- ***¿Cómo ven los médicos a sus pacientes?***

En relación con las pacientes, únicamente 2 de 5 médicos expresaron no haber observado dificultades para que la población femenina acudiera a los servicios de salud a hacerse la exploración mamaria; los restantes imputaron a las concepciones socioculturales (pena de que las explore un médico), a la falta de información y a las cuestiones de índole psicosocial (temor al diagnóstico) el hecho que las mujeres no consulten por esta causa. La distribución numérica en estos tres ítems fue de 29, 16 y 3 médicos respectivamente. En el cuadro IV.2 se presenta la distribución de los médicos, de acuerdo con las percepciones relacionadas con las razones de no uso de servicios de salud para CaMa, ello desagregado por el sexo y tipo de servicios del entrevistado.

A grandes rasgos se identificó que alrededor de 4 de cada 10 médicas consideraron la falta de información sobre el CaMa como uno de los motivos por los cuales las mujeres no asisten a consultas médicas destinadas a la detección de la neoplasia de mama, esto frente a 2 de cada 10 médicos varones que tienen iguales percepciones. En cuanto a los aspectos socioculturales, se tuvo que son principalmente los médicos quienes encuentran este factor

como impedimento en la búsqueda de atención médica por CaMa por parte de las mujeres (20 de 31); entre las médicas, por este mismo concepto, la relación fue de 9/19. También fueron los médicos de instituciones privadas quienes percibieron, en mayor medida, esta variable como problemática. Para las profesionales médicas, las implicaciones sicosociales (temor al diagnóstico) no inciden en que las mujeres participen –o no– en los programas de SSR, mientras que 3 de los médicos varones si lo consideraron un obstáculo.

Cuadro IV.2 Número de médicos que identificaron barreras en los servicios de salud sexual y reproductiva, por sexo y tipo de servicios en zonas marginales del Distrito Federal, 2008

Razones	Sexo del médico		Tipo de servicios	
	Hombre (n=31)	Mujer (n=19)	Públicos (n=33)	Privados (n=17)
Existen dificultades en la atención	31	17	32	16
Falta de información	8	8	12	4
Factores socioculturales	20	9	18	1
Factores sicosociales	3	0	2	1

Fuente: cálculos propios con base en la ENSR–DF, 2008

Del total de médicos privados, 6/19 dijeron que era frecuente identificar problemas de SSR entre sus pacientes, cifra que ascendió a 18/35 entre los médicos de entidades públicas. Las diferencias por sexo del proveedor frente a esta misma pregunta fue mínima: 51.4% de los hombres coincidieron en decir que era recurrente encontrar problemas de SSR entre los usuarios de sus servicios contra 52.6% de las mujeres que concordaron con lo mismo. Que las personas no acudan a estos servicios se debe – según los médicos– a: que los usuarios no cuentan con la información suficiente sobre su cuerpo (14) que no hay responsabilidad del paciente sobre su propia salud (10), que consultan por otros asuntos (7), la falta de cultura o educación sobre la salud (6), que el paciente no le da importancia a estos asuntos (4), la pena o el miedo del usuario (3), otros (3). Los médicos de Tlalpan e Iztapalapa declararon la sensación que tienen de que la población es hermética, que no consulta acerca de sus dudas o que no asiste a los servicios de salud porque antepone criterios de terceros (distintos a los de los médicos) para resolver sus necesidades en salud:

“...son personas, son mujeres adultas que se dejan llevar por lo que dice la mamá, lo que dice la suegra, lo que dice la tía y a todo el mundo le creen, menos al médico” (ET–1).

▪ ***Multicausalidad de barreras en el acceso y atención a la salud***

Poco más de la mitad de los médicos mencionaron haber encontrado dificultades para la atención adecuada de la SSR (31/54). El problema que se presentó con mayor frecuencia fue la falta de medicamentos, material o instrumentos médicos (14), saturación o sobredemanda del servicio (10), falta de infraestructura (3), insuficiencia de personal médico (2) y otros (2). Estas barreras se dieron mayormente entre los proveedores médicos adscritos al área pública, ya que 25/35 de éstos expresaron tener dificultades por enfrentar alguna limitación a la hora de prestar los servicios y solo 6/19 de los privados pasaron por iguales circunstancias. Como se pudo constatar –con la observación directa en los centros de salud visitados y con base en declaraciones provenientes de los grupos focales–, los espacios designados para la atención son, en general, precarios, especialmente los públicos. Muchos de estos sitios carecían de condiciones mínimas indispensables para prestar los servicios (sillas, escritorios, cortinas, equipos médicos, camillas, entre otros); en algunos lugares se vio que ni siquiera se contaba con agua potable o las edificaciones presentaban grietas y goteras.

Algunas de las principales barreras que los médicos identificaron en la atención de la salud SR fueron:

- Tabúes sexuales de la población – 44/53
- Tiempo de espera de los pacientes – 21/53
- Idiosincrasia de la población – 18/53
- Costo de la consulta –11/53
- Que las personas sean de bajos recursos económicos – 5/53

Estos valores son notoriamente elevados en la mayoría de las preguntas, excepto en el hecho que las personas sean de bajos recursos económicos; sin embargo, al cruzar estos datos con los diálogos de los proveedores de salud, se encuentran profundas contradicciones, ya que en las entrevistas cualitativas la pobreza es asumida como un factor inherente a la vida de la población que atiende y que se traduce de manera tangible en los individuos. Un proveedor de salud así lo comentó:

“Es una zona muy...muy olvidada, donde no llega nada, donde la gratuidad [de los servicios de salud] que ofrecemos nosotros [los proveedores de salud] debiera estar ahí y sin embargo no llega porque ellos [la población] no tienen documentos, porque no saben leer, porque no tienen una televisión, porque

nadie les ha comentado, porque ni siquiera tienen agua, porque viven en casitas de cartón que están pegadas al cerro...” (TSI-1).

Ahora bien, considerando las barreras ya declaradas, se realizó una desagregación de los médicos en función de algunas características seleccionadas (Cuadro IV.3). De modo general se resalta la poca variabilidad en la respuesta para la barrera denominada “tabúes sexuales”, independiente del sexo del médico, la adscripción institucional, la capacitación en SSR, la experiencia laboral y el grupo de edad al que pertenece. En su mayoría (más de 70% de los casos), el conjunto de médicos consideró que los tabúes que tiene la población se convierten en un serio obstáculo para que ésta acuda a los servicios de salud o busque atención en servicios concernientes a la salud sexual y reproductiva.

Frente a la condición económica de las personas se observó variabilidad de respuestas de los médicos, de acuerdo con sus características. La diferencia más alta, en términos relativos, se dio entre los que tienen y no tienen capacitación en SSR; para 1/38 de los primeros, el hecho de que las personas sean de bajos recursos económicos fue un obstáculo para prestar servicios de SSR, frente a 4/15 de los segundos que opinaron lo mismo. Esto podría significar que el tener instrucción en temas competentes otorga al médico instrumentos que le facilitan su trato con los pacientes de estratos bajos y, por ende, existen menores impedimentos a la hora de ofrecer los servicios de salud.

Aunque los médicos de instituciones privadas consideran otorgar servicios de mejor calidad (referido a capacidad instalada, trato al paciente, menores tiempo de espera para la consulta y un lapso mayor en la atención misma), son éstos quienes perciben como una seria limitación el tiempo que debe esperar el paciente para ser atendido (77.8%), esto pese a que los usuarios de servicios públicos deben solicitar previamente citas (a través de fichas que reparten las clínicas y hospitales) y deben esperar largos turnos para ingresar con un profesional de salud. La idiosincrasia también se advirtió como una barrera de más peso entre los médicos varones que entre las mujeres, y más entre los médicos públicos que en los privados.

Cuadro IV.3 Número de médicos que identificaron barreras en los servicios de salud sexual y reproductiva, según características seleccionadas y tipo de barreras en zonas marginales del Distrito Federal, 2008

Características de los médicos		Tipo de barreras identificadas (número de casos/total médicos en cada categoría)				
		Tiempo de espera	Costo de la consulta	Que las personas sean de bajos recursos	Tabúes sexuales	Idiosincrasia
Sexo	Hombres	15/35	8/26	4/35	30/35	14/34
	Mujeres	6/18	3/9	1/18	14/18	4/19
Capacitación en SSR	Sí	14/38	9/25	1/38	33/38	12/38
	No	7/15	2/10	4/15	11/15	6/15
Tipo de servicio ofrecido	Público	14/34	3/16	3/34	28/34	14/34
	Privado	7/19	8/19	2/19	16/19	4/19
Experiencia como médico	Entre 0 y 5 años	4/9	1/6	1/9	9/9	4/9
	6 años o más	17/44	10/29	4/44	35/49	14/44
	Hasta 49 años	11/28	7/18	1/28	25/28	7/28
Grupos de edad	50 años o más	10/25	4/17	4/25	19/25	11/25

Fuente: cálculos propios con base en la ENSR-DF, 2008

Al explorar sobre la opinión que tienen los médicos y proveedores en general sobre la población y los usuarios de servicios de salud, queda al descubierto parte de la esencia que subyace en la lógica médica y en la práctica de los servicios de salud. Algunas de las respuestas del cuestionario son contundentes y demuestran que las deficiencias en los servicios de salud muchas veces emanan de la forma como son concebidos y organizados los sistemas, ubicando al médico en una posición de subordinación y constantes presiones, además de en un rango de acción de poca influencia; sin embargo, la otra realidad que se revela tiene que ver con rasgos propios de los médicos que están presentes en cada forma de leer e interpretar su entorno y que repercuten en la calidad de la atención en salud de sus pacientes.

En el caso de los médicos de las zonas marginales que aquí se estudian no se vislumbra claramente la frontera entre el ámbito profesional y el personal. Tanto los resultados cuantitativos como los testimonios verbales que fueron combinados a lo largo del análisis apuntan a establecer que en la práctica médica tal línea divisoria no existe, por lo

tanto los médicos tienen dificultades para reconocer los límites que imponen en los servicios de salud, pese a que en una de las declaraciones un médico abiertamente admitiera:

“Llega un momento en que se pierde el límite de la relación médico–paciente y entonces es cuando se mezcla esta cuestión de lo personal y hace uno apatía o una simpatía con el paciente ... puede que mi existencia en cuanto a mi trayectoria familiar y mis valores choquen en un momento con equis persona ..., tenemos que tener preparación para poner límites y no permitir que mis valores se mezclen en la postura que tengo que tener con el paciente y el respeto que le debo a él” (MP–2).

Otra manifestación en este mismo tenor fue:

“Por las experiencias, por la educación y todo eso, a veces influye mucho el pensar de cada uno, el mismo personal de salud tiene una serie de puntos de vista muy personales que creo que sí influyen...e influyen mucho..., lo adecuado sería ver cuáles son las necesidades [de los pacientes], sin tomar en cuenta el juicio personal del profesional” (MP–3).

No todos los médicos aceptan decir cómo están permeadas sus prácticas por las concepciones personales, construidas a lo largo de su vida. Estas mismas prácticas tienen matices diferentes según se trate de un paciente hombre o una mujer, de la edad y de diversas condiciones del usuario, incluyendo el motivo de consulta, la enfermedad y necesidades de atención específicas. ¿Pero qué tanto de lo que dicen los médicos se acerca o dista de lo que declaran las usuarias de servicios de salud?; éste es un aspecto que se abordará con posterioridad.

#### **IV.2 UNA COSA ES LO QUE DECLARAN LOS MÉDICOS Y OTRA LO QUE PIENSAN LAS USUARIAS**

Las respuestas que se obtuvieron en el análisis a los médicos del primer nivel de atención de Tlalpan e Iztapalapa no deben considerarse de manera aislada, sino que deben analizarse en contraposición a las declaraciones de las mujeres en condiciones de pobreza de Tlalpan e Iztapalapa (capítulo III). Con base en este estudio se encuentra que las barreras para el acceso a los servicios de salud, y para la atención del CaMa, expresadas por médicos y mujeres difieren en sus dimensiones. Por su parte, las mujeres identifican barreras de atención relacionadas principalmente con el desconocimiento de la enfermedad y en otros momentos porque no saben con exactitud el procedimiento a seguir en caso de tener sospechas de

anormalidad en sus mamas; sin embargo, una gran proporción encuentra deficiente las explicaciones sobre la patología y la atención médica, lo que deriva en desconfianza en el personal de salud. Entre tanto, los médicos identificaron barreras conexas con la idiosincrasia y cultura de las mujeres como factores que se relacionan con el no uso de servicios de salud para el CaMa, y fue recurrente aducir aspectos de infraestructura y de disponibilidad de recursos como impedimentos para una adecuada prestación de los servicios de salud para esta patología.

### **IV.3 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN**

En este capítulo se describió la operación de los servicios de salud en unidades médicas del primer nivel de atención de zonas de Alta y Muy Alta marginalidad en Tlalpan e Iztapalapa. A través de una encuesta aplicada a 55 médicos se indagó sobre los servicios de SSR que son demandados y ofrecidos y, en la medida que fue posible, también se exploró sobre la prestación de servicios para CaMa. En general se evidenció que existe una amplia variedad de perfiles, experiencias y prácticas médicas entre el personal de salud de estos servicios.

Gran parte de los participantes habían recibido capacitación en temas relacionados con la SSR pero ninguno adujo haber tenido instrucción en temas de CaMa, lo cual resulta preocupante, ya que todos mencionaron haber estado vinculados, en algún momento, con dicha atención. Al mismo tiempo se encontró que existe un bajo conocimiento de los médicos sobre la NOM de CaMa. Se pudo establecer que tanto las médicas, como el personal de salud de unidades públicas tenían un porcentaje de capacitación que sobrepasaba el de los médicos y el de los proveedores adscritos a instituciones privadas.

Según González y colaboradores (2009), el entrenamiento/habilidades/destrezas que desarrollan los médicos de primer contacto en las instituciones educativas es bajo en todo México. Dichos investigadores hicieron patente que en los planes de estudio nacional se continúa privilegiando contenidos biologicistas de carácter curativo/medicalizado (más de tres cuartas partes corresponden a las áreas biomédicas y clínicas). Generalmente en los programas de actualización e información del personal de salud aún sigue primando el tema del CaCu sobre el de CaMa. Entre tanto, el PAE para el CaMa se tiene contemplado realizar capacitaciones continuas y de actualización del personal vinculado con la prestación de

dichos servicios,<sup>48</sup> aunque todavía no se indican las características y condiciones de estas capacitaciones. Un paso fundamental en este sentido será entonces determinar protocolos comunes de atención de la enfermedad y difundirlos ampliamente entre los proveedores de salud.

Aspectos relacionados con la prestación de los servicios de salud, tales como el tiempo de espera, el costo de las consultas, el desabasto de medicamentos y materiales, la infraestructura, entre otros, se convierten en factores que inciden en la calidad de los servicios de salud y en las posibilidades que el personal tiene para llevar a cabo su labor en mejores condiciones. Existen, además, características demográficas (sexo y edad) de dichos médicos que tienen repercusiones en la forma de percibir la población y sus requerimientos de atención.

Las distinciones en el tiempo de consulta entre médicos públicos y privados tiene su explicación en la mayor afluencia de personas en los servicios públicos, lo que obliga al médico –en la mejor de las circunstancias– a atender el motivo principal de la consulta, hacer las inspecciones físicas correspondientes, restándose tiempo que puede ser dedicado a indagar sobre otras cuestiones de salud o que puede ser destinado a resolver dudas de las pacientes.

La presión institucional que establece metas sobre el número de pacientes que un médico debe atender también actúa negativamente sobre las posibilidades del profesional médico de ampliar el periodo de consulta y diversificar la exploración clínica. Igualmente, se indica que los servicios de salud públicos dirigidos a los más pobres son de menor calidad y tienen una cobertura limitada y condicionada, además de que no se cuenta con infraestructura suficiente para atender la demanda de los servicios (Tamez y Eibenschutz, 2008).

Por el lado de las médicas, se encontró que son ellas quienes tienden a ser más comprensivas y manejan un mejor trato con el paciente. En un estudio previo, hecho en España, se sostuvo que las médicas mantienen consultas más largas, proporcionan más información y presentan un estilo de comunicación diferente del de los médicos; entre los aspectos que ellas abordan y que se convierten en elementos diferenciales destaca que éstas incluyen en la entrevista más aspectos socioemocionales del problema del paciente (Delgado y López, 2004). A consideración de Puentes, Gómez y Garrido (2006), lo anterior debe ser tomado en cuenta, ya que el trato adecuado es un factor determinante de bienestar y satisfacción; los usuarios satisfechos suelen tener más incentivos para buscar atención y se apegan con mayor facilidad a los tratamientos prescritos.

---

<sup>48</sup> En la estrategia tres de dicho Programa se tiene estipulado: “Impulsar la formación y capacitación continua del personal necesario para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama” (SSA, 2008:27).

Los médicos de Tlalpan e Iztapalapa dejaron ver su inconformidad con la organización y estructura de los servicios de salud, que los lleva a desenvolverse en entornos de trabajo poco favorables, lo que repercute directamente en la atención que reciben las pacientes. Se vio que 25.4% de los médicos trabajaban todos los días de la semana y otros tantos se desenvolvían en los servicios públicos y privados. Se señala que los servicios de salud privados existentes en lugares marginales del Distrito Federal están dirigidos a población pobre en donde, por lo regular, las consultas son económicas y se venden medicamentos genéricos o similares que son de bajo costo. Lo que se pudo constatar con los médicos privados de la muestra es que tienen mayor tiempo para dedicarle a la consulta y su carga de trabajo es relativamente más baja frente a los médicos públicos. Sin embargo, poco se conoce sobre la calidad y mecanismos de atención en dichos sitios.

Al comparar los resultados de este capítulo con los del inmediatamente anterior se encuentra un intersticio en las posiciones de mujeres y de médicos en la configuración de las necesidades de atención del CaMa y las limitaciones que cada uno tiene que combatir para cumplir con sus intereses, tareas y expectativas de servicio. Las principales barreras que encontraron los médicos de Tlalpan e Iztapalapa para la atención del CaMa tuvieron que ver con aspectos exclusivos de las mujeres, pues son ellas las que sienten pena, las que no tienen información o las que sienten miedo de la auscultación de las mamas. Por otro lado, algunos asocian la organización de los servicios (tiempo de espera, costos derivados de la consulta) con el hecho de que haya menor demanda o acceso a los servicios de SSR. De otro lado, las mujeres provenientes de las mismas zonas en cuestión mencionaron sentirse incomprendidas por los médicos, quienes –según ellas, no se esfuerzan por dedicarles mayor tiempo para resolver sus dudas frente a los padecimientos y los procedimientos terapéuticos.

Estas opiniones ponen en relieve las discrepancias vistas en las declaraciones hechas, ya que muchas de estas barreras, aunque son imputadas a los usuarios de servicios de salud, se derivan de la nula o escasa información que los médicos ofrecen a los pacientes o de una vaga concepción que se tiene de los mismos. En un hallazgo previo se arguye que los médicos y proveedores de servicios de salud en general tienden a reconocer y nombrar con mayor facilidad los obstáculos provenientes de los individuos en tanto que esto sirve de amparo a las debilidades propias y para justificar ciertos modos de proceder que no corresponden con una lógica de atención apropiada (Agudelo, 2008). Los médicos tienen

dificultades para afrontar un error<sup>49</sup> cuando ocurre, incluso esto es altamente frecuente debido a la complejidad de la práctica médica y a la multiplicidad de intervenciones que cada paciente recibe (Vélez, 2006). La misma autora afirma que un aspecto que influye en que no se analice rutinariamente el error médico es el desconocimiento de la magnitud real del problema, pero tal vez la circunstancia que más influye en el no reconocimiento del error tiene que ver con la formación del personal de salud (Vélez, 2006). Los efectos iatrogénicos son poco tenidos en cuenta en el contexto de los servicios de salud y menos cuando esto se deriva de la conducta del personal sanitario (Martínez, 2003).

Por lo tanto, las barreras dependen de las expectativas que cada actor tenga frente a los servicios de salud en un determinado lugar y momento del tiempo. El desbalance entre estas miradas hace que sean las mujeres quienes estén en mayor desventaja, dado que son quienes se convierten en objetos receptores de las medidas que se establecen para la atención de su ssr. No obstante, tal como lo sostiene Jasís (2000), no todas las necesidades sentidas por las usuarias son factibles de ser atendidas, pero sí es viable que los proveedores puedan hacer intervenciones sencillas que produzcan un impacto positivo en la salud integral de las mujeres.

Sobre los registros de la prestación de servicios de salud es indispensable que en el país se haga un esfuerzo dirigido a recopilar, procesar y analizar información de manera sistemática que contenga datos básicos del personal de salud, pero que su vez se puedan conocer aspectos procedimentales y operativos en la cadena de atención del CaMa. Esto servirá para hacer un seguimiento y retroalimentar las acciones de cuidado y manejo de esta patología, al tiempo que permitirá tomar acciones correctivas en el momento y lugar precisos, con las personas adecuadas. Un avance en esta dirección se dio en 1996 a través de la *Encuesta sobre las Instituciones en Planificación Familiar* (ENINPLAF), la cual tiene dominio de aplicación en el ámbito de los estados en los que se levantó la información,<sup>50</sup> siendo esta fuente la más grande en su tema que se ha desarrollado en el territorio mexicano. Dicha encuesta fue hecha por el CONAPO y tuvo como propósito general obtener información, sobre servicios de SSR, desde la óptica de los prestadores de servicios. Entre sus objetivos específicos se encontraban: 1) conocer las características de los servicios de salud

---

<sup>49</sup> Para Vélez (2006), cuando los médicos cometen errores se enfrentan a sentimientos de temor, culpa, rabia y humillación. Existe un concepto generalizado (entre médicos y pacientes) de infalibilidad y por ello los médicos, cuando sienten que se han equivocado, prefieren vivir un proceso solitario para evitar el señalamiento de colegas, usuarios y otros actores. Esto es mucho más grave cuando de la acción médica se derivan efectos adversos para la población como la incapacidad o la muerte.

<sup>50</sup> Esta encuesta se llevó a cabo en diferentes localidades rurales y urbanas de Chiapas, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

institucionales, privados y comunitarios otorgados en las localidades urbanas y rurales y, 2) evaluar las estrategias ejecutadas por el sector salud dentro del programa para extender los servicios de PF y SR. En el instrumento de captación se incluyó una pregunta que indagaba sobre el conocimiento de factores asociados con el CaMa,<sup>51</sup> sin embargo, la base de datos original no contenía la codificación de la variable y, por lo tanto, no fue posible presentar estos datos en este capítulo.

---

<sup>51</sup> Se refiere a la pregunta 9.12: ¿Qué datos del interrogatorio y clínicos lo llevan a integrar un diagnóstico de cáncer mamario?

## **CAPÍTULO V. ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA: UNA TAREA PENDIENTE**

---

---

Esta sección está dedicada a describir las diferentes estrategias y valoraciones (clínicas, sociales, técnicas, institucionales, entre otras), que los médicos del primer nivel de atención declaran ejercer para la atención del CaMa entre las pacientes. Algunas de las preguntas que se buscaron responder fueron: ¿Cómo se ubica el médico de primer nivel de atención en los servicios de salud?, ¿Qué importancia tiene el CaMa respecto a los demás servicios demandados u ofrecidos? ¿Qué tareas específicas se emprenden al interior de las consultas para CaMa? ¿Qué criterios se tienen en cuenta para iniciar la atención por CaMa?, ¿Qué tipo de barreras institucionales/profesionales son percibidas en la atención del CaMa?, ¿Qué tan próximas o alejadas son las acciones médicas de lo que se recomienda en la Norma Oficial? ¿Qué opinan los médicos y qué dicen las técnicas radiólogas?

Este análisis pretende concentrarse específicamente en el quehacer de los proveedores médicos en función del CaMa y es una visión general sobre la organización de los servicios de salud y las prácticas profesionales. Aunque desde aquí se empieza a vislumbrar someramente las concepciones médicas sobre la población usuaria de servicios de salud, esto se desarrollará con más detalle en el capítulo siguiente donde se ahondará en los discursos sobre las construcciones de pobreza, género que asocian los médicos con sus pacientes y que se convierten en barreras para el acceso y atención del CaMa.

### **V.1 GENERALIDADES DE LOS CENTROS DE SALUD**

#### **V.1.1 Servicio de salud en Tlalpan**

Se visitó un centro de salud dedicado a la atención primaria familiar, el cual cuenta con 12 consultorios que son atendidos por siete médicos especialistas en medicina familiar y cuatro médicos generales y un pasante que lleva a cabo su servicio social. La población que atiende es población abierta, es decir, sin derechohabencia. En el servicio solo se cuenta con tres médicos varones y los demás son mujeres. Además de consultas generales, se dispone de un módulo de vacunación y otro de detección, donde se ofrecen servicios preventivos de CaCu y

de CaMa. En dicho módulo se tiene de la presencia de enfermeras, trabajadoras sociales y de un médico residente.

En el centro de salud hay dos modalidades para la asignación de citas. En la primera se reparten fichas en la mañana y se van atendiendo los pacientes de acuerdo con el orden en el que reciben el “pase”; en la otra, las personas son atendidas en el orden en el que van llegando a los servicios y según la necesidad de atención. En este último caso se debe esperar a que el personal médico tenga un “espacio” dentro de su programación de citas habitual. Los servicios están disponibles desde las siete de la mañana hasta las tres de la tarde. Las consultas duran aproximadamente 15 minutos (20 como máximo), los médicos tienen al lado de su escritorio un cuadro en donde se indica la hora de inicio y de finalización de la consulta. En promedio, cada médico atiende 30 consultas por día. Teniendo en cuenta que el Centro funciona cinco días a la semana (lunes a viernes), esto representa un total de 150 consultas por médico a la semana. La historia médica de los pacientes reposa en el archivo, desde donde se controla la distribución de las citas y en donde se entrega a los médicos el expediente correspondiente a cada paciente; esto se hace unos cuantos minutos previos al ingreso del mismo.

Algunas enfermeras apoyan a los médicos dentro del consultorio, pero éstas son pocas y, además, deben rotar continuamente entre los distintos consultorios, lo que significa que no están permanentemente en un mismo lugar. Estas enfermeras se dedican al área preventiva y de vacunación, principalmente. A veces, los médicos cuentan con la compañía de médicos pasantes, los cuales, además de observar los procedimientos, en algunos casos también intervienen en la atención (si es solicitado por el médico titular). Tanto los pasantes como las enfermeras van llamando a los pacientes correspondientes para que ingresen al consultorio. Ocasionalmente también lo hacen los médicos.

A nivel general, el centro de salud es un lugar pequeño que cuenta con dos plantas. En el primer nivel se encuentran varios consultorios, la recepción, oficinas administrativas, el archivo, la farmacia, el punto de vacunación, el módulo de prevención, un consultorio donde está ubicado un mastógrafo, la oficina de la educadora comunitaria, un auditorio y una modesta sala de espera, que casi siempre permanece llena. En la segunda planta hay más consultorios y otras oficinas que pertenecen a la administración. En cuanto al lugar donde se encuentra el mastógrafo, éste debe permanecer en temperatura estable y por ello cuenta con aire acondicionado. Este lugar también es limitado y tiene un computador, el lector de la imagen y el propio mastógrafo. Hay una cortina que divide el espacio en dos y allí las mujeres pueden cambiarse y ponerse la bata médica que se les entrega en el mismo lugar. En

su interior, los consultorios son muy reducidos y precarios, están dotados cada uno con escritorio, lavabo y una camilla que está detrás de una cortina. Están equipadas con una báscula pesa-bebés. Las básculas para adultos están fuera de los consultorios, así como los materiales de atención de urgencias menores (gasa, algodón, tijeras, alcohol, entre otros). Los médicos cuentan con un estetoscopio.

La sala de espera siempre está saturada y allí se observa gran cantidad de mujeres, la mayoría jóvenes que están embarazadas o que acuden con sus hijos pequeños. Otro tipo de público muy frecuente son los adultos mayores, ya que en el Centro se lleva a cabo un programa de prevención de la diabetes y de enfermedades cerebrovasculares. En los días de visita se notó que alrededor de 80% de la población que se encontraba en la sala de espera eran mujeres o niños menores de cinco años de edad. En las paredes se exhiben carteles sobre diferentes actividades preventivas y llama la atención que en muchos puntos existe información sobre la *Red de Mastógrafos del Distrito Federal* y sobre la importancia de la mamografía, así como la edad de inicio de la prueba de tamizaje (40 años de edad o más).

### **V.1.2 Servicio de salud de Iztapalapa**

El centro de salud de esta delegación abre sus puertas a las siete de la mañana, momento en el que se comienza a repartir las fichas para la atención médica (la gente comienza a hacer fila desde las tres a.m. aproximadamente). En este centro laboran 12 médicos (6 varones y 6 mujeres), todos generales. El horario de atención es de 8 a.m. a las 4 p.m., de lunes a viernes. Once de los médicos atienden consultas regulares en el horario mencionado y uno de ellos permanece desde las 4 p.m. hasta las 8 p.m. El tiempo de consulta es entre 15 y 20 minutos por persona. Este lugar cuenta con oficinas de detección, asesoría y consejería en ITS, con área de concentración en VIH/SIDA. También tiene un módulo de vacunación, mastógrafo, farmacia, rayos X y laboratorio.

La mayor demanda de atención es por infecciones respiratorias, especialmente en niños menores de cinco años de edad, y, al igual que en Tlalpan, la mayoría de usuarias son mujeres, jóvenes, embarazadas y madres. En el mes previo a las entrevistas se registraron un total de 3 811 consultas, de las cuales 2 867 (75.2%) eran de mujeres. El centro de salud cuenta con dos pisos, relativamente amplios. En la parte de abajo funcionan la dirección, administración, algunos consultorios y una sala de espera. En este mismo piso se encuentra el archivo, la farmacia y el laboratorio. Arriba, hay otra zona de espera y más consultorios, además del mastógrafo. Los consultorios son grandes, aunque precarios y la dotación es muy

parecida a la disponible en Tlalpan. No se encontraron médicos pasantes en compañía de los médicos y sí se notó el apoyo permanente de enfermeras y trabajadores sociales a la hora de realizarse las consultas. Había carteles informativos donde se explicaban los requisitos previos para la prueba mamográfica, los beneficios y la preparación anticipada de las mujeres para llevar a cabo el examen y otros datos (Figuras V.1 y V.2).

Figura V.1 Cartel informativo sobre autoexploración mamaria en el centro de salud de Iztapalapa, 2010



Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

Figura V.2 Cartel informativo sobre los requisitos previos a mamografía en centro de salud de Iztapalapa, 2010



Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

Otros registros fotográficos pueden verse en el anexo 7.

## V.2 CÁNCER DE MAMA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

Para poder hablar de los servicios de salud para CaMa es primordial situar al médico en el ámbito donde desempeña su labor profesional y establecer la importancia que éste le otorga al tema. Una lectura general que se desprende de las entrevistas realizadas es que, en la gran mayoría de los casos, los médicos no se sienten responsables directos de la atención del CaMa; aunque prevalece la idea de emprender acciones de promoción y prevención al respecto, de alguna manera se considera que estas tareas deben delegarse a las enfermeras, trabajadoras sociales y médicos pasantes. Los médicos creen que su trabajo debe enfocarse a la *curación* de otros padecimientos que resultan de mayor peso ente los usuarios. La *prevención* es asumida como una función secundaria y de menor relevancia, hecho que no

solo se refleja para el CaMa, sino que se extiende a otras enfermedades. En general se observó que existe un profundo desconocimiento de los proveedores sobre los procedimientos de CaMa, aunque hay que señalar que existieron casos donde los profesionales médicos se vieron más interesados y con conocimientos sólidos sobre el tema en cuestión.

### **V.2.1 Cáncer de mama y competencia con otras demandas/ofertas de atención a la salud**

La mayoría de consultas que reciben a diario los médicos visitados están asociadas con afecciones y acciones preventivas hacia los infantes. Respecto a la atención a la mujer, en la gran mayoría de las veces, las solicitudes tienen que ver con embarazos y PF. Los médicos declararon que las mujeres no acuden por atención a CaMa en primera instancia, y puesto que en algunos casos los tiempos de consulta son limitados, no se recomienda a las mujeres ninguna medida frente a esto. Otros en cambio (principalmente mujeres médicas), expresaron dar un servicio integral y hacer recomendaciones para detección de alguna anomalía mamaria, aunque admitieron las dificultades para lograr estos propósitos:

“Ahora le llaman acciones integradas..., pero nosotros no las llevamos a cabo así...imagínesse llevar a cabo en 20 minutos una consulta ideal...¡pues difícilísimo!, sin embargo trata de hacerse, lo que es el saludo, la explicación del padecimiento actual, la exploración física, luego resolverles las dudas, explicarles por qué, para qué, cómo...eso nos quita tiempo para estar revisando. Entonces, hacerlo en 20 minutos, ¿cómo les explico?, pues ya me es muy difícil ofrecerles [atención a la salud integral]...” (T4M–MF:1–2).

Además del tiempo de consulta, existen otras patologías que también contribuyen a desbordar los servicios de salud, son ellas: diabetes y enfermedades cerebrovasculares, prevalentes básicamente entre la población adulta mayor. Esto hace que el CaMa sea una enfermedad en la que poco se enfatiza o en la que se emprendan acciones de prevención. Un aspecto a destacar es que aunque muchos médicos son conscientes de que el primer nivel de atención en salud está diseñado para *prevenir*, ésta parece ser una realidad lejana, ya que varios reconocen que la curación es lo que impera en la práctica médica y, por otra parte, los pacientes acuden a los servicios de salud ante inminentes señales y signos de deterioro de la salud. Tal como se discutirá más adelante, el hecho de que las mujeres sientan dolor, que se toquen alguna “bolita” o que tengan alguna “mancha” en las mamas es un indicio claro de CaMa, y básicamente en estos casos la inspección es “inmediata”.

El CaMa se subvalora dentro de estos servicios de salud, considerándose este padecimiento de menor impacto que otras enfermedades. Las consultas por CaMa, así como en otros servicios, se ven seriamente reducidas dada la cantidad de papelería que los médicos deben llenar (historias clínicas, remisiones y otra documentación), lo cual resta tiempo que podría ser dedicado al paciente, repercutiendo en la calidad, calidez y comunicación:

“Para tener *calidez* y *calidad* pues igual tendríamos que estar un poco menos estresados y le digo de todas maneras, le puedo asegurar que lo intentamos pero la realidad es que es a costa, yo les digo, ahí sí, de la misma personas, entonces ¿Qué va a pasar ahí?, pues no vamos a hablar tanto y entonces dejamos de tener interés y...pues realmente es una situación personal que imagínese, vivimos en este mundo que se torna complicado.” (T4M–MF:6).

Algunos de los médicos se quedan un periodo después de concluidas las excesivas jornadas laborales porque no alcanzan a hacer los trámites administrativos respectivos en los 15 minutos o un poco más que duran las citas.

### **V.2.2 Atención del cáncer de mama: acciones difusas y desarticuladas**

Los médicos del primer nivel de atención manifestaron que para ellos era prioritario cumplir con las metas institucionales en diversas materias y especialmente en lo que tiene que ver con la *calidad* de los servicios de salud prestados, medidos en tiempo de espera, tiempo de consulta, trato médico, entre otros. A través de estas variables, diversas instancias, como la SS y los centros de salud, determinan si un servicio es bueno o no. Además, se tiene establecido el cumplimiento de ciertas coberturas en vacunación, PF, consultas médicas por día, entre otras.

Fue recurrente encontrar que se utilizara el examen de papanicolaou como recurso útil de vinculación con los servicios de CaMa. Por su parte, la forma y tipo de recomendaciones sobre la detección del CaMa varía de un médico a otro. Es difícil establecer una ruta o protocolo común para definir los servicios que son ofrecidos. De este modo, el criterio del médico sobre lo que es importante y para quién lo es, parece ser la regla que guía este servicio.

### V.2.3 Papanicolaou como puerta de entrada a los servicios de cáncer de mama

La gran mayoría de médicos entrevistados utilizan los servicios de atención del CaCu, y concretamente la prueba de papanicolaou, para abordar a las pacientes sobre el CaMa. Esta estrategia resulta ser la más frecuente, teniendo mayor aceptación entre las mujeres, de acuerdo con la percepción de los médicos. En el momento en que se pide un servicio citológico, las mujeres son remitidas a realizarse pruebas diagnósticas de CaMa, ya sea AEM, ECM, ultrasonido o mamografía. Así lo relató uno de los participantes:

“...podríamos considerar que está mucho más elevada la prevención por cáncer cérvico-uterino que de mama, vienen más personas a hacerse el papanicolaou por conciencia...porque de alguna manera lo consideran que es necesario; aquí se lleva ya los programas en donde las personas que en algún momento dado se hacen el *papanicolaou* hay que hacer el de mama...se llenan dos formas y se hacen dos sesiones al mismo tiempo” (T8V–MF:6).

Persiste la idea acerca de que las mujeres no son conscientes de la relevancia y necesidad de la detección y, por lo tanto, los médicos se ven “obligados” a hacer las recomendaciones respectivas. Una manera de lograr metas institucionales de atención en CaMa es captando la población que demanda un servicio específico para posteriormente ser canalizado a la mamografía y/o ultrasonido. Esto opera al interior de los centros, como se expuso en alguno de los casos: “...es requisito, si nosotros hacemos *papanicolaou* hacemos la detección del cáncer de mama conjuntamente, siempre” (T2M–MG:3).

Una explicación clara al hecho que las mujeres no busquen servicios para CaMa es que son ellas quienes *desconocen* la enfermedad, sus causas, implicaciones y consecuencias. De cierta manera esto concuerda con la información aportada por las mujeres de Tlalpan e Iztapalapa (Capítulo III) quienes dijeron no llevar a cabo prácticas de detección por no contar con la información suficiente sobre la patología o porque no sabían cómo hacerlo (27%), sin embargo, también se notó que una pequeña proporción de las mujeres no se hacían pruebas como la mamografía, puesto que el médico no se los solicitaba (4.5%).

Con el análisis cuantitativo que ocupó el capítulo IV de esta tesis se evidenció que la desinformación no solo proviene de las mujeres, y que la atención del CaMa es un asunto que los médicos hacen sobre la marcha. Así se encontró una gran diversidad de formas y recomendaciones para la detección y atención integral del CaMa, tal como se muestra a continuación.

#### **V.2.4 Técnicas de detección recomendadas por los médicos**

En la NOM 041–SS2–2011 se establece como únicos métodos de detección del CaMa la AEM, el ECM o la mamografía. En caso de requerirse, se sugiere la realización del ultrasonido bajo los siguientes criterios previstos en la Norma:

- Mujer menor de 35 años de edad con sintomatología mamaria
- Mama densa
- Caracterización de un nódulo
- Densidad asimétrica
- Implantes mamarios
- Mastitis o abscesos
- Embarazo con sintomatología mamaria
- Guía de procedimientos intervencionistas
- Tumor quístico o sólido

Por el contrario, no se recomienda en:

- Prueba de detección del cáncer mamario
- Mama grasa
- Micro calcificaciones

Partiendo de este punto se pudo constatar que los médicos entrevistados acuden a diversas maneras de atención del CaMa, siendo su propio criterio de evaluación el que más peso tiene a la hora de ofrecer recomendaciones a las pacientes. Llama la atención que muchos de los entrevistados sugirieran el ultrasonido en primera instancia, por encima de las otras técnicas de detección y a mujeres por encima de los 35 años de edad. En los centros visitados no se cuenta con protocolos de atención de CaMa, salvo en las redes de mastógrafos del Distrito Federal, en donde se especifica cómo tomar una imagen mamográfica.

La AEM aparece como una opción de relevancia entre el personal médico entrevistado aunque pocas veces se refirió la manera de enseñar a las mujeres sobre esta técnica. Si bien se reconoció la utilidad de este método se adujeron múltiples dificultades para informar a las mujeres sobre cómo autoexplorar sus mamas, entre las que se encontraron la falta de personal femenino (enfermeras o familiares de la paciente) a la hora de la explicación, barreras de

orden moral y cultural por parte de las mujeres, falta de tiempo o inexperiencia de los proveedores de salud. Entre los informantes hubo comentarios que sugerían la AEM a las mujeres desde temprana edad, aunque éstas no tuvieran factores de riesgo para padecer CaMa:

“Desde que una mujer empieza la adolescencia, ya desde esa edad tenemos que empezar a enseñarles que se tiene que hacer su revisión mamaria...la *autoexploración* es para todas las mujeres, independientemente de la edad, tenga o no tenga factores de riesgo” (I1V–MG:2).

Pero no siempre esto se hace de este modo, como lo explicó uno de los médicos: “...no existe una situación de compromiso por parte de las instituciones por hacer entender algo tan sencillo, algo tan básico para la salud...” (T8V–MF:2), como lo es la prevención de la enfermedad. Esta falta de compromiso no se trasluce únicamente con la técnica mencionada, este hecho fue repetido para las demás formas de detección y en general con la cadena de atención del CaMa.

Las razones que esgrimen los médicos para no poner en marcha el ECM se asemejan a las ya expuestas, aunque también aparece el miedo al rechazo o al cuestionamiento de las pacientes por emprender acciones de exploración en consulta:

“...desgraciadamente no tenemos una cultura preventiva aquí en México y eso es una situación de inicio que no todas aceptan. Por otro lado el sexo, yo como hombre, tú como mujer...no pues a lo mejor me quiere ver el doctor, a lo mejor me quiere tocar, puros a lo mejor, pero finalmente uno es profesional y tiene que actuar como tal” (I5M–MG:4).

La reflexión acerca de lo que piensan las mujeres sobre el ECM se matiza con el argumento de los galenos de trabajar en pro de la salud bajo una mirada meramente técnico–científica. Sin embargo, otros profesionales dejaron ver que esto no siempre es así: “...hay personas que distinguimos, tú eres joven y guapa y a ti te voy a dar el servicio mejor...” (T1V–MG:2). Aunque este testimonio se refirió en tercera persona, permite corroborar que en la práctica médica existen diversos factores y características, tanto de los profesionales como de la población, que delimitan la forma en la que se ofrece la atención. De este modo, algunos consideraron que para lograr una mayor cooperación de las usuarias se debe acudir a la presencia de personal femenino a la hora de practicar el ECM:

“...ha sido un proyecto difícil porque se presta mucho a que el doctor me palpó más o inclusive las mismas pacientes del pudor hacen que no vengan también. Pero si una *enfermera* está a un lado entonces es una ventaja...y tú puedes como médico hacer la revisión” (I3M-TR:4).

La mamografía, por su parte, es una técnica con alta valoración para los médicos y de menores “inconvenientes” para ellos, ya que las mujeres son remitidas a otros servicios para la toma de la imagen mamaria. Pese a esto, se encontró una baja cantidad de médicos que notificaron recomendar mamografías, previo al ultrasonido. Esta última prueba estuvo continuamente en los discursos de los médicos y parecía tener gran aceptación entre los mismos. Hay que recordar que el ultrasonido es un servicio que se presta en el segundo nivel de atención y, en otras ocasiones, las mujeres pueden acudir a servicios privados que por bajo costo hacen la prueba, sin que esto represente siempre una toma adecuada y de calidad.

Los profesionales tienen presente los factores de riesgo y las características que deben tener las mujeres para ser objeto de una mamografía. Algunas de ellas son remitidas a los mismos centros de salud donde hay mastógrafos, pero esto implica el llenado de un formato especial (Anexo 9), sin el cual las mujeres no pueden asistir a hacerse el examen. Para algunos de ellos esto representa más carga de trabajo y, por lo tanto, desmotiva la recomendación de esta técnica. El ultrasonido no se oferta en ninguno de los dos centros visitados y los médicos no refieren criterios específicos para enviar a las mujeres, más que el tener una sospecha de CaMa. Determinados médicos prescriben el ultrasonido ya que los resultados mamográficos suelen ser más demorados, sin embargo, esto implica que las mujeres paguen este servicio de sus propios bolsillos y, en otras ocasiones, que desistan de la atención del CaMa. Los profesionales manifestaron inconvenientes con la mamografía y en particular con la exposición de las mujeres a los rayos X, por lo cual sugiere como primer recurso diagnóstico de CaMa el ultrasonido:

“Bueno, yo en lo particular *primero el ultrasonido* porque hasta en los cursos nos han dicho que una mujer no se debe de radiar constantemente, porque si no tiene cáncer le podemos provocar cáncer por la *radiación*, entonces en una *mamografía* no nada más es una sola toma, son hasta seis tomas que le hacen con rayos, entonces el problema es ese...si yo veo a una paciente que está bien, no la voy a mandar a *radiar* en un año ¿verdad?, entonces esto depende de la edad y la sintomatología, si no tiene nada, nada más con *ultrasonido*” (T1V-MG:1).

En definitiva, los médicos analizados parecen conocer, *grosso modo*, las técnicas de identificación de nodos mamarios anómalos, no obstante, hay restricciones para efectuar este

tipo de tareas preventivas en sus consultas. Permanentemente estos profesionales se plantean ideas acerca de las posibles reacciones de las mujeres cuando el servicio prestado involucra la inspección de partes sexuadas, generando esto inseguridades para establecer una relación fluida y de confianza con las pacientes, por lo cual prefieren transferir la responsabilidad a enfermeras, médicos practicantes, trabajadoras sociales y técnicas radiólogas. A veces las usuarias rotan en los propios centros de salud y en otros momentos se envían a otros lugares. Combinar métodos parece una opción aceptable, pero no se esclarecen procedimientos articulados o secuencias predefinidas, lo que podría confundir a las mujeres sobre lo que ellas deben hacer.

Igualmente, la valoración que cada médico da a un caso en particular es variable y como lo ilustra uno de los participantes: "...todos tenemos diferentes formas de pensar y criterios..." (T1V-MG:4). Hay quienes ante las dificultades anotadas acuden a la "medicina defensiva" (T4M-MF:9), es decir a aquella en la que se hacen múltiples indicaciones sobre la detección del CaMa como una forma de evitar "riesgos de ser juzgados mal" (T4M-MF:9). Lo anterior hace que no se ofrezcan servicios pensados en cada sujeto y sus necesidades:

"...uno de pronto empieza a actuar como a ver a la gente muy *mecanizado* y a *todos igual*, ya no hacemos sentir al paciente que es *individual* y que yo escojo esta dosis o este tratamiento por esto..." (T4M-MF:10).

Otros tantos asumen que la tarea del médico se ha desvalorizado y ha habido pérdida de autoridad, en tanto el paciente adquiere conocimientos relativos de los diferentes padecimientos, comprometiendo el estatus del proveedor médico.

### **V.2.5 Signos, síntomas y factores de riesgo**

El inicio de la atención del CaMa está condicionado por los factores de riesgo de las mujeres, así como por la presencia de signos y síntomas que denotan que "algo no está bien". En múltiples estudios se ha encontrado que tanto las mujeres, como los médicos tienden a buscar y dar atención en CaMa solo cuando se identifican determinados patrones que están asociados con la patología (Unger, 2006). Este hallazgo es compatible con lo evidenciado en las zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa.

Cabe decir que la edad de las pacientes es una de las señales más contundentes para que un profesional indique o no la toma mamográfica o se emplee otra técnica de detección.

Se refirió los 40 años como la edad “ideal” para comenzar una inspección mamaria mediante mamografía:

“Mira, las edades normalmente son, más bien por *regla* es a partir de *40 años* la revisión de la mamografía...” (T5M–TR:1).

“...de inicio todas las mujeres de *40 años* o más aunque no tengan factores de riesgo, los factores de riesgo simple y sencillamente es la edad...” (I1V–MG:1).

“De los *40 años en adelante* aquí tenemos lo que se llama la mamografía, entonces con mayor razón a los *40 años de edad* detectamos mama y mandamos a mamografía al paciente...” (T2M–MG:1).

Mientras tanto se mencionó que la AEM era precisa para mujeres de cualquier edad, aunque preferiblemente se debía fomentar en jóvenes y en aquellas que ya habían iniciado su vida sexual; no hubo indicaciones consistentes en cuanto a la edad propicia para efectuar un ECM. Además, como se vio, existen ambigüedades en los años que debe tener una paciente para ser objeto de un ultrasonido. Este grupo de personal de la salud abordó vagamente la frecuencia con la que cada método de detección debe ponerse en marcha.

Otro factor que se tiene muy en cuenta es el hereditario, si en la cadena familiar existe un precedente de CaMa –u otros cánceres–, esto sirve para encender las alarmas e invitar a las mujeres a que se hagan el examen respectivo. No obstante, destaca que los médicos entrevistados establecen un vínculo directo entre el “sufrimiento” y las molestias físicas con el CaMa, así que si una mujer llega a consulta con ardor, dolor persistente, hinchazón, enrojecimiento, pezón hundido/invertido, manchas, bolitas y/o secreción, todas manifestadas en sus mamas, esto podría ser una prueba fehaciente de un diagnóstico de “malignidad”.

No siempre el inicio de la atención, cuando se dan algunas de las condiciones previas se hace por parte de los médicos visitados. Según éstos las pacientes tienden a preocuparse y a demandar los servicios al experimentarlas. Se recalca que el tener sospechas no es garantía para que el control y el tratamiento se efectúen en el momento más apropiado. Una de las radiólogas recordó a una mujer de 30 años de edad, que tenía riesgos hereditarios (su madre de 55 años fue diagnosticada con CaMa) y ya tenía dolor en sus senos (por lo cual contaba con información sobre la enfermedad) y aun así, no acudió oportunamente a los servicios de salud:

“Viene [la paciente] con una masa palpable dura como una piedra, inmediatamente pensé: ‘si duele es porque ya se hizo hematoma, ya se hizo mastitis, inflamación de la mama, ya está lesionada entonces’, le realizo la mamografía y efectivamente fue un cáncer de mama” (I3M–TR:5–6).

### V.2.6 El miedo y la amenaza

Son varios los recursos que los médicos emplean para que las mujeres participen de los servicios de atención al CaMa, entre los que están la remisión directa a mamografías y ultrasonidos y las intervenciones “oportunistas”. Cuando las usuarias acuden a consulta por una causa específica se recomienda la inspección de las mamas, se les enseña sobre la autoexploración y se les invita a emprender diversas medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

De manera incidente surgen en los relatos de los médicos algunas estrategias menos ortodoxas para ofrecer servicios de salud para el CaMa, entre las que están el generar miedo sobre el desenlace de la enfermedad y sus consecuencias para la vida. Los significados adjudicados al CaMa son de dolor, sufrimiento, destrucción y pérdida. Pérdida de un seno (o amputación), pérdida del trabajo, pérdida de la vida, destrucción de los vínculos familiares y soledad, entre otros. Solo para ejemplificar:

“...siempre les recomendamos ‘hay que autoexplorarse porque el cáncer de mama es *causa de muerte* frecuente en la mujer’...” (T6M–MF:2).

“...si tu convences a tu paciente que esto es primordial y que *está en peligro la vida* de ella pues lógico tiene que ir ahí [a hacerse la mamografía]...” (T1V–MG:2).

Que las mujeres no estén saludables significa que éstas no podrán asumir las exigencias de su vida cotidiana y, por lo tanto, no estarán facultadas para ocuparse de las labores domésticas, ya que muchas de las pacientes son amas de casa. Los médicos asocian el CaMa con largos periodos de inhabilidad (por los tratamientos y controles médicos), con reposo y abandono de las actividades diarias. No solo es una enfermedad de ellas, sino que eventualmente ésta trastocaría a toda la familia, a los hijos, y al el esposo, pues las mujeres están encargadas de servir y de cuidar en el hogar. Es así como se encontró que determinada médica tuviera

adherida, en la parte posterior de la puerta de su consultorio, la siguiente imagen<sup>52</sup> (Figura V.3) que ilustra el mensaje de fatalidad del CaMa:

Figura V.3 Póster sobre cáncer de mama en uno de los consultorios médicos



Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

Al respecto, esta misma persona sostuvo que las pacientes sienten angustia cuando ven este tipo de información provocando, ante el temor, que ellas “accedan” a dejarse revisar las mamas. Esto es válido entre los profesionales, en el sentido de que se logra el “objetivo”, es decir, que sirve como impulso para que las pacientes emprendan acciones puntuales frente al CaMa. Evidentemente en este trabajo esto no pudo ser comprobado con las usuarias, sin embargo, es de esperarse que estilos de atención como los descritos repercutan desfavorablemente en las mujeres y acrecienten su ansiedad y esto, en lugar de incentivar el uso mamográfico, podría tener efectos contrarios.

---

<sup>52</sup> Este póster fue distribuido en administraciones de gobierno pasadas, pero aún seguía utilizándose en este centro de salud.

## V.2.7 El retraso en la atención del cáncer de mama

La búsqueda de la atención del CaMa es un proceso complejo, el cual pasa por el reconocimiento y re-significación de la enfermedad. Cuando las mujeres creen padecer CaMa acuden a diversas instancias, personas y modos de atención o en el peor de los casos, prefieren “ignorar” o “negar” su condición. Los patrones de búsqueda de apoyo, varían según la persona, el contexto, la disponibilidad, el acceso y las características de los sistemas de salud (Unger, 2006). El inicio de una carrera de ayuda puede partir de la necesidad y preocupación propia de las pacientes, de sus familiares o amigos, o por indicaciones de los profesionales médicos. Inherente a los proveedores, el retraso se subdivide en: 1) *retraso en el diagnóstico* (tiempo entre el primer examen anormal y el diagnóstico patológico), y 2) *retraso en el tratamiento* (tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento) (Unger, 2006). El retraso en el primer nivel de atención se asocia con el primer punto, ya que como se ha dicho, son los médicos de este nivel quienes deben velar porque las mujeres se practiquen su mamografía o sean remitidas a servicios especializados para una inspección más integral. También son los encargados de enseñar la AEM y practicar el ECM.

El comentario más presente en los médicos fue que ellos no ofrecían los servicios por la falta de tiempo, además de que las pacientes no sienten interés por la práctica mamográfica, tal como contó una entrevistada:

“Cuesta trabajo hacer conciencia a la paciente, que regrese, que venga a la consulta y que se lo van a hacer gratis [el examen mamográfico], entonces como que no, es como un poco difícil, muchas pacientes no vienen a la detección del cáncer de mama porque tienen otra cosa y les dices [que se hagan la mamografía] y dicen que no, entonces son dos cosas: nosotros [los médicos] nos escudamos con el hecho de que no tenemos tiempo para llenar el formato para la cita a la paciente y la paciente dice que no quiere ” (I5M-MG:2).

Se tiende a pensar que las mujeres relegan el autocuidado de la salud y, que debido a que ellas no quieren dedicar tiempo y esfuerzos, no se inicia un proceso de diagnóstico, aún sabiendo que los servicios son gratuitos, así lo dice una de las médicas: “...el problema aquí es que *la paciente* no quiere invertir mucho...” (T4M-MF:3). Lo común es “culpabilizar” a las mujeres por no acudir a los servicios, por no demandar la atención, por no ir “preparada”.

Un repaso más minucioso de los relatos facilita el entendimiento de diversos fenómenos que se traslapan en los servicios de salud y que hacen que se retrase o se postergue la atención de las mujeres por CaMa. Por ejemplo, cuando las usuarias acceden a la

detección, se encuentra que muchas de ellas vienen acompañadas con los hijos, la mayoría de ellos pequeños, lo que impide que las mismas puedan ser inspeccionadas adecuadamente. Cuando esto ocurre los médicos solicitan reprogramar las citas y se les pide a las pacientes que en la próxima vista no se venga con el infante, lo que resulta casi imposible para estas mujeres quienes son las encargadas del cuidado de la familia. Dado que no hay personal de soporte intraconsulta, los menores no pueden ser supervisados por otras personas mientras se realiza la revisión clínica. Por ende, las mujeres no regresan.

“Aquí un alto porcentaje de la consulta es básicamente mujeres, mujeres y niños. La mayoría de las mujeres son mujeres en etapa reproductiva, en ocasiones vienen únicamente a traer a consulta su niño por cualquier padecimiento y muchas veces ahí aprovechamos para el examen de mama...ahora, dependiendo de su edad también le preguntamos si ya se realizó la mamografía o si ella se realiza la técnica de autoexploración mamaria; esto se hace para que venga de forma programada, tener un tiempo para dedicárselo a ella específicamente y porque también si viene con el bebé y dependiendo de su edad, pero ahí chiquitos que están espantados y lloran...en fin...entonces, para que dejen a su bebé con la abuelita en casa o con quien ellas acostumbran en general. Yo las cito en un mes para revisión, ¿qué pasa?, la mayoría no vuelve...y la mayoría argumenta muchas cosas, que no tiene tiempo, que porque los niños, entonces no vienen...” (T6M–MF:1).

La cita mamográfica se obtiene automáticamente, después de emitirse una orden por parte de un médico general o de familia. La consulta es gratuita, sin embargo, la toma de la imagen mamaria requiere de cierta preparación física de las mujeres: éstas deben ir con su área axilar limpia y debidamente depilada, sin aplicación de desodorantes ni otros productos. Esto implica que las mujeres regresen a sus casas para cumplir con los requerimientos previamente citados, lo que a su vez supone gastos adicionales en transporte y tiempo mientras se desplazan nuevamente a los centros de salud. Algunas mujeres prefieren hacerse la mamografía sin previa indicación médica, lo cual no es permitido:

“Tiene que ser el médico el que llena el cuestionario y la solicitud de revisiones, entonces yo creo que también eso nos atora, porque la paciente también, es decir, ´me lo quiero hacer` pero y si no se hace en el momento como demandante entonces cuando se mandan al médico ya no van el médico, como que lo van dejando y ´si no me la hacen en el momento pues no me lo voy a hacer`...yo creo que esta población si es muy demandante porque lo quieren todo en el momento” (T5M–TR:5).

Determinadas pacientes llegan como última instancia a los servicios públicos de salud, después de haber recorrido por otras instituciones médicas (públicas y privadas) y luego de ejercer otras prácticas menos convencionales de cuidado a la salud. Es tradicional que en estas zonas de alta marginalidad las mujeres acudan donde terceros que no cuentan con formación en medicina, agravando más las circunstancias:

“Toda la gente que viene aquí no es un *enfermo virgen*, se podría decir que ya vienen *multitratados*, entonces eso es otro problema, ¿Por qué?, Porque ya vienen, que ya fueron al brujo, al curandero, fueron ya que le hicieran una limpia o ya fueron donde el quiropráctico a lo mejor, y en vez de aliviarlo ya le fregaron más aún...” (T1V–MG:8).

Las valoraciones médicas frente a un mismo cuadro epidemiológico a veces son contrarias, dejando a las mujeres con poco margen de acción. Cuando finalmente se toma una decisión sobre cuál es el mejor procedimiento o indicación, las pacientes han esperado un tiempo considerable y valioso para una detección oportuna de una eventual irregularidad en las mamas. A esto se suma que los tiempos de entrega de resultados mamográficos pueden tardar hasta dos meses o más:

“Bueno, se canaliza [la paciente] al servicios de mamografía y una vez allí la señorita le anota su cita y le dice en qué condiciones tiene que venir y se realiza la mamografía y más o menos en dos, máximo tres meses está su resultado...” (T1V–MG:4).

Además, algunas de las usuarias tienden a informar erróneamente los datos de identificación y ubicación (nombre, teléfono, dirección), elementos clave para agilizar una búsqueda de pacientes con diagnóstico positivo de CaMa:

“Hay muchos datos erróneos que se dan, entonces tú veías si te daban un número de teléfono y resulta que el teléfono no existe y hablas y hablas, no existe el número, no contesta, es un porcentaje de un 15%, entonces ¿por qué dan los datos erróneos, ¿por qué los dan mal?...” (I1V–MG:2).

La tardanza en la lectura y entrega de las mamografías se asume como algo “normal”, ya que los médicos consideran que el diagnóstico de cáncer no puede empeorar si se espera un periodo más por los resultados. Parte del retraso en la atención médica por CaMa está asociado con las características sociales, demográficas, económicas y culturales de las mujeres, pero la atención no depende siempre de ellas. Como se pudo comprobar con los

proveedores médicos, muchas de estas demoras devienen de la organización institucional que es rígida en sus requisitos, además de que no se consideran las verdaderas necesidades y limitantes de las mujeres para que puedan acelerar su pesquisa. Los médicos también hacen parte de este retraso al no sugerir oportunamente la aplicación de las técnicas de detección o por aplazar esta tarea hasta que ya presenta algún rasgo inminente de deterioro de la salud.

Las percepciones que los médicos se forman alrededor de las pacientes que atienden, y las mismas cargas sociales que los profesionales traen a cuesta, son condiciones presentes permanentemente en el espacio de la salud, lo cual se traduce en retrasos para la atención y, en el peor de los casos, en la *omisión* de los servicios.

### **V.2.8 ¿Médica o médico?**

En el capítulo IV de esta tesis se planteó que las médicas tienden a dar consultas más duraderas que los médicos y que en general se percibía que las mujeres tenían más confianza para preguntar e intercambiar información en salud con las médicas. Igualmente, en las entrevistas este fue un tema que sobresalió constantemente. Tanto médicos como médicas afirman que el sexo del proveedor es clave a la hora de ofrecer servicios de atención de CaMa. Los hombres consideraron esto una barrera para poder llegar a las pacientes, mientras que las médicas advierten estas mismas restricciones:

“...existe esa pena de que es un hombre y de que ´como voy a ir a que me explore un hombre`, ¿no?...cuando yo estuve en esa área [preventiva], las mujeres cuando venían [a preguntar] ¿Qué es? ¿Médica o médico?, entonces les decías ´médica`, ahí corrían, si es hombre les cuesta trabajo” (I5M–MG:2).

“Que no quieren, que les da vergüenza, que les da pena, que soy hombre, bueno a lo mejor no me dicen eso, que soy hombre, pero al decirte que da pena, pues te están diciendo que eres hombre ¿no?. Porque luego le pregunto a mis compañeras ´bueno, ¿tú cómo ves a tus pacientes?`, ´no pues un poquito más sencillo`, simple y sencillamente por el hecho de ser mujer” (I1V –MG:2–3).

Se mencionó que las usuarias de servicios de salud expresan a los proveedores la incomodidad que les genera ser vistas por médicos varones:

“Mucha gente me busca por eso [por ser mujer], ´doctora es que yo tenía más confianza con usted y es que con doctor pues como que no`...” (I5M–MG:4).

La exposición de los órganos genitales o sexuales de los pacientes es una preocupación que también está presente entre el personal clínico. A los médicos se les dificulta atender a las mujeres y a las médicas atender varones, así lo explicita una de las informantes:

“Sí es diferente, lo aceptan mejor [la atención del cáncer de mama] y al contrario, yo mujer con el hombre varón que viene a consulta, a ellos les es muy difícil...” (T6M–MF:3).

Aunque esto fue admitido abiertamente por la gran mayoría de participantes, también hubo declaraciones ambiguas de un grupo relativamente menor de médicos quienes adujeron que no era relevante el sexo, ni del médico ni del usuario de servicios de salud, en la interacción entre los mismos, puesto que de por medio opera, ante todo, el código de ética profesional. Pero una exploración más a fondo permitió ver que para la atención del CaMa el hecho de que el profesional sea varón, es una barrera para una valoración más fluida, incluso, es frecuente que los médicos varones soliciten a sus colegas mujeres apoyo:

“...he recibido solicitudes de cooperación de mis compañeros hombres, me dicen `mira, tengo un paciente con estas características, tengo que explorar genitales y le da pena´, entonces me han pedido ayuda...” (T6M–MF:3).

Otros, en cambio, para evitar estas circunstancias optan por sugerir a las mujeres que acudan directamente con las médicas:

“Yo le digo a las pacientes que en este centro hay doctoras, si ellas se quieren hacer el papanicolaou o la exploración mamaria con alguna de ellas, se lo pueden hacer, no hay ningún problema...” (T1V–MG:3).

Una solución planteada, en la que varios coinciden, estaría en contar con enfermeras de manera permanente durante la consulta:

“Yo no le daba tanta importancia a que fueras hombre o mujer y vaya, seguramente la debe tener pero se lo quitaba en cuanto a que teníamos una enfermera dentro [del consultorio]...yo le puedo asegurar que un argumento es que mis compañeros varones, no lo hacen [la exploración clínica de mamas] porque no cuentan con la presencia de la enfermera y tal vez sería lo lógico...” (T4M–MF:8).

Estos fragmentos confirman y explican los hallazgos previamente hechos en los otros apartados de la tesis. El sexo del médico es un factor de importante peso en la vigilancia del

CaMa. Este servicio, junto con el de CaCu, requiere de un trato respetuoso en el que se garantice la intimidad de las mujeres y en donde se procure una relación de total confianza. Las instituciones de salud, deben por lo tanto, contar con protocolos de atención, los cuales deben ceñirse a lo estipulado en la Norma. Sobre esto, la NOM 041–SS2–2011 puntualiza la presencia de enfermeras o familiares de las mujeres en el momento de la exploración mamaria.

### **V.2.9 Responsabilidad transferida: médicos practicantes, enfermeras y trabajadores sociales**

Los servicios de salud para el CaMa, a pesar de requerir de acciones conjuntas y complementarias entre diversos profesionales médico–sociales, deben prestarse en el primer nivel de atención principalmente por médicos, y en algunas ocasiones, por enfermeras. Dicha responsabilidad no es asumida de manera tácita por los médicos; en su lugar, las tareas de prevención, de información y de detección en el CaMa se relegan a terceros, algunas veces a enfermeras y en otras a médicos practicantes o trabajadoras sociales. Pocas veces se reconoce la falta de adiestramiento del personal de salud de apoyo en los temas concernientes a la detección del CaMa, simplemente se asume que esta es una tarea “sencilla” que puede ser manejada por trabajadores que cuentan con menor capacitación o experiencia sobre el aspecto tratado. Los médicos practicantes que fueron consultados consideraron que su formación en CaMa es “básica” y la preparación que tienen es por lo regular sobre medidas preventivas. Las enfermeras, como ya se ha dicho, son escasas y tienen asignadas múltiples tareas dentro de los servicios de salud. Las trabajadoras sociales están destinadas a ejercer funciones por fuera de los consultorios y cuando no hay visitas programadas hacen tareas asistenciales al interior de los centros. Esta situación es explicada por un interlocutor:

“Tenemos deficiencia de personal, tenemos mucho, a veces, a una enfermera. Simplemente ahora la señorita que tendría que estar conmigo, está atendiendo a dos consultorios, pero otras veces a tres consultorios. La trabajadora social que vino hace ratito, que me está haciendo el favor de hacer la visita, a veces está atendiendo dos o tres módulos” (IIV–MG:9).

Los médicos pasantes son capital humano en formación que contribuye a aliviar el volumen de trabajo de médicos titulares pero, a su vez, se tiene presente que es mano de obra en permanente rotación. Ellos están allí para aprender y, por lo tanto, son objeto de constantes presiones que se imponen en la jerarquía de la profesión a la que están adscritos.

## V.2.10 Sistemas de referencia y contrarreferencia

El sistema de referencia y contrarreferencia<sup>53</sup> para CaMa implica la remisión de las pacientes a nivel interno y también a otros centros de salud de mayor complejidad, según sea el caso. En las unidades de salud, las mujeres que requieren de mamografías pueden ser canalizadas directamente a los servicios de la *Red de Mastógrafos*, para lo cual el médico llena un formato de remisión de la paciente (Anexo 9); también es posible que la mujer acuda a otros servicios disponibles de manera gratuita, como el ofrecido en las *unidades móviles* (Figura V.4).<sup>54</sup> Cuando la resolución de la demanda de salud es más compleja se envían a las pacientes a otras instituciones de salud de segundo o tercer nivel de atención.

Tanto en lo observado como en lo expresado por los médicos y radiólogas se evidenció que el actual esquema de salud se destaca por una desvinculación entre los diversos niveles de atención y los centros hospitalarios altamente especializados. El conducto regular del proceso se ve irrumpido por la fragmentación de los procesos y no existe continuidad entre el primer nivel de atención y la atención especializada y subespecializada. Tampoco se ve claridad en el trámite de remisión intraconsulta y poco se conoce sobre los distintos programas de salud a nivel distrital para el CaMa.

---

<sup>53</sup> Es el conjunto de normas, procedimientos e instituciones que permiten el traslado de pacientes, muestras, diagnósticos y otros, entre prestadores de servicios de salud.

<sup>54</sup> Son vehículos acondicionados con equipos y personal para la toma de mamografías. Estas unidades se instalan a lo largo de las delegaciones, en donde previamente se avisa a las mujeres para que asistan a la toma del examen de manera gratuita.

Figura V.4 Unidad móvil de detección de cáncer de mama y de cáncer cérvico-uterino



Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

En este sentido, las médicos se clasifican entre aquellos que tienen nociones (aunque no siempre correctas) sobre la referencia y la contrarreferencia para la atención del CaMa, y otros médicos que dejaron entrever que no dominan con precisión los procedimientos. El primer grupo se caracteriza por tener conocimiento sobre la existencia de la *Red de Mastógrafos*, de las *unidades móviles* y parecen estar más familiarizados con los servicios ofrecidos en consultas privadas y en la integración con otros niveles de atención (aunque esto no se traduce propiamente en que se use correctamente la remisión de las usuarias). Por el contrario, el segundo conjunto de médicos dio declaraciones imprecisas sobre estos temas y en determinados momentos se reconoció expresamente el desconocimiento de las reglas de operación en la atención de la enfermedad mamaria. Sobre lo que hacen los médicos se dijo:

“Aquí [a] los médicos nos toca hacer un seguimiento y mandarlas el día que les toca o el mes que les toca estudio, ya sea mamografía o un estudio complementario o si la tenemos que canalizar con un problema ya de cáncer pues sí nos toca a nosotros canalizarla” (I2M–MG:4).

Los lugares o centros a los que se remiten las mujeres son muy variados, se habla de enviarlas a otros hospitales, a las *unidades móviles*, dentro de las mismas instituciones o al INCAN, y aunque la población atendida es de escasos recursos económicos, se encontró a proveedores que les proponían a las mujeres acudir preferiblemente a servicios privados:

“A lo mejor en algún laboratorio particular o puede ser en algún hospital del Distrito Federal...a veces nos piden que les mandemos un ultrasonido de un laboratorio de prestigio...que ya tiene un rango entre comillas, son laboratorios buenos” (IIV–MG:2).

Se hizo alusión a que después de mandar a una mujer a realizarse pruebas de mamografía o ultrasonido, nunca más se vuelva a saber sobre su situación. Ellas no regresan y a los médicos se les dificulta localizarlas.

### **V.3 EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA**

Ser médico es un título que se gana luego de varios años de acumulación de conocimientos y de experiencias técnicas, como aquellas que forjan al carácter y estatus propios de esta profesión. Se trata de la construcción de una identidad, de una marca distintiva, única, que los diferencia de los demás. Una profesión que otorga estatus respecto a las pacientes, otras disciplinas y al resto del personal de salud (Tristán *et al.*, 2007; Castro, 2010). La apariencia del médico es algo que se cultiva y se cuida celosamente: su atuendo es blanco, se adoptan maneras de hablar, posturas particulares y tratos diferenciados (no es lo mismo el médico que la paciente, el médico que la enfermera o la trabajadora social, el médico que la médica, el médico experimentado que el principiante, el médico general que el médico especialista y así con muchas otras comparaciones).

Sin que fuera la intención principal en la investigación, los médicos compartieron sus propias experiencias acerca de las relaciones de poder y de la construcción del saber en torno al CaMa. El poder queda plasmado en distintas direcciones e intensidades, es algo a lo que están sometidos y ejercen permanentemente. El conocimiento, por su parte, se consolida en la práctica diaria y son las pacientes las que de alguna manera sirven de “experimento” en este aprendizaje. Finalmente, se encuentra que los profesionales médicos incurren en falsas creencias sobre el CaMa, mismas que son transmitidas a las pacientes.

### V.3.1 “Se aprende practicando”

Como regla general se encontró que el personal de salud tiene nulos o magros conocimientos sobre los procedimientos de atención del CaMa y, en concreto, sobre la aplicación de las distintas técnicas de detección de la enfermedad, con excepción de las técnicas radiológicas quienes tienen experiencias sólidas al respecto. En el campo de la salud, materializado en las instituciones y en la red de salud, los médicos aprenden a formar sus actitudes, comportamientos y apariencias y también se instruyen en la atención específica de determinadas patologías, en las que vagamente se les forma en la carrera universitaria. Para el CaMa, el cuerpo femenino pasa a ser el instrumento de experimentación de las diversas acciones terapéuticas. Se reconoce entonces que el camino de saber y entender qué es y cómo se trata el CaMa se hace paralelamente entre el personal de salud y las mujeres, es algo que se construye con el día a día y por medio de los casos clínicos que se van dando en consulta, la experiencia, como bien lo sintetizó un médico, “no se va a agarrar más que tocando una y otra vez...” (T7V–MI:6).

Tanto los médicos principiantes como los de mayor trayectoria reconocen que los espacios médicos, especialmente los públicos, sirven para iniciar o afianzar el saber. A veces la inexperiencia es percibida por las usuarias quienes refuerzan sus temores: “...las mayoría de las pacientes tienen cierto pudor de mostrar las glándulas mamarias hacia el médico y más que nada si *nosotros todavía estamos en proceso de aprendizaje*” (T2M–MG:4). La necesidad de ir adquiriendo nociones sobre el tema se hace en gran medida porque las bases teóricas sobre la enfermedad son pobres y mucho más la práctica, de ahí que se dijeran cosas como: “esto lo vas agarrando en la carrera, más aparte en los cursos que uno toma y ahí agarras muchos tips...” (T1V–MG:10).

Cuando se trata de médicos titulares y médicos pasantes el conocimiento se transmite de los primeros a los segundos. Los practicantes aprenden pautas básicas de la medicina de sus superiores y al mismo tiempo están inmersos en sistemas jerárquicos donde ellos están en el nivel inferior. Esto supone un círculo vicioso en donde los pasantes ejercen su poder sobre las usuarias y muestran sumisión ante los médicos superiores; evidentemente esto también hace parte de la formación. El poder se ve incrementado en la medida en la que se avanza en la etapa de maduración profesional y toma diversos gradientes entre el gremio de la salud. Las formas de poder que se lograron identificar con el grupo de análisis fueron: médicos/pacientes, médicos/otros profesionales del área de la salud no médicos, médicos generales/médicos especializados, médicos/médicas, médicos titulares/médicos pasantes,

médicos del segundo y tercer nivel de atención/médicos del primer nivel de atención, médicos públicos/médicos privados.

### **V.3.2 Los mitos no son solo de ellas [las pacientes]...**

Lejos de ser un asunto que solo compete a las mujeres, el personal médico de los centros de salud en Tlalpan e Iztapalapa reforzó algunas falsas creencias que persisten alrededor del CaMa. El primer mito y más común es que el CaMa es sinónimo de muerte y ante un diagnóstico de la enfermedad las pacientes poco o nada pueden hacer por salvar sus vidas. Igualmente y dado que la mayoría de las pacientes provienen de zonas marginales de la capital, fue frecuente que se mencionara el CaMa como una afección exclusiva de las mujeres ricas o de zonas más desarrolladas del país, mientras que el CaCu se asocia directamente con la pobreza.

Varios entrevistados establecieron que el CaCu sigue siendo la primera causa de muerte por cánceres en la población femenina adulta, seguido del CaMa; en ningún caso se dijo conocer que tanto en Tlalpan como en Iztapalapa se concentra la mayor cantidad de casos de mortalidad por esta última causa. Otro de los grandes errores en los que incurrieron los médicos fue en decir que el CaMa aparece a edades avanzadas y que las mujeres jóvenes (menores de 40 años de edad) no están expuestas a padecerlo.

El abanico de factores de riesgos vinculados con la aparición del CaMa fue variado), no obstante, se llegó a indicar que el CaMa es una enfermedad que está “ahí dormida” y que cualquier golpe en los senos podría “despertar la enfermedad”, por ello se recomienda a las pacientes no practicar sexo “violento” y no dejar que sus parejas “las toquen muy fuerte *allí*”.

## **V.4 CONTRASTE DE VISIONES: LO QUE DICEN LAS TÉCNICAS RADIÓLOGAS**

Para este estudio se tuvo acceso a las técnicas radiólogas que pertenecían a la *Red de Mastógrafos* del Distrito Federal. Las entrevistadas eran mujeres y su especialidad era en mama. Los mastógrafos que se tiene en ambas unidades de salud son digitales y fueron puestos en marcha desde principios de 2009. En estos lugares ellas son las encargadas de tomar la muestra mamográfica, de enviar los resultados al *Centro de Diagnóstico Digital* localizado en el *Centro de Salud México España*, donde se hace la lectura de las imágenes, así como la entrega de los resultados a las mujeres y a los médicos tratantes. La labor de estas

profesionales es crucial en la cadena de atención del CaMa y, por ello la perspectiva que tienen de la situación, las mujeres y los médicos resultó de gran riqueza para el análisis planteado. Como se podrá leer, sus discursos fueron muy coincidentes, mostrando la preocupación compartida por temas concretos.

#### **V.4.1 Técnicas radiológicas: trabajando a media marcha**

En diversos reportes del gobierno, de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de académicos en general, se ha reiterado la urgencia de ampliar la cobertura a las mujeres de 50 años de edad o más con mamografías, así como también a pacientes que presentan factores de riesgo a partir de los 40 años de edad. En el PAE se contempló una meta de cobertura de 21% mediante mamografía a las mujeres de 50–69 años de edad para 2012 (con una base de 7%), pero hasta 2008 dichos servicios solo cubrían a 8.3% de esta población. Se ha sustentado que el logro del objetivo propuesto se ha visto truncado por la escasez de todo tipo de recursos, entre ellos la falta de equipos (tema discutido en el capítulo I). En el Distrito Federal las instituciones públicas del primer nivel de atención de salud están dotadas con 20 mastógrafos<sup>55</sup> que ofrecen servicios a mujeres sin derechohabiencia, principalmente.

Pese a esto, en las zonas de Alta y Muy Alta marginalidad de Tlalpan e Iztapalapa los mastógrafos se encuentran trabajando a media marcha de su capacidad, tan solo por día se realizan en promedio diez muestras, en lugar de las 20 que se tienen propuestas como meta. Existen constantes presiones para el cumplimiento de lo estipulado, de ahí que una de las técnicas tuviera, en un lugar visible, anotada la cifra exacta de las mamografías que para 2010 se debían realizar: “Son 20 mamografías diarias, serían 100 por semana y al año son 3 285” (I3M–TR:1). La profesional de Iztapalapa, delegación que se ha destacado por tener las cifras de mortalidad más elevadas de toda la capital del país, tuvo en 2009 el desempeño más bajo respecto a las demás delegaciones. La productividad llegó a caer a cinco o siete mamografías por jornada, situación que resulta de gran preocupación para la técnica encargada.

De acuerdo con la percepción que tenían las informantes, los *camiones* o *unidades móviles* son más reconocidos por las mujeres y por eso la mayoría siguen acudiendo a estos servicios, donde no se les solicita ninguna autorización médica para acceder, lo que les “facilita” la entrada de forma más directa. La falta de información y de difusión de la *Red*

---

55 La ubicación de los mastógrafos puede consultarse en: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/comunicacion/inicio/ubicacion\\_mastografos.pps](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/comunicacion/inicio/ubicacion_mastografos.pps). En línea [Consultado 25 Febrero 2011].

entre médicos y pacientes es el factor que más se menciona como la causa principal de la baja asistencia de personas a este servicio:

“Aquí yo creo que hace falta mucha promoción, difusión, ¿no? Para que las pacientes vengan a hacerse la mamografía...” (I3M-TR:1).

“Ha habido una falta de comunicación ante la sociedad para la mamografía, entonces mucha gente no sabe de esto todavía, falta difundir, pero al parecer creo que el gobierno no paga para difundir eso por televisión, no hace ese tipo de comerciales ni invita, lo hizo un tiempo, una vez...” (T5M-TR:1).

Las condiciones de vida de la población, su *pobreza y desconocimiento* y otros elementos aparecen reiteradamente en los discursos como barreras para que las mujeres no asistan a realizarse la mamografía, pero es fuertemente criticado el pobre compromiso que han asumido los médicos para lograr la afluencia de pacientes a los consultorios mamográficos. Esto es visto como un desperdicio de los recursos debido a que estos equipos son de última tecnología (Figura V.5 y V.6):

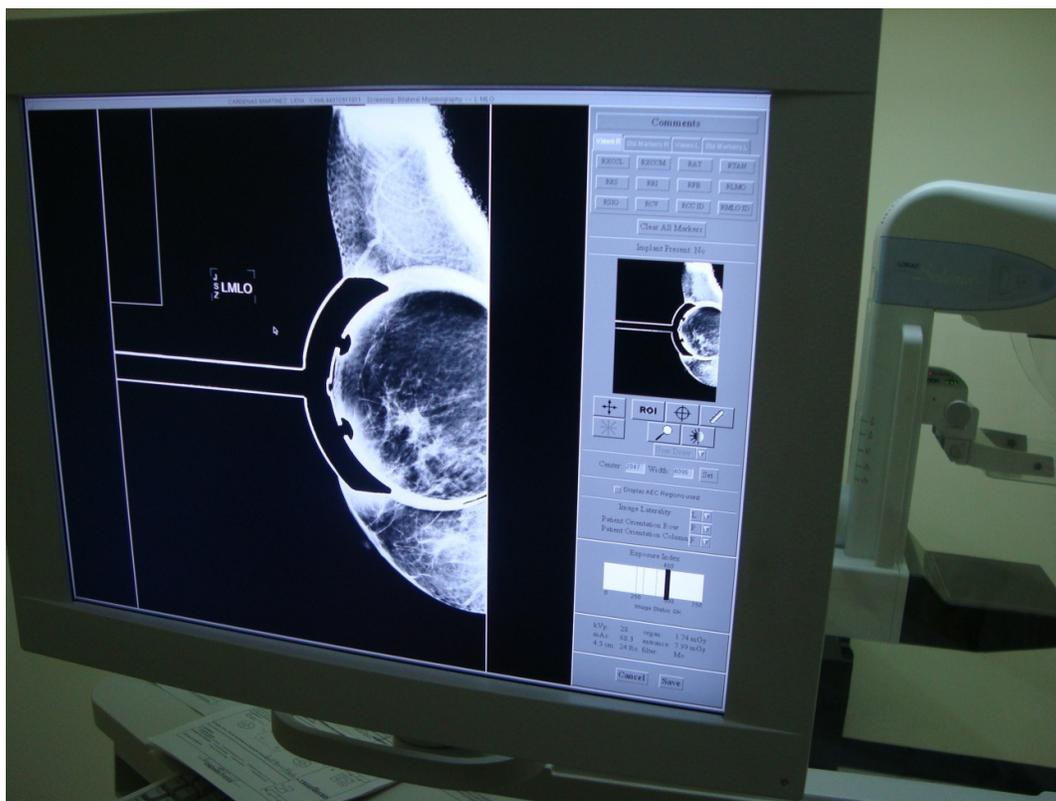
“Tenemos poca productividad hasta ahorita, se está manejando ahorita con citas pero las pacientes no vienen a las citas, yo creo que se puede utilizar mejor el equipo, porque es un equipo bastante bueno” (T5M-TR:2).

Figura V.5 Mastógrafo digital



Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

Figura V.6 Imagen en mamógrafo digital



Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

#### V.4.2 “Los médicos no mandan las mujeres aquí?”

Las radiólogas consideran que los médicos del primer nivel de atención no tienen conocimientos claros sobre los procedimientos de atención del CaMa y saben que algunos de ellos recomiendan el ultrasonido antes que la mamografía:

“El ultrasonido mamario únicamente es para ver contenidos de lesiones, hay nódulos en el ultrasonido, tú vas a observar si ese nódulo es líquido o sólido eso es lo único que podrías observar, pero primero se debe pasar por la mamografía, no al contrario...” (I3M-TR:7).

“Debe ser así, primero una paciente a partir de los 40 años se debe realizar una mamografía; el siguiente paso a seguir de una mamografía es un ultrasonido, no puede ser al revés porque pueden hacerse pero no es conveniente...” (I3M-TR:5).

Por otra parte, aunque las mujeres lleguen a demandar los servicios, el manejo de la papelería frena este proceso, tal como se indica a continuación y como también lo confirmaron los médicos:

“Se maneja mucha papelería entonces el médico de cierta forma el manejar tanta papelería para él es un poco tedioso, así yo lo he notado, entonces esto hace que la paciente aunque tenga 40 años, ellos no quieran hacer este tipo de invitación al centro de salud, sí ha pasado en muchos lados, si nos hemos dado cuenta que por tantos trámites que se les pide...” (I3M–TR:3).

Los consultorios mamográficos parecen un lugar apartado y desarticulado con el resto de servicios en los centros de salud. Las radiólogas deben esperar que las mujeres lleguen, que los médicos las remitan y, dado que ellas deben permanecer en los cubículos de atención, no pueden hacer mucho por invitar a las pacientes. En un esfuerzo por captar población, ellas pegan en los tableros informativos afiches donde se describen las técnicas de detección y los requisitos que deben cumplir las mujeres para acceder a los dichos servicios. Incrementar el número de mamografías depende entonces, según las entrevistadas, del trabajo conjunto entre médicos, enfermeras y trabajadoras sociales del primer nivel de atención en salud:

“La población en Iztapalapa es una de las más grandes, hay mucha gente y tienen que ser remitidas, invitadas por los mismos médicos, enfermeras, invitadas por la difusión que debe de hacer trabajo social, es muy importante el trabajo social, debe jalar mucha gente hacia aquí, hacia el centro de salud, los mismo médicos deben de invitar a las pacientes” (I3M–TR:4).

“Yo creo que faltaría que reforzaran la información hacia el médico, ¿no?, que ellos también conozcan” (T5M–TR:3).

De cierta manera resulta comprensible que ante la falta de difusión de los mastógrafos, los médicos de centros de salud circundantes no conozcan esta red de servicios, pero lo que no consideran adecuado las radiólogas es que los médicos de las mismas unidades sanitarias no indiquen a sus pacientes acerca de este beneficio, algo que parece concurrente en los sitios visitados. Las declaraciones de los médicos no corresponden totalmente con lo que las radiólogas transmiten, ya que las cifras de mujeres atendidas son mucho más bajas que las que los médicos (que están a pocos metros de ellas) manifiestan canalizar. Y aunque destacables los esfuerzos realizados, éstos siguen siendo insuficientes ante la problemática que actualmente existe en torno al CaMa.

Finalmente, es preciso indicar que los espacios dispuestos para que las usuarias se cambien y se pongan la bata médica son reducidos (Figura V.7) lo que genera *malestar* entre

las usuarias y aumenta aún más su *pena* o *vergüenza*; por eso contar con los mastógrafos no es suficiente, igualmente importante es tener lugares idóneos donde las mujeres se sientan en confianza y con mayor privacidad, esto incluye la disposición de lavabos donde las mujeres puedan prepararse previamente, antes de hacerse el examen (como por ejemplos rasurse las axilas, requisito que se solicita para hacer uso del mamógrafo).

Figura V.7 Vestidor en consultorio mamográfico



Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

## **V.5 ¿CÓMO MEJORAR LOS SERVICIOS DE CÁNCER DE MAMA?: ALGUNOS APORTES DE LOS INFORMANTES**

Los profesionales médicos resaltan la necesidad de poner en marcha una fuerte campaña de información entre la población sobre los servicios de salud disponibles para el CaMa entre la población. Desde su perspectiva, esta tarea debería emprenderse desde el nivel gubernamental y tendría que articularse con los distintos niveles de atención y con los diversos proveedores. La tarea principal es *concientizar* sobre la *prevención* de la enfermedad, sus implicaciones, su detección, su tratamiento y control:

“Yo creo que lo más importante es hacer *conciencia* de la medicina *preventiva*, *prevenir*, hacer *conciencia* a la gente aquí, yo creo que uno de los trabajos medulares de que nosotros tengamos éxito aquí...” (I5M–MG:2).

“No creo que institucionalmente se han hecho muchos esfuerzos pues para mejorar eso [la cobertura de mamografías], simple y sencillamente el hecho de que tengamos un mastógrafo ya en esta unidad pues es parte de ese gran esfuerzo que se está realizando y nos falta *sensibilizar*, considero que junto con el aparato si se hubiera una información más amplia se difundiera todavía mucho más, considero que las mujeres vendrían...falta más *difusión*, eso es definitivo y se aprovecharía mucho más esto porque creo que estamos a secas...bueno hablando específicamente de lo que es la mamografía, falta difusión para aprovechar más” (I1V–MG:6).

“Como que esa situación de la *prevención* no nos ha caído bien para nosotros, el ampliar la *información* en el sentido de enfatizar en todo lo que debemos hacer como medidas preventivas” (I6V–MG:3–4).

Las estrategias planteadas van desde recurrir a los folletos, carteles, la internet, prensa, radio, cine y televisión. Además creen valioso enfatizar en el carácter de gratuidad de los servicios y, muy especialmente, piden recalcar sobre la idea acerca de que exámenes como la mamografía no son dolorosos. En este marco discursivo, el ámbito de la familia y de la escuela son espacios donde se vuelve imprescindible enseñar a las adolescentes sobre el cuidado personal:

“...pero esto también empieza desde la *educación familiar*, desde la casa tal vez, hacerles énfasis a todas las familias que hablen con sus hijas o con sus hijos porque también hay cáncer de mama en los hombres, aunque es menos probabilidad, pero de que lo hay, lo hay; tal vez en las *escuelas* darles también esa orientación...” (I5M–MG:2).

Repetidamente, los médicos y radiólogas vieron inaplazable encontrar mecanismos para disminuir tanto los trámites burocráticos como el llenado de formatos tan extensos como los disponibles actualmente para remitir a las pacientes. Si bien habría que tener en cuenta los factores de riesgo para la toma mamográfica, se podría facilitar una búsqueda más directa de los servicios, sin que necesariamente se pase previamente por el consentimiento médico, esto contribuiría con el objetivo de ampliar la cobertura.

Para los entrevistados también resultaba fundamental equiparar adecuadamente los servicios en el primer nivel de atención, es decir, disponer de mayores recursos, físicos, materiales y humanos para dar resolución a las demandas de manera oportuna y con calidad.

## V.6 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN

El primer acercamiento a los discursos médicos frente a la atención del CaMa permite observar una amplia gama de opciones que se despliegan en la atención de la enfermedad. Una conclusión que se deriva de las entrevistas es que los médicos del primer de atención no estiman que el CaMa una prioridad en los servicios de consulta, lo cual puede estar altamente asociado con el exceso de trabajo y las largas jornadas laborales. La *curación* prima sobre la *prevención* y esto es en general para los servicios que se otorgan en los centros de primer nivel de atención que se eligieron en el estudio, y aunque la Norma establece la responsabilidad de los médicos en las acciones preventivas se evidenció que existe una profunda brecha con la realidad. En cambio, fue frecuente en los diálogos encontrar que los médicos relegaran las tareas correspondientes al CaMa a colegas de la institución entre los que estaba médicos practicantes, enfermeras y trabajadoras sociales.

Esta lógica de operación está estrechamente vinculada con las condiciones de trabajo y presión al que está sometido el personal médico. Por una parte están obligados al cumplimiento de metas y por otro, deben dar respuesta y celeridad a las demandas inmediatas de la población. A esto se suma la deficiencia de infraestructura y el poco personal disponible para las múltiples tareas del día a día.

Cuando se concreta una demanda/oferta real de atención de CaMa los procedimientos son variados y las opiniones clínicas difieren de médico a médico, sin que se vislumbren rutas de intervención estandarizadas. La edad de los 40 años junto con la presencia de signos y síntomas en los senos parece ser los factores que más alarman sobre una posible anormalidad en las mamas.

El común denominador fue el desconocimiento de los procedimientos asociados con la atención del CaMa, sin embargo, esto no exime a los proveedores de las responsabilidades frente al tema. Esta falta de conocimiento también encubre la omisión, a veces consciente, que hacen los profesionales de determinadas intervenciones. Gran parte de los entrevistados opinaron que es responsabilidad de las mujeres demandar el servicio, en tanto otros creen que se debe captar a la población objetivo en los consultorios. A las pacientes se les culpa de no asistir a los servicios y de no estar debidamente preparadas para las pruebas (ir con sus axilas “limpias” y rasuradas, por ejemplo), además de que éstas van acompañadas por sus hijos, lo que interrumpe la adecuada auscultación clínica. A lo anterior se le imputan los retrasos en la atención del CaMa, al igual que a la demora en la obtención de los resultados.

Los centros de salud son espacios de aprendizaje, especialmente cuando se llega con poco conocimiento sobre el CaMa. Tanto el personal nuevo como los más experimentados, reconocen que sobre las técnicas y los mecanismos de atención de la afección se utiliza la consulta para ir adquiriendo experiencia. De ahí que no sorprenda que los médicos expresen mitos sobre el CaMa que están ampliamente arraigados entre la población, como por ejemplo, que el CaMa se produce por golpes o porque las mujeres dejan que les toquen sus senos durante las relaciones sexuales.

Los médicos perciben que el sexo, tanto el de ellos como de los pacientes puede convertirse en una barrera significativa para el acceso a los servicios de CaMa. Las médicas y los médicos asumen que los usuarios y las usuarias –e intrínsecamente ellos– sienten más comodidad si las patologías vinculadas con órganos reproductivos y sexuales son tratadas por pares del mismo sexo. De ahí que ciertas incomodidades generadas en el encuentro médico–paciente no devengan exclusivamente de quienes son receptores de los servicios.

Un hallazgo contradictorio se da cuando se superponen las posturas de médicos y radiólogas. Los primeros insisten en que envían a las mujeres a realizarse la mamografía, mientras que las segundas comentan que la *Red* opera a la mitad de su capacidad (en lugar de hacer 20 consultas por día, se hacen 10 y a veces menos) y esto como consecuencia, en gran parte, de que los médicos no refieran a las mujeres. Esta situación se convierte en una gran paradoja, ya que en el Distrito Federal existe una red de atención que sería suficiente para atender la demanda de mamografía de la población objetivo. No obstante, en caso de que se lograra capturar a dicha población no existirían los recursos humanos ni económicos suficientes para cerrar completamente el ciclo de atención. Hay que recordar que en el país existe un déficit de radiólogos que son necesarios para la lectura de las pruebas mamográficas y tampoco se podría asegurar el tratamiento gratuito a todas las mujeres que así lo requirieran. De ahí que sea fundamental garantizar servicios de calidad que velen por la integridad de las pacientes.

Evidentemente las condiciones estructurales de las instituciones de salud, su organización y sus reglas de funcionamiento representan un serio obstáculo para la atención del CaMa. Como se constató, existen sobrecargas de trabajo, múltiples requisitos administrativos y demandas más “urgentes” al interior de las unidades. Los profesionales médicos tendieron a señalar que las mujeres/pacientes/usuarias no son conscientes de los riesgos de padecer CaMa y este “ausentismo” o falta de interés recae negativamente sobre ellas. No obstante, los proveedores dieron pistas más contundentes que podrían explicar este fenómeno y ello tiene que ver con las concepciones que se forman alrededor de la población

acerca de sus características contextuales y personales, así como del poder que es ejercido sobre las mujeres y que impacta en una relación desigual que afecta el bienestar de las mismas.



## **CAPÍTULO VI. POBREZA Y GÉNERO EN LOS DISCURSOS MÉDICOS**

---

---

Este capítulo busca mostrar las barreras relacionadas con las construcciones de género y pobreza que tienen los proveedores médicos respecto a las mujeres y que implican tratos y prácticas de salud inequitativas para las pacientes. Se intenta establecer si, además de las limitaciones organizacionales, existen otras barreras que dificulten la atención del CaMa, específicamente las que se relacionan con las concepciones de género y pobreza. Por lo tanto, se pretende conocer si los proveedores médicos identifican o mencionan barreras que puedan estar vinculadas con la posición de las pacientes y si existen estereotipos de género y pobreza que incidan en la atención del CaMa.

Las unidades de primera atención en salud de las áreas marginales de este estudio atienden, en su gran mayoría, a población no derechohabiente y de bajos recursos económicos, lo cual pueden ser factores que impacten negativamente la atención del CaMa. Sobre esto se presume que, dadas las características de los servicios de salud, es posible que las mujeres reciban principalmente servicios básicos (enfocados al control prenatal, vacunación y PF) y sea menos frecuente que demanden o accedan a servicios preventivos del CaMa. De otro lado, se cree que existen sistemas clasificatorios a través de los cuales los médicos deciden o no recomendar acciones de atención de esta enfermedad.

En primer lugar se preguntó a los médicos sobre los rasgos contextuales de las mujeres o pacientes y luego sobre las concepciones de género, según las características de las mujeres. En la última parte de esta sección se muestran algunos significados médicos sociales que se vinculan con las nociones de género y pobreza que emergieron de los discursos de los entrevistados.

### **VI.1 CONDICIONES DE VIDA DE LAS MUJERES COMO BARRERAS PARA LA ATENCIÓN: “LA PROBLEMÁTICA MAYOR ES LA VIDA COTIDIANA”**

Durante las entrevistas se solicitó a los médicos que opinaran directamente acerca de aspectos socioeconómicos que eran considerados por ellos como barreras para que las mujeres se involucraran en los servicios del CaMa. Al respecto, los proveedores se mostraron conscientes de la vida material de las pacientes, designada como adversa y desfavorable. Se

llegó a insinuar que los males que afligen a la comunidad son producto de lo que ellos son y representan, gente “pobre” y “marginada”. Así lo expresó uno de los participantes: “...la problemática en sí que trae el paciente, aunque es una dolencia física aparentemente, es entre comillas, porque su problemática mayor es la situación que tiene que ver con su vida cotidiana” (T8V–MF:4).

Las principales características sociales que fueron identificadas como problemáticas por los proveedores de salud fueron: 1) las colonias, 2) la situación económica y 3) el trabajo y las labores domésticas.

### **VI.1.1 Entorno social: las colonias y sus problemas**

Tlalpan e Iztapalapa sobresalen en el Distrito Federal por ser dos delegaciones que albergan una elevada proporción de individuos con alta y muy alta marginación socioeconómica (ver capítulo II). La marginación en estos sitios tiene un impacto sobre la salud debido a que “son las zonas con mayor riesgo, vulnerabilidad y exclusión y en ellas confluyen, en espacio y tiempo, las barreras económico–sociales, y culturales que contribuyen a obstaculizar el acceso oportuno a los servicios de salud” (OPS/GDF/ASDI, 2004:18–19).

Desde el punto de vista de los proveedores médicos, el desplazamiento de las mujeres, desde sus viviendas hasta las unidades médicas es un asunto nodal, ya que se asume una primera dificultad que las mujeres enfrentan y es la de llegar a los servicios de salud. De acuerdo con las declaraciones de los profesionales de la salud, las mujeres que consultan en los servicios de Tlalpan e Iztapalapa viven, por lo regular, alejadas de los centros de salud y requieren desplazarse largos trayectos para cumplir con las citas asignadas, considerando también que en algunos lugares las vías no están en buenas condiciones. Asimismo, se declaró que en determinadas áreas se carece de condiciones mínimas indispensables de saneamiento básico, agua potable y recolección de residuos; tanto las colonias como las viviendas presentan un estado precario (Figura VI.1 y VI.2).

Figura VI.1 Entorno urbano en Iztapalapa I



Fuente: Echarri, 2008. Registro fotográfico de campo.

Figura VI.2 Entorno urbano en Iztapalapa II



Fuente: Echarri, 2008. Registro fotográfico de campo.

Otras situaciones que asocian los médicos entrevistados con las colonias marginales de las delegaciones donde se realizó la investigación tienen que ver con violencia, inseguridad, drogadicción, alcoholismo, prostitución y desempleo, como lo indicaron algunos de ellos:

“Es un trabajo arduo, porque la colonia que aquí yo veo el índice de *drogadicción* es altísimo y de todo, desde *alcohol, tabaco, cocaína*, de todo. La *desintegración familiar* está enorme, muchas *madres solteras* que trabajan de sol a sol y que andan buscando quien les cuide el niño, desde la vecina hasta la prima y entonces el índice *delictivo* es muy alto” (T6M–MF:5).

“La gran mayoría de la gente que acude a esta unidad es gente de muy *bajos recursos* porque estamos en el área más *marginada* del Distrito Federal” (I5M–MG:2–3).

“Es población con promedio de primaria, secundaria trunca, ese es el promedio que hay aquí. Laboralmente pues la mayoría se dedican al *trabajo informal* de la *economía informal* o son choferes de microbuses, pocos son [trabajadores] formales porque los formales por lo general tienen servicio médico” (I1V–MG:3).

El panorama de las colonias que describen los médicos incluye una compleja red de aspectos sociales que son inherentes a la vida cotidiana de la población que atienden. En estos diálogos se puede observar que estos problemas son transversales y afectan a todos los grupos de personas, niños, mujeres, hombres y adultos mayores.

### **VI.1.2 Los recursos económicos**

Los participantes consideraron que la escasez de recursos económicos es otra dificultad que deben sobrellevar las mujeres para llegar a los servicios médicos. Aunque la atención es gratuita, existen gastos derivados principalmente en transporte y medicamentos, los cuales no siempre están disponibles en las unidades asistenciales. El desabastecimiento de insumos en las instituciones de salud, como se evidenció en el capítulo V, es uno de los mayores problemas que enfrentan los médicos. Cuando se requiere de intervenciones urgentes se recomienda al paciente que asuma los costos del tratamiento y control de las enfermedades, lo que no es factible para la mayoría de ellos. Concretamente en CaMa, los médicos piden a las mujeres hacerse de manera particular ultrasonidos, debido a que remitirlas les resulta más demorado o simplemente porque no se dispone del equipo al interior de las unidades.

“...aquí el problema nada más sería la *economía*, a lo mejor un estudio especial, un pase de referencia y a lo mejor en el hospital le van a empezar a pedir cosas, aunque el servicio es gratuito entre comillas, por ejemplo, laboratorio, pero ya como para pedirles algún estudio en especial, ya se les *cobraría...*” (T1V-MG:2).

Cuando las pacientes son notificadas de que deben regresar a los servicios, ya sea por control rutinario, o bien porque deben prepararse previamente para algún procedimiento (como por ejemplo la toma mamográfica en donde deben ir con las axilas rasuradas y “limpias”), los profesionales médicos se han encontrado con que las mujeres desertan y no continúan con la atención porque esto implica incurrir en gastos extras que no se pueden solventar. Al preguntarle a una de las técnicas radiólogas sobre el porqué las mujeres no acudían a realizarse el examen de mama, ella contestó:

“Por *economía*, porque la paciente dice ‘¿Sabes qué? No tengo *dinero* para el *pasaje*’, entonces yo la invito a que se haga la mamografía, cuando usted tenga la posibilidad o cuando venga, véngase a hacer su mamografía, porque antes era que la paciente viene preparada y se le revisa, no ahora tengo que pasar los datos a internet para que me genere una clave y meterla al equipo, entonces por eso se da la cita un día después” (T5M-TR:2).

### **VI.1.3 Trabajo femenino doméstico y remunerado**

Una de las más significativas transformaciones que se ha producido en el último siglo en México –y en la mayor parte del mundo– tiene que ver con la incorporación de las mujeres al ámbito laboral remunerado, la cual ha sido extensiva en todos los niveles socioeconómicos y para todos los grupos de mujeres con características demográficas y culturales diversas. El acceso de las mujeres al trabajo remunerado no ha implicado necesariamente el abandono de las tareas del hogar, sino que más bien se han desarrollado estrategias para congeniar ambas esferas de la vida cotidiana. Los hijos dejaron de ser un factor inhibitor del trabajo extradoméstico y, para su cuidado, el apoyo intrafamiliar (principalmente entre las mujeres) ha sido pieza clave (García y De Oliveira, 2004).

Los significados e implicaciones de las mujeres en el mercado laboral alcanzan variadas dimensiones, no obstante, se ha visto que el trabajo por sí no es el motor de transformación sino “el control de los recursos que allí puede derivarse” (García y De Oliveira, 1996:222). Esto no simboliza que las mujeres que trabajan logren una emancipación

total del control masculino y mucho menos una distribución equitativa de las tareas al interior del hogar, en cambio, se ha documentado la doble carga de responsabilidades que ha conllevado este hecho. En los sectores populares el trabajo femenino parece darse por dos razones: porque los salarios del jefe del hogar (padre o cónyuge) son insuficientes para el sostén de la vivienda o ya sea porque las mujeres se encuentran solas (son madres cabeza de familia) y deben garantizar la disponibilidad de recursos económicos.

Con base en las entrevistas se encontró que otros motivos que esgrimen las pacientes ante los médicos para no asistir a las consultas son que deben atender a sus hijos, esposos, padres o a otros miembros de la familia y que no tienen a quien delegarles sus funciones temporalmente. Otras cumplen con jornadas de trabajo extensas que no dan tiempo para ir a los centros de salud. Los proveedores admiten que las mujeres son “las que dirigen la orquesta” (T4M–MF:9) y pocas veces tienen opciones de ocuparse de su propia salud, ya que en las escalas de prioridades están la familia, las labores domésticas, el trabajo y, por último, el bienestar y cuidado personal.

## **VI.2 CONSTRUCCIONES DE GÉNERO EN LOS ESPACIOS DE LA SALUD**

En el campo médico, las representaciones de lo masculino y lo femenino marcan una línea divisoria y discriminatoria en la atención que se visibiliza en el trato (saludo, explicaciones, adjetivos, entre otros) (Castro, 2008; Herrera, 2010), calidad de los servicios y resolución clínica, donde se privilegia un grupo dominante (generalmente los varones) a costa de la subordinación de otros individuos (las mujeres) (Borell y Artazcoz, 2008). Los procesos de atención en salud están determinados por las percepciones que los médicos tienen de los pacientes en función de su sexo/género, clase social y otras condiciones que son ponderadas en el encuentro médico. Las mujeres, ocupan un lugar secundario en los servicios para CaMa, sus necesidades en el tema son relegadas, postergadas e incluso ignoradas por los profesionales médicos, quienes refuerzan los patrones socialmente asumidos en una balanza donde ellas son el “sentimiento”, las cuidadoras y servidoras y los hombres el “complemento” de fuerza, razón y sostén económico del hogar.

El hecho de que estas concepciones de lo que es “ser mujer” se trasladen al área de la salud, implica que alguien asuma el rol dominante. Los médicos se convierten en los encargados de tutelar –después de los padres y los esposos– y controlar la salud femenina, y

para ello recurren a la disciplina, los regaños, la intimidación, la culpabilización y la amenaza. Justamente, cuando la situación de salud de las mujeres es grave se les señala y se vuelca hacia las mismas la responsabilidad por no atenderse oportunamente.

Los profesionales de la salud segregan los servicios para el CaMa en función de la edad de las mujeres, la apariencia física, el estado conyugal, la paridad o si las más jóvenes han tenido relaciones sexuales, atributos que les confiere un derecho *per se* y que excluye a las que no las han tenido. En suma, la tipología social de las pacientes y las opiniones subjetivas forjadas alrededor de ellas parece tener mayor peso que los criterios clínicos y normativos.

### **VI.2.1 “La que conoce su cuerpo es la mujer, no el médico”**

La práctica médica se basa en el ejercicio de dominación y control del cuerpo en donde se manifiesta todo aquello que interfiere con su normal funcionamiento. El cuerpo como terreno de apropiación y disputa se convierte en campo de poder a partir del cual se construyen diferencias genéricas (Fernández, 2008). Los imaginarios sociales del cuerpo, particularmente del femenino, dan paso a elementos discursivos y no discursivos que orientan la función médica. Ante la mirada bio-técnica, el cuerpo es dócil pues está expuesto a ser sometido, utilizado, transformado y perfeccionado (Foucault, 2002). Sin embargo, lo más íntimo y personal queda reducido a objeto ante un médico y esta *cosificación* del cuerpo faculta a los “expertos” a ejercer el control externo y poder sobre el *pathos*<sup>56</sup>. El discurso médico sobre el cuerpo trasciende lo puramente profesional y se instala en un debate más amplio donde las mujeres son disciplinadas e instruidas sobre lo que mejor les conviene para su estado de salud. Al respecto, Erviti (2010:104) sostiene:

“...los médicos construyen y normalizan los cuerpos, imponiendo una determinada forma de vida y cuidados. La promoción y diseminación de los discursos, prácticas y conocimientos de los expertos ha tendido a incentivar la creencia de que *los individuos pueden manejar y controlar los riesgos de su propia salud, exigiendo a la población ciertas disciplinas sobre sus cuerpos*”.

En lo concerniente al CaMa ésta es una idea generalizada entre el personal de salud, puesto que la detección, atención y curación de la enfermedad se supedita a que las mujeres demanden el servicio, se inspeccionen y que informen cualquier irregularidad. El

---

<sup>56</sup> Enfermedad.

*desconocimiento* del cuerpo por parte de las pacientes repercute en que las técnicas de exploración que ellas llevan a cabo sean incorrectas y que los daños se agraven cuando hay indicios de tumoraciones, según los entrevistados.

“...*la que conoce su cuerpo es la mujer, no el médico...* Nosotros llegamos a ver una mujer, puede ser si ya le dijeron como se debe explorar, cualquier anomalía *que ella vea*, sea alguna bolita, que alguna manchita, que tiene algo rojo o que le salió un lunar con vello o algo raro, *luego debe venir al médico*. Es la indicación que se le da a la paciente” (T1V–MG:7).

“El médico tiene que ubicar todos estos aspectos de orientación a la paciente que llega en ese momento para indicarle que *ella tiene la responsabilidad de su salud* y que ella tiene que trabajar con la misma, que *nadie se la va a cuidar*, *ella tiene que empezar a conocerse*, tiene que empezar en un momento dado a entender que si no se cuida, nadie más va a estar cuidando de sus dolencias, de sus problemas que tiene, entonces hacerle ver eso al paciente, *hacerle partícipe de su propia salud*, es lo que buscamos en un momento dado” (T8V–MF:2).

“Cuando se les pregunta [a las pacientes] si se revisan periódicamente las mamas, la que dicen que sí, que son menos, dicen que no se han encontrado ningún cambio pero cuando se les pregunta cómo lo hacen, se encuentra que *no lo hacen bien*, porque *no lo hacen metódicamente*, no revisan todo lo que debe ser el seno, la axila, la región de la clavícula o que *no lo hacen cada mes* en una fecha determinada para anotar los cambios, que lo hacen un mes sí, luego no y luego cuando se sienten algo es cuando vienen, entonces como le decía, son al menos las que *se revisan mal*, pero lo hacen; las otras, que son la mayoría, que no se han revisado, que *no se revisan*, que se sienten cosas pero *no saben* si han estado ahí siempre o si apareció hace una semana o dos porque cuando las revisas se siente una masa y les dices ‘¿Siente usted aquí? Tóquese del otro lado y verá que se no se siente igual, ¿Hace cuánto que la tiene ahí?’, ‘No, pues no sé’. Entonces también pasa por una *ignorancia del propio cuerpo*, que incluso cuando les haces ver que se siente diferente *no entra ni conciencia* de que es lo que está pasando, ni desde cuándo es...” (T7V–MI:6).

Es interesante analizar este último fragmento con más detenimiento puesto que el médico interno sostiene que aunque las mujeres llegan a revisarse los pechos, éstas lo hacen mal, no saben cómo hacerlo o no lo hacen metódicamente. Desde este punto de vista no existe diferencia entre las que se exploran y las que no lo hacen puesto que, finalmente, las pacientes por sí solas no tienen elementos ni conocimientos sólidos para la detección del CaMa y, en este caso, resulta siempre imprescindible el acompañamiento médico, quien es el poseedor del único saber reconocido válido y asertivo. Contradictoriamente, el aporte que el personal de salud hace para la enseñanza de la AEM es vago y, como lo afirmaron los mismos, a las mujeres se les “platica”, se les “dice”, se les ofrecen “charlas” sobre los métodos de detección y pocas veces se les ilustra directamente. En el mejor de los escenarios las mujeres

pueden “ver” como auscultarse los senos por medio de material impreso que algunas veces está disponible en los centros de salud. Enseñar es sinónimo de hablar sobre autoexploración y, en general, de la enfermedad.

“Aquí lo más importante es, insisto, *platicar* con las pacientes. Yo como médico le tengo que *decir* a mi paciente que se tiene que autoexplorar, que no le debe dar vergüenza tocar su cuerpo” (I2M–MG:2).

### VI.2.2 Las mujeres “jóvenes” y las “adultas”

En función de la edad de las mujeres se entretajan testimonios específicos sobre el cuerpo y la atención del CaMa. Las pacientes son catalogadas en dos grandes grupos: “jóvenes” y “adultas o mayores”. En el mapa mental de los médicos, las “jóvenes” son típicamente adolescentes y personas con menos de 25 años de edad, solteras, sin hijos, en etapas escolares y no emancipadas, ni del seno del hogar ni económicamente. El segundo colectivo lo integran mujeres mayores de 25 años, unidas, con hijos, amas de casa, dependientes económicamente y con bajo nivel de escolaridad. En este grupo hay una diferenciación marcada entre las “adultas jóvenes” y las “adultas maduras” (de 40 años en adelante).

Los proveedores médicos transmitieron como “conflictivo” hablar y ejercer la exploración mamaria con las mujeres *jóvenes*, ya que son consideradas menos “expertas” en el cuidado de la SSR, además de considerar que la función educadora e informativa en esta etapa de la vida debe correr por cuenta de los padres de familia y de las instituciones educativas. A las jóvenes se les insta a “tocarse”, a habituarse con la anatomía corporal y especialmente con los genitales, como lo comenta una médica:

“Yo les digo a las jóvenes, a las adolescentes, que ellas se vean, se revisen, se *toquen*; para sus genitales que usen un espejo y *¡vete* cómo eres, *conoce* tu cuerpo, fomenta comunicación con su mamá y su papá...” (T6M–MF:5).

De acuerdo con los profesionales, las adolescentes y jóvenes muestran mayor oposición a ser revisadas, mientras que las mujeres adultas son más “cooperadoras”. No obstante, se pudo comprobar que la calidad de “fácil” o “difícil” está definida por el hecho de que las mujeres hayan o no iniciado su vida sexual. Los médicos presuponen que las personas adultas ya transitaron por dicha experiencia y por lo tanto esto las “entrena” a exponer sus cuerpos, algo que además es habitual cuando ya se ha procreado.

“Cuando la paciente es menor de edad, es decir dentro de los 18 y 22 años, es algo *difícil* porque *para* ellas es demasiado *incómodo*...en cierto momento sí es *incómodo* para ellas decirles ‘¿Sabes qué? Necesitamos hacer exploración mamaria, es dentro del protocolo de los estudios que se le van a hacer. Necesitamos que se desvista, que se ponga la bata con la abertura hacia el frente’. Con todo lo que nos han enseñado y aun así es un poquito *incómodo* para ellas” (T3V–MP:5).

“Es más *fácil* [explorar a las mujeres mayores de 40 años], es mucho más *fácil* porque ya tienen unos *antecedentes ginecológicos* ellas, ya se les explicará en algún momento de sus vidas lo importante que es la revisión de las mamas, entonces sí, ya tienen algo de conocimiento. Las adolescentes son más *difíciles*, realmente un poquito” (T2M–MG:5).

En el primer texto el médico reitera la *incomodidad* que provoca la inspección mamaria en las mujeres, pero a su vez, esto indica el dilema propio por enfrentarse a tal situación; para escudar la forma de obrar se presenta este acto como un procedimiento enmarcado en la normatividad institucional, dejando claro que su decisión es netamente profesional y ajena a cualquier pretensión personal. Lo que provoca esta *incomodidad* es que el médico se abstenga de realizar alguna exploración, o bien, remita a la paciente a pruebas mamográficas.

Si en cambio, las “jóvenes” ya han sostenido relaciones sexuales o están embarazadas, entonces se puede tener un trato más franco y abierto respecto al CaMa y la sexualidad, trato equiparable al que reciben las “mayores”. De ser así, las mujeres pueden ir solas a consulta o en su caso con sus respectivas parejas, el resto tiene que asistir a los servicios de salud en compañía de un adulto, preferiblemente la madre.

“Lo que pasa es que si ella [la paciente menor de edad] está embarazada, puede venir con su pareja si quiere, pero ya hay una cierta *autorización*, pues ya está embarazada, ¿Verdad?” (I4M–MG:3).

Para los indagados, el ejercicio sexual se convierte en el *punto de inflexión*<sup>57</sup> que marca el tránsito de la vida joven a la madurez de las mujeres. Algunas de las veces esto ocurre a muy tempranas edades, generando desconcierto y preocupación en los médicos, como se llegó a comentar: “hay mucha mamá joven aquí, yo vi un caso de 14 años, [que ya era] mamá, entonces dices ‘¡híjole!, me cuesta trabajo decirle señora” (I5M–MG:6).

---

<sup>57</sup> Concepto analítico utilizado en la demografía para el estudio del curso de vida. “Esta expresión hace referencia a eventos especialmente significativos de cambio. Son eventos o transiciones que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de la vida” (Blanco y Pacheco, 2003:163).

### VI.2.3 Poderes y resistencias: control familiar, control médico y mujeres

En el proceso de atención del CaMa no solo intervienen las mujeres y el personal de salud. Recurrentemente la familia, ya sean los padres o cónyuges, aparecen como mediadores que pueden facilitar o entorpecer la inspección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Aunque las decisiones sobre lo que se hace o no con las mujeres en consulta a veces son unidireccionales (por parte del proveedor), en algunas situaciones se pudo notar que esto se negocia entre las figuras patriarcales del hogar y los propios médicos. Si bien, las pacientes pueden optar por callar y obedecer, otras se resisten ante lo impuesto, preguntan, cuestionan y están más informadas, tal como lo sustentan los actores entrevistados.

- ***La salud de las mujeres: un bien negociado (cónyuges/padres–médicos)***

La mayoría de los entrevistados se había encontrado en algún momento con mujeres que les manifestaron no asistir a los servicios de CaMa por petición expresa de sus maridos y también se evocaron casos puntuales donde las pacientes llegan en compañía de los varones cuando se debe proceder a la exploración de las mamas. Uno de los entrevistados así lo recuerda:

“Es una gama muy amplia de actitudes, que el *esposo* nada más se sienta junto con ella y nada más está escuchando y he encontrado el *esposo* que no deja hablar a la esposa, se nota que él dice, yo le pregunto a ella la fecha de su última regla y me contesta él. ‘Oiga ¿y cuándo se empezó a sentir enferma?’ ‘Desde anoche’ y la mujer muy calladita y el hombre es el que habla...” (T6M–MF:2).

Los hombres esposos asumen posturas de supervisión y control y toman el mando de la salud de sus parejas, aspecto que se asocia de nueva cuenta con los *tabúes* expresados en represiones machistas.

“Otra de las cosas por ejemplo, hay familias que todavía están a lo que diga el *esposo*, entonces si el *esposo* dice que vayas a revisarte bien, si no, no. Hay todavía mucho tabú, hay mucho *machismo*” (TIV–MG:4).

“Llegué a ver algún caso de que el esposo decía [a la mujer] ‘¿Y por qué te va a tocar [el médico]?’ entonces yo para evitar esas situaciones le explico a él que

no pasa nada. *Siempre hay que buscar la seguridad para uno y que se le dé más confianza a las pacientes y a sus parejas...*” (T6M–MF:4).

El silencio de las mujeres es comprendido en dos formas ambivalentes. Por una parte, las mujeres son vistas como víctimas del sometimiento de sus esposos, pero al mismo tiempo, son sutilmente señaladas por permitir que su espacio se invada, por no poseer criterio firme y por no hacer válido su derecho a la privacidad.

“El marido le dice [a la mujer] ‘¿Sabes que te va a revisar el doctor?, No vayas’, ‘Oye pero me duele’, ‘¡No!, que te va a revisar el médico’ y la mujer también ciertamente también tiene luego esas limitaciones, vamos a decir que es cuestión de *criterio...*” (T6M–MF:4).

Aunque es poco usual que las mujeres jóvenes demanden servicios de CaMa se recomienda que éstas vayan en compañía de la madre. Esto se solicita, ya que se ha puesto al descubierto un embarazo cuando la consulta de primera instancia se da por otros motivos: “...me han tocado jovencitas que vienen porque tienen diarrea, vómito y vienen con la mamá, y resulta que detrás de todo esto hay un embarazo...” (T6M–MF:6). Se llegó a afirmar que los padres de familia piden a sus hijas no dejarse tocar por un médico: “No dejes que te toquen [los médicos], hasta que no te toque tu *esposo*, porque si te toca, ya eres *impura* y tú nada más debes de conocer tu *cuerpo...*” (T1V–MG:7).

#### ▪ *Cooperación y regaños*

Como se ha manifestado, las mujeres no son concebidas por los médicos como sujetos autónomos sino que están subyugadas en los espacios de salud a las determinaciones que los profesionales promueven para evitar el deterioro físico de las pacientes. Cualquier episodio que contraríe estos preceptos es fuertemente criticado y rechazado por el personal médico, quien acude a los regaños para contrarrestar la desobediencia y el descuido de las mujeres.

La lucha de los médicos es lograr la *cooperación* de las mujeres, que no es más que éstas *acepten*, sin objeción alguna, las indicaciones dadas. Así, las mujeres *cooperadoras* fueron merecedoras de calificativos más favorables por parte de los proveedores, que las pacientes que se resisten, que indagan y cuestionan los procedimientos clínicos, es decir, que son, según sus palabras, “problemáticas”. Desde esta mirada, los regaños son justificables, pues las mujeres deben acatar y hacer lo que se les pide, ya que ellas no tienen la capacidad

suficiente para velar por su propio bienestar. De nueva cuenta, se reproduce el patrón paternalista y autoritario en donde la mujer debe ser educada e instruida y para tal fin, los médicos retoman actitudes que refuerzan el papel de subordinación de las usuarias. En lugar de involucrarse con la salud de las mujeres, los médicos se esfuerzan en *convencer*, en buscar la *cooperación* y cuando no logran sus objetivos optan por medidas coercitivas como el *regañó*. En el ejemplo siguiente la médica se refería al embarazo adolescente, pero puede suponerse que esto se disemina a los demás servicios de salud para la mujer:

“Cuando una adolescente está embarazada así como que yo empiezo a *regañarle*, ‘¿Por qué lo hiciste?, No puedes hacer esto, por esto y esto’...” (T6M–MF:7).

Se plantearon diversas elucubraciones sobre el *regañó* y las razones por las que se utiliza en los servicios de salud. No obstante, ciertos entrevistados reflexionaron más a fondo y admitieron que no es una conducta óptima: “los pacientes vienen porque realmente quieren que los escuchen, no vienen para que le pongan una *traba*, no vienen para que los *regañen*, no vienen para que les digan ‘¿Sabe qué?, ya no hay, ya esto...’ mil cosas...” (T8V–MF:7).

### VI.3 APROXIMACIÓN A LOS SIGNIFICADOS MÉDICO–SOCIALES

Hasta este punto del análisis y en capítulos precedentes se ha mostrado cómo los médicos relacionan las barreras para la atención del CaMa con palabras generales como el miedo, las creencias, la cultura, el pudor, los tabúes, la vergüenza, entre otras, que abarcan un sinnúmero de interpretaciones y que son empleadas como especies de “comodines” que sintetizan la realidad colindante de las mujeres. Los términos que emergen en los relatos médicos pueden ser ordenados en tres grandes bloques, ya que aluden a las mismas circunstancias o características: 1) ignorancia/desconocimiento; 2) pudor/vergüenza/pena/miedo y 3) tabúes/creencias/cultura. Algunas de estas concepciones están ancladas con la situación de pobreza y exclusión de género que pudo verse en los dos puntos anteriores.

### VI.3.1 Ignorancia/desconocimiento

La ignorancia/desconocimiento es un aspecto que se repite recurrentemente por los entrevistados y remite a la falta de *conciencia* y de *información* por parte de las pacientes sobre distintos ámbitos, ya sea la salud, las técnicas de detección, el cuerpo y otras situaciones. La indiferencia y pasividad de las mujeres, que éstas no pregunten, que no se den a entender como los médicos esperan, también son interpretadas como actos propios de personas con bajos conocimientos, es decir, con poca escolaridad. Algunos segmentos transcritos permiten ilustrar lo dicho:

“La verdad es que yo he encontrado mucha *falta de conocimiento* por no decir *ignorancia*...porque eso [el cáncer de mama] no se le desea ni siquiera a tu peor enemigo...” (I5M–MG:2).

“Están *mal informadas* porque luego, ¿es que me dijo mi familia que duele muchísimo [la mamografía] y luego no vienen a veces por eso...” (T5M–TR:4).

“No, *no conocen, no saben*, uno les tiene que decir cómo se tiene que tocar, como tienen que aprender a sentir su tejido...hay que decirles a ellas, *no saben*, así pues ni de que se trata ni por qué, ni qué es eso...” (I2M–MG:6).

La ignorancia/desconocimiento también resulta de sopesar las valoraciones médicas *versus* las valoraciones femeninas en un tema en concreto. Todo aquello que se sale del discurso técnico y “objetivo” del médico es refutable y menospreciado. Se impone un conocimiento en detrimento de otros, considerados inferiores.

“...si no estoy convencido al cien % me va a ser muy difícil convencer a alguien con un *nivel de conocimiento todavía inferior al mío* y con una serie de barreras que hay que estar franqueando, pero yo creo que ahí debemos también enfocar un poco los esfuerzos” (I6V–MG:4).

### VI.3.2 Pudor/vergüenza/pena/miedo

La medicina en general, y en particular la exploración ginecológica, se basa en la identificación de evidencias (la mayoría de ellas visibles y manifiestas) para el suministro de información sobre el estado de salud de los individuos. Para los procedimientos médicos, el personal de salud cuenta con diversos métodos y herramientas que les sirven de apoyo

técnico para recopilar o corroborar hallazgos clínicos. La atención del CaMa pasa por todos estos procesos, donde lo que se busca en primera instancia es “objetivar” los signos y síntomas mamarios con el padecimiento de la enfermedad. Tal característica de “objetividad” implica que las mujeres expongan y dejen al libre albedrío de los médicos sus partes corporales más privadas, provocando efectos y sensaciones que pueden interferir en el escrutinio.

Para los médicos, el pudor/vergüenza/pena/miedo de las usuarias está relacionado con el hecho de que tiene que descubrir sus senos y exponer sus cuerpos. La detección del CaMa y en concreto el ECM y la mamografía requieren que la mujer quede desnuda ante otro. Pero no solo ser miradas es lo que genera todos los sentimientos descritos, también la posibilidad de ser *tocadas* por terceras personas con las que no existe vínculo afectivo o moral alguno. La relación interpersonal médico–paciente se da regularmente entre dos sujetos ajenos y desconocidos, provocando zozobra:

“El sentimiento de la *vergüenza* se encuentra estrechamente relacionado con el *sentirse mirado*, por el *sentirse descubierto* por el otro o juzgado por el otro. Esta manifestación afectiva también toca con el *pudor*, el cual aparece en aquellas situaciones en las cuales la intimidad puede quedar revelada al otro, tal como sucede en el caso de la mirada...Así, la *vergüenza* podría entenderse como un sentimiento que se manifiesta frente a algo que se revela, algo que debería estar oculto y se saca a la luz. El *pudor*, por su parte, se relaciona con una fuerza que lleva a proteger la intimidad, lo que no se puede mostrar al otro. Cuando el pudor no consigue esto por cualquier razón, aparece la *vergüenza*. Al hablar de la *vergüenza* y del *pudor* se toca con lo oculto, con lo que no se puede enseñar” Urrego (2007:79–80).

Estar bajo la supervisión del otro (el médico, la enfermera, el trabajador social) produce temor. *Miedo* a lo que otro haga con el cuerpo y también de lo que se adolece. También angustia por los reproches, regaños que las pacientes reciben por parte de los médicos (más adelante se retomará este tema). Algunos testimonio se vinculan con lo planteado:

“...´doctora, la verdad, eso [el cáncer de mama] *da miedo, da miedo hasta saber`*...entonces nada más el hecho de que tú tienes que tener sensibilidad de cómo decir las cosas, nada más para hablarles por teléfono, ´venga porque ya están los resultados`, entonces cuando le hablan para decirle que ya están los resultados hasta *miedo* les da y vienen, otras dicen ´es que no puedo, es que no quiero, es que me da *miedo*...” (I5M–MG:2).

“Yo siento que ya no es tanto el *pudor* u otra cosa o de ellas mismas, sino que más bien yo siento que es *miedo* y al platicarlo dicen, ´no es que sí me han

dicho, yo no me reviso porque me da *miedo*, entonces, ¿para qué vengo?” (T4M–MF:8).

“La semana pasada vino una señorita, la palpamos, le comentamos...obvio no quería porque el *pudor*, ya sabes...Sabemos que aquí aparte del nivel socioeconómico, la *moral* y aparte, ¿cómo se dirá?, lo que pasa es que no son tan libres de cierta forma pero sigue habiendo ese *pudor*, entonces que lleguen y te palpen, que te toquen y digan ‘no pues es no es nada común’, entonces yo creo que las pacientes sí se sienten incómodas” (I4M–MG:1).

La desnudez como parte de las exploraciones físicas, realizadas de forma preventiva por parte del personal médico en ausencia de enfermedad (como en el caso del CaMa), es más difícil de asumir, supone mayor trasgresión a las pacientes y repercute en una menor tasa de participación de las mismas.

### **VI.3.3 Tabúes/creencias/cultura**

Los médicos y el personal de salud asignan y elaboran perfiles de las mujeres que aluden y sintetizan sus formas de ser, pensar y actuar. A partir de estas abstracciones las mujeres responden a atributos y comportamientos que los médicos utilizan para guiar sus funciones sobre el CaMa y cualquier otro tipo de servicio. En el esquema discursivo de los entrevistados, tabúes/creencias/culturas son elementos que condensan el estatus social de las personas y que determinan sus actitudes de receptividad o rechazo, de acato o rebelión a las disposiciones médicas. Estas características inherentes a la población son parte de una construcción social que se encuentra arraigada y que ha perdurado de generación en generación: “...lo que pasa en nuestra sociedad, es que todavía tenemos *raíces* muy allegadas a nuestros padres, ¿es ideología, no?, esos son *tabúes* que no se han podido romper todavía, entonces hay gente que trae esa idea...” (T1V–MG:2). Más que cuestionar dichas dimensiones, los médicos las utilizan como tamiz que sirve de base para concretar los procedimientos de atención.

Entre médicos y médicas surgen creencias estigmatizantes acerca de los atributos idiosincráticos de las mujeres de sectores *pobres* que se asocian a menudo con ignorancia, irresponsabilidad, descuido a la salud, entre otros. En síntesis, para los médicos, tabúes/creencias/culturas tienen que ver con el *nivel socioeconómico bajo* y lo que ello conlleva: baja escolaridad, insalubridad, entre otros. La *ignorancia/desconocimiento*, es

propia de comunidades pobres como las de Tlalpan e Iztapalapa, y no de otras como lo explicó una profesional:

“Tienen una *educación muy baja*, por obvias razones no van a saber qué servicios tenemos y nada más vienen por una gripe, una intoxicación, porque tienen y no saben que cuentan con más servicios, por obvias razones si saben que hay vacunas porque eso ya viene desde culturas anteriores o en la televisión mínimo, pero hay personas que no, que piensan que no tenemos por ejemplo la mamografía, entonces si es dependiendo del nivel *socioeconómico* y la *educación*. Te digo que no vienen de alto nivel [socioeconómico] porque ¡nada que ver!” (I4M–MG:3).

Además, esta médica toca un tema que merece ampliarse. Para ella, las mujeres pobres están más familiarizadas con cuidados básicos (de menor gravedad como las gripas) y atención de los niños, dado las fuertes campañas de información que se han emprendido en el país, con énfasis en los sectores más marginales. Entre tanto, las mujeres de estratos elevados tienen más elementos de cuidados a la salud más complejos. Las primeras saben lo concerniente a los servicios de salud para los hijos y las otras sobre los servicios de salud para sí mismas. Algo que desde la explicación médica resulta indiscutible y lógico porque es lo que distingue la *cultura* en cada estrato. Otros relatos ilustran la interferencia de la cultura en la atención médica:

“Muchas veces por nuestra *cultura*, la gente le da más importancia a la escuela, el trabajo, digo, sé que son necesidades muy fuertes, a veces van dejando la salud al último, no se preocupan ni se ocupan y luego aunque se ocupen es difícil a veces que sigan las indicaciones, es difícil, en primera la *cultura*, la *educación* que tenemos repercute mucho en que puedan tratarse adecuadamente” (I2M–MG:2).

“Son cuestiones *culturales*, se van transmitiendo de generación en generación, no estamos habituados, acostumbrados, voy al médico y el médico me va a revisar genitales...” (T6M–MF:3).

#### VI.4 SÍNTESIS Y DISCUSIÓN

A través de esta investigación se ha querido mostrar que tanto la organización de los sistemas de salud como las concepciones de género y pobreza de los médicos sobre las mujeres influyen en la atención del CaMa.

Se encontró que los médicos conciben la pobreza como un hecho inherente a la población que atienden y como la génesis de los problemas que los aqueja. Ellos consideran que los problemas de salud de las mujeres existen porque simplemente son pobres. Sin embargo, el personal de salud se siente ajeno a intervenir este ámbito, ya que esto se escapa de su rango de acción. La pobreza que viven las mujeres tiene diversos matices y expresiones sociales en la comunidad, donde dicen los médicos, persisten situaciones de vulnerabilidad como la violencia, el desempleo, la baja remuneración laboral, los embarazos adolescentes, entre otros. Además, los mismos identifican que su población de influencia se ubica en colonias y viviendas precarias donde persiste el desabasto de servicios básicos de saneamiento y las vías terrestres se encuentran, algunas de ellas, sin pavimentar. Estas circunstancias de vida afecta a todos los grupos de población (niños, mujeres, hombres, adultos mayores).

La situación económica se percibe, por parte de los entrevistados, como un fuerte obstáculo para que las mujeres acudan a las citas de atención, más aún si son preventivas. Para el caso del CaMa, la situación es compleja, puesto que hay un exceso de requisitos burocráticos para enviar a las usuarias a pruebas mamográficas (llenado de formatos). Por lo general, las mujeres deben ir a las unidades dos veces o más para realizarse la detección. Algunas veces, el retraso en la atención se debe a que las mujeres no van “preparadas” para el examen o porque el sistema de cómputo está diseñado para que se otorguen citas, un día después que la mujer se ingresa al programa.

Otro punto que evidenciaron los galenos es que las pacientes relegan el cuidado de su salud debido a que no pueden abandonar el hogar, ya que son las encargadas del cuidado y los oficios domésticos, o bien porque cumplen largas jornadas laborales que les impide asistir en los horarios de atención establecidos en los centros de salud.

Frente al tema de género se pudo establecer que los médicos refuerzan ideas socialmente construidas sobre las mujeres y esto determina los procedimientos que se llevan a cabo con ellas. Los médicos declararon que se les facilitaba prestar servicios de atención de CaMa a mujeres adultas, ya que están familiarizadas con mostrar sus cuerpos y ser auscultadas; además muchas son unidas y con hijos. En palabras de los médicos este tipo de mujeres son más “cooperadoras”, es decir, aceptan ser revisadas y acatan apaciblemente las recomendaciones terapéuticas que se les hace.

Las mujeres no son concebidas como sujetos autónomos y por este motivo los proveedores de salud de Tlalpan e Iztapalapa, en determinadas ocasiones, optan por acudir a los regaños, aunque a veces reconocen que no es un procedimiento ético, aunque sí necesario.

Otra estrategia que utilizan dichos médicos es la de negociar con los cónyuges o padres de familia la salud de las pacientes, sus necesidades y su manejo clínico.

Los participantes consideran que el cuerpo es responsabilidad de las mujeres y ellas son las que deben aprender a identificar las señales anormales y demandar los servicios de salud cuando se presenten síntomas. No obstante, los médicos de esta muestra opinaron que las mujeres no tienen la suficiente capacitación para identificar cuando algo anda mal y mucho menos saben realizarse adecuadamente las técnicas de exploración de las mamas, generando doble culpa sobre las mismas.

Las palabras comúnmente utilizadas por los médicos para designar las barreras de atención de CaMa están relacionadas muy de cerca con ideas que hacen alusión a posiciones de género y pobreza: “ignorancia”, “baja cultura”, “desconocimiento”, “falsas creencias”, “pudor”, “miedo”, “vergüenza”. Los médicos manifestaron, salvo en algunos casos, que la situación socioeconómica y la condición de las mujeres en la sociedad, son obstáculos que tienen para el acceso a los servicios de salud, lo que acentúa su posición de subordinación.

En la literatura se señala que en la relación médico paciente, concretamente en la práctica médica vinculada con el cuidado y atención en SSR, las mujeres han sido concebidas como sujetos pasivos que van a los servicios de salud para ser observadas por los profesionales quienes, desde su formación “científica”, deciden las intervenciones más “convenientes” (Castro, 2008; Palacio, 2008). Este modo de ejercer la medicina implica relaciones de poder y subordinación que están ancladas en las creencias y convicciones más personales de los profesionales (Lloréns, 1997). En este contexto, la construcción sexo/género ha sido un punto de discusión, ya que los médicos interponen juicios de valor *a priori* sobre las mujeres/pacientes/usuarios que reproducen y perpetúan las desigualdades sociales, especialmente sobre aquellas personas que viven en condiciones de pobreza y marginación (Jasís, 2000; Erviti, Castro y Sosa, 2006; Carranza, 2007; Schraiber y d’Oliveira, 2008; Fernández, 2008; Herrera, 2010; Dides, 2010).

Particularmente, en Tlalpan e Iztapalapa, se pudo identificar que las construcciones de los profesionales médicos sobre el género y la situación de pobreza inherente a las mujeres no son categorías aisladas ni estáticas en los discursos médicos, en cambio, ellas son multidimensionales, transversales y permean los servicios de CaMa. Esto es crucial, pues como lo afirma Donabedian (1988:18), “en el campo de la atención médica, como en cualquier otro campo de la política social, las opiniones y preferencias personales de los médicos, tiñen considerablemente las recomendaciones para la acción”.

Es claro que, como lo sustenta Waitzkin, (1991), cuando un paciente se acerca a un médico en busca de ayuda, no lo hace solamente con un problema de dolencia física, sino que va desde un contexto social, que incluye el trabajo, la familia y la comunidad de la que hace parte. De tal suerte que en la detección del CaMa, es impensable no contemplar el contexto general en el que las mujeres se desenvuelven y viven.

## **CAPÍTULO VII. PUNTO DE LLEGADA Y VISIÓN A FUTURO**

---

---

Este trabajo partió de una pregunta central que buscaba establecer las principales barreras de acceso y uso de servicios de salud para CaMa que pueden afectar negativamente la detección de esta enfermedad, haciendo especial énfasis en la organización de los servicios de salud y las concepciones de género y pobreza que forjan los proveedores de salud alrededor de las mujeres. Como hipótesis general se supuso que la atención del CaMa en el primer nivel de atención de las zonas de Alta y Muy Alta marginalidad de Tlalpan e Iztapalapa, en el Distrito Federal, se ve obstaculizada, además de otros factores, por la forma como están concebidos y dispuestos los servicios de salud y, por sesgos de opinión de los médicos sobre las pacientes que impiden o retrasan los procesos de atención.

Para dar seguimiento al cumplimiento la hipótesis, en este capítulo se hará una recapitulación de todo el trabajo expuesto hasta ahora, revisando los datos encontrados más importantes, mostrando las ventajas y las limitaciones en el desarrollo teórico-práctico, discutiendo los hallazgos en su conjunto, estableciendo las conclusiones que se derivan del análisis y enfocando la mirada hacia posibles estudios a futuro. A la luz de estos resultados se plantean además algunas estrategias de políticas públicas que pudieran ser consideradas en planes de intervención en CaMa.

### **VII.1 RECAPITULACIÓN Y PRINCIPALES HALLAZGOS**

#### **VII.1.1 El problema de investigación**

La presente tesis aborda, en un principio, los niveles y tendencias de la mortalidad en México y sus diferencias (geográficas y por sexo). Se encontró que el país ha transitado de un patrón epidemiológico caracterizado por la presencia de muertes infecto-contagiosas a otro donde se resaltan las enfermedades crónicas y degenerativas, muchas de ellas, prolongadas, de difícil control clínico y altamente incapacitantes y letales. En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres se evidenciaron divergencias en las tasas y causas de mortalidad, algunas de ellas asociadas con roles de género que inciden de manera variada en las probabilidades de fallecer.

En México, desde 2006, el CaMa ha sido la primera causa de muerte por tumores malignos, observándose un sostenido incremento en la tasa de mortalidad por esta razón, pasando de 5 muertes por cada 100 mil mujeres en 1979 a 10.7 en 2010, lo que significa un

aumento de 114% durante este periodo. Se subrayó que en 2007 se perdieron un total de 12 949 años de vida en mujeres entre los 20 y 79 años, y anualmente se diagnostican en promedio 12 mil casos de CaMa en todo el territorio nacional. Tanto la morbilidad como la mortalidad por esta patología muestran contrastes heterogéneos al interior del país donde emergen y confluyen diferentes realidades sociales, culturales, políticas, económicas que tienen expresiones claramente diferenciales en la forma de enfermar y morir.

El CaMa es una enfermedad de etiología múltiple, lo que hace que su detección y control sean muy complejos. Hasta el momento, se ha establecido que la mamografía organizada y sistemática en mujeres entre 50 y 69 años podría reducir en alrededor 30% la mortalidad por esta afección. Otras medidas de intervención sugeridas, aunque menos valoradas médicamente, son la AEM y el ECM. En el país, la atención del CaMa se regula a través de la NOM 041–SS2–2011 donde se recomiendan acciones de promoción para la detección mediante la AEM (en mujeres de 20 años en adelante) y detección por medio del ECM (en mujeres de 25 años o más) y pruebas mamográficas (en mujeres de 40 a 69 años de edad). No obstante, se probó que México no cuenta con los recursos humanos, económicos, técnicos y de infraestructura para garantizar servicios de salud de calidad en cada una de las etapas de atención de esta enfermedad. Se ha indicado que las tareas propuestas en la Norma no están respaldadas con partidas presupuestales lo que dificulta el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Debido a los cambios demográficos, la población femenina, en riesgo de padecer CaMa, va en constante aumento. De acuerdo con proyecciones del CONAPO, entre 2010 y 2020 la población de 40 años en adelante se incrementará en 3.8% y para el siguiente decenio (2020–2030) en 2.4%, lo que implica grandes retos para el sistema de salud y el gobierno en general. Sin embargo, en este trabajo se documentó que la situación es crítica en algunos aspectos relacionados con la atención de CaMa; por ejemplo, de los 2 680 radiólogos disponibles en el país, nada más 110 están debidamente certificados. Por otra parte, la población no derechohabiente de la SS dispone de 58 radioncólogos cuando para lograr una adecuada cobertura en este grupo poblacional sería necesario contar con 200 o 300 especialistas de este tipo.

Un punto nodal que se identificó, a través de la revisión bibliográfica, es que sobre los médicos del primer nivel de atención en salud recae una importante labor de promoción de la salud y prevención del CaMa, tal como lo estipula la NOM 041, pero la realidad es que más de 80% de los casos de CaMa que son diagnosticados en el territorio mexicano se hacen en

etapas clínicas avanzadas, cuando el cáncer es más agresivo y cuando las posibilidades de sobrevivencia de las mujeres se reduce sustancialmente.

Ante este panorama descrito se despertó el interés por entender el fenómeno de la atención del CaMa desde el enfoque de los estudios de población, involucrando la visión de los proveedores médicos como variable intermedia que influye en la salud y bienestar de los individuos. Algunas de las preocupaciones que surgieron fueron ¿Qué barreras de orden organizacional y relacionado con el género y la pobreza de las mujeres declararan los médicos del primer nivel de atención para prestar servicios de CaMa? ¿Por qué si hay un énfasis sobre la prevención primaria del CaMa, las mujeres siguen siendo diagnosticadas tardíamente? Se observó que la mayoría de respuestas sobre estas cuestiones han sido retomadas desde el ámbito de las mujeres y pocas veces desde los profesionales médicos. También se descubrió que gran parte de las investigaciones tienen enfoques epidemiológicos y sociológicos, mientras que en el campo de los estudios de población, esta perspectiva apenas empieza a tomar auge. Por esta misma razón, el diseño conceptual y empírico implicó la revisión y aplicación de diversas corrientes teóricas, así como la integración de diferentes instrumentos metodológicos, como a continuación se detalla.

### **VII.1.2 Procedimientos teórico–metodológicos**

Para alcanzar los propósitos planteados en esta tesis, y dada la complejidad del tema que pretendía abordarse, se seleccionó el marco de los determinantes sociales en salud (DSS) como eje conceptual. Paralelamente, se complementó este esquema con fuentes bibliográficas específicas que ahondaban en puntos de interés como el género, la pobreza y la organización de los servicios de salud, entre otros.

La riqueza del enfoque de los DSS para esta investigación estribó en que permitió integrar aspectos de la salud individual que se ven afectados por sistemas sociales más amplios. En concreto, se pudo ver que la atención del CaMa no solo está condicionada por variables asociadas con las mujeres sino que también está determinada por otros elementos que estructuran su salud, entre los que se encuentran las condiciones de vida y trabajo, el acceso a alimentos y servicios esenciales, así como el nivel socioeconómico, la cultura y el medio ambiente. Aunque son muchos los puntos de análisis que provee los DSS, solo se seleccionaron aquellos componentes que estaban acorde con los propósitos del estudio.

Con la finalidad de complementar los datos y profundizar sobre el objeto de investigación, en la metodología se contempló la aplicación de herramientas mixtas, es decir,

cuantitativas y cualitativas. Con este trabajo se puso en evidencia la escasa disponibilidad de datos sobre los proveedores médicos en el país, sus características sociodemográficas y las prácticas de atención que realizan. Esta limitación hizo necesario acudir a variadas fuentes de información para acercarse tema de interés. En primer lugar, se utilizaron datos secundarios, todos ellos extraídos de encuestas realizadas en distintos momentos, con población, objetivos y alcances disímiles entre sí. Esto sirvió para contextualizar los procesos de atención (prevención, detección, diagnóstico, confirmación, tratamiento y control del CaMa) y para explorar los servicios de salud que son prestados en este ámbito. En segundo lugar, se realizaron 15 entrevistas a profundidad con proveedores médicos a los que se les indagó sobre las barreras de acceso y atención del CaMa de las mujeres.

Como contexto de referencia se seleccionaron dos zonas de Alta y Muy Alta marginalidad de Tlalpan e Iztapalapa, en el Distrito Federal, por cumplir los siguientes criterios: 1) disponibilidad de información relevante según los intereses de este estudio, 2) accesibilidad a las unidades médicas para la realización del trabajo de campo (permitidos por la SS). Adicionalmente, se seleccionó el Distrito Federal por ser la capital del país y, como tal, un punto de referencia importante por su alta concentración de servicios de salud. Se entrevistaron médicos (generales, de familia, comunitarios, entre otros) del primer nivel de atención en salud, de instituciones públicas, que atendían a población sin derechohabencia. También se obtuvo dos entrevistas con técnicas en radiología que laboraban en los centros visitados.

Si bien, los profesionales de la salud fueron el foco de interés principal del trabajo empírico, no podía desarrollarse el estudio sin poner en perspectiva la situación de las mujeres respecto a la atención del CaMa. Considerando lo anterior, se partió de un diagnóstico general sobre las mujeres y los procesos de detección del CaMa, así como de las barreras de acceso a los servicios de salud. En esta parte fue primordial contrastar los datos disponibles, en función de diversas características sociodemográficas de las encuestadas. Para dar cuenta de esto se recurrió a cuatro encuestas, tres de ellas con dominio nacional (*Encuesta Nacional de Salud*–ENSA 2000, *Encuesta de Salud Reproductiva*–ENSAR, 2003 y *Encuesta de Salud y Nutrición*–ENSANUT, 2006), y a una representativa de las áreas marginales de Tlalpan e Iztapalapa (*Encuesta sobre Necesidades en Salud Reproductiva en el Distrito Federal*–ENSR–DF, 2007). Los procedimientos de análisis que se hicieron con dicha información fueron de carácter estadístico descriptivo e inferencial (Análisis de Clasificación Múltiple–ACM y regresiones logísticas binarias).

Posteriormente, se llegó a los profesionales médicos –sujetos medulares de la tesis– y a través de una pequeña encuesta (con 55 participantes) se observó las características de los servicios de SSR (incluyendo el CaMa) que se otorgaban en los puntos geográficos ya mencionados. La técnica de análisis de las entrevistas fue la *Teoría Fundamentada*, la cual permitió concentrar la atención en conceptos, propiedades y dimensiones específicas de los diálogos médicos. Para el procesamiento de los datos se empleó el programa especializado en el análisis de datos cualitativos *Atlas.ti* y también se recurrió a la codificación manual.

### **VII.1.3 Prevención y atención del cáncer de mama en las mujeres mexicanas**

Como se ha dicho a lo largo de este texto, el CaMa tiene distintas expresiones en las posibilidades de enfermar y morir. En cuanto a los procesos de atención de esta patología también se encontró que el acceso a las diferentes fases no es homogénea entre la población, más aún cuando se tiene en cuenta las variables de las mujeres como nivel socioeconómico, grupo de edad, localidad de residencia (urbano/rural), paridad, situación conyugal, derechohabiencia y grado escolar de las mujeres.

En cuanto a las prácticas de detección, en este trabajo se encontró un elevado porcentaje de uso de la AEM en mujeres de entre los 20 y los 49 años de edad. El ECM y la mamografía alcanzaron porcentajes notablemente menores en su empleo, y más bajos para esta última técnica, tal como pudo constatarse a través de las encuestas empleadas en donde se obtuvo lo siguiente:

- 74.4% de las mujeres entre los 20–49 años se hizo la AEM en los últimos meses (ENSA).
- 37.7% de las mujeres entre los 20–49 años se hizo el ECM en los últimos meses (ENSA).
- 19.2% de las mujeres de 40 años o más se hizo la mamografía en los últimos 12 meses (ENSANUT).

La frecuencia con la que se hace seguimiento de las mamas resultó un factor de preocupación, puesto que 56.8% de las mujeres encuestadas a través de la ENSAR declararon hacerse la AEM cada mes y 52.2% de las mismas el ECM cada año, cifra que es menor a lo que

la Norma recomienda en cada caso.<sup>58</sup> De otro lado, los modelos de Análisis de Clasificación Múltiple (ACM) que se corrieron para cada encuesta y tipo de técnica de tamizaje mostraron, *grosso modo*, que las variables que explican con mayor peso el uso de las pruebas de detección del CaMa son: la derechohabiencia y la escolaridad, seguidas por el estrato socioeconómico y el grupo de edad; esto analizado a la luz de todas las demás variables contempladas en el estudio, es decir, la paridad, el estado conyugal y el tipo de localidad (urbano/rural).

Con base en la información secundaria más reciente (proveniente de la ENSANUT 2006), que se empleó en esta tesis, se tuvo que de 16.8%<sup>59</sup> de las mujeres que se habían hecho la mamografía alguna vez en su vida, 13.9% nunca recibieron sus resultados, y entre aquellas que tuvieron un pronóstico de malignidad (1.9%) solo fueron tratadas 78.9%. Al desglosar los datos por características sociodemográficas se encontró que las mayores disparidades en el proceso de atención del CaMa se dieron entre aquellas con y sin derechohabiencia, entre las que tenían hijos y no tenían y entre las mujeres de estratos bajos y medios-altos (según la ENSANUT).

A nivel de Iztapalapa y Tlalpan se evidenció que 91.9% del total de mujeres entre 20 y 49 años se había realizado al menos una de las pruebas de detección de CaMa: 88.9% indicó que alguna vez se había efectuado la autoexploración de las mamas, 37.9% se hizo el ECM y 30.4% la mamografía (este porcentaje solo en mujeres de 40 a 49 años). De las regresiones binarias se destacó que la derechohabiencia tiene efectos significativos y aumenta la probabilidad de que una mujer se haga la mamografía (pero solo para las que están cubiertas por servicios de salud públicos y privados), sin embargo, las que pertenecen al SP o portan *Tarjeta de Gratuidad* (TG) tienen más probabilidades de hacerse la AEM y el ECM.

Por otra parte, al indagar a estas mismas mujeres sobre las razones para no realizarse la AEM se adujo: “desidia” (35.9%), porque no sabían cómo hacerlo (28%), porque no creían necesario/no se sentían mal (27%) o por otras razones (9.1%). Cuando hubo la detección de una molestia en las mamas, algunas entrevistadas no fueron al médico por no saber dónde ir (51.4%), por no faltar a su trabajo (22.2%), por miedo al procedimiento (12.3%) u otras causas (14.1%). Las mujeres que nunca se habían hecho una mamografía en los últimos cinco años, previos a la encuesta, 47.1% no lo hicieron porque eran menores de 40 años, 27.3%

---

<sup>58</sup> Hay que recordar que en la NOM 041–SSA2–2011 se establece realizar la AEM mensualmente en mujeres de 20 años o más y el ECM con una frecuencia anual en mujeres de 25 años en adelante.

<sup>59</sup> La cifra presentada inmediatamente antes sobre esta encuesta (19.2%) contempló solo a las mujeres de 40 años que se hicieron la mamografía. El 16.8% incluye al total de mujeres encuestadas en la ENSANUT, es decir, de 20 años o más.

porque no sintieron molestias y 4.5% porque el médico no se lo había solicitado, principalmente. Sobre los servicios para el CaMa recibidos en los centros de salud, 27.7% de ellas consideraron que la última vez que le practicaron la mamografía no hubo explicaciones suficientes sobre el procedimiento, 14.8% sintieron que no les hablaron en un lenguaje claro, a 17.6% no le aclararon todas sus dudas y 17.8% desconfiaron del personal médico que las atendió (ENSR-DF, 2007).

#### **VII.1.4 Servicios de salud para cáncer de mama en áreas marginales del Distrito Federal**

Este apartado recoge los puntos de vista más destacados que fueron obtenidos mediante una encuesta realizada a 55 médicos y 15 entrevistas a profundidad con proveedores del primer nivel de atención en salud de las zonas de marginalidad alta y muy alta de Tlalpan e Iztapalapa. Esta información, aunque constituye un análisis de caso, podría ser el reflejo de una realidad similar a la que ocurre en centros de salud con características como las que aquí se describen. Dicho hecho, es preciso indicar que los resultados de este estudio solo deben considerarse a la luz del contexto específico donde se realizó.

En el primer rubro que se exploró, concerniente a la capacitación de los entrevistados, se mostró que la gran mayoría de los médicos había realizado sus estudios en instituciones públicas (más de 90%) y al menos la mitad se había especializado. Sobresalió que frente a la Norma para la atención y detección del CaMa, 87% habían escuchado al respecto, pero de éstos, 89.1% la habían leído y, a partir de estos últimos, solo 39% disponían de ella (es decir que la mostraron). De los 55 participantes de la encuesta, 31 habían recibido entrenamiento en temas de SSR, siendo más común el tema de anticoncepción. Ninguno de los médicos notificó haber recibido instrucción en lo que al CaMa se refiere, aunque en el último año, previo a la encuesta, 96.3% habían prestado este tipo servicios. Un aspecto de interés que se notó fue que las médicas y los proveedores públicos tuvieron niveles de capacitación superiores a la de los médicos y los proveedores privados.

El promedio de consultas por día de este grupo de médicos fue de 16 y el tiempo dedicado a cada paciente fue de 20 minutos, en las instituciones públicas, y de 30 minutos en las unidades de salud privadas. Asimismo, se vio que el tiempo de consulta ofrecido por las médicas era más amplio que el de sus homólogos varones (30 vs. 20 minutos).

Al menos 3 de cada 5 médicos entrevistados percibían barreras para que las mujeres no acudieran a los servicios de CaMa, siendo las de mayor importancia: las concepciones

socioculturales (pena que un médico las explore), la falta de información o el temor al diagnóstico. Estas mismas personas respondieron que los tabúes sexuales, el tiempo de espera de las pacientes, su idiosincrasia y los recursos económicos operan desfavorablemente en el acceso a los centros de salud. Igualmente, éstos reconocieron que, a nivel institucional, existen carencias que limitan una adecuada prestación de los servicios, entre los que están: la falta de medicamentos, materiales e instrumentos clínicos, la saturación o sobredemanda de los servicios, la deficiencia de la infraestructura y de personal sanitario.

A través de las entrevistas a profundidad, y de la observación directa, se comprobó que las unidades de salud del primer nivel de atención de zonas de Alta y Muy Alta marginalidad de Tlalpan e Iztapala son espacios que permanecen saturados (tal como se encontró en la encuesta a médicos), donde esencialmente llegan mujeres embarazadas o con sus hijos, demandando servicios enfocados al cuidado de la SR. De este modo, los principales servicios de salud otorgados tienen que ver con el control prenatal, el seguimiento al embarazo y los cuidados de los menores de edad. Bajo este esquema de demanda y oferta de servicios médicos, los entrevistados manifestaron tener poco margen para llevar a cabo tareas preventivas en otros ámbitos de la salud femenina. A esto se suma que el primer nivel de atención en salud en estos lugares está dedicado, en gran parte, a efectuar funciones en las que prevalece la atención clínica y diagnóstica, en competencia con las tareas de detección.

Por lo regular, la prevención y la detección del CaMa en dichos centros de salud son realizadas por personal de apoyo –que también es escaso–, entre los que se encuentran médicos pasantes, enfermeras y trabajadoras sociales. Este tipo de profesionales deben repartir su tiempo entre tareas de curación y prevención, generándose para ellos doble carga de trabajo, incluso triple, si se le agrega las actividades administrativas que muchos de ellos ejecutan.

Se constató que al interior de las unidades médicas visitadas no existen protocolos estandarizados para el manejo del CaMa y no se sigue la Norma, por lo que la atención se guía bajo los criterios y conocimientos sobre el tema que cada profesional tiene. Sin embargo, existen algunos factores de riesgo que los médicos identifican clave para ofrecer servicios de CaMa como son: enrojecimiento de los senos, hundimiento del pezón, manchas, bolas y/o dolor, así como los 40 años de edad. Es decir, en la mayoría de los casos, la atención del CaMa se supedita a la presencia de signos y síntomas de anormalidad. Paralelamente, se pudo ver que los sistemas de referencia y contrarreferencia a nivel intra e inter institucional son deficientes, por lo que se duda de posibles seguimientos a las mujeres en fases más complejas de atención del CaMa (diagnóstico, tratamiento y control).

Las unidades médicas son escuelas donde los proveedores de la salud aprenden el manejo del CaMa, pues las bases empíricas previas son casi nulas. Los médicos advirtieron que sus conocimientos sobre las características e intervenciones de esta patología son mínimos y, por lo tanto, ven la consulta como un medio a través del cual pueden adquirir saberes y acumular experiencia.

Algunas de las estrategias más frecuentes que los proveedores mencionaron para captar a las mujeres objetivo para la atención del CaMa es mediante los servicios de CaCu. En el momento en que las mujeres llegan a realizarse la citología se les recomienda la mamografía, se les hace la ECM o se les enseña la AEM. Algunas veces, se les solicita a las usuarias realizarse ultrasonidos, incluso antes de hacerse una mamografía, aunque esta prueba debe ser pagada, en la gran mayoría de casos, por las mujeres, ya que por lo general no se dispone de este servicio en los centros de salud.

Un punto crítico en la detección de CaMa se debe a la exigencia que se les hace a las mujeres objeto de mamografía de llegar “limpias” a los servicios de salud, es decir, sin desodorante y previamente rasuradas. Ciertas pacientes no son atendidas en la primera cita por no cumplir con dichos requisitos o porque debe hacerse alguna solicitud del examen que puede tardar más de un día en autorizarse. Además, los médicos deben llenar diferentes formatos para remitir a las mujeres a los centros de mamografía, sin que a veces exista el tiempo suficiente, dentro de la consulta, para diligenciarlos. Es importante mencionar que sin estos documentos las usuarias no pueden hacerse la detección de CaMa dentro de las instituciones de atención primaria.

Las técnicas radiólogas, por su parte, manifestaron trabajar a media marcha, lo cual estaría estrechamente vinculado con los problemas expuestos anteriormente. Además, se refirió que no se canalizan a las mujeres al tamizaje por el desconocimiento de los médicos sobre los servicios para CaMa que hay disponibles en el nivel de atención básico. Del mismo modo, los servicios de detección de CaMa de las unidades de salud compiten por la misma población que acude a las unidades móviles, donde el acceso es relativamente más sencillo, pues en estos últimos puntos no se les solicita a las usuarias remisión médica, ni requisitos de preparación previa para la toma de la imagen mamaria.

Una barrera que declararon los médicos para atención del CaMa tiene que ver con el sexo del proveedor de salud. Ellos encuentran que el sexo del médico, principalmente si son varones, puede actuar como freno para que las mujeres se dejen inspeccionar sus senos. De tal manera que ante esta dificultad, algunos optan por no ofrecer servicios o por recomendar a las mujeres que acudan con médicas.

Otro obstáculo que se advirtió en los diálogos de los médicos entrevistados fue la concepción que forjan alrededor del cuerpo femenino. Este es un tema donde se muestran persistentes contradicciones, ya que, por un lado, los médicos consideraron que las mujeres son responsables de su cuerpo y su salud; ellas deben solicitar ayuda médica cuando identifican que algo no va bien en sus mamas o cuando cumplan con criterios de inclusión contemplados en los programas de atención de este padecimiento. Por otro lado, la autonomía de las pacientes sobre estos mismos cuerpos se ve constreñida por normas socialmente construidas que siguen asignando roles y cuidados “permitidos” al cuerpo femenino, en función de la reproducción y la maternidad, principalmente.

Esta misma autonomía es en ocasiones desconocida por los médicos quienes, en común acuerdo con los cónyuges, determinan lo que es adecuado o no para las mujeres. La salud de éstas es un bien que se negocia entre los varones, y los centros de salud se convierten en espacios donde se reproduce el ejercicio de poder y la subordinación a la que comúnmente están sometidas las pacientes, especialmente cuando son pobres y dependientes económicamente de sus parejas, como algunas de las que son atendidas en estos centros de salud, según lo declararon los médicos.

Cuando las mujeres no acatan las recomendaciones médicas, los galenos expresaron utilizar medidas coercitivas, como el regaño, para que éstas “cooperen”. También se infunde miedo a las usuarias de servicios de salud, reforzándose la idea que persiste de que el CaMa es sinónimo de mortalidad. En un caso se pudo observar que una de las médicas disponía en el consultorio de material impreso, con la imagen de unos pechos con mastectomía, la cual enseñaba a sus pacientes para generar temor y lograr de esta manera que accedieran a realizarse la auscultación de las mamas.

Las personas consultadas señalaron que la razón principal por la que las mujeres se acercan a los servicios de salud es porque deben llevar a sus hijos. Ellas son vistas por el personal de salud como las cuidadoras de la familia y las encargadas de velar por el bienestar de todos ellos, lo que implica, en determinados momentos, la postergación o descuido de la salud personal. Aunque este contacto de las mujeres con los centros de salud puede ser una ventana de oportunidad importante para que se les ofrezca servicios integrales de prevención en SSR, los profesionales indicaron que no les alcanza el tiempo para estos fines y mucho menos existen los mecanismos para que las mujeres deleguen temporalmente el cuidado de los infantes a otra persona, mientras reciben la atención.

De los diálogos de los médicos se pudo rescatar que no solo las condiciones institucionales y organizacionales son limitantes para la prestación de servicios de CaMa.

También existen opiniones de los médicos sobre las pacientes que afectan los servicios de salud otorgados. Dichas concepciones se caracterizan por tener un alto contenido moral y por reproducir relaciones desiguales de poder que se amparan en lógicas médicas hegemónicas.

Un hallazgo de gran relevancia es la percepción de pobreza, hecho objetivo y material de las mujeres, que los salubristas traducen como ignorancia, pudor, vergüenza y desconocimiento de las mujeres sobre la salud y sus cuidados. El entorno en el que se desarrolla la vida de las mujeres (la comunidad, la familia, el trabajo, entre otros) es considerado desfavorable por los proveedores médicos, lo que potencia aún más los riesgos de no acceder o usar servicios para CaMa. Al respecto, uno de los entrevistados declaró que el mayor problema de la población de Tlalpan e Iztapalapa que atiende es su vida cotidiana, su propia condición de pobreza, la cual se ve como la causa de que los males se perpetúen en el tiempo y de generación en generación.

Por último, se mostró que los médicos tienen criterios de clasificación permeados por identidades de género que son construidas en torno a las características de las mujeres. Aquellas que han iniciado su vida sexual y han tenido hijos son vistas por los médicos como población “fácil” de abordar en temas como el CaMa, ya que estas mismas están acostumbradas a exponer sus cuerpos, a ser miradas y revisadas. En cambio, los profesionales médicos dijeron sentirse menos cómodos de tratar temas de prevención y cuidado de las mamas con mujeres jóvenes, por considerarlas menos expertas en el campo de la sexualidad. Por lo tanto, el ejercicio sexual de las mujeres es la frontera que delimita los proveedores médicos, en determinados momentos, para iniciar y establecer un proceso de atención en CaMa.

## **VII.2 BALANCE GENERAL: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La conclusión general que se deriva del presente estudio es que la atención del CaMa, en el primer nivel de atención de Tlalpan e Iztapalapa se ve obstaculizada por factores inherentes a la organización y disposición de los servicios de salud (infraestructura, normas, requerimientos, entre otros) que se escapan del control médico. Empero, los profesionales sanitarios recurren a discursos éticos y morales, sesgados por visiones de género y pobreza, con el que identifican a las pacientes, potenciando las barreras para una adecuada prevención y atención de esta afección.

Destaca que los profesionales médicos, objeto de esta tesis, trabajan en escenarios precarios donde por lo general los servicios están saturados, existe una deficiente

infraestructura y hay poco margen para las acciones de promoción a la salud y prevención de la enfermedad, debido, en parte, a que los recursos humanos, los materiales y las instalaciones no son exclusivos para estos fines y, por lo tanto, se ven obligados a efectuar tareas terapéuticas, muchas de las cuales son de carácter prioritario.

Se evidenciaron sesgos de género y clase que se imbrican en los servicios de salud para CaMa, poniendo en una posición de desventaja a las pacientes de las zonas marginales en cuestión. Los médicos median su atención con base en percepciones simbólicas (género) y materiales (marginalidad) que elaboran alrededor de las mujeres, constituyéndose en elementos determinantes de los cuidados preventivos.

Con estas evidencias empíricas es posible aceptar la hipótesis general que se tenía prevista en esta investigación, apuntando que la adecuada atención del CaMa en el primer nivel de atención de las zonas de Alta y Muy Alta marginalidad de Tlalpan e Iztapalapa está obstaculizada por factores asociados con la organización de los servicios de salud y por nociones de género y pobreza que los médicos adjudican a sus pacientes, haciendo que dicho proceso de atención no sea lo suficientemente exitoso, y por el contrario, generando que las mujeres no puedan acceder a estos servicios o posterguen su atención. No obstante, se indica que no solo estos factores estarían incidiendo en la configuración de este panorama. Seguramente otros determinantes estén impactando y condicionando sustancialmente la atención del CaMa de las mujeres de las áreas mencionadas. Entre otras cosas, aspectos de orden macrosocial como las condiciones de vida (economía, trabajo, familia, educación, saneamiento básico), las redes de apoyo comunitario y social, los estilos de vida y, por supuesto, las variables individuales (edad, factores hereditarios, entre otros) y biológicas.

Ahora bien, un análisis más puntual permite ver cuáles son los aspectos más destacables que fueron observados en cada uno de los ejes de esta tesis que pueden convertirse en focos de atención para posibles intervenciones en pro de mejorar los servicios de salud para CaMa, especialmente en el ámbito preventivo.

### **VII.2.1 La dimensión de los servicios de salud**

Los resultados de estudio dejaron ver la magnitud del problema del CaMa en México que ponen en evidencia los grandes retos que existen en el país para hacer frente a esta situación. Los esfuerzos actuales para el control de la enfermedad apuntan al énfasis de acciones de prevención primaria y secundaria para limitar sus efectos nocivos. Dichas estrategias no se

han realizado acorde con las necesidades mexicanas y mucho menos teniendo en cuenta la diversidad de realidades de las mujeres y los servicios de salud, especialmente en contextos de alta marginalidad.

Relativo a la organización y disposición de los servicios de salud se concluye que la mayor parte de la estrategia de atención del CaMa se ha volcado a la ampliación de coberturas de detección, especialmente a través del uso de la mamografía. La Norma promueve tres medidas básicas desde el primer de atención en la salud: la AEM (en mujeres de 20 años o más), la AEM (en mujeres de 25 años en adelante) y la mamografía (en mujeres entre los 40 y los 69 años). Estas medidas, sin embargo, no se han visto acompañas del aprovisionamiento de recursos humanos capacitados, mejoramiento de las condiciones laborales de los proveedores médicos y protocolos de atención estandarizados.

La ambición de incrementar la cobertura de detección de CaMa debe considerarse con mayor cuidado, ya que las metas propuestas podrían tener efectos no deseados en las mujeres, en lugar de aliviar la situación de las mujeres. Específicamente, las consecuencias de la difusión y oferta de mamografías han traído que población no susceptible a dichas pruebas, accedan de manera indiscriminada a ellas. Tal es el caso de algunas mujeres que fueron encuestadas mediante la ENSANUT y LA ENSR-DF.

Por su parte, existe una sobreoferta de servicios mamográficos (en unidades móviles y centros de salud) que compiten por la misma población objetivo, generando que las mujeres acudan a éstos, aun cuando no lo requieran. A la vez, los múltiples objetivos y requerimientos de los programas de tamizaje provocan impactos desfavorables para los programas de atención en los centros de salud del primer nivel de atención, donde se exige a las pacientes llegar remitidas por un médico, previo al llenado de formatos de referencia. En cambio, las unidades móviles parecen tener requisitos más flexibles y las pacientes pueden acudir a ellas sin que sea necesaria la opinión de un médico para llevar a cabo la mamografía.

Dadas las pocas evidencias que muestran la efectividad de la AEM y el ECM en la reducción de la mortalidad por CaMa, es fundamental ofrecer información precisa a las mujeres y los médicos sobre estas técnicas y su utilidad en la identificación de nodos malignos, ya que la promoción excesiva de estas medidas podrían conllevar al incremento de la demanda de servicios mamográficos, producto de falsas alarmas y signos o síntomas mal interpretados; o por el contrario, podría originar que las mujeres asuman una falsa cobertura y no acudan a los centros de salud oportunamente. Ambas técnicas deben ser tomadas con cautela y como prácticas de apoyo para el monitoreo y seguimiento de la conducta de cuidado personal de las mujeres. La difusión y empleo correcto de estas herramientas tendrán el valor

justo si se instituyen canales de comunicación eficientes entre el personal de salud y las usuarias. Esto resulta indispensable, puesto que, como se evidenció con el grupo femenino entrevistado en Tlalpan e Iztapalapa, las mujeres encontraron dificultades para entender correctamente las instrucciones que los médicos les dieron, al tiempo que sintieron que no se les dedicó el tiempo suficiente para resolver sus dudas y temores.

En el corto y mediano plazo no parece vislumbrarse como una opción realizable la cobertura universal mediante mamografía a las mujeres mexicanas. La adecuación de los servicios de salud no se está dando con la misma celeridad que la epidemia se propaga y de cara a los cambios demográficos que han conducido a la acumulación de un mayor contingente de mujeres en riesgo de padecer la enfermedad. Así mismo, los hábitos de vida y los factores ambientales, junto con el contexto macroeconómico y sociocultural pueden adicionar más elementos que representen barreras.

Las limitantes parecen ser de gran magnitud y es por eso que la planeación y organización de los servicios debe avanzar en múltiples frentes de acción. Entre los más destacables están: 1) ampliación de la planta médica en todos los niveles de atención, esto incluye personal clínico y de apoyo como enfermeras, sicólogos, trabajadores sociales, técnicos en radiología, radiólogos, oncólogos, entre otros; 2) mejoramiento de las condiciones laborales de los profesionales de la salud (organización de las jornadas de trabajo, distribución equitativa de responsabilidades al interior de los centros, ampliación de los tiempos de consulta dedicados a los pacientes); 3) adecuación y mantenimiento de equipos de detección (mastógrafos, ultrasonidos, entre otros); 4) optimización de los recursos disponibles; 5) búsqueda de fuentes de financiamiento de los programas para que sean sostenibles en el tiempo, especialmente para las mujeres con limitados recursos económicos; 6) capacitación y actualización en temas de prevención y manejo del CaMa al personal médico, haciendo hincapié en las tendencias epidemiológicas actuales de la enfermedad; 7) difusión de las normas que regulan la atención del CaMa; 8) establecimiento de mecanismos de coordinación inter e intra institucional para el seguimiento de las pacientes en sus procesos de atención en los tres niveles de atención en salud; y 8) homologar criterios de atención en las instituciones públicas y privadas.

Sin embargo, la selección o combinación de técnicas de tamizaje deberá amoldarse a las especificaciones de cada entorno, dependiendo de la magnitud de la morbilidad y la mortalidad, las condiciones socioeconómicas y culturales, las características de los servicios de salud, los recursos financieros y la infraestructura disponible en cada punto geográfico. Las políticas gubernamentales de intervención contra el CaMa deben priorizar y garantizar

servicios de calidad para conseguir que se desarrollen prácticas de excelencia, para lo cual es indispensable eliminar estructuras de atenciones rígidas y desprovistas de planeación. La calidad en los procesos de atención es un eslabón medular en los servicios de salud, puesto que la sola disponibilidad de los recursos mamográficos de por sí no contribuye a disminuir las inequidades en salud.

El CaCu como entrada al CaMa resulta ser una adecuada intervención con miras a resolver de manera integral las necesidades en SR de las mujeres, en especial porque ha servido para optimizar la infraestructura y los recursos, pero al mismo tiempo esto ha propiciado que se refuerce el papel secundario de esta patología en los servicios de salud. La detección del CaMa no debe quedar subsumida a la oferta/demanda de CaCu, ni puede ser la única estrategia por la cual las mujeres reciban servicios en tal materia. Estos dos programas deberán delimitarse claramente y complementarse cuando sea posible, sin que esto signifique el detrimento de la calidad del manejo terapéutico de alguno de los dos padecimientos.

Por último, el apogeo del tema del CaMa también ha llevado que la sociedad civil se organice y plantee sus propias respuestas al problema. Esto mismo ha ocurrido con los servicios de salud privados de las localidades marginales de la ciudad donde se ofrece atención al CaMa, sin que esto se haga de manera controlada y supervisada. De ahí que sea imprescindible consensuar un modelo de detección con un lenguaje común que pueda ser aplicado en cualquier instancia donde se impartan tareas destinadas a la atención del CaMa.

### **VII.2.2 La dimensión de pobreza y marginación**

En las áreas pobres, las mujeres enfrentan serios obstáculos para la atención del CaMa, a pesar de existir la disponibilidad, en algunos casos, de los recursos para su atención. El entorno social, las condiciones de vida, la dependencia económica y los roles de familia de las mujeres son factores que potencian su vulnerabilidad.

La pobreza de las mujeres tiene tintes materiales que se manifiestan en el descuido y postergación del cuidado personal. Algunas no tienen recursos económicos para desplazarse a los centros de salud y, a su vez, en los centros de salud se les pide cierta preparación para que se les haga la prueba mamográfica. Aunque en ocasiones las mujeres acuden a las unidades médicas, en estos lugares son asumidas frecuentemente como personas ignorantes y con tabúes difíciles de romper. El impacto de estas percepciones que hacen los médicos sobre ellas impide que se establezcan canales de comunicación fluidos donde las mujeres puedan preguntar sobre distintos puntos de la atención y puedan resolver sus dudas.

Los servicios de salud en zonas marginales tienen un efecto complejo, pues por una parte están destinados a disminuir las brechas en salud, pero al mismo operan como entes que potencian barreras de accesibilidad y atención a determinados padecimientos como el CaMa. El CaMa es concebido por los profesionales médicos como un problema ajeno a las mujeres de zonas marginales, y por lo tanto, los servicios que son otorgados corresponden con patologías que son consideradas propias de sujetos pobres.

Mediante los datos cuantitativos se encontró que las mujeres de estratos bajos y muy bajos del país llevan a cabo técnicas de detección del CaMa como la AEM y el ECM, lo que podría sugerir que este tipo de mujeres atienden las recomendaciones clínicas cuando los proveedores de servicios de salud así se los indica, contrario a lo que declararon los médicos de Tlalpan e Iztapalapa, quienes adujeron que las mujeres no eran receptivas y no acataban las sugerencias que se les hacía.

En resumen, la detección del CaMa en mujeres pobres podría mejorarse sustancialmente si se eliminan estas concepciones que las ubican en una escala mayor de subordinación y marginación. Esto también implica que se reconozcan otras necesidades hasta ahora poco atendidas en el primer nivel de atención y que se de un peso preponderante a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como herramientas básicas para que las mujeres tengan mayor autonomía sobre lo que es o no conveniente para su propia salud. El esquema de atención en salud para las mujeres pobres tendrá que estar diseñado de forma tal que articule las demandas persistentes (cuidado del embarazo y los hijos) con las causas epidemiológicas emergentes, como el CaMa.

### **VII.2.3 La dimensión de género**

Frente al último eje de análisis se observó que los profesionales médicos aluden constantemente estereotipos de géneros que también influyen en la atención del CaMa. Las mujeres son vistas por los proveedores médicos como las cuidadoras de la familia y quienes deben garantizar el bienestar de la salud. A raíz de esta situación las mujeres pocas veces acuden a las unidades médicas para resolver una necesidad personal y en su lugar frecuentan dichos lugares para llevar a sus hijos o porque están embarazadas, aspectos que refuerzan la imagen convencional de lo que las mujeres representan en el ámbito social.

La relación médico–paciente se da bajo contextos donde las mujeres son puestas en un escalafón jerárquico inferior y donde los médicos, las parejas y los padres de familia (de las mujeres jóvenes) deciden qué hacer y cómo actuar sobre la salud femenina. Esto se refuerza en zonas marginales donde predominan el machismo y donde generalmente las mujeres dependen, tanto económica como emocionalmente de terceros.

La autonomía de las mujeres es poca, ya que las intervenciones de lo que es conveniente o no para ellas se determina por lo que otras personas opinen. Cuando las mujeres parecen renuentes a las intervenciones médicas, los profesionales de la salud acuden a los regañíos o infunden temores (aludiendo la peligrosidad del CaMa) entre las pacientes para que éstas accedan dejarse inspeccionar o para que acudan a la mamografía.

Los atributos simbólicos que los médicos imprimen a las mujeres están presentes en todas las interacciones que se emprenden en el ámbito de la atención médica y en los discursos de los médicos. En esta tesis se presentaron algunas evidencias de ello, pero algunas veces no resultó tan claro debido a que los profesionales médicos plantearon como un problema mayor las condiciones organizativas y de infraestructura de los centros de salud, así como la misma pobreza que circunda a las pacientes.

### **VII.3 VISIONES A FUTURO: INFORMACIÓN PARA TOMADORES DE DECISIONES E INVESTIGADORES**

#### **VII.3.1 Evidencias para la acción**

El CaMa es un tema prioritario en salud pública, que a su vez está influenciado por factores sociales que afectan las condiciones de vida de las mujeres, las familias, los sistemas de salud y la sociedad en general. Este panorama descrito apunta a la atención de varios frentes para contar con información oportuna y para dirigir las tareas de manejo y control de esta neoplasia. Esto deberá hacerse con el debido reconocimiento del marco contextual, económico y cultural del país y sus regiones.

El primer reto consiste en establecer mecanismos para la recolección, procesamiento, análisis y uso de la información sobre morbilidad y mortalidad que permitan medir la prevalencia, incidencia, prestación de atención médica, utilización y calidad de los servicios de salud. En dicha tarea están avocadas tanto las instituciones públicas y privadas, así como las distintas organizaciones civiles que están inmersas en la misión de prestar asistencia a las mujeres afectadas por CaMa. La unificación y consolidación de criterios para el llenado del registro de los egresos hospitalarios y el acta de defunción por parte del personal de salud es un punto clave en este propósito. Por otro lado, las encuestas podrían ser una importante fuente de información, siempre y cuando se homologuen conceptos y se estandaricen preguntas con las cuales se pueda hacer comparaciones en los procesos de atención, detección y tratamiento de la afección.

Otro de los desafíos consiste en implementar estrategias encaminadas al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, principalmente en la escolaridad formal de las mujeres, cambio en estilos de vida que pueden ser nocivos para la salud y el desarrollo de infraestructura física para lograr romper las barreras de acceso y uso de servicios de salud de todos los niveles de atención. La educación resulta ser el elemento medular para que las mujeres logren mayor autodeterminación sobre su salud y puedan ejercer sus derechos ciudadanos con más amplios conocimientos. De igual manera, se requiere el fortalecimiento de campañas de información sobre el CaMa en donde se indique la relevancia de las técnicas de detección. En este sentido deberá especificarse la utilidad, requisitos y limitaciones de cada procedimiento.

Con base en evidencias científicas se ha comprobado que la mamografía es hasta ahora la prueba de oro para la detección de CaMa, por lo que se deberá asegurar la cobertura, con estándares de calidad a las mujeres que la requieran y en la frecuencia indicada, siempre y cuando se disponga de los recursos suficientes para completar el ciclo de atención (diagnóstico, tratamiento y control); también es fundamental la promoción de la AEM y al ECM como estrategias de cuidado de la salud personal y como técnicas que coadyuden en la detección temprana de la enfermedad.

Respecto a la AEM las pacientes deberán ser instruidas para que puedan hacer una inspección correcta y sistemática de sus mamas que alerte sobre cambios o signos que pueden ser desfavorables para la salud. El logro de este objetivo será tangible en la medida en el que se establezca un lenguaje sencillo entre las personas encargadas de transmitir este conocimiento y las pacientes. Las actividades de información pueden complementarse con la difusión, a través de medios masivos como televisión, radio, internet, revistas y prensa, así

como trípticos, carteles que pueden ser distribuidos en centros de salud y otros lugares estratégicos. El ECM deberá realizarse en condiciones que garanticen el respeto y privacidad de las pacientes. Para ello es fundamental adecuar los centros de salud para que se cuide y respete la intimidad de las mujeres. Igualmente relevante será la capacitación del personal de salud en el procedimiento técnico de esta prueba y en las limitaciones que la misma tiene. Todas estas acciones dependerán de la organización y el apoyo que tengan los médicos para prestar los servicios en CaMa. Un profesional sin las condiciones propicias de capacitación y excedido en sus propias condiciones de trabajo, difícilmente podrá contribuir a la mejora continua de sus procesos.

La atención del CaMa incluye tanto el ámbito corporal como el psicológico, familiar y social. Por eso, la lucha en contra de esta patología tendrá que contemplar la participación de profesionales provenientes de diversas disciplinas y deberá incluir a los diversos segmentos poblacionales, es decir, jóvenes, varones y la comunidad en general.

La política de salud para el CaMa también deberá tener continuidad en un horizonte de largo plazo, para lo que se requiere movilizar recursos humanos, técnicos y financieros, además de la gestión de la participación de agentes públicos, privados, organizaciones sin ánimo de lucro y la sociedad civil. Para lograr el adecuado engranaje de los servicios de salud en todos los niveles, es necesario que se estipulen y pongan en marcha protocolos y reglas que faciliten la referencia y seguimiento de las mujeres en todas las fases clínicas; esto implica a su vez que se homogenicen procedimientos de atención entre todo el personal de salud.

A la luz de lo expuesto, es impostergable el papel de los médicos, en especial de los del primer nivel de atención en salud, que son el primer contacto de las mujeres y los servicios para el CaMa. Esto indica la urgencia de sensibilizar al personal sanitario sobre la importancia del CaMa y las estrategias disponibles para su combate. La formación médica en la materia debe partir desde la academia, por lo que las universidades tendrán la responsabilidad de revisar y actualizar sus currículos, haciendo hincapié en la prevención y en la detección temprana.

Dado que el tema ha ido cobrando protagonismo en los últimos años, lo idóneo sería orientar y entrenar al personal de salud, enfatizando en la normatividad y en los cambios que se hagan a la misma. De otra parte, la formación de los agentes de salud demanda la inclusión de perspectivas de género, derechos humanos e interculturalidad, pensando los pacientes que pasan por los centros de salud con necesidades muy diversas. Estos enfoques podrán

extenderse a las pacientes, sus parejas y la familia en general, con el fin de lograr una mayor equidad.

### **VII.3.2 Recomendaciones generales para la detección del cáncer de mama en el corto plazo**

Como se ha visto, los retos en la atención del CaMa son múltiples e involucran aspectos estructurales y de organización, así como otros que tienen que ver con las prácticas médicas y de acceso y uso de los servicios. Sin embargo, algunos elementos podrían mejorarse en el corto plazo, trayendo impactos benéficos en la atención de esta afección. Algunos puntos que se consideran fundamentales son:

- Reforzar en las campañas de información y divulgación en salud acerca de que el CaMa es prevenible y curable y que padecerlo no es sinónimo de muerte. Esto podría contribuir a una mayor participación de las mujeres en las diversas acciones de tamizaje.
- Abatir los mitos como: 1) el CaMa es propio de regiones ricas y el CaCu de zonas pobres y 2) las mujeres adultas son las únicas que están expuestas a padecer CaMa, mientras que las jóvenes no. A través de este estudio se pudo constatar que el impacto de la mortalidad por esta causa se distribuye entre todo tipo de mujeres.
- Sensibilizar y capacitar al personal médico (principalmente del primer nivel de atención) para crear conciencia de que esta patología requiere de atención prioritaria. La detección precoz y el tratamiento oportuno son las únicas vías por las cuales es posible disminuir efectivamente los niveles de mortalidad por CaMa.
- Garantizar el acceso a servicios mamográficos de calidad a las mujeres de 40 a 69 años.
- Fomentar el uso de la AEM y al ECM entre los grupos etarios correspondientes, difundiendo información clara y confiable.
- Atender las necesidades diagnósticas y de control de los cánceres de cada grupo poblacional en función de la edad de las mujeres, el nivel socioeconómico y demás características sociodemográficas, con el fin de cubrir a la población más vulnerable y enfocar los recursos disponibles.
- Enfocar los servicios de salud desde una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos con reconocimiento y respeto de las visiones culturales, éticas y morales de las pacientes.

### **VII.3.3 Lineamientos y coordinadas para próximas investigaciones**

Esta tesis constituye un avance en el conocimiento de las barreras que afectan la adecuada atención del CaMa en áreas de marginación del Distrito Federal. Si bien, este es un importante paso, también es un trabajo susceptible a ser mejorado y complementado desde diversas disciplinas y a través de diferentes recursos teóricos y metodológicos. Algunas recomendaciones a quienes pretenden seguir en esta línea de investigación se enuncian a continuación.

Como pudo observarse, la atención del CaMa es un fenómeno complejo en el que intervienen distintos actores: las mujeres, los profesionales médicos, la familia, el gobierno y la comunidad en general. En este sentido, la primera recomendación que se hace es la de profundizar sobre las perspectivas y los puntos de vista de cada uno de ellos para identificar los posibles factores sociales, económicos, culturales, individuales y sociales que influyen, positiva y negativamente en el cuidado de la salud femenina.

En segundo lugar, las evidencias recabadas en este trabajo mostraron diversos contrastes en los procesos de atención, según las características sociodemográficas de las mujeres. Se sugiere entonces que los estudios en adelante contemplen dichas diferencias, especialmente por variables como el nivel socioeconómico, los grupos de edad (mujeres menores de 40 años y de 40 años en adelante), el tipo de derechohabiencia, procedencia (urbana/rural) y la escolaridad, entre otras. El análisis deberá incluir la relación de cada uno de estos atributos con el fenómeno estudiado y la interacción entre ellos.

En tercer lugar, y en la medida que sea posible, se sugiere matizar las investigaciones considerando las prácticas de atención del distinto personal de salud que interviene en las distintas fases clínicas del CaMa, esto incluye médicos (generales y con diferentes especialidades), enfermeras, sicólogos, trabajadores sociales, técnicos radiólogos, entre otros. Además esta mirada deberá integrar los tres niveles de atención en salud, con el fin de tener un panorama general de las acciones que se realizan en cada uno de ellos.

Un cuarto rubro se refiere a la exploración de los currículos y técnicas de enseñanza en tópicos de salud reproductiva, incluyendo el CaMa, que reciben los médicos en su etapa de formación profesional. En este punto se podrá ahondar la estructura curricular, conocimientos específicos e instrucciones que reciben los estudiantes de medicina en el tema en concreto.

En quinto y último lugar, se insta a los interesados en esta problemática a realizar estudios que contemplen los distintos contextos geográficos de México, ya sea en las demás delegaciones del Distrito Federal, en otros estados, regiones, localidades o municipios del

país. También se exhorta a examinar a detalle los servicios de salud privados que operan en zonas pobres y marginales como las que aquí se incluyeron, ya que presentan características particulares que difieren de los servicios de salud privados que se ofrecen a población con mayor nivel socioeconómico.

## ANEXOS

Anexo 1. Objetivos y preguntas sobre cáncer de mama según encuestas seleccionadas (ENSA, ENSAR, ENSANUT, ENSR-DF)

<b>ENSA-2000</b>	
<b>Objetivos Generales:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contribuir al conocimiento de la salud poblacional mediante una encuesta transversal que contemple factores de riesgo a la salud, necesidades de salud y en el caso de la población adulta (mayores de 20 años) un particular énfasis en las enfermedades crónicas.</li> <li>2. Contribuir al conocimiento de la utilización de los servicios y programas de salud, mediante una encuesta transversal que incluya cobertura, utilización, accesibilidad e indicadores de la calidad de los servicios y programas de salud; gastos individuales y familiares relacionados con los servicios y programas de salud utilizados; factores predisponentes y habilitadores de la utilización, cobertura y utilización de los servicios y programas de salud; así como contribuir en la evaluación de algunos programas de salud pública.</li> <li>3. Realizar una encuesta seroepidemiológica con la finalidad de integrar un Banco Nacional de Sueros y un Banco Nacional de Células (o DNA) para estudios epidemiológicos en poblaciones de las entidades federativas del país.</li> </ol>	
<b>Preguntas incluidas en el cuestionario</b>	<b>Posibles respuestas</b>
8.1 ¿Durante los últimos meses acudió al módulo de medicina preventiva para?	b) Detección de cáncer de mama (exploración clínica)
8.2 ¿En qué institución le dieron el servicio?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IMSS Solidaridad</li> <li>▪ IMSS</li> <li>▪ SS</li> <li>▪ DIF</li> <li>▪ DDF</li> <li>▪ INI</li> <li>▪ ISSSTE Estatal</li> <li>▪ ISSSTE</li> <li>▪ Marina/defensa</li> <li>▪ PEMEX</li> <li>▪ Particular</li> <li>▪ Cruz Roja</li> <li>▪ SEP</li> <li>▪ ONG</li> <li>▪ Otro</li> <li>▪ No sabe</li> <li>▪ No responde</li> </ul>
8.3 ¿Presentaba alguna molestia por la cual le realizaron la prueba de detección?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>
8.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>
8.5 ¿Qué diagnóstico le dieron?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positivo</li> <li>▪ Negativo</li> <li>▪ No sabe</li> <li>▪ No responde</li> </ul>

ENSA-2000	
8.6 ¿Recibió tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>
8.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No hay donde atenderse</li> <li>▪ Es caro</li> <li>▪ No tenía dinero</li> <li>▪ La unidad médica queda lejos</li> <li>▪ Falta de confianza</li> <li>▪ Tratan mal</li> <li>▪ No tuvo tiempo</li> <li>▪ Fue pero no lo atendieron</li> <li>▪ Otro</li> <li>▪ No sabe</li> <li>▪ No responde</li> </ul>

ENSAR-2003	
<p><b>Objetivo General:</b>  Obtener información acerca de la salud reproductiva de las mujeres mexicanas, así como del conocimiento y práctica de las medidas de prevención y atención en la materia. Se realiza con el fin de evaluar las acciones realizadas y obtener elementos para dar una mejor orientación a los programas.</p>	
Preguntas incluidas en el cuestionario	Posibles respuestas
8.59 ¿Revisa usted sus senos para ver si tiene tumores o bolitas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.60 ¿Con qué frecuencia se revisa usted sus senos para ver si tiene tumores o bolitas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semanas</li> <li>▪ Meses</li> <li>▪ Años</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.61 ¿En qué lugar le dieron información sobre cómo realizarse el examen de los senos?	IMSS Ordinario – Unidad de medicina familiar – Hospital IMSS Solidaridad (IMSS Oportunidades) – Unidad médica rural – Hospital rural SS (Servicios del gobierno estatal) – Auxiliar de salud – Casa de salud – Centro de salud – Hospital ISSSTE DIF Otra institución de gobierno MEXFAM Consultorio, clínica u hospital privado Otro NR
8.62 ¿Qué persona le dio la información	Médico

<b>ENSAR-2003</b>	
sobre cómo realizarse el examen de los senos?	Enfermera Familiar Amiga Otro NR
8.63 ¿Algún médico o personal de salud le ha revisado sus senos para ver si tiene tumores o bolitas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.64 ¿Con qué frecuencia el médico o algún personal de salud le revisa sus senos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semanas</li> <li>▪ Meses</li> <li>▪ Años</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.65 ¿En qué lugar le revisa esta persona sus senos? (Circule todas las opciones)	IMSS Ordinario – Unidad de medicina familiar – Hospital IMSS Solidaridad (IMSS Oportunidades) – Unidad médica rural – Hospital rural SS (Servicios del gobierno estatal) – Auxiliar de salud – Casa de salud – Centro de salud – Hospital ISSSTE DIF Otra institución de gobierno MEXFAM Consultorio, clínica u hospital privado Otro NR
8.66 <b>FILTRO: SE REVIS A ELLA O LE REVIS A UN MÉDICO LOS SENOS (VER PREGUNTAS 8.59 Y 8.63)</b>	Al menos un sí Ningún sí
8.67 ¿En alguna ocasión se ha detectado (le han detectado) bolitas o quistes en los senos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.68 ¿Qué le dijeron que tenía? ¿Qué problema se detectó?	Textual Ningún problema NR
8.6 ¿Hace cuánto tiempo le detectaron este problema?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semanas</li> <li>▪ Meses</li> <li>▪ Años</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.7 ¿Le dieron algún tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.71 ¿Cuál fue el tratamiento que le aplicaron?	Cirugía – Le extirparon el quiste, tumor, mioma – Le quitaron un (ambos) seno(s)

ENSAR-2003																
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otra</li> <li>Medicamento</li> <li>- Otro</li> <li>No ha asistido con el especialista</li> <li>NR</li> </ul>															
8.72 ¿En qué lugar y/o qué persona le realizaron el tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMSS Ordinario</li> <li>- Unidad de medicina familiar</li> <li>- Hospital</li> <li>IMSS Solidaridad (IMSS Oportunidades)</li> <li>- Unidad médica rural</li> <li>- Hospital rural</li> <li>SS (Servicios del gobierno estatal)</li> <li>- Auxiliar de salud</li> <li>- Casa de salud</li> <li>- Centro de salud</li> <li>- Hospital</li> <li>ISSSTE</li> <li>DIF</li> <li>Otra institución de gobierno</li> <li>MEXFAM</li> <li>Consultorio, clínica u hospital privado</li> <li>Otro</li> <li>NR</li> </ul>															
8.73 Sobre ese padecimiento, ¿usted: (FORMULE TODAS LAS PREGUNTAS Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) está curada?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) está en observación?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) continúa en tratamiento?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3">NR</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a) está curada?	1	2	b) está en observación?	1	2	c) continúa en tratamiento?	1	2	NR		
	Sí	No														
a) está curada?	1	2														
b) está en observación?	1	2														
c) continúa en tratamiento?	1	2														
NR																
8.74 ¿Por qué no le dieron tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Textual</li> <li>NR</li> </ul>															
8.75 ¿Por qué no revisa usted sus senos para ver si tiene tumores o bolitas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Textual</li> <li>NR</li> </ul>															



<b>ENSANUT-2006</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DIF, Cruz Roja, INI</li> <li>▪ ISSSTE, ISSSTE Estatal</li> <li>▪ Marina/Defensa, PEMEX</li> <li>▪ Particular</li> <li>▪ Hospital Civil</li> <li>▪ Institutos nacionales</li> <li>▪ Otra institución</li> <li>▪ No sabe</li> </ul>
10.3 ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> </ul>
10.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> </ul>
10.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay donde atenderse</li> <li>Es caro</li> <li>No tenía dinero</li> <li>La unidad médica le queda lejos</li> <li>Falta de confianza</li> <li>Tratan mal</li> <li>No tuvo tiempo</li> <li>Fue pero no lo atendieron</li> <li>Otro</li> <li>No Sabe</li> <li>No Responde</li> </ul>
<b>ENSR-DF-2007</b>	
<p><b>Objetivo General:</b>  Explorar cómo las desigualdades sociales (de clase, género, generación, identidad étnica) interactúan con las necesidades de salud reproductiva en dos contextos sociales de la ciudad de México (Zonas de Alta y Muy alta marginación, de acuerdo con el COPLADE-DF, en las delegaciones Tlalpan e Iztapalapa).</p>	
5.95 ¿Revisa usted sus senos para ver si tiene tumores o bolitas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ No conoce la autoexploración</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.96 ¿Por qué no revisa sus senos para ver si tiene tumores o bolitas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.97 ¿Con qué frecuencia se revisa usted para ver si tiene tumores o bolitas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semana</li> <li>▪ Mes</li> <li>▪ Año</li> <li>▪ Otro (textual)</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.98 ¿Cómo aprendió a realizarse el examen de senos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.99 ¿Algún médico o personal de salud le revisa sus senos para ver si tiene tumores o bolitas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.100 ¿Con qué frecuencia un médico o personal de salud le revisa sus senos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Semana</li> <li>▪ Mes</li> <li>▪ Año</li> <li>▪ Otro (textual)</li> </ul>

ENSANUT-2006	
	NR
5.101 ¿La última vez dónde la revisaron?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.102 ¿Le han realizado alguna vez la mamografía?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ No conoce la prueba</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.103 ¿Cuándo se la practicaron la última vez?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menos de un año</li> <li>▪ Uno a tres años</li> <li>▪ Cuatro a cinco años</li> <li>▪ Más de cinco años</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.104 ¿Por qué no se la han practicado? (en los últimos cinco años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No ha tenido molestias o síntomas</li> <li>▪ No tiene la edad recomendada para aplicársela (menor de 40 años)</li> <li>▪ Porque no tenía con quien dejar sus hijos (as)</li> <li>▪ Por su trabajo no tiene tiempo</li> <li>▪ No tenía servicio médico</li> <li>▪ Le hacen perder mucho tiempo</li> <li>▪ No sabía dónde ir</li> <li>▪ No tenía dinero</li> <li>▪ Miedo al procedimiento</li> <li>▪ Vergüenza</li> <li>▪ Estaba en la menopausia</li> <li>▪ No tenía relaciones sexuales</li> <li>▪ Otro (especifique)</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.105 La última vez que se la practicaron ¿Dónde se la hicieron?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.106 ¿Por qué escogió ese lugar y no otro?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.107 La última vez que le hicieron la mamografía:	<p>Sí No</p> <p>a) ¿Le explicaron sobre las molestias que podría tener?</p> <p>b) ¿Le dedicaron un tiempo suficiente para darle toda la información que usted necesitaba?</p> <p>c) ¿Le dieron explicaciones en lenguaje claro y sencillo?</p> <p>d) ¿Le aclararon todas sus dudas?</p> <p>e) ¿Se sintió en confianza para hacer preguntas?</p> <p>f) ¿Tuvo tiempo suficiente para plantear sus dudas y preguntas?</p> <p>g) ¿Se respetó su intimidad durante su examen?</p> <p>h) ¿Fue tratada con respeto?</p>

ENSANUT-2006	
	i) ¿Fue tratado con amabilidad? j) ¿Estaba cómoda en ese lugar?
5.108 ¿Le dieron los resultados?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ No fue a recogerlos</li> <li>▪ Aún no están listos</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.109 ¿Cuánto tiempo después de que le realizaron la prueba le dieron a conocer los resultados?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antes de tres semanas</li> <li>▪ En más de tres semanas</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.110 Filtro: Se revisa ella o un médico los senos o mamografía	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Al menos un sí</li> <li>▪ Ningún sí</li> </ul>
5.111 En los últimos 5 años ¿Se ha detectado (le han detectado) bolitas o quistes en los senos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí (se detectó ella misma)</li> <li>▪ Ella</li> <li>▪ Un médico</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.112 ¿Consultó con un médico(a) este problema?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.113 ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Porque no tenía con quien dejar sus hijos (as)</li> <li>▪ Por su trabajo no tiene tiempo</li> <li>▪ No tenía servicio médico</li> <li>▪ Le hacen perder mucho tiempo</li> <li>▪ No sabía dónde ir</li> <li>▪ No tenía dinero</li> <li>▪ Oposición de la pareja</li> <li>▪ Miedo al procedimiento</li> <li>▪ Vergüenza</li> <li>▪ Otro (especifique)</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.114 ¿Qué le dijeron que tenía? ¿Qué problema detectó?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cáncer de mama</li> <li>▪ Otro</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.115 ¿Le dijeron que tenía que seguir algún tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.116 ¿Con quién acudió? ¿De qué lugar o institución era el prestador?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual (nombre prestador y/o institución)</li> <li>▪ Otros (textual)</li> <li>▪ Mismo lugar donde le revisaron los senos la última vez</li> <li>▪ Mismo lugar donde se practicó la mamografía la última vez</li> <li>▪ No acudió a recibir tratamiento necesario</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.117 ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>

ENSANUT-2006	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NR</li> </ul>
5.118 ¿Por qué escogió último o único prestador en vez de otro lugar para realizarse el tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.119 ¿Piensa usted que lo trataron bien o mal en este lugar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bien</li> <li>▪ Regular</li> <li>▪ Mal</li> </ul>
5.120 ¿Quién la trató mal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigilancia</li> <li>▪ Personal administrativo</li> <li>▪ Trabajador (a) social</li> <li>▪ Médico(a)</li> <li>▪ Enfermera</li> <li>▪ Auxiliar de salud</li> <li>▪ Partera</li> <li>▪ Otro (especifique)</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.121 ¿En qué consistió el maltrato?	<p>Le discriminaron por su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sexo</li> <li>▪ Edad</li> <li>▪ Estado civil</li> <li>▪ Falta de dinero</li> <li>▪ Grupo étnico/color</li> <li>▪ Motivo de consulta</li> <li>▪ Forma de vestir</li> <li>▪ Tatuaje/maquillaje/peinado</li> <li>▪ Lugar de residencia</li> <li>▪ La hicieron sentir culpable</li> <li>▪ Otro (especifique)</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.122 En general para acceder al servicio, ¿le significó algún inconveniente el tiempo o el horario, el medio o el costo del transporte para llegar, o tener que alterar o pedir ayuda en sus actividades cotidianas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.123 ¿Qué problemas o inconvenientes tuvo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El tiempo que le tomó ir</li> <li>▪ La hora a la que tuvo que llegar</li> <li>▪ El medio de transporte para llegar</li> <li>▪ El costo del transporte</li> <li>▪ Tuvo que pedir permiso en su trabajo</li> <li>▪ Tuvo que faltar a la escuela</li> <li>▪ Tuvo que buscar alguien para que cuidara sus hijos(as)</li> <li>▪ Otro (especifique)</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.124 ¿Sobre este padecimiento usted?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abandonó la atención? No tiene diagnóstico pero,</li> <li>▪ Está en observación?</li> <li>▪ No sigue un tratamiento pero,</li> <li>▪ Ya tiene un diagnóstico?</li> </ul>

ENSANUT-2006	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sigue un tratamiento?</li> <li>▪ Está curada o dada de alta?</li> <li>▪ No sabe</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.125 ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.126 En último o único prestador le proporcionaron el tratamiento completo o una parte? Para quienes están en tratamiento: Hasta lo que va, ¿le han proporcionado (en el único o último proveedor) el tratamiento?	<p>Para quienes están curadas o en control</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Completo (respecto a todo)</li> <li>▪ Parcial (respecto a todo)</li> </ul> <p>Para quienes continúan en tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Completo (con lo que va respecto al proceso)</li> <li>▪ Parcial (con lo que va respecto al proceso)</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.127 Por qué no le dieron el tratamiento (completo) en ese lugar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No lo pudo pagar</li> <li>▪ Por falta de personal</li> <li>▪ Por falta de instrumental o equipo</li> <li>▪ No tenían todas las medicinas y materiales</li> <li>▪ Otro (especifique)</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.128 ¿Qué hizo cuándo no le proporcionaron el tratamiento (completo)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nada (textual)</li> <li>▪ Acudir con otro proveedor (especificar)</li> <li>▪ Comprarlos</li> <li>▪ Suspenderlos</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.129 Finalmente ¿Completó usted el tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.130 ¿Por qué no completó el tratamiento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No lo pudo pagar</li> <li>▪ No pensó que fuera necesario</li> <li>▪ Empezó a sentirse mejor</li> <li>▪ No pudo encontrar todas las medicinas o materiales</li> <li>▪ No pensó que todas las medicinas fueran necesarias</li> <li>▪ Otro (especifique)</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.131 ¿Le resolvieron el problema por el que buscó ayuda en (único o último prestador) como usted esperaba en ese momento?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
5.132 ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>

Anexo 2. Encuesta a médicos de zonas marginales del Distrito Federal sobre cáncer de mama y prestación de servicios, 2008. Cuestionarios utilizados en la investigación.

<b>ENSR-DF 2008. COMPONENTE DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD</b>	
<b>Preguntas incluidas en el cuestionario</b>	<b>Posibles respuestas</b>
<b>I. CAPACITACIÓN PROFESIONAL Y SERVICIOS ORTOGADOS</b>	
1.2 ¿Dentro de esta unidad usted se desempeña como:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médico general?</li> <li>▪ Médico familiar?</li> <li>▪ Médico especialista?</li> <li>▪ Otro? Especifique</li> <li>▪ NR</li> </ul>
1.3 ¿En qué institución realizó usted sus estudios de licenciatura?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UNAM</li> <li>▪ IPN</li> <li>▪ UAM</li> <li>▪ Otra universidad pública. Especifique</li> <li>▪ Universidad privada. Especifique</li> <li>▪ NR</li> </ul>
1.4 ¿Ha realizado estudios de posgrado o especialización?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
1.5 ¿Qué estudios de posgrado o especialidades ha realizado?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
1.6 ¿Cómo define usted a la salud sexual y reproductiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
1.7 En los últimos 5 años, ¿Ha recibido usted alguna capacitación o actualización en el área de salud sexual y reproductiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
1.8 ¿Sobre qué temáticas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
1.9 ¿Por qué no?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
1.10 ¿Me podría decir si ha oído hablar (de las siguientes Normas Oficiales Mexicanas, NOMs?). 1.11 ¿Ha leído o estudiado este documento? 1.12 ¿Podría mostrarme el ejemplar con el que cuenta de este documento?  Lea cada opción y circule según corresponda:  a) NOM de los servicios de planificación familiar b) NOM para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido c) NOM para la prevención y control de la infección por VIH d) NOM para la atención del cáncer cérvico-uterino e) NOM para la atención del cáncer de	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> </ul>

<b>ENSR-DF 2008. COMPONENTE DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD</b>	
mama f) NOM para la prestación de servicios de salud en la atención médica de la violencia familiar	
1.13 Considerando solo el último año, ¿Lo han consultado por:  a) Educación sexual b) Anticoncepción c) Atención del embarazo d) Atención del parto e) Atención del aborto f) Menopausia y climaterio g) Prevención y detección de ITS y VIH/SIDA h) Atención de infertilidad i) Prevención y detección de cáncer de próstata j) Prevención y detección de cáncer cérvico-uterino k) Prevención y detección de cáncer de mama l) Atención por problemas de insatisfacción sexual m) Atención a la violencia familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> </ul>
1.14 ¿Cuál es su horario de trabajo aquí?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Turno matutino: De...a...</li> <li>▪ Turno vespertino: De...a...</li> <li>▪ Días a la semana</li> </ul>
1.15 ¿Está usted aquí tiempo exclusivo o se desempeña también en otro lugar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si (tiempo exclusivo)</li> <li>▪ No (labora en otro lugar)</li> <li>▪ ¿Dónde y en qué horario?</li> </ul>
1.16 En promedio, ¿Aquí cuántas consultas da usted por día?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultas</li> <li>▪ NR</li> </ul>
1.17 Aproximadamente, ¿Qué duración tiene cada consulta que usted otorga?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minutos</li> <li>▪ NR</li> </ul>
1.18 Para usted, ¿Este tiempo es suficiente para atender las necesidades de la población?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
1.19 ¿Por qué no?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
<b>VI. PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA, CÉRVICO-UTERINO Y DE MAMA</b> <b>(Solo se anexa la parte correspondiente al cáncer de mama)</b>	
6.9 En el último año, de las mujeres que usted ha atendido ¿Identifica algún grupo en particular al que se le dificulte a usted orientarlo sobre la exploración de los senos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí. ¿Cuál grupo? Textual</li> <li>▪ No. ¿Con todas las mujeres le resulta relativamente sencillo o complejo? Sencillo, Complejo, NR</li> </ul>
6.10 Aquellas mujeres que no acuden para revisarse anomalías en sus senos, ¿A qué cree	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>

<b>ENSR–DF 2008. COMPONENTE DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD</b>	
que usted que se deba?	
6.11 ¿En qué casos recomienda usted la toma de una mamografía?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
<b>VIII. BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA</b>	
8.1 ¿Ha escuchado hablar de los derechos sexuales y reproductivos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.2 En su opinión, ¿Cuáles son los tres principales derechos sexuales y reproductivos sobre los que se tienen que encaminar acciones para que sean respetados en México?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>
8.3 ¿Usted dispone de materiales didácticos de apoyo para sus consultas en salud reproductiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.4 ¿Cómo cuales? (Circule todos los que mencione y para cada uno solicite que se lo muestre y circule según corresponda).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mencionó–Mostró (Folletos o trípticos, Carteles o posters, maquetas del ARF, Dildos, Otro, NR)</li> </ul>
8.5 ¿Por qué no?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
8.6 Según su experiencia, en el último año ¿Qué tan frecuente ha sido que usted identifique problemas de salud reproductiva en paciente que en un principio acuden a consulta por otro motivo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muy frecuente</li> <li>▪ Algo frecuente</li> <li>▪ Poco frecuente</li> <li>▪ No ha ocurrido</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.7 ¿A qué atribuye usted esto?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
8.8 En el último año, fuera de las cuestiones médicas, ¿Las personas que vienen por consulta por algún motivo de salud reproductiva le han planteado ciertas necesidades o preocupaciones?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.9 ¿Cómo cuáles?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.10 En el último año, ¿Ha habido alguna o algunas consideraciones que recurrentemente le dificulten dar una atención adecuada a las personas que acuden por algún motivo de salud reproductiva? (Por ejemplo, la insuficiencia de materiales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.11 ¿Cómo cuáles?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
8.12 En todos y cada uno de los temas de salud reproductiva de los que hemos hablado, ¿Para usted es particularmente fácil o difícil entablar comunicación para explicarles o darles indicaciones a: a) Las adolescentes b) Los adolescentes c) Las mujeres en menopausia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fácil</li> <li>▪ Difícil</li> <li>▪ Depende</li> <li>▪ NA</li> </ul>

ENSR-DF 2008. COMPONENTE DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD	
d) Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) e) La población adulta mayor	
8.13 ¿Por qué le resulta difícil entablar la comunicación con (Grupo)? ¿De qué depende que le resulte difícil entablar comunicación con (Grupo)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
8.14 ¿Hay algún tema en particular que le sea difícil de abordar con este grupo de población?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> </ul>
8.15 ¿A qué atribuye usted que le resulte fácil entablar comunicación con todos estos grupos de población?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.16 En este lugar, ¿qué procedimiento hay que seguir para solicitar consulta (con usted)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitar ficha</li> <li>▪ Solicitar cita por teléfono</li> <li>▪ Otro. Especifique</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.17 Aproximadamente, ¿con qué tiempo de anticipación al horario de consulta hay que llegar (para asegurar una ficha)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minutos</li> <li>▪ Días</li> </ul>
8.18 Aproximadamente, ¿con qué tiempo de anticipación hay que solicitar cita para asegurar una consulta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minutos</li> <li>▪ Días</li> </ul>
8.19 ¿Usted considera que el tiempo de espera para recibir consulta es un obstáculo o barrera para que la gente se atienda?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.20 ¿Qué (otras) características del servicio cree usted que (también) representen barreras u obstáculos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ No sabe</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.21 ¿Qué costo tiene la consulta (con usted)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gratuita</li> <li>▪ Costo</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.22 Puede decirse que el hecho de que el servicio aquí sea gratuito no representa un obstáculo o barrera para que la gente se atienda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ No sabe</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.23 El hecho de que el servicio aquí no sea gratuito, ¿cree usted que represente un obstáculo o barrera para que la gente se atienda?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.24 ¿Qué (otras) cuestiones socio-económicas cree usted que (también) representen barreras u obstáculos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ No sabe</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.25 Y visto ahora desde su labor como médico(a), ¿el hecho de que se trate de gente con escasos recursos económicos le obstaculiza a usted proporcionarles la atención adecuada?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ Depende</li> <li>▪ NR</li> </ul>

<b>ENSR–DF 2008. COMPONENTE DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD</b>	
8.26 ¿Por qué? (¿De qué depende?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.27 ¿Usted considera que los tabúes que aún permanecen alrededor de la sexualidad representan un obstáculo o barrera para que la gente se atienda por cuestiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.28 ¿Qué (otros) aspectos socio–culturales de la población cree usted que (también) representen barreras u obstáculos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ No sabe</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.29 Y visto ahora desde su labor como médico(a), ¿la idiosincrasia de la población que acude a consulta le obstaculiza a usted proporcionarles la atención adecuada?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sí</li> <li>▪ No</li> <li>▪ Depende</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.30 ¿Por qué? (¿De qué depende?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.31 ¿Qué otros obstáculos o barreras cree usted que impiden a la población atenderse por asuntos relacionados a su salud sexual y reproductiva, o al menos hacerlo oportunamente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ No sabe</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.32 ¿Qué tan satisfechas considera usted que quedan las personas que asisten a este lugar por cuestiones de salud sexual y reproductiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muy satisfechos</li> <li>▪ Satisfechos</li> <li>▪ Poco satisfechos</li> <li>▪ Nada satisfechos</li> <li>▪ NR</li> </ul>
8.33 ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
<b>IX. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
9.1 Sexo de la persona entrevistada (REGISTRE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hombre</li> <li>▪ Mujer</li> </ul>
9.2 ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Años</li> </ul>
9.3 Cuando usted era pequeño(a), digamos entre los 5 y los 12 años de edad, ¿vivió la mayor parte del tiempo en:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un rancho?</li> <li>▪ Un pueblo?</li> <li>▪ Una ciudad?</li> <li>▪ NR</li> </ul>
9.4 ¿Hace cuántos años ejerce usted como médico(a)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Años</li> </ul>
9.5 ¿Cuál es su antigüedad aquí dando consulta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Años</li> </ul>
9.6 ¿Su tipo de contratación es:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De base?</li> <li>▪ De confianza?</li> <li>▪ Eventual (por honorarios)?</li> <li>▪ Otro. Especifique</li> <li>▪ NR</li> </ul>
9.7 ¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted laborando en este lugar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muy satisfecho</li> <li>▪ Satisfecho</li> <li>▪ Poco satisfecho</li> </ul>

<b>ENSR-DF 2008. COMPONENTE DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nada satisfecho</li> <li>▪ NR</li> </ul>
9.8 ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
9.9 ¿Y qué tan satisfecho(a) se siente usted de atender cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muy satisfecho</li> <li>▪ Satisfecho</li> <li>▪ Poco satisfecho</li> <li>▪ Nada satisfecho</li> <li>▪ NR</li> </ul>
9.10 ¿Por qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Textual</li> <li>▪ NR</li> </ul>
Observaciones:	

## **EJES TEMÁTICOS Y PREGUNTAS ESPECÍFICAS**

### **1. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (EN GENERAL Y PARA CÁNCER DE MAMA)**

- Describa los servicios de salud que se ofrecen en este centro de salud
- ¿Qué tipo de servicios presta? ¿Cuáles son los más comunes?
- ¿Ofrece servicios de CaMa? Describa qué tareas lleva a cabo
- En el centro ¿Se tienen establecidos protocolos de atención del CaMa? ¿Podría hablar de ellos? ¿Qué opinión tiene al respecto?
- ¿Qué factores de riesgo están asociados con el CaMa? ¿Cuáles son los más comunes aquí en su consultorio?
- ¿Qué tipo de recomendaciones hace usted a las mujeres sobre CaMa?
- ¿Cuál o cuáles técnicas de detección de CaMa recomienda normalmente? ¿Qué opina sobre las técnicas de detección?
- ¿Qué programas de detección de CaMa conoce? Puede mencionarme algo sobre ellos
- En caso de encontrar alguna sospecha de CaMa ¿Remite a la paciente a otro servicio? ¿Cuál? ¿Por qué?
- ¿Qué pasa después de que una mujer va a otros servicios de salud para la atención del CaMa?
- Le pido hablar del último caso de consulta por CaMa que atendió
- ¿Ha tenido inconvenientes para atender a las mujeres por CaMa? ¿Cuáles?
- ¿Considera que hay problemas en el centro de salud y entre el personal médico para atender a las mujeres por CaMa? ¿Cuáles?
- ¿Cree habría que mejorar algo en la atención al CaMa?, ¿Qué cosas?
- ¿Ha visto o le han mencionado sus compañeros dificultades para abordar el tema del CaMa con sus pacientes? ¿Cuál/Cuáles?
- ¿Considera importante el sexo del médico a la hora de ofrecer servicios de CaMa? ¿Por qué?

## **2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN**

- ¿Qué tipo de personas frecuenta este centro de salud? ¿Qué servicios demanda? ¿Qué necesidades expresa con más frecuencia?
- ¿Cómo describe a la población que usted atiende?
- ¿Considera que existen barreras por parte de la población para atender adecuadamente las demandas de atención en CaMa? ¿Podría hablarme sobre ellas? ¿Cómo afecta esto? ¿Qué hace usted frente a estas situaciones?
- ¿Influye la visión de la población en la atención del CaMa? ¿Qué aspectos influyen? ¿Cómo influyen?

## **3. CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CAPACITACIÓN**

- Se anota el sexo del médico
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuál es su título profesional?
- ¿Qué cargo tiene dentro del centro de salud?
- ¿Ha realizado posgrado? ¿Qué posgrado?
- ¿Ha recibido capacitaciones en temas de salud sexual y reproductiva? ¿Cuál/es?
- ¿Conoce sobre la NOM para CaMa? ¿Qué sabe sobre la NOM?
- ¿Conoce sobre algún programa de atención del CaMa? ¿Qué opina sobre los programas de atención de CaMa en el país y concretamente en el Distrito Federal?

Notas:

Al finalizar cada entrevista se hacían notas de campo sobre aspectos que llamaran la atención (gestos, tono de voz, posturas, diálogos no audiograbados, entre otras). Se registraron cuestiones relacionadas con el centro de salud (tipo, características y calidad de la infraestructura y equipos disponibles). También se anotaron casos en los que se percibió incomodidad por parte del informante al ser entrevistado.

#### Anexo 4. Entrevista transcrita. Ejemplo

Identificación: T1V-MG

Edad: 54 años

Duración de la entrevista: 40 minutos.

Entrevistadora: Básicamente lo que yo quería conocer de los servicios que ustedes prestan, precisamente como dijo la doctora, son de estos servicios preventivos para la mujer; en concreto me interesaría conocer si reciben algún tipo de demanda de servicios relacionados con cáncer de mama y qué tipo de servicios

Doctor: Mira, el servicio que se le da aquí a la paciente es un servicio integral, si entonces por ejemplo, aquí nosotros para mandar un estudio, tal vez especial como para detectar exactamente cáncer de mama, es después de los cuarenta años, esa es la edad ideal; entonces es hacerse una revisión por lo menos cada año, cada año se debe de revisar la mujer. Aquí yo en lo particular siento, les mando primero un ultrasonido mamario, si vemos que tiene alguna alteración, alguna patología ese ultrasonido le mandamos a hacer una mamografía y esa mamografía nos va a detectar por ejemplo cáncer, ya sea en su fase inicial, en etapa media o en avanzada; entonces el problema del cáncer es que no da, por ejemplo, sintomatología, ese es el problema, a veces la mujer aunque tenga alguna bolita, se palpe alguna bolita, porque le decimos que ella es la que conoce su cuerpo, no el médico; el médico tal vez, esporádicamente venga o la palpamos aquí en la consulta, entonces a la mejor en la exploración general que le hacemos, pero más, por ejemplo, cuando vienen a toma de Papanicolaou, aprovechamos en ese momento la exploración mamaria.

Entrevistadora: ¿Usted qué es lo primero que recomienda para el diagnóstico del CaMa?

Doctor: Bueno, yo en lo particular primero el ultrasonido, porque hasta en los cursos nos han dicho que una mujer no se debe de radiar constantemente, porque si no tiene cáncer le podemos provocar cáncer, por la radiación, entonces en una mamografía no nada más es una sola toma, son hasta seis tomas que le hacen con rayos, entonces el problema es ese, siento que no la podemos, por ejemplo, si yo veo a una paciente que está bien, no la voy a mandar a

radiar en un año, ¿verdad? , entonces esto depende de la edad y de la sintomatología, sino tiene nada, nada más con el ultrasonido.

Entrevistadora: Y, por ejemplo, si vienen mujeres solicitando los servicios, si de pronto se identifica algo, vienen y le dicen: ´mire doctor, me encontré una bola, siento algún dolor o tengo alguna sospecha de que tengo algo anormal en los senos`, y no cumplen necesariamente con ese criterio de edad que son los cuarenta años, ¿Qué hace usted?

Doctor: Bueno, si fuera una mujer de veinte o treinta años, lo primero que se le debe de manda hacer es un ultrasonido, porque la edad ideal es de los cuarenta en adelante para la mamografía; entonces si es una mujer, no sé de veinte años, le mandamos sacar un ultrasonido, si vemos que hay alteración, ya ahí yo no la mandarías a hacer la mamografía, yo la mandarías con el especialista, con el gineco y que él determinara si esa paciente se va a cancerología a la mejor.

Entrevistadora: ¿Y si ha tenido casos de que vengan mujeres, solicitándole servicios de prevención, información relacionados con cáncer de mama?

Doctor: Yo en lo particular no he visto, he visto como tres mujeres, por ejemplo, tratadas pero ya con operación, que están en tratamiento.

Entrevistadora: ¿Y cuando remite a alguna mujer a algún servicio, para que se haga el ultrasonido, vaya a algún servicio más especializado, hacen algún tipo de seguimiento?

Doctor: Sí, claro. Si nosotros mandamos algún ultrasonido, a la mejor en algún laboratorio particular, o puede ser en un algún hospital del departamento del Distrito Federal, como Xoco que es el más cercano que nos corresponde, a veces por tanta gente que ellos tiene, nos dicen que les mandemos un ultrasonido de un laboratorio de prestigio, como tal vez el Chopo, el Chotepingo, son laboratorios que ya tienen un rango entre comillas, son laboratorios buenos. El hospital, por ejemplo, que recibe ese ultrasonido se basa que es buen laboratorio, entonces ellos también en determinado momento sacan sus estudios también, no nada más se van a guiar por lo que les diga, por ejemplo, el laboratorio Chotepingo, ellos sacan también pero ya les sirve como de referencia de que tiene algo este paciente, pero siempre los mandamos a un hospital de la zona, de los servicios de salud entre comillas, porque también hay el seguro

popular, hay hospitales de la red; en todo caso, por ejemplo, si yo lo mando a la Villa , Balbuena, según donde viva el paciente, porque muchas veces, si vive en Xochomilco, lo voy a mandar a la Villa, como que no, le buscamos un hospital cercano a su domicilio.

Entrevistadora: ¿Y hacen contrarreferencia?

Doctor: No, por ejemplo, si yo mando una paciente con referencia y la cito aquí en siete días, un ejemplo, si yo le digo sabe que señora Esther va a ir usted a tal hospital, al hospital de Xoco, pero usted va a venir en siete días para que usted me diga que es lo que le dijeron, viene en siete días y me dice la señora: 'doctor fui al hospital de Xoco y me dijeron que tenía que sacar una cita', por ejemplo, o 'ya me programaron mi cita con el gineco', [el doctor] ¿en cuántos días? [la paciente] 'en quince días', y ya se anota aquí en el expediente: "tiene cita en quince días en el hospital de Xoco", y yo la vuelvo a citar en tres semanas, un ejemplo, para que ella me diga que pasó con esa cita, a lo mejor ahora si entre semana me dice [la paciente] '¿sabe qué doctor?', me tomaron una mamografía, me hicieron una biopsia` ...o no sé que le hicieron, pero siempre se le da el seguimiento hasta que se da de alta a la paciente.

Entrevistadora: Me había dicho otra doctora que aquí había un modulo de prevención y que ahí solo atendían personal femenino, ¿Qué piensa al respecto?

Doctor: Sí, hay un módulo, por ejemplo, de detecciones, en ese módulo de detecciones se hace ahora si el papanicolaou, se hace también o que es la exploración mamaria y también por ejemplo, detección de diabetes e hipertensión, ahora si ese tipo de servicio es el que se da aquí en el módulo de detecciones.

Entrevistadora: ¿Y cree que por el hecho de que usted sea médico hombre, tiene algún impacto para que las mujeres no se quieran, por ejemplo, atender con un médico varón?

Doctor: ¡Claro!, lo que pasa es que nuestra sociedad, es que todavía por ejemplo tenemos raíces muy allegadas a nuestros padres, ¿es ideología, no? Esos son por ejemplo tabús que no se han podido romper todavía, entonces hay gente que trae esa idea, que si es hombre no te puede checar, menos tocar, otro hombre que no sea tu esposo no te puede tocar. En todo caso, yo aquí en lo particular, le digo a las pacientes que hay en este centro, hay nueve doctoras, si ellas se quieren hacer el Papanicolaou o la exploración mamaria con alguna de ellas, se lo

pueden hacer, no hay ningún problema; aunque ella sea mi paciente, yo nada mas lo que quiero son los resultados, entonces si ella ya me trae el resultado, y me dice '¿sabe qué doctor?', fui con la doctora no sé, a lo mejor la doctora Corso o la doctora Hernández, 'fui a que me tomaran mi Papanicolaou y la exploración mamaria', yo ya espero el resultado, yo le doy el seguimiento. Si en ese momento sale que tiene algún problema, porque luego me mandan el resultado ya con un problema aparentemente de cáncer, un ejemplo, hay hojas de laboratorio que mandan de Papanicolaou, si nos mandan un resultado que tiene una lesión intraepitelial de bajo grado, con virus de papiloma humano, yo tengo que mandar a esta persona para que la valore el Instituto Nacional de Cancerología y le dé el seguimiento; si ellos le dan su cita le sacan una colposcopia, también su Papanicolaou, y resulta que tiene esa lesión, ellos mismos le dan el tratamiento le dan el seguimiento y nosotros también, entonces si la citaron en dos meses a lo mejor aquí la citamos en nueve semanas, una semana después para que me digan que pasó y si la vuelven a citar en quince días, en veinte días su otra cita, tiene aquí esa paciente no se queda allá, y acá estamos en contacto. Otra de las cosas que no les dieran servicio, para eso está el servicio de trabajo social, entonces antes de yo mandarles el pase de referencia, pasan a trabajo social donde le llenan un talón donde está el nombre, teléfono de la paciente y ahí trabajo social en determinado tiempo se comunica con ella: 'señora Esther ¿qué pasó con el estudio que le mando el doctor Miranda, no? [la paciente] 'que ahora sí, exactamente fui al hospital pero me dieron cita dentro de un mes' [trabajadora social] '¿para cuándo?' [la paciente] 'que para el quince de junio'. Pues el quince de junio va la señora y ya trabajo social a lo mejor el quince, pero el dieciséis le hablo otra vez '¿oiga señora que pasó con su cita?' [la paciente] 'que fui y me dijeron esto...'

Entrevistadora: ¿Siempre están haciendo el seguimiento?...

Doctor: ... y ya trabajo social hace una nota de notificación donde la señora "Esther" fue el día de ayer al hospital y refiere que le hicieron tales estudios y la citaron para posteriormente.

Entrevistadora: Y generalmente las mujeres, ¿acuden a los servicios, hacen su seguimiento, qué pasa con ellas?

Doctor: Sí, mira, lo importante también yo creo que depende del médico, ¿no? Este es el seguimiento que le dé, este es el seguimiento mas aparte la confianza que le tengan a su médico porque ahora si esto es primordial, entonces si tu convences a tu paciente que esto es

primordial y que está en peligro la vida de ella, pues lógico que tiene que ir ahí, hasta su seguimiento hasta que la den de alta, en todo caso la dan de alta y después cada seis meses a revisión. Si en dos o tres visitas vemos que esa paciente está bien, a lo mejor, ya no va a ser cada seis meses, sino cada año o cada dos años la revisión.

Entrevistadora: ¿Usted cómo describiría el tipo de pacientes que vienen aquí?.. Las mujeres que se vienen a atender por aspectos de prevención...

Doctor: Mira lo que aquí es el servicio para la mayoría de la gente es el servicio gratuito, aquí en la Secretaría de Salud, entonces el Seguro Popular, más el servicio de medicamentos por ejemplo, servicios gratuitos que da el departamento, entonces aquí ese es el seguimiento a veces o la confianza que le tienen es el seguimiento que le den al médico. Otra de las cosas por ejemplo, hay familias que todavía están a lo que diga el esposo, entonces sí el esposo dice que vayas a revisarte bien si no, no, hay todavía mucho tabú hay mucho machismo todavía.

Entrevistadora: ¿Particularmente esos tipos de atenciones?: papanicolaou, cáncer de mama ¿o en general para todos los servicios?

Doctor: No, yo diría que tal vez un 15% de la población, porque ahorita ya la población ya está más abierta, como que la liberación femenina ha sido bueno, entonces yo creo que no es tanta la gente de ahora, sino la gente a lo mejor que tiene ahorita 55, 60, 65 años ya la gente nueva tiene otra ideología

Entrevistadora: Es decir, ¿Las mujeres jóvenes tienen otro tipo de manejo con su salud de prevención y de actitud hacia los servicios?

Doctor: Exacto, si le decimos a una mujer joven que se tome su papanicolaou o se haga la revisión mamaria, se la hace, por lo menos le decimos: ¿sabes qué?, te quiero ver aquí en un mes para revisión del DIU (dispositivo intra-uterino) que se lo acabo de poner; ahora, si esa paciente viene, pero se le hace siempre esa opción de que ella puede escoger a su médico, no porque ella me pertenezca de mi zona entonces debe de pasar a fuerzas conmigo

Entrevistadora: Y por ejemplo, a usted particularmente, ¿Qué piensa acerca de que la mujer sea joven o qué sea una persona mayor para darle ese tipo de atenciones?

Doctor: No, en lo particular yo siempre he sido el mismo, sea joven o sea adulta, sea como sea, yo siempre he dicho que la mujer o cualquier persona merece que lo escuchen y darle su atención que merece, entonces a veces hay personas que distinguimos: 'tú eres joven y guapa, ¡a ti te voy a dar el servicio mejor!', no para nada, yo en lo particular atiendo desde niños hasta adultos mayores, es la misma calidad que se les da.

Entrevistadora: ¿Pero usted considera que puede haber diferencias en la atención para mujeres jóvenes y adultas?

Doctor: Sí, puede ocurrir, y yo no digo que todos los médicos seamos iguales, todos tenemos diferente forma de pensar y criterio, este pero en lo particular yo siempre los trato como es con calidad y buena atención se le brinda. Yo desde que llego, por ejemplo, desde a las 08:00–08:10 a.m. que voy a dejar a mi niño, aquí llego 08:10, yo desde esa hora empiezo. Si ya tengo paciente empiezo desde las 08:00–08:10, a veces son las 15:00 o 15:30, todavía estoy metido aquí, dándole la atención que requiere el paciente, hay mucha gente que por ejemplo entra conmigo y no es mi paciente, y ya no se quiere ir por la atención que uno les brinda, entonces yo creo que eso es bueno. Alguien decía por ahí, esto es algo de los médicos que fueron mis maestros: "trata a tu paciente como si fuera alguien de tu familia", yo creo que esa ideología es buena.

Entrevistadora: ¿Y Cuántos pacientes atiende aproximadamente por día?

Doctor: Son más o menos de 15 a 18 pacientes

Entrevistadora: ¿Cuáles son los servicios que más le demandan?

Doctor: Lo que pasa es que aquí atendemos de todo, puede ser desde atención de embarazadas, a veces en un día me pueden llegar unas 5 embarazadas, entonces para 15 o 18 pacientes casi es un 20% se podría decir de mujer embarazada y de esto por ejemplo atención a niño sano; pero aquí atendemos a diabéticos, hipertensos, planificación familiar. Hay médicos que dan urgencias y otros no, yo siempre he dado urgencias que viene una crisis hipertensiva, que viene algún herido o algo, yo trato de darle los primeros auxilios, o valoro si se puede atender aquí. Lo atendemos, y si tiene que ir al hospital, nada más se le hace tal

vez alguna receta, ¿sabe qué?, vaya aquí urgente, porque no le puedo hacer su hoja de referencia, puedo tardarme 20 ó 30 minutos en esa hoja. Porque a lo mejor ahora si está en peligro la vida de ese paciente, nada más se le manda con una receta, pasarla a urgencias.

Entrevistadora: ¿Y los servicios preventivos se dan de manera integral? Si una mujer viene solicitando planificación familiar ¿Aprovechan para ofrecerle los otros servicios o solo cubren la demanda específica?

Doctor: No, bueno yo en lo particular, es hacer el número de acciones integradas, esas acciones integradas ahora si no es nada mas a lo que viene el paciente, por ejemplo, tu vienes a consulta por un papanicolaou, pero ya aquí en esa consulta vemos si no fumas, si no tomas, que si tienes tus vacunas, si no las tienes, si te controlas o no te controlas; todo es una serie de preguntas; a veces el problema de estos servicios es que no alcanza el tiempo, entonces si yo tengo seguro o el servicio de ISSSTE y ahí a lo que vas, si vas por tos por tos, no te atienden de otra cosa, aquí vemos como que mas integralmente al paciente.

Marcela: ¿Y ahora sí hay gente de todas partes, no solo de aquí del D.F.?

Doctor: Lo que pasa, por ejemplo, como esta nota que vimos si ella viene de San Pedro Mártir a lo mejor viene por primera vez pero, por ejemplo, esta paciente es una embarazada, ella está siendo atendida en San Pedro; pero ella quería un pase para el Gea González, pero el hospital a veces esta en reparación o remodelación están haciendo una torre ahí, entonces ahorita no están dando servicios, si fuera urgencia adelante, pero sino todos los médicos ahorita los ginecos están allá en Topilejo, entonces se le hace la mención a la paciente que aquí no hay servicios si fuera urgencia que ya fuera el bebe casi saliendo, a lo mejor sí la van a atender, pero si no, no, ahí a partir de la semana 33 más o menos o 32 en el centro de salud de San Pedro le dieron su pase, para aquí exactamente el hospital de Topilejo, le digo que yo ya no le puedo dar otro pase por que ya tiene un pase, nada mas vimos su fecha probable de parto y vimos también cuando le toca ir a su cita entonces todavía tiene tiempo.

Entrevistadora: ¿Y por qué prefieren venir aquí las pacientes?

Doctor: A lo mejor este es el buen servicio, a lo mejor como es un centro de salud, más grande se podría decir este es el mero mero de Tlalpan, de los centros de salud es el que manda a todas las unidades todo está aquí...

Entrevistadora: Y pensando en esta parte de prevención del cáncer de mama. Desde su opinión ¿Cuáles son las principales recomendaciones para la detección?

Doctor: Si mira, aquí el problema de esto, es que cuando hay antecedentes familiares ese es otro problema, por ejemplo, 'mi mamá tuvo cáncer de mama', entonces se le dice a las hermanas que se hagan sus estudios periódicos, no esperar hasta los 40 años, tal vez ahí sea desde los 20 años tal vez con un ultra sonido. ¿No tuvo nada?, ¡Perfecto!, a lo mejor en 2 años más sí hay...y así por ejemplo se puede seguir una paciente. Cuando ya ve que en los 40 años no hubo nada, a lo mejor ahí de control yo le mando a hacer una mamografía.

Entrevistadora: ¿Entonces a partir de los 40 es como donde hay más riesgos para tener cáncer de mama o cuáles otros serían los riesgos?

Doctor: Sí, exactamente esa es la edad en donde se puede presentar más.

Entrevistadora: ¿Y a qué se debe esto?

Doctor: Una de las cosas son factores hereditarios, a veces puede ser la mala nutrición de la paciente, desde que estaba en el útero puede ser también, ¿no? A lo mejor algún golpe en las mamas...

Entrevistadora: ¿Golpes?...

Doctor: Sí, en los senos claro, alguna caída. Hay mucha gente, por ejemplo, que golpea a sus esposas, entonces también entraría en esto la violencia intrafamiliar, entonces algún golpe, no sé, a lo mejor el contacto también con varias exposiciones a rayos X, alguna patología hormonal que tuvieran.

Entrevistadora: ¿Y qué piensa de la autoexploración y la exploración clínica de mamas?

Doctor: Sí mira, por ejemplo, aquí hay enfermeras que dan pláticas de cáncer de mama o hay pasantes igual que dan las pláticas o las estudiantes de enfermería. Entonces preparan el tema, lo supervisa tal vez alguna jefa de enfermeras o alguna enfermera del tema o algún médico; entonces supervisan que den bien el tema, lo dan y las dudas que tuviera la gente pues el médico ya les entraría: '¿sabe qué? esta pregunta que usted está diciendo es esto, esto y esto'. Hay prevención, pero siempre es importante que el médico las enseñe a auto explorarse. No es lo mismo que tú me digas, '¿a ver cómo te exploras tú tus mamas?', o si me dices que nada más haces que tus dedos así [lo ilustra en su cuerpo] uno tras otro. ¡No!, es que los dedos deben de estar los tres juntos el índice, el medio y el anular debes de ir palpando tu piel, entonces la que conoce su cuerpo es la mujer no el médico si a lo mejor vaya esporádicamente'. Nosotros llegamos a ver a una mujer, puede ser si ya le dijeron como se debe de explorar, cualquier anomalía que ella vea sea alguna bolita, que alguna manchita, que tiene algo rojo o que le salió un lunar con vello o algo raro luego, luego debe de venir al médico es la indicación que se le da a la paciente.

Entrevistadora: ¿Cómo debería ser entonces la exploración?

Doctor: Hay que explorar desde la región retro auricular para ver si no tienen ganglios, toda la región del cuello, entonces, esa exploración es así. Hay mucha gente que le hace de otra forma y eso no funciona, si no es palpar y que tu no tengas nada, entonces se palpa desde la periferia desde la región retro auricular, cuello, axilas, toda la axila también; luego desde la periferia de la mama hasta el pezón, el pezón también hay que apretarlo para que no veamos que salga algún líquido, por ejemplo la mano derecha se explora toda la parte izquierda y la parte izquierda se explora toda la parte derecha. Esto se le recomienda que se haga la exploración del quinto al décimo día, bueno de regla es cuando ven ellas si hay alguna alteración.

Entrevistadora: ¿Y cómo lograría una mujer identificar si hay algo maligno?

Doctor: Lo que pasa, que a veces esas bolitas son como pequeños chicharitos; tienen su contorno y son duros, entonces si yo veo que tengo una bolita hace un mes, por ejemplo yo me exploré y no la tenía, pues algo está pasando, entonces yo ya vengo al centro de salud, saco mi cita y que me anoten con el médico que quieran, pero entre comillas hay médicos que revisan tal vez bien, otros no, pues yo creo que habemos de todo, ¿no? Entonces tratamos de

hacer, en lo particular, lo mejor posible. Si yo detecto en ese momento que tienes una bolita, le mando su ultrasonido urgente, `tráeme tu ultrasonido', y si yo veo que en ese ultrasonido hay algo que no me gusta, una fibrosis o que me ponen que tienes algún quiste no sé, pues yo ya con esto lo mando al especialista.

Entrevistadora: Y por esta parte que me hablaba un poco de los tabúes, ¿Usted cree que también exista algún tipo de dificultad, por ejemplo, para que las mujeres se toquen?

Doctor: Pues yo que haya visto aquí en la consulta no, pero todo puede ser factible esto puede ser también de las ideas y de las creencias de nuestra gente. Por ejemplo, yo sí he escuchado a la gente que luego le dicen a sus hijas, más las personas mayores, ¿no? `No te toques, o no dejes que te toquen, hasta que no te toque tu esposo, ¿sí? porque si te toca, ya es como quien dice ya eres impura y tu nada más debes de conocer tu cuerpo'; entonces, como para tener relaciones es con ropa por ejemplo, hay gente que no conoce a su mujer, realmente como es menos una exploración, a veces tenemos hombres que somos muy brutos también como para una relación, entonces la lastimamos puede ser también como te decía, de las causas de que nos de cáncer.

Entrevistadora: ¿Y usted considera que la situación socioeconómica de las mujeres puede ser un inconveniente para atenderse por cáncer de mama? ¿Podría hablarme de esto?

Doctor: Sí, es que de los inconvenientes para que vengan a un centro de salud, a la atención médica, es que tengan algún servicio de ISSSTE, IMSS o de el servicio militar, entonces si tú tienes derecho a algún servicio, mejor vete a tu dependencia que te corresponde, pero aquí el servicio es para toda la gente, aquí el problema nada más sería la economía, a lo mejor un estudio especial en donde lo mandemos, un pase de referencia y a lo mejor en el hospital, pues ya le empiezan a pedir cosas, aunque el servicio es gratuito entre comillas, la atención por ejemplo laboratorio, pero ya como para pedirles algún estudio en especial, ya esta gente les cobraría, a lo mejor alguna tomografía si lo tiene el hospital te la hace, entonces como hay el servicio, por ejemplo, el Seguro Popular que abarca todo ese servicio, una tomografía no te la cobran; pero si hay en el hospital, sino ya es cuento tuyo, entonces debes de pagar tú la tomografía y a veces la gente no tiene para el servicio.

Entrevistadora: ¿Y qué inconvenientes genera esto?

Doctor: Pues no hay ningún inconveniente yo diría, pero a veces como que no nos gusta que nos den, entonces habemos personas que si no me cobra no sirve, entonces tenemos esa mentalidad, si tú me cobras \$1000 pesos eres excelente, si tú me cobras \$50 pesos no sirve, aunque yo le esté dando la misma calidad que le da el de \$1000 pesos. Por ejemplo, yo le digo a la gente a veces que habemos médicos que vemos al paciente con signo de pesos, entonces tú vienes y más si trabajo en hospital particular te saco todo lo que se pueda, ¿Por qué? Porque todo es una parte para mí, de todo lo que yo te mande a hacer un tanto % es para mí. Pero yo creo que no se vale ¿no? A veces uno lucra con el dolor del paciente o con la enfermedad del paciente.

Entrevistadora: ¿Y que tanto ocurre por ejemplo, que las mujeres vayan o acudan, a otro tipo de servicios no convencionales?

Doctor: Sí, ha habido por ejemplo, yo en lo particular, toda la gente que viene aquí no es un enfermo virgen se podría decir, ya vienen multitratados para empezar, entonces ese ya es otro problema ¿Por qué? Porque ya vienen, que ya fueron a ver tal vez al brujo, al curandero, fueron ya a que le hicieran una limpia, si vienes tu por un dolor de tobillo ya fueron al quiropráctico, a lo mejor en vez de aliviarlo ya le fregaron más algún tendón, algún hueso o algo, ¿no? En este caso yo diría que la atención que damos aquí es buena, pero sí hay mucha gente que viene multitratada o viene, por ejemplo, con médicos de farmacias, ¿esa es otra de las broncas!, entonces los médicos de farmacias tienen la consigna de mandar por lo menos 5 medicamentos, aunque tu requieras 1 o 2 nada más, porque si no, no te llevas tu comisión. En todo caso, que vienes por embarazo y yo te veo que estas bien, a lo mejor yo te recetaría pura materna, pero esta gente le manda su ácido fólico, sulfato ferroso, sus vitaminas, aparte le manda su suero no se para qué y tal, tal, tal, entonces le mandan 5 o 6 cosas, a veces como que no somos éticos, también.

Entrevistadora: ¿Y vienen las personas desmejoradas?

Doctor: A veces vienen por ejemplo, ¿sabe qué? ya fui con el doctor, y ya te enseña la receta y te traen de un médico de farmacia. Yo no digo nada de los médicos, al contrario yo digo que los médicos a veces por necesidad estamos en alguna institución, ¿no? Pero no deben de acatar órdenes, cuando ellos tienen una ética. Por ejemplo, si yo considero que ese

paciente para empezar no tiene la economía suficiente, no la voy a explotar ¡que quede claro!, y ya ahí en esa consulta ya vemos el lucro, por ejemplo, y lo llamamos de que no deben hacer cosas malas, al contrario ver toda la mejoría de ese paciente, ¿no? En esa parte lo que he dicho, por ejemplo, si tú estas enferma, tú te estás llevando la economía de toda tu familia, porque, por ejemplo, el papá gana \$500 pesos, el salario mínimo, entonces viene conmigo pues yo le cobro tanto y a parte el medicamento pues ya fueron casi los \$500 pesos que se llevó, pero tengo que mantener 4 o 5 bocas más, ¿no? Entonces si alguien está enfermo se lleva la economía de la familia a lo mejor hasta la vestimenta, todo.

Entrevistadora: Bueno y ya como apartándonos un poco de aquí del centro de salud, en general, si hubiera alguna posibilidad de recomendaciones para el manejo de la prevención del cáncer de mama desde el primer nivel de atención, ¿Qué creería usted que hace falta?

Doctor: Mira yo lo que he pensado son unas buenas propagandas, no sé, televisivas a lo mejor, sería excelente por radio, que las mujer tal vez de 15 años en adelante se hicieran una auto exploración. Pero esto también empieza desde la educación familiar, desde la casa tal vez, hacerles énfasis a todas las familias que hablen con sus hijas o con sus hijos porque también hay cáncer de mama en el hombre, aunque es menos la posibilidad, ¡pero de que lo hay, lo hay!; tal vez en las escuelas darles también esa orientación, en los cines o en los teatros como un tip de 3, 4 minutos pasarles alguna información, sería excelente, porque es la segunda causa de muerte en la mujer, la primera es el cáncer cervicouterino, pero hay países en que es la primera causa de muerte el cáncer de mama, entonces estamos muy mal informados.

Entrevistadora: ¿Usted tiene algún tipo de especialidad?

Doctor: No, yo soy médico general, pero yo he hecho varios diplomados sobretodo, entonces a mí me gusta estar activo, actualizado. He hecho de urgencias, por ejemplo de gerontología, de traumatología, de cardio, de insuficiencia venosa, de medicina, de deporte, de muchas... llevo como unos 17 diplomados.

Entrevistadora: Y cuando estaba haciendo su carrera de medicina, ¿Qué tanto le enseñaron sobre prevención de estas enfermedades de cáncer de mama, cervicouterino o eso se fue adquiriendo ya con la práctica?

Doctor: Lo que pasa es que en la carrera hay temas, tal vez de medicina preventiva te dan una embarrada entre comillas; pero realmente que te digan: `ustedes deben de estar alertas sobre este tipo de problemas', no. Te dan el tema, por ejemplo, como cualquier tema como tuberculosis, leer para cualquier otro tema, pero ya esto lo vas agarrando en la carrera, más aparte también en los cursos que uno toma, por ejemplo, he tomado muchos cursos y ahí agarras muchos tips entonces a toda la gente le tratas de dar lo que más se pueda para ver, es que el tiempo es muy corto, en 20 minutos no le puedes hablar como ahorita que podemos hablar de muchas cosas, ¿no? A lo mejor si yo me pongo a explicar a la gente esto daría 3, 4 consultas en el día, pero la gente se iría súper y menos te deja, entonces si así tienes mucha gente te imaginas, si le das una atención más integral sería excelente. Yo lo que he dicho siempre, se ha reclamado que nos den más tiempo para la consulta porque se les puede dar muchísima cosas.

Entrevistadora: ¿Cuál es el promedio de tiempo por consulta?

Doctor: El promedio es exactamente 3 pacientes por hora, hay médicos que tienen 6 horas otros 8 horas otros 7 horas pero entre 18, 20 pacientes más o menos.

Entrevistadora: ¿Entonces hay algunos aspectos que no se pueden abordar en la consulta?

Doctor: Sí, es un ejemplo, tú vienes ahorita y me dices que vienes por un papanicolaou, ya que te lo hice, me dices `¿sabe qué doctor, ahora quiero saber si me puede mandar un pase para mi ojo que tengo una catarata?', pues si te lo haría con mucho gusto, pero ya no tengo tiempo. Para empezar, el tiempo, entonces si tú por ejemplo te programo para dentro de 8 días, ¡excelente!, pero el problema es esto, entonces es que yo programo a la gente, pero que crees que yo ya no tengo programación, hasta el mes de junio como desde el 5 de mayo. Hay por ejemplo tanta la demanda de que quiere pasar con uno, a lo mejor es la calidad, es el servicio que se les brinda a la gente o la confianza que te tienen, ¿no? A veces el día que no vengo, porque estoy en curso o porque me dieron vacaciones o cualquier cosa, la gente citada no quiere pasar con otro médico, entonces te esperan, eso es bueno, pero el problema es que cuando llegas se te carga, entonces tienes un resto de gente, no tienes chance ni de respirar, ni de ir al baño. Desde que llegas hasta que sales ese es el problema.

Anexo 5. Nota de Campo. Ejemplo

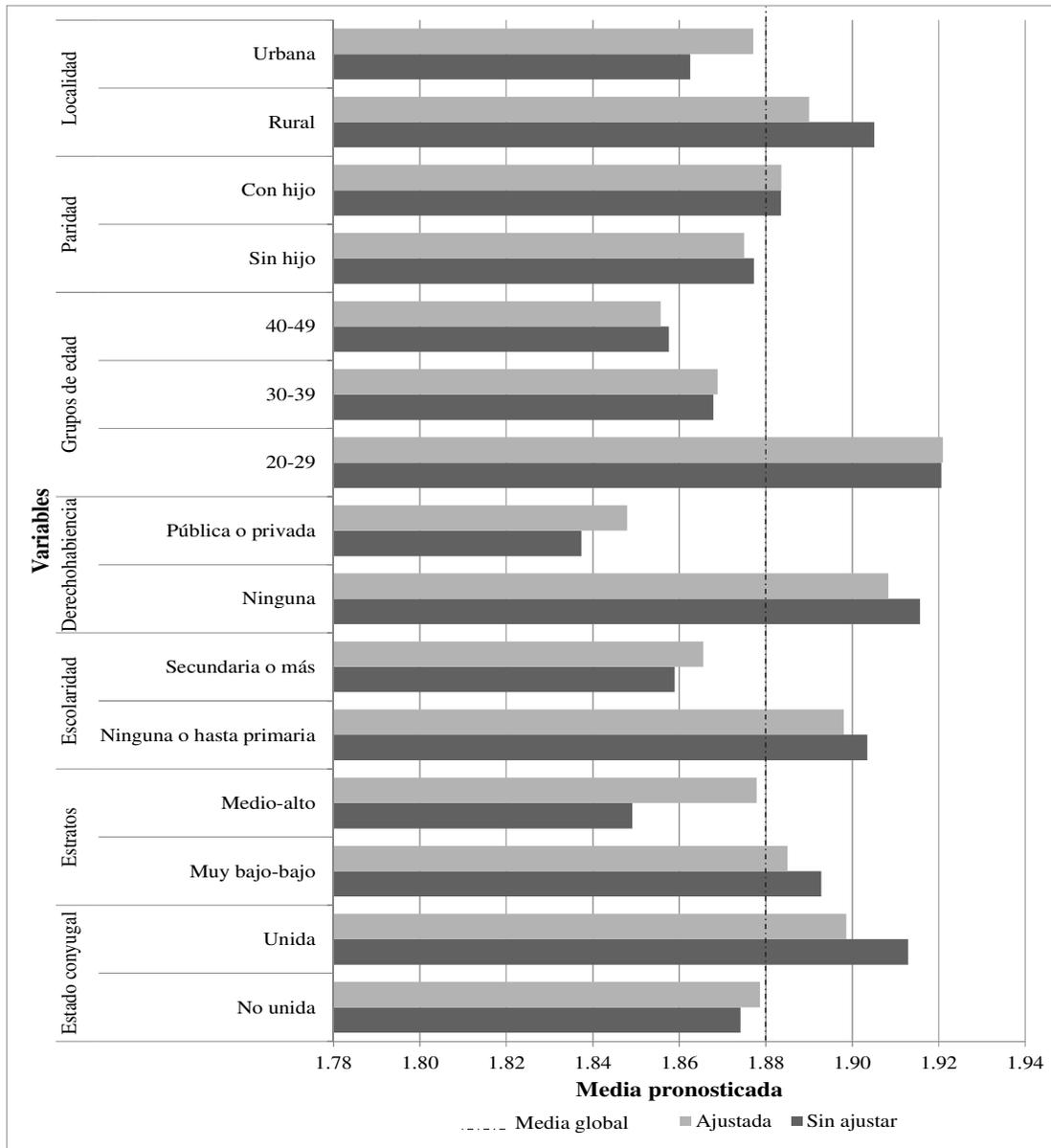
<b>NOTA DE CAMPO</b>
Fecha: 21 de abril de 2010
Lugar: Centro de Salud Tlalpan
Número de entrevistas en el día: 2
Inicio de la visita: 9:00 a.m
Fin de la visita: 2 p.m.
Código del entrevistado: T1V-MG
<p>Observaciones:</p> <p>Se llega a las 9 a.m., según lo acordado con la persona del área administrativa. Se entregan las respectivas cartas de la Secretaría de Salud y se presenta el proyecto de investigación. La subdirectora acepta los términos del trabajo tesis y procede a informar a dos de los médicos, que cumplen las características para este proyecto, que serán entrevistados. Posteriormente, se notifica que hay que esperar que exista un espacio libre en la agenda del médico para realizar la entrevista.</p> <p>El servicio inicia a las 8:00 a.m. pero, aproximadamente a las 10:15 a.m. había gran cantidad de personas en la sala de espera, en el archivo clínico, en el laboratorio, en los módulos de vacunación y en la farmacia. Las instalaciones se observaron precarias y existía diverso material informativo en carteles que estaban a lo largo del centro. Se observó que había algunos carteles sobre cáncer de mama, que había otorgado el gobierno federal, aunque no se podían leer a simple vista, puesto que estaban mezclados y a veces tapados con otros carteles.</p> <p>La mayoría de usuarios eran mujeres en edad productiva, que estaban embarazadas y/o con sus hijos. Se vio que casi todas iban solas, con sus hijos y otras estaban en compañía de otras mujeres. Había pocos hombres y en menor medida adultos mayores. Para ingresar a los consultorios las personas tenían una ficha enumerada, con la cual eran llamadas por una enfermera, por médicos pasantes o por el propio médico que las atendía, según el orden asignado. Había ruidos permanentes en la sala de espera (voces, llantos de bebés, teléfonos, entre otros.). Hasta ese momento el volumen de personas esperando atención iba en aumento, conforme pasaban las horas.</p> <p>A las 10:45 a.m. se ingresa al primer consultorio para efectuar la entrevista (este día se</p>

<b>NOTA DE CAMPO</b>
Fecha: 21 de abril de 2010
Lugar: Centro de Salud Tlalpan
Número de entrevistas en el día: 2
Inicio de la visita: 9:00 a.m
Fin de la visita: 2 p.m.
Código del entrevistado: T1V-MG
<p>tenían programadas dos entrevistas en este Centro de Salud). Para ello se tiene la compañía de la subdirectora, quien hizo una breve presentación de la entrevistada y los fines de la visita. Después de esto, la Dra. se retira. Una vez en el consultorio, la entrevistadora agrega algunos puntos adicionales a la exposición de la subdirectora y le informa al médico que va a ser audiograbado, lo que acepta abiertamente. Esta es la primera entrevista que se hace en este centro de salud.</p> <p>La entrevista se hizo en el consultorio donde laboraba el médico, lo que dificultó la concentración, en parte, porque había constantes interrupciones de parte de colegas médicos y de pacientes. El médico suspendió varias consultas para que se le hiciera la entrevista. El consultorio era pequeño, contaba con un escritorio, camilla de atención, con una cortina que separaba estos dos espacios; además se observaron insumos básicos como báscula para neonatos, estetoscopio y otros materiales como: gaza, guantes, depresores de lengüeta de madera, entre otros.</p> <p>Antes de iniciar en pleno la entrevista, se habló de diversos aspectos para generar un ambiente de confianza; el médico se vio cómodo y la entrevistadora también lo estaba. Se comienza a formular las preguntas, pero el entrevistado parece no entenderlas correctamente y habla de otros temas ajenos a la investigación, sin embargo, se decidió que el entrevistado se expresara libremente, aunque ello implicó perder oportunidades de hablar concretamente del cáncer de mama.</p> <p>El instrumento tuvo que ir flexibilizándose a lo que el entrevistado iba mencionando, ya que fue difícil seguir un hilo conductor. Aunque se indagaba sobre puntos específicos de los servicios de cáncer de mama, el médico permanentemente respondía en función de otras patologías, aunque se estuviera refiriendo implícitamente al cáncer de mama. Los diálogos no eran fluidos, al médico se le dificultaba expresar coherentemente sus ideas, lo que provocó que en ciertos momentos no hubiera una comprensión de lo que estaba</p>

<b>NOTA DE CAMPO</b>
Fecha: 21 de abril de 2010
Lugar: Centro de Salud Tlalpan
Número de entrevistas en el día: 2
Inicio de la visita: 9:00 a.m
Fin de la visita: 2 p.m.
Código del entrevistado: T1V-MG
<p>hablando.</p> <p>Algo que se notó es que sus diálogos se construyeron en tercera persona y no a sus propias experiencias. Se tuvo la percepción, por parte de la entrevistadora, que el médico no estaba muy involucrado con los servicios para cáncer de mama.</p> <p>Respecto a esta entrevista se destaca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La técnica de detección de cáncer de mama más recomendada es el ultrasonido.</li> <li>▪ Diferencia el tipo de pacientes entre las jóvenes y las adultas.</li> <li>▪ La pobreza es una barrera que limita la atención del cáncer de mama</li> <li>▪ Es frecuente que los pacientes lleguen “multitratados” al servicio de salud</li> <li>▪ Considera que existen tabúes y machismo entre la población usuaria</li> <li>▪ Unos de los factores de riesgo para padecer cáncer de mama son: la edad (40 años), hereditarios y golpes en los senos.</li> <li>▪ Considera que el cuerpo lo conoce la mujer y no el médico. Ellas son las que deben demandar los servicios para cáncer de mama.</li> <li>▪ Debería existir campañas masivas para informar a las mujeres sobre el cáncer de mama.</li> </ul> <p>La entrevista tuvo una duración de 40 minutos (11:40 am). Se agradeció la participación y el médico retomó sus funciones. Luego de salir del consultorio se tomaron registros fotográficos y se esperó para la siguiente entrevista.</p>

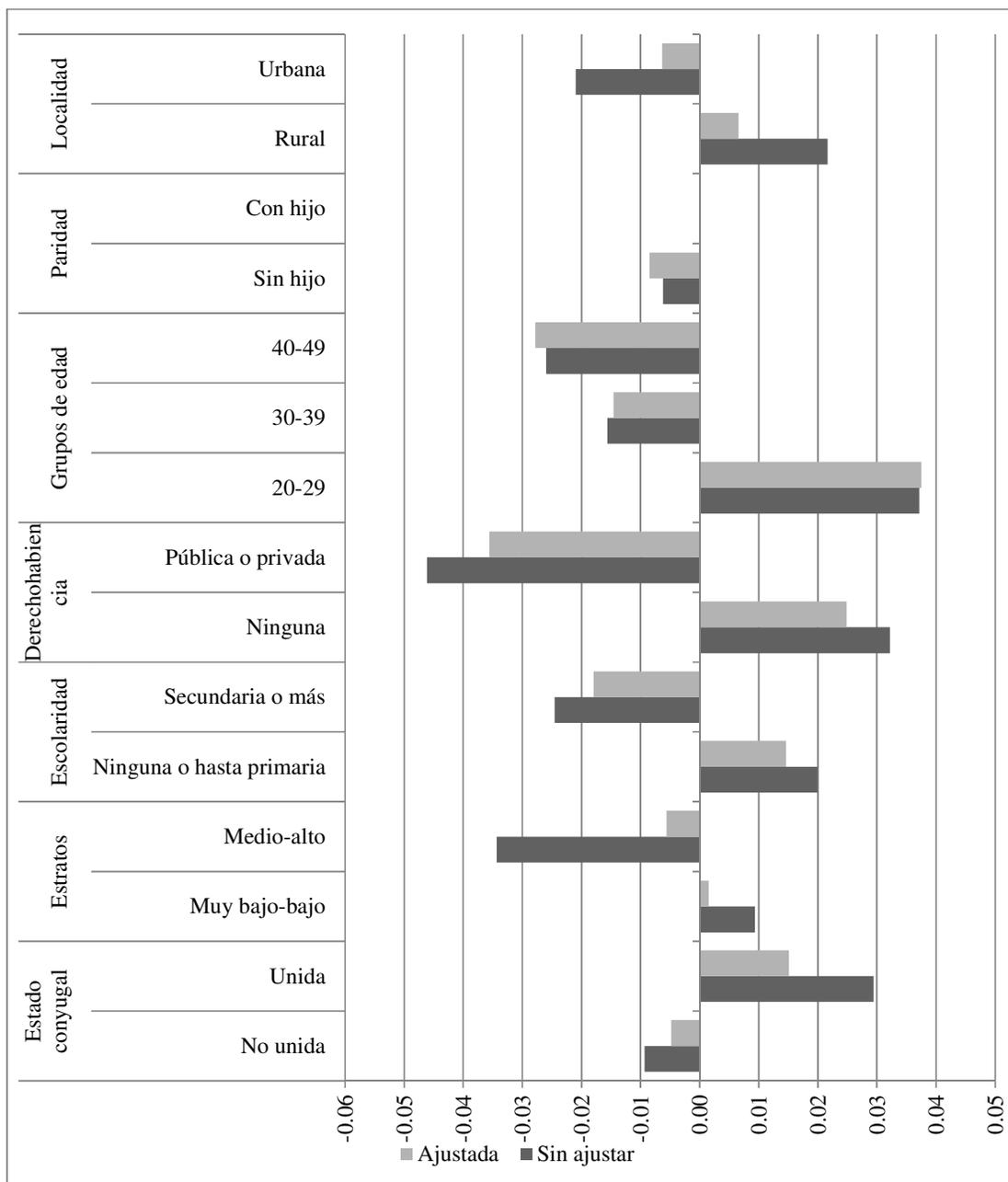
Anexo 6. Análisis de clasificación múltiple en el uso de pruebas de detección de cáncer de mama. Medias y desviaciones (ajustadas y sin ajustar)

Gráfica A6.1 Análisis de clasificación múltiple. Medias ajustadas y sin ajustar. Examen clínico de mamas. México, 2000



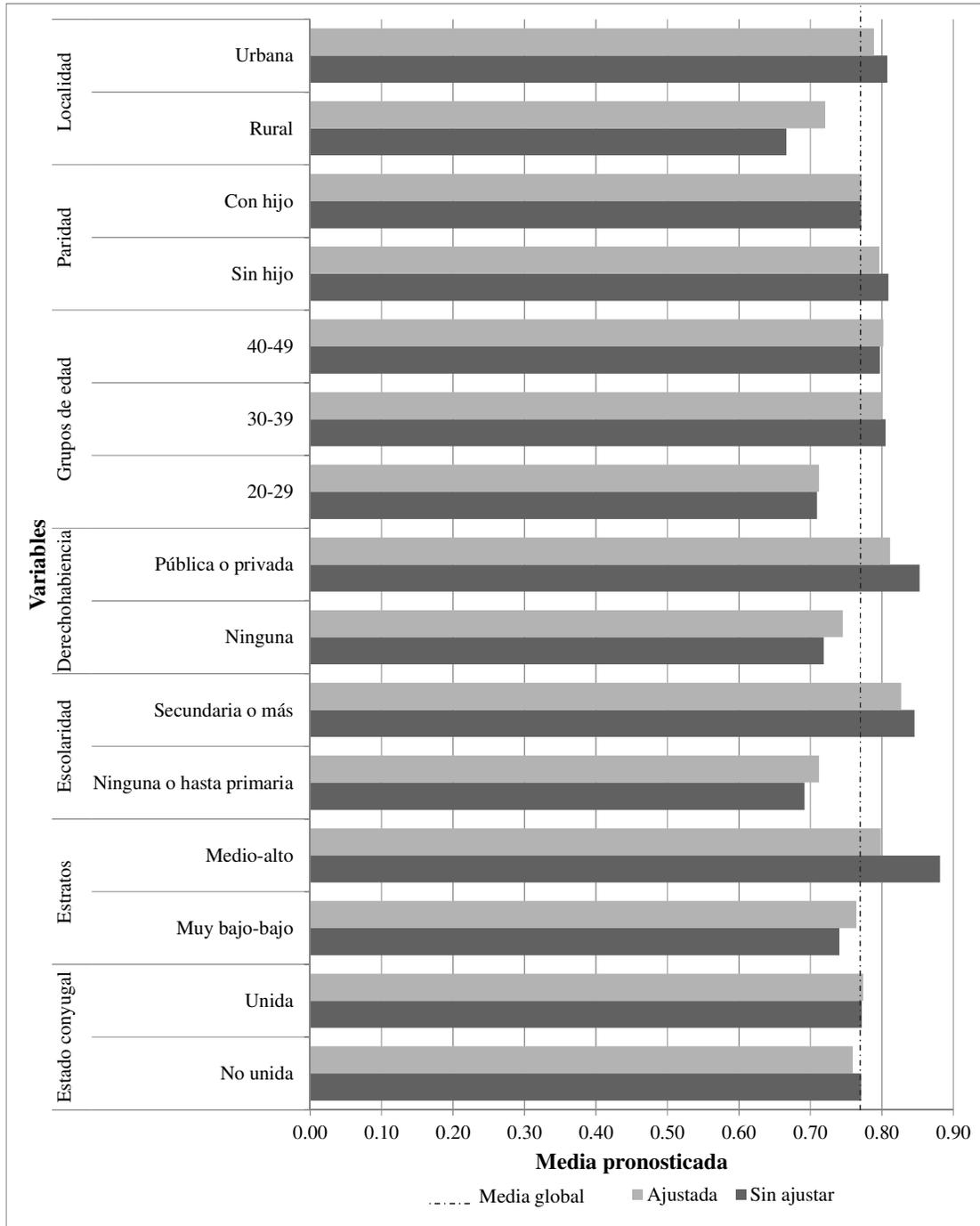
Fuente: elaboración propia a partir de la ENSA, 2000

Gráfica A6.2 Análisis de clasificación múltiple. Desviación ajustadas y sin ajustar. Examen clínico de mamas. México, 2000



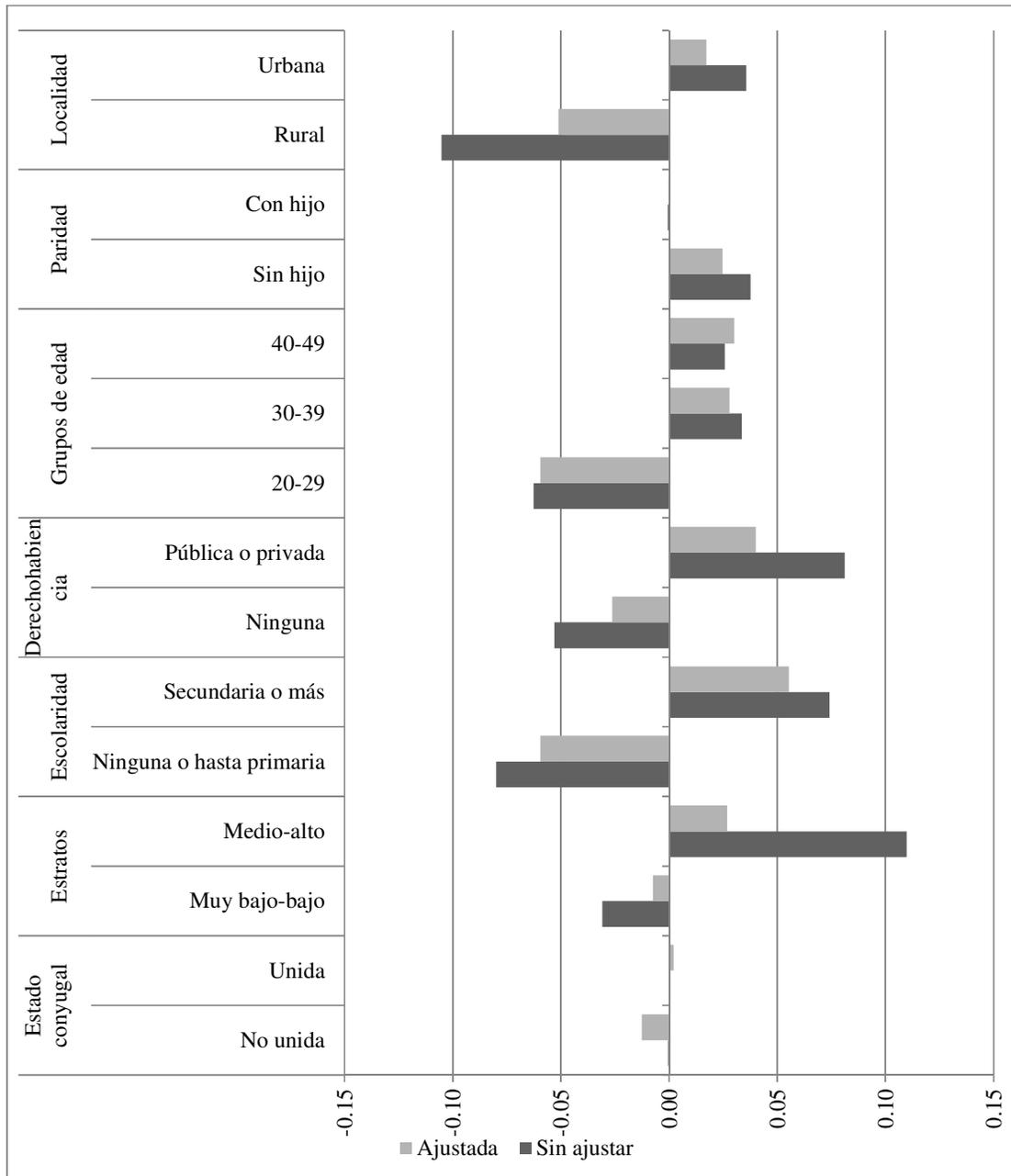
Fuente: elaboración propia a partir de la ENSA, 2000

Gráfica A6.3 Análisis de clasificación múltiple. Medias ajustadas y sin ajustar.  
Autoexploración de mamas. México, 2003



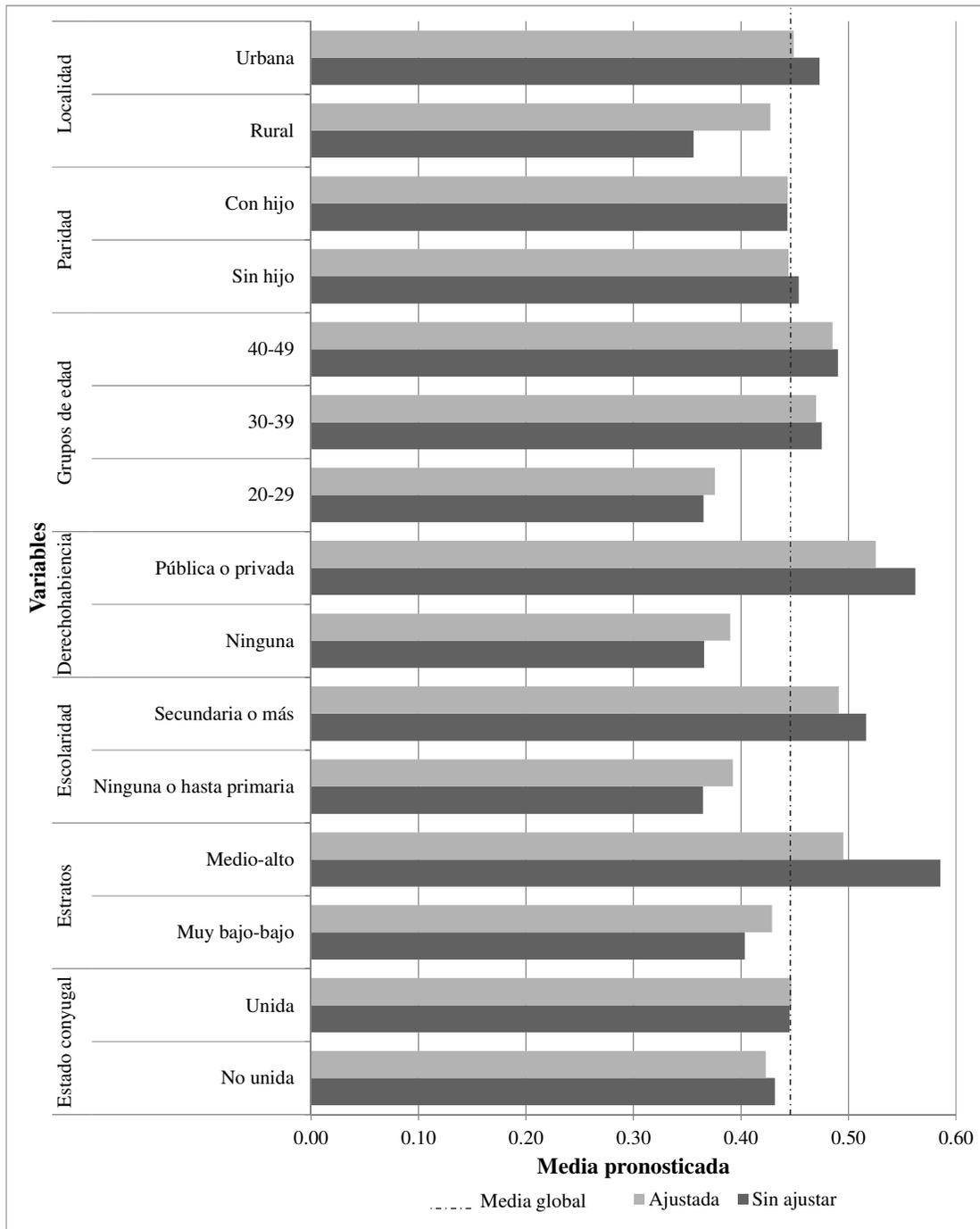
Fuente: elaboración propia a partir de la ENSAR, 2003

Gráfica A6.4 Análisis de clasificación múltiple. Desviación ajustadas y sin ajustar.  
Autoexploración de mamas. México, 2003



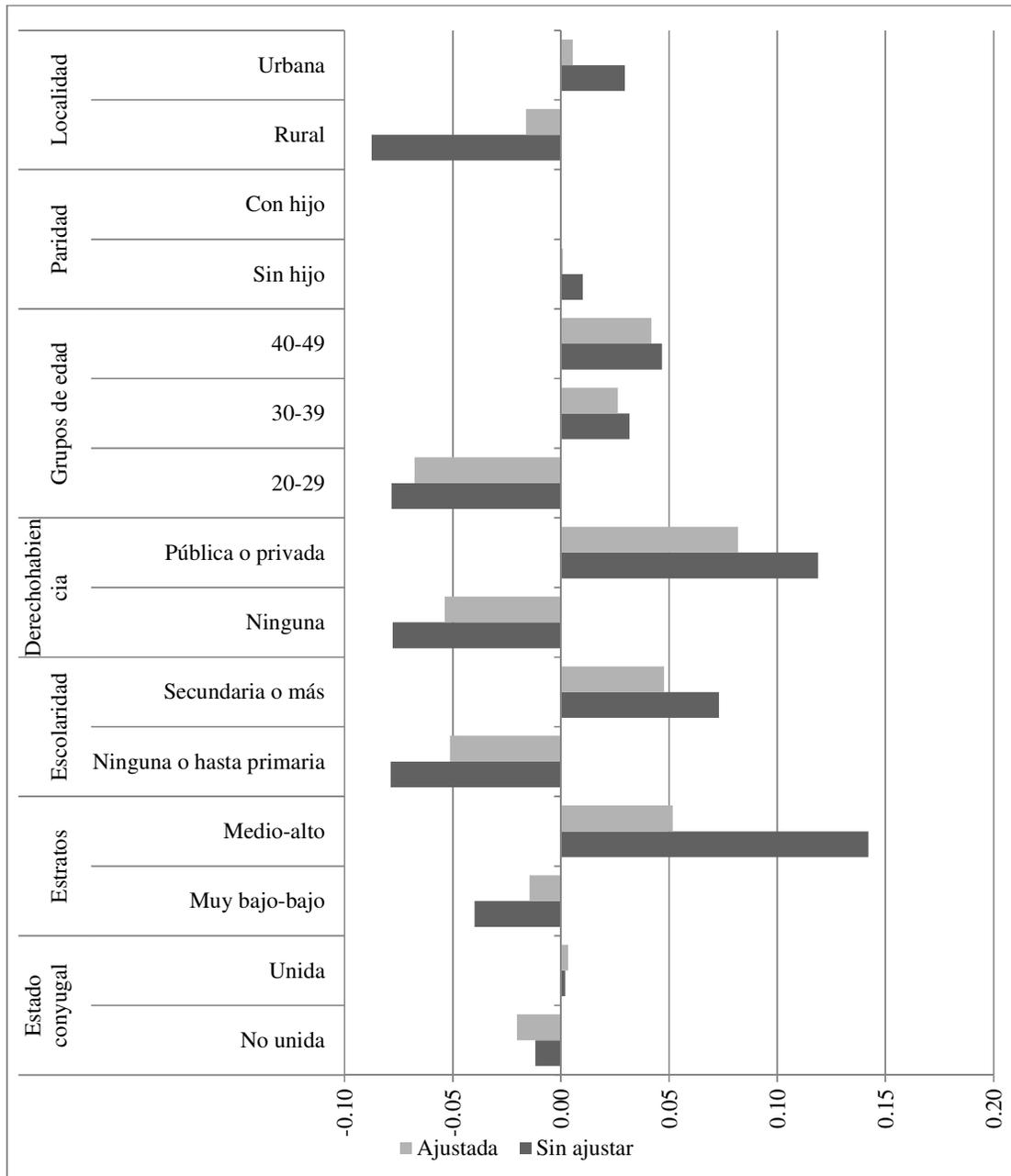
Fuente: elaboración propia a partir de la ENSAR, 2003

Gráfica A6.5 Análisis de clasificación múltiple. Medias ajustadas y sin ajustar. Examen clínico de mamas. México, 2003



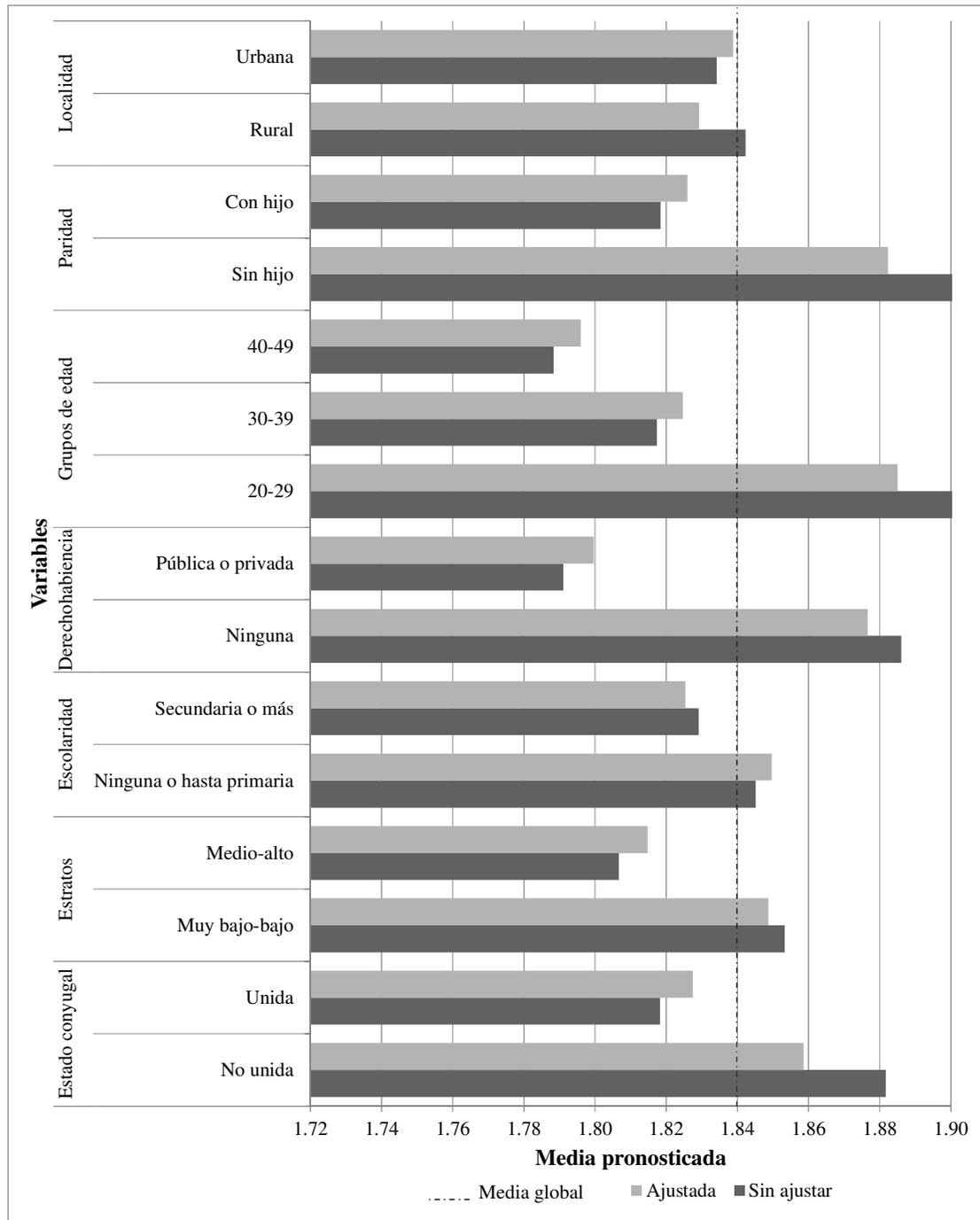
Fuente: elaboración propia a partir de la ENSAR, 2003

Gráfica A6.6 Análisis de clasificación múltiple. Desviación ajustadas y sin ajustar. Examen clínico de mamas. México, 2003



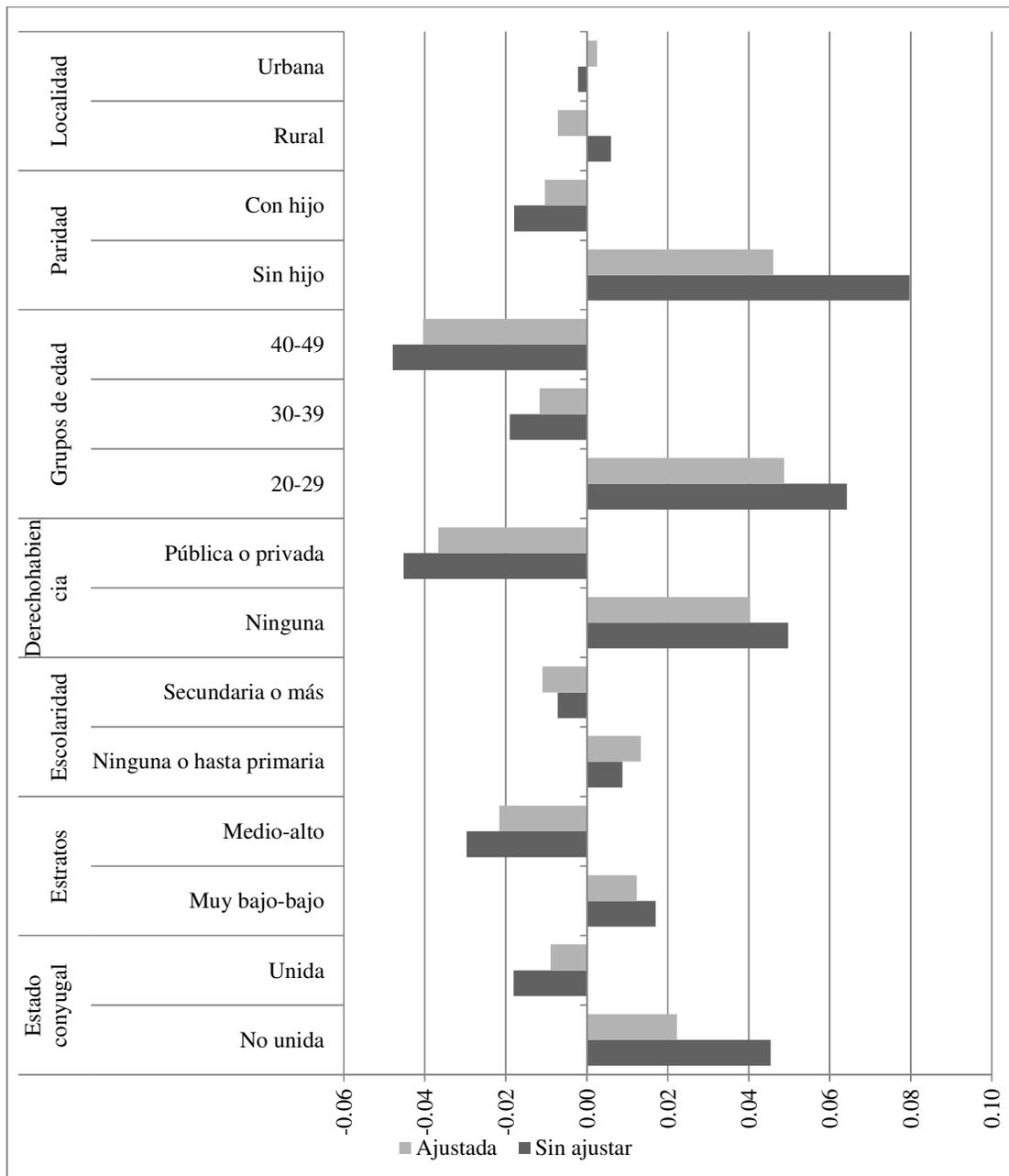
Fuente: elaboración propia a partir de la ENSAR, 2003

Gráfica A6.7 Análisis de clasificación múltiple. Medias ajustadas y sin ajustar. Mamografía. México, 2006



Fuente: elaboración propia a partir de la ENSANUT, 2006

Gráfica A6.8 Análisis de clasificación múltiple. Desviación ajustadas y sin ajustar.  
Mamografía. México, 2006



Fuente: elaboración propia a partir de la ENSANUT, 2006

Anexo 7. Características y códigos de los participantes de los grupos focales en Tlalpan e Iztapalapa, 2007

<b>Profesión</b>	<b>Públicos</b>	<b>Privados</b>	<b>Total</b>
<b><i>Total</i></b>	<b><i>14</i></b>	<b><i>8</i></b>	<b><i>22</i></b>
Médicos/as	6	7	13
Enfermera/o	3	1	4
Licenciado/a en Trabajo Social	4	0	4
Farmacéutico	1	0	1

**Códigos de entrevistas citadas**

MPRI-2: Médico privado de Iztapalapa

TSI-1: Trabajadora social de Iztapalapa

ET-1: Enfermera de Tlalpan

MPT-2: Médico público de Tlalpan

MPT-3: Médico público de Tlalpan

Anexo 8. Registro fotográfico del trabajo de campo en Tlalpan e Iztapalapa, 2010

Figura A8.1 Fachada de centro de salud



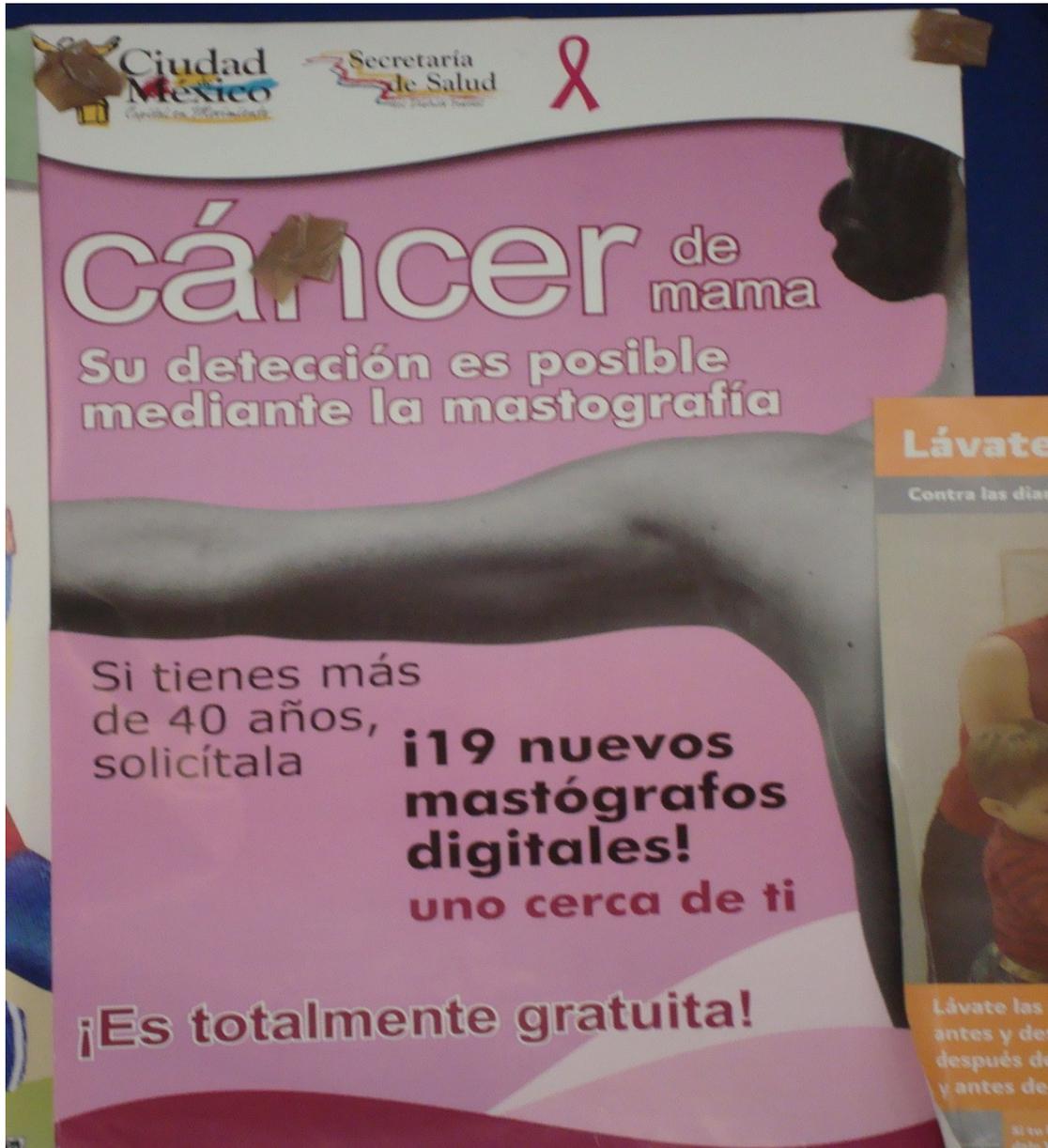
Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

Figura A8.2 Camilla de atención médica en centro de salud



Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

Figura A8.3 Promoción de los mastógrafos en centro de salud



Fuente: Agudelo, 2010. Archivos de campo.

Anexo 9. Formato de remisión para estudio mamográfico de la Secretaría de Salud

	PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD	GOBIERNO FEDERAL	
	ESTUDIO DE MASTOGRAFÍA	CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA	SALUD	

**I. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD**

1. INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ 2. ENTIDAD \_\_\_\_\_

3. CLUES \_\_\_\_\_ 4. JURISDICCION \_\_\_\_\_

5. MUNICIPIO \_\_\_\_\_ 6. UNIDAD MÉDICA \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE**

7. CLAVE INSTITUCIONAL \_\_\_\_\_ 8. CURP \_\_\_\_\_

9. NOMBRE \_\_\_\_\_ 10. EDAD \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE

11. ENTIDAD DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ 12. FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

13. DIRECCION \_\_\_\_\_  
CALLE                      NÚMERO                      COLONIA                      C.P.

TELÉFONO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD / MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_

14. DERECHOHABIENTIA  1.SEGURO POPULAR 2.SSA 3.IMSS 4.ISSSTE 5.PEMEX 6.SEDENA 7.SEDEMAR 8.IMSS OPORTUNIDADES 9. NINGUNA 10. OTRO

**III. ANTECEDENTES**

15. DE MASTOGRAFÍA  1.SI 2.NO 16. FECHA DE ÚLTIMA MASTOGRAFÍA \_\_\_\_\_  
DÍA                      MES                      AÑO 17. RESULTADO BIRADS

**IV. MASTOGRAFÍA**

18. MODALIDAD DE MASTOGRAFÍA

I. TAMIZAJE <input type="checkbox"/>	II. DIAGNÓSTICA <input type="checkbox"/>
11. INVITACIÓN ORGANIZADA	21. POR SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA
12. DERIVADA POR PERSONAL DE SALUD	22. CONTROL PATOLOGÍA BENIGNA
13. ESPONTÁNEA (DE LA MUJER)	23. CONTROL PATOLOGÍA MALIGNA



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

---

- Afonso, Nelia (2009), “Women at high risk for breast cancer. What the primary care provider needs to know” *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 22, núm. 1, pp. 43–50.
- Agostoni, Claudia y Andrés Ríos (2011), “Introducción” en: Agostoni, Claudia y Andrés Ríos, *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810–2010*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, ss, , pp. 15–19.
- Agudelo, Marcela (2009), “Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal: Visión de los proveedores de servicios de salud”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 27, núm. 2, pp. 169–176.
- \_\_\_\_\_ (2010), *Registros fotográficos de trabajo de campo*. Doctorado en Estudios de Población. Mimeo.
- Agudelo, Marcela, Alejandro Aguirre y Claudio Dávila (2010), “Análisis estratificado de los años de vida perdidos por cánceres de mama y cérvico–uterino en México, 1997 y 2007”, *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 14, núm. 1, pp. 8–17.
- Agudelo, Marcela, Claudio Dávila y Sara Atehortúa (2011), “Diferencias socioeconómicas en los años de vida perdidos por cáncer de mama y cáncer cérvico–uterino en Colombia, 1997 y 2007”, *Rev. Geren. Polit. Salud*, vol. 10, núm. pp. 138–151.
- Aguirre, Alejandro (1999), “Evolución de la mortalidad en América Latina 1960–1990 y perspectivas de reducción de la mortalidad infantil”, en: Kenneth, Hill, José Morelos y Rebeca Wong (coords.), *Las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológicas en América Latina*, México, COLMEX, pp.45–56.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2010), *Dictamen de la Comisión de Salud y Asistencia Social de la iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se expide la Ley para la atención Integral del cáncer de mama del Distrito Federal*, Comisión de Salud y Asistencia Social de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (mimeo).
- ACS (American Cancer Society) (2008), *Cancer Facts & Figures 2008*, Atlanta, ACS.
- Anderson, Benjamin, Romano Shyyan, Alexandru Eniu, Rorber Smith, Cheng–Har Yip, Nuran Senel Bese, Louis Chow, Shahla Masood, Scott Ramsey y Robert Carlson (2007a), “El cáncer de mama en los países con recursos limitados: Sinopsis de las normativas del 2005 de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama”, *The Breast Journal*, vol. 13, supl.1, pp. S1–S15.
- Anderson, Benjamin, Cheng–Har Yip, Scott Ramsey, Raphael Bengoa, Susan Braun, Margaret Fitch, Martijn Groot, Helene Sancho–Garnier y Vivien Tsu (2007b), “El cáncer de mama en los países con recursos limitados: Sistemas de atención de salud y políticas públicas”, *The Breast Journal*, vol. 13, supl.1, pp. S62–S82.
- Anderson, Benjamin, Eduardo Cazap, Nagi El Saghir, Cheng–Har Yip, Hussein M Khaled , Isabel Otero, Clement A Adebamowo y Joe Harford (2011), “Optimisation of breast cancer management in low–resource and middle–resource countries: executive summary of the Breast Health Global Initiative consensus, 2010”, *The Lancet Oncology*, vol. 12(4), pp.387–398.
- Ariza, Marina y Orlandina de Oliveira (2008), “Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México”, en: Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo II*, México, COLMEX, pp. 11–46.
- Arriagada, Irma, Verónica Aranda y Francisca Miranda (2005), *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*, Santiago, CEPAL.
- Asua, José (2005), “Mamografía y detección precoz del cáncer de mama”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 79, núm. 5, pp. 517–520.
- Aziz, Zeba, Javaid Iqbal y Muhammad Akram (2008), “Effect of Social Class Disparities on Disease Stage, Quality of Treatment and Survival Outcomes in Breast Cancer Patients from Developing Countries”, *The Breast Journal*, vol. 14, núm. 4, pp. 372–375.
- Barton, MB, R Harris y SW Fletcher (1999), “Does this patient have breast cancer? The screening clinical examination: should it be done? How?”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, núm. 13, pp. 1270–1280.

- Benia, Wilson y Gabriela Tellechea (2000), “Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo, 1997”, *Revista Médica del Uruguay*, vol. 16, pp.103–113.
- Benítez, Raúl (2001), “Desde la elevada meseta Mexicana: Con un larga–vista demográfico”, *Papeles de Población*, núm. 27, pp. 29–44.
- Bernabeu Josep y Elena Robles (2000), “Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria”, *Política y sociedad*, vol. 35, pp. 45–54.
- Bernabeu, Josep (1991), *Enfermedad y población*, Alicante: Universitat d'Alacant.
- Biedma, Lourdes y Rafael Serrano (2009), “Médicos y médicas, estilos asistenciales distintos: ¿Satisfacción diferente de los usuarios?”, *Salud Pública de México*, vol. 51 (4), pp. 277–284.
- Blanco, Mercedes y Edith Pacheco (2003), “Trabajo y familia desde el enfoque del curso de vida: Dos subcohortes de mujeres mexicanas”, *Papeles de Población*, núm. 38, pp. 159–193.
- Boltvinik, Julio (2004), “Conceptos y medición de la pobreza”, en: Yanes, Pablo y Alejandro López (coords.), *Pobreza, desigualdad y marginación en la Ciudad de México*, México, Secretaría de Desarrollo Social/Consejo de Desarrollo Social del Distrito Federal, pp. 17–26.
- Bonilla, Elssy y Penélope Rodríguez (2005), *Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias sociales*, Bogotá, Grupo editorial Norma.
- Borràs, JM y JA Espinàs (1999), “Atención primaria y cribado del cáncer de mama”, *Atención Primaria*, vol. 24, núm. 1, pp. 1–2.
- Bourdieu, Pierre (1988), *Cosas dichas*. Barcelona, Cedisa.
- \_\_\_\_\_ (1999), “Comprender”, en: Bourdieu, Pierre (dir.), *La miseria del mundo*, España, Ediciones Akal S.A., pp. 527–543.
- Boyages, John (2009), “Organised mammography sreening programmes: a positive perspective” URL: [http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/jul09\\_1/b2587#217024](http://www.bmj.com/cgi/eletters/339/jul09_1/b2587#217024), última consulta 23 de julio de 2009.
- Brandan, María Ester y Yolanda Villaseñor (2006), “Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México”, *Cancerología*, vol. 1, pp. 147–162.
- BCF (Breast Cancer Fund) (2009), “The importance of breast self–exams: They can succeed when mammography fails” URL: [http://www.breastcancerfund.org/site/c.kwKXLdPaE/b.84630/k.37F0/The\\_Importance\\_of\\_Breast\\_SelfExams.htm](http://www.breastcancerfund.org/site/c.kwKXLdPaE/b.84630/k.37F0/The_Importance_of_Breast_SelfExams.htm), última consulta 11 de junio de 2009.
- Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zúñiga, Carlos Miranda y Jorge Oviedo (1997), “Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de utilización”, *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 6, pp. 1–8.
- Butler, Judith (2008), *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, Buenos Aires, Paidós Entornos.
- Caballero, José Ramiro y Alberto Villaseñor (2008), “Factores de desigualdad social asociados a infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población mexicana” en: Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo II*, México, COLMEX, pp. 453–502.
- Cabrera, Gustavo (1988), “Presentación”, en: Corona, Rodolfo y René Jiménez (autores), *El comportamiento de la mortalidad por entidad federativa, 1980 (tablas abreviadas de mortalidad)*, México, UNAM, pp. 7–10.
- Calderón, Laura, Franklin Uriel Parás, Lilia Cárdenas, Juan Francisco González, Enrique Villarreal, Tamara Staines y Hugo Barrera (2000), “Risk factors of breast cancer in Mexican women”, *Salud Pública de México*, vol. 42, núm. 1, pp. 26–33.
- Camarena, Rosa María y Susana Lerner (2008), “Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: Mitos y realidades en el México rural”, en: Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo I*, México, COLMEX, pp. 117–216.
- Camposortega, Sergio (1997), “Cambios en la mortalidad. Cien años de mortalidad en México”, *DemoS*, núm. 010, pp. 11–13.
- Canales, Alejandro (1999), “Investigación y docencia en población. Breve historia de encantos y desencantos”, en: Welti, Carlos y René Benítez (coords.), *Hacia la demografía del siglo XXI*,

- México, Sociedad Mexicana de Demografía/Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, pp.XX.
- \_\_\_\_\_ (2001), “La población en la era de la información. De la transición demográfica al proceso de envejecimiento”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 048, pp. 485–518.
- \_\_\_\_\_ (2004), “Retos de la demografía en la sociedad contemporánea”, *Papeles de Población*, núm. 040, pp. 47–69.
- Cárdenas, Rosario (1998), “Disminución de la mortalidad y las causas de muerte. Mayor progreso en salud requiere más bienestar social”, *DemoS*, núm. 011, pp. 10–11.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Desafíos de la atención a la salud” en: García, Brígida y Manuel Ordorica (coords.), *Los grandes problemas de México. Población. Volumen 1*, pp. 105–136.
- Cárdenas, Rosario y Patricia Fernández (1994), “La mortalidad por causas. Las tendencias demandan modificaciones del sistema de salud”, *DemoS*, núm. 007, pp. 11–12.
- Cartwright Elizabeth, Gilda Salazar y María del Carmen Castro (2004), “‘Soy muy mujer’. Percepciones del cáncer cérvico-uterino en mujeres mayores: Hermosillo, Sonora y Tucson, Arizona”, en: Denman Catalina, Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña (eds.), *Compartiendo historias de fronteras: Cuerpos, géneros, generaciones y salud*, México, El Colegio de Sonora, pp. 181–209.
- Carranza, María (2007), “The therapeutic exception: abortion, sterilization and medical necessity in Costa Rica”, *Developing World Bioethics*, vol. 7, núm. 2, pp. 55–63.
- Castillo, Mario y José Fernando Ávila (2010), “Cáncer de mama: Etapa clínica en la que se realiza el diagnóstico y tipos histológicos más frecuentes en mujeres que acuden a un hospital de segundo nivel”, *Revista del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”*, vol. II, núm 2, pp. 85–90.
- Castro, María del Carmen (2006), “El derecho a la salud en la atención del cáncer de mama, un derecho relativo”, *Savia*, núm. 4, pp. 17–22.
- \_\_\_\_\_ (2008), *De pacientes a exigentes: Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*, Hermosillo, El Colegio de Sonora.
- Castro, Roberto (2000), *La vida en la adversidad: El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, Cuernavaca, UNAM/CRIM.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Habitús profesional y ciudadanía: Hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”, en: Castro, Roberto y Alejandra López (eds.), *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*, Montevideo, Universidad de la República, México, UNAM/CRIM., pp. 50–72.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman (1998), “Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión”, en: Figueroa, Juan Guillermo (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, COLMEX, pp. 205–238.
- \_\_\_\_\_ (1999), “Algunos problemas no resueltos en la integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud”, en: Bronfman, Mario y Roberto Castro (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México: Edamex, pp. 49–64.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Habitús profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”, en: Castro, Roberto y Alejandra López (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*, Montevideo, Universidad de la República, México, UNAM/CRIM, pp. 75–99.
- CENA VECE (Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades) (2010), “Anuarios de morbilidad 1984–2008”. URL: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>, última consulta 28 de febrero de 2010.
- Clavreul, Jean (1983), *El orden médico*, Barcelona, Editorial Argot.
- Colectivo del libro de la salud de las mujeres de Boston (1987), *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Barcelona, Icaria.

- COLMEX (El Colegio de México) (2008), *Encuesta sobre necesidades en salud reproductiva en el Distrito Federal (ENSR-DF)*, México, COLMEX.
- CONACEM (Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas) (2009), “Estadísticas. Consejos con mayor número de médicos especialistas”. URL: <http://conacem.anmm.org.mx/>, última consulta 12 de septiembre de 2009.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (1996), *Encuesta sobre las instituciones en planificación familiar en México (ENINPLAF)*, México, CONAPO/IMSS.
- \_\_\_\_ (1996), *Las instituciones en planificación familiar. Manual para entrevistadores*, México, CONAPO/IMSS.
- \_\_\_\_ (2001), *Índices de marginación 2000–2001*. México, CONAPO.
- \_\_\_\_ (2006), *Proyección de la población de México, 2005–2050*, México, CONAPO.
- Cordella, Marisa (2002), “La interacción médico–paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional”, *ONOMAZEIN*, vol. 7, pp. 117–144.
- Corona, Rodolfo y René Jiménez (1988), *El comportamiento de la mortalidad por entidad federativa, 1980 (tablas abreviadas de mortalidad)*, México, UNAM.
- Corral, Ariadna, Ilean Castañeda, Manuel Barzaga y María Santana (2010), “Determinantes Cubana de Salud Pública sociales en la diferencia de mortalidad entre hombres y mujeres en Cuba”, *Revista*, vol. 36, núm. 1, pp. 66–77.
- Cortés, Ana, Fuentes Clotilde, María López, Gabriela Velázquez, Oscar Farías, Juan Olivares y Alejandro González (2005), “Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas”, *Gaceta Médica de México*, vol. 141, núm. 4, pp. 341–344.
- Cumpián, Blanca Patricia (2000), “Conocimiento sobre detección oportuna de CaCu y mamario”, *Rev Enferm IMSS*, vol. 8, núm. 3, pp.129–132.
- Dahlgren, Göran y Margaret Whitehead (1992), “Policies and strategies to promote social equity in health”. URL: [http://whqlibdoc.who.int/euro/–1993/EUR\\_ICP\\_ RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/–1993/EUR_ICP_ RPD414(2).pdf), última consulta 08 de septiembre de 2010.
- De Beauvoir, Simone, (1997), *El segundo sexo. Los hechos y los mitos*. México, Siglo veinte/Alianza.
- De Gelder, R, Jean–Luc Bulliard, Chris de Wolf, Jacques Fracheboud, Gerrit Draisma, Doris Schopper, Harry de Koning (2009), “Cost–effectiveness of opportunistic versus organized mammography screening in Switzerland”, *European Journal of Cancer*, vol. 45, núm.1, pp. 127–138.
- De Jong, Johanna (1974), *El uso del análisis de clasificación múltiple (MCA) en la demografía*, Chile, CELADE.
- De Keijzer, Benno (2003), *El género y el proceso salud–enfermedad–atención*. URL: [http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc\\_pdf/generoysalud\\_encifras3.pdf](http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/generoysalud_encifras3.pdf), última consulta 11 de marzo de 2010.
- Delgado, Ana y Luis López (2004), “Práctica profesional y género en atención primaria”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, sup. 1, pp. 112–117.
- Denman, Catalina, Janice Monk, Norma Ojeda de la Peña y Elsa Cornejo (2004), “Cruzar las fronteras: Género y salud salud”, en: Denman Catalina, Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña (eds.), *Compartiendo historias de fronteras: Cuerpos, géneros, generaciones y salud*, México, El Colegio de Sonora, pp. 11–32.
- Díaz, Elia María y Miguel Alejandro Cordero (1991), “Nódulo de mama: papel del médico general integral para su detección precoz mediante la enseñanza y el control del autoexamen de mama”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 7, núm. 4, pp. 328–34.
- Díaz, Sandra, Marión Piñeros y Oswaldo Sánchez (2005), “Detección temprana del cáncer de mama: Aspectos críticos para un tamizaje organizado en Colombia”, *Revista Colombiana de Cancerología*, vol. 9, núm. 3, pp. 93–105.
- Dides, Claudia (2010), “Reflexiones sobre objeción de conciencia y salud reproductiva”, en: Castro, Roberto y Alejandra López (eds.), *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*, Montevideo, Universidad de la República, México, UNAM/CRIM, pp. 125–135.
- DIF (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia) (2010), “Gaceta Oficial del Distrito Federal, No. 516 BIS”. URL:

- [http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/2009/dif/ENERO\\_30\\_516\\_BISdeteccioncancerma.ma.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/2009/dif/ENERO_30_516_BISdeteccioncancerma.ma.pdf) Strauss, última consulta 17 de septiembre de 2010.
- Donabedian, Avedis (1988), *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, México, Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V.
- Duffy, Stephen, László Tabár y Robert Smith (2002), “The mammographic screening trials: Commentary on the recent work by Olsen and Gøtzsche”, *A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 52, núm. 2, pp. 68–71.
- Echarri, Carlos (2008a), “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: Una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en: Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I*, México, COLMEX, pp. 59–113.
- \_\_\_\_\_ (2008b), *Principales problemas y obstáculos en la atención a la salud. Informe técnico proyecto INDESOL CS-09-I-VI-003-07*, COLMEX (mimeo).
- Eniu, Alexandru, Robert W. Carlson, Zeba Aziz, José Bines, Gabriel N. Hortobágyi, Nuran Senel, Richard Love, Bhadrasain Vikram, Arun Kurkure y Benjamin Anderson (2007), “El cáncer de mama en los países con recursos limitados: Tratamiento y asignación de recursos”, *The Breast Journal*, vol. 13, supl. 1, pp. S43–S61.
- Erviti, Joaquina (2010), “Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos–usuarias de servicios ginecológicos”, en: Castro, Roberto y Alejandra López (eds.), *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*, Montevideo, Universidad de la República, México, UNAM/CRIM, pp. 102–122.
- Erviti, Joaquina, Roberto Castro e Itzel Sosa (2006), “Las luchas clasificatorias en torno al aborto: El caso de los médicos en hospitales públicos de México”, *Estudios Sociológicos*, vol. XXIV, núm. 3, pp. 637–685.
- Espinosa, Gisela (2008), “Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres”, en: Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo II*, México, COLMEX, pp. 141–202.
- Farías, América (2010). En Puebla se hacen mastografías a mujeres menores de 40 años de forma indebida. *La Jornada de Oriente*. Puebla: 10 de marzo. Sección Salud.
- FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) (2001), “Género y seguridad alimentaria”. URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/foodsecuritysp.PDF>, última consulta 09 de febrero de 2010.
- Fernández, JM, T Olmo y L C López (1998), “Interacción de atención primaria, especializada y paciente en un programa de detección precoz del cáncer de mama”, *Atención Primaria*, vol. 22, núm. 7, pp. 429–433.
- Fernández, Sara (2008), *Violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud de una institución hospitalaria de la red pública de atención del Distrito Federal, México*. tesis de doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, México, División de Ciencias Biológicas y de Salud, UAM–Xochimilco.
- Flick, Uwe (2004), *Introducción a la investigación cualitativa*, Madrid, Ediciones Morata S.L.
- Flores, Edith (2008), “Experiencia subjetiva del cuerpo: el caso de un usuario de drogas”, en: Parrini, Rodrigo (coord.), *Los contornos del alma, los límites del cuerpo: género, corporalidad y subjetivación*, México, Universidad Autónoma de México/Programa Universitario de Estudios de la Mujer, pp. 207–219.
- Flores, Lourdes, Eduardo Salazar, Reyna Duarte, Gabriela Torres, Patricia Alonso y Eduardo Lazcano (2008), “Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama”, *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 2, pp.119–125.
- Foucault, Michael (1972), “Los intelectuales y el poder. Entrevista Michael Foucault–Gilles Deleuze”, *Rev. L’Arc*, vol. 49, núm. 2, pp. 3–10.
- \_\_\_\_\_ (1980), *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta.
- \_\_\_\_\_ (1984), *Historia de la sexualidad. 2–el uso de los placeres*, México, Siglo XXI Editores S.A. de C.V.
- Forouzanfar, Mohammad, Kyle Foreman, Allyne Delossantos, Rafael Lozano, Alan Lopez, Christopher Murray y Mohsen Naghavi (2011), “Breast and cervical cancer in 187 countries

- between 1980 and 2010: a systematic analysis”, *The Lancet*, doi:10.1016/S0140-6736(11)61351-2
- Freidson, Eliot (1978), *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Ediciones Península.
- Frenk, Julio (1997), “Transiciones, vidas, instituciones, ideas”, *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, pp. 144–150.
- \_\_\_\_\_ (2009), “Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el cáncer de mama”, *Salud Pública de México*, vol. 51, núm. 2, pp. 135–137.
- Frenk, Julio, José Bobadilla, Claudio Stern, Tomas Frejka y Rafael Lozano (1991), “Elementos para una teoría de la transición en salud”, *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 5, pp. 448–462.
- Frenz, Patricia (2005), “Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud”, *Revista Chilena de Salud Pública*, vol.9, núm. 2, pp. 103–110.
- Freyermuth, Graciela y Cecilia de la Torre (2008), “Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas”, Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo II*, México, COLMEX, pp. 203–251.
- FUCAM (Fundación Mexicana de Fomento para la Prevención Oportuna del Cáncer de Mama, A.C.), “Unidades móviles”. URL: <http://fucam.org.mx/>, última consulta 16 de septiembre de 2010.
- García, Brígida (2004), “Balances y retos de la disciplina demográfica frente a los problemas poblacionales del siglo XX”, en: Fernando Lozano (coord.), *El amanecer del siglo y la población mexicana*, México, UNAM/CRIM, pp. 789–796.
- García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, COLMEX.
- \_\_\_\_\_ (2004), “Trabajo extradoméstico y relaciones de género: Una nueva mirada”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 55, pp. 145–180.
- García, Carlos (1996), “Causas de muerte como indicadores indirectos de necesidades en salud. Una interpretación sociodemográfica”, en: García, Carlos y Héctor Hernández (coords.), *Mortalidad, salud y discurso demográfico*, México, UNAM/CRIM, pp. 167–203.
- Garduño, María de los Ángeles, Edgar Jarillo, Olivia López, Arturo Granados, José Blanco, Juan Manuel Castro, Carolina Tetelboin, José Alberto Rivera y Sergio López (2009), “La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en la UAM-Xochimilco” en: Chapela, María del Consuelo y Adalberto Mosqueda (eds.), *De la clínica a lo social, luces y sombras a 35 años*, México, UAM – Xochimilco/División de Ciencias Biológicas y de la Salud, pp. 25–51.
- Garrido, Sofía, Elisabeth Sánchez, Victoria Ramírez, José González, Andrés González y Carlos López (2008), “Opinión y participación en el programa regional de detección precoz de cáncer de mama de los médicos de familia de la comunidad de Madrid en 2007”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 82, núm. 2, pp. 201–208.
- Garza, María Eugenia, Enrique Villarreal, Georgina Núñez y Ana Salinas (2004), “Prácticas preventivas de los habitantes mayores de 25 años en Monterrey y su zona Metropolitana (México)” *Revista Española de Salud Pública*, vol. 78, núm. 1, pp. 95–105.
- Gayet, Cecilia (2011), *Infecciones de transmisión sexual en México: la influencia de las relaciones de género en la construcción del riesgo*, tesis de doctorado en Estudios de Población, México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, COLMEX.
- GDF (Gobierno del Distrito Federal) (2009), “Principales programas de promoción y prevención en salud”. URL: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=293&Itemid=28](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=293&Itemid=28), última consulta 13 de marzo de 2010.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Red de mastógrafos del Distrito Federal”. URL: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com\\_content&task=view&id=155&Itemid=257#accessibilidad](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=257#accessibilidad), última consulta 16 de septiembre de 2010.
- Godínez, Lourdes (2008), “Cáncer de mama, 1ª causa de muerte en mujeres de 25 años o más”. URL: <http://www.cimacnoticias.com/site/08063007-Cancer-de-mama-1a.33760.0.html>, última consulta 13 de noviembre de 2009.
- Gómez, Mario (2011), *Mastógrafos disponibles en la Secretaría de Salud*, SS (mimeo).
- Gómez, Víctor (s/f), *Pasado y presente de la investigación demográfica en Costa Rica*. (mimeo).

- González, Arnulfo (1999), “El paciente del siglo XXI”. URL: <http://www.prbb.org/quark/16/016108.htm>, última consulta 23 de abril de 2009.
- González, Miguel Ángel y John Scott (2010), “Equidad salud. Retos, avances y perspectivas” en: Cortés, Fernando y Orlandina de Oliveira (coords.), *Los grandes problemas de México. Desigualdad Social. Volumen 5*, pp. 211–234.
- González, Norma (2000), “El estudio de la muerte como fenómeno social. La reflexión metodológica y el trabajo epidemiológico”, *Estudios Sociológicos*, vol. XVIII, núm. 3, pp. 677–694.
- \_\_\_\_\_ (2006), “Médicos del primer nivel de atención. Reforma y recursos humanos”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 32, núm. 2, pp. 171–177.
- González, Luz María, Cecilia González, Marta Caballero y Elizabeth Aguilar (2009), *Entrenamiento de estudiantes de medicina y enfermería en cáncer de mama en México: Estudio exploratorio. Versión preliminar I*, México, Instituto CARSO/FUCAM/INSP.
- González, Luz María, Cecilia González, Gustavo Nigenda y Lizbeth López (2010), “Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro”, *Salud Pública de México*, vol. 52, núm. 6, pp. 533–543.
- Gøtzsche, Peter y Olen Olsen (2000), “Is screening for breast cancer with mammography justifiable?”, *The Lancet*, vol. 355, pp. 134–138.
- Gundermann, Hans (2008), “El método de los estudios de caso”, en: Tarrés, María Luisa (coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, COLMEX, pp. 451–288.
- Gutiérrez, Silvia (2001), *Antología para el módulo V. Ideología, poder y estrategias discursivas. Volumen III. El Análisis Discursivo*, UAM–X (mimeo).
- Gutiérrez, Angélica María, Justo Olaya y Rolando Medina (2009), “Frecuencia del cáncer de seno mediante detección temprana en el Hospital Universitario de Neiva, entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2007”, *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 24, pp. 31–38.
- Ham, Roberto (2010), “Envejecimiento demográfico” en: García, Brígida y Manuel Ordorica (coords.), *Los grandes problemas de México. Población. Volumen 1*, pp. 53–78.
- Harlem, Grö, Pilar Estébanez y Teresa Martín (2002), “Pobreza, desigualdad y salud”, en: Estébanez, Pilar (ed.), *Exclusión social y salud: Balance y perspectivas*, Barcelona, Icaria, pp. 73–84.
- Hernández, Antonio (2008), “Dominación y crueldad. Notas sobre subjetividad/corporalidad en Justine o los infortunios de la virtud de Donatien–Alphonse–François de Sade”, en: Parrini, Rodrigo (coord.), *Los contornos del alma, los límites del cuerpo: género, corporalidad y subjetivación*, México, Universidad Autónoma de México/Programa Universitario de Estudios de la Mujer, pp. 131–154.
- Hernández, Isabel, María de la Luz Arenas y Rosario Valdez (2005) “No dejarse caer en la cama: las mujeres y los servicios de salud”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21, num. 4, pp. 1210–1216.
- Hernández, Juan Carlos, Juan Ignacio Hernández y Alfredo Ferraris (2003), “Efectos adversos de la radioterapia en el tratamiento del cáncer de la mama”, *Revista del Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía*, vol. VIII, núm. 2, pp. 1–13.
- Hernández, Sandra, Hernán Sandoval e Iris Delgado (2005), “Sistemas de salud. Entre lo público y lo privado”, en: Jude, Liliana y Fabiola Marín (eds.), *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*, Chile, Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, pp. 21–28.
- Herrera, Cristina (2010), “De ‘pacientita’ a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico”, en: Castro, Roberto y Alejandra López (eds.), *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*, Montevideo, Universidad de la República, México, UNAM/CRIM, pp. 75–99.
- Herrera, Nelson, María Gutiérrez, Magnolia Ballesteros, Romina Izzedin, Ángela Gómez y Lilián Sánchez (2010), “Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia”, *Rev. salud pública*, vol. 12, núm. 3, pp. 343–345.
- Hill, Kenneth (1999), “La transición de la fecundidad en América Latina”, en: Hill, Kenneth, José Morelos y Rebeca Wong (coords.), *Las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológicas en América Latina*, México, COLMEX, pp. 37–40.

- Hillesheim, Betina, Somavilla Vera, Lutiane de Lara y Gisele Dhein (2005), “Prácticas de salud y construcción del cuerpo femenino”, *DIVERSITAS*, vol. 1, núm. 2, pp. 174–182.
- Igene, Helen (2008), “Global health inequalities and breast cancer: an impending public health problem for developing countries”, *The Breast Journal*, vol. 14, núm. 5, pp. 428–434.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2008), *Mujeres y hombres en México 2008*, México, INEGI.
- \_\_\_\_\_ (2009a), *Mujeres y hombres en México 2009*, México, INEGI.
- \_\_\_\_\_ (2009b), *Estadísticas Históricas de México*, México, INEGI.
- \_\_\_\_\_ (2010), *Mujeres y hombres en México 2010*, México, INEGI.
- INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres) (2005), “El papel de mujeres y hombres en el cuidado de la salud dentro de los hogares”. URL: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100784.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100784.pdf), última consulta 06 de febrero de 2009.
- \_\_\_\_\_ (2010), “¿Dónde puedes acudir para realizarte la mamografía?”, INSP (2009), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición”. URL: <http://www.insp.mx/ensanut/>, última consulta 29 septiembre de 2009.
- INCAN (Instituto Nacional del Cáncer) (2008), “Hojas informativas. Radioterapia para cáncer: preguntas y respuestas”. URL: [http://www.cancer.gov/images/Documents/c484a70a-2c39-4ce0-8344-e4b43fe655d4/fs7\\_1s.pdf](http://www.cancer.gov/images/Documents/c484a70a-2c39-4ce0-8344-e4b43fe655d4/fs7_1s.pdf), última consulta 17 de julio de 2009.
- IARC (International Agency for Research on Cancer) (2008). “The Globocan 2002 database”. URL: <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>, última consulta 13 de marzo de 2009.
- INSP/SS (Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud) (2007), “Cáncer de mama”. *Boletín de Práctica Médica Efectiva*, Cuernavaca, INSP/SS.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (2010), “Acuerdo por el que la unidad del programa IMSS–OPORTUNIDADES emite las reglas de operación del programa IMSS–OPORTUNIDADES para el ejercicio fiscal 2011”. URL: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/6DE68812-6643-44B0-9887-0BE9911212F1/0/ReglasdeOperaci%C3%B3n2009.pdf>, última consulta: 18 de septiembre de 2011.
- Jasís, Mónica (2000), “A palabras de usuaria...¿Oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur, en: Stern, Claudio y Carlos Javier Echarrí (comps.), *Salud reproductiva y sociedad: Resultados de investigación*, pp. 97–143.
- Jørgensen, Karsten y Peter Gøtzsche (2009), “Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends” *British Medical Journal*, vol. 339, núm. 91, pp. 1–8.
- Kamangar, Farin, Graça Dores y William Anderson (2006), “Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents: Defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world”, *Journal of Clinical Oncology*, vol. 24, núm. 14, pp. 2137–2150.
- Kelly, Michael y David Field (1996), “Medical sociology, chronic illness and the body”, *Sociology of Health & Illness*, vol. 18, núm. 2, pp. 241–257.
- Kim, Caroline, Raymond Kristopaitis, Erin Stone, Mitchell Pelter, Meenu Sandhu y Scott Weingarten (1999). “Physician education and report cards: Do they make the grade? *American Journal of Medicine*, vol. 107, núm. 6, pp. 556–560.
- Knaul, Felicia, Gustavo Nigenda, Rafael Lozano, Héctor Arreola, Ana Langer, Julio Frenk (2009a), “Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante”, *Salud Pública de México*, vol. 51 (supl. 2), pp. S335–S344.
- Knaul, Felicia, Lizbeth López, Eduardo Lazcano, Héctor Gómez, Isabelle Romieu y Gabriela Torres (2009b), “Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud”, *Salud Pública de México*, vol. 51 (supl. 2), pp. S138–S140.
- Knaul, Felicia, Lizbeth López, Bertha Aguilar, Esther Althaus, Héctor Arreola, Norma Barreiro, Iliana Chaudhuri, Vicente Díaz, Alessandra Durstine, Mariss Flores, Adolfo Fuentes, Mayra Galindo, Rosaela Gijón, Elena Maza, Gustavo Nigenda, Sonia Ortega, Julio Rosado, Raffaella

- Schiavon, María Suárez, Arturo Vega, Emma Vera y Yolanda Villaseñor (2009c), *Reporte Rosa 2009–2010*, México, FUCAM.
- Knaul, Felicia, Héctor Arreola, Enrique Velázquez, Javier Dorantes, Óscar Méndez y Leticia Ávila (2009d), “El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S286–S297.
- Kumate, Jesús (2002), “La transición epidemiológica del siglo XX: ¿Vino nuevo en odres viejos?”, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*, vol. 45 (3), pp. 97–102.
- Lamas, Marta (2002), *Cuerpo, diferencia sexual y género*. México, Taurus.
- Langer, Ana (1999), “Planificación familiar y salud reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva”, en: Bronfman, Mario y Roberto Castro (coords.), *Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina. Violencia, alcoholismo, adicciones, SIDA, miseria y otros problemas de la sociedad actual*, México, Fundación Ford/OPS, pp. 135–149.
- Langer, Ana y Gustavo Nigenda (2000), *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y oportunidades*. México, BID/Population Council/INSP.
- Lantis, Kristina, Cynthia Green y Stephanie Joyce (2002), “La calidad de la atención y los proveedores del servicio”, *Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención*, núm. 3, pp. 1–8.
- Larrañaga, Osvaldo (2005), “Nivel socioeconómico. Las brechas en salud y las desigualdades en el ingreso”, en: Jude, Liliana y Fabiola Marín (eds.), *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*, Chile, Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, pp. 31–34.
- Lazcano, Eduardo, Víctor Tovar, Patricia Alonso, Isabel Romieu, Lizbeth López (1996), “Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro”, *Salud Pública de México*, vol. 38, núm. 2, pp. 139–152.
- Lazcano, Eduardo y Mauricio Hernández (2003), Prevención en cáncer. Nuevos retos y desafíos al inicio del siglo XXI”, en: Pérez, Ruy (comp.), *El cáncer en México*, México, El Colegio Nacional, pp. 273–313.
- Lazcano, Eduardo, Lina Sofía Palacio y Betania Allen (2008), *La relación entre el desarrollo humano y la salud reproductiva: las inequidades regionales en México*, INSP/UNFPA (mimeo).
- Lence, Juan, Rolando Camacho (2006), “Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe”, *Rev Cubana Salud Pública*, vol. 32, núm. 3, pp. 0–0.
- Lerin, Sergio (s/f), “Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social”. URL: [http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7\\_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf](http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf), última consulta 12 de abril de 2011
- Lerner, Susana e Ivonne Szasz (2008), “La investigación entre la salud reproductiva y las condiciones de vida de la población en México” en: Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo I*, México, COLMEX, pp. 11–58.
- Lewis, Sarah, Héctor Gómez, Luisa Torres y Lizbeth López (2009), *Diagnóstico y detección del cáncer mamario. Versión preliminar I*, México, FUCAM.
- Lloréns, José Antonio (1997), “El juicio ético en la práctica médica”, *Rev Cubana Med*, vol. 6, núm. 1, pp. 7–10.
- Lolle, Henrik (2007), “Multiple Classification Analysis (MCA). An unfortunately, nearly forgotten method for doing linear regression with categorical variables, ECPR Conference Paper”. URL: <http://www.essex.ac.uk/ecpr/events/generalconference/pisa/papers/PP1468.pdf>, última consulta 10 de septiembre de 2010.
- Lomniz, Larissa (1976), *Como sobreviven los marginados*, *Man, New Series*, vol. 11, núm. 2, pp. 291–292.
- López, Lizbeth, Luisa Torres, Malaquías López y Celina Rueda (2001), “Identificación de lesiones mamarias malignas en México”, *Salud Pública de México*, vol. 43, núm. 3, pp. 199–202.

- López, Lizbeth, Leticia Suárez y Luisa Torres (2009), “Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S345–S349.
- López, Marta (1999), *El cuerpo, el sujeto, la condición de la mujer*. Buenos Aires, Biblos.
- Lozano, Rafael (2008), “¿Es posible seguir mejorando los registros de las defunciones en México?”, *Gaceta Médica de México*, vol. 144, núm. 6, pp. 525–533.
- Lozano, Rafael, Rosa Núñez, María Beatriz Duarte y Luis Manuel Torres (2005), “Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: Análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio”, en: Zúñiga, Elena (coord.), *México ante los desafíos del desarrollo del Milenio*, México, CONAPO, pp.167–192.
- Lozano, Rafael, Héctor Gómez, Sarah Lewis, Luisa Torres y Lizbeth López (2009), “Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S147–S156.
- Martínez, Carolina (2009), “El perfil de daños a la salud de la población mexicana. Reflexiones a partir de tres décadas de observación”, en: Chapela, María del Consuelo y Adalberto Mosqueda (eds.), *De la clínica a lo social, luces y sombras a 35 años*, México, UAM–Xochimilco/División de Ciencias Biológicas y de la Salud, pp. 79–102.
- Martínez, Carolina y Gustavo Leal (2002), “La transición epidemiológica en México: Un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 051, pp. 547–569.
- Martínez, Isabel (2003), “Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres”, *Anuario de Psicología*, vol. 34, núm. 2, pp. 253–263.
- Martínez, Marcela y Carolina Martínez (2008), “La mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama en Colombia y México como expresión de las desigualdades socioeconómicas”, en: Rodríguez, Laura (org.), *Población y salud sexual y reproductiva en América Latina*, Córdoba: ALAP.
- Martínez, Olga, Patricia Uribe y Mauricio Hernández (2009), “Políticas públicas para la detección del cáncer de mama”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S350–S360.
- Matamala, María Isabel, Thelma Galvéz y Elsa Gómez (2005), “Género. Desiguales, en salud y enfermedad”, en: Jude, Liliana y Fabiola Marín (eds.), *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*, Chile, Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, pp. 43–48.
- Maza, María Elena y Vecchi Elda (2009), “Cáncer de mama en México: Evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. 329–334.
- Mckeown, Thomas (1982), *El papel de la medicina: ¿Sueño, espejismo o némesis?*, México, Siglo XXI Ediciones.
- Meinssner, Helen, Nancy Breen y Robin Yabroff (2003), “Whatever happened to clinical breast examinations?”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 25, núm. 3, pp. 259–253.
- Mendoza, Doroteo, Miguel Sánchez, María Felipa Hernández y María Eulalia Mendoza (2009), “35 años de planificación familiar en México” en: CONAPO, *La situación demográfica de México, 2009*, México, CONAPO, pp. 39–52.
- Mercado, Francisco Javier y Teresa Margarita Torres (2000), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, Guadalajara, Plaza y Valdés S.A. de C.V.
- Mina, Alejandro (2010), “Evolución de la mortalidad: Pasado, presente y futuro” en: García, Brígida y Manuel Ordorica (coords.), *Los grandes problemas de México. Población. Volumen 1*, pp. 79–104.
- Miró, Carmen (2006), “La demografía en el siglo XXI en América Latina”, *Papeles de Población*, núm. 050, pp. 13–22.
- Mohar, Alejandro, Enrique Bargalló, María Teresa Ramírez, Fernando Lara y Arturo Beltrán (2009), “Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S263–S269.
- Montalvo, Guillermo (2011). Cuestionan especialistas optimización de tratamientos contra cáncer de mama. *Agencia especializada de noticias NotieSe. Salud, sexualidad y sida*. México: 8 de septiembre.

- Montiel, María Martha y Laura Elena Urquidi (1998), “Factores de riesgo asociados a cáncer cérvico-uterino y de mama”, *Revista Sonorense de Psicología*, vol. 12, núm. 1, pp. 30–36.
- Newman, David (2008), *Hippocrates' Shadow: Secrets from the House of Medicine*, New York, Simon & Schuster.
- Nigenda, Gustavo, Luz María González, Marta Caballero, Ángel Zarco y María Cecilia González (2009), *Barreras de acceso a la atención del cáncer de mama en cuatro estados de México, 2009. Resumen Ejecutivo*, México, Instituto CARSO/FUCAM/INSP.
- Nigenda, Gustavo, Marta Caballero y Luz María González (2009), “Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y Oaxaca”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S254–S262.
- Núñez, Guillermo (2004), “Vínculo de pareja y hombría: ‘Atender’ y ‘mantener’ en adultos mayores del Río Sonora”, en: Denman Catalina, Janice Monk y Norma Ojeda de la Peña (eds.), *Compartiendo historias de fronteras: Cuerpos, géneros, generaciones y salud*, México, El Colegio de Sonora, pp. 135–179.
- Olshansky, Jay y Brian Ault (1986), “The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases”, *The Milbank Quarterly*, vol. 64, núm. 3, pp. 355–391.
- Omran, Abdel (1998), “The epidemiologic transition revisited thirty years later”, *World Health Statistics Quarterly*, vol. 51, núm. 2,3,4, pp. 99–119.
- \_\_\_\_\_ (2005), “The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change”, *The Milbank Quarterly*, vol. 83, núm. 4, pp. 731–757.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2002), *Perfil del sistema de salud en México*, México, OPS.
- OPS/GDF/ASDI (Organización Panamericana de la Salud/Gobierno del Distrito Federal/Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo) (2004), *Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del gobierno del Distrito Federal*, México, OPS/GDF/ASDI.
- Ordorica, Manuel (2003), “México en el contexto de la enseñanza de la demografía en América Latina”, *Papeles de Población*, núm. 036, pp. 47–77.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002), *Programas nacionales de lucha contra el cáncer: Directrices sobre política y gestión*, Ginebra, OMS.
- \_\_\_\_\_ (2005), “Comisión sobre determinantes sociales de la salud”. URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html), última consulta 2 de octubre de 2010.
- \_\_\_\_\_ (2008a), *Informe mundial sobre la salud 2008: La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca*, Ginebra, OMS.
- \_\_\_\_\_ (2008b), *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de la salud: Más necesaria que nunca*, Ginebra, OMS.
- \_\_\_\_\_ (2009), “Subsanar las desigualdades de generaciones: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf), última consulta 30 de septiembre de 2010.
- Ortega, Doris (2003), “Diagnóstico tardío del cáncer de mama en México: Desencuentro entre las mujeres y los servicios de salud”, en: Brofman, Mario y Catalina Denman (coords.), *Salud reproductiva: Temas y debates*, México, INSP, pp. 157–180.
- Ortega, Doris, Lizbeth López y Malaquías López (2000), “Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva”, *Salud Pública de México*, vol. 42, núm. 1, pp. 17–25.
- Palacio, Lina Sofía (2008), *Significados y prácticas de las mujeres mexicanas frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino a comienzos del siglo XXI: Una visión desde la perspectiva de género*, tesis de doctorado en Estudios de Población, México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, COLMEX.
- Palacio, Lina Sofía, Eduardo Lazcano, Betania Allen y Mauricio Hernández (2009), “Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979–2006”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S208–S218.

- Palomo, Luis, J. Gervas y L. García, “La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con la destreza de médico de familia”, *Atención Primaria*, vol.23, núm. 6, pp.363–370.
- Parkin, Maxwell y Leticia Fernández (2006), “Use of statistics to assess the global burden of breast cancer”. *The Breast Journal*, vol. 12, supl. 1, pp. S70–S80.
- Parsons, Talcott (1982), *El sistema social*, Madrid, Alianza Universidad.
- Parrini, Rodrigo (2007), *Panóptico y laberintos. Subjetivación, deseo y corporalidad en una cárcel de hombres*, México, El Colegio de México.
- Pérez, Clara y Kirenia Díaz (2006), “Duelo en oncología y su repercusión en la salud familiar”. URL: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-131-1-duelo-en-oncologia-y-su-repercusion-en-la-salud-familiar.html>, última consulta 4 de febrero de 2009.
- Pérez, Hilda, Rosario Teracena, Carlos Magis, Cecilia Gayet y Tamil Kendall (2000), *Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud. Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención*, México, Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA.
- Poblano, Ofelia, Juan Guillermo Figueroa y Lizbeth López (2004), “Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama”, *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 4, pp. 294–305.
- Porter, Peggy (2009), “Global trends in breast cancer incidence and mortality”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S141–S146.
- PROFAMILIA (Asociación pro bienestar de la familia colombiana) (2011), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, Colombia, PROFAMILIA.
- Puentes, Esteba, Octavio Gómez y Francisco Garrido (2006), “Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 16, núm. 6, pp. 394–402.
- Quesada, Charo (2001), “Amartya Sen y las mil caras de la pobreza”, *Revista del Banco Interamericano de Desarrollo*, pp. 4.
- Ramírez, Juan Carlos (1995), “¿Cómo se ve la mortalidad desde la perspectiva de género? Reflexiones iniciales”, en: Pérez, Sara Elena, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (coords.), *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Universidad de Guadalajara/ Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”, pp. 301–328.
- (RAE) Real Academia Española, (2001) *Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición*, Madrid, RAE.
- Reyes, Hilda (1999), *Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género*, Nueva York, Population Council.
- Reyes, Hortensia, Héctor Gómez, Laura Torres, Patricia Tomé y José Luis Vásquez (2003), *Encuesta de necesidades de salud en familias de áreas urbano-marginadas de México* (ENSAUM), México, Dirección de prestaciones médicas, Coordinación de Salud Pública, Coordinación de Investigación en Salud, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Reyes, Hortensia, Héctor Gómez, Laura Torres, Patricia Tomé, Gloria Galván, Marco Aurelio González y Gonzalo Gutiérrez (2009), “Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 25, núm.4, pp. 328–336.
- Rodríguez, Héctor (2006), “La relación médico-paciente”, *Rev Cubana Salud Pública*, vol. 32, núm. 4, pp. 123–126.
- Rodríguez, Sergio y Marino Capurso (2006), “Epidemiología del cáncer de mama”, *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 74, núm. 11, pp. 585–593.
- Rodríguez, Sergio, F. Guisa, S. Labastida, R. Espejo, M. Capurso, E. Ruvalcaba, J. Bollas, G. Rodríguez, L. Madero, E. Serratos (2009), “Resultados del primer programa de detección de cáncer de mama en México mediante pesquisa con mamografía”, *GAMO*, vol. 8, núm. 3, pp. 83–95.
- Rohlf, Izabella, C. Borell y MC Fonseca (2000), “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”, *Gaceta Sanitaria*, 14 (supl. 3), pp. 60–71.
- Rojas, Olga y Susana Lerner (2001), *Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990–2000*, México, COLMEX/Programa Salud Reproductiva y Sociedad.

- Romo, Raúl y Miguel Sánchez (2009), “El descenso de la fecundidad en México, 1974–2009: A 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población”, en: CONAPO, *La situación demográfica de México, 2009*, México, CONAPO, pp. 23–38.
- Rosaldo, Renato (1991), *Cultura y verdad: nueva propuesta de análisis social*, México, Grijalbo/CONACULTA.
- Rowlands, Jo (1997), “Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras: un modelo para el desarrollo”, en: León, Magdalena (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres*, Bogotá, Tercer mundo editores/Fondo de documentación mujer y género/Programa de estudios de género, mujer y desarrollo, pp. 213–245.
- Ruggeri, Caterina (2000), “The monetary approach to poverty: a survey of concepts and methods”, *Working Paper*, núm. 58, England: Queen Elizabeth House, University of Oxford, pp. 32–41.
- Ruíz, María Teresa (2004), “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, sup.1, pp. 118–125.
- Sánchez, Jorge Manuel, Carlos Tena, Estther Mahuina Campos, Luis Ernesto Hernández y Aantonio Eugenio Rivera (2005), “Medicina defensiva en México: Una encuesta exploratoria para su caracterización”, *Cirugía y Cirujanos*, vol. 73, núm. 3, pp. 199–206.
- Salas, Monserrat (2008), “Calidad de la atención en los servicios de salud: Rastreando el concepto subyacente en las encuestas recientes”, en: Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo I*, México, COLMEX, pp. 287–343.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1994), “Familia, género y pobreza”, *El Cotidiano*, núm. 68.
- \_\_\_\_\_ (2001), “El discurso de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma?”, en: Stern, Claudio y Juan Guillermo Figueroa (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva: Avances y retos para la investigación*, México, COLMEX, pp. 93–113.
- \_\_\_\_\_ (2003), Dentro del Laberinto. *Jornadas*, 140, México, COLMEX.
- Sarribe, Graciela (2001), *Teoría de la población*, Barcelona, Universitat de Barcelona.
- Saslow, Debbie, Judy Hannan, Janet Osuch, Marianne Alciati, Cornelia Baines, Mary Barton, Janet Kay Bobo, Cathy Coleman, Mary Dolan, Ginny Gaumer, Daniel Kopans, Susan Kutner, Dorothy Lane, Herschel Lawson, Helen Meissner, Candace Moorman, Henry Pennypacker, Peggy Pierce, Eva Sciandra, Robert Smith, y Ralph Coates (2004), “Clinical breast examination recommendations for optimizing performance and reporting”, *A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 54, núm. 6, pp. 327–344.
- Schraiber, Lilia Blima (2010), “Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para un debate”, en: Castro, Roberto y Alejandra López (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*, Montevideo, Universidad de la República, México, UNAM/CRIM, pp. 13–25.
- Schraiber, Lilia Blima y Ana Flávia d’Oliveira (2008), “Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. Violence against women as a health issue: implications for action”, *Athenea*, núm. 14, pp. 229–236.
- SS (Secretaría de Salud) (2002), “Estadística de egresos hospitalarios del sector público del Sistema Nacional de Salud, 2000”, *Salud Pública de México*, vol. 44, núm. 2, pp. 158–187.
- \_\_\_\_\_ (2003), “Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. NOM–041–SS2–2002”. URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041SS202.html>, última consulta 15 de agosto de 2009.
- \_\_\_\_\_ (2007a), *Programa Nacional de Salud 2007–2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, SS.
- \_\_\_\_\_ (2007b), *Programa Sectorial de Salud*, México, SS.
- \_\_\_\_\_ (2008), *Programa de Acción Específico 2007–2012. Cáncer de mama*, México, SS.
- \_\_\_\_\_ (2009), *Rendición de Cuentas en Salud 2008*, México, SS.
- \_\_\_\_\_ (2009), “Seguro Popular”. URL: [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=17](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=17), última consulta: 18 de septiembre de 2011.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Anteproyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM–041–SS2–2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer

- de mama; para quedar como Norma Oficial Mexicana PROY–NOM–041–ss2–2009, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama”. URL: <http://www.cofemermir.gob.mx/uploadtests/18716.59.59.13.Anteproyecto%20modif%20NOM%20041%20c%20C3%A1ncer%20mama%2009%2009%2009.doc>, última consulta 4 de noviembre de 2009.
- \_\_\_\_\_ (2011a), “Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. NOM–041–ss2–2011. México, Diario Oficial de la Federación, 9 de junio de 2011.
- \_\_\_\_\_ (2011b), *Modelo para la detección, diagnóstico y referencia del cáncer de mama*, México, SS.
- \_\_\_\_\_ (2011b), *Anexo técnico. Continuidad de los Sistemas SICAMv1–TECU–SIPF y Desarrollo del Sistema de Información de Cáncer de la Mujer Versión 2 (SICAM–v2) Fase 1*, México, SS/CNEGSR/INSP.
- Sen, Amartya (1997), *Bienestar, justicia y mercado*, España, Paidós.
- Silverman, David (1993), *Qualitative Research: Theory, method and practice*, London, SAGE Publications.
- Smith GM, M Bartley y D Blane (1990), “The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on”, *British Medical Journal*, vol. 18, núm. 301, pp. 373–377.
- Smith, Robert, Maira Caleffi, Ute–Susann Albert, Tony Chen, Stephen Duffy, Dido Franceschi y Lennarth Nyström (2007), “El cáncer de mama en los países con recursos limitados: Detección temprana y acceso a la asistencia”, *The Breast Journal*, vol. 13, supl.1, pp. S16–S29.
- Soberón, Guillermo, Armando Isibasi y Cuauthémoc Valdés (1991), “El sistema regional de vacunas para América Latina”, *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 4, pp. 378–391.
- Sontang, Susan (2008), *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*, Barcelona, Random House Mondadori, S.A.
- Sosa, Sandra, Dilys Walker y Edson Serván (2009), “Práctica de mamografías y pruebas de papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S236–S245.
- Steele, Cynthia y Susana Chiarotti (2004), “With everything exposed: cruelty in post–abortion care in Rosario, Argentina”, *Reproductive Health Matters*, vol. 12, supl. 24, pp. 39–46.
- Strauss, Anselm y Juliet Corbin (2002), *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Colombia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2010), “Salud reproductiva y desigualdad en la población” en: García, Brígida y Manuel Ordorica (coords.), *Los grandes problemas de México. Población. Volumen 1*, pp. 213–234.
- Szasz, Thomas y Marc Hollender (1976), “The basic models of the doctor–patient relationship”, *Arch Intern Med*, vol. 97, pp. 585–589.
- Tamez, Silvia y Catalina Eibenschutz (2008), “El Seguro Popular de Salud en México: Pieza clave de la inequidad en salud”, *Revista de Salud Pública*, vol. 10, supl. 1, pp. 133–145.
- Tarlov, Alvin (1996), “Social determinants of health: The sociobiological translation”, en: Blane, David, Eric Brunner y Richard Wilkinson (eds.), *Health and social organization*, London, Routledge, pp. 71–93.
- Tepichín, Ana María (2010), “Política pública, mujeres y género”, en: Tepichín, Ana María, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez (coords.), *Los grandes problemas de México. Relaciones de Género. Volumen 8*, pp. 23–58.
- Torres, Gabriela (2009), *Evaluación de la validez y reproducibilidad de la interpretación de la mamografía mediante el sistema Bi–Rads, por médicos radiólogos de la Secretaría de Salud, 2008*, INSP (mimeo).
- Torres, Laura y Svetlana Vladislavovna (2007), “Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención”, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, vol. 45, núm. 2, pp. 157–166.
- Torres, Marta (2010), “Cultura patriarcal y violencia de género. Un análisis de derechos humanos”, en: Tepichín, Ana María, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez (coords.), *Los grandes problemas de México. Relaciones de Género. Volumen 8*, pp. 59–82.

- Tepichín, Ana María (2010), “Política pública, mujeres y género”, en: Tepichín, Ana María, Karine Tinat y Luzelena Gutiérrez (coords.), *Los grandes problemas de México. Relaciones de Género. Volumen 8*, pp. 23–58.
- Torres de Quinteros, Z, A. Huerta, L. Ruiz, C. Moyano, G. O’Toole, M. Liborio, A. Pendino, D. Salarano (2001), “Mortalidad de mujeres en edad reproductiva (Una aproximación desde los Certificados de Defunción)”, *Revista Investigación en Salud*, vol. 3, núm. 1–2, s/p.
- Tristán, Juan Miguel, Fernando Ruiz, Carmen Villaverde, Rosa Gutiérrez, Silvia Jiménez y Rosario Tristán (2007), “Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos”, *Antropo*, vol. 14, pp. 37–45.
- Tuner, Bryan (1989), *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*, México, Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (1995), *Medical power and social knowledge*, Londres, Sage.
- UNFPA (United Nations Population Fund) (2005), *Estado de la población mundial 2005. La promesa de la igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y objetivos de Desarrollo del Milenio*, Estados Unidos de América: UNFPA/Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM).
- \_\_\_\_\_ (2007), *Estado de la población mundial 2007. Liberar el potencial del crecimiento urbano*. Estados Unidos de América, UNFPA.
- Unger, Karla (2006), *Factores asociados al retraso en la atención médica de pacientes con cáncer de mama*, tesis de maestría en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, México, UNAM.
- Unger, Karla y Claudia Infante (2009), “Delay of medical care for symptomatic breast cancer: A literature review”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S270–S285.
- \_\_\_\_\_ (2010), *Is breast cancer delay really the patient’s fault?* (mimeo).
- Urrego, Eliana (2007), “La consulta ginecológica, la mirada médica sobre el cuerpo desnudo”, *Informes Psicológicos*, núm. 9, pp. 71–99.
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force (2009), “Screening for Breast Cancer”. URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/>, última consulta 21 de julio de 2009.
- Vega, Jeanette, Orielle Solar y Alec Irwin (2005), “Equidad y determinantes sociales de la salud”, en: Jude, Liliana y Fabiola Marín (eds.), *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*, Chile, Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, pp. 9–18.
- Vela, Fortino (2008), “Un acto metodológico básico de la investigación social: La entrevista cualitativa”, en: Tarrés, María Luisa (coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, COLMEX, pp. 63–96.
- Velásquez, Ligia, Gabriel Carrasquilla y Sandra Roca (2009), “Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia”, *Salud Pública de México*, vol. 51, supl. 2, pp. S246–S253.
- Vélez, Gladis Adriana (2006), “Error en la práctica médica: Una presencia ineludible”, *Iatreia*, vol. 19, núm. 1, pp. 39–46.
- Vera, Marta (1999), *La teoría de la transición epidemiológica*, Toluca, El Colegio Mexiquense.
- \_\_\_\_\_ (2000), “Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica”, *Papeles de Población*, núm. 25, pp. 179–206.
- Villaseñor, Yolanda (2009), “Situación de la detección del cáncer de mama en México. Documento Con-ciencia Rosa”. URL: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/pink%20paper/yolanda%20villaseñor%20CON%20CIENCIA%20ROSA.pdf>, última consulta 24 de enero de 2009.
- Waitzkin Howard (1991), *The politics of medical encounters. How patients and doctors deal with social problems*, New Haven, Yale University Press.
- Whitehead, Margaret (1992), “The concepts and principles of equity and health”, *International Journal of Health Services*, 22, núm 3, pp 429–445.
- Zackrisson, Sophia, Ingvar Andersson, Lars Janzon, Jonas Manjer y Jens Peter Garne (2006), “Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study”, *British Medical Journal*, vol. 332, pp. 689–692.
- Zeichner, Isabel y Myrna Candelaria (2006), “Cáncer de mama un problema de salud”, *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, vol.1, núm. 3, pp.143–145.

Zolla, Carlos y Ana María Carrillo (1998), “Mujeres, saberes médicos e institucionalización”, en: Figueroa, Juan Guillermo (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, COLMEX, pp. 167–198.

## **BASES DE DATOS**

ENSA (Encuesta Nacional de Salud) (2000). Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud. Base de datos en SPSS.

ENSAR (Encuesta Nacional de Salud Reproductiva) (2003). Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México. Base de datos en SPSS.

ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) (2006). Instituto Nacional de Salud Pública. Base de datos en SPSS.

ENSR–DF (Encuesta sobre Necesidades en Salud Reproductiva. Componente poblacional) (2007). El Colegio de México. Base de datos en SPSS.

ENSR–DF (Encuesta sobre Necesidades en Salud Reproductiva. Componente proveedores de servicios de salud) (2008). El Colegio de México. Base de datos en SPSS.

## ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

---

---

ACS	American College of Radiology
ACS	American Cancer Society
ACM	Análisis de clasificación múltiple
AEM	Autoexploración mamaria
AES	Autoexploración de senos
AVISA	Años de vida saludables
AVP	Años de vida perdidos
BI-RADS	Breast Imaging Report and Database System
BCF	The Breast Cancer Fund
CACU	Cáncer cérvico uterino
CAMA	Cáncer de mama
CEC	Centros de Cáncer
CEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CARSO	Instituto Carlos Slim de la Salud
CNSM	Cartilla Nacional de Salud de la Mujer
COFEPRIS	Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios
COLMEX	Colegio de México
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
COPLADE	Coordinación de Planeación de Desarrollo Territorial
COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DSS	Determinantes sociales en salud
ECM	Examen clínico de mama
ENSD	Encuesta Nacional en Demografía y Salud
ENINPLAF	Encuesta en Instituciones de Planificación Familiar
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSANUT	Encuesta de Salud y Nutrición
ENSAR	Encuesta de Salud Reproductiva
ENSAUM	Encuesta de necesidades de salud en familiares de áreas urbano-marginadas de México
ENSR-DF	Encuesta sobre Necesidades en Salud Reproductiva en el Distrito Federal
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FUCAM	Fundación Mexicana de fomento para la Prevención Oportuna del Cáncer de Mama
FUNSALUD	Fundación para la Salud
GDF	Gobierno del Distrito Federal
IARC	International Agency for Research on Cancer
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCAN	Instituto Nacional de Cancerología
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INMEGEN	Instituto Nacional de Medicina Genómica
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres

INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISSEMYM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PAICMA	Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama
PEMEX	Petróleos de México
PMSMG	Programa de medicamentos y servicios médicos gratuitos
PNS	Programa Nacional de Salud
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
PROFAMILIA	Asociación probienestar de la familia colombiana.
PROY-NOM	Proyecto Norma Oficial Mexicana
PF	Planificación familiar
RAE	Real Academia Española
RR	Riesgo relativo
SEED	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina Armada de México
SICAM	Sistema de Información de Cáncer de la Mujer
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SIS	Sistema de información en salud
SP	Seguro Popular
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Secretaría de Salud
SSR	Salud sexual y reproductiva
TG	Tarjeta de Gratuidad
TGF	Tasa global de fecundidad
UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
UT	Unidad territorial

## ÍNDICE DE CUADROS

---

---

Cuadro I.1 Población media y tasas de crecimiento femeninas, según grupos de edad. México 2010–2030 .....	15
Cuadro I.2 Diez primeras causas de muerte en hombres y mujeres. México, 2008 .....	18
Cuadro I.3 Tipo histológico del cáncer de mama y su distribución .....	20
Cuadro I.4 Incidencia y mortalidad del cáncer de mama en el ámbito mundial, 2002.....	23
Cuadro I.5 Morbilidad por cáncer de mama entre mujeres, según entidad federativa. México, 2008.....	27
Cuadro I.6 Riesgo de morir por cáncer de mama de acuerdo con la edad. México, 2007.....	31
Cuadro I.7 Distribución porcentual de muertes por cáncer de mama, según características sociodemográficas de las mujeres. México, 2009 .....	34
Cuadro I.8 Tasas observadas y estandarizadas de cáncer de mama según entidades federativas. México, 2008 .....	35
Cuadro I.9 Etapas de atención del cáncer de mama y características de los proveedores en las distintas fases .....	41
Cuadro I.10 Evaluación de la validez y reproducibilidad de la interpretación de la mamografía mediante el sistema BI–RADS, por médicos radiólogos de la Secretaría de Salud. México, 2008 .....	47
Cuadro I.11 Estudios cualitativos y cuantitativos relacionados con el retraso en la atención de cáncer de mama en el mundo, 2009.....	60
Cuadro II.1 Descripción de variables, características y valores asignados en los modelos estadísticos.....	98
Cuadro II.2 Características del personal de salud entrevistado .....	108
Cuadro II.3 Conceptos generados a partir de las entrevistas.....	111
Cuadro II.4 Proceso de validación de la investigación .....	113
Cuadro III.1 Ficha técnica de las encuestas seleccionadas .....	117
Cuadro III.2 Porcentaje de uso de las diferentes pruebas de detección de cáncer mamario en México, según encuestas seleccionadas .....	120
Cuadro III.3 Análisis de clasificación múltiple del uso del examen clínico de mamas. México, 2000.....	124
Cuadro III.4 Análisis de clasificación múltiple del uso de la autoexploración mamaria. México, 2003 .....	125
Cuadro III.5 Análisis de clasificación múltiple del uso del examen clínico de mama. México, 2003.....	126
Cuadro III.6 Análisis de clasificación múltiple del uso mamográfico. México, 2006 .....	127
Cuadro III.7 Duración entre los procesos de atención de cáncer de mama.....	128
Cuadro III.8 Porcentaje de mujeres que participaron en los diferentes procesos atención del cáncer mamario según variables sociodemográficas. ....	132
Cuadro III.9 Porcentaje de mujeres que participaron en los diferentes procesos atención del cáncer mamario según variables sociodemográficas. ....	133
Cuadro III.10 Porcentaje de uso de métodos de detección de cáncer mamario entre mujeres de zonas marginales de Tlalpan e Iztapalapa, según tipo de método y grupos de edad. 2007 ..	135
Cuadro III.11 Autoexploración mamaria y factores sociodemográficos asociados con su uso. Tlalpan e Iztapalapa, 2007.....	137
Cuadro III.12 Examen clínico de mama y factores sociodemográficos asociados con su uso. Tlalpan e Iztapalapa, 2007.....	137

Cuadro III.13 Mamografía y factores sociodemográficos asociados con su uso. Tlalpan e Iztapalapa, 2007 .....	138
Cuadro IV.1 Número de médicos con formación y capacitación en temas de salud sexual y reproductiva en zonas marginales del Distrito Federal, 2008 .....	148
Cuadro IV.2 Número de médicos que identificaron barreras en los servicios de salud sexual y reproductiva, por sexo y tipo de servicios en zonas marginales del Distrito Federal, 2008 .	151
Cuadro IV.3 Número de médicos que identificaron barreras en los servicios de salud sexual y reproductiva, según características seleccionadas y tipo de barreras en zonas marginales del Distrito Federal, 2008.....	154

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

---

---

Gráfica I.1 Pirámides de población a mitad de año. México, 2005 y 2050 .....	14
Gráfica I.2 Proyección de población femenina, según grupos de edad seleccionados. México, 2010, 2020 y 2030.....	15
Gráfica I.3 Incidencia del cáncer de mama en países de América, 2002.....	25
Gráfica I.4 Tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. México, 1979 – 2010.....	30
Gráfica I.5 Mortalidad del cáncer de mama por grupo de edad, según cohorte de nacimiento. México 1955–2007 .....	32
Gráfica I.6 Distribución de la mortalidad por cáncer de mama, según edad de las mujeres. México, 2009 .....	33
Gráfica I.7 Promedio de años de vida perdidos por cáncer de mama, según grado de marginación estatal. México, 1997 y 2007.....	38
Gráfica III.8 Proceso de detección y atención del cáncer mamario de mujeres que acceden a los servicios de salud. México, 2000 y 2006.....	131
Gráfica A6.1 Análisis de clasificación múltiple. Medias ajustadas y sin ajustar. Examen clínico de mamas. México, 2000 .....	273
Gráfica A6.2 Análisis de clasificación múltiple. Desviación ajustadas y sin ajustar. Examen clínico de mamas. México, 2000 .....	274
Gráfica A6.3 Análisis de clasificación múltiple. Medias ajustadas y sin ajustar. Autoexploración de mamas. México, 2003 .....	275
Gráfica A6.4 Análisis de clasificación múltiple. Desviación ajustadas y sin ajustar. Autoexploración de mamas. México, 2003.....	276
Gráfica A6.5 Análisis de clasificación múltiple. Medias ajustadas y sin ajustar. Examen clínico de mamas. México, 2003 .....	277
Gráfica A6.6 Análisis de clasificación múltiple. Desviación ajustadas y sin ajustar. Examen clínico de mamas. México, 2003 .....	278
Gráfica A6.7 Análisis de clasificación múltiple. Medias ajustadas y sin ajustar. Mamografía. México, 2006 .....	279
Gráfica A6.8 Análisis de clasificación múltiple. Desviación ajustadas y sin ajustar. Mamografía. México, 2006 .....	280



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

---

Figura I.1 Incidencia de morbilidad por cáncer de mama según entidades federativas. México, 2008.....	28
Figura I.2 Mapa regional de riesgos relativos de mortalidad por cáncer de mama. México, 2006.....	36
Figura II.1 Determinantes sociales de la salud.....	71
Figura II.2 Unidades territoriales de alta y muy alta marginación. Distrito Federal, 2000.....	92
Figura II.3 Tema central, ejes temáticos y subtemas de las entrevistas cualitativas .....	105
Figura III.1 Proceso de atención del cáncer de mama según nom 041– ss2–2011.....	129
Figura V.1 Cartel informativo sobre autoexploración mamaria en el centro de salud de Iztapalapa, 2010 .....	164
Figura V.2 Cartel informativo sobre los requisitos previos a mamografía en centro de salud de Iztapalapa, 2010 .....	165
Figura V.3 Póster sobre cáncer de mama en uno de los consultorios médicos .....	175
Figura V.4 Unidad móvil de detección de cáncer de mama y de cáncer cérvico–uterino ....	183
Figura V.5 Mastógrafo digital .....	188
Figura V.6 Imagen en mamógrafo digital .....	189
Figura V.7 Vestidor en consultorio mamográfico .....	191
Figura VI.1 Entorno urbano en Iztapalapa I.....	199
Figura VI.2 Entorno urbano en Iztapalapa II.....	199



## ÍNDICE DE ANEXOS

---

---

Anexo 1. Objetivos y preguntas sobre cáncer de mama según encuestas seleccionadas (ENSA, ENSAR, ENSANUT, ENSR-DF).....	239
Anexo 2. Encuesta a médicos de zonas marginales del Distrito Federal sobre cáncer de mama y prestación de servicios, 2008. Cuestionarios utilizados en la investigación. ....	249
Anexo 3. Guía de entrevista .....	255
Anexo 4. Entrevista transcrita. Ejemplo.....	257
Anexo 5. Nota de Campo. Ejemplo .....	270
Anexo 6. Análisis de clasificación múltiple en el uso de pruebas de detección de cáncer de mama. Medias y desviaciones (ajustadas y sin ajustar) .....	273
Anexo 7. Características y códigos de los participantes de los grupos focales en Tlalpan e Iztapalapa, 2007 .....	281
Anexo 8. Registro fotográfico del trabajo de campo en Tlalpan e Iztapalapa, 2010.....	282
Anexo 9. Formato de remisión para estudio mamográfico de la Secretaría de Salud .....	285